

LIJEČNIČKE NOVINE



Dr.sc. Trpimir Goluža: U Komoru uvodimo 21. stoljeće

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

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

Dr. Miran Cvitković
Dr. sc. Trpimir Goluža
Dr. sc. Miro Hanževački
Dr. Eva Jendriš Škrljak
Dr. Ivan Lerotić
Dr. sc. Krešimir Luetić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. Darija Moguš Vončina
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić
Dr. sc. Iva Pejnović Franelić
Dr. Ivan Raguž
Dr. Dragan Soldo
Prof. dr. sc. Davor Vagić
Prof. dr. sc. Lada Zibar

UREDNIČKI ODBOR

Tomislav Božek • Stella Fatović Ferenčić • Zdenko Kovač
Slavko Lovasić • Adrian Lukenda • Meri Margreitner
Ingrid Marton • Tatjana Nemeth Blažić • Davor Plavec
Matija Prka • Dražen Pulanić • Livilja Pulpak
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 oglašnik je za članove Komore besplatan.

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

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

Preplatnička služba HLK-a

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

Dizajn: Restart, Hrvojka i Antonio Dolić,
e-mail: hrvojka@restart.hr, tel. 091/3000 482

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 20.000 primjeraka

4 RAZGOVOR

Dr.sc. Trpimir Goluža: U Komoru uvodimo 21. stoljeće

13 IZ KOMORE

Osiguranje članova • HND: Prekršila Kodeks časti

16 TEMA BROJA

Liječnici i zdravlje u medijima

24 IZ KOMORE

Upozorenje Večernjem listu • O zdravstvu u Motovunu • Pravna zaštita
članova • Od dužnosnika do dužnika • Studenti i liječništvo • Projekt
e-HLK • Kod predsjednice RH • U Grožnjanu opet o reformi • Pregled
aktivnosti • „Pametna“ članska kartica

37 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Nova operacija u KBC SM-u • Povjerenje hrvatskom zdravstvu • KBC-u
Zagreb nova dijagnostika leukemije • Novi CT u 12 bolnica • Rak vrata
maternice • Pedijatrijska zaštita • Reumatske bolesti u djece

42 NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA

Poremećaji mokrenja • HAZU o gušavosti • U Rijeci optimizacija CT-a

50 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**56 COCHRANE ZANIMLJIVOSTI**

Antihipertonici ne smanjuju iznenadnu smrt

58 LIJEVI – DESNI KUT

Posljedice Brexita

60 RIJETKE BOLESTI

Hemolitičko-uremijski sindrom

62 IZ ONKOLOGIJE

Šećeri i tumori

64 ZAJEDNO U BORNİ PROTIV RAKA

Prehrana onkološkog bolesnika

66 HZZO I LIJEĆNICI

Uloga HZZO-a u zaštiti zdravlja i sigurnosti na radu

68 KOMORIN TEST ZNANJA

Etiopatogeneza poremećaja metabolizma VIII.

72 OVISNOSTI O DROGAMA

Program smanjenja štete od droga

74 BIOETIKA

Vječna mladost – zašto ne?

78 REAGIRANJA**81 ZANIMLJIVE LIČNOSTI****82 NASILJE NAD LIJEĆNICIMA****83 PISMA UREDNIŠTVU****84 ESEJ**

Eklektičizam i mi

90 MEDICINA I UMJETNOST

Paslike autentičnih ženskih lica

92 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE

Kako prevest EBM?

96 KOLEGA HITNJAK

Stari djed i Molitva

98 HUMANITARNA AKCIJA

Lege za djecu superjunake

100 DOZA HUMORA**102 LIJEĆNICI SPORTAŠI****105 IZ „MEDICINARA“****108 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA****113 UREDNIKOV KUTAK**

PRVA GODINA MANDATA PREDSJEDNIKA HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

Dr.sc. Trpimir Goluža:

U Komoru uvodimo 21. stoljeće

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

Zadovoljan sam ostvarenjima u prvoj godini mandata. Komoru pretvaramo u servis i podršku liječnicima u stručnom radu, jamcem naše profesionalne i društvene sigurnosti te aktivnim kreatorom zdravstvene politike i pozicioniranja liječnika u društvu

Liječnici su trenutno žrtve održavanja prividnog socijalnog mira. Takva politika donosi pogubne kadrovske posljedice

Predstaviti ukratko predsjednika Hrvatske liječničke komore dr. sc. Trpimira Golužu, uistinu je pravi izazov. Naime, riječ je o osebujnoj ličnosti, upravo nevjerljivne energije koja se sa strašću i potpunom predanošću bori za prava liječnika i njihov položaj u društvu. Ambiciozan, iznimnog intelekta, rođeni političar i vođa, umješan u medijskim nastupima, dr.sc. Goluža upravo osvaja svojim govorima. Osvaja, jer iza njih ne стоји prazna retorika. On uistinu vjeruje u ono što govori. Doktor Goluža ozbiljno je naumio izboriti se za liječnike. Iza njegovih riječi stoji profesionalan rad i potpuna posvećenost cilju. A cilj Komore, kao staleške i strukovne organizacije liječnika, je štititi i zastupati njihove interese te unaprjeđivati liječničku djelatnost. Prošla je godina dana od kad je velikom većinom glasova izabran za njezina novog predsjednika. Stoga nas je zanimalo što je sa svojim najužim suradnicima uspio ostvariti u prvoj godini mandata. Jedno je sigurno: dr. sc. Trpimir Goluža našao se na pravom mjestu u pravo vrijeme. Nikad se glas liječnika nije tako glasno čuo u javnosti kao posljednjih godinu dana.

■ **Kao kandidat Hrvatske udruge bolničkih liječnika (HUBOL) prije godinu dana ste, u lipnju 2015., gotovo jednoglasno izabrani na izbornoj Skupštini Komore za novog predsjednika Hrvatske liječnike komore. Dobili ste veliko povjerenje članstva, jeste li ga opravdali? Kako biste ocijenili svoju prvu godinu mandata?**

Vjerujem da sam, kao i moje kolege, opravdao povjerenje članstva, iako bi to zapravo trebalo pitati one koji su mi to povjerenje iskazali. Zadovoljan sam ostvarenjima u prvoj godini mandata. Stvorili smo dobru osnovu da u sljedeće tri godine postignemo sve ono što smo obećali. Komoru sve više

pretvaramo u servis i podršku liječnicima u stručnom radu, jamcem naše profesionalne i društvene sigurnosti te aktivnim kreatorom zdravstvene politike i pozicioniranja liječnika u društvu. Vjerujem da ćemo na kraju našeg mandata imati, osim HLK-a, i e-Komoru, odnosno da će sva komunikacija između članova i vodstva Komore, uključujući i razmjenu dokumenata, biti moguća i elektroničkim putem.

■ **Što biste izdvojili kao svoj najveći uspjeh u proteklom razdoblju?**

Najvećim uspjehom držim promjenu paradigme vođenja Komore – birokratsku „eli-



"Hrvatsku liječničku komoru smo u potpunosti otvorili i usmjerili prema članovima jer ona postoji i radi zbog članova", naglašava predsjednik HLK-a

tističku" otuđenost i svojevrsno gospodarenje članovima, promjenili smo u služenje članstvu. Komoru i u operativnom, izvršnom smislu vode liječnici – izabrani dužnosnici, a ne birokrati. Potpuno smo je otvorili i usmjerili prema članovima. Komora napokon postoji i radi zbog članova i za članove. U organizacijskom smislu preustrojili smo Komoru, financijski racionalizirali sve parametre poslovanja, uveli načela stručnosti, odgovornosti i interne kontrole u rad svih stručnih službi, standardizirali poslovne procedure i donekle ih informatički povezali, ostvarili znatne uštede i utvrdili enormna nenaplaćena potraživanja za koja prijašnje čelništvo Komore nije ni znalo da postoje, ili ih nije bilo briga.

■ Koje ste konkretnе korake poduzeli u tom cilju?

Promijenili smo Statut HLK-a, napravili novi organizacijski ustroj Komore i novu sistematizaciju radnih mjesta. Sporazumno raskinuli ugovore o radu s najodgovornijima za poslovanje Komore u prethodnim mandatima. Zaposlili visokokvalificiran stručni kadar. Razvrgnuli nepovoljne i zaključili nove, za Komoru povoljnije poslovne ugovore, čime smo uštedjeli dva milijuna kuna. Ustanovili proceduru kontrole naplate članarina i izvršenja svih financijskih obveza prema Komori, zahvaljujući čemu smo utvrdili pet milijuna kuna nenaplaćenih potraživanja. Pokrenuli naplatu tih potraživanja i dobrim dijelom ih naplatili. Znatan dio sredstava usmjerili smo prema članstvu. Svakom članu dajemo

>>



Prva godina mandata novog vodstva Komore. Vjeruju u ono što rade i rezultati ne izostaju

jednokratnu novčanu pomoć za novorođeno dijete, maloljetnoj djeci preminulih članova dajemo stipendiju do njihove punoljetnosti. Za sve članove HLK-a ugovaramo policu osiguranja pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti. Napravili smo strategiju informatizacije Komore i odlučno krenuli u njenu realizaciju. Pokrenuli smo standardiziranje poslovnih procedura i ažuriranje svih baza podataka. I još puno toga... Uglavnom, uveli smo red, odgovornost i kompetentnost u rad Hrvatske liječničke komore.

■ Što ste namjeravali, a niste uspjeli ostvariti u proteklom razdoblju?

Sve što smo namjeravali ostvariti u prvoj godini mandata, a oviseilo je o nama samima, ostvarili smo. U onom za što nam je bila potrebna podrška zdravstvene administracije ili drugih dionika u sustavu, samo smo djelomično uspjeli. Nije zaživjela ideja organiziranja Koordinacije komora u zdravstvu (KoKoZ), liječnici nisu dobili strukovni kolektivni ugovor, nisu utvrđene dijagnostičko-terapijske smjernice niti vremensko-kadrovske normativi rada liječnika. No ne predajemo se, to su prevažne stvari i inzistirat ćemo na njihovoj realizaciji jer je ona preduvjet kvalitetne reforme zdravstva.

■ Za razliku od prijašnje, dobro ste surađivali s aktualnom zdravstvenom administracijom. Što ste u suradnji s njima uspjeli realizirati?

Zdravstvena administracija predvođena ministrom Nakićem pokazala je veću spremnost za suradnju nego ona ministra Varge. Imali smo brojne sastanke, konzultacije, savjetovanja. U nečem su nas poslušali, u nečemu nisu. Bili smo korektni, na sve njihove molbe i zahtjeve promptno smo i konstruktivno odgovarali. Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca smatram najkonkretnijom mjerom u interesu liječnika koju je donijelo aktualno Ministarstvo zdravlja, a koje je prethodno iz raznih razloga opstruiralo.

■ Kao jedan od ključnih problema našeg zdravstvenog sustava ističete kronični nedostatak liječnika i njihov odlazak u inozemstvo. Od sada već tehničke Vlade zatražili ste donošenje hitnog akcijskog plana s konkretnim mjerama za njihovo zadržavanje. No, ova Vlada je na odlasku. Bojite li se povratka onih koji nisu imali razumijevanja za zahtjeve liječnika?

Nedovoljno razumijevanje i priznavanje važnosti liječnika u društvu konstanta je državne politike u posljednjih pet, šest godina. Nas liječnike, nositelje pružanja zdravstvene zaštite, pretvorilo se u žrtve održavanja privida socijalnog mira. Takva politika daje pogubne rezultate – mladi liječnici u ovako strukturiranom društvu ne vide perspektivu ostvarivanja vlastitih profesionalnih ambicija pa odlaze u inozemstvo. Ne bojim se niti povratka bivših niti ostanka sadašnjih političkih elita. Vrijeme je da i jedni i drugi napokon shvate da s deklarativne razine poimanja problema treba prijeći na djelatnu razinu njihova rješavanja. U protivnom, zdravstveni sustav nepovratno će se urušiti. Hrvatska liječnička komora spremna je budućoj zdravstvenoj administraciji biti konstruktivni partner u nastojanju poboljšanja ne samo položaja liječnika već zdravstvenog sustava u cjelini. Dio smo Europske Unije pa bi standardi koji vrijede u Uniji trebali vrijediti i u Hrvatskoj. Liječnici u Hrvatskoj zaslužuju status koji liječnici imaju u svim razvijenim državama EU-a.

Najvećim uspjehom držim promjenu paradigme vođenja Komore – birokratsku „elitističku“ otuđenost i svojevrsno gospodarenje članovima, promijenili smo u služenje članstvu. Komoru i u operativnom, izvršnom smislu vode liječnici – izabrani dužnosnici, a ne birokrati

■ **Ministar Nakić bio je za sklapanje strukovnog ugovora za liječnike. No, kad je djelovalo da ste nadomak cilju, dogodila se politička kriza i pad Vlade, što je do daljnog odgodilo donošenje strukovnog za liječnike...**

Ne slažem se s takvom alibi konstrukcijom. Da je bilo političke volje pitanje diskriminacije liječnika u socijalnom dijalogu moglo se riješiti bez obzira na kratak rok trajanja ove, još uvjek aktualne Vlade. Nažalost, liječnici u hrvatskoj Vladi kao da su zaboravili na svoju struku i poniženja kojima su izložene njihove kolege. Ministrica Šikić, ministar Nakić i potpredsjednik Petrov, nisu uspjeli važnost rješavanja statusa liječnika nametnuti Vladi kao prioritet nužan za uspješnu zdravstvenu reformu.

■ **Kako ocjenjujete dosadašnji rad aktualnog (tehničkog) ministra zdravlja dr. Darija Nakića. Je li se dobro snašao u ulozi ministra? Kako komentirate burne reakcije javnosti na svaki njegov potez? Je li im i sam na neki način pridonio?**

Ministar Nakić jedan je od najagilnijih ministara u vladi premijera Oreškovića, otvoren javnosti. Čini mi se da je dobro detektirao probleme zdravstvenog sustava i imao potrebnu hrabrost da predloži određena rješenja koja bi vrlo vjerojatno unaprijedila sustav. Nažalost, većina njih ostala je na razini ideje. Dio reakcija javnosti odraz je nespremnosti i nezrelosti društva za provođenje potrebnih reformi, a dobrom dijelu njih kumovala je i loša komunikacijska strategija Ministarstva zdravlja koje nije na adekvatan način pripremilo javnost za prihvaćanje mjera koje je kanilo provesti. Sve u svemu, ovo je još jedan dokaz da je bez potrebne političke snage i podrške javnosti svaki pokušaj reforme unaprijed osuden na neuspjeh.

■ **Od 1. siječnja 2017. članarina će za sve članove iznositi 125, a za umirovljenike 60 kuna mjesečno. Iako ste to nazvali ujednačavanjem članarina, jasno je da se radi o povećanju, jer je dosadašnja članarina u prosjeku iznosila oko 80 kuna. No tvrdite da potencijalna dobit svakog člana uvelike nadmašuje taj iznos. Pojasnite nam još jednom taj argument.**

Odlučili smo potpuno promijeniti koncept vođenja članarina. Kontrolu naplate



Beskompromisan u borbi za prava liječnika

članarine podigli smo na znatno višu razinu. Utvrđili smo jedinstveni iznos članarine za sve članove. Naplatu članarine vezali smo uz kalendarsku godinu, a ne uz obnavljanje licence kako je to bilo do sada.

Financijska revizija preporučila nam je da utvrdimo jedinstvenu članarinu i time finansijsko poslovanje učinimo transparentnijim. Do sada je iznos članarine varirao od 40 pa do 300 kuna. Dakle, pojedini članovi su plaćali 7,5 puta veću članarinu nego drugi, a pri tom su svi ostvarivali jednak prava. Za velik broj članova nismo niti mogli utvrditi prikazuju li ko-

rektno svoja primanja, odnosno plaćaju li adekvatnu članarinu. Uspješnost naplate članarine bila je svega 70-ak posto.

Svakom članu HLK-a od siječnja 2017. godine donijet će članstvo u Komori polici osiguranja pokrivanja svih financijskih troškova pri pružanju pravne zaštite u kaznenim, prekršajnim i disciplinskim postupcima iz profesionalne djelatnosti članova. Vrijednost pojedinačno ugovorene police osiguranja nadmašuje visinu iznosa naše godišnje članarine. Njena vrijednost kreće se oko 1800, a godišnja članarina za članstvo u Komori je 1500 kuna.

>>

■ **Krenuli ste u naplatu dugova i prema članstvu koje je Komori ostalo dužno za članarine. Najavili ste naplatu dugova i po cijenu sudskog utjerivanja. To je izazvalo burne reakcije među dužnicima, posebice umirovljenicima. Je li trebalo tako oštro krenuti prema osjetljivoj skupini kao što je umirovljenička? Jeste li barem dali mogućnost otplate duga u ratama?**

Kontrolom naplate članarina utvrdili smo da 817 umirovljenih kolega nije podmirilo članarinu za razdoblje od 01.01.2009. do 31.12.2014. godine. Znajući da je velika većina njih korektna, odgovorna i čestita, posumnjali smo da je razlog njihova nemara neznanje, odnosno da mnogi od njih ne shvaćaju da odlaskom u mirovinu nije automatizmom prestalo njihovo članstvo u Komori. Odlučili smo im poslati obavijest o statusu njihova članstva i utvrđenom dugu. Objasnili smo im da su bez obzira na umirovljenje i dalje naši članovi. Pojasnili smo im način izračuna duga te ih zamolili da ga podmire. Povrh toga uputili smo ih da, ako se žele, mogu iščlaniti iz Komore.

Ne bojim se niti povratka bivših niti ostanka sadašnjih političkih elita. Vrijeme je da i jedni i drugi napokon shvate da s deklarativne razine poimanja problema treba prijeći na djelatnu razinu njihova rješavanja. U protivnom, zdravstveni sustav nepovratno će se urušiti

Oko 150 kolega obratilo nam se s pritužbama zbog obračuna duga. Svima smo im na osobnoj razini odgovorili, pojasnili im nejasnoće koje smo uočili u njihovim žalbama i uputili ih na daljnju proceduru. Oko stotinu kolega podnijelo je molbu za smanjenjem utvrđenog im duga ili za obročno plaćanje. Sve njihove molbe smo razmotrili i uvažili objektivne primjedbe. Mnjima smo omogućili obročno plaćanje, nekim smo smanjili, a nekim u potpunosti otpisali dug. Istina, bilo je i burnih i neugodnih reakcija, angažiranja odvjetnika, prijetnji i slično, ali to je na ovakom broju slučajeva bilo i za očekivati.

S obzirom na to da je polovica naših dužnika već podmirila ili podmiruje utvrđeni dug, čini mi se da smo argumentima uvjerili kolege u opravdanost potraživanja. Duboko se nadam da neće biti potrebe za sudskim tužbama, a njih ćemo koristiti samo ako na to budemo prisiljeni.

■ **Kad smo već kod umirovljenika, svojedobno ste najavljavali i izgradnju Doma za umirovljene liječnike. U kojoj je fazi taj projekt?**

S razine Izvršnog odbora pokrenuli smo inicijativu za izgradnju doma za umirovljene liječnike u Zagrebu. Dobili smo deklarativnu podršku Hrvatskog liječničkog zabora i Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Trenutno tražimo strateškog partnera za taj projekt, pregovaramo s Hrvatskom akademijom

znanosti i umjetnosti i Gradom Zagrebom. Angažirali smo konzultante za povlačenje sredstava iz EU fondova za tu namjenu. Želimo napraviti ono što su generacije prije nas trebale napraviti, ali nisu. Ako uspijemo i izgradimo dom, prednost upisa u njimat će naši članovi s neprekinutim statusom članstva u HLK-u.

■ **Iako vam i oni koji vam nisu skloni ne mogu osporiti da je vašim dolaskom na njezino čelo Komora postala uistinu relevantan faktor i aktivni sukreator zdravstvene politike, vjerujete li da će članstvo imati razumijevanja za nepopularne odluke kao što su povećanje članarina i naplata dugova pod svaku cijenu?**

Uopće ne dvojim da velika većina naših članova želi uvođenje reda u rad Komore. Povjerenje kolega nismo dobili da bismo задрžali zatećeno stanje u Komori već da bismo unaprijedili rad Komore na dobro svih njenih članova. Bez reda i rada nema niti uspjeha! Uvođenje reda u sustav podrazumijeva i donošenje nekih, kako ste ih Vi nazvali, nepopularnih mjera. Inzistiranje na naplati potraživanja, uvažavanje demokratskih standarda odraz je odgovornosti i ozbiljnosti u vođenju Komore. Vjerujem u svijest i dobre namjere hrvatskih liječnika. Osim toga, što je alternativa? Nerelevantnost? Podcenjivanje? Neplaćanje dugova i obveza? Pa to smo imali i znamo kako to izgleda.

■ **Najavili ste novo doba Komore i u informatičkom smislu. Što je u tom pogledu do sada ostvareno i na koji će sve način poboljšati rad Komore?**

Pod novim informatičkim dobom Komore podrazumijevamo proces pune informatizacije HLK-a, odnosno stvaranje e-Komore. Taj smo projekt označili prioritetom našeg djelovanja i već smo poprilično duboko zašli u nj. Ne radi se samo o tehnološkom već i o organizacijskom pothvatu, koji će unaprijediti kvalitetu usluge koju pružamo članovima i drugim zainteresiranim subjektima, uz istovremeno osiguranje pouzdanosti, sigurnosti i zaštite svih prikupljenih i pohranjenih podataka. To je iznimno složen i zahtjevan projekt. Njime ćemo se informatički povezati s brojnim institucijama u zdravstvenom sustavu i izvan njega. On podrazumijeva i uvođenje i primjenu tzv. pametne elektroničke članske iskaznice koja će, između ostalog, omogućiti i e-glasovanje na sljedećim izborima za tijela HLK-a.

Odlučili smo potpuno promijeniti koncept vođenja članarina. Kontrolu naplate članarine podigli smo na znatno višu razinu. Utvrdili smo jedinstveni iznos članarine za sve članove. Naplatu članarine vezali smo uz kalendarsku godinu, a ne uz obnavljanje licence kako je to bilo do sada. Financijska revizija preporučila nam je da utvrdimo jedinstvenu članarинu i time financijsko poslovanje učinimo transparentnijim



Dr.sc. Goluža s predstvincima hrvatskih liječnika kod predsjednice Republike Hrvatske, Kolinde Grabar Kitarović, koja je pohvalila hrvatsko liječništvo za razinu zdravstvene skrbi koju pruža građanima

Do sada smo uspjeli u potpunosti razviti i implementirati u svakodnevnu praksu dvije važne sastavnice e-Komore: e-ured i e-uredsko poslovanje. Cijeli arhiv HLK-a smo digitalizirali, formatirali i pripremili za električni dohvrat podataka. Potpisali smo ugovore o poslovnoj suradnji s važnim zdravstvenim i nezdravstvenim institucijama te krenuli u stvaranje Komornog integriranog informacijskog sustava, tzv. KIIS-a. KIIS želimo razviti na način da sadrži kvalitetne, pouzdane i na dnevnoj razini ažurirane podatke, čime bismo Komoru etablirali kao referentni izvor svih informacija o liječnicima u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Ako sve bude prema planovima, e-Komoru imat ćemo 2018. godine.

■ S najužim vodstvom obišli ste sva županijska povjerenstva Komore. Što ste uočili kao dominantne probleme?

Kadrovska deficit dominantan je problem hrvatskog zdravstvenog sustava, koji se još uvijek uspijeva kompenzirati zahvaljujući entuzijazmu i samoprijegoru zdravstvenih

radnika. Izražen je u svim županijama, a u Zagrebu najmanjoj mjeri. Ljudski potencijal zdravstvenih djelatnika odredit će perspektivu sustava. Stoga treba povećati ulaganja u ljude i to u svakom pogledu.

■ Kao jedan od uspjeha vaše prve godine mandata naveli ste pojačane aktivnosti na razini komunikacije s članovima i javnošću. Što je u tom pogledu sve učinjeno?

Jako nam je stalo ne samo kvalitetno informirati članstvo o onome što radimo, već i dobiti od njega povratnu informaciju: što misli o našem radu, koji ga problemi opterećuju, što smatra da bi trebao biti prioritet našeg djelovanja. Kvalitetna dvosmjerna komunikacija s članstvom preduvjet je stvaranja učinkovitog servisa po mjeri članova, a dobra komunikacija s javnošću jamac općeg razumijevanja nastojanja i uloge Komore u društvu. Početkom godine posjetili smo sva županijska povjerenstva HLK-a i omogućili svim zainteresiranim članovima izravnu komu-

nikaciju s vodstvom Komore. Sadržajno smo unaprijedili Liječničke novine. Izašli smo na društvene mreže, otvorili profile na Facebooku i Twiteru. Osuvremenili i proširili našu mrežnu stranicu – www.hlk.hr na koju od jeseni uvodimo tzv. extranet. Riječ je o servisu namijenjenom isključivo članovima koji će im omogućiti uvid u sve njihove osobne podatke i dati im informacije o specifičnim stručnim pitanjima. Otvorili smo se javnosti i često smo u medijima. Naš posao je javan.

■ Jedno vrijeme ste "ratovali" s medijima preko Liječničkih novina, iako je medije dobro imati na svojoj strani ako želite postići zadane ciljeve. Kao jednu od aktivnosti Komore naglasili ste i uspostavu zaštite članova od tzv. medijskog linča. Možete li nam pojasniti kako ih to mislite zaštiti?

Ne bih to nazvao ratovanjem već samoobranom. U situaciji kad vas određene interesne skupine preko pojedinih medija koje kontroliraju, kleveću i neargumenti-

rano ocrne u javnosti, a potom vam uskrate mogućnost odgovora odnosno demantija, dobro je imati mogućnost odgovora i iznošenja istine, a to smo i činili u Liječničkim novinama. Nitko, pa ni liječnici, nije dužan trpjeti bilo koji oblik nasilja uključujući i medijsko. Članove nastojimo zaštiti ustanovljenom procedurom prijavljivanja neprimjereno izvještavanja u medijima, odgovarajućim tijelima Hrvatskog novinarskog društva,

Ako se u djelatnosti koju ste dužni nadgledati dogodi gotovo 300 kaznenih djela uzimanja mita pri obavljanju profesionalne djelatnosti, za koja su počinitelji pravomoćno osuđeni, onda se od vas s punim pravom očekuje da reagirate u okviru svojih ovlasti. To je zapravo pitanje vjerodostojnosti institucije koju vodite

te prigovorima i upozorenjima HLK-a izdavačima i autorima spornih uradaka, kao i pravnim savjetima i pružanjem podrške članovima u slučaju da se odluče na pokretanje sudskih postupaka.

■ **Kao mjeru jačanja profesionalne sigurnosti liječnika nudite preuzimanje postupka i podršku članovima prilikom prijavljivanja pretrpljenog nasilja od pacijenata ili trećih osoba tijekom obavljanja profesionalne djelatnosti. Što bi to u praksi značilo?**

Po prijavi člana i na njegov zahtjev, Komora će u skladu sa zakonom pružiti svu potrebnu logističku pomoć članu kako bi se sankcionirao svaki oblik nasilničkog ponašanja prema liječniku.

■ **U veljači je Komora pokrenula postupke utvrđivanja nedostojnosti za obavljanje liječničke profesije za liječnike koji su pravomoćno osuđeni za kazneno djelo primanja mita u tzv. aferi Hipokrat. Koliko je do sada postupaka provedeno i koja je najteža izrečena kazna?**

Provedeno je 156 postupaka, a najteža izrečena kazna je disciplinska mjera bezuvjetnog privremenog oduzimanja licence u trajanju od 5 mjeseci.

■ **Upravo zbog pokretanje postupaka pred Časnim sudom Komore protiv liječnika iz afere "Hipokrat", koji velikom težinom dolaze iz redova obiteljske medicine, optuživali su vas za nepotrebno treniranje strogoće nad već kažnjениm liječnicima. Što ste pokretanjem postupaka htjeli dokazati?**

Hrvatskoj liječničkoj komori država je dala ovlast nadgledanja provođenja liječničke djelatnosti u praksi. Ako se u djelatnosti koju ste dužni nadgledati dogodi gotovo 300 kaznenih djela uzimanja mita pri obavljanju profesionalne djelatnosti, za koja su počinitelji pravomoćno osuđeni, onda se od vas s punim pra-

vom očekuje da reagirate u okviru svojih ovlasti. To je zapravo pitanje vjerodostojnosti institucije koju vodite. Nismo željeli nastaviti politikom ignoriranja, već smo se hrabro suočili s tim. Kako s uzrocima, tako i s posljedicama. Odlučili smo učiniti sve da se više nikada ne dogodi slična afera. Sve članove informirali smo o zakonski dopuštenim okvirima odnosa s predstavnicima farmaceutske industrije, ojačali smo pravnu službu Komore, angažirali specijalizirane odvjetničke uredne, ugovorili policu osiguranja pravne zaštite za naše članove. U intenzivnim smo razgovorima s vodstvom Inovativne farmaceutske inicijative i na pragu smo rješenja koje će odnos liječnika i farmaceutske industrije, posredstvom HLK-a, učiniti potpuno transparentnim i nerizičnim za počinjenje „sistemske greške“ uzimanja mita.

■ **Na internetskim stranicama Inovativne farmaceutske inicijative (iF!), po prvi put su u Hrvatskoj javno objavljena imena liječnika i zdravstvenih ustanova te podaci o novčanim prijenosima u njihovu korist tijekom 2015. No, neki su liječnici putem medija poručili kako je riječ o predstavi za javnost, a iz HUBOL-a poručuju da bi ista pravila trebala vrijediti za sve službenike i namještenike. Kakav je vaš stav u ovom slučaju?**

Inicijativu iF!-a ne vidim kao predstavu za javnost već koristan i poželjan iskorak u stvaranju poštenog i poticajnog okružja za stručno i znanstveno usavršavanje liječnika. Komora podržava i podržavat će svako nastojanje koje ide u prilog promicanju znanja, rada, poštenja i odgovornosti u društvu. Takvim doživljavamo i ovaj pokušaj. Slažem se da su navedena načela univerzalna vrijednost koja bi trebala vrijediti za sve u društvu. Spremni smo aktivno sudjelovati u tom projektu, vodeći pritom brigu da se liječnike ne ostavi izložene objedama i kritikama ljudi koji ne žele objektivno sagledati kompleksnost i značaj liječničkog poziva.

■ **Budimo otvoreni! Prepuštanje stručnog usavršavanja liječnika isključivo farmaceutskoj industriji stavlja liječnike u ovisan i podređen položaj i to nikako nije dobro. Idealno bi bilo kad bi država, odnosno mjerodavno Ministarstvo i HZZO plaćali edukaciju liječnika. Namjerava li Komora poduzeti neku inicijativu u tom smjeru?**

Komora na tom već intenzivno radi. Vjerujem da ćemo do kraja godine realizirati prvi konkretan projekt po tom pitanju.

Kadrovska deficit dominantan je problem hrvatskog zdravstvenog sustava, koji se još uvijek uspijeva kompenzirati zahvaljujući entuzijazmu i samoprijegoru zdravstvenih radnika. Ljudski potencijal zdravstvenih djelatnika odredit će perspektivu sustava. Stoga treba povećati ulaganja u ljude i to u svakom pogledu

Postali smo prepoznatljivi u javnosti i među kolegama jer smo okupili kvalitetne ljude spremne raditi ne samo za dobro liječnika već i za opće dobro



■ U kakvim ste odnosima s KoHOM-om i novom predsjednicom dr. Vikicom Krolo? Naime, postoji nezadovoljstvo među "primarcima" koji tvrde kako su Komoru preuzeli bolnički liječnici, koji se prije svega bore za svoj status i interese. Kako komentirate to nezadovoljstvo, koje očito postoji. Je li ono opravdano?

Ne bih poistovjećivao KoHOM s „primarcima“. KoHOM je samo jedna od brojnih udruga liječnika primarne zdravstvene zaštite. Ona prvenstveno zastupa interese kolega koncesionara, i to vrlo uspješno, jer su koncesionari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti najzadovoljnija skupina liječnika u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Na tome im čestitam. Odnosi s KoHOM-om su korektni, a kolegica Krolo je delegat u Skupštini Komore. Drago mi je da je zajedno s drugim delegatima iz KoHOM-a podržala sve strateške odluke koje smo donijeli na posljednjoj Skupštini: usklađivanje članarine, osiguranje pravne zaštite, Komorin integrirani informacijski

sustav. To je dokaz zajedništva hrvatskog liječništva u stvaranju jake Komore koja će unaprijediti položaj svih liječnika u društvu neovisno na kojoj razini zdravstvene zaštite pružaju skrb. Ne postoje objektivni razlozi zbog kojih bi se „primarci“ trebali osjećati zapostavljenim od „novog“ vodstva. Samo ugovaranjem police osiguranja pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti, koja će se u potpunosti pokriti iz članarina za članstvo u HLK-u, svaki „primarac“ na godišnjoj razini uštedjet će između 1500 i 2000 kuna. Nezadovoljstvo je možda posljedica činjenice da pojedinci iz KoHOM-a više ne obnašaju najviše dužnosti u Komori, koje su obnašali u prethodnom mandatu. To je posljedica izbornih rezultata, a ne neke više sile ili nekih naših propusta.

■ Imate li političkih ambicija? Jeste li član neke političke stranke?

Nisam član niti jedne političke stranke, trenutno nemam političkih ambicija i si-

gurno se neću kandidirati na predstojećim izborima za Hrvatski sabor.

■ Razmišljate li već o kandidaturi za drugi mandat na čelu Komore? Hoćete li ograničiti broj mandata predsjednika Komore?

Ne razmišljam ni o kakvим kandidaturama, već samo o tome kako da na najbolji mogući način, za dobrobit hrvatskog liječništva, iskoristimo postojeći mandat. Do kraja mandata planiramo izmijeniti Pravilnik o izborima tijela HLK-a, a osobno ću predložiti da se obnašanje dužnosti predsjednika Komore ograniči na dva manda.

■ Koji su vaši sljedeći koraci na čelu Komore? Od čega nećete ni pod koju cijenu odustati?

Stvoriti širok krug partnera Hrvatske liječničke komore koji će našim članovima omogućiti pogodnosti koje će rado koristiti. Ni pod koju cijenu nećemo odustati od neovisnosti i autonomije djelovanja HLK-a te nastojanja da se dosljednim i

>>

Ne postoje objektivni razlozi zbog kojih bi se „primarci“ trebali osjećati zapostavljenim od „novog“ vodstva. Samo ugovaranjem police pravne zaštite uštedjet ćemo im i do 2000 kn godišnje. Nezadovoljstvo je možda posljedica činjenice da pojedinci iz KoHOM-a više ne obnašaju najviše dužnosti u Komori, koje su obnašali u prethodnom mandatu

vjerodostojnim radom izborimo da se liječnike u hrvatskom društvu počne doživljavati istinskom vrijednošću.

Prepoznaju li članovi vaš trud, jer još samo nedostaje da „dovučete krevet, u svoj ured. Imate li realna očekivanja glede njihova vrednovanja svoga rada i postignuća?

Moj trud najbolje vide ljudi koji me svakodnevno okružuju. Velika većina članova to niti uz najbolju volju ne može, a zapravo i ne treba. Članove prije svega zanimaju rezultati rada, odnosno njihova osobna korist koju im pruža članstvo u Komori. Živimo u društvu u kojem ljudi puno lakše osporavaju druge no što im priznaju određene vrijednosti i ostvarenja. Takav će biti slučaj i s prosudjivanjem našeg rada i naših ostvarenja. Priznanje svakom godi, no prave se stvari ne rade zbog priznanja već zbog nekih viših ciljeva. Ipak, godi mi kada mi kolege, a koji su bili skeptični prema meni, priđu i kažu kako radimo dobre stvari, a to se nerijetko događa.



Živimo u društvu u kojem ljudi puno lakše osporavaju druge no što im priznaju određene vrijednosti i ostvarenja

■ Na pitanje zastupa li Komora aktivno u medijima interes i prava liječnika, a u sklopu istraživanja o liječničkoj percepciji medijskog prikaza liječnika, u kojem je sudjelovalo oko 1400 liječnika, njih 48 posto u potpunosti se složilo s tom tvrdnjom. To nije malo, ali nije niti puno s obzirom na to da "iskačete iz svake paštete".

Uz taj rezultat treba istaknuti i da se svega 30-ak posto ispitanih u potpunosti ili u većoj mjeri nije složilo s tom tvrdnjom. To je dobar pokazatelj da smo kotač promjena u HLK-u pokrenuli u pravom smjeru. Prije godinu dana rezultat bi sigurno bio znatno drugačiji. Tada se barem 70-80 posto anketiranih ne bi složilo da HLK u medijima zastupa interes i prava liječnika. Doduše, to tada nikoga u Komori nije niti zanimalo. Nas to zanima i potrudit ćemo se da i ovih 30-ak posto naših kolega uvidi da HLK aktivno i u javnosti zastupa interes liječnika.

■ Kako je vaša priča uopće započela? Kako je jedan liječnik iz Petrove postao najprepoznatljivija figura u hrvatskom zdravstvu?

Priča je započela u jesen 2013. godine angažmanom u Hrvatskom liječničkom sindikatu vezanim uz štrajk liječnika. Nastavila se osnivanjem Hrvatske udruge bolničkih liječnika (HUBOL) i dvogodišnjim intenzivnim radom u toj udruzi. Postali smo prepoznatljivi jer smo okupili kvalitetne ljude spremne raditi ne samo za dobro liječničkog korpusa već i za opće dobro.

■ Nedavno ste doktorirali. Možemo li znati koja je bila tema vaše doktorske disertacije?

Završio sam doktorski studij „Biomedicina i zdravstvo“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Doktorirao sam pod mentorstvom prof. dr. sc. Davora Ježeka s Katedre za histologiju i embriologiju Medicinskog fakulteta, na temi „Mastociti u fetalnim sjemenicima čovjeka“.

VAŽNO! VAŽNO! VAŽNO! VAŽNO! VAŽNO! VAŽNO! VAŽNO! VAŽNO!

Komora plaća osiguranje pravne zaštite svim svojim članovima

Drage kolegice i kolege,

Hrvatska liječnička komora (HLK) u postupku je sklapanja police osiguranja pravne zaštite liječnika u kaznenom, prekršajnom i disciplinskom postupku za kaznena, prekršajna i disciplinska djela iz profesionalne djelatnosti. Polica će stupiti na snagu **1. siječnja 2017. godine. Njome će biti osigurani svi članovi HLK-a koji redovito plaćaju članarinu.**

Obavještavamo Vas da police osiguranja pravne zaštite u kaznenom, prekršajnom i disciplinskom postupku ne ugovarate na period dulji od 31.12.2016. godine, jer se time izlažete nepotrebnom trošku.

Postojeće police osiguranja pravne zaštite u kaznenom, prekršajnom i disciplinskom postupku možete otkazati pisanim putem, preporučenom pošiljkom dostavljenom na adresu osiguravajućeg društva kod kojeg imate predmetnu policu osiguranja s datumom raskida 31.12.2016. godine.

Velika većina naših članova koji posjeduju ovakve police osiguranja, imaju ugovorene police na period od 1 (jedne) godine ali uz klauzulu da se trajanje osiguranja automatski produžuje na isti vremenski period ako ni jedna strana 3 (tri) mjeseca prije isteka ugovora ne otkaze ugovor o osiguranju drugoj strani preporučenim pismom.

Postoje ugovori o osiguranju koji su višegodišnji, ugovoreni na 10 (deset) godina. Takve police se po zakonu mogu raskinuti tek protokom pet godina uz otkazni rok od 6 (šest) mjeseci i to pisanim putem, preporučenim pismom.

Police osiguranja koje su ugovorene kao dugoročne, tj. do otkaza, otkazuju se pisanim putem, preporučenom pošiljkom minimalno 3 (tri) mjeseca prije isteka osigurateljne godine.

Police osiguranja koje su ugovorene na 1 (jednu) godinu bez klauzule o automatskom produženju ističu na dan koji je naznačen na polici osiguranja te ih kao takve ne treba posebno otkazivati.

S obzirom da je HLK dogovorila skupnu policu osiguranja pravne zaštite u kaznenom, prekršajnom i disciplinskom postupku, koja se odnosi na sve članove HLK-a, u slučaju da ste već osigurani po istom osnovu imate valjni razlog, pozivajući se na odluku Skupštine Komore o ugovaranju predmetne police osiguranja, zatražiti od svog osiguratelja sporazumno raskid ugovora o osiguranju pravne zaštite. Vaš osiguratelj trebao bi uvažiti činjenicu da imate pokrivene rizike policom koju je ugovorila HLK i koja će biti plaćena od strane HLK-a te Vam omogućiti otkazivanje Vaše prethodno ugovorene police.

Na našoj mrežnoj stranici www.hlk.hr možete vidjeti primjer pisanih otkazivanja police osiguranje, na temelju kojeg možete sročiti svoj zahtjeva za otkazivanje police osiguranja pravne zaštite u kaznenom, prekršajnom i disciplinskom postupku iz profesionalne djelatnosti.

U slučaju nejasnoća i potrebe za pomoć pri otkazivanju polica osiguranja pravne zaštite možete se s punim povjerenjem obratiti savjetniku HLK-a za poslove osiguranja - tvrtki Certitudo d.o.o.



CERTITUDO d.o.o. za zastupanje u osiguranju

Tel: (+385) 01 5802 532

Fax: (+385) 01 5802 991

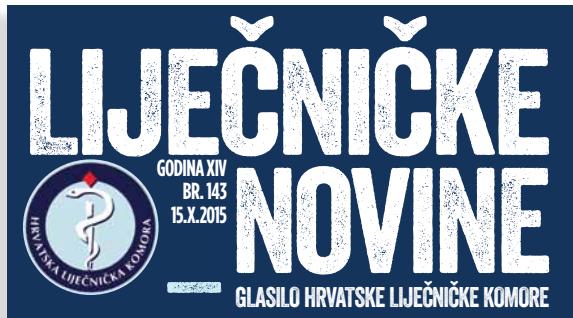
e-mail: info@certitudo.hr

Osobno: Andrija Stojanović (+385) 98 340 540

e-mail: andrija.stojanovic@certitudo.hr

XII. Podbrežje 3 | 10020 Zagreb | Croatia

Bili smo u pravu!



U OVOM BROJU:

Uvodnik: Otrovnji i opasni članci u novinama

Promjene Statuta na Izvanrednoj sjednici Skupštine Komore

Riječ novog dekana Medicinskog fakulteta u Zagrebu prof. Marijana Klarice

Dr. Ada Barić
nova predsjednica HUBOL-a

Je li istina?

I. Rimac Lesički:

“Varga spriječio Komoru da sudi liječnicima”

Večernji list, 10. 10. 2015.



HND zaključio: "IRL (35) prekršila Kodeks časti"

HRVATSKO NOVINARSKO DRUŠTVO
Croatian Journalists' Association

hnd!

PEREGRINA Hrvatska
HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA
Zagreb, Tuškanova 37

Perkovčeva 2, 10000 Zagreb, Hrvatska; tel: +385 (0)1 4828 333, fax: 4828 332
e-mail: hnd@hnd.hr, URL: www.hnd.hr

Primlje. os: 17 -05- 2016

| | | |
|-----------------------|---------------|------------|
| Klasifik. | Ijska c. no.: | PD. o. od: |
| 05-126 /2015/2. | | Prilozi |
| Urbroj: | Vrijednost | |
| 385-05-126-42/2016/3. | TB | |

Hrvatska liječnička komora
Tuškanova 37
10000 Zagreb

Zagreb, 11. svibnja 2016.

Broj: 6/2016

Novinarsko vijeće časti na sjednici održanoj 21. travnja 2016. godine razmatralo je zahtjev Hrvatske liječničke komore za pokretanje postupka protiv novinarke Ivane Rimac Lesički, autorice teksta "Varga spriječio Komoru da sudi liječnicima", objavljenoga 10. listopada 2015. godine u *Večernjem listu*. Ivana Rimac Lesički je članica HND-a.

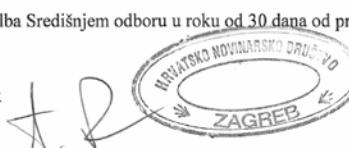
Zaključak
Većinom glasova, uz jedan suzdržani glas, Novinarsko vijeće časti ocijenilo je da je novinarka Ivana Rimac Lesički prekršila članak 5. i 12. Kodeksa časti hrvatskih novinara te joj Vijeće časti HND-a izriče opomenu.

Obrazloženje: U tekstu „Varga spriječio Komoru da sudi liječnicima“, novinarka Ivana Rimac Lesički objavila je da je Ministarstvo zdravljia uskratilo Hrvatskoj liječničkoj komori suglasnost na izmjene i dopune Statuta. Ta činjenica je, kako stoji i u prijavi Trpimira Golube, predsjednika Komore, u potpunosti točna. No, sporan je dio u kojem novinarka tvrdi da je time „tremuću izbjegnuto ili odgođeno procesuiranje liječnika iz afere Hipokrat pred Visokim časnim sudom Komore“. Naime, mogućnost Hrvatske liječničke komore da procesuira liječnike, koji su pravomoćnom sudskom presudom osuđeni za počinjenje kaznenog djela, uvedena je još 2003. godine i nema nikakve veze sa spomenutim izmjenama i dopunama Statuta, za koje je Ministarstvo uskratilo suglasnost. Stoga NVČ smatra da je novinarka, doštenjem vlastitog zaključka o odbijanju suglasnosti za izmjene Statuta Komore, prekršila točku 5. Kodeksa časti, po kojoj je novinar dužan objavljivati točnu, potpunu i provjerenu informaciju. Radi se o pogrešnom očitavanju dobivenih informacija, čime je javnost dovedena u zabluđu. Ivana Rimac Lesički odbila se očitovati o ovoj prijavi, tvrdeći da od travnja prošle godine više nije članica HND-a, što se uvidom u registar članova pokazalo kao kriva informacija.

Što se tiče objavljivanja ispravka, koji je u ovom slučaju Hrvatskoj liječničkoj komori odbijen od strane uredništva *Večernjeg lista*, NVČ smatra da je prekršen članak 12. Kodeksa časti hrvatskih novinara. Naime, potpisnik prijave inizistira na konkretnom obrazloženju odbijanja objave njegovog ispravka u ime Hrvatske liječničke komore, smatrajući da pozivanje uredništva na Glavu VI Zakona o medijima nije dovoljno. Urednik *Večernjeg lista* Dražen Klarić u svom je očitovanju naglasio da ima „povjerenje u novinarku i njezine izvore“, a tvrdi i da je tražio mišljenje pravnoga tima, nakon čega je prosudio da „postoje zakonski razlozi za odbijanje objavljivanja ispravka“. Vijeće časti smatra da je takvo obrazloženje nedovoljno te da je *Večernji list* morao objaviti ispravak očito pogrešnih informacija iz teksta Ivane Rimac Lesički.

Na odluku Vijeće časti može se uložiti žalba Središnjem odboru u roku od 30 dana od primitka odluke (članak 44. točka 5 Statuta HND).

Aleksej Gotthardi Pavlovsky, predsjednik Novinarskog vijeće časti


član međunarodne federacije novinara IFJ
member of the international federation of journalists - IFJ

Nužna uspostava povjerenja između novinara i liječnika

Piše: DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN
daniela.dujmovic@hotmail.com

Da neki stranac sudi o hrvatskom zdravstvu na temelju pojedinih članaka i naslova, pomislio bi da u hrvatskim bolnicama ordiniraju liječnici uboifice, a da su zdravstvene ustanove prava mučilišta

Čak 9 od 10 liječnika (95 posto) smatra da se o lijećnicima izvještava senzacionalistički, a o liječničkim pogreškama novinarski neprofesionalno

Rezultati ankete koje je među lijećnicima provela Hrvatska liječnička komora kako bi saznala njihove stavove o tome kako se liječnike i zdravstveni sustav prikazuje u hrvatskim medijima, porazni su i za novinare i za medije u cjelini. No, najgori je odabir ratovati i istjerivati pravdu sa „sedmom silom“ jer je ta bitka unaprijed izgubljena. Mediji mogu biti i jesu ključni kanal prema javnosti i prema onima koji odlučuju o položaju i pravima liječnika i koji kreiraju zdravstvenu politiku. Tu njihovu pozitivnu društvenu ulogu i moć treba maksimalno iskoristiti.

Jeziva nova otkrića: „Umirali od sepse i u teškim mukama – „Doktor Smrt“ iz Bjelovara osumnjičen za ubojstvo deset pacijenata“, „Pravi horor u zagrebačkom rodilištu: Trudnice danima spavaju na krvavim plahtama“, „Sablazan prizor u bolnici! Pacijenti u šoku!“ - samo su neki od naslova članaka koje smo mogli pročitati u hrvatskim medijima. Da kojim slučajem neki stranac sudi o hrvatskom zdravstvu na temelju takvih članaka i naslova, pomislio bi da u hrvatskim bolnicama ordiniraju liječnici uboifice, a da su zdravstvene ustanove prava mučilišta! Naravno, mi smo za uvod u našu temu, „Kako se liječnike i hrvatsko zdravstvo prikazuje u hrvatskim medijima“, a u skladu sa sveprisutnom tabloidizacijom medija (moramo i mi biti u trendu!), odabrali radikalno-senzacionalističke naslove koji, na žalost, već odavno nisu rijetkost u našem medijskom prostoru. Jasno je da ništa nije „crno-bijelo“ i da ne pišu svi mediji o lijećnicima i temama iz zdravstva na takav način, no trend tabloidizacije i trivijalizacije medija i same novinarske profesije dobrano je

odmakao. To dakako nije samo hrvatska specifičnost, i u razvijenim zapadnim zemljama pregršt je žutila i senzacionalizma, od engleskih tabloida primjerice hvata vas mučnina, no ključna je razlika, naglašava naša sugovornica, profesorica novinarske etike na zagrebačkom Fakultetu političkih znanosti **Gordana Vilović**, što su se tamo paralelno razvijali i ozbiljni mediji. Vrativši se upravo s puta iz Francuske, prof. Vilović je istaknula kako je u toj zemlji novinarstvo još „živo“, jer u njihovim novinama još uvijek možete pročitati ozbiljne i analitične članke, kao i u jednom engleskom „The Guardianu“, sjajnim dnevnim novinama koje su unatoč lošim medijskim trendovima i pogubnom utjecaju novih digitalnih medija na klasične, uspjele preživjeti jer uvijek ima publike koja želi čitati ozbiljne, kvalitetne i analitične članke. U Hrvatskoj, smatra naša sugovornica, više nema ozbiljnog medija, nego je riječ o polatabloidima; bilo je pokušaja njihova osnivanja, no oni iz raznoraznih razloga nisu uspjeli opstati.



Liječnici i mediji - ne mogu jedni bez drugih iako su često u sukobu

Liječnici nezadovoljni svojom slikom u medijima

Raspravom o stanju u hrvatskim medijima i posljedično tomu srozavanjem novinarske profesije mogle bi se ispuniti cijele Liječničke novine, jer je situacija, kako to često kažu političari, „vrlo složena“ (kada izbjegavaju biti konkretni) pa ćemo stoga prijeći na bit stvari, a to je istraživanje koje je Hrvatska liječnička komora (HLK) provela među liječnicima kako bi dobila relevantne podatke o liječničkoj percepciji medijskog prikazivanja liječnika i tema iz zdravstva. Anketa je provedena putem *online* upitnika, a u njoj je sudjelovalo 1.418 liječnika. Rezultati su upravo porazni; 4 od 5 liječnika koji su sudjelovali u anketi smatra da mediji neobjektivno (81 posto) i većinom negativno (88 posto) izvještavaju o zdravstvu. Čak 9 od 10 liječnika (95 posto) smatra da se o liječnicima izvještava senzacionalistički, a o liječničkim pogreškama novinarski neprofesionalno. Njih 94 posto smatra da mediji ne štite privatnost i ugled liječnika, a njih 89 posto zabrinuto je medijskom slikom liječnika i liječničke profesije. Naime, na ponuđene odgovore u anketi najviše ih je zaokružilo

kako se liječnike prikazuje kao sklone korupciji, površne, neodgovorne i nesavjesne, koji pacijente gledaju samo kao na brojeve.

Novinari konsternirani odgovorima liječnika

Kada je autorica teksta anketu proslijedila kolegama novinarima koji prate zdravstvo okupljenima u Zboru zdravstvenih i medicinskih novinara Hrvatskog novinarskog društva (HND), bili su upravo konsternirani odgovorima liječnika. Stoga su odlučili reagirati priopćenjem u kojem naglašavaju kako je nezadovoljstvo liječnika medijima, koje optužuju za neobjektivnost, senzacionalizam i nepoštivanje privatnosti liječnika, „rezultat nerealne slike i iskrivljenih stajališta koji su posljedica površnog praćenja medija i percipiranja samo onih tema koje liječnici doživljavaju kao negativne za sebe i svoju profesiju, s pravom ili ne“. Napominju kako novinari u skladu s pravilima svoje struke imaju pravo pisati i propitivati sve teme od javnog interesa pa tako i rad liječnika i cjelokupnog zdravstvenog sustava, i to neovisno o tome informiraju li javnost o njihovim uspjesima, govore li o liječnicima koji pomicu granice u hrvatskoj me-

dicini, o uvođenju novih metoda liječenja ili pak svojim tekstovima i prilozima propituju funkcioniranje zdravstvenog sustava, propuste zdravstvene administracije i profesionalne pogreške pojedinih liječnika. „Novinari koji prate zdravstvo bezbroj su puta pokazali da znaju pohvaliti ono što je dobro i korisno u zdravstvenom sustavu i tome dati odgovarajuće značenje (...), ali i biti oštiri kad je potrebno bez obzira je li riječ o ministru zdravlja, ravnatelju neke bolnice, predstavnicima liječničkih udruga ili pojedinom liječniku koji se ogriješio o pravila struke“. Ističu i kako su mediji bezbroj puta pomogli i liječnicima i njihovim pacijentima da se, suočeni s nerazumijevanjem unutar sustava, izbore za dotad nedostupnu terapiju, upozoravali na loše uvjete i propuste u zdravstvenim ustanovama koji liječnicima otežavaju rad te tako poticali da se stvari promijene nabolje. I među novinarna, zaključuju, ima onih koji sustavno prate neko područje i mogu o njemu kompetentno pisati, ali i onih s kojima to nije slučaj. Na tržištu se na žalost, navode, pojavljuju i mediji kojima profesionalni odnos nije uvijek na prvom mjestu, no to je jedan od problema koji, zaključuju, treba rješavati sama novinarska profesija.

>>

Novinari koji prate zdravstvo smatraju da je liječničko nezadovoljstvo medijima rezultat nerealne slike i iskrivljenih stajališta kao posljedica površnog praćenja medija i percipiranja samo onih tema koje liječnici doživljavaju kao negativne za sebe i svoju profesiju

Mediji mogu imati pozitivnu ulogu i pomoći liječnicima u njihovim nastojanjima za boljim društvenim položajem, boljim uvjetima rada i sl., ali s njima treba znati komunicirati

Liječnici i predstavnici liječnika trebaju pomoći novinarima kada pišu o zdravstvu, dajući im pravodobne informacije i organizirajući razne edukacije

Uspostava međusobnog povjerenja nužna

Najgora je stvar generalizirati, mediji s druge strane uistinu pomažu i bezbroj puta su pomogli da se razotkriju problemi u zdravstvu i riješe te potiču raznorazne humanitarne akcije i donacije u zdravstvu (zadnja je akcija bila prikupljanje sredstava za obnovu KBC-a Osijek oštećenog u nevremenu, a upravo su mediji svojim izvještavanjem potaknuli i mobilizirali ljudi i tvrtke da se pomogne u obnovi bolnice). Dakle, mediji itekako mogu imati pozitivnu ulogu i mogu pomoći i samim liječnicima u njihovim nastojanjima za boljim društvenim položajem, boljim uvjetima rada i sl., ali s njima treba znati komunicirati. To je lijepo objasnio Ivica Belina, predsjednik Koalicije udruga u zdravstvu. Istaže kako postoji duboko nerazumijevanje između novinara i liječnika te da je uspostava međusobnog povjerenja nužna. Napominje kako se liječnici često prema novinarima postavljaju „obra-naški“ te ne shvaćaju da u suradnji s njima mogu promovirati svoj rad i ukazati na probleme s kojima se suočavaju u sustavu, jer „mediji su odličan alat za podizanje javne svijesti o problemima, što onda primorava vlasti na njihovo rješavanje“. Smatra kako se teme u zdravstvu često mistificiraju te da novinare, umjesto da im se prikraćuju informacije, treba educirati, tim više što ima sve manje sektorskih i specijaliziranih novinara koji prate neko područje, pa tako i zdravstvo. I sam je imao i ugodnih i neugodnih iskustva s medijima. Trebalо mu je, priznaje, dvije godine da se nauči kako se „nositi“ s medijima te kako im i u kojem obliku plasirati informaciju da bi im bila zanimljiva i da bi postigla željeni učinak.



IVICA BELINA,
predsjednik Koalicije udruga u zdravstvu

Liječničko nepovjerenje produkt stanja u medijima i društvu

Komentirajući anketu, prof. Vilović smatra kako je liječničko nepovjerenje prema novinarima odraz cjelokupnog stanja ne samo u medijima, nego u cijelom društvu. „Sve je to produkt opće klime u društvu, općeg siromaštva, nezadovoljstva, rezigniranosti“, ističe. Liječnici su nezadovoljni svojim statusom i susreću se s nizom problema u svom radu; novinari su, s druge strane, prisiljeni raditi članke u cilju podizanja naklade, više im se ne da ni prostora niti vremena da istraže priču i naprave ozbiljnu temu, njihova sloboda pisanja ovisi o interesu gazde (čitaj vlasnika medija). Koliko god su liječnici nezadovoljni svojim statusom u društvu, novinari mogu biti još nezadovoljniji. Potplaćeni su i egzistencijalno ugroženi poput prodavačica u trgovackim centrima, razina sigurnosti u poslu im je „danас jesi, sutra nisi“, uviјek su dežurni krivci, rade u medijima čiji vlasnici gledaju prije svega na podizanje naklade i u takvim uvjetima uistinu je teško, ako ne i nemoguće, poštivati sve uzuse novinarske profesije. Tim više, što vlasnici inzistiraju da se bude prvi u objavi neke informacije. S druge strane, ničiji posao nije toliko javan kao novinarski i niti jedna profesija nije toliko izložena kritici. I liječnici i novinari, ističe naša sugovornica, obavljaju iznimno odgovorne poslove. Kako liječnička nepažnja i loša procjena može ugroziti nečiji život, tako i novinar može svojim pisanjem uništiti nečiji život. „I liječnici i novinari mogu pogriješiti, pitanje je samo koliko će međusobno biti solidarni“, upozorava prof. Vilović. Zaključuje kako bi trebali napraviti korak jedni prema drugima, što je u interesu svih: i konzumenata medija da



GORDANA VILOVIĆ,
profesorica novinarske etike na zagrebačkom Fakultetu političkih znanosti

dobiju točne i objektivne informacije i liječnika koji su nam iznimno važni jer obavljaju vrlo zahtjevan i odgovoran posao, ali i novinara, žele li unatoč svemu profesionalno i etično izvještavati javnost. A takvih je još uvijek mnogo. I u tome im liječnici i predstavnici liječnika trebaju pomoći kada pišu o zdravstvu, dajući im pravodobne informacije i organizirajući razne edukacije.

Interes javnosti ispred prava na zaštitu privatnosti

Jedan je od najvećih prijepora u odnosu između predstavnika liječnika, u ovom slučaju između Hrvatske liječničke komore i medija, u tomu što u Komori smatraju da je kreiranje novinskih članaka na temelju navoda iz optužnice protiv liječnika ne samo neprofesionalno nego i štetno društveno ponašanje. Tim više, ako se u takvima člancima objavi puno ime i prezime. Komora u svojim čestim priopćenjima prema medijima navodi kako se na taj način teško narušava ugled liječnika o kojim se piše te se u javnosti prejudicira krivnja prije pravomoćne sudske presude i stvara javna osuda optužene osobe (liječnika). Stoga Komora poziva sve medije da ako imaju neka ozbiljna saznanja ili dokaze o neetičnom ponašanju liječnika da o njima obavijeste nadležna tijela i institucije. To je, tvrde u Komori, jedini ispravan način da se zaštite pacijenti i njihovo pravo na liječenje ali i dignitet liječničke profesije. Bilo kakvo kalkuliranje s takvima podacima i njihovo tempirano objavljivanje s ciljem podizanja čitanosti i gledanosti nisu u interesu niti pacijenata niti hrvatske javnosti. No, situacija nije ni blizu tako jednostavna. Želje su jedno, a stvarnost i praksa novinarskog izvještavanja u takvima slučajevima - ne samo u Hrvatskoj, nego i u svijetu (referiramo se prije svega na zemlje EU-a) - sasvim je druga. Zagrebačka odvjetnica **Vesna Alaburić**, stručnjakinja za medijsko pravo, pojašnjava kako je javnost sudskih postupaka jedno od temeljnih pravnih načela u svakoj demokratskoj zemlji jer se time osigurava kontrola javnosti na radom sudske vlasti. To načelo, ističe, podrazumijeva pravo i obvezu medija da izvještavaju o optužnicama, stajalištima obrane, događanjima u sudnicama, sudskim odlukama, žalbama i svim aspektima sudskih



I liječnici i novinari obavljaju iznimno odgovoran i zahtjevan posao

postupaka od javnog interesa. Sloboda izvještavanja ograničena je presumpcijom nevinosti, što znači da mediji imaju pravo i obvezu izvještavati u predmetima od javnog interesa, ali pritom ne smiju prejudicirati krivnju optuženika. Protivljenje izvještavanju o optužnicama i sudskim postupcima smatra nerazumijevanjem društvene zadaće medija. „Izvještavanje o greškama i nepravilnostima delikatno je za svaku profesiju, pa tako i za liječnike. No ne postoji opravdani razlog da se o mogućim liječničkim propustima izvještava po nekim posebnim pravilima. Mediji imaju pravo objavljivati informacije da je protiv nekog pokrenuta istraga, podnesena kaznena prijava ili podignuta optužnica, ali su pritom dužni javnosti dati uravnoteženu informaciju, koja uključuje i pravo osumnjičene osobe da javno odgovori na sumnje i optužbe kojima je izložena“, ističe **Alaburić**. Neosporno je, dodaje, da medijski prilozi o sudskim postupcima škode osobama protiv kojih se vode, ali to nije, smatra, valjan razlog da se zabrani izvještavanje o njima. Granica prava na zaštitu privatnosti, koja uključuje zaštitu ugleda i časti s jedne strane i slobode izražavanja s druge strane, javni je interes. O postojanju ili nepostojanju javnog interesa zaključuje se u odnosu

na okolnosti svakog konkretnog slučaja, no zdravstvena zaštita, prava pacijenata i odnos liječnika prema pacijentima neosporno su teme od javnog interesa, pa će se objavljivanje činjenica i činjenično uteviljenih kritičkih vrijednosnih sudova u pravilu smatrati opravdanim, čak i kad se time povređuje ugled nekog liječnika, pojašnjava **Alaburić**, koja je u svojoj odvjetničkoj karijeri u sudskim postupcima branila i uspješno obranila mnoge novinare, urednike i novinske kuće. Novinari su, pojašnjava, u pravilu u sukobu s onima o kojima izvještavaju jer svatko smatra da zasluguje pozitivniji publicitet i da



VESNA ALABURIĆ, odvjetnica specijalizirana za medijsko pravo

U Liječničkoj komori smatraju da je kreiranje novinskih članaka na temelju navoda iz optužnice protiv liječnika ne samo neprofesionalno nego i štetno društveno ponašanje.

Tim više, ako se u takvim člancima objavi puno ime i prezime

Sukobljavaju se dva prava; pravo liječnika na zaštitu osobnog i profesionalnog digniteta i pravo javnosti da bude obaviještena. Pitanje je realne mogućnosti zaštite identiteta u Hrvatskoj, u kojoj se ljudi iz struke uglavnom međusobno poznaju, barem po čuvanju

I u zapadnim razvijenim državama praksa je izvještavanje o liječnicima protiv kojih se vodi istraga i podignuta je optužnica, no u nekima se identitet liječnika otkriva rijetko i samo u „velikim“ slučajevima

novinari nisu dovoljno kvalificirani i educirani da komentiraju zdravstvo, sudstvo, prosvjetu... „Imamo li na umu da novinari moraju brzo, pojednostavljeno i zanimljivo izvestiti javnost o nekoj temi, onda im mi svi, iz drugih profesija, moramo pomoći da svoju odgovornu društvenu zadaću obave na najbolji mogući način. Suradnja, pomoći i razjašnjenja - to je najbolji put da medijski prilozi sadrže točne tvrdnje i uravnotežene kritičke sudove, zaključuje.

Identitet optuženog liječnika teško zaštiti

Medijsko izvještavanje o istragama, optužnicama i sudskim postupcima protiv liječnika, ali i o objavi njihova puna identiteta pri tom, što se često događa, komentirao je i odvjetnik Tomislav Jonjić, jedan od odvjetnika koji zastupa HLK. Naglasivši kako iznosi svoje osobno mišljenje, a ne službene stavove Komore, priznaje kako je riječ o etički i pravno složenoj situaciji, jer se sukobljavaju dva prava: pravo liječnika na zaštitu osobnog i profesionalnog digniteta i pravo javnosti da bude obaviještena. Oba su prava zaštićena posebnim propisima, a u slučaju njihove kolizije pojavljuje se i pitanje realne mogućnosti zaštite u Hrvatskoj kao male države u kojoj se ljudi iz struke uglavnom međusobno poznaju, barem po čuvanju. To znači, pojašnjava, da je gotovo nemoguće sačuvati identitet osumnjičenog u situaciji kada državno odvjetništvo na mrežnim stranicama objavljuje podatak o podizanju optužnica, najčešće s inicijalima optuženika. Samim tim, lako se dozna, a posebice u malim sredinama, identitet optuženika. „Razu-

mljivo je da HLK mora stati i staje u zaštitu svojih članova i uopće liječničke struke. Kao odvjetnik koji zastupa HLK i njezine članove uvijek bi se zalagao da se identitet osumnjičenika ne objavljuje niti nakon podizanja optužnice“, kaže Jonjić, koji pojašnjava kako javnost po inerciji često mijesha optuženje s presudom, a tome pridonose i sami novinari, ponajprije urednici koji senzacionalističkim, a ponekad i zlonamjernim formulacijama teksta i naslova sugeriraju da je krivica već utvrđena, a sudski postupak puka formalnost. U takvom načinu izvještavanja i opremanja tekstova, smatra Jonjić, najveći je problem. „Kada bi novinari i urednici postupali doista savjesno, skrupulozno i profesionalno, pitanje se ne bi ni pojavljivalo u tako drastičnom obliku“, zaključuje.

Skandinavske zemlje izuzetak

Predsjednik povjerenstva za međunarodnu suradnju HLK-a dr. Ivan Raguž obavio je velik posao i poslao liječničkim komorama diljem Europe upite o tome kako njihovo zakonodavstvo štiti privatnost osoba, pa tako i liječnika u kaznenim postupcima, jer i kod njih praksa da se javno objavljuje identitet liječnika koji je osumnjičen i optužen za neko kazneno djelo tijekom obavljanja liječničke djelatnosti i prije donošenja pravomoćne presude i reagiraju li komore u takvim slučajevima. Odgovorili su iz liječničkih komora iz 17 europskih zemalja plus Izrael. Svugde su suđenja javna (osim ako sud ne odluči drugačije, kao i kod nas), i u mnogima se objavljuje puni identitet liječnika tijekom istraga, dizanja optužnice i sudskog postupka. Jedino u skandinavskim zemljama (Švedska, Finska), mediji u pravilu ne objavljaju pun identitet liječnika prije pravomoćne presude, osim u izvanrednim, „velikim“ slučajevima od općeg interesa. Iz Finske odgovaraju kako se etički kodeks iznimno poštuje u finskim medijima. Iz Njemačke ističu kako ovisi o slučaju, a sudska praksa zasniva se na prepostavci da je javni interes u prednosti nad zaštitom privatnosti u težim kaznenim djelima. No, s objavljanjem privatnih podataka osoba, mediji u Njemačkoj, generalno, „barataju“ vrlo pažljivo. U Velikoj Britaniji također je uobičajeno da se objavljuje pun identitet liječnika protiv kojih se vodi istraga, a njihova Komora reagira u slučaju objave lažnih informacija i može se žaliti IPSO-u (Independent Press Standard Organisation), koja nadzire poštu-



TOMISLAV JONJIĆ,
jedan od odvjetnika koji zastupa HLK

ju li se novinarski profesionalni standardi pri izvještavanju. Iz Slovenske liječničke komore odgovaraju da se, kad počne afera s liječnikom u „glavnoj ulozi“, obično ne navodi njegovo ime. No, u narednim izdanjima mediji ga privuku da sam stane „pred mikrofon“ kako bi ispričao svoju priču. Tako naravno i otkrije svoj identitet. U Bugarskoj navode kako nije uobičajena medijska praksa da se otkrije identitet liječnika, no i da to ovisi o medijskom interesu, jer ako ga ima, onda će objaviti ne samo imena nego i sve pojedinosti do kojih dođu u vezi sa slučajem. Njihova liječnička komora jedina stoji „žestoko“ na braniku zaštite prava liječnika i njihove privatnosti u svim slučajevima (barem prema odgovoru) te u tome podsjećaju na Hrvatsku liječničku komoru. Naime, dok su iz većine drugih komora odgovorili ili da nisu mjerodavni i odgovorni reagirati u pojedinačnim slučajevima protiv liječnika ili da reagiraju samo iznimno, u Bugarskoj liječničkoj komori redovito reagiraju na objavljivanje imena liječnika i optužnica protiv njih. Ističu da objavljivanje takvih informacija, bez obzira jesu li dokazane ili nisu, štete ugledu liječničke profesije te utječu na povjerenje u liječnike. Trenutno rade na projektu u kojem će, tvrde, dokazati štetnost i neprikladnost takvih medijskih objava. Zanimljiv je bio i odgovor i iz Bugarske liječničke komore na pitanje otkriva li se identitet liječnika osumnjičenog za neko kazneno tijekom obavljanja liječničke djelatnosti; odgovorili su potvrđeno te dodali kako im se ime i prezime objavljuje prije nego ubojicama! Takvih bi se primjera vjerojatno moglo naći i u hrvatskim medijima. Zanimljivu usporedbu o tome dala je u intervjuu Liječničkim novinama predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku dr. **Ines Strenja-Linić**, koja je ogorčena što se liječnike ponekad izlaže javnom sramu a da slučaj na kraju niti ne dođe do suda, dok se primjerice pedofilima često ne objavljuju niti inicijali. Navela je slučaj jednoga koji je prije nekoliko mjeseci uhićen u Rijeci jer je zlostavljač čak 80 djevojčica i ni njemu nisu bili objavljeni niti inicijali. Istina je da se stoga što je riječ o osobito gnusnim djelima, gdje se identitet djetele i maloljetnika mora zaštititi pod svaku cijenu, ne otkriva ni identitet pedofila jer je interes i pravo djeteta ispred interesa javnosti. No, zar u slučaju riječkog pedo-



fila ne bi bio interes javnosti znati njegov identitet, tim više što je riječ o toliko djece, pa im se objavom ne bi posljedično lako otkrio identitet, a i Rijeka nije tako mali grad. No, to je priča za sebe, političari se nikad nisu odvažili odlučiti se ni za javnu objavu registra takvih osoba, kao što je to u Americi, kao da im je zaštita privatnosti pedofila važnija od interesa djece.

Interes javnosti izgovor i za neodgovorno izvještavanje

O stanju u medijima i razini profesionalnosti u novinarskim izvještajima i prilozima, ali i o tome kako odrediti granicu između javnog interesa i prava na zaštitu privatnosti i ugleda neke osobe pa tako i liječnika, razgovarali smo na kraju i s predsjednikom Hrvatskog novinarskog društva (HND) **Šašom Lekovićem**. Pitali smo ga je li interes javnosti danas postao izgovor i za neodgovorno izvještavanje u kojem se osobu već unaprijed

osudi i neopravdano joj se uništi ugled. Odgovorio nam je kako je interes javnosti ponekad zaista izgovor i za neodgovorno pisanje, no da je riječ o providnom izgovoru, jer interes javnosti ne može biti dobivanje neprovjerenih i netočnih informacija. S druge strane, imamo slučajeve da liječnici novinarima ne daju informacije koje su zaista u interesu javnosti „skrivajući“ seiza „zaštite privatnosti“, upozorava. Dodaje kako ponekad uistinu nije lako empirijski odrediti gdje je granica, ali da svakako nema opravdanja za drastična kršenja privatnosti bez ikakva utemeljena razloga, kao niti za prikrivanje informacija koje javnost ima pravo znati. Komentirajući rezultate ankete provedene među liječnicima, **Leković** napominje kako i među liječnicima i među novinarima ima onih koji griješe, kao i u svim drugim profesijama. To je, dodaje, nemoguće izbjegći, ali je svakako moguće nastojati da međusobna komunikacija bude profesionalnija i kulturnija. Kad je riječ o konkretnoj anketi, nastavlja, očito je da se ponavljaju neki



SAŠA LEKOVIĆ, predsjednik HND-a

stereotipi u odnosu liječnika prema novinarima te da pojedina neugodna iskustva rezultiraju uopćavanjima. Glede samog stanja u medijima, naš sugovornik napominje kako niz problema uzrokuje općenito nisku razinu profesionalnosti u medijima te da na velik dio njih novinari ne mogu utjecati, što naravno ne isključuje i njihovu odgovornost za takvu situaciju, kao niti odgovornost urednika i redakcija. „Bez obzira na sve objektivne probleme nema opravdanja za neprofesionalnost, površnost i neodgovornost“, rezolutan je Leković. Stoga ističe važnost postojanja Novinarskog vijeća časti HND-a koje je, smatra, na žalost, jedino samoregulatorno tijelo u hrvatskom medijskom prostoru. Naime, Novinarsko vijeće časti može razmatrati svaku prijavu protiv novinara, pri čemu se obavezno traži očitovanje tuženog i provjeravaju sve činjenice. No, kazniti (opomenom ili isključenjem) može samo članove HND-a. O prijavama protiv nečlanova, Vijeće može dati samo javno mišljenje, a sve odluke i mišljenja objavljaju se na web portalu HND-a.

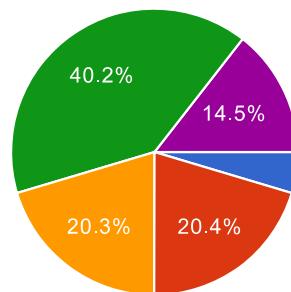
Graditi mostove a ne zidove

I da zaključimo priču! Situacija u medijima je takva kakva jest. Nemoguće je pojedinačno utjecati na loše trendove koji su prisutni već godinama. Najgori je odabir ratovati i istjerivati pravdu sa „sedmom silom“ jer ta je bitka unaprijed izgubljena. Srećom, još ima puno novinara, koji bez obzira na sve, poštano rade svoj posao i pridržavaju se profesionalnih i etičkih standarda u novinarstvu. S takvima treba

Stavovi liječnika o tome kako se liječnike i zdravstvo prikazuje u medijima

Anketu provela HLK putem online upitnika. Sudjelovalo 1.418 liječnika.

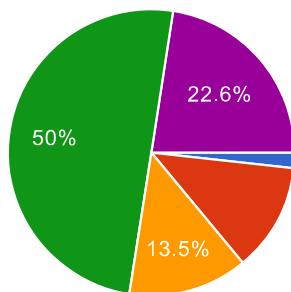
Teme iz zdravstva dobivaju, u odnosu na ostale teme, odgovarajući prostor u hrvatskim medijima



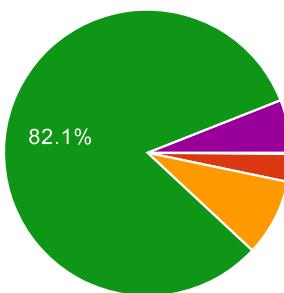
| | | |
|-----------------------------------|------------|-------|
| Slažem se u potpunosti | 66 | 4.7% |
| U većoj mjeri se slažem | 289 | 20.4% |
| Niti se slažem, niti se ne slažem | 288 | 20.3% |
| U većoj mjeri se ne slažem | 570 | 40.2% |
| Uopće se ne slažem | 205 | 14.5% |

Mediji objektivno izvještavaju o zdravstvu

| | | |
|-----------------------------------|------------|-------|
| Niti se slažem, niti se ne slažem | 191 | 13.5% |
| U većoj mjeri se ne slažem | 709 | 50% |
| Uopće se ne slažem | 320 | 22.6% |



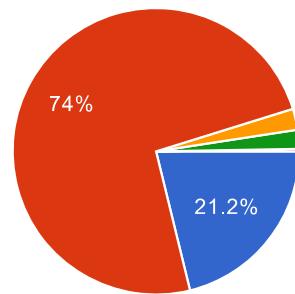
Vijesti iz zdravstva u medijima



| | | |
|--------------------------------|-------------|-------|
| U cijelosti pozitivne | 2 | 0.1% |
| Većim dijelom pozitivne | 44 | 3.1% |
| Niti pozitivne, niti negativne | 123 | 8.7% |
| Većim dijelom negativne | 1164 | 82.1% |
| U cijelosti negativne | 85 | 6% |

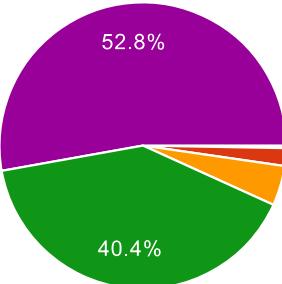
Vijesti o liječnicima u medijima uglavnom su:

| | | |
|----------------------------------|-------------|-------|
| U cijelosti senzacionalističke | 300 | 21.2% |
| Većim dijelom senzacionalističke | 1050 | 74% |
| Neutralne | 34 | 2.4% |
| Većim dijelom uravnotežene | 30 | 2.1% |
| U cijelosti uravnotežene | 4 | 0.3% |

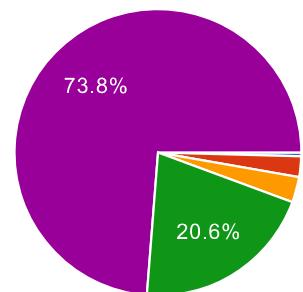


Medijski izvještaji o liječničkim pogreškama obrađene su novinarski profesionalno

| | | |
|-----------------------------------|------------|-------|
| Slažem se u potpunosti | 4 | 0.3% |
| U većoj mjeri se slažem | 28 | 2% |
| Niti se slažem, niti se ne slažem | 64 | 4.5% |
| U većoj mjeri se ne slažem | 573 | 40.4% |
| Uopće se ne slažem | 749 | 52.8% |



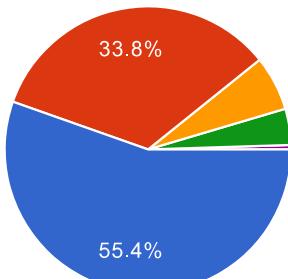
Mediji štite privatnost i ugled liječnika



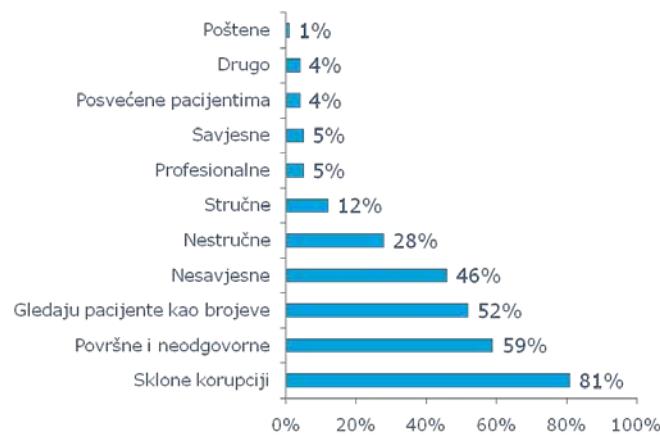
| | | |
|-----------------------------------|-------------|-------|
| Slažem se u potpunosti | 6 | 0.4% |
| U većoj mjeri se slažem | 33 | 2.3% |
| Niti se slažem, niti se ne slažem | 41 | 2.9% |
| U većoj mjeri se ne slažem | 292 | 20.6% |
| Uopće se ne slažem | 1046 | 73.8% |

Zabrinut sam načinom medijskog portretiranja hrvatskih liječnika

| | | |
|-----------------------------------|------------|-------|
| Slažem se u potpunosti | 786 | 55.4% |
| U većoj mjeri se slažem | 479 | 33.8% |
| Niti se slažem, niti se ne slažem | 88 | 6.2% |
| U vedoj mjeri se ne slažem | 58 | 4.1% |
| Uopće se ne slažem | 7 | 0.5% |



Liječnička percepcija o tome kako ih se prikazuje u medijima



razvijati suradnju, omogućiti im pravodobne informacije i educirati ih ako treba. U tome i Komora može odigrati važnu ulogu te u najmanju ruku sudjelovati i biti pokrovitelj i organizator seminara i simpozija o zdravstvu i medijima. Stoga, kad vam novinar sljedeći put „pokuca na vrata“, nemojte ga gledati kao „smrtnog neprijatelja“ nego mu pomognite da prenese točne informacije i da razumije kontekst i pozadinu određenog događaja ili teme. Naime, mediji mogu biti, i jesu, ključni kanal prema javnosti i prema onima koji odlučuju o pravima i položaju liječnika. Tu njihovu pozitivnu društvenu ulogu i moć treba maksimalno iskoristiti. Koliko god otrcano zvučalo, istinito je da treba graditi mostove, a ne zidove, i da jedino zajedničkim naporima, u ovom slučaju liječnika i novinara, mogu i stvari u zdravstvu krenuti nabolje.

Liječnička percepcija medijskog prikaza liječnika i zdravstva

- Polovina liječnika (55%) smatra da mediji u odnosu na ostale teme, ne daju odgovarajući prostor temama iz zdravstva
- 4 od 5 liječnika smatra da mediji neobjektivno (81%) i većinom negativno (88%) izvještavaju o zdravstvu
- 9 od 10 liječnika (95%) smatra da mediji vijesti o liječnicima obrađuju senzacionalistički, a vijesti o liječničkim pogreškama novinarski neprofessionalno (93%)
- 94% liječnika smatra da mediji ne štite privatnost i ugled liječnika
- 89% liječnika je zabrinuto medijskom slikom liječnika i liječničke profesije

Komora ponovo upozorila Večernji

IZLJEĆILA SAM MNOGIM NEPOZNATIM OSOBAMA TEŠKE BOLESTI, A DA IH NISAM NI VIDJELA



LJUBAV JE KRJEPOST KOJA NIKADA NE PRESTAJE

Prvič mi riz i nadaljuje izkušnje tame i neugode koje je grjeb preuzimao, jest poput ponovnog gledanja sunca nakon velike cijene.

Braćevi, kada se može biti velikih napora, ne dolije da uvozi bolji pogled čak i prema nejizražajnijim životnim događajima, a to su bolesti koje nisu ophodile. Svetlo vjere može ticali znatno usabistati da dopuni duši pregledati, održati Bolju proviziju, stvarnost koja drugi ne namještaju. Tako

pregleđ na Bolanskim istinsima o životu, samo je svjetlo vjere, i u svakome čovjeku koji ih shvatiti same sebe. Intelligencija sama nemaš, bez vjere, ne omogućuje spoznati punu istinu o životu koja je objavio svi Božiji Čudeni se događaju u svjetlu ljudskog doba, gdje se sloboda živeti na bol-gdje se dešava za ljudskim životom, gdje grjeće susretljivo s Bogom i uverjajući blžnjega - ne uspeće otiskati potragu za doheim. Ljudi u svjetlu, ne naletici u sebi život života užititi od moći.

poziv od Boga „vrača životu. Bog daje preko pojedinačnosti

Nikolina J.Zagreb
Dijagnoza: (c in III na glijicu maternice)
Naime u sjednici mri je papo - in - pokazao promjene na maternici, CIN I - CIN II uz visokozetnički HPV. Podjela sam ovaj veliki problem sa kologenom koja me upućuje na grup. Ama Tjedan dana nakon gore navedene dijagnoze, oduzimanje privremenog ginekologa koja mi radi kolposkopiju. Još uvek uživači u značaju za rizik maternice - već samo glijice je mi radi blagojaju te tri značajne točke. Dan nakon što je bio opažen utjeha, počinjen priprijeć začinjene rezultate rezultate po Anđelijevi preporuci. Nakon blagojade poklanjanje da se radi ipak o CIN III što mi je dovelo do telčeg straha i boka. Nakon što sam počela prvu terapiju, Ama mi preporučuje još jednu terapiju za svaku sigurnost. Nakon mješec dana dobivam mafus konzervativnog popisa, mafus je da kaze. Naključno ugovara CIN - a naši HPV-a. Blagoje određivanje je beskiznje, a mojeg sredstva kruži. Zdravstvena mračna godišnja Anži i dragone Boga. Sigurna sam da Duh Sveti djeluje kroz Anžu. Slagodoljstvo je velikom Božjim milosrđem. Moći će se i neystvarići za njeno život da sam dugo živjela. Živjela, BOG VAS BLAGOSLOVIO!

Nevija S. Gospić
Dijagnoza: (endometriozna maternica)
ZIVO SVJEDOČANSTVO DARUJEM SVIM ŽENAMA KOJE IMAJU SLICAN PROBLEM.
Moja borba sa endometriozom započinje noćno petje 1,5 godine. Strani bolesti u predjelu trbuša i mlijekarici, mlijekari su me da odma na ginekološki pregled. Nakon lečenja pregleda i još dodatnih pretraga - dijagnoziranica mi je endometriozom. Tada mi je ginekolog upozorenje da leparadikalna operacija. Nakon tog rangovanja, najbolje je dok i mješavica, jer mi je objasnjeno da mi nakon laparoskopije ne mogu jasnoći potpuno infekcije jer je bolest takogn karaktera da se neprezra-

veda. U tom trenutku sam mi je Bog pratiočio o pomoći kada sam u novinsama vidišu napis o grup. Anž i njemušem lječivošću isčijenjivanja. Nakon što sam s njom stupila u kontakt i sve joj lječio objasnili, već tada se došlo nastaviti da postupiće isčijenjivo dar ka ondrevljenju. Nakon jednogodišnje bliske terapije, ponovno sam otilla kod ginekologa na pregleđ, ali ovaj put ne moći rješiti te opake bolesti, koja ima 4 itza ili bilo i slavi kao vrlo otporna pretrijestra. Sva smrća našla sam na članak u novinsama o grup. Anž i lati temu savršava. U razgovoru sa Anžom objetio sam da će ipak pretrajti rješenje i potražiti njen predrizvod. Uzimam sam bliske tablete, mogao bili neki čarobne i čudesne. Mjedovina čaja i nekoliko terapija bljubih kopii odnijede sa parazita iz moga tijela. Nakon mješec dana ustanavljam ovih Božji „dragocjenskih“ prepravaka TV je bio negativan, ali je na sljedećoj kontroli na 14 dana nakon ustanavljanja prepravaka test je bio negativan. Prema preporuci grup. Anž savršio sam blisku terapiju još neko vrijeme. Tada sam našla rednog vremena opet otilla na pretrage, naišao je bio negativan. Prevezem na ovako fascinantnom isčijenju ovim putem povrđujem da je jednostavno bljubka nadnasilja daleko klasificirane sintetike tabletke koje sam pio bez veze i njezino se. Zdravljujem se grup. Anž na strujnjaku i na sasvimčnom napajajući u cijelovitom svojim tegobom/ivala dragom Bogu na bljkama i njihovoj biološkoj snazi.

NIKADA NEMOJTE GUBITI NADU, OSOBITO U TEŠKIM RAZDOBLJIMA

NIKADA NEMOJTE MISLITI NA NEUSPJEH, TO JE NEPOTREBNO.

SVE INFORMACIJE MOŽETE DOBITI NA KONFERENCIJAMA 095/ 904-74-97 035/ 491-375

TELEFON OB PONEDJELJAKU-PETAKU OD 9-16 SATI 095/ 911-48-99 035/ 490-407

PLAĆENI OGLED

HUMANI BOŽJI BILJNA MEDICINA
svoja živa svjedočanstva šaljite na
darstvoritelja@gmail.com

Ziva svjedočanstva možete pogledati na
www.milostboxja.hr

list zbog oglašavanja nadrilječništva



HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA • CROATIAN MEDICAL CHAMBER
Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Hrvatska • Tel 01/4500 830 • Fax 01/4555 465 • E-mail hik@hik.hr • www.hik.hr

Klasse: 900-01/16-01/38
Ur. broj: 385-04/01-16-02
Zagreb, 21. lipnja 2016.g.

VEČERNJI LIST d.o.o.

- N/p zamjenika glavnog urednika
G. Stjepan Blažević
Oreškovićeva 6H/1
10010 Zagreb

PREDMET: Večernji list – tiskano izdanje od 20. lipnja 2016.g.
- obavijest, dostavlja se

Poštovani,

obraćam Vam se u ime Hrvatske liječničke komore, krovne staleške i strukovne organizacije liječnika – doktora medicine na području Republike Hrvatske. Hrvatska liječnička komora aktivno sudjeluje u stvaranju preduvjeta za učinkovito pružanje znanstveno dokazane i stručno utemeljene zdravstvene zaštite i skrbi građanima Republike Hrvatske.

Slobodan sam Vas podsjetiti da smo Vam se prije puna dva mjeseca, pisanim putem, obratili i upozorili Vas na neprimjereno sadržaj i potencijalnu opću društvenu štetnost plaćenog oglasa objavljenog u Vašem tiskanom izdanju (Večernji list, 18.04.2016.; plaćeni oglas naslovljen: „*BOG MI SE SMIOVAO, A GOSPA ANA ME IZLJEĆILA – Psorijaza čudom nestala za deset dana*“). Potpuno ste ignorirali naše upozorenje, niste nam odgovorili te ste nastavili praksu objavljivanja plaćenih oglasa koji promoviraju stručno i znanstveno nepriznate i neprovjerene metode liječenja.

Povod našeg ponovnog obraćanja jest reakcija na novi plaćeni oglas, objavljen u tiskanom izdanju „Večernjeg lista“ od 20. lipnja 2016.g.u kojem je preko čitave – brojem neoznačene – stranice objavljen plaćeni oglas pod nazivom „*IZLJEĆILA SAM MNOGIM NEPOZNATIM OSOBAMA TEŠKE BOLESTI, A DA IH NISAM NI VIDJELA*“. U citiranom oglasu objavljena su svjedočanstva troje ljudi, bez punog imena i prezimena, koji su navodno izlijeceni „čarobnim i čudesnim“ biljnim tinkturama, mješavinama čaja te biljnim kapima i terapijama koje su primili od „gospa Ane“.

Još jednom Vam želimo istaći i jasno Vam dati do znanja da Hrvatska liječnička komora drži u potpunosti neprihvataljivim i po zdravje pučanstva i pojedinca opasnim i štetnim promoviranjem liječenja kod osoba koje nisu liječnici te u „liječenju“ drugih primjenjuju, kako to piše u Vašim novinama, „čarobne i čudesne“ pripravke. Podsjecamo Vas da sukladno važećim propisima Republike Hrvatske liječničku djelatnost mogu obavljati samo liječnici, a

ili pružanjem druge medicinske pomoći a čine kazneno djelo nadrilječništva opisano u § 4.

li o oglašnoj poruci za čiji je sadržaj trećemo pozornost da objavljajući ovakve vijesti zakonom nedopuštenih djelatnosti potičete široku javnost na traženje u nadrilječništvo pri čemu se služe vrlo štetnim pripravcima i metodama Republike Hrvatske.

I protupravnu i društvenu štetnost mo Vas da, u cilju zaštite javnosti i sadržajima oglasa kojih objavljujete, plaćeni oglas sličnog sadržaja čime i naš apel. To pobuduje opravданu glašavanja Vaše ugledne novinske

m interesom koji valja osigurati van i legitiman stav u cijelosti trećemo pozornost da ćemo u cilju u svrhu zaštite zdravlja i metoda i sredstava liječenja, ali i osoba koje javno najavljaju igovornih osoba javnih glasila

Oreškovićeva 6H/1, 10010

Zagreb

10000 Zagreb

ppf načelnica Vesna Sokol, Kuver 200a, 10000 Zagreb

IBAN HR 49 2360000101484297 DEVIZNI ŠIBRO RAČUN Zagrebačka banka d.d. SWIFT ZABA HR XX, 250-1133454 MATIČNI BROJ 1133454 - OIB 18467916488

U Motovunu održan program "Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika"



U Motovunu je od 5. do 9. srpnja, u organizaciji Hrvatskog društva za javno zdravstvo i uz suorganizaciju Hrvatske

liječničke komore, održan program „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“. Program koji je uključivao bro-

jne radionice i okrugle stolove, bavio se značenjem i korištenjem znanja u upravljanju zdravstvom, a pokrivaо je teme prenošenja stručnih i upravljačkih znanja u praksu, donošenja i provedbe odluka zasnovanih na dokazima, te korištenja novih tehnologija u razvoju zdravstvenog sustava. Predsjednik HLK-a dr.sc. Trpimir Goluža te drugi dopredsjednik, dr.sc. Miroslav Hanževački sudjelovali su u diskusiji na okruglom stolu "Što očekujemo u zdravstvu do 2020 (2030)?" dok je predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost HLK-a, dr. sc. Iva Pejnović Franelić na okruglom stolu „Budućnost javnog zdravstva“ prezentirala izazove javnog zdravstva u RH.

Ekskluzivno osiguranje pravne zaštite liječnika - snažna financijska sigurnost za članove HLK-a!

Na sjednici Skupštine Hrvatske liječničke komore održanoj 4. lipnja 2016. usvojen je prijedlog sklapanja police osiguranja pravne zaštite liječnika u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti. Kao najbolja u svim segmentima, odabrana je ponuda Wiener osiguranja. Polica će stupiti na snagu 1. siječnja 2017. i bit će u cijelosti dizajnirana sukladno specifičnim potrebama liječnika. Osim navedenog, stvaranjem partnerskog poslovnog odnosa s osiguravajućom kućom Wiener osiguranje, od 1. srpnja 2016. svim članovima Komore bit će dostupni i ponuđeni mnogi drugi ekskluzivni proizvodi i pogodnosti iz područja osiguranja.

Član Izvršnog odbora dr. Miran Cvitković izložio je i predstavio strukturu i ciljeve projekta ugovaranja pravne zaštite liječnika u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti, čime Komora želi zaštititi svoje članove.

Članovima Skupštine predviđena je svrha pravne zaštite, pojašnjene su temeljne značajke liječničke odgovornosti, posebno je dotaknuto područje kaznene odgovornosti liječnika, razmotrone su važne karakteristike kaznenog postupka te je predstavljena polica osiguranja pravne zaštite.

Nakon izlaganja i provedene rasprave, odlukom Skupštine usvojena je i odabrana **ponuda Wiener osiguranja** koja je u sebi sadržavala najpovoljnije uvjete za članove Komore.

Ovako posebno uredena i dizajnirana polica osiguranja za liječnika obuhvaća pokrivanje troškova obrane, vještačenja, odvjetnika, svjedoka i svih ostalih troškova sudskog postupka, pri čemu osigurani iznos po štetnom događaju po osiguranoj osobi iznosi **20.000 € godišnje, agregatni limit 40.000 € godišnje, a sve to bez ikakvog dodatnog izdataka za našeg člana**. Ovako ekskluzivno dizajnirana polica ne po-

stoji u slobodnoj prodaji, a tržišna vrijednost neke druge i samo dijelom slične police u navedenom segmentu osiguranja, u slobodnoj prodaji iznosi 1.500 do 1.800 kn i više, što dodatno naglašava njenu stvarnu i punu vrijednost. Ovo osiguranje pravne zaštite liječnika **treba stupiti na snagu 1. siječnja 2017. godine**.

Obzirom da je tijekom procesa pregovaranja i dizajniranja police osiguravajuća kuća Wiener osiguranje pokazala da u potpunosti prepoznaje i prati potrebe liječnika, planirano je i **sklapanje posebnog partnerskog odnosa s Wiener osiguranjem**, što se očekuje da će stupiti na snagu od 1.srpna 2016. Temeljem navedenog, svi članovi Komore dobit će ekskluzivne pogodnosti i dostupnost posebno dizajniranih programa u području osiguranja, što će predstavljati posebnu i dodatnu vrijednost za naše članove.

MI BRINEMO ZA VAŠE FINANCIJE!



Paket MedEx

- podizanje gotovine **bez naknade** Visa Electron/Maestro karticama tekućeg računa na bankomatima svih banaka u zemlji
- dopušteno prekoračenje po tekućem računu u visini do 3 redovna primanja, max. 40.000 kn
- MasterCard revolving kreditna kartica s limitom do 5 redovnih primanja, max. 60.000 kn, uz kamatnu stopu na revolving kredit 8,90%
- internetsko, mobilno i telefonsko bankarstvo, SMS info
- direktno zaduženje i trajni nalog
- devizni i žiro-račun bez naknade za vođenje računa
- osiguranje od posljedica nesretnog slučaja

Stambeni krediti u kunama i eurima s kamatnom stopom već od **3,69%** (EKS od 4,58%*)

Gotovinski kredit u kunama i eurima s kamatnom stopom već od **5,61%** (EKS od 5,93%**) **AKCIJA DO 30.6.2016.**

Za sve dodatne informacije obratite nam se putem info telefona na broj 0800 20 32 04 ili putem e-maila hik@splitskabanka.hr



SOCIETE GENERALE GROUP



**GRADIMO USPJEH
ZAJEDNO**

*EKS je izračunat za kredit u iznosu 75.000 EUR i rok otplate 30 godina, uz fiksnu kamatnu stopu 3,69% za prvih 5 godina otplate i 4,79% u ostatku otplate i naknadu 160 EUR

** EKS je izračunat za kredit u iznosu 10.000 EUR i rok otplate 84 mjeseca i naknadu 30 EUR

OD DUŽNOSNIKA DO DUŽNIKA

Bivši dugogodišnji visoki dužnosnik Komore, čovjek koji je desetljećima vedrio i oblačio hrvatskim zdravstvom, M.G. (81) obratio nam se putem odvjetnika sa zahtjevom da se odreknemo potraživanja u iznosu od 2.360,00 HRK koja smo mu utvrđili po osnovu neplaćene članarine za članstvo u Komori od 01.01.2009. do 31.12.2014. Zahtjev je obrazložio činjenicom da je 2004. godine otišao u mirovinu te da od tada, po njegovom shvaćanju, više nije bio član Komore pa kao takav i nije bio dužan podmirivati članarinu. Kolega je zaboravio na sitnicu da je u

kontinuitetu u periodu od odlaska u mirovinu do lipnja 2015. godine obnašao najviše dužnosti u Komori, za što je ukupno primio 440.000,00 HRK neto. Istovremeno je smetnuo s uma da je, prema pravnom okviru kojeg je i sam kreirao i u donošenju kojeg je sudjelovao, nemoguće biti dužnosnik Komore a da pri tome niste i njezin član. Put od dužnosnika do dužnika očito nije ugoden. Dug je i traje godinama. Ipak, kad na njemu primite 200 puta više dobra no što ga na koncu trebate dati, ne biste trebali biti ogorčeni. Dapače...

Predsjednik HLK pozvao studente medicine da se uključe u borbu za bolji položaj liječnika



Na okrugлом stolu „Budućnost mladih liječnika u Hrvatskoj“ postoji li perspektiva?“ koji se u sklopu Dana liječničkih karijera održao u petak, 10. lipnja, na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, predsjednik Hrvatske liječničke komore dr.sc. Trpimir

Goluža, pozvao je studente da se uključe u borbu za prava i bolji položaj liječnika u hrvatskom društvu. „Mi, liječnici, najmotiviraniji smo da nas se napokon počne uvažavati u društvu. Nemojte očekivati da će netko drugi riješiti vaše pro-

bleme. Vrata Komore otvorena su za sve koji se žele angažirati i raditi za boljitet liječničkog staleža“, poručio je.

Pojasnio je kako liječnici ne napuštaju Hrvatsku samo zbog primanja, nego i zbog osjećaja besperspektivnosti; „zato treba hitro djelovati, jer jedino ako će imati naznake da će biti bolje, imat će strpljenja za ostanak u hrvatskom zdravstvenom sustavu“. Zaključio je kako je na svim mjerodavnima u državi odgovornost da se mladim liječnicima osigura kvalitetno okružje u kojem će moći razviti svoje potencijale i ostvariti svoje profesionalne mogućnosti.

Dekan zagrebačkog Medicinskog fakulteta prof. dr. sc. Marijan Klarica, istaknuo je kako za odlazak liječnika osim agencija koje im nude „brda i doline“, kriva i loša informiranost samih liječnika, posebice mladih i studenata, ali i loši potezi zdravstvenih administracija u samom sustavu. Poručio je studentima kako i u Hrvatskoj mogu pronaći dobar posao i ostvariti profesionalnu karijeru.

Radi svojih članova Komora započela svoj najvažniji projekt: e-HLK



Digitalna era Hrvatske liječničke komore, projekta e-HLK, i službeno je započela u ponedjeljak 4. srpnja.

Vodstvo HLK, predvođeno predsjednikom Komore dr. sc. Trpimirom Golužom, prvim dopredsjednikom dr. sc. Krešimirovom Luetićem, rizničarom prim. dr. Marijom Malovićem te voditeljem Središnjeg ureda HLK Ivanom Bojićićem, održali su pokretački sastanak s predstavnicima tvrtke Alfatec Group d.o.o. o izradi Komornog integriranog informacijskog sustava (KIIS). Izgradnja KIIS-a je prepostavka za postizanje krajnjeg cilja HLK, a to je transformacija sadašnje Komore u e-HLK.

"e-HLK će omogućiti da informacijski sustavi Hrvatske liječničke komore budu referentni izvor informacija o liječnicima u Republici Hrvatskoj. Unaprijedit će se komunikacija s našim članovima na način da će sva svoja prava, zahtjeve i usluge ostvarivati kroz informacijske tehnologije

koje današnje informacijsko doba nudi. Samim time omogućit će HLK-u da se pozicionira kao nezaobilazni čimbenik unutar šire društvene zajednice", rekao je voditelj ovog značajnog projekta HLK-a **Ivan Bojićić**.

KIIS će bitno unaprijediti i učiniti transparentnim rad stručnih službi Komore. Uz visoku razinu sigurnosti, omogućit će HLK-u umrežavanje i dijeljenje podataka sa svim relevantnim državnim institucijama te stvoriti preduvjete za uvođenje multifunkcionalne članske iskaznice, tzv. parametne kartice s elektroničkim potpisom.

Sponzori, u ime HLK dr. sc. **Trpimir Goluža** i direktor Alfatec Group g. **Drago Kornfeld** izrazili su obostrano zadovoljstvo te definirali dinamiku za rješavanje jednog od najvećih projekata HLK.

Predviđeno trajanje projekta je 18 mjeseci, od kojih je 12 mjeseci predviđeno za izradu KIIS-a, dok je 6 mjeseci pred-

viđeno za razdoblje tzv. „dječjih bolesti“ odnosno ispravljanje eventualnih razvojnih pogrešaka u programskom kodu odnosno neispravnosti ili nepotpunosti u izvršavanju ugrađenih funkcija.

"Član je u fokusu djelovanja e-HLK. Naši članovi mogu uskoro očekivati povećanje dostupnosti i efikasnosti u ostvarenju njihovih prava i zaštite. Prevenstveno mislim na dostupnost putem informacijskih tehnologija koje će omogućiti bržu i lakšu komunikaciju članova i Komore i time postupno odbacivati nepotrebnu papirologiju. Svijet se digitalizira neviđenom brzinom, digitalizacija ulazi u sve pore života a vodstvo Komore ovim projektom pokazuje da ne zaostaje za trendovima već ide u korak s vremenom u kojem djeluje", naglasio je voditelj projekta **Ivan Bojićić**.

Predsjednica Republike Hrvatske primila predstavnike hrvatskih liječnika

Predsjednica Republike Hrvatske gđa. Kolinda Grabar Kitarović primila je u srijedu 15. lipnja 2016. godine u protokolarni posjet predsjedniku Hrvatske liječničke komore mr.sc. Trpimira Goluzu, dekana Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu prof. dr.sc. Marijana Klaricu, predsjednicu Stručnog savjeta Hrvatskog liječničkog zborna prof. dr.sc. Adrianu Vince, te predsjednicu Hrvatskog katoličkog liječničkog društva prof.dr. Anu Planinc - Peraicu i prof.dr.sc.Jasenku Markeljević.

Čelnici Komore, Medicinskog fakulteta, Zbora i Katoličkog društva informirali su predsjednicu o aktualnom zdravstvenom trenutku te o radu udruga na čijem su čelu.

Dr. Goluža je predsjednici ukazao na problem kadrovskog deficitu zdravstvenih djelatnika te je zamolio da svojim autoritetom onemogući daljnje ponižavanje liječnika u socijalnom dijalogu te se založi za omogućavanje strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike.

Prof.dr.sc. Klarica zamolio je predsjednicu Republike za pokroviteljstvo proslave 100. obljetnice Medicinskog fakulteta, koja će se obilježavati tijekom cijele sljedeće godine.

Prof.dr. Vince naglasila je značaj Hrvatskog liječničkog zborna u stručnom unaprjeđivanju liječničke profesije, a predstavnice Hrvatskog katoličkog liječničkog društva upoznale su predsjednicu sa skorošnjim aktivnostima društva.

Predsjednica je pohvalila hrvatsko liječništvo za razinu zdravstvene skrbi koje kontinuirano pruža hrvatskim građanima te je, navodeći primjer KBC-a Rijeka, iskazala potrebu poboljšanja infrastrukture i uvjeta rada u hrvatskim bolnicama.

Dr. Luetić: Reforma zdravstva - Iste teme recikliraju se već punih 15-ak godina



U Grožnjanu se od 10. do 12. lipnja održao 15. simpozij „Mediji i zdravlje“, koji je ove godine bio posvećen aktualnim reformama i promjenama koje kani provesti Ministarstvo zdravlja, transparentnosti suradnje farmaceutske industrije sa zdravstvenim radnicima i zdravstvenim ustanovama te sve težem djelovanju novinara u želji da prenesu važne informacije ili komentiraju društvenu zbilju. Zapaženu prezentaciju imao je prvi dopredsjednik HLK-a dr.sc. Krešimir Luetić, koji je u svom izlaganju iznio pregled ključnih ideja u kontekstu reforme zdravstvenog sustava u mandatima sedam bivših ministara zdravlja, jasno pokazujući da se iste teme recikliraju već 15-tak godina.

S obzirom na aktualnu političku situaciju, sudionici simpozija složili su se kako bi ona mogla bitno utjecati na najavljenе reforme u zdravstvu.

"Koja god administracija bila na vlasti zna da je reformiranje hitne službe nužnost i da će uz više ili manje poteškoća, ponajprije u dinamici provedbe, ono morati zaživjeti", rekao je pomoćnik ministra zdravlja **Denis Kovačić**.

Ada Barić Grgurević iz HUBOL-a, poručila je kako se sve pokrenuto ne smije zaustaviti: „ako i dođe do promjene, naglašavamo da bi to bilo pogubno i za bolesnike i za nas liječnike“.

Bilo je govora i o velikom broju liječnika koji su napustili ili namjeravaju napustiti Hrvatsku. Jedna od mjera za njihovo zadržavanje je i novi Pravilnik o dvojnom radu liječnika. „Za sada su rezultati s terena jako dobri. Nismo imali prigovore niti od strane bolesnika niti od strane liječnika da se radi o bilo kakvoj premorenosti“, komentirala je **Barić Grgurević**.

I prvi dopredsjednik HLK-a dr. **Luetić**, izjavio je kako bi novi Pravilnik trebao malo stopirati odlazak liječnika, barem dok se ne počnu realizirati i druge mjere iz Akcijskog plana koji je HLK-a uputila Vladi u cilju zadržavanja liječnika u Hrvatskoj.

Simpoziju su nazočili predstavnici Ministarstva zdravlja, Hrvatskog novinarskog društva, Hrvatske udruge bolničkih liječnika, Hrvatskog liječničkog sindikata, KoHOM-a, Udruge inovativne farmaceutske industrije i drugi.

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Pregled aktivnosti dužnosnika Komore u lipnju 2016.

| | |
|------------------|---|
| 1. lipnja | Sastanak s predstavnicima Wiener osiguranja vezano uz institut pravne zaštite liječnika, Zagreb |
| 2.-3. lipnja | 3. Kongres Strukovnog razreda za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Hrvatske komore zdravstvenih radnika, Opatija (dr. sc. T. Goluža) |
| 6. lipnja | Sastanak s predstavnicima Hrvatske ljekarničke komore vezano uz segment zamjenjivosti lijekova, Zagreb (dr. M. Cvitković, dr. D. Erceg) |
| 7. lipnja | Dan poduzetnika Hrvatske udruge poslodavaca „Kako provesti reforme?“, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić) |
| 9. lipnja | Svečano proglašenje novih članova Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, Zagreb (dr. sc. T. Goluža) |
| 10. lipnja | Dan karijera Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu - aktivno sudjelovanje |
| 10. lipnja | Preuzimanje nove aplikacije za trajnu medicinsku izobrazbu, Zagreb |
| 10. – 12. lipnja | Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja „Mediji i zdravlje-Duh/g vremena“, Grožnjan (dr. sc. K. Luetić, dr. sc. M. Hanževački) |
| 13. lipnja | Sastanak s predstavnicima Wiener osiguranja vezano uz institut pravne zaštite liječnika, Zagreb |
| 14. lipnja | Sastanak u Ministarstvu zdravlja vezano uz donošenje stručnih mišljenja na predstavke i pritužbe građana, Zagreb (dr. sc. J. Pavičić Šarić) |
| 14. lipnja | Sastanak s predstavnicima Agencije za znanost i visoko obrazovanje vezano uz razmjenu podataka o članovima Hrvatske liječničke komore, Zagreb |
| 15. lipnja | Posjet predstavnika liječničkih udruga predsjednici RH Kolindi Grabar-Kitarović, Zagreb (dr. sc. T. Goluža) |
| 15. lipnja | Sjednica Skupštine Hrvatskog liječničkog zbora, Zagreb (dr. sc. K. Luetić) |
| 16. lipnja | Sastanak Cross Border Healthcare in Europe - Improving Transparency and Patient Mobility, Brussels (doc. dr. A. Čizmić) |
| 20. lipnja | 5. znanstveni simpozij „Josip Matovinović“ o hipertireozi, Zagreb (dr. sc. T. Goluža) |
| 20. lipnja | Sastanak radne grupe Europske komisije - Stakeholder Event on Biosimilars Medicinal Products, Brussels (dr. sc. M. Mikulić) |
| 21. lipnja | Sastanak s v.d. ravnatelja Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje I. Bulajom u vezi razmjene podataka o članovima Hrvatske liječničke komore, Zagreb |
| 21. lipnja | Sastanak sa Senatom Hrvatskog liječnikog zbora vezano za izgradnju Doma umirovljenih liječnika, afirmaciju ugleda i statusa liječnika u društvu, te prijedloga mjera za ostanak liječnika u Hrvatskoj, Zagreb (dr. sc. T. Goluža) |

| | |
|------------|--|
| 21. lipnja | Tribina Akademije medicinskih znanosti Hrvatske - predavanje dr. sc. T. Goluža „Liječnici-sastavnica kadrovske održivosti zdravstvenog sustava RH“, Zagreb |
| 21. lipnja | Sastanak u Ministarstvu zdravlja u vezi stjecanja statusa specijalista laboratorijske medicine za doktore medicine, Zagreb (dr. M. Cvitković) |
| 25. lipnja | Svečano primanje u Uredu predsjednice RH povodom 25. obljetnice Dana državnosti, Zagreb (dr. sc. T. Goluža) |
| 28. lipnja | Sastanak s predstavnicima Hrvatske komore medicinskih biokemičara u vezi specijalizacije laboratorijske medicine za doktore medicine te položaja stručnih suradnika u medicinskim laboratorijima, Zagreb |
| 29. lipnja | Sastanak s predstavnicima Hrvatskog društva za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a vezano uz status specijalista fizikalne medicine, Zagreb |
| 30. lipnja | Sastanak s predstavnicima Hrvatskog društva za medicinu rada HLZ-a vezano uz prijedloge novih dijagnostičko-terapijskih postupaka, Zagreb |

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Sastanci tijela Komore u lipnju 2016.

| | |
|------------|--|
| 1. lipnja | Sjednica Izvršnog odbora |
| 3. lipnja | Sjednica Vijeća |
| 4. lipnja | Sjednica Skupštine |
| 6. lipnja | Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike |
| 7. lipnja | Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika |
| 8. lipnja | Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju |
| 27. lipnja | Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost |
| 27. lipnja | Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina |
| 28. lipnja | Sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti |
| 30. lipnja | Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika |

HLK ZAPOČEO DRUGI DIO DIGITALIZACIJE: Nova "pametna kartica" za sve članove



Hrvatska liječnička komora pokrenula je drugi korak u informatizaciji i digitalizaciji na korist svojih članova. U rujnu svi članovi HLK moći će odabrati izgled pametne članske kartice, o čemu će biti naknadno obaviješteni.

Naime, prema usvojenoj strategiji unapređenja informatizacije Hrvatske liječničke komore za provjeru i ovjeru identiteta korisnika – člana HLK te aktiviranje dodijeljenih prava za pristup informacijskim sustavima Komore - rabbit će se "pametna kartica" s ugrađenim digitalnim/elektroničkim potpisom.

Smisao primjene „elektroničkog“ ili „digitalnog“ potpisa je povećanje pouzdanosti koju ima primatelj da je potpisani pošiljatelj stvarno poslao poruku (npr. elek-

tronska predaja zahtjeva za ostvarenje prava, /preuzimanje licence u elektronskom obliku, itd.). "Cilj je stvoriti pametnu liječničku iskaznicu temeljem koje će liječnici u budućnosti moći dokazati svoje članstvo u HLK te verificirati svoje stručne kvalifikacije u budućnosti u zemljama EU-a", rekao nam je Ivan Bojićić, voditelj Središnjeg ureda HLK i voditelj sustava informatizacije HLK - Komorinog integriranog informacijskog sustava (KIIS).

"Planirano je da se uvede nova članska iskaznica izrađena prema standardima za "pametne identifikacijske kartice“, koja, uz vizualnu identifikaciju (sliku), sadrži i elektroničke komponente s podacima koji omogućuju sve funkcionalnosti elektroničke provjere profesionalnosti te korištenje

digitalnog/elektroničkog potpisa", napomenuo je Bojićić.

Cijeli sustav ovjere i sama kartica mora biti uskladjena sa svjetskim standardima te važećim zakonima Republike Hrvatske o elektroničkom potpisu.

"Također, kartica mora odgovarati i slijediti načela i ispunjavati uvjete Europske komisije propisane za EPC (european professional card), koja iako trenutno ne "živi" kao kartica, služi kao elektronički dokaz. Naime, EPC (european professional card) nije fizička kartica, već elektronički dokaz da su nad osobom (podnositeljem zahtjeva) provedene administrativne provjere profesionalnih kvalifikacija, te da su ti podaci priznati u državi EU-a.

Otvorena najsuvremenija operacijska dvorana u Hrvatskoj



Najsuvremenija EndoALPHA integrirana operacijska dvorana za minimalno invazivne kirurške zahvate u petak je otvorena u Klinici za kirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu. Time se omogućuje revolucionarno upravljanje medicinskom opremom uz potpuno prilagodljiv sustav potrebama korisnika i pojedinih zahvata.

Svi nalazi pacijenta dostupni su u samoj sali, dok se operacija može pratiti na bilo kojoj dogovorenoj lokaciji u svijetu. Osim toga, suvremeni instrumenti i oprema omogućuju operacijskom timu lakši rad.

Operacijsku dvoranu financiralo je Ministarstvo zdravljia sa 3,9 milijuna kuna.

Predstojnik Klinike za kirurgiju i ravnatelj KBC-a Sestre milosrdnice Mario Zovak rekao je da nova operacijska dvorana omogućuje puno veću preciznost za operacije.

"Ova moderna operacijska dvorana predstavlja značajan stručni i edukacijski iskorak za našu ustanovu. Omogućuje ope-

racijskom timu bolju preglednost operacijskog polja, jednostavnije, sigurnije i preciznije podešavanje svih operacijskih instrumenata i gotovo trenutnu dostupnost svih relevantnih slika i nalaza, čime operacijski zahvat postaje sigurniji za pacijente. Mogućnost praćenja operacije putem videolinka značajno će unaprijediti edukaciju mladih kirurga", rekao je Zovak.

Dodao je kako razvoj integracijskih operacijskih sala prati razvoj minimalno invazivne kirurgije, koja je trend u svijetu posljednjih 20 godina, a kojoj je cilj da se operira sa što manje traume za pacijente te da se oni što brže oporave.

"Lijepo je danas biti ovdje kada otvaramo novu operacijsku dvoranu u kojoj će se obavljati najkompleksniji zahvati u ustanovi koja ima dugu tradiciju, koja uz postizanje vrhunskih rezultata na području kirurgije ima i vrhunske rezultate u edukaciji", rekao je ministar Nakić.

Podsjetio je da veliki problem odlazak mlađih liječnika koji iz Hrvatske ne odlaže samo radi boljih plaća nego i zbog uvjeta i okolnosti u kojima rade, pa traže radno mjesto gdje se mogu profesionalno realizirati.

"Nova operacijska dvorana jedan je od projekata koji nudi nove izazove ljudima koji ovdje rade", ustvrdio je Nakić.

Dodao je da će 15 srpnja biti otvoren natječaj za povlačenje sredstava iz EU fondova za projekte u zdravstvu, što uključuje izgradnju objedinjenih bolničkih prijema u KBC-u Sestre milosrdnice i u KBC Split, hitnog prijema i dnevne bolnice u Sisku te bolnice uz Bjelovaru.

Za 15. srpnja najavio je i ponovno otvaranje natječaja za dodjelu sredstava iz EU fondova za nabavku opreme u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, na koji će se moći prijaviti liječnici iz svih 20 županija.

Barometar hrvatskog društva 2016.: Građani imaju najviše povjerenja u vojsku, školstvo i zdravstvo



Hrvatski građani, kada je riječ o povjerenju u institucije, najviše povjerenja imaju u vojsku, školstvo i zdravstvo. Pokazuju to rezultati istraživanja stavova javnosti tj. Barometra hrvatskog društva 2016., koje je proveo Institut društvenih znanosti Ivo Pilar. Pilarov barometar hrvatskog društva provodi se od 2008., ali u razdoblju od

2010. do 2013. nije provođen zbog nedostatka sredstava. Ovaj rezultat i iskazano povjerenje hrvatskih građana potvrđuje da je naš zdravstveni sustav prepoznat kao istinsko nacionalno blago, koje je stvarano i unaprijedljivo desetljećima. To je svojevrsno priznanje i hrvatskim liječnicima, kao temeljnim dionicima zdravstveno su-

stava, jer su unatoč brojnim problemima koji opterećuju sustav, održali njegovu funkcionalnost, dostupnost i kvalitetu. Ne smijemo zaboraviti da je zdravlje univerzalna vrijednost, a zdravstveni sustav i zdravstvena skrb bi trebale biti nadstranačke kategorije te imati konsenzualnu podršku političkih opcija", komentirao je rezultate istraživanja prvi dopredsjednik Hrvatske liječničke komore dr. sc. Krešimir Luetić.

Istraživanja su provedena terenskom usmenom anketom u razdoblju od 15. travnja do 15. svibnja 2016. na reprezentativnim uzorcima punoljetnog stanovništva (18 i više godina) kojima je obuhvaćeno 750 osoba.

Vojska kao institucija uživa i dalje najveće povjerenje hrvatskih građana, u istraživanju povjerenja u institucije prošle godine nisu bili uvršteni školstvo i zdravstvo.

Istraživanje je usmjereni prvenstveno na prikupljanje empirijske grde za znanstveno publiciranje, ali njegovi rezultati mogu biti zanimljivi ne samo stručnoj, nego i široj javnosti.

KBC Zagreb dobio najsuvremeniju dijagnostiku leukemije i limfoma



Laboratorij za dijagnostiku leukemije i limfoma KBC-a Zagreb dobio je najsuvremeniju dijagnostičku opremu, koja će omogućiti brzu dijagnostiku i praćenje liječenja nekoliko tisuća hematoonkoloških bolesnika. Riječ je o laboratoriju u kojem se obrađuju uzorci iz koštane srži oboljelih iz cijele Hrvatske, ali i BIH i Srbije.

Nabavljena oprema sastoji se od četiri svjetlosno-fluorescentna mikroskopa i šest kompleta računala s programskom podrškom za sve metode koje se koriste u citogenskoj dijagnostici, uključujući i programske podrške za sve metode fluorescentne in situ hibridizacije (FISH metode). Njome je omogućena najsuvremenija citogenska dijagnostika za hematoonkološke bolesnike, uključujući djecu.

Novi CT i MSCT uređaji osigurani za 12 bolnica na području cijele Hrvatske

Ministar zdravlja dr. Dario Nakić potpisao je nabavu 13 novih CT i MSCT uređaja za 12 zdravstvenih ustanova ukupne vrijednosti 67 milijuna kuna koji će se financirati iz fondova Europske unije. Potpisani su ugovori s tvrtkom Siemens d.d., a novi će uređaji (4 CT-a i 9 MSCT-a) biti pušteni u funkciju na jesen. Suvremene uređaje za kompjutorsku tomografiju dobit će opće bolnice Vukovar, Dubrovnik, Karlovac, Sisak, Zadar, Slavonski brod, kliničke bolnice Dubrava i Sveti Duh te KBC-i Zagreb, Split i Rijeka, priopćili su iz Ministarstva zdravlja.

„Sveukupna vrijednost novih CT uređaja, uz tri za koja smo ugovor potpisali prošloga tjedna, iznosi 83 milijuna kuna“, istaknuo je prilikom potpisivanja ministar **Dario Nakić** te zahvalio Povjerenstvu za radiologiju koje je, istaknuo je: „prepoznalo i odradilo analizu potreba za cijelu Hrvatsku, vodeći računa o tome da uređaji budu pravedno i pravilno raspoređeni, bez da se preferira i jedan dio zemlje“.



Zahvalio je i Ministarstvu regionalnog razvoja koje je, smatra, prepoznalo važnost obnavljanja stare opreme i potrebu da na taj način povećamo sigurnost naših bolesnika. „Ovo je početak, a jedan od glavnih izazova koji stoe pred nama bit će upravo nabavka nove opreme i u drugim medicinskim područjima i tu će nas čekati mnogo posla“, najavio je ministar Nakić.

Rak vrata maternice - ranije otkrivanje, bolja prognoza!

Mr. Marija Mašanović, dr.med., spec. javnog zdravstva, marija.masanovic@zzjzdnz.hr

Pod tim je naslovom u organizaciji ZJZ-a Dubrovačko-neretvanske županije, a pod pokroviteljstvom HZJZ-a, Sveučilišta u Dubrovniku, HLZ-a i Hrvatskog društva za javno zdravstvo održan 21. svibnja simpozij u edukacijskom centru OB-a Dubrovnik. Uz predavače ginekologe, citologe, patologe te specijaliste javnog zdravstva i školske medicine iz DNŽ-a, gostovali su predavači s HZJZ-a epidemiolozi dr. Dinka Nakić, koordinatorica Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice u Hrvatskoj, i prim. dr. sc. Bernard Kaić, voditelj Odjela za prevenciju zaraznih bolesti i cijepljenje.

Sudionici su imali priliku upoznati trenutne algoritme iz epidemiolo-

gije, ginekologije, citologije, patologije, školske medicine i javnog zdravstva na području prevencije i ranijeg otkrivanja raka vrata maternice. Zaključeno je da, ako želimo promijeniti zdravstveno stanje naše populacije na području ranijeg otkrivanja ove bolesti i omogućiti uspjeh Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka vrata maternice, nije više dovoljan entuzijazam pojedinaca. Potrebne su jasnije smjernice i algoritmi u radu svih sudionika u zdravstvenoj skrbi žena te je nužno donijeti zakonski okvir za provedbu programa po uzoru na susjednu nam državu Sloveniju. Potrebne su i promjena DTP-ova te ugovora provoditelja s HZZO-om, uz strožu kontrolu

plaćanja izvršenja ugovorenog sa držaja. Uz društvenu odgovornost važna je i osobna odgovornost žena za vlastito zdravlje te uvođenje aktivnog participiranja u troškovima liječenja u slučaju razvoja bolesti koja se mogla otkriti odazivom na poziv u Nacionalnom programu, kao što je to slučaj u razvijenim zemljama skandinavske Europe.

Na simpoziju je sudjelovalo preko 80 sudionika iz područja zdravstva u Dubrovačko-neretvanskoj županiji i šire koji skrbe o zdravlju žena (doktori medicine specijalisti ginekologije, citologije, patologije, epidemiologije, školske medicine, javnog zdravstva i ostali, medicinske sestre/tehničari, primalje, citotehnolozi, medicinski laboranti i drugi).

Pedijatrijska zaštita i druge usluge u ranoj intervenciji – kako ih povezati?

Prof. emerita dr. sc. MARTA LJUBEŠIĆ, prof. psiholog, simpozij@hurid.hr



U KBC-u Osijek održan je pod tim naslovom 4. lipnja jednodnevni simpozij u organizaciji Hrvatske udruge za ranu intervenciju u djetinjstvu (HURID), Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju, KBC-a Osijek, MEF-a u Osijeku i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Izlagači su bili iz područja medicine (doc. prim. Silvija Pušeljić, doc. prim. Anita Pavičić Bošnjak; prim. dr. Zdenka Konjarik; Đurđa Španović i dr. med.; dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn.) i iz društveno-humanističkog područja rane intervencije u djetinjstvu (prof. emerita dr. sc. Marta Ljubešić; Monika Rosandić, mag. logoped; Anamaria Mikšić, mag. logoped). Prisustvovalo je 90-ak sudionika različitih struka, a svi su mogli sudjelovati u predavanjima i raspravama. Zaključci simpozija:

1. U traganju za odgovorima na temeljno pitanje simpozija o mogućnostima i načinima povezivanja pedijatrijske zaštite i drugih usluga u ranoj intervenciji u djetinjstvu u obzir se svakako moraju uzeti alarmantni podaci trenutnog stanja u Republici Hrvatskoj. Podaci Klinike za pedijatriju KB-a Osijek pokazuju sustavno smanjivanje broja novorođenčadi. K tome je u ovoj godini, zbog nedonošenosti ili bolesti, svako drugo novorođenče moralo biti hospitalizirano u neonatalnoj jedinici intenzivnog liječenja, čime smo dosegnuli odnos zdravih i bolesnih od 1:1.

2. Kod svakog razvojnog odstupanja nužna je medicinska evaluacija djetetova stanja. Paralelno valja utvrditi djetetov razvojni profil (procjenu razvojnog napretka u svakom razvojnom području u njihov razvojni međuodnos). Za upu-

ćivanje u ranu intervenciju ne treba čekati razjašnjavanje etiologije razvojnog odstupanja i medicinsku dijagnozu, ali je važno da se oni obave u najkraćem mogućem roku i da su roditelji s njom upoznati.

3. Komunikacija s roditeljima o djetetovoj dijagnozi i dodatnim razvojnim potrebama treba biti otvorena, činjenična i empatična te prethodno uskladena s članovima tima uključenima u evaluaciju.

Potrebno je unaprijediti komunikaciju svih (medicinskih i nemedicinskih) stručnjaka uključenih u dijagnostiku, liječenje i podršku djeci rane dobi s razvojnim rizicima i razvojnim teškoćama i njihovim obiteljima. Valja usuglasiti temeljne koncepte i terminologiju kako bismo unaprijedili međusobno razumijevanje i koordinirano djelovanje različitih struka. Jedan od alata koji zasad može poslužiti u komunikaciji među stručnjacima i njihovom povezivanju u radu s istim djetetom i obitelji je tražilica stručnjaka za rani razvoj djece www.raniklik.hr.

Svjedoci smo širenju intervencijskih pristupa i programa čija učinkovitost nije dokazana. Stoga je važno sustavno ulagati u edukaciju stručnjaka i jačati mrežu stručnjaka koji provode dokazano učinkovite programe.

Rana intervencija je materijalno i društveno ulaganje u budućnost zajednice koje ima dokazanu isplativost te stručnjaci traže podršku svih nadležnih ministarstava (MZ, MSPM, MZOS) i ostalih državnih tijela u svom nastojanju izgradnje sveobuhvatnog, pravednog i održivog sustava rane intervencije u djetinjstvu u Republici Hrvatskoj.

Dijagnosticiranje, praćenje i liječenje reumatskih bolesti u djece

Dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med., specijalist pedijatar i subspecijalizant dječje reumatologije

Dječja reumatologija u proteklih nekoliko desetljeća doživjela je streljivo napredak, pa je tako u mnogim zemljama, a od kraja prošle godine i u Hrvatskoj, prepoznata kao samostalno uže područje unutar pedijatrije. Pošto bolesti kojima se bavi dječja reumatologija mogu zahvatiti mnoge organske sustave te da su često kronične i zahtijevaju dugotrajno liječenje novim lijekovima, koji utječu na mnoge procese u našem organizmu, od iznimne je važnosti da s njima budu upoznati svi liječnici koji se bave djecom, a osobito oni koji o njima skrbe na razini primarne zdravstvene zaštite. Kako bi se omogućilo predstavljanje mnogih specifičnosti ovoga novog i vrlo dinamičnog područja medicine svim zainteresiranim liječnicima, u organizaciji Zavoda za kliničku imunologiju i reumatologiju Klinike za pedijatriju KBC-a Sestre milosrdnice te MEF-a održan je u Zagrebu 4. lipnja poslijediplomski tečaj «Dijagnosticiranje, praćene i liječenje reumatskih bolesti u djece». Sudionici tečaja bili su upoznati s najčešćim simptomima reumatskih bolesti u djece, inicijalnom dijagnostikom koja se može provesti na razini primarne zdravstvene zaštite i/ili u hitnoj ambulanti te s osnovnom terapijom koja se može primijeniti odmah po pojavi prvih simptoma. Nadalje, sudionicima su bile detaljno prikazane laboratorijske i slikevne metode koje se koriste u obradi djece s reumatskim bolestima, s osobitim osvrtom na važnost ultrazvuka kao osnovne metode u praćenju reumatskih bolesti te na svrhovitost provođenja pojedinih laboratorijskih pretraga i važnost koje one imaju u dijagnosticiranju i praćenju reumatskih bolesti. Zatim terapijski modaliteti dugotrajnog liječenja, moguće nuspojave, interakcije lijekova koji se najčešće koriste i osnovni čimbenici kojima se definira uspješnost provedenog liječenja. Na tečaju su prikazane najnovije spoznaje o cijepljenju za vrijeme uzimanja lijekova s djelovanjem na imunološki sustav te mogućnosti primjene lijekova za liječenje reumatskih bolesti u ordinacijama primarne

zdravstvene zaštite. Budući da reumatske bolesti ne zahvaćaju samo jedan organski sustav, u njihovu je zbrinjavanju i liječenju osobito važan i multidisciplinarni pristup, tako da su na tečaju prikazane i dermatološke, oftalmološke i gastroenterološke osobitosti reumatskih bolesti te pojedinačni slučajevi iz svakodnevne prakse. Nakon svakog predavanja i prikaza slučaja, kao i nakon cijelog tečaja, sudionici su imali prilike po-

stavljati pitanja voditeljima tečaja prof. dr. Miroslavu Harjačeku i dr. sc. Lovri Lamotu, dr. Mandici Vidović, prof. dr. Zoranu Vatavuku, dr. sc. Suzani Ožanić Bulić i prof. dr. Jurici Vukoviću. Tečaju je prisustvovalo pedesetak pedijatara i liječnika drugih specijalnosti iz cijele Hrvatske. Svi ostali zainteresirani liječnici mogu dobiti sadržaje prikazane na tečaju javljanjem na adresu elektronske pošte lovro.lamot@kbcsm.hr.

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

Dijagnostika i liječenje poremećaja mokrenja u PZZ-u

Doc. dr. IVAN FISTONIĆ, prim., dr. med.



Otvaranje skupa: Ivan Fistonić, Vjekoslava Amerl Šakić i Ranko Stevanović

Pod tim je naslovom 1.-2. travnja održan u hotelu Westin Zagreb, u organizaciji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Instituta za žensko zdravlje, a pod pokroviteljstvom Gradskog ureda za zdravstvo Grada Zagreba znanstveni skup – poslijediplomski tečaj prve kategorije. Na njemu je inkontinencija sveobuhvatno prikazana: od javnozdravstvenog aspekta, dijagnostike do neinvazivnog i invazivnog liječenja. Ciljna skupina slušača bili su kolege iz primarne zdravstvene zaštite, koji mogu najviše učiniti na senzibilizaciji pacijenata, ranoj dijagnostici i mjerama konzervativnog, farmakološkog i kirurškog liječenja. Javnozdravstvene aspekte problema inkontinencije prikazali su v. d. ravnatelja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo doc. dr. Ranko Stevanović, dr. sc. Tomislav Benjak i dr. med. Tajana Janja Lovnički Kontent.

U muškaraca je inkontinencija najčešće posljedica benignog ili malignog uvećanja prostate, ali je ipak dvostruko učestalija u žena. Porodaj, pogotovo uz urezivanje međice, ginekološka operacija i sam proces starenja mogući su razlozi za nepovratno

rastezanje mišića dna zdjelice i rodnice. Debljina, pušenje, nedovoljna tjelesna aktivnost, kronična infekcija mokraćnih organa i neurološke bolesti dodatni su činitelji koji potiču inkontinenciju. Senzibiliziranjem javnosti i edukacijom koja mora započeti već u rodilištu, moguće je smanjiti izdatke zdravstvenog sustava uzrokovanih ovim problemom. Preventivni programi moraju biti usmjereni na redukciju tjelesne težine (pretlost pogoršava inkontinenciju), uključivati vježbe jačanja mišića dna zdjelice i promovirati neinvazivne metode liječenja. Inkontinencija na brojne načine pogađa pojedinca, ali i njegovu neposrednu okolinu, a istraživanja pokazuju da ih više pogađa psihološki i socijalno nego što ih fizički onesposobljava. Umanjuje im kvalitetu života i samopouzdanje, socijalno su deprimirani.

O seksualnosti se malo govori, posebice o seksualnosti inkontinentnih bolesnika. Doc. dr. Goran Arbanas poučio je kolege kako bolesnici nerado započinju razgovor na tu temu te kako ih treba pažljivo savjetovati (npr. o ograničavanju uzimanja tekućine prije planiranog odnosa, namirnica

s diuretskim efektom, određenim položajima za seksualni odnos, pomagalima itd.) o seksualnosti, mjerama smanjivanja anksioznosti i srama. Članica Izvršnog odbora KoHOM-a prim. dr. Vjekoslava Amerl Šakić naglasila je potrebu za očuvanjem dostojanstva terminalnog bolesnika s inkontinencijom. Dr. Ines Balint, predsjednica KoHOM-a, razjasnila je aspekt administrativnih prepreka u liječenju inkontinencije. Pravilnikom o ortopedskim i drugim pomagalima utvrđen je popis i prava na pomagala za inkontinenciju. Pravilnikom nije obuhvaćena statička inkontinencija, a dvojbeno je tumačenje prava na pomagalo, također ne postoji mogućnost odabira pomagala u odnosu na spol, teško se pridržavati striktnih brojčanih kriterija prilikom propisivanja pomagala.

Doc. dr. Žarko Bakran prezentirao je mogućnosti koje pruža EMNG u detekciji poremećaja inervacije analnog i uretralnog sfinktera. O medikamentnom liječenju prekomjerno aktivnog mokraćnog mjeđura (PAMM) govorio je prof. dr. Slavko Orešković, ohrabrivši kolege da kao prvu liniju liječenja prepisuju antimuskarnike. Prezentirao je i rezultate liječenja selektivnim agonistima beta-3 adrenergičkih receptora (mirabegron). Najnovija iskustva s primjenom botulinum toksina A u liječenju refrakternog PAMM-a kao sekundarnog terapijskog pristupa prezentirala je gošća iz Slovenije dr. sc. Mija Blaganje. Doc. dr. Ivan Fistonić, pionir laserske tehnike u liječenju statičke inkontinencije i sindroma prerastegnute rodnice, prvi je u svijetu objavio znanstvene rezultate koji potkrepljuju ovu novu metodu. Neiskorištene mogućnosti fizioterapije kroz odlično vođene radionice prezentirala je dr. sc. Snježana Schuster. Interes za skup je pokazalo oko 160 sudionika koji su uživali u znanstveno-stručnoj multidisciplinarnosti i interaktivnoj dostupnosti pitanjima i komentarima.

Hrvatska kao primjer drugim zemljama u suzbijanju gušavosti

MARIJAN LIPOVAC, Ured HAZU-a za odnose s javnošću i medije

U Hrvatskoj akademiji znanosti i umjetnosti u ponedjeljak 20. lipnja održan je 5. znanstveni simpozij „Josip Matovinović“ s temom „Hipertireoza“ u organizaciji Razreda za medicinske znanosti HAZU-a, Hrvatskog društva za štitnjaču HLZ-a i Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a „Sestre milosrdnice“ – Referentnog centra za bolesti štitnjače Ministarstva zdravlja. Predsjednik HAZU-a akademik **Zvonko Kusić**, koji je ujedno i predsjednik HD-a za štitnjaču, podsjetio je da se ove godine navršava 20. godišnjica donošenja zakona o obaveznom jodiranju soli. Zbog postojanja blagog do umjerenog nedostatka joda u Hrvatskoj, Komisija za suzbijanje gušavosti i kontrolu jodne profilakse donijela je 1996. odluku o povećanju količine kalijevog jodida po kilogramu soli od tadašnje razine od 10 mg KI po kg na 25 mg kalijevog jodida po kg soli. Temeljem odluke Komisije donio je tadašnji ministar zdravstva prof. dr. **Andrija Hebrang** novi Naputak o jodiranju kuhinjske soli. Stoga je akademik Kusić Hebrangu uručio priznanje HD-a za štitnjaču, a priznanje je dobio i prof. dr. **Michael Zimmerman** iz Švicarskog instituta za tehnologiju iz Züricha zbog iznimnog doprinosu u području tireoidologije i višegodišnje zajedničke suradnje u realizaciji međunarodnih projekata. Prof. Zimmerman održao je i predavanje pod naslovom *Iodine intake and thyroid cancer: is there a link? (Postoji li veza između unosa joda i raka štitnjače?)*.

Akademik Kusić je uvodno govorio o uspjesima koje je Hrvatska postigla u suzbijanju gušavosti i drugih problema uzrokovanih nedostatkom joda u organizmu, istaknuvši da je to jedno od rijetkih područja gdje je Hrvatska prepoznata u svijetu kao jedna od najboljih, i to zahvaljujući sustavnom radu. Podsjetio je pritom na zasluge dr. **Josipa Matovinovića**, endokrinologa svjetskog ugleda, na je čiji poticaj u bivšoj Jugoslaviji 1953. uvedeno obavezno jodiranje soli, što je dovele do uklanjanja teških oblika gušavosti i kretenizma. „Hrvatska je prošla put od teškog



Govori predsjednik HAZU-a akademik Zvonko Kusić; u prvom redu: Stefan Estermann, Marijan Hanžeković, Antoinette Rak Kaić, Morana Paliković Gruden, Trpimir Goluža, Hrvoje Brkić, Diana Zadravec i Adriana Vince

nedostatka joda zabilježenog do 50-ih godina prošlog stoljeća kada je učestalost guše u kontinentalnim dijelovima zemlje iznosila više od 50 posto, uz postojanje kretenizma; slijedi razdoblje srednjeg do umjerenog nedostatka joda do kraja prošlog stoljeća, a danas je uvođenjem novog zakona o obveznom jodiranju soli postignut dostatan unos joda. Uspješnim rješavanjem unosa joda i dobrim praćenjem jodne profilakse, Hrvatska je danas međunarodno prepoznata kao jedna od zemalja koje su najbolje riješile taj važan javo-zdravstveni problem i predstavlja model koji trebaju slijediti ostale zemlje“, kazao je akademik Kusić, istaknuvši da je jedni deficit važan uzrok nižeg kvocijenta inteligencije.

Na simpoziju su sudjelovali istaknuti hrvatski stručnjaci koji su obradili sve aspekte hipertireoze, koja se javlja se u svim dobnim skupinama i pogodila sve organske sustave, a osobito srčano-žilni. Pravovremenom terapijom sprječavaju se sve negativne posljedice dugotrajne bolesti, osobito u starijih bolesnika zbog poremećaja rada srca i posljedične povećane smrtnosti. Promjene na očima u sklopu autoimunosne hipertireoze zbog kronične prirode bolesti i danas predstavljaju izazov za liječenje.

U sklopu simpozija predstavljena je i knjiga *Hipertireoza*, koja je ujedno i zbornik rada održanih izlaganja na simpoziju. Knjiga je slijed obrade tema u području tireoidologije i nastavak prethodne publikacije. Na skupu je predstavljen i novi 8. broj *Glasnika Hrvatskog društva za štitnjaču*, kao i nova i obnovljena web-stranica Društva (www.stitnjaca.org). Također je najavljen i osnivanje radne skupine za izradu novih smjernica Društva za dijagnostiku i liječenje hipertireoze.

Ssimpoziju su među ostalima nazočili voditeljica ureda SZO-a u Hrvatskoj prof. dr. **Antoinette Kaić Rak**, švicarski veleposlanik **Stefan Estermann**, rektor Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. **Damir Boras**, predsjednik Hrvatske liječničke komore dr. sc. **Trpimir Goluža**, predsjednica Stručnog savjeta HLZ-a prof. dr. **Adriana Vince**, dekani Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. **Marijan Klarica** i prof. dr. **Hrvoje Brkić**, zamjenica ravnatelja KBC-a „Sestre milosrdnice“ doc. dr. **Diana Zadravec**, vlasnik Europa press holdinga **Marijan Hanžeković** i predsjednica Hrvatske udruge za bolesti štitnjače **Morana Paliković Gruden**.

U Rijeci radionica o optimizaciji CT-a

Dr. sc. PETRA VALKOVIĆ ZUJIĆ, specijalist radiologije, i ANA DIKLIĆ, medicinski fizičar

U KBC-u Rijeka i MEF-u u Rijeci od 11. do 15. travnja održana je radionica „Workshop on CT procedures and optimization“ pod pokroviteljstvom Međunarodne agencije za atomsku energiju (IAEA). Predavači su bili eminentni stručnjaci iz područja radiologije, medicinske fizike i radiološke tehnologije: prof. dr. **Mannudeep Kalra** (radiolog u bolnici Massachusetts General Hospital i profesor na Harvardskom sveučilištu, USA), dr. sc. **Marco Brambilla** (medicinski fizičar iz Sveučilišne bolnice u Novari, Italija) i **Dean Pekarović** (radiološki tehnik, Univerzitetni klinički center Ljubljana, Slovenija). Radionica je dio projekta Međunarodne agencije za atomsku energiju CRO6015 Upgrading Dose Management and Optimization in Computed Tomography. Suvoditelji projekta i suorganizatori radionice bili su doc. dr. **Slaven Jurković**, pročelnik Centra za medicinsku fiziku i zaštitu od zračenja te docent na Katedri za medicinsku fiziku i biofiziku MEF-a u Rijeci i prof. dr. **Dario Faj**, pročelnik Katedre za biofiziku i radiologiju MEF-a u Osijeku.

Na radionici su sudjelovali multidisciplinarni timovi koji su uključeni u optimizaciju CT postupaka (radiolog, medicinski fizičar i radiološki tehnik) iz četiriju hrvatskih bolница (KB Merkur, KBC Sestre milosrdnice, KBC Osijek i KBC Rijeka).

Teoretski dio radionice bio je usmjeren je prema CT protokolima i njihovoj optimizaciji te opravdanosti indikacija za CT preglede, kao i osiguranju kvalitete rada CT uređaja. Posebna je pozornost posvećena uporabi CT-a u dječjoj radiologiji. Praktični dio radionice odvijao se na Odjelu abdominalne radiologije i radiologije dojke Kliničkog zavoda za radiologiju KBC-a Rijeka, na 256 slojnom CT uređaju Siemens Definition Flash.



Dean Pekarović, član European Federation of Radiographer Societies, dr. sc. Marco Brambilla, glavni tajnik European Federation of Organizations for Medical Physics i prof. dr. Mannudeep Kalra

Prof. Manuudeep Kalra je naglasio važnost postavljanja jasne indikacije za pojedinu CT pretragu, kao i potrebu optimizacije CT postupaka na takav način da se dobije dobra dijagnostička informacija uz što manje izlaganja pacijenta ionizirajućem zračenju. Drugi je naglasak na potrebi korištenja suvremene CT tehnologije, s obzirom na to da novi CT uređaji, osim kvalitetnijeg slikevognog prikaza, omogućuju potrebne informacije uz manju dozu zračenja. Posebno je naglašena neophodnost educiranja svih struka uključenih u izvođenje CT postupaka, kao i edukacija liječnika specijalista drugih struka koji indiciraju CT pretrage. Dobra je praksa koristiti radiologe kao konzultante u odabiru vrste pretrage s obzirom na to da oni mogu stručno procijeniti koja bi pretraga mogla biti

optimalna s obzirom na postavljenu dijagnozu.

Prema riječima glavnog tajnika Europske federacije medicinskih fizičara Marca Brambille, fizika je važan dio radiologije, a smanjenje doze i prikladna uporaba CT tehnologije zasniva se na uspostavi i provedbi dobre prakse, za koju je nužna suradnja radiologa, medicinskih fizičara i radioloških tehnologa. Medicinski fizičari imaju ključnu ulogu u optimizaciji postupaka i ostvarivanju dobre dijagnostičke informacije, uz što je manju dozu zračenja, no za kliničku implementaciju nužan je timski rad navedenih struka.

U zaključku radionice je navedeno da postoji prostor za optimizaciju CT postupaka u hrvatskim bolnicama, što je i jedan od ciljeva projekta.



OSIGURANJE IMOVINE

ZA SIGURNOST VAŠE IMOVINE I OBITELJI



Jeste li znali...

Da je samo 23% kućanstava u Hrvatskoj osigurano?

Da je u 2015. godini u Hrvatskoj, prijavljeno 4.866 provalnih krađa u kuće, stanove i vikendice?

Da je u 2015. godini broj zabilježenih požara bio 6.649?

Izvor: MUP RH

Zaštitite svoju imovinu po posebnim uvjetima samo za članove Hrvatske liječničke komore

Kroz policu osiguranja imovine **MOJ (O)SIGURAN DOM** nudimo:

1. PAKET OSIGURANJA GRAĐEVINSKOG OBJEKTA
2. PAKET OSIGURANJA STVARI KUĆANSTVA
3. PAKET OSIGURANJA OD NEZGODE SVIH ČLANOVA KUĆANSTVA

KONTAKT INFO TELEFON
01/3718-894

POSEBNA LINIJA ZA VAS

KONTAKT MAIL
hlk@wiener.hr

www.wiener.hr

**TU SAM
(O)SIGURAN**

WIENER OSIGURANJE
VIENNA INSURANCE GROUP

Inovativna farmaceutska industrija ostvarila povijesni iskorak u transparentnosti suradnje sa zdravstvenim radnicima i organizacijama



INOVATIVNA
FARMACEUTSKA
INICIJATIVA

Ukupna prenesena vrijednost članica Inovativne farmaceutske inicijative (iF!) u protekloj je godini iznosila najmanje 105,3 milijuna kuna, od čega se oko 42,2 milijuna ili 40 posto odnosi na zdravstvene radnike.

Članice iF!-ja u 2015. godini u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija prenijele su iznos od najmanje 105,3 milijuna kuna

Sve inovativne farmaceutske kompanije koje posluju u Hrvatskoj, njih 25, zaključno sa 30. lipnja javno su objavile ukupne troškove prijenosa vrijednosti prema zdravstvenim radnicima i zdravstvenim organizacijama koji su nastali u periodu od 1. siječnja do 31. prosinca 2015. godine.

Ukupna prenesena vrijednost članica Inovativne farmaceutske inicijative (iF!) u protekloj je godini iznosila najmanje 105,3 milijuna kuna, od čega se oko 42,2 milijuna ili 40 posto odnosi na zdravstvene radnike. Prema zdravstvenim organizacijama izvršen je prijenos vrijednosti u iznosu od najmanje 38,6 milijuna kuna, ili 36,7 posto ukupne prenesene vrijednosti, a čak 24,5 milijuna kuna ili 23,3 posto uloženo je u istraživanje i razvoj. U skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka, farmaceutske kompanije poimence su objavile podatke o prijenosu vrijednosti prema liječnicima isključivo uz potpisano privolu, a takvih je u Hrvatskoj oko 12 posto.

Kako je zaključeno i na panel raspravi dioni-

ka u zdravstvu, održanoj u sklopu ovogodišnjeg simpozija Mediji i zdravlje - time je farmaceutska industrija ostvarila visok standard transparentnosti suradnje s javnim sektorom, kakav bi bio poželjan i u drugim djelatnostima. Objavljeni podaci posljednjih su pet godina bili dostupni HZZO-u, u skladu s Etičkim ugovorom koji striktno regulira pravila i uvjete pod kojima se pojedini transferi vrijednosti mogu izvršiti zdravstvenim radnicima i organizacijama, kao i kaznene odredbe za nepridržavanje definiranih principa ulaganja. Objavom na stranicama farmaceutskih kompanija, podaci o prijenosu vrijednosti u korist zdravstvenih radnika i organizacija postali su dostupni svima, čime je industrija odgovorila na interes javnosti za prirodu suradnje kompanija sa zdravstvenim profesionalcima.

Na simpoziju Mediji i zdravlje koji se tradicionalno održao u Grožnjanu, projekt javne objave troškova suradnje farmaceutske industrije sa zdravstvenim radnicima i

Čelnici HUBOL-a, KOHOM-a, HZZO-a i HLK-a, kao i Hrvatski liječnički sindikat podržali su uvođenje transparentnosti suradnje farmaceutske industrije i zdravstvenih profesionalaca, istaknuvši važnost jačanja povjerenja, ali i zaštite digniteta svih subjekata u zdravstvu.

organizacijama predstavljen je kroz interaktivne formate i uz sadržajne rasprave, kako o modelu primjene transeuropskog Kodeksa Europskog udruženja farmaceutskih kompanija (EFPIA), tako i o utjecaju na uključene dionike. Inovativna farmaceutska inicijativa ocijenila je ovaj potez povijesnim, vjerujući kako je transparentnost najbolji način da se procesi koji su zaslužni za pronalazak revolucionarnih terapija približe svoj zainteresiranoj javnosti.

„Ponosni smo što smo prva industrija u svijetu koja će javno objaviti podatke o prijenosu vrijednosti. Želimo postići punu transparentnost odnosa te time dodatno unaprijediti suradnju i razmjenu znanja inovativne farmaceutske industrije sa zdravstvenim radnicima i organizacijama. Odgovornost svih nas je približiti medicinsku inovaciju bolesnicima i poboljšati ishode liječenja. Za to je potrebna kvalitetna suradnja industrije i zdravstvenih radnika i ona treba biti transparentna. To je u interesu bolesnika, koji očekuju da se o njihovom liječenju odlučuje na osnovi najnovijih medicinskih spoznaja i bez dodatnih utjecaja“, poručila je iz Grožnjana predsjednica Upravnog vijeća iF!-ja dr. Tatjana Tomljanović.

Objava o prijenosu vrijednosti uključuje donacije i sponzorstva, naknade za usluge predavanja i savjetovanja, te podatke o plaćenim putnim troškovima, kotizaciji i smještaju za sudjelovanje na stručnim skupovima i kongresima.

Kompanije u Hrvatskoj podatke su objavile na svojim internetskim stranicama, posebno za zdravstvene organizacije, a posebno za liječnike koji su dali pristanak ili privolu za individualnu objavu svojih podataka. Kod izostanka privole, kompanije su podatke za zdravstvene radnike objavile u zbirnom obliku.

Visoka podrška iz središta zdravstvenog sustava – od građana i bolesnika

Javnom objavom ovih podataka industrija želi olakšati i poboljšati razmjenu znanja i iskustava s javnozdravstvenim sustavom. Očekivano, građani i bolesnici snažno su podržali inicijativu, pa tako u

Koaliciji udruga u zdravstvu smatraju da će to ojačati ugled liječnika i svih ostalih zdravstvenih radnika, jer na ovaj način bolesnici mogu imati uvid u kompetencije i vještine svog naležnog liječnika, kao i uvid u propisanu terapiju. Opća javnost, građani, prema istraživanju agencije IPSOS iz veljače ove godine, stali su uz inicijativu: gotovo 90 posto građana podržava javnu objavu podataka, a njih 76 posto smatra kako će javna objava prijenosa vrijednosti povećati razinu povjerenja bolesnika u liječnike.

Iako nisu dobro informirani o prirodi odnosa industrije i zdravstvenih profesionalaca, građani su iskazali visoku podršku da se zdravstvenim radnicima, kao i svim drugim profesionalcima, nadoknadi njihovo utrošeno vrijeme i ulaganje u vlastito usavršavanje. Uz to, prepoznaju kako su znanje i iskustvo zdravstvenih radnika nezamjenjivi u razvoju novih lijekova. Čak 97 posto ispitanika podržava sudjelovanje zdravstvenih radnika na stručnim edukativnim skupovima, a 87 posto njih slaže se da oni imaju pravo na pravičnu naknadu za stručna predavanja, trošak smještaja, putovanja i kotizacije na stručnim edukativnim skupovima.

Razmjena iskustava za nove, revolucionarne terapije

Upravo zahvaljujući suradnji i razmjeni znanja između industrije i zdravstvenih radnika, odnosno zdravstvenih organi-

zacija, ostvarena su brojna postignuća u liječenju, pa tako danas osmero od 10 djece može preživjeti leukemiju, a HIV nije fatalna bolest, već se smatra kroničnim stanjem. Upotreba inovativnih farmaceutskih lijekova dovele je i do smanjenja učestalosti kardiovaskularnih oboljenja za 50 posto te smanjila stopu smrtnosti za više od 45 posto u posljednjih 30 godina. U ovom trenutku u razvoju je više od 16.000 lijekova, a 70 posto njih ima potencijal postati prvi lijekovi u klasi. Činjenica da se četvrtina ulaganja farmaceutske industrije u Hrvatskoj odnosi upravo na istraživanje i razvoj, odnosno na klinička ispitivanja i sve popratne aktivnosti, potvrda je pravog smjera i optimističnih vijesti u borbi protiv zdravstvenih izazova.

Nekoć smrtonosne bolesti danas su iskorijenjene i to kroz aktivnu suradnju onih koji se bave razvojem lijekova i onih koji rade izravno s bolesnicima. Kao osobe koje su u neposrednom kontaktu s bolesnicima, zdravstveni radnici mogu ponuditi neprocjenjiva i stručna znanja o reakcijama bolesnika i liječenju bolesti. Farmaceutska industrija upravo na ovakvim značajnim spoznajama temelji i usmjerava vlastite napore u cilju unapređenja brige o bolesnicima i metodama liječenja, što dovodi do boljih ishoda liječenja. Unapređenjem suradnje industrije i zdravstvenih profesionalaca olakšava se put medicinskih inovacija do bolesnika, pa je transparentnost odnosa važan činitelj daljnog napretka medicine.

„Zahvalujemo svim zdravstvenim radnicima koji su podržali inicijativu javne objave podataka o prijenosu vrijednosti. U suradnji s njima, inovativna industrija iznašla je rješenja za brojne dosad neizlječive bolesti, a na pragu smo još niza revolucionarnih otkrića“, izjavio je izvršni direktor iF!-ja Sani Pogorilić.

Inovativna farmaceutska industrija u 33 zemlje članice EFPIA-e slijedi Kodeks prema kojemu će i ubuduće objavljivati sve prijenose vrijednosti zdravstvenim radnicima i zdravstvenim organizacijama.

Onkologija.hr – jedno mjesto za sve onkološke bolesnike



Ilica Belina, prof. edukac. reh., predsjednik Koalicije udruga u zdravstvu

Onkološke su bolesti jedan od najvećih zdravstvenih problema današnjice. Iako je proteklih nekoliko desetljeća učinjen velik napredak ne samo u područjima rasvjetljavanja načina nastanka zločudnih bolesti nego i u znatnom poboljšanju dijagnostičkih mogućnosti i u primjeni suvremenih oblika liječenja, pacijenti još ne mogu biti potpuno zadovoljni ukupnim postignućima u rješavanju onkološke problematike u Hrvatskoj. To potvrđuje i novo Usporedno izvješće o dostupnosti onkoloških lijekova u Europi (Jönsson, Lindgren, Hofmarcher, Wilking 2016.) izrađeno za Integrated Healthcare Enterprises (IHE). Hrvatska je, pre-

ma podacima za 2014., u skupini zemalja sa znatnom stopom porasta učestalosti malignih bolesti, zajedno s Latvijom, Maltom, Portugalom i Rumunjskom. Porast stope učestalosti onkoloških bolesti ujedno povećava troškove dijagnostike i liječenja te time opterećuje zdravstveni sustav i cijelo društvo. Iz te studije izdvajamo podatak da se u Hrvatskoj na onkološke lijekove na godinu troši 16 eura po stanovniku (procjena autora jer točni podaci nisu dostupni), a istodobno je trošak izravnog liječenja onkoloških pacijenata 51 euro po stanovniku na godinu. Europski prosjek izravnih troškova onkološkog liječenja iznosi 169 eura. Autori ističu i da izravni troškovi prouzročeni onkološkim bolestima (smanjenje ili gubitak radne sposobnosti, smrt) premašuju izravne troškove (51 % u ukupnim troškovima prouzročenima zločudnim bolestima).

Onkologija.hr

Koalicija udruga u zdravstvu (KUZ) osnovala je Platformu onkoloških udruga „Onkologija.hr“ kako bi se širio glas svih pacijenata oboljelih od raka bez obzira na dob, od učestalih vrsta do rijetkih tipova malignih bolesti, te jedinstvenog predstavljanja njihovih interesa stručnim i državnim institucijama Republike Hrvatske. Na taj će se način pokušati riješiti problem davanja

glasova oboljelima od zločudnih bolesti na razini javnih politika u zdravstvu te potreba pružanja relevantnih informacija osobama oboljelima od zločudnih bolesti i članovima njihovih obitelji na jednome mjestu. Zadatak platforme bit će upućivanje na psihosocijalnu potporu koju pružaju udruge te će se zauzimati za to da se uvede praćenje stopa preživljjenja i rezultata liječenja (registri medicinski relevantnih rezultata i onih koje pacijenti smatraju relevantnima). Onkologija.hr također zahtijeva jednaku dostupnost dijagnostičkih postupaka i liječenja svim onkološkim pacijentima u cijeloj državi, bolju dostupnost inovativnih načina liječenja i povećanu dostupnost onkoloških lijekova. Platforma onkoloških udruga ima i novu internetsku stranicu o onkološkim bolestima www.onkologija.hr, koja na jednom mjestu pacijentima i njihovim obiteljima daje savjete o zločudnim bolestima, metastatskoj bolesti, liječenju te potpori oboljelima. Onkologija.hr počela je proces pristupanja u European Cancer Patient Coalition. Platforma udruga koje se bave potporom onkološkim pacijentima i njihovim obiteljima Onkologija.hr okupila je dosad devet udruga pacijenata: Koalicija udruga u zdravstvu, HULL, Mijelom Cro, Hrvatski centar za palijativnu skrb, Krijesnica, Ljubav na djelu, Hrabro dijete, ILCO

Glavni ciljevi platforme „Onkologija.hr“su:

- aktivno uključivanje udruga pacijenata u izradu, donošenje i provedbu Nacionalnog plana za borbu protiv zločudnih bolesti
- razmjena iskustava, znanja i informacija između udruga koje pružaju potporu oboljelima od zločudnih bolesti i njihovim obiteljima
- zastupanje prava i interesa oboljelih od zločudnih bolesti bez obzira na spol, dob, vrstu bolesti i mjesto stanovanja na razini javnih zdravstvenih politika
- obavješćivanje što šireg kruga oboljelih od zločudnih bolesti i njihovih obitelji o inovativnim načinima liječenja i postojećim načinima potpore
- razvijanje novih oblika i krugova potpore
- održavanje digitalne platforme Onkologija.hr, na kojoj će biti dostupne sve relevantne informacije.

Mi možemo, ja mogu

Na jesen će se Hrvatska priključiti globalnoj kampanji World Cancer Day 2016. – 2018., koja se temelji na ideji da svaki pojedinac i svaka zajednica mogu pridonijeti tome da se smanji broj oboljelih i umrlih od raka u svijetu. Glavne su poruke kampanje: „WE CAN”, „Mi možemo”, što se odnosi na ono što društvo i institucije mogu učiniti, te „I CAN”, „Ja mogu”, što se odnosi na sve što pojedinac može učiniti sam za sebe kako bi smanjio rizik od obolijevanja ili, ako je obolio, kako bi se što uspješnije nosio s bolescu. Nositelj kampanje bit će udruga SVE za NJU, a ciljevi projekta usmjereni su na podizanje svjesnosti o važnosti prevencije i ranog otkrivanja zločudnih bolesti, utjecaj na donošenje Nacionalnog plana za borbu protiv zločudnih bolesti i osiguravanja sveobuhvatne brige za pacijenta.



Nacionalni onkološki plan je nužnost

Bilo kojoj budućoj Vladi Republike Hrvatske svakako cilj treba biti donošenje sveobuhvatnog Nacionalnog plana za borbu protiv onkoloških bolesti u čiju izradu, donošenje i provedbu udruge pacijenata trebaju biti aktivno uključene. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, ključni elementi koje bi trebao sadržavati svaki Nacionalni plan za borbu protiv raka su prevencija, rano otkrivanje, liječenje i palijativna skrb. Svi ti elementi trebali bi biti zadovoljeni u hrvatskom Nacionalnom planu za borbu protiv zločudnih bolesti i jamiciti jednaku dostupnost svim građanima Republike Hrvatske, bez obzira na mjesto gdje žive, socijalni ili bilo koji drugi status, kako bi se smanjio broj oboljelih i umrlih od zločudnih bolesti te kako bi se poboljšalo doživljaj i kvaliteta života oboljelih osoba. Poseban dio plana trebao bi se odnositi na pedijatrijsku onkologiju i palijativu, s obzirom na to da pedijatrijska palijativa u Republici Hrvatskoj ne postoji.

Hrvatski sabor podupire donošenje Nacionalnog onkološkog plana

Donošenjem Rezolucije o zločudnim tumorma 2009. godine Republika Hrvatska se priključila mnogim aktivnostima i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i Europske unije koje se poduzimaju u borbi protiv zločudnih bolesti. Na tematskoj sjednici Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora 4. svibnja 2016. donesena je odluka da se pristupi izradi i donošenju Nacionalnog plana za borbu protiv zločudnih bolesti, a nositeljem njegove izrade i donošenja imenovano je Ministarstvo zdravlja. Bez Nacionalnog plana borbe protiv raka, u koji će biti precizno ugrađeni ciljevi i strate-

gija, nije moguće ostvariti ni kvalitetnu prevenciju ni sustavnu za već maligno oboljele pacijente. Za postizanje najboljih rezultata u borbi protiv raka mora se uključiti cijela zajednica. To znači da je uz Hrvatski sabor, Vladu, ostale upravne institucije i cjeloviti zdravstveni sustav nužno uključiti druge društvene institucije i gospodarske subjekte te udruge civilnog društva, koji će svojim međusobno uskladenim djelovanjem podizati svijest o potrebi poduzimanja zajedničkih mjera preventivnih aktivnosti. Važno mjesto trebaju imati zdravstveno edukativni programi usmjereni na točno određene skupine, informiranje o prevenciji i ranom otkrivanju bolesti te prilagodba cijelog zdravstvenog sustava na temelju novih stručnih i znanstvenih spoznaja. U Nacionalnom planu za borbu protiv raka moraju biti određeni dijagnostičko-terapijski postupci i smjernice liječenja, koje osiguravaju jednaku dostupnost dijagnostike i liječenja svima oboljelim od malignih bolesti u Hrvatskoj. Nacionalni plan se mora provoditi na svim razinama zdravstvene zaštite u sklopu zdravstvenih ustanova na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite te u zavodima za javno zdravstvo. U pružanju onkološke zdravstvene zaštite građanima moraju biti uključeni obiteljski liječnici, ginekolozi i liječnici specijalisti različitih specijalnosti.

Registar ishoda liječenja onkoloških bolesnika

Nacionalni plan borbe protiv raka morao bi poboljšati prijavljivanje malignih bolesti i unaprijediti postojeći Registar za rak. Tome bi se znatno pridonijelo uvođenjem Registra ishoda liječenja raka (medicinski relevantnih) i Registra ishoda liječenja raka (iskustva pacijenata) u kojima bi se pratile podaci o liječenju, rezultatu liječenja i kasnijem praćenju pacijenata. Vođenje takvih registara praksa je zemalja članica Europske unije, a podaci iz nacionalnih registara ujedini su u European Network of Cancer Registries (ENCR). Oba registra moraju imati standardizirane, usporedive podatke i biti komplementarni s drugim nacionalnim registrima za rak te s ENCR registrom. Donošenje i provedba Nacionalnog plana za borbu protiv zločudnih bolesti je i civilizacijsko pitanje. Nažalost, Hrvatska je jedna od rijetkih zemalja u svijetu koje takav nacionalni plan nemaju. Unatoč iznimnoj razini stručnosti liječnika i kvalitete medicinskih usluga, učestalost obolijevanja i smrtnost oboljelih od zločudnih bolesti je vrlo visoka. Vrijeme je da to promijenimo.

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

KONTAKTNE LEĆE KAO TELESKOPI

Degeneracija žute pjage vodeći je uzrok sljepoće kod osoba starije dobi u zapadnim zemljama. Uz intenzivna istraživanja lijekova i laserskih zahvata koji kod dijela bolesnika mogu zaustaviti ili usporiti napredovanje bolesti, značajan napredak ostvaruje se i poboljšanjem oštećenog centralnog vida kod uznapreduvalih oštećenja žute pjage. Već desetljećima oboljele osobe za poboljšanje vida koriste posebna povećala i nepraktične teleskopske naočale, dok se u novije vrijeme ohabrujući rezultati postižu mikroteleskopom koji se ugrađuju u oboljelo oko.

Na tragu tih rezultata su **Eric Tremblay** iz Federalnog instituta za tehnologiju u Lausanni, Švicarska, i **Joseph Ford** sa Sveučilišta u Kaliforniji, SAD, izradili sa suradnicima teleskopsku kontaktну leću s mogućnošću povećanja slike od 2,8 puta. Ova je leća napravljena od klasičnog PMMA materijala, s nešto većim promjerom od standarnih kontaktnih leća, zbog čega spada u skupinu skleralnih leća. Autori već duže vrijeme rade na razvoju ovih leća, no značajan napredak postignut je s posljednjim prototipom koji je prikazan na godišnjem sastanku Američkog društva za naprednu znanost AAAS u San Joseu. Za promjenu povećanja nužne su polarizacijske naočale koje se koriste za gledanje 3D projekcija, pri čemu novi prototip ima mogućnost uključivanja i isključivanja povećanja pokretom namigivanja jednim okom.

Slika: Kontaktna leća, teleskop i novčić.



Treptanje pritom ne utječe na promjenu povećanja. Leće rade na principu dvaju odvojenih vidnih polja: središnji dio leće je bez povećanja, dok vanjski optički prsten uvećava sliku četverostrukim odbijanjem zraka svjetlosti unutar leće.

Iako teleskopske kontaktne leće predstavljaju značajan napredak u tehnologiji i novu nadu za bolesnike s oštećenim vidom, do praktične primjene još je razmjerno dug put. Naime, optička kvaliteta povećane slike još nije zadovoljavajuća, a prije nego se pokrenu klinička ispitivanja morat će se poboljšati i propusnost kisika kroz leću. Naime, PMMA materijal ne propušta kisik pa se ovako velika leća ne bi mogla nositi duže od nekoliko sati. U narednim godinama bit će zanimljivo pratiti napredak razvoja „pametnih“ kontaktnih leća za medicinsku primjenu, i to ne samo teleskopskih, nego i leća sa senzorima za glukozu ili očni tlak.

(Opt Express. 2013 Jul 1;21(13):15980-6.)

Adrian Lukenda, dr. med., specijalist oftalmolog

PRODUŽENA ANTIBIOTSKA TERAPIJA KOD AKUTNOG APENDICITISA MOŽDA NE POMAŽE

Poruka članka: U bolesnika s akutnim komplikiranim apendicitisom koji su primali antibiotike pet dana nakon laparoskopske operacije nisu smanjene infektivne komplikacije u usporedbi s bolesnicima koji su primali antibiotike samo tri postoperativna dana. Duže uzimanje antibiotika nije bilo povezano s prevencijom intraabdominalnih apscesa.

Van Rossem (Tergooi Hospital, Nizozemska) i suradnici (Snapshot Appendicitis Collaborative Study Group) objavili su u JAMA Surgery rezultate nacionalnog, multicentričnog prospektivnog istraživanja. Analizirali su 1975 pacijenata iz 62 nizozemskih bolница. Većina (96,3%) je podvrgnuta apendektomiji, od kojih u tri četvrtine laparoskopski. Iako su u studiju uključeni bolesnici s

akutnim komplikiranim apendicitisom, znanstvenici navode da histološka 'težina' upale nije bila u korelaciji s klinički procijenjenom težinom bolesti. Tri dana antibiotika (umjesto pet dana) nije značajno utjecalo na infektivne komplikacije (omjer izgleda 0,93; 95%-tni interval pouzdanosti, 0,38-2,32; P = 0,88). Perforacija apendiksa bila je jedini identificirani rizični čimbenik povezan s infektivnim komplikacijama (OR, 4,90; 95%-tni interval pouzdanosti, 1,41-17,06; P = 0,01). Ti su rezultati u skladu s rezultatima iz prethodno objavljene kohortne studije i jedne male randomizirane kliničke studije. U Nizozemskoj se bolesnici s akutnim apendicitisom prvenstveno operiraju laparoskopski. Trajanje antibiotske terapije često se određuje kliničkom procjenom pacijentovog stanja. Novi podaci pokazuju da takva modifikacija trajanja terapije ne utječe na težinu bolesti niti ishod. Prije toga je JAMA ove godine objavila 'Appendicitis Acuta', veliku, multicentričnu, randomiziranu studiju koja se oslanjala na kompjutoriziranu tomografiju kako bi se potvrdila prisutnost nekomplikiranog akutnog apendicitisa liječenog ili samo antibioticima ili apendektomijom uz antibiotsku terapiju. Rezultati istraživanja pokazali su da izolirana terapija antibioticima može biti dovoljna za nekomplikirane akutne apendicitise. **Steven J. Hasday** (University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan, SAD) u pridodanom uvodniku navodi da će ovi rezultati potaknuti mnogo rasprava, osobito oko teza da se apendicitis može liječiti samo antibioticima i o tome koliko dugo je potrebna antibiotska terapija. Kirurzi su naime zasad općenito protiv ideje o odustajanju od operativnog liječenja akutnog apendicitisa. Istočje da se sada mijenja fokus s kirurga koji odlučuje o trajanju antibiotske terapije prema kliničkim parametrima na fiksno trajanje antibiotske terapije. Autori nisu imali nikakve relevantne finansijske odnose.

(JAMA Surg. 2016;151:323-9.)

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

VITAMIN D, KALCIJ I VJEŽBANJE USPORAVAJU GUBITAK KOŠTANE MASE NAKON BARIJATRIJSKIH OPERACIJA

Poruka članka: Multimodalni pristup (visoke doze vitamina D, kalcija i proteinski nadomjesci, uz individualiziran program vježbanja nakon operacije) smanjuje gubitak koštane i mišićne mase kod pretih pacijenata koji su podvrgnuti barijatrijskoj operaciji s ciljem gubitka tjelesne težine.

U sklopu *Bone Metabolism after Bariatric Surgery* (BABS) studije dobivala je skupina pretih bolesnika srednje dobi u Austriji, koja je podvrgnuta laparoskopskoj operaciji Roux-en-Y želučanoj prenosnici (RYGB) ili 'sleeve' gastrektomiji (SG), visoke doze vitamina D prije operacije, a zatim vitamin D, kalcij i proteine nakon operacije, uz individualizirani program vježbanja. Ta je skupina imala sporiji gubitak koštane mineralne gustoće i mišićne mase i manje izražen porast markera koštane pregradnje od ostalih pacijenata. Dakle, dijetetski nadomjesci i vježbanje pozitivnoutječu na dugoročni ishod zaštite kostiju nakon barijatrijske operacije, i to bi trebalo biti preporučeno svim pacijentima koji se podvrgavaju ovom tipu operacije, navode **Muschitz** i suradnici (St Vincent Hospital, Medical University of Vienna, Beč, Austrija). To je najupečatljivije kod trabekularne kosti. Rezultat se smanjivao u intervencijskoj skupini do šestog mjeseca, nakon čega je nastupio 'plato', bez dalnjeg gubitka kvalitete kosti. Utvrđeno je i manje smanjenje mišićne mase kod pacijenata koji su uzimali proteinske dodatke. Na primjer, kao što je prikazano u kanadskoj studiji sa Sveučilišta Laval (Quebec City, Quebec, Kanada), broj prijeloma povećao se nakon četiri godine. Dakle ti autori su pokazali povećanje broja prijeloma, a ova studija je pokazala smanjenje koštane mineralne gustoće, što se uklapa u patofiziologiju. I SG i RYGB dovode do smanjenja koštane mineralne gusto-

će, pogoršanja strukture kostiju i povećanja koštane resorpcije do 6 godina nakon operacije. Gotovo svi pacijenti nakon ovih operacija imaju neku vrstu sekundarnog hiperparatiroidizma i nedostatka vitamina D. Istraživači su pretpostavili da će pacijenti koji su primili dodatke prehrani i povećali intenzitet i trajanje vježbanja imati manji stupanj tih negativnih promjena u metabolizmu kosti, tj. smanjenja koštane mineralne gustoće, nakon barijatrijske operacije. BABS je prospektivna studija koja je uključivala 220 žena u premenopauzi i muškaraca iste dobne skupine s indeksom tjelesne mase (BMI) od najmanje 38 kg/m² podvrgnutih RYGB-u ili SG-u. Od listopada 2011. autori su randomizirali 110 pacijenata u intervencijsku skupinu i 110 u kontrolnu. Pacijenti su bili prosječne dobi od 41 godine i srednjeg BMI-a 44, a 42% su bili muškarci. Prije operacije su pacijenti u intervencijskoj skupini primili u obliku sublingvalnih kapi 28.000-IU kolekalciferola (vitamin D3) tjedno, tijekom 8 tjedana. Nakon operacije primili su 16.000 IU kolekalciferola tjedno, također sublingvalno, 1000 mg kalcij-monocitrata dnevno te proteinski dodatak dnevno prilagođen BMI-ju. Također su sudjelovali u nadziranom programu vježbanja od 45 minuta aerobnog nordijskog hodanja (intenzitet prilagođen prema ciljanim otkucajima srca) barem tri puta tjedno, plus 30 minuta mišićnog treninga najmanje dva puta tjedno. Bolesnici u kontrolnoj skupini nisu dobivali dodatke prehrani niti individualizirani program vježbanja. Marker koštane pregradnje mjereni su prije operacije te 1, 3, 6, 9, 12, 18 i 24 mjeseci poslije operacije. Koštana mineralna gustoća procijenjena je pomoću dvo-energijskog rendgenskog apsorciometra (DEXA) prije operacije i 6, 12, 18 i 24 mjeseci poslije operacije. Intervencija je pozitivno utjecala na markere koštane pregradnje. Bolesnici u intervencijskoj skupini imali su manji porast serumske razine sklerostina i umreženog C-telopeptida (CTX) i manji pad Dickkopf-1 (DKK-1) od bolesnika u kontrolnoj skupini, a razine njihovog paratiroidnog hormona bile su bliže

normalnim vrijednostima. Intervencija je pozitivno utjecala i na mineralnu gustoću kosti. Dvije godine nakon barijatrijske operacije smanjenje mineralne gustoće lumbalne kralježnice, kuka i kosti cijelog tijela, kao i promjene u BMI-ja te 'skoringa' trabekularne kosti bilo je znatno manje u intervencijskoj skupini, bez obzira na vrstu barijatrijske operacije, nego u kontrolnoj skupini ($p < 0.005$ za sve). Autori planiraju i dalje pratiti ove bolesnike radi dobivanja dugoročnih rezultata.

(J Bone Miner Res. 2016;31:672-82.)

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

SOCIOEKONOMSKI ČIMBENICI UTJEČU NA PREŽIVLJENJE NAKON OPERACIJE KARCINOMA PANKREASA

Poruka članka: Socioekonomski čimbenici, uključujući rasu, nacionalnost, bračni status, status osiguranja i zemljopisni položaj u SAD-u, utječu na razlike u operiranju raka gušterice u ranom stadiju, ali je samo geografski položaj povezan s preživljnjem.

Ovo je prva studija koja pronalazi povezanost između geografskog položaja i preživljjenja nakon operacije raka gušterice u ranom stadiju. Za preostale navedene značajke nije se pokazala povezanost, navode **Gold** i suradnici (Harvard Medical School and VA Boston Healthcare System, Boston, Massachusetts, SAD). Pacijenti s jugoistoka imali su kraće dugoročno preživljjenje nego oni u drugim dijelovima SAD-a. Stope operacije raka gušterice bile su značajno niže za Afroamerikance, Latinoamerikance, neosigurane i neoženjene/neudate. U usporedbi s pacijentima sa sjeveroistoka, pacijenti s jugoistoka također su imali značajno niže izglede za uklanjanje tumora. Ovo istraživanje pokazuje da se u SAD-u ishod bolesnika s rakom gušterice može poboljšati povećanjem korištenja ki-

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

rurške resekcije (ako je ona potrebna). Istraživanje je također pokazalo nisku stopu operacije raka gušterače u ranom stadiju – kod manje od polovice bolesnika tumor je uklonjen. Ove stope ostale su nepromijenjene tijekom osmogodišnjeg razdobljapromatranja. Iako nisu svi pacijenti s rakom gušterače u ranom stadiju kandidati za operaciju, uklanjanje tumora može proizvesti preživljenje. Operacija se često doživjava kao rizična, iako su nedavni napredak u kirurškim tehnikama i postoperativnoj njezi poboljšali stope uspjeha. Istraživači su koristili podatke iz *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER) baze podataka. Identificirali su 17 530 bolesnika (47,8% muškaraca, medijan dobi 70 godina, 81% bijelci, 56,9% u braku, 2,6% neosigurani) s lokaliziranim rakom gušterače u ranom stadiju, dijagnosticiranim od siječnja 2004. do prosinca 2011. Rezultati su pokazali stopu operacije od 45,4%, koja je ostala nepromijenjena tijekom promatranog razdoblja. Multivariantna analiza je pokazala da su Afroamerikanci imali manje izgleda da budu podvrgnuti operaciji u usporedbi s bijelcima (omjer izgleda [OR], 0,76; 95%-tni interval pouzdanosti [CI], 0,65 do 0,88; p <0,001), kao i Latinoamerikanci (u usporedbi s ne-latinoamerikancima) (OR, 0,72; 95% CI, 0,60-0,85; p <0,001). Oženjeni pacijenti (OR, 1,42; 95% CI, 1,30-1,57; p <0,001), osigurani (OR, 1,63; 95% CI, 1,22 - 2,18, p = 0,001) i oni koji žive na sjeveroistoku SAD-a (OR, 1,67; 95% CI, 1,44 - 1,94; P <.001) imali su veću vjerojatnost podvrgavanju operaciji. Stadij bolesti u trenutku postavljanja dijagnoze bio je povezan sa spolom, rasom, nacionalnosti, bračnim statusom i zemljopisnim područjem (etnička pripadnost, p=0,003; svi drugi, p<0,001). Muškarci, bolesnici u braku, ne-latinoamerikanci, bijelci ili koji žive na sjeveroistoku imali su kasniji stadij bolesti u vrijeme postavljanja dijagnoze. S druge strane, faktori povezani s uznapredovalim stadijem bili su povezani s povećanim stopama operacije, a pacijenti na sjeveroistoku imaju najviše šanse podvrgavanju operaciji. Operirani bolesnici imali su značajno dulje preživljenje (medijan 21 prema

6 mjeseci; omjer rizika [HR] za bolest specifični mortalitet, 0,32; 95% CI, 0,31 do 0,33; p<0,001). Operirani pacijenti iz područja Pacific West (HR za mortalitet, 0,706; 95% CI, 0,628 - 0,793), Southeast (HR za mortalitet, 0,766; 95% CI, 0,667 do 0,879) i Midwest (HR za mortalitet, 0,765; 95% CI, ,640-0,913) imali su dulje preživljenje u usporedbi s onima iz područja Southeast SAD-a (svi p <0,001). Geografski položaj predstavlja jedini čimbenik koji je nezavisno povezan s preživljenjem nakon operacije. Nekoliko je mogućih uzroka tome, uključujući i regionalne razlike u kvaliteti skrbi za rak gušterače. Kirurgiju gušterače čine složeni postupci, a optimalni rezultati često se postižu samo u centrima s velikim iskustvom, objašnjavaju autori. Razumljivo je da dostupnost takvim centrima s multidisciplinarnim izvrsnostima u liječenju raka gušterače varira u SAD-u. Rezultati studije važni su jer prepoznaju djelotvorne stavke za poboljšanje preživljenja na državnoj razini, posebno, potrebu za povećanjem stope resekcije i proces regionalizacije za njegu raka gušterače, pišu dr. Daniel Anaya i dr. Mokenge Malafa (H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, Tampa, Florida, SAD) u popratnom komentaru. S javnozdravstvene perspektive, napor usmjereni na poboljšanje pružanja skrbi vjerojatno će kratkoročno jače utjecati od bilo koje druge dosadašnje intervencije.

(JAMA Surg. 2016;151:338-45.)

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



istraživanja *Boston Birth Cohort* koje za cilj ima otkriti podrijetlo bolesti rano u životu. U istraživanju su uglavnom sudjelovale majke sa svojom djeecom koje žive u gradu, pripadaju etničkoj manjini i imaju niska primanja.

Istraživači su kategorizirali indeks tjelesne mase (ITM) majki u tri kategorije: normalna težina (18,5 - 24,9 kg/m²), prekomjerna težina (25 - 29,9 kg/m²) i pretilost (30 kg/m²). Koncentracija majčinih folata izmjerenja je 2 do 3 dana nakon poroda i korištена je kao surrogatni pokazatelj koncentracije u trećem trimestru trudnoće. Istraživači su jedanput nakon navršene druge godine života mjerili tjelesnu težinu djece, nakon čega su izračunali z-vrijednost ITM-a prema američkim referentnim vrijednostima. Prekomjernu tjelesnu težinu ili pretilost (OWO, engl. *overweight or obesity*) djeteta definirali su kao ITM jednak ili veći od 85. percentile za dob i spol.

Rezultati istraživanja pokazali su da postoji nelinearna inverzna povezanost koncentracije majčinih folata s prekomjernom tjelesnom težinom ili pretilošću djeteta. Nadalje, rizik za prekomjernu tjelesnu težinu ili pretilost bio je najveći u djece čije su majke imale najnižu koncentraciju folata (<9 ng/mL) u trudnoći, s omjerom vjerojatnosti (OR) 1,45 te 95%-tним intervalom pouzdanosti (CI) 1,13 - 1,87. Istraživači su istaknuli kako je navedena koncentracija folata iznad granične

FOLATI U TRUDNOĆI I DEBLJINA U DJETINJSTVU

Poruka članka: Koncentracija majčinih folata u trudnoći utječe na rizik za debljinu djeteta u djetinjstvu.

Istraživači s američkog sveučilišta Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health analizirali su podatke o 1517 majki i njihove djece, prikupljene u sklopu velikog prospektivnog kohortnog

koncentracije koja se trenutno koristi za definiranje nedostatka folata (<4,4 ng/mL). Pokazalo se i da koncentracija folata iznad 13,6 ng/mL nije dodatno smanjivala rizik za prekomjernu tjelesnu težinu ili pretilost.

Naposljetku, rezultati istraživanja pokazali su i kako kombinirani učinak pretilosti majke prije trudnoće te niske koncentracije folata dovode do trostrukog povećanja rizika za prekomjernu tjelesnu težinu i pretilost djeteta (OR 3,05; 95% CI 1,91 – 4,86.), u usporedbi s djecom čije su majke prije poroda bile normalne težine i koje su imale veću koncentraciju folata u trudnoći.

Istraživači su na kraju zaključili kako su rezultati ovog istraživanja u skladu s mnogima koji pokazuju da prenatalne prehrambene navike majke mogu imati važnu ulogu u razvoju metaboličkih poremećaja djeteta te da je potrebno odrediti optimalne a ne samo minimalne koncentracije folata u trudnoći kako bi se izbjegli metabolički poremećaji u djece.

(JAMA Pediatrics. June 13, 2016. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0845)

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

NELIJEĆENA DEPRESIJA UTJEČE NA ISHOD TRUDNOĆE

Poruka članka: Trudnice s neliječenom depresijom imaju značajno veći rizik da rode nedonošće i/ili nedostaše nego trudnice bez depresije.

Kanadski istraživači proveli su analizu do sada objavljenih randomiziranih i nerandomiziranih istraživanja o ishodu trudnoća u žena s neliječenom depresijom u usporedbi sa ženama koje nisu imale depresiju tijekom trudnoće.

U analizu su bila uključena 23 istraživanja. Na temelju analize 14 istraživanja, istraživači su zaključili da u usporedbi s trudnicama bez depresije, one s neliječenom depresijom imaju značajno veći



rizik za rođenje djeteta prije 37. tjedna trudnoće, s omjerom vjerojatnosti (OR, engl. *odds ratio*) 1,56 i 95%-tним intervalom pouzdanosti (CI, engl. *confidence interval*) 1,25 – 1,94. Nadalje, na temelju analize osam istraživanja zaključili su kako trudnice s neliječenom depresijom imaju značajno veći rizik za rođenje djeteta s niskom porođajnom težinom (<2500g), uz omjer vjerojatnosti 1,96 i interval pouzdanosti 1,24 – 3,10.

Zanimljivo je da su istraživači ispitivali i ulogu sukoba interesa autora (COI, engl. *conflicts of interest*), jesu li su autori istraživanja bili direktno ili indirektno finansirani ili na neki drugi način povezani s farmaceutskim tvrtkama.

Pokazalo se da je rizik za prijevremeno rođenje djeteta u pet istraživanja u kojima je prijavljen sukob interesa bio gotovo dvostruko veći (omjer vjerojatnosti 2,50 i 95%-tni interval pouzdanosti 1,70 – 3,65) no u devet istraživanja u kojima nije bilo prijavljenog sukoba interesa (omjer vjerojatnosti 1,34 i 95%-tni interval pouzdanosti 1,08 – 1,66). Ovakva statistički značajna razlika među istraživanjima s prijavljenim i neprijavljenim sukobom interesa nije uočena i za razlike u porođajnoj težini djeteta među trudnicama s depresijom i bez nje.

Istraživači su istaknuli kako na ishod trudnoće možda ne utječe sama depresija, već ostali čimbenici povezani s depresijom, poput pušenja, anksioznosti i niskog socioekonomskog statusa.

Naposljetku, istraživači su istaknuli kako

rezultati njihova istraživanja ne govore da će liječenje depresije antidepresivima smanjiti navedene rizike, već da mogu predstavljati važnu informaciju prilikom donošenja odluke o načinu liječenja depresije.

(JAMA Psychiatry. 2016 Jun 8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0934.)

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

POVEZANOST SIMPTOMA ANTENATALNE DEPRESIJE I ANTIDEPRESIVNOG LIJEČENJA S PRIJEVREMENIM POROĐAJEM

Poruka članka: Kod žena koje su antepartalnim probirom bile pozitivne na depresiju, povišen je rizik za prijevremenih porođaj i novorođenčadi niske porođajne težine, dok taj rizik nije značajan kod žena koje su liječene antidepresivima tijekom trudnoće.

Radi procjene povezanosti simptoma antenatalne depresije s prijevremenim porođajem i novorođenčadi niske porođajne težine (engl. small for gestational age, SGA), Kartik K. Venkatesh i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital and Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, SAD, proveli su opservacijsku kohortnu studiju među ženama koje su ispunile Edinburšku postnatalnu ljestvicu za depresiju i rodile s ≥ 20 tjdana.

Primarni ciljevi bili su prijevremenih porođaj (<37 tjdana) i SGA novorođenče (tjelesna težina ispod 10 centile za gestacijsku dob), dok je primarni predskazatelj bio antepartalni zbroj ≥ 10 na Edinburškoj postnatalnoj ljestvici za depresiju, koji je ukazivao na simptome depresije.

Od 7267 žena obuhvaćenih istraživanjem bile su 831 (11%) antepartalnim probirom pozitivne za depresiju. U multivarijantnoj analizi uskladenoj s dobi majke, rasom, prihodima, indeksom tjelesne

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

težine, pušenjem, ranijom dijagnozom depresije i tjeskobe, dijabetesom, hipertenzijom i preeklampsijom, žene koje su probirom bile pozitivne za depresiju imale su povišen rizik za prijevremeni porođaj (<37 tjedana) (OR 1.27, 95% CI 1.04-1.55) i vrlo ran prijevremeni porođaj (<32 tjedna) (OR 1.82, 95% CI 1.09-3.02), te za SGA novorođenče (OR 1.28, 95% CI 1.04-1.58). U sekundarnoj analizi, među ženama koje su liječene antidepresivima tijekom trudnoće (19% onih koje su probirom bile pozitivne, te 5% onih koje su probirom bile negativne za depresiju), simptomi depresije nisu bili povezani sa značajnim rizikom za prijevremeni i vrlo rani prijevremeni porođaj, kao i SGA novorođenče.

(Obstet Gynecol. 2016;127(5):926-33.)

Matija Prka, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije

TRAJANJE TREĆEG PORODAJNOG DOBA I RIZIK ZA POSTPARTALNO KRVARENJE

Poruka članka: Postojeću definiciju produženoga trećeg porođajnog doba od ≥ 30 minuta potrebno je revidirati, jer rizik za PPH značajno raste s trajanjem III. porođajnog doba ≥ 20 minuta.

Kako bi istražili temu iz naslova, **Antonina I. Frolova** i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, SAD, uključili su u istraživanje 7121 rodilju koje su vaginalno rodile s ≥ 37 tjedana u tercijarnom perinatalnom centru u razdoblju 4/2010 - 8/2014. Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba rutinski se koristilo tijekom istraživanog razdoblja. Prosječno trajanje te 90, 95 i 99 centila trajanja trećeg porođajnog doba poslužili su za izračun omjera rizika (engl. odds ratio, OR) i procjenu utječe li produženo trajanje trećeg porođajnog doba na učestalost

postpartalnog krvarenja (engl. postpartum hemorrhage, PPH).

Prosječno trajanje trećeg porođajnog doba bilo je 5.46 minuta, dok su 90, 95 i 99 centila bile definirane redom kao 9, 13 i 28 minuta. Rodilje s trajanjem trećeg porođajnog doba iznad 90 centile (n=705) imale su povišen rizik za PPH u usporedbi s onima čije je trajanje trećeg porođajnog doba bilo ispod 90 centile (13.2% vs. 8.3%; OR 1.82, 95% CI 1.43-2.31). Kada je trajanje trećeg porođajnog doba iznad 90 centile razdijeljeno na intervale od pet minuta, utvrđeno je da je rizik za PPH počeo značajno rasti od intervala 20-24 minute u usporedbi s kratkim intervalima (10-14 minute i 15-19 minuta) (15.9% vs. 8.5%; OR 2.38, 95% CI 1.18-4.79). Međutim, transfuzije krvi nisu bile povezane s trajanjem trećeg porođajnog doba (1.0% vs. 0.84. za trajanje trećeg porođajnog doba iznad 90 centile u usporedbi s trajanjem na 90 centili ili niže; OR 1.18, 95% CI 0.53-2.60).

U zaključku se ističe kako rizik za PPH značajno raste s trajanjem trećeg porođajnog doba ≥ 20 minuta, što ukazuje da bi postojeća definicija produženoga trećeg porođajnog doba od ≥ 30 minuta mogla biti zastarjela.

(Obstet Gynecol. 2016;127(5):951-6)

Matija Prka, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije

DJECA NISKE PORODAJNE TEŽINE PREDISPONIRANA SU ZA DIJABETES TIPE 2

Novo istraživanje **Wanga** i suradnika, objavljeno u lipnju u časopisu *Diabetologia*, ukazuje kako su djeca niske porodajne težine predisponirana za razvoj dijabetesa tipa 2 u starijoj životnoj dobi. Autori su u studiju uključili ukupno 3627 ispitanika s verificiranim dijabetesom tipa 2 porođenih s niskom porodajnom tezinom. U istraživanje je uključeno ukupno 12 974 kontrole. Iako se



niska porodajna težina u opservacijskim studijama povezuje s dijabetesom tipa 2, ostaje nejasno radi li se samo o kauzalnoj povezanosti. Autori su kreirali genetski bodovni indeks baziran na pet genetskih varijanti nukleotidnog polimorfizma. Analiza je pokazala kako se za svaki jedinični porast u bodovnom indeksu (1-10) rizik za razvoj dijabetesa tipa 2 povećava za 6%. Uporabom statističke tehnike, poznatije kao Mendelianove randomizacije, autori istraživanja su dokazali kako niska porodajna težina definitivno povećava rizik za razvoj dijabetesa tipa 2. Ovaj je tip analize prema autorima nov pristup u etabriranju teze kauzaliteta u ovakvim istraživanjima. Autori nadalje napominju da i populacijske i eksperimentalne studije sugeriraju kako stano-vite restrikcije u razvojnim fazama mogu uzrokovati strukturalne i funkcionalne implikacije na predispoziciju pojedinca za razvoj metaboličkih bolesti poput dijabetesa tipa 2. S obzirom na to da je niska porodajna težina posljedica intrauterinog zastoja u rastu ploda, ne mogu se za nju isključiti rizični faktori poput malnutricije, anemije, infekcija i, naravno, placentarne insuficijencije.

Autori zaključuju kako rezultati istraživanja potvrđuju vezu između patofizioloških procesa koji uzrokuju intrauterini zastoj u rastu ploda i tipa 2 dijabetesa u kasnijoj životnoj dobi.

(Diabetologia. 2016 June, in press)

Doc. dr. sc. Ingrid Marton, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije

Lijekovi koji se koriste za snižavanje krvnog tlaka ne smanjuju pojavnost iznenadne smrti

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

Sažetak

Visoki krvni tlak povećava rizik od moždanog i srčanog udara. U osoba s umjerenim povišenjem krvnog tlaka, lijekovi za snižavanje krvnog tlaka smanjuju učestalost moždanog i srčanog udara. Nije poznato smanjuju li lijekovi za snižavanje krvnog tlaka iznenadnu smrt (smrt nepoznatog uzroka unutar jednog sata od početka akutnih simptoma ili u roku od 24 sata od promatranja pacijenta kao živog i bez simptoma).

U ovom Cochrane sustavnom pregledu uključeni su svi randomizirani kontrolirani pokusi koji su ispitali bilo koji antihipertenzivni lijek za liječenje hipertenzije, koja je definirana kao bazalni sistolički arterijski tlak u mirovanju od najmanje 140 mm/Hg i/ili dijastolički arterijski krvni tlak od najmanje 90 mmHg. Usporedbe su uključile jedan ili više antihipertenziva u odnosu na placebo ili u odnosu na nikakvo liječenje.

Pronađeno je 15 takvih randomiziranih kontroliranih pokusa u kojima je sudjelovalo ukupno 39.908 ljudi. Te su studije istraživale smanjuju li iznenadnu smrt lijekovi za snižavanje krvnog tlaka. Dokazi umjerene kvalitete pokazuju da lijekovi za snižavanje krvnog tlaka smanjuju pojavnost srčanog udara, ali se ne čini da smanjuju iznenadnu srčanu smrt. To navodi na zaključak da iznenadna srčana smrt možda i nije prvenstveno uzrokovana srčanim udarom. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se utvrdili uzroci iznenadne srčane smrte.

Opis stanja

Visoki arterijski krvni tlak je važan javnozdravstveni problem zbog povezanog rizika od moždanog udara i kardiovaskularnih incidenata. Često je nepoznatog uzroka, relativno lako se otkriva i može se smanjiti pomoću antihipertenzivnih lijekova. Opsežni epidemiološki podaci podupiru dobro utvrđenu povezanost između razine arterijskog krvnog tlaka i rizika od kardiovaskularnih bolesti, osobito važnost sistoličkog tlaka kao odrednice rizika.

Teška koronarna bolest srca manifestira se kroz tri različita ishoda: ne-fatalni infarkt miokarda, fatalni infarkt miokarda i iznenadna srčana smrt. Antihipertenzivna terapija može imati različit učinak na različite ishode. Određeni istraživači tvrde da bi mogla povećati incidenciju iznenadne srčane smrti koja se definira kao nagla neочекivana smrt unutar jednog sata nakon nastanka akutnih simptoma ili unutar 24 h od kad je pacijent zabilježen kao živ i bez simptoma.

Većina preglednih članaka usmjerena je na učinke snižavanja krvnog tlaka lijekovima na ukupni broj fatalnih i ne-fatalnih infarkta miokarda, ali ne zasebno na iznenadnu srčanu smrt. Umjesto toga, iznenadna srčana smrt uključuje se s ukupnim brojem infarkta miokarda jer se pretpostavlja da je uvijek ili uglavnom uzrokuje akutni infarkt miokarda. Zapravo, iznenadna srčana smrt mogla bi imati niz uzroka koji nisu povezani s akutnim infarktom miokarda.

Opis intervencije

Intervencija analizirana u ovom Cochrane sustavnom pregledu literature je bilo koji antihipertenzivni lijek koji se koristi sam ili u kombinaciji s bilo kojim drugim antihipertenzivom. Kontrolna skupina primala je placebo ili nikakvu terapiju.

Kako bi intervencija mogla djelovati

Lijekovi antihipertenzivi snižavaju arterijski krvni tlak na niz različitih načina. Glavne skupine antihipertenziva uključuju tiazidske diuretike, beta blokatore, lijekove koji inhibiraju renin-angiotenzinski sustav, blokatore kalcijevih kanala, izravne vazodilatatore, lijekove koji djeluju centralno i ostale. Nekoliko sustavnih pregleda pokazalo je da antihipertenzivna terapija može blagotvorno djelovati na smanjenje kardiovaskularnog morbiditeta i mortaliteta u pacijenata svih dobnih skupina s umjerenom ili teškom hipertenzijom. Trenutno nije poznato da li je korist od antihipertenzivne terapije veća nego štete u osoba koje imaju nekomplikiranu blagu (prvi stupanj) hipertenziju.

Prepostavlja se, ali nije dokazano, da je koristan učinak antihipertenzivnih lijekova u smanjenju incidencije moždanog udara, infarkta miokarda i zatajenja srca posredovan smanjenjem arterijskog krvnog tlaka. Ako je to doista točno, onda bi svi lijekovi koji smanjuju krvni tlak u isto mjeri trebali slično djelovati na smanjenje kardiovaskularnih incidenata. Određeni

dokazi ukazuju da to nije tako, i da razlike skupine antihipertenzivnih lijekova imaju razlike učinke na razlike ishode.

Učinci antihipertenzivnih lijekova na iznenadnu srčanu smrt potencijalno su još komplikirani jer iznenadna srčana smrt može biti posljedica akutnog infarkta miokarda, ali isto tako može nastati zbog spontane smrtonosne aritmije (ventrikularna fibrilacija, *torsade de pointes*, asistolija) ili nekog drugog iznenadnog smrtonosnog incidenta (npr. ruptura aneurizme aorte, intracerebralno krvarenje). Neka specifična vrsta antihipertenzivnih lijekova možda bi mogla imati koristan učinak na neki od tih uzroka, a negativan na drugi. Također valja naglasiti da nije moguće isključiti ni eventualne druge uzroke iznenadne srčane smrti jer se obdukcije ne rade sustavno, čak ni u slučaju kad iznenadna smrt nastane u okviru randomiziranog kontroliranog pokusa.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Niti jedan objavljeni sustavni pregled nije usporedio učinak antihipertenzivnih lijekova u odnosu na placebo ili nikakvu terapiju na incidenciju iznenadne srčane smrti. Ako antihipertenzivna terapija ili neke specifične vrste antihipertenziva povećavaju broj iznenadnih srčanih smrti, važno je to znati jer to za sobom povlači niz važnih pitanja: Je li prikladno iznenadnu srčanu smrt svrstati pod infarkt miokarda? Jesu li pristupi za sprječavanje iznenadne srčane smrti povezani s uporabom antihipertenzivnih lijekova? Bi li pacijenti s osobito velikim rizikom od iznenadne srčane smrti trebalo izdvojiti i liječiti na drugi način?

Sažetak glavnih rezultata

Podatci su prikazani kao omjer rizika (engl. *risk ratio*, RR) i 95% interval pouzdanosti (95% CI).

Iznenadna srčana smrt: analiza podataka od 39.908 ispitanika uključenih u ovaj sustavni pregled pokazala je da liječenje antihipertenzivima u usporedbi s placebom ili nikakvim liječenjem nema učinka na iznenadnu srčanu smrt (RR 0,96, 95% CI 0,81 do 1,1).

Ne-fatalni i fatalni infarkt miokarda: antihipertenzivna farmakoterapija doveća je do značajnog smanjenja stope ne-fatalnog infarkta miokarda (RR 0,85, 95% CI 0,74 do 0,98, apsolutno smanjenje rizika 0,3% kroz 4,2 godine) i fatalnog infarkta miokarda (RR 0,75, 95% CI 0,62 do 0,90, apsolutno smanjenje rizika 0,3% kroz 4,2 godine).

Analiza podskupina: kako bi se ispitalo ima li razlike među pojedinim skupinama lijekova napravljena je analiza podskupina za diuretike prve linije u odnosu na ostale antihipertenzivne lijekove. Nije utvrđeno da diuretici imaju drugačiji učinak u odnosu na ostale lijekove (RR 1,08, 95% CI 0,82 do 1,43), a isto tako nije utvrđena razlika kad su zbirno analizirani ostali lijekovi (RR 0,94, 95% CI 0,74 do 1,19).

Odustajanje ispitanika zbog nuspojava: u 10 od 15 studija naveden je podatak o broju ispitanika koji su odustali od sudjelovanja u studiji zbog neželjenih učinaka lijekova. Ti su se učinci pojavili u 6,2% ispitanika koji nisu primili nikakvu terapiju, a u 12,8% ispitanika koji su primali terapiju antihipertenzivima (RR 2,06, 95% CI 1,11 do 3,83, apsolutno povećanje rizika 6,6%).

Rasprava

Podatci ovog Cochrane sustavnog pregleda temelje se na 15 kliničkim pokusima u kojima je sudjelovalo ukupno 39.908 osoba s hipertenzijom koje su praćene od 1,5 do 9 godina (prosječno 4,2 godine). Rezultati zbirne analize podataka pokazuju da antihipertenzivna farmakoterapija, kad se koristi za liječenje hipertenzije, ne smanjuje značajno pojavu iznenadne srčane smrti. Naprotiv, u istim je kliničkim pokusima utvrđeno da antihipertenzivna terapija smanjuje pojavost i ne-fatalnog i fatalnog infarkta miokarda. Ti rezultati pokazuju da svaka iznenadna srčana smrt ili većina takvih smrti nije uzrokovana akutnim infarktom miokarda. Da je to tako, onda bi se broj iznenadnih srčanih smrti smanjio nakon uzimanja antihipertenzivne terapije na isti način kako je smanjena pojavnost infarkta miokarda. Stoga se može zaključiti da je iznenadna srčana smrt

uglavnom rezultat stanja koje ne reagira na antihipertenzivnu terapiju. Ili je moguće da je takva smrt dijelom uzrokovana akutnim infarktom miokarda na koji povoljno djeluje antihipertenzivna terapija, a dijelom nekim drugim mehanizmom (npr. ventrikularnom aritmijom) koja se povećava uslijed antihipertenzivne terapije, što u konačnici dovodi do toga da antihipertenzivna terapija nema nikakav učinak.

Zaključak za praksu

Dokazi umjerene kvalitete iz kliničkih pokusa pokazuju da antihipertenzivni lijekovi mogu dovesti do malog smanjenja incidencije fatalnih i ne-fatalnih infarkta miokarda, ali da ne smanjuju incidenciju iznenadne srčane smrti. To ukazuje da iznenadna srčana smrt u osoba s hipertenzijom može imati druge uzroke koji nisu nužno infarkt miokarda.

Zaključak za buduća istraživanja

Iznenadna srčana smrt se u istraživanjima ne bi trebala uključivati u zbirni ishod kao „veliki koronarni incident“ nego analizirati zasebno. U slučaju takve smrti tijekom kliničkog pokusa nužno je napraviti obdukciju kako bi se utvrdio uzrok smrti. U budućim kliničkim pokusima na temu prevencije kardiovaskularnih bolesti trebalo bi sustavno i odvojeno istražiti učinak terapije na iznenadnu smrt te otkriti terapije koje mogu imati preventivni učinak na taj ishod.

Potrebno je razviti specifične ljestvice rizika za iznenadnu srčanu smrt kako bi se mogli prepoznati pojedinci s izrazito visokim rizikom od iznenadne smrti. Takva bodočna ljestvica mogla bi biti korisna kad se otkriju djelotvorne preventivne terapije, kao što je slučaj s beta blokatorima i antagonistima aldosterona za kongestivno zatajenje srca kod smanjene ejekcijske frakcije lijeve klijetke.

Cochrane sustavni pregled

Taverny G, Mimouni Y, LeDigarcher A, Chevalier P, Thijss L, Wright JM, Gueyffier F. Antihypertensive pharmacotherapy for prevention of sudden cardiac death in hypertensive individuals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;3:CD011745.



Posljedice će osjetiti i V



BORIS RAŠETA

Boris Rašeta novinar je 24 sata. Radio je u Feral Tribuneu, na HTV-u, bio dopisnik DPA i RDW-a. Novinarstvom se bavi od 1990.

Velika Britanija obično je šokirala nas, ostanak Europe, a sad je uspjela šokirati i samu sebe. Rezultati referenduma iznenadili su i najtvrdje zagovornike izlaska iz EU, pa su se danima kasnije lupali po glavi i pitali je li to istina, što im je to trebalo, i je li riječ o igri po sistemu "taknuto-maknuto". Iz Bruxellesa, a odmah potom i iz Berlina, stigao je kristalno jasan odgovor - da, sistem je taknuto maknuto, nema popravnog, idite što prije. James Cameron dao je ostavku jer nije želio "sredjivati sranje" - za engleskog premijera to je neuobičajena prostota koja odražava njegov duboki očaj - pa ostaviti svom nasljedniku čistu situaciju nakon ostavinske rasprave. No, nasljednik nije onaj na kojega se tipovalo, Boris Johnson. I on je svjestan da je šteta koja će nastati Brexitom takva da bi upropastio život pokušavajući je popraviti, pa je odustao od kandidature. Što su Britanci htjeli dobiti Brexitom? Prije svega, povratak u "splendid isolation",

Britanci bi htjeli biti izvan Europe ali su odmah krenuli s aluzijama o nastavku ekonomске suradnje u punom opsegu. Dobili su hladan tuš

"sjajnu izolaciju" imperialne ere. To konkretno znači: vrijeme kada u zemlju nisu dolazili Poljaci, Slovaci, Hrvati, Srbi, Česi, Mađari i drugi obrazovani radnici koji Britancima silno ruše cijenu rada, jer su brojni, kvalificirani, očajni i jeftini. Također, bio je to nadrealni referendum koji je Otok htio vratiti u stanje kad na njega nisu nadirale rijeke izbjeglica iz Sirije, Libije, Afganistana ili Iraka - država koje su Englezi, u suradnji s Amerikancima, vratili u kameni doba i eru plemenskih ratova. Britanci bi htjeli biti van Europe ali su odmah krenuli s aluzijama o nastavku ekonomске suradnje u punom opsegu. No, Bruxelles im je i tu priredio hladan tuš: odmah im je stavljeno do znanja da pristup jedinstvenom tržištu mogu dobiti samo ako zauzvrat osiguraju nesmetan protok ljudi, roba i kapitala na Otok. To znači da bi dobili isto ono što su već imali, samo po višoj cijeni, i bez političkog utjecaja i prava glasa. Usto im se smiješi rederendum za otcjepljenje Škotske, a možda i Gibraltara. Ukratko, Britanci su u igru krenuli s namjerom da si propucaju koljena a prosvirali su si mozak. Od političke sile prvo-razrednog značaja, već sad su se prekvalificirali u zemlju ograničenog političkog dometa. Time su Berlinu osigurali dominaciju nad Europom, a Vladimиру Putinu, svom, po tradiciji, arhiri-valu, darovali triumf neviđenih razmjera. Na kontinentu lišenom engleske protuteže, a ona je uvijek bila proturuska, ostat će sad samo tri velike sile sa zamjetnim utjecajem - Amerika, Rusija i Njemačka. Kakve će biti posljedice po Britaniju? Odljev mozgova, bankara, pametnih industrija, pad funte, otežan izvoz, podjednaka navala stranaca, smanjena konkurentnost,

pad standarda, izgledna recesija, preseljenje trgovačkih i bankarskih centara u Frankfurt ili Pariz... Ukratko, Britanija je ovim činom izvela završni korak od imperije u kojoj sunce nikad ne zalazi do zemlje zalezećeg sunca. Najgore je što su to učinili dobrovoljno, na referendumu, zbog lažnih argumenata (pristaše Brexita odmah nakon proglašenja rezultat priznali su da su izmislili kako će Britanija nakon istupanja iz EU svakog tjedna imati 350 milijuna eura više, koje će usmjeriti u zdravstveni sustav). Ono što je relativno dobro, jest to da je referendum proveden (kao i prethodni u Škotskoj) u demokratskoj atmosferi, bez nasilja, u slobodnim uvjetima. Ipak, već dan nakon objave rezultata, počelo je nasilje prema strancima - i to, tko zna zašto, najviše prema Poljacima i drugim Slavenima. Pakistanci, Indijci i drugi migranti iz Commonwealtha pošteđeni su ksenofobije. No, hoće li sve proći mirno? Što ako se osim Škotske počnu odvajati i druge britanske sastavnice? Kakav će primjer to dati Evropi? Slijedi li, nakon desetljeća integracija, dugo razdoblje rastakanja? Zvuči sasvim logično; u vremenima kriza, uvijek jačaju plemenski osjećaji. Iz britanskog se referenduma mogu izvući mnoge pouke. Do njega je došlo na inicijativu Davida Camerona, koji je prije dvije godine imao intenzivnu krizu u Konzervativnoj stranci. Da se izvuče iz krize, ponudio je kao rješenje referendum. Okolnosti su tad bile bitno drugačije, nije recimo bilo rijeke izbjeglica iz Sirije, i referendum je priređen kako bi Britanija ostala u EU a Cameron na vrhu Britanije. Sve se, međutim, promijenilo i referendum je uspio a Cameron propao - trebalo je biti obrnuto... Referendume, dakle, ne treba priređivati nepromišljeno. U njima postoje samo dvije opcije, da - ne, za protiv, unutarvan, pa je loše spekat mogućnosti sužavati na taj binarni kod. Pogotovo kad nema nazad, i kad se iz jednog lošeg rješenja, kao ruske babuške, rađaju brojni novi problemi. Zbog stranačkih problema, nadalje, ne treba gurati državu u probleme. Manja se poteškoća ne smije rješavati većom. Nakon Brexit-a to znamo; možda nama pomogne, kad već Britancima nije - no, realizam nas upućuje na zaključak da ćemo grešku siguro počiniti, samo ako dođemo u poziciju da to učinimo.

Velika Britanija i EU



O referendumskoj odluci većine građana Ujedinjenog Kraljevstva da njihova zemlja izade iz Europske unije i njenim mogućim posljedicama više-manje sve je rečeno. Sad već bivši premijer, Cameron obećao je raspisivanje referenduma prije dvije godine prilično olako, jer je bio uvjeren, kao i većina britanske političke oligarhije, da će na njemu pobijediti opcija za ostanak u Uniji. No opet se pokazao raskorak između „službene“ ideologije koju promiču velike stranke, mediji, dominantni javni intelektualci, i stajališta većine građana. Demokratski deficit je i inače jedan od glavnih problema Europske unije, kojom rukovode tijela poput Europske komisije koja ne biraju građani o čijim sudbinama odlučuju. Iz tog miljea nakon Brexit-a čuli su se prigovori Cameronu zašto je uopće raspisao referendum o tako važnoj stvari. Toliko o demokraciji. U reakcijama briselske vrhuške uglavnom je izostao refleks koji bi bio najprirodniji – u čemu je problem s našom Unijom kad je većinu građana Ujedinjenog Kraljevstva bilo lakše uvjeriti da izadu iz nje, nego da ostanu, i što možemo učiniti da se to uskoro ne dogodi s nekom drugom članicom?

Rezultati referendumu odudarali su od onoga što su predviđale ankete koje su do samoga kraja tvrdile da će za par postotaka prevladati glasovi za ostanak. Anketama je povjerovao čak i najgorljiviji britanski euroskeptik Nigel Farage, koji je nakon zatvaranja biračišta izjavio kako se čini da će tjesno pobijediti opcija za ostanak i najavio da će unatoč tome nastaviti borbu. No ujutro ga je, kao i dobar dio Europe dočekalo iznenađenje: većina građana Ujedinjenog Kraljevstva glasovalo je za izlazak iz Europske unije.

Još jednom se pokazalo kako su ankete nepouzdane, pogotovo u procjeni referendumskih rezultata opcija koje idu protiv službene politike. Dio britanskih birača koji su bili za izlazak očito nisu željeli podijeliti svoju odluku s anketarima pa smo ujutro svjedočili velikom obratu u odnosu na očekivani ishod.

O političkim, geostrateškim, ekonomskim i kulturnim posljedicama Brexit-a još će se

Velika ekomska kriza, koja je najjače pogodila njen južni i istočni rub, pokazala je brojne strukturalne probleme Unije, prije svega problem izostanka solidarnosti

mnogo pisati. Puno solucija je sada otvoreno i dok se globalne karte ne preslože teško je odgovoriti hoće li odlazak Britanije označiti početak raspada EU, tj. hoće li uskoro i neke druge članice slijediti britanski primjer, ili će naprotiv, ovaj hladan tuš dovesti do preispitivanja samih temelja unije, pozitivnih promjena unutar nje i veće kohezije u budućnosti.

Europska unija je izgledala sjajno dok na vidištu nije bilo nikakvih krupnijih problema. No velika ekomska kriza, koja je najjače pogodila njen južni i istočni rub, pokazala je brojne strukturalne probleme Unije, prije svega problem izostanka solidarnosti. Zašto bi se njemački radnik odričao za Grka i potkrivao njegove dugove? Osim izostanka zajedničkog identiteta kao osnove za solidarnost, te demokratskog deficita koji se najbolje očituje u briselskoj oligarhiji koja je postala sama sebi svrha, veliki problem Unije je njena potpuna nesposobnost za učinkovito zajedničko djelovanje u kriznim situacijama. To se vidjelo na primjeru Ukrajine, a posebno u slučaju migrantske krize na kojoj se raspala zajednička europska politika. Sve to su vidjeli i građani koji su glasovali za Brexit.

Eurofanatični mediji su nas nakon referendumu uvjerali kako su za izlazak bili glušnici, a kao posebno problematičnu činjenicu istiću to što su stariji Britanci bili većinski za izlazak, a mlađi za ostanak, a odluka će se tobože više ticati mlađih, jer će duže živjeti s njenim posljedicama. Što se time sugerira?



Dr. sc. NINO RASPUDIĆ

Docent na Filozofskom fakultetu u Zagrebu.

Filozof, književnik, politički analitičar te dugogodišnji kolumnist Večernjeg lista

Potreba dobne diskriminacije? To da bi umirovljenik trebao imati pola glasa, a tinejdžer tri? Hoće li možda i ti mladi vječno biti mlađi ili će i oni drugačije razmišljati kad dođu u godine starih Brexitovaca?

Kakva god sudbina Britanije bila, o njoj će više odlučivati sami Britanci. Pomisao da te u slučaju terorističkih napada ili rata neće više braniti Federica Mogherini već je sama po sebi dovoljna za utješiti se zbog privremenog pada funte. A gotovo izvjestan novi nastavak nekontroliranog priljeva migranta u EU i budući kaos kojeg to može izazvati, možda bude prvi pokazatelj da su britanski birači bili u pravu.

A nama bi svakako bilo bolje da više brinimo svoju, a ne britansku brigu.

Hemolitičko – uremijski sindrom (HUS)

MARTIN MARTINOVIC, dr. med., spec. pedijatar u OB-u "Dr. Josip Benčević", Slavonski Brod
martinovicmartin@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

Pokazalo se da je aHUS multifaktorska bolest u kojoj određenu ulogu igraju mutacije gena regulatora alternativnog sustava komplementa, njihovi polimorfizmi, pojedini okidači bolesti iz okoline te niz za sada nepoznatih okolnosti koji svojim međusobnim utjecajem izazivaju bolest

Hemolitičko – uremijski sindrom (HUS) je bolest definirana trijasom: hemolitička anemija, trombocitopenija i oštećenje funkcije bubrega u osnovi koje se nalazi trombotička mikroangiopatija, a uzrokovana je bakterijama koje u lumenu crijeva izlučuju Shiga toxin (ST - HUS). Stoga se ponekad ova bolest naziva i klasični ili tipični, dijareja pozitivni HUS i čini veliku većinu (90 – 95%) slučajeva HUS – a u djece.

Atipični hemolitičko – uremijski sindrom (aHUS) se definira kao primarna bolest uzrokovana poremećajem u aktivaciji i regulaciji alternativnog sustava komplementa u podlozi koje stope genetske abnormalnosti.

Postoji još i pojam **sekundarnog HUS-a** koji uključuje sve pojavnne oblike HUS-a, u podlozi kojih se nalazi vrlo raznovrsna etiologija, pri čemu poremećaj sustava komplementa zauzima manju ili veću ulogu. Ponekad se klasični (ST - HUS) ubraja u ovu podskupinu sekundarnog HUS-a. Uzroci sekundarnog HUS-a mogu biti: invanzivna infekcija bakterijom *Streptococcus pneumoniae*, infekcija HIV-om, gripa, ostale virusne bolesti, maligne bolesti ili kemoterapija i radioterapija u sklopu liječenja iste, transplantacija koštane srži ili solidnih organa, sistemne upalne autoimune bolesti (npr. sistemski lupus eritematosus, antifosfolipidni sindrom), maligna hipertenzija, neki lijekovi, npr. kalcineurinski inhibitori, neke glomerulopatije itd., te, u djece, rijetka nasljedna metabolička bolest **metilmalonska acidurija s homocistinurijom** uzrokovana poremećajem u metabolizmu kobalamina (vitamin B12).

U dalnjem tekstu bit će riječ isključivo o pri-

marnom, komplementom posredovanom, genetski uzrokovanim, aHUS-u s obzirom na njegovu specifičnu patofiziologiju, dijagnostički postupak i liječenje.

Epidemiologija

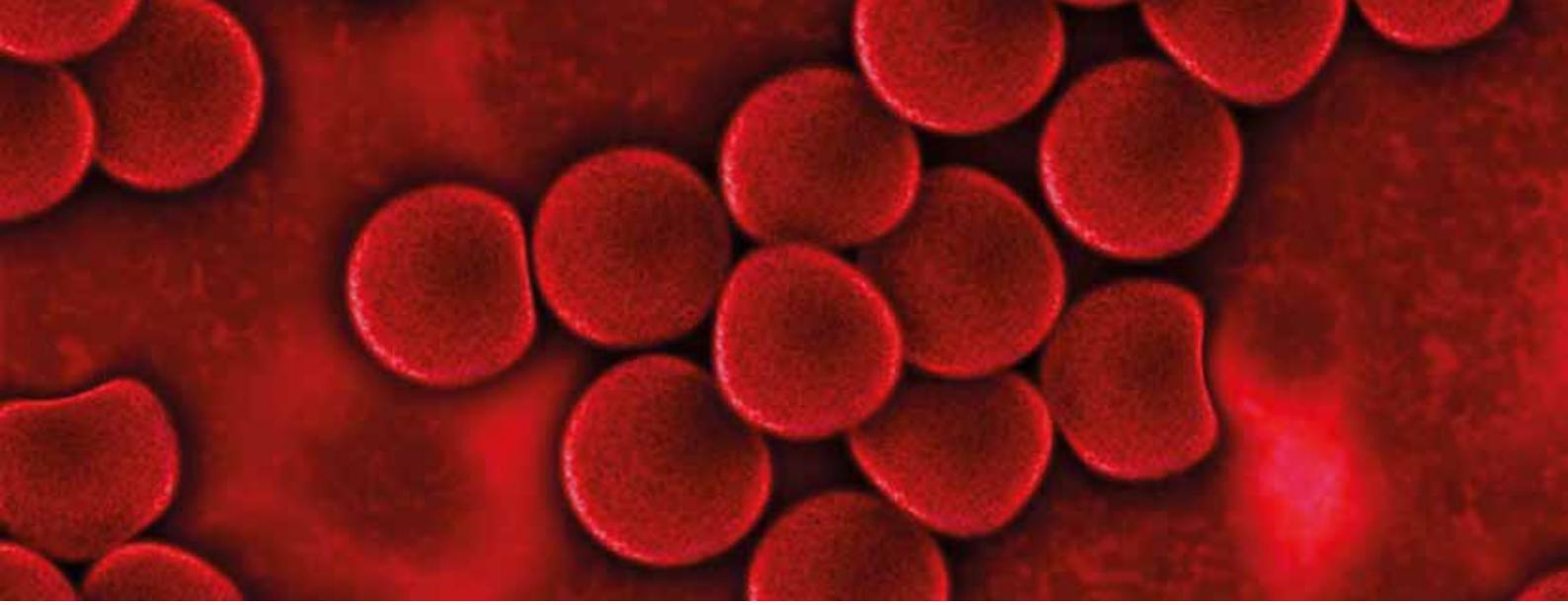
aHUS je vrlo rijetka bolest. Prema nekim procjenama, u SAD-u je godišnja incidenca 1 - 2 slučajeva na milijun osoba.

Vrijeme pojavljivanja bolesti varira od novorođenčake do odrasle dobi. Bolest se u oko 60 % slučajeva javlja u dobi do 18 godina, i to najčešće do napunjene druge godine života. Općenito, ako se HUS javi u odrasloj dobi tada češće treba pomišljati na sekundarne uzroke, dok je u pedijatrijskoj populaciji češći aHUS uzrokovani poremećajem regulacije komplementa. Bolesti često pretodi kao okidač akutna infektivna bolest (npr. infekcija gornjeg respiratornog trakta, gastroenterokolitis, varičele, gripa).

Pokazalo se da je aHUS multifaktorska bolest u kojoj određenu ulogu igraju mutacije gena regulatora alternativnog sustava komplementa, njihovi polimorfizmi, pojedini okidači bolesti iz okoline te niz za sada nepoznatih okolnosti koji svojim međusobnim utjecajem izazivaju bolest.

Patogeneza

Kao što je to naglašeno u početku, primarni aHUS je bolest uzrokovana poremećajem regulacije alternativnog sustava komplementa. Manjak ili poremećena funkcija inhibirajućih regulatora (CFH, CFI, MCP, trombomodulin) ili pojačana količina ili aktivacija promocijskih regulatora (CFB, C3) dovode do nekontrolirane neselektivne



amplifikacije alternativnog sustava komplementa na vlastitim stanicama (prvenstveno endotelu i trombocitima) i njihova oštećenja kao posljedice razvoja mikroangiopske tromboze, prvenstveno u glomerulima.

Vrijeme nastupa bolesti, njezin klinički tijek, rizik relapsa i odgovor na terapiju do nekle ovise o vrsti mutacije (ili više njih) koja je prisutna u pojedinog bolesnika. Najzastupljenija je CFH mutacija.

Klinička slika

U većine bolesnika početak bolesti je nagao. U male djece je uočljivo pogoršanje općeg stanja, febrilnost, bljedilo, slab apetit, povraćanje, pojačana pospanost, smeđkasta boja urina. Odrasli se usto još žale na mučinu i opću slabost. U većine je pacijenata već u početku prisutna triada znakova tipičnih za HUS: hemolitička anemija, trombocitopenija i poremećaj bubrežne funkcije, uz druge posljedične znakove kao što su povišen LDH, snižen haptoglobin, povišen slobodni hemoglobin u serumu, prisutnost hemoglobina u urinu, proteinurija, hipertrigliceridemija, hiperkalijemija, metabolička acidozna, teška arterijska hipertenzija kao i prisutnost shistocita u perifernom razmazu krvi.

U sklopu aHUS-a u 20% slučajeva također su zahvaćeni drugi organi, uslijed razvoja trombotičke mikroangiopatije u njima. Najčešće je u tom slučaju zahvaćen središnji živčani sustav, što se očituje konvulzijama, pojačanom pospanošću, razdražljivošću, diplopijom, slijepoćom, hemiparezom ili hemiplegijom i poremećajem svijesti.

Dijagnostika

Dijagnostički postupak u pacijenata s trijadem znakova koji čine HUS počinje u prvom redu isključivanjem crijevne infekcije bakterijama koje luče Shiga-like toksin (najčešće se radi o Shiga-like toksin producirajućoj *E. Coli* soj O157:H7) bez obzira na to jesu li pojavi HUS - a prethodili znaci akutnog enterokolitisa ili nisu. Važno je pažljivo uzeti anamnezu kako bi se isključili brojni čimbenici koji uzrokuju sekundarni aHUS. Također je potrebno provjeriti postoji li konsangvinitet u obitelji, ima li i drugih članova obitelji s utvrđenim aHUS-om ili tegobe u tom smislu koje možda do sada nisu tome pripisane. U inicijalnom dijagnostičkom slijedu potrebno je isključiti i pneumokoknu infekciju, imunološki posredovanu hemolizu. Kod odraslih su potrebni: serologija na HIV infekciju, probir na sistemske autoimune i maligne bolesti te pozornost na sve navedene čimbenike koji mogu biti uzrok sekundarnog aHUS-a.

Liječenje

Do prije 2-3 godine bio je prvi i jedini izbor za liječenje komplement posredovanog aHUS-a svježe smrznutom plazmom (bilo u obliku infuzije plazme ili u obliku plazmafereze), čime se postizala zamjena funkcionalno manjkavih faktora komplementa ili plazme koja sadrži antitijela s funkcionalno ispravnim faktorima davaljatelja. Međutim, kod nemalog broja bolesnika liječenje plazmom, bilo u pogledu inicijalnog bilo dugoročnog

terapijskog odgovora, nije dalo zadovoljavajuću rezultate tako da je bolest često završava postupnim razvojem terminalnog bubrežnog zatajenja ili smrtnim ishodom. Ukupno je 3 do 5 godina nakon početka bolesti oko 50 % djece i 65 % odraslih ili umrlo ili razvilo terminalno bubrežno zatajenje.

Tada je u razvijenim zemljama etabiran način liječenja koji je radikalno promjenio strategiju i rezultate liječenja te time i dugoročnu prognozu bolesti. Radi se o monoklonском humaniziranom protutijelu protiv C5 komponente komplementa, zvanog eculizumab, proizvedenom u farmaceutskoj tvrtki Alexion pod tvorničkim nazivom Soliris. Dјeluje na taj način da sprječava proteolizu C5 komponente komplementa na C5 i C5b od strane C3bBb kompleksa. Na taj način prevenira stvaranje MAC-a i lizu stanica kao posljedicu. Ukupno gledajući, eculizumab kod velike većine bolesnika s aHUS-om, bilo pedijatrijskih bilo odraslih, brzo i potpuno prekida patofiziološki proces koji uzrokuje mikroangiopsku trombozu.

Kao najvažnija nuspojava eculizumaba se ističe pojačana sklonost infekcijama, prije svega bakterijskom meningitisu uzrokovanim bakterijom *Neisseria meningitidis*.

Zaključak

S obizrom na vrlo malu incidenciju aHUS-a i na objektivne poteskoće pri postavljanju dijagnoze, ta je bolest dosad bila zasigurno subdijagnosticirana. Imajući u vidu novu, uspješnu i razmjerno dostupnu biološku terapiju, pogotovo ako se primijeni u ranijim fazama bolesti prije težeg i nepovratnog oštećenja ciljnih organa, moguće je zadovoljavajuće liječenje, uz očuvanu kvalitetu života.

Šećeri i tumori

dr. sc. JASNA AJDUKOVIC, jasna.ajdukovic@gmail.com

Trenutno se istražuje velik broj potencijalnih inhibitora osovine glikani stanice tumora - zdrava obrambena stanica. Ta se, za organizam nepovoljna konekcija kojom se slabi i oštećuje imunološko uništavanje tumorskih stanica, ostvaruje posredstvom lektina vezanih na površinu imunoloških stanica ili lektina međustaničnoga prostora

Ljudske epitelne stanice obložene su zaštitnim mucinoznim omotačem koji se naziva glikokaliks. On se sastoji od glikana koji su po kemijskom sastavu šećeri, najčešće vezani na bjelančevine ili lipide (1). Glikani mogu biti secernirani, inkorporirani u izvanstanični matriks ili vezani uz membrane.

Mucini sudjeluju u ključnim biološkim procesima, kao što su stanična adhezija, migracija, rast, prijenos signala, modulacija imunološkoga odgovora. Takve brojne funkcije mucinske školjke, u kojoj se nalazi epitelna stanica, objašnjavaju zašto je neobično važna kemijska struktura glikana koji je stvaraju (2). Ta struktura ne ovisi samo o genima, nego i o aktivnosti glikoziltransferaza i glikozidaza, kao i o tome koliko je na toj lokaciji dostupne izvanstanične glukoze ili šećernog supstrata dobivenog unutarstaničnim cijepanjem glukokonjugata u lizosomima. Tijekom zločudne stanične preobrazbe, promjena u ekspresiji glukoziltransferaze dovodi do skraćivanja ugljikohidratnih lanaca u glikanskim molekulama. Nadalje dolazi do veće gustoće, nepotpune sinteze, stvaranja novih struktura, porasta sijalizacije i fukosilacije (2). U glikanima karcinomske stanice postoji hipersijalinacija koja je povezana s metastatskim fenotipom i lošijom prognozom (3). Njima pripadaju tumorski biljezi, npr. Ca 15, 3, CEA, Ca125, čije koncentracije u krvi koreliraju s progresijom karcinoma (4). Cirkulirajući biljezi iz tumora ulaze u cirkulaciju vjerojatno radi oštećene normalne tkivne arhitekture ili se direktno oslobođaju u peritonealne ili ostale tkivne tekućine. Mucini pridonose proliferaciji tumorskih stanica preko ligand-receptor interakcija (npr. mucin MUC4 i HER2/neu) (4). Karcinomske stanice, osobito adenokarcinomi, stvaraju i velike količine i aberantne mucine. Time se tumorskoj stanici pruža velika količina potencijalnih liganada za interakcije s ostalim receptorima na staničnoj površini (4). Tako poremećena

glikozilacija omogućuje stanici karcinoma mogućnost interakcije s čimbenicima rasta, kemokinima, izvanstaničnim matriksom, stanično-stanični kontakt. Posljedično, preseguje poremećenu adheziju, mobilizaciju i migraciju tumorskih stanica (5).

Da bi aberantni glikani mogli mijenjati imunološku obranu organizma u korist progresije karcinoma nužan je njihov kontakt sa stanicama imunološkog sustava. Takva, za organizam štetna interakcija, događa se preko lektina. Lektini povezani s glikanima doveđe do stvaranja rezistencije tumorske stanice na imunološku protatumorsku obranu (6). Za tumorsku propagaciju najznačajniji lektini su siglekti, galektini i selektini.

Lučenje citokina

Sigekti su transmembranske bjelačevine na površini B limfocita, makrofaga, dendritičnih stanica i eozinofila i kontroliraju imunološki odgovor (7). Npr. Siglec-2 (CD2) uključen je u aktivaciju limfocita B u non-Hodgkinovom limfomu. Siglec-7 ima vodeću ulogu u sposobnosti tumora da izbjegne napad NK stanica jer povezivanjem Sigleca -7 na NK s aberantnim glikanima na tumorskoj stanici dolazi do inaktivacije NK stanica. Sialyl-Tn antigen na karcinomskoj stanici interakcijom sa Siglec-15 na makrofagu koči makrofagnu aktivnost i potiče lučenje glavnog imunosupresivnog citokina TGF-β i u makrofazima povezanim s karcinomom pluća i u samim stanicama karcinoma (8). Interakcija između Siglec-4a i mucina MUC1 pojačava adheziju stanica te stimulira perineuralnu invaziju karcinoma gušterića (7). Sintetiziran je i inhibitor Sigleca-2, važan za borbu protiv NLH (7).

Galektini

Galektini su solubilni lektini koji djeluju izvanstanično, interakcijom s glikanima na staničnoj površini i onima u izvanstaničnom matriksu, te unutarstanično, modulirajući rast i migraciju stanične stanice (9).

rajući signalne putove (9). Ključne uloge tijekom progresije tumora imaju Gal-1 I Gal-2. Gotovo sve maligne stanice izljučuju Gal-1 u velikim količinama. Inducira apoptozu Th1 i Th17 limfocita T, promovira diferencijaciju tolerogeničnih dendritičnih stanica, indukciju regulacijskih limfocita, što je pokazano u karcinomu pluća. Također promovira angiogenezu tumora, staničnu proliferaciju, migraciju i rezistenciju na apoptozu, te adheziju tumorskih stanica za izvanstanični matriks (7). Dokazana je korelacija visoke ekspresije Gal-3 i porasta incidencije presadnica u životinjskim modelima karcinoma pluća. 90% ljudskih karcinoma ima izražen Thomsen-Friedenreichov glikoantigen (Tf) i on je glavni površinski glikan karcinomske stanice za Gal-3 te omogućuje anergiju limfocita infiltriranih u tumor. Nadalje, značajan je jer prevenira apoptozu tumora uzrokovana cisplatinom i radijacijom te smanjuje osjetljivost na doksisrubicin (7).

Prirodni polisaharidi

Brojne su strategije kemijskog razbijanja interakcije galektin - ligand. Vezivanjem s laktuloza-1-leucinom (Lac-1-Leu) koji oponaša Tf antigen, blokira se Gal-3 i smanjuje incidencija plućnih metastaza u tkivnom presadku ljudskoga karcinoma dojke, te smanjuje agregacija stanica karcinoma prostate. Prirodni polisahariđi jaki su galektinski inhibitori, s niskom toksičnošću. Modificirani pektin agruma (eng. *modified citrus pectin (MCP)*) pokazuje visok afinitet za Gal-3 i dokazano je značajno smanjenje melanomske infiltracije pluća nakon i. v. injekcije mišu s B16 melanomom. Također je *in vivo* dokazano da MCP inhibira rast primarnog tumora i metastazu u miša inokuliranih humanim karcinomom dojke, te debeloga crijeva. Pokazao je i korist u osoba s karcinomom prostate. U tijeku je kliničko ispitivanje, II faza, u ljudi s kroničnom limfocitnom leuke mijom, s odličnom podnošljivošću (7). Također su u tijeku dvije studije u ljudima s melanomom - kombinacija pripravka MCP i checkpoint inhibitora.

Oni se nalaze na površini leukocita, trombocita i endotelnih stanica te se vežu sa glikanima koji su u velikome broju prisut-

ni na stanicama raznih vrsta tumora. Zato je razbijanje selektin-glikan veze izazov za sintezu učinkovitih novih spojeva i otkrivanje takvoga učinka u poznatim supstancama koje su dizajnirane i već se primjenjuju za druge svrhe. Najpoznatiji primjer takve molekule je heparin. On je po svome sastavu sulfatirani oligosaharid, tradicionalno korišten kao antikoagulans. Otkriveno je njegovo antimetastatsko djelovanje putem razaranja selektinom posredovane adhezije tumorskih stanica. Napravljene su razne kemijske modifikacije da se reducira antikoagulantno djelovanje heparina, a pojača ono prema selektinima. Uspješno je testiran u tumorskim modelima melanoma, sarkoma, tumora dojke i debeloga crijeva, pokazujući inhibitorni učinak na presadnice (7) (slika 1).

Zaključno, trenutno se istražuje velik broj potencijalnih inhibitora osovine glikani stanice tumora - zdrava obrambena stanica. Ta se, za organizam nepovoljna konekcija kojom se slabiti i oštećuje imunološko uništavanje tumorskih stanica, ostvaruje posredstvom lektina vezanih na površinu imunoloških stanica ili lektina međustaničnoga prostora. Od spojeva kojima se djeluje na prekid takve osovine, „najsimpatičnijima” se čine spojevi MCP. Razlog tomu je dokazano antitumorsko djelovanje, netoksično organsko podrijetlo (dobiva se enzimatskom i Ph obradom iz citrusnoga voća), mogućnost peroralne primjene i zanemarive nuspojave.

Literatura:

Hollingsworth MA, Swanson BJ. Mucins in cancer: protection and control of the cell surface. *Nature Reviews Cancer*. 2004 Jan;4(1):45-60.

Vankemmelbeke M, Chua JX, Durrant LG. Cancer cell associated glycans as targets for immunotherapy. *Oncol Immunology*. 2016 Jan;2;5(1):e1061177. Natoni A, Macauley MS, O'Dwyer ME. Targeting Selectins and Their Ligands in Cancer. *Frontiers in Oncology*. 2016;6.

Vasconcelos-dos-Santos A, Oliveira IA, Lucena MC, Mantuano NR, Whelan SA, Dias WB, Todeschini AR. Biosynthetic machinery involved in aberrant glycosylation: promising targets for developing of drugs against cancer. *Frontiers in oncology*. 2015;5.

Natoni A, Macauley MS, O'Dwyer ME. Targeting Selectins and Their Ligands in Cancer. *Frontiers in Oncology*. 2016;6.

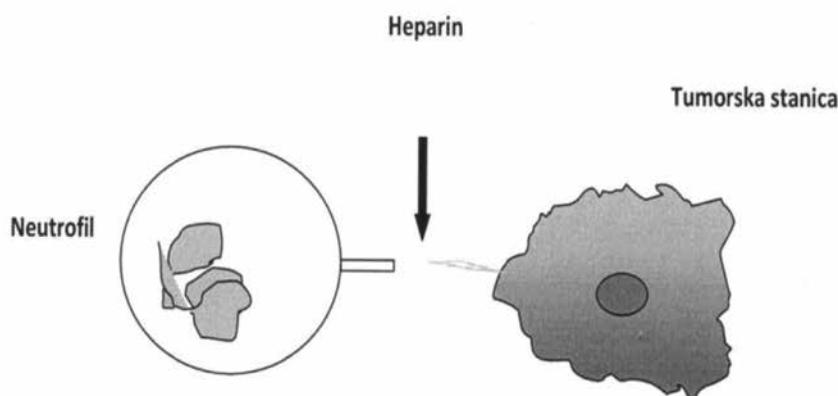
Munkley J, Elliott DJ. Hallmarks of glycosylation in cancer. *Oncotarget*. 2016 Mar;17;5.

Cagnoni AJ, Pérez Sáez JM, Rabinovich GA, Mariño KV. Turning-off Signaling by Siglecs, Selectins and Galectins: Chemical Inhibition of Glycan-dependent Interactions in Cancer. *Frontiers in Oncology*. 2016;6:109.

Gu J, Ko JH, Kim YS. Application of cancer-associated glycoforms and glycan-binding probes to an *in vitro* diagnostic multivariate index assay for precise diagnoses of cancer. *Proteomics*. 2016 May 1.

Takamiya R, Ohtsubo K, Takamatsu S, Taniguchi N, Angata T. The interaction between Siglec-15 and tumor-associated sialyl-Tn antigen enhances TGF- β secretion from monocytes/macrophages through the DAP12-Syk pathway. *Glycobiology*. 2013 Feb 1;23(2):178-87.

Liu FT, Rabinovich GA. Galectins as modulators of tumour progression. *Nature Reviews Cancer*. 2005 Jan 1;5(1):29-41.



Slika 1. Vezivanjem heparina na L-selektin neutrofila blokira se interakcija L-selektina s glikanom tumorske stanice i otežava hematogeno metastaziranje.

Prehrana onkološkog bolesnika – hrana je lijek

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



Tumorsko tkivo je metabolički aktivnije od normalnoga i stoga onkološki bolesnici imaju veće energetske potrebe od zdravih osoba. Zbog tumorskog tkiva onkološki bolesnik troši 100 do 1400 kcal/dan više, ovisno o vrsti i veličini (masi) tumora

Gubitak tjelesne mase čest je među onkološkim bolesnicima. Nerijetko je i prvi simptom koji bolesnika uputi liječniku. Nažalost, gubitak tjelesne mase u pravilu se događa tek u razdoblju napredovanja zločudne bolesti.

Prema posljednjim podacima, preko 70 % onkoloških bolesnika gubi tjelesnu masu. Oko 40 – 80 % bolesnika pokazuje znakove gubitka tjelesne mase povezane s rakom. Svaki peti od tih bolesnika umire od komplikacija nastalih zbog gubitka tjelesne mase, a ne od same osnovne bolesti. Čak 30 % svih oboljelih od raka umire od pothranjenosti. Gubitak tjelesne i mišićne mase uvjetuje i lošije rezultate liječenja. Gubitak tjelesne mase veći od 5 % smanjuje uspješnost liječenja i skraćuje preživljenje bolesnika s rakom. Također, smanjenje tjelesne mase i mišića povezano je s češćim nuspojavama antineoplastične terapije i objektivno mjerenim smanjenjem kvalitete života.

U organizmu onkološkog bolesnika naglašena je upalna aktivnost, a upalni procesi stimuliraju katabolizam. Porast broja pro-upalnih citokina ubrzava metabolizam, remeti metabolizam makronutrijenata i smanjuje apetit i unos hrane, zbog čega se gubi tjelesna masa, posebice mišićno tkivo.

Tumorsko tkivo je metabolički aktivnije od normalnoga i stoga onkološki bolesnici imaju veće energetske potrebe od zdravih osoba. Zbog tumorskog tkiva onkološki bolesnik troši 100 do 1400 kcal/dan više, ovisno o vrsti i veličini (masi) tumora.

Slabija uhranjenost neposredno ovisi i o vrsti primarnog tumora. Zločudni tumori probavne cijevi, poput raka jednjaka, želuca ili crijeva te tumori glave i vrata, najčešće

su od svih sijela povezani s otežanom prehranom i slabijom uhranjenosću.

Sustavno onkološko liječenje gotovo uveća uzrokuje promjene u prehrani, gubitak apetita, izmijenjen okus, miris, mučninu, povraćanje, suha usta i stomatitis, što sve na kraju vodi u pothranjenost, a neprepoznata pothranjenost u kaheksiju.

Gubitak masnog tkiva

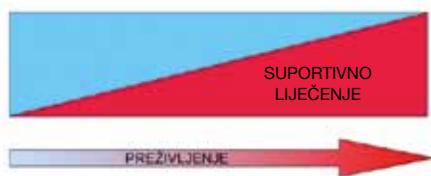
Tumorska kaheksija kompleksan je sindrom karakteriziran gubitkom nemasne potporne tjelesne mase, s ili bez gubitka masnog tkiva, koja se ne može potpuno povratiti klasičnom nutritivnom potporom. To vodi u progresivan funkcionalni gubitak. Patofiziologija kaheksije govori za gubitak proteinske i energijske ravnoteže, uzrokovani kombinacijom smanjenog unosa hrane i poremećenog metabolizma. U kriterije za dijagnostisanje sindroma kaheksije ubraja se gubitak tjelesne mase od preko 5 % u šest mjeseci, odnosno gubitak od 2 % u bolesnika s lošijim stupnjem uhranjenosti ($ITM < 20\text{kg/m}^2$) ili u onih sa sarkopenijom. Prema Fearonu i suradnicima, tumorska kaheksija ima tri stadija, koji zajedno čine klinički značajan kontinuitet. To su prekaheksija, kaheksija i refraktorna kaheksija. U stadiju prekaheksije bolesnici često najprije gube tjelesnu masu, katkada i prije nego je dijagnosticiran rak. Sindrom kaheksije karakteriziraju gubitak tjelesne mase i znakovni sustavne upale, uz smanjen unos hrane. U uznapredovaloj kaheksiji smanjene su rezerve masti i mišićna masa, oslabljena je imunost i bolesnici umiru uglavnom zbog toga. Kaheksija ne mora u svakog bolesnika napredovati kroz sva tri stadija, što ovisi o uspjehu primarnog liječenja, ali i o tome je li na vrijeme prepoznata i zbrinuta kaheksija.



Razumijevanje tumorske kaheksije danas je značajno unaprijedeno, a važnost specifične kliničke prehrane među oboljelima od raka sve više je način koji pomaže kod tumorske kaheksije, sprječavajući njezin razvoj. Tijekom onkološkog liječenja, bilo kemoterapije ili radioterapije, preporučuje se savjetovanje bolesnika o prehrani i primjena enteralne prehrane, kako bi se sprječio gubitak tjelesne mase, kao i rizik od prekida terapije. Uobičajena prehrana ne može posve zaustaviti progresivni gubitak tjelesne mase.

Nutritivna potpora

Sveobuhvatni pristup bolesniku



Dokazano je da enteralna prehrana, obogaćena eikozapentaenskom kiselinom (EPA), djeluje na metaboličke promjene povezane s tumorom omogućujući povrat i porast tjelesne mase u onkološkog bolesnika. Dakle, pravovremenom terapijskom prehranom onkološkog bolesnika mogu se izbjegići ili odgoditi teške kliničke posljedice tumorske kaheksije, stoga je nutritivna potpora važan dio terapijskog spektra za onkološkog bolesnika. Za uspjeh je potrebna dugotrajna primjena terapijske prehrane, a treba je nastaviti sve dok postoji rizik od tumorske kaheksije.

Kako bi se na vrijeme uočila i prepoznala kaheksija te pravodobno uvela terapijska

prehrana, važan je temeljni probir među onkološkim bolesnicima. Svrha je probira pretpostaviti vjerovatnost boljeg ili lošijeg ishoda vezanog uz nutritivne čimbenike i procijeniti hoće li na nj utjecati nutritivni tretman. Prema smjernicama Europskog društva za kliničku prehranu i metabolizam (ESPEN) vrednovanje uspjeha nutritivne intervencije temelji se na nekoliko čimbenika. To su poboljšanje ili prevencija propadanja mentalnog i tjelesnog funkciranja, smanjenje komplikacija bolesti ili liječenja, ubrzan oporavak i skraćena rekonvalescencija te reducirana potrošnja resursa poput potrošnje bolničkih sredstava i lijekova. Studije stare i nekoliko desetaka godina utvrđile su značajnu razliku elemenata probira među vanjskim i hospitalnim bolesnicima.

Prema ESPEN-u postoji nekoliko vrijednih alata probira, a svi sadržavaju četiri iste temeljne komponente. To su trenutno stanje bolesnika, njegova stabilnost, vjerovatnost pogoršanja stanja i utjecaj bolesti na nutritivnu deterioraciju organizma. Pokazalo se da te četiri komponente najpouzdano detektiraju nutritivni rizik i osiguravaju da se s visokom specifičnošću i osjetljivošću može nutritivnom intervencijom obuhvatiti ciljana populacija. Na populaciju onkoloških bolesnika uspješno je primjenjiv alat NRS (*Nutritive Risk Screening*) 2002, koji je osmišljen kao alat probira za hospitalne bolesnike. Validiran je nizom kontroliranih kliničkih studija i retrospektivnih analiza, kao i samom ESPEN radnom inicijativom, a uveden je u praksu kao vrlo pouzdan alat, čiji se rezultati konzistentno ponavljaju, bez obzira na promjenu istraživača. O praktičnoj vrijednosti testa govorili

brojka od gotovo 99 % bolesnika koji mogu biti podvrgnuti tom probiru. Prema studiji *Kondrupa* i suradnika, NRS 2002 govorila je o 20% onkoloških bolesnika u nutritivnom riziku.

Testovi probira

Na kraju, istaknimo još jednom kako je prehrana onkološkog bolesnika dokazano važan dio terapije. Testovi probira su dostupni, jednostavnici i primjenjivi, a daju pouzdan podatak o nutritivnom riziku među onkološkim bolesnicima. Time omogućuju da se pravodobno i na pravi način pristupi nutritivnoj deterioraciji u tih bolesnika. Lječnici PZZ-e, specijalističko-konzilijarne službe i hospitalni lječnici trebali bi rutinski primjenjivati neki od alata probira koji su im na raspolaganju. Tako bi se na vrijeme otkrili bolesnici u prekahexiji i kaheksiji te na vrijeme započelo s enteralnom potporom, a ne tek u stadiju refraktorne kaheksije, kada je posve jasna klinička slika. Na tržištu postoje enteralni pripravci za terapijsku prehranu različitih proizvođača i oni svakodnevno nalaze svoje mjesto u velikog broja onkoloških bolesnika. Na lječniku je da na vrijeme prepozna takvu potrebu i svom bolesniku osigura što bolje liječenje i kvalitetu života.



Uloga Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u sustavu zaštite zdravlja i sigurnosti na radu

Strucna služba HZZO

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), kroz obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, omogućava kvalitetnu zdravstvenu zaštitu dostupnu svima, prema načelima sveobuhvatnosti, dostupnosti i solidarnosti, uz dužnu brigu za racionalno ulaganje finansijskih sredstava u kvalitetne i efikasne zdravstvene usluge i programe, uključujući specifičnu zdravstvenu zaštitu.

Postoje dva obvezna fonda unutar sustava HZZO-a, jedan je fond obveznog zdravstvenog osiguranja, a drugi je fond za prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja od nesreća na radu i profesionalnih bolesti. Zakon o doprinosima definira i dvije stope obveznih doprinosa kojima se osiguranim osobama omogućava ostvarivanje njihovih prava, a HZZO-u ostavlja mogućnost transparentnog uvida u namjensko trošenje prikupljenih sredstava.

U javnosti se nedovoljno govori o zaštiti zdravlja i sigurnosti na radu, kao i o doprinosu za zaštitu zdravlja na radu koji se obračunava po stopi od 0,5 % na zakonom propisanu mjesечnu osnovicu.

Prikupljenim sredstvima od doprinosova za zaštitu zdravlja na radu pokrivaju se direktni i indirektni, materijalni i nematerijalni troškovi nastali zbog ozljede na radu ili profesionalne bolesti kao i specifična zdravstvena zaštita radnika koju,

mjerama preventivne zdravstvene zaštite, provode ugovorni specijalisti medicine rada.

Troškovi nastali zbog ozljede na radu ili profesionalne bolesti su:

1. davanja u naravi (hitna medicinska pomoć, primarna i bolnička zdravstvena zaštita te bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom, trošak lijekova s HZZO-ovih lista lijekova, ortopedska pomagala, liječenje u drugim državama članicama EU ili trećim državama (u slučaju nemogućnosti uspješnog liječenja u Hrvatskoj)
2. novčane naknade (naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad u visini od 100% prosječno isplaćene plaće kroz šest mjeseci prije ozljede - za prvih 18 mjeseci nesposobnosti, a 50 % nakon toga)
3. naknade putnih troškova u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite radi ozljede na radu ili profesionalne bolesti
4. naknade pogrebnih troškova ukoliko je smrt nastupila kao posljedica ozljede na radu ili profesionalne bolesti

Troškovi provođenja specifične zdravstvene zaštite odnose se na preventivne mjere koje su osigurane obveznim zdravstvenim osiguranjem zaštite zdravlja i sigurnosti na radu.

Preventivne mjere koje provode ugovorni specijalisti medicine rada uključuju:

1. nadzor i kontrolu zdravstvenog stanja radnika u skladu sa zahtjevima radnog mesta, što uključuje preventivne zdravstvene pregledе (prethodne, periodične i kontrolne) i dijagnostičke postupke

2. obilaske radnih mesta

3. edukativne programe i postupke koji uključuju i savjete za održavanje radne sposobnosti, prevenciju psihosocijalnih rizika

Vlada Republike Hrvatske najavila je namjeru podizanja dobne granice obveznog umirovljenja i/ili smanjivanje raznih mogućnosti prijevremenog umirovljenja uz istovremeno ukidanje alternativnih načina napuštanja radno aktivne populacije.

Imajući to u vidu, HZZO razmatra uvođenje novih programa i postupaka za promociju zdravog načina života aktivnim uključivanjem starije populacije u, njima namijenjene, ciljane programe i intervencije.



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Doprinosko
zdravstveno
osiguranje



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Zdrav odabir.

Imate li HZZO
**dopunsko
zdravstveno
osiguranje?**

Ugovorite policu u četiri
jednostavna koraka on line:
webshop-dopunsko.hzzo.hr

INFO 0800 7989



Dopunsko
zdravstveno
osiguranje

Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – VIII. dio

Prof. dr. ZDENKO KOVAČ

NAPUTAK ZA RJEŠAVANJE

Rješavanjem ovog Komorinog testa čitač može steći bodove potrebne za licenciranje. Na zasebnom listu je matrica za pisanje rješenja (na stranici 71). Rješenja će se kvantificirati i ponderirati, a netočna rješenja umanjuju doprinos točnih rješenja. Sveukupno rješenje izražava se kao postotak od maksimalno mogućeg (daleko 100%-tnog rješenja). **Taj se postotak pretvara u HLK bodove na sljedeći način: 53-62% donosi 7 bodova; 63-72% donosi 8 bodova, 73-82% donosi 9, a sve >83% donosi 10 bodova.** Ručno ispisana rješenja na matrici šalju se na HLK, Tuškanova 37, 10000 Zagreb, zemljanim poštom (ne šaljite elektronički), naslovljeno „KOMORIN TEST“. Rješenje ovo-ga problema treba poslati do 31. listopada 2016. i radi čitljivosti ga potpisati tiskanim slovima ili faksimilom.

U sklopu tematike poremećaja energijskoga i tvarnoga metabolizma obrađeni su mehanizmi infektivne vrućice uzrokovane primjenom egzogenoga pirogena u dragovoljaca ispitanika.

Algoritamska razradba problema¹ Patofiziološki učinci ispodurušajne doze endotoksina u kliničkom pokusu na dragovoljcima

Za razradbu problema pros-tudiraj stranice 155-9, 410-15, 474-6, 556-60, 781-2 te 791-2 u

S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Pato-fiziologija, 7. izdanje.** Medicinska naklada, Zagreb, 2011. godine.

(Zadatak je priređen prema podatcima u radu Michie HR i sur. *Detection of circulating tumor necrosis factor after endotoxin administration*. New Engl J Med 1988; 318:1481-6)

U kliničkom pokusu u 13 dragovoljaca – ispitanika nakon intravenskog uštrcavanja lipopolisaharida (LPS) iz *Escherichiae coli* (u dozi 4 ng/kg tjelesne mase) mjereni su humoralni i klinički pokazatelji promjena u ispitanicima. U toj dozi LPS ne izaziva krvotočni urušaj (ispodurušajna doza). Rezultati su uspoređeni s kontrolnom skupinom od osam ispitanika kojima je uštrcavana fiziološka otopina. U slici 1 prikazane su koncentracije TNF-α, stresnih hormona (ACTH i adrenalin), promjene tjelesne temperature i frekvencije srca tijekom prvih šest sati nakon injiciranja LPS-a. U svrhu praćenja i prevencije razvoja krvotočnog urušaja, cijelo su vrijeme ispitanici bili pod nadzrom liječničkog tima spremnog za reanimaciju. Podatci o subjektivnom osjećaju promjena u organizmu u smislu zimice, glavobolje, mialgija i mučnina bodovani su na sljedeći način: odsutan = 0, blag = 1, umjeren = 2 te težak = 3. Tijekom ispitivanja ispitanici su zabilježili ukupan maksimalni zbroj izražaja simptoma u

vrijednosti 6 oko 90. minute od uštrcavanja LPS-a, što je približno istodobno s najvišim zubcem porasta koncentracije TNF-α u krvi. Nijedan ispitanik nije razvio hipotenziju. Nakon 24 sata kliničkog promatranja ispitanici su otpušteni bez znakova i simptoma, s kliničkim statusom zdravih ljudi.

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

1. Prema podatcima u slici 1 za stanje u ispitanika točne su sljedeće tvrdnje:

- Uštrcavanje fiziološke otopine nije izazvalo porast serumske koncentracije kahektina (TNF-α) niti je induciralo pojavu vrućice budući da se radi o izotoničnoj tekućini.
- Sinteza, lučenje i povećana koncentracija TNF-α u plazmi (hiperkahtinemija) pokrenuti su vezivanjem LPS-a na CD14-receptore na stanica-ma monocitne i granulocitne loze, pri čemu akutnofazna bjelančevina LBP (od engl. *Lipopolysaccharid Binding Protein*) pospešuje tu pobudu.
- Hiperadrenalinemija i hiperkortikotropinemija pokazatelji su pokrenutog akutnofaznog odgovora središnjega živčanoga sustava koji dodatno uključuje hipersomatotropinemiju i hiperendorfinemiju (što nije mjereno u ispitanika).

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. 304-8, uz suglasnost izdavača i autora zadatka.

d) Izmjereni porast frekvencije srca tijekom prva dva sata pokusa na ispitanicima se približno podudara s očekivanim porastom od 9 otkucaja/minuti/ $^{\circ}\text{C}$ vrućice.

e) Budući da su ispitanici bili normotenzivni tijekom cijelog postupka, za njih se može reći da nisu razvili krvotočni urušaj ili da su tek dijelom zašli u kompenziranu fazu krvotočnog urušaja.

2. Patofiziološki učinci endotoksa u ispitanika posljedica su sljedećih mehanizama:

a) Višestruki porast koncentracije kahektina u krvi nastaje izravnom pobudom stanica monocitne loze endotoksinom (egzogenim pirogenom), a endotoksin također izravno pobuđuje termoregulacijsko središte i time potiče razvoj vrućice.

b) Stanje u ispitanika u pokusu u patogenetskom smislu predstavlja kompenzirani stadij septičkog urušaja, pri kojem su kompenzaciji mehanizmi »snažniji« od učinaka endotoksa oslobođenog iz raspadnutih bakterija.

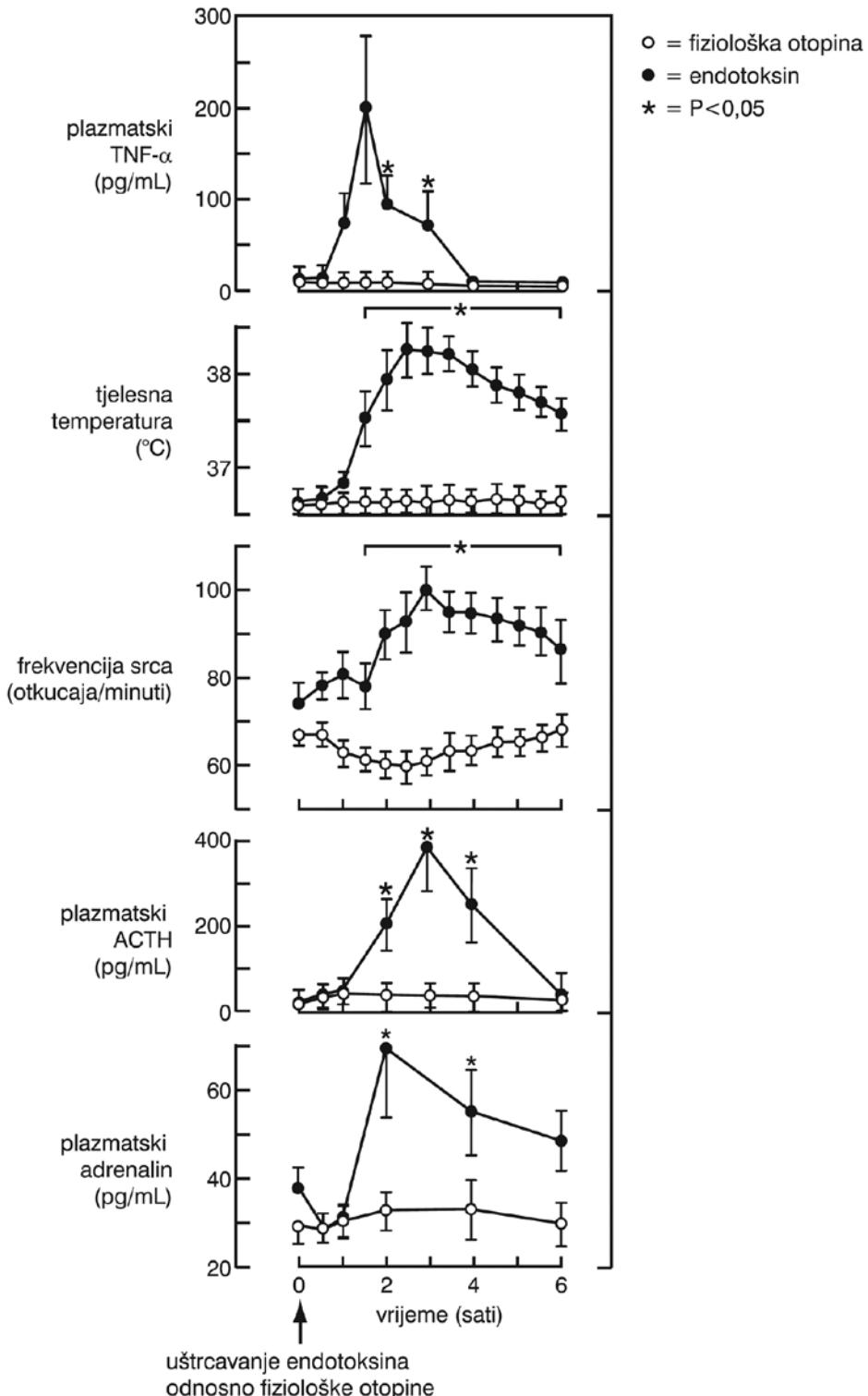
c) Vrućice se u ispitanika u patogenetskom smislu mogu svrstati u ijatrogene i infektivne, a kao posljedica povišenja tjelesne temperature u organizmu ubrzava se metabolizam za oko 13% po $^{\circ}\text{C}$.

d) Povećana bi doza endotoksa u ispitanika uzrokovala vazohipotonusni urušaj, koji u kompenziranom stadiju ima povećan minutni volumen srca kao posljedicu ubikvitarne vazodilatacije krvnih žila.

e) U tjelesnim bi se tekućinama ispitanika mogao nakon uštrcavanja endotoksa dokazati porast koncentracije dušikova monoksida (NO), budući da se u neutrofilima i stanicama monocitne lozi pokreće izražaj inducibilne NO-sintetaze (iNOS).

3. Patofiziološke mehanizme vrućice u ispitanika u zadatu točno opisuju sljedeće tvrdnje:

a) U vremenu dok je termoregulacijsko središte ugođeno na višu razinu od stvarne tjelesne temperature ispitanici osjećaju zimicu, a sama tjelesna tem-



Slika 1. Vremenska dinamika humoralnih čimbenika i kliničkih pokazatelja u ispitaniku kojima je intravenski uštrcan endotoksin.

peratura raste zbog snažno aktiviranih termogenetskih mehanizama.

b) Vrućica je nastala izravnim raspreza-

njem oksidativne fosforilacije koje u mitohondrijima nastaje vezivanjem TNF- α na izvanjsku membranu, čime se gube protonski gradijenți.

c) Pobudom termogenetskog središta pojačava se proizvodnja i smanjuje otpuštanje topline, što uzrokuje zagrijavanje organizma, pri čemu se sekundarno ubrzava energijski metabolizam.

d) U razdoblju dok je termoregulacijsko središte ugođeno na višu temperaturnu razinu od stvarne tjelesne temperature, ispitanici osjećaju zimice i tresavice.

e) Općenito se može reći da se pri standardnoj sobnoj temperaturi vrućicom povećava otpuštanje topline zračenjem budući da se povećava temperaturna razlika tijela u odnosu na okoliš.

4. Patofiziologiju vazohipotonusnih urušaja točno opisuju sljedeće tvrdnje:

a) Kvantitativno smanjenje hemodinamičkoga »centralizacijskog« odgovora organizma ključni je patogenetski događaj, zbog čega se takvi urušaji kadšto u literaturi nazivaju distribucijskim urušajima.

b) U kompenziranom stadiju krvotočnog urušaja povećan je minutni volumen srca (što je važna razlika prema drugim vrstama urušaja), zbog čega se takvi urušaji kadšto u literaturi nazivaju hiperdinamičkim urušajima.

c) U septičkim urušajima ekscesivna proizvodnja dušikova monoksida uzrokuje posvemašnju vazodilataciju, što uzrokuje povećanje venskog priljeva, a istodobno hemodinamička prilagodba postaje neučinkovita.

d) U krvotočnim urušajima uzrokovanim gram-negativnim klicama, izlučeni superantigeni, te oslobođeni peptidoglikani i lipoteihoična kiselina pokreću proizvodnju dušikova monoksida putem dviju nezavisnih skupina mehanizama.

e) Zajednički patogenetski mehanizam u svim vazohipotonusnim urušajima jest neadekvatan odgovor krvnožilnog bazena, unatoč hiperkatekolaminemiji i dominaciji simpatomimetičnog vegetativnog odgovora.

5. Patogenezu upalne reakcije i mogućega zatajivanja organa u sklopu infekcije točno opisuju sljedeće tvrdnje:

a) Upalna reakcija protiv klica pojavljuje se prije specifične imunosne reakcije, a obje skupine reakcija međusobno uglavnom djeluju sinergistički preko zajedničkih citokina.

b) U upalnoj reakciji pokrenutoj ulaskom mikroorganizama u tjelesne prostore upala ima, osim zaštitne uloge u smislu uklanjanja klica, i štetne učinke koji se očituju smanjenjem djelatne pričuve organizma i prolaznom hipofunkcijom organa.

c) Višesustavno zatajivanje organizma (MOFS), odnosno disfunkcija (MODS) organa, nastaje kao štetan učinak posustavljenje upalotvorne reakcije u organizmu koji ne moraju biti izravno zahvaćeni primarnom upalnom reakcijom.

d) Hemodinamičko zatajivanje u obliku vazohipotonusnog urušaja, koje se može pojaviti u sklopu sepse, prednosi višesustavnom zatajivanju organizma ponajviše znatnim poremećajem energijskog metabolizma u stanicama.

e) Temeljna prirodna zadaća endotoksina (LPS, lipid A, peptidoglikan, lipoteihoična kiselina) oslobođenih iz raspadnutih klica jest da oko preostalih klica oblikuje čahuru, što štiti preostale bakterije od upalne reakcije i imunosnog odgovora organizma.

VJEŽBA B: Algoritamska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični slijed:

1. Hladna i bijleda koža
2. Hiperkahektinemija (povećana koncentracija TNF-α)
3. Hiperkatekolaminemija
4. Povišenje temperaturne ugođenosti termoregulacijskoga središta
5. Hiperkortikotropinemija i hiperkortizolemija
6. Pokretanja akutnofaznog odgovora jetre
7. Povećana koncentracija cGMP-a u glatkim mišićnim stanicama krvnih žila
8. Pokretanje kataboličke reakcije

9. Tahikardija

10. Ubrzanje krvotoka

11. Periferna vazodilatacija

12. Vrućica i posustavljena upala (SIRS, prema engl. *Systemic Inflammatory Response Syndrome*)

13. Vezivanje endotoksina na CD14-receptor na monocitima i neutrofilima

14. Upalotvorna hipercitokinemija

15. Neutropenija

16. Hiperglikemija

17. Ubrzanje metabolizma

18. Uštrcavanje endotoksina ispitanicima

19. Osjećaj zimice i tresavice

20. Povećan izražaj iNOS u stanicama monocitne i granulocitne

21. Tlakotvorna pobuda vazomotoričkoga središta

22. Smanjeno otpuštanje topline i pojačana termogeneza

23. Vazodilatacija sitnožilja, vena i arterija

24. Povećanje minutnoga volumena srca

25. Osjećaj prostracije i iscrpljenosti

26. Povećana proizvodnja dušikova monoksida u endotelnim stanicama

27. Negativna ravnoteža dušika

28. Indukcija sinteze straničnih stresnih bjelančevina, HSP (prema engl. *Heat Shock Proteins*)

29. Zaštita i popravak tercijarne građe bjelančevina

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. Stanje endotoksinemije i posljedičnih simptoma kao u ispitanika susreću se u sklopu sindroma sepse, lokaliziranih infekcija te kadšto pri vakcinacijama atenuiranim klicama

jer

ispodurušajne doze lipopolisaharida bakterijske stjenke uzrokuju u ispitniku simptome i laboratorijske promjene slične promjenama u sklopu početnih faza bakterijskih infekcija pri kojima se LPS oslobađa iz raspadnutih klica (usporedi tvrdnje 2b, 2d i 2e).

a b c d e

2. Budući da gram-pozitivne klice u svojoj strukturi imaju tek neznatne količine LPS-a, u infekcijama takvim klicama ne susreću se vazohipotonusni krvotočni urušaji

jer

peptidoglikani (PG) i lipoteihoična kiselina (LTA) djeluju sinergistički pobudno na proizvodnju citokina u stanicama monocitne i granulocitne loze preko receptora CD14.

a b c d e

3. Endotoksini klica (LPS, lipid A, PG, LTA) uzrokuju izravno snažan upalotvoran odgovor domaćina koji pridonosi općim poremećajima u organizmu kao, primjerice, hemodinamičkom zatajivanju, poremećajima metabolizma i višesustavnom zatajivanju organa (usporedi tvrdnje 4c, 5c i 5d)

jer

bakterijski se egzotoksi aktivno selektiraju iz klica te imaju posebnu biološku aktivnost sa selektivnošću za organe i funkcije (primjerice koleragen ribozilira G-proteine crijevnog epitela, čime se pokreću sekrecijski proljevi ili botulinski toksin koči egzocitozu vezikula s acetilkolinom, što uzrokuje mločavu mišićnu kljenut).

a b c d e

Dopunska pitanja

4. Izračunaj za koliko se ubrza tjelesni metabolizam pri vrućici od 41°C , te za koliko bi pri tomu porasla frekvencija srca (usporedi tvrdnje 3d i sliku 1).

5. Navedi tri zajedničke funkcije citokina TNF- α , IL-1 i IL-6.

Matrica za rješavanje - VIII. dio. Patofiziološki učinci ispodurušajne doze endotoksina u kliničkom pokusu na dragovoljcima

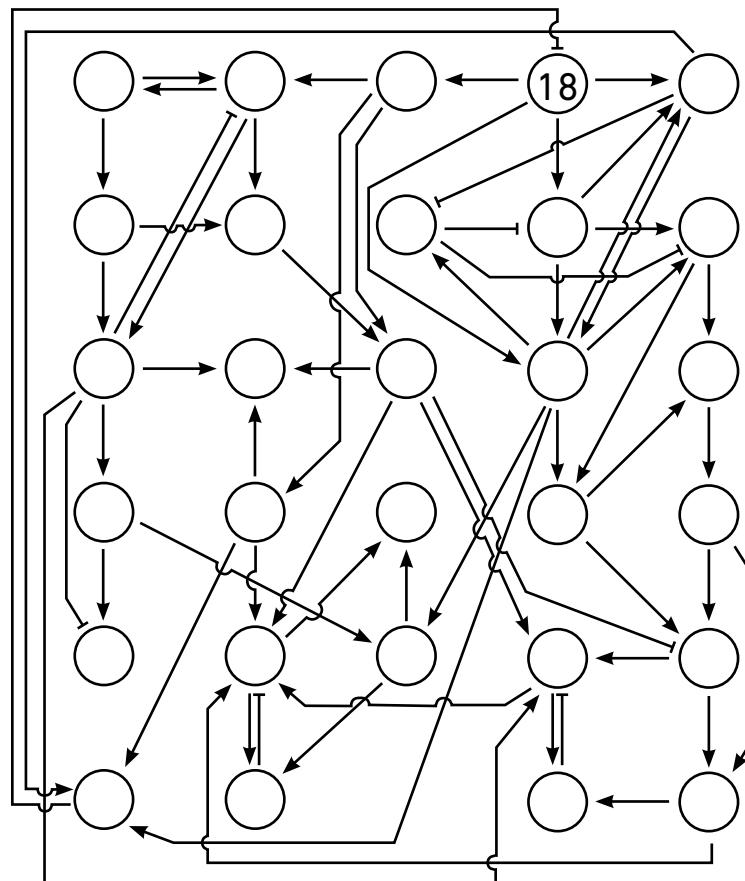
(Rješenje poslati do 31. listopada 2016.)

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 C

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



Prema procjeni HZJZ-a u Hrvatskoj više od 15 tisuća ovisnika o drogama

Hrvatski Program smanjenja štete od zlouporabe droga među najuspješnijima

Dr. sc. SINIŠA ZOVKO, dr. med., Hrvatski Crveni križ, sinisa.zovko@hck.hr

Prema podacima o glavnom sredstvu ovisnosti i o načinu njegova uzimanja, intravenski je način dominantan (58,3%); slijedi ušmrkavanje (17,0%), pušenje (16,3%) i oralno uzimanje (5,4%). Prosječna dob liječenih pokazuje trend starenja. U 2014. g. bila je većina liječenih starija od 30 godina, prosječna dob liječenih žena 33,2 godine, a prosječna dob liječenih muškaraca je 34,7 godina

Politika smanjenja štete od zlouporabe droga (Harm Reduction) javnozdravstvena je politika usmjereni ciljanoj populaciji injektirajućih korisnika droga. Ona polazi od činjenice da ako osoba ne može ili ne želi prestati s uzimanjem droga, trebaju se poduzeti aktivnosti koje će što je više moguće umanjiti štetu koja nastaje kod pojedinka - društva, a koje su uzrokovane njegovim rizičnim stilom života. Kod injektirajućih korisnika droga takvi programi usmjereni su prvenstveno na smanjenje mogućnosti zaraze hepatitisom B ili hepatitisom C te HIV/AIDS-om.

WHO (World Health Organisation), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) i UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) politiku smanjenja šteta koriste u sklopu svojih djelatnosti vezanih uz pandemiju HIV/AIDS-a. Prevencija transmisije HIV-a putem injektirajućih korisnika droga definira se kao ključni izazov unutar postojećih zdravstvenih sustava.

UNAIDS Terminology Guidelines – January 2011-, ovako definira Harm Reduction: To su politika, programi i pristupi koji žele smanjiti štetne zdravstvene, socijalne i ekonomske posljedice povezane s uporabom psihoaktivnih supstanci. To je paket znanstveno temeljenih informativnih programa za ljudе koji koriste droge a sastoji se od 9 komponenti:

1. Opijatna supstitucijska terapija
2. HIV testiranje i savjetovanje
3. HIV njega i antiretroviralna terapija za injektirajuće korisnike droga (IDU)
4. Prevencija seksualnog prijenosa
5. Outreach (informiranje, edukacija, komunikacija s IDU i njihovim seksualnim partnerima)

6. Dijagnoza i liječenje hepatitis-a
7. Cijepljenje protiv hepatitis-a B
8. Prevencija tuberkuloze (TB)
9. TB dijagnoza i liječenje

Navedene intervencije temelje se na epidemiološkim procjenama broja HIV seropozitivnih osoba među populacijom injektirajućih korisnika droga. Globalnu epidemiološku situaciju pogoršava činjenica da se svjetska zajednica suočava s trendom preklapanja infekcija HIV/AIDS-a, hepatitis-a C, tuberkuloze i multiterapijski rezistentne tuberkuloze unutar populacije korisnika droga (posebice injektirajućih korisnika droga) i seksualnih radnika/radnica.

Rad na terenu

Iako aktivnosti Programa smanjenja štete prihvataju da pojedinci uzimaju droge, u svakodnevnom radu programi smanjenja šteta korisniku uvijek prenose tri poruke: 1) Ne mojte koristiti droge; 2) Ako koristite droge, ne injektirajte ih; 3) Ako ih injektirate, uvijek koristite sterilan osobni pribor (štrcaljke, igle, pribor za kuhanje).

Hrvatski sabor 1996. službeno prihvata Program smanjenja štete od zlouporabe droga kao jednu od mjera i aktivnosti u sklopu Nacionalnog plana suzbijanja zlouporabe droga i Nacionalnog plana borbe protiv HIV/AIDS-a. Hrvatska je bila prva zemlja u sklopu EU-a koja je službeno, na razini parlamenta, prihvatala takvu politiku i obvezala se na njenu aktivno provođenje. U Hrvatskoj programe smanjenja šteta provode Hrvatski Crveni križ i nevladine udruge („Help“ Split, „Terra“ Rijeka, „Institut“ Pula, „Let“ Zagreb, „Neovisnost“ Osijek). U tehničkom smislu se programi smanjenja šteta sastoje od:

- anonimne i besplatne zamjene šprica i igala za injektirajuće korisnike droga; organiziranja savjetovališta; organiziranja "drop in"



Povrat pribora u HR HCK Zagreb

Pribor koji se dijeli u HR HCK-u Zagreb

Postupak brzog testiranja na HIV/HCV u HR HCK-u Zagreb

Ulkusi kod korisnika droga,
posljedica „iglomanije“

centara – mesta gdje korisnici droga mogu doći, zamijeniti odjeću, otuširati se; provođenja testiranja na HIV ili hepatitis C; organiziranja svih oblika aktivnosti koji doprinose uspješnoj re-socijalizaciji ovisnika u sklopu njihovog liječenja (aktivnosti ponovnog spajanja s obiteljima, pronalaženje poslova, poboljšanje komunikacije ovisnika sa socijalnim službama i liječnicima, upućivanje i praćenje ovisnika prilikom odlaska u terapijske zajednice i sl.); direktnog rada na terenu s ovisnicima u njihovim životnim okruženjima; čišćenja javnih površina od odbačenih štrcaljki i igala u mjestima gdje programi djeluju.

Positivni trendovi

Korisnost i učinkovitost Programa dokazani su znanstvenim istraživanjima i teoretskim modelima. Direktna korisnost očituje se u smanjenju stope kriminalite-ta, usporavanju (ili zaustavljanju) širenja HCV-a ili HIV-a i smanjenja iznenadnih smrti. Provedena istraživanja i modeli dokazali su veliku korisnost u ekonom-skom smislu, jer jedan dolar uložen u Programe smanjenja šteta direktno štedi 10 dolara u funkcioniranju zdravstvenog sustava. Hrvatska posljednjih 37 godina, zahvaljujući Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (HZJZ), svake godine izdaje Izvješće o osobama liječenim zbog zloupotrebe psihoaktivnih droga (tzv. registar ovisnika). Zato Hrvatska ima kvalitetnu epidemiološku sliku populacije korisnika droga. Promatraljući populaciju ovisnika o drogama u Hrvatskoj, uočljivi su pozitivni zdravstveni trendovi.. Prema procjeni HZJZ-a, u Hrvatskoj govorimo o broju od 15.000 ovisnika o drogama. Tim je brojem obuhvaćeno 7. 812 liječenih osoba (podaci za 2014. g.). Većinu liječenih osoba čine

muškarci - 82,5%. Odnos liječenih muškaraca i žena iznosi 4,7 : 1.

U Hrvatskoj, prema podacima o glavnom sredstvu ovisnosti i o načinu njegova uzimanja, intravenski je način dominantan (58,3%); slijedi ušmrkavanje (17,0%), pušenje (16,3%) i oralno uzimanje (5,4%). Prosječna dob liječenih pokazuje trend starenja. U 2014. g. bila je većina liječenih starija od 30 godina, prosječna dob liječenih žena 33,2 godine, a prosječna dob liječenih muškaraca je 34,7 godina. Prosječna dob liječenih osoba i dalje raste, što pokazuje da se osobe zadržavaju u sustavu liječenja duži niz godina. Broj novopridošlih je stabilan.

Raspodjela liječenih osoba prema dobi i tipu ovisnosti pokazuje da je opijatni tip ovisnosti najprisutniji i da iznosi 79,9%. Ovisnost o neopijatima kao razlog dolaska na liječenje iznosi 20,1% osoba.

Broj hepatitis B (+) opijatnih ovisnika pokazuje silazan trend (2006. – 15,5%; 2008. – 13,2%; 2010. – 10,4%; 2011. – 7,3%; 2012. – 6,5%; 2013. – 4,6%). Broj hepatitis C pozitivnih osoba pokazuje lagan pad, iako je njegov broj višestruko veći nego u općoj populaciji. U odnosu na 2012., kada je bilo 39,2% pozitivnih, udio se smanjio i 2013. iznosi 31,8%. Udio HIV (+) osoba već je dugo niskih vrijednosti i stabilnog trenda te iznosi 0,5%. U 2013. se smanjio na 0,3%.

Ovi pozitivni epidemiološki pokazatelji su rezultat trajne edukacije, dobre obavještěnosti, uvedene farmakoterapije i programa zamjene štrcaljki i igala. Ako se evaluira rad HCK-a i nevladinih udruga na području Programa smanjenja šteta, njihovim radom danas je obuhvaćeno skoro 5.000 osoba. Većina klijenata Programa spađa u populaciju „problematičnih korisnika droga“. Njihov tretman unutar Programa

značajno doprinosi stabilnosti epidemiološke i opće sigurnosne situacije. HCK i nevladine udruge godišnje podijele oko milijun štrcaljki i oko 1.2 milijuna igala; prikupe oko 500 000 štrcaljki i 500 000 igala; izvrše preko 200 stotine čišćenja javnih površina od odbačenih štrcaljki i igala; 700 osoba upute (ili testiraju) na HCV i/ili HIV.

Podrška politike

Uspješnost politike i Programa smanjenja šteta u Hrvatskoj primjer je dobre javnozdravstvene politike. Ona se temelji na znanstveno dokazanim činjenicama, interdisciplinarnom pristupu i podršci politike. Hrvatski model pristupa rješavanju zloupotrebe droga (posebice zdravstveni segment) ocijenili su nezavisni evaluatori iz svijeta visokim ocjenama i često ga iskazivali kao jedan od najuspješnijih u svijetu.

Jedinstvenost i visoka razina uspješnosti Programa u Hrvatskoj se temelji na:

- potpori subjekata politike i sustava
 - znanstveno utemeljenim postupcima i aktivnostima visokoj stručnoj profesionalnosti subjekata koji te programe provode u RH
 - trajnoj evaluaciji i praćenju kvalitete provođenja programa
 - dobroj povezanosti unutar interdisciplinarnog modela rješavanja bolesti ovisnosti u RH
 - spremnosti na usvajanje novih spoznaja i postupaka, sukladno s trendovskim promjenama u subkulturnoj sceni korisnika droga.
- U Hrvatskoj su programi smanjenja šteta zloupotrebe droga postali sastavni dio sustava liječenja zloupotrebe droga. Obimi i kvaliteta daljnog nastavka rada tih programa ovisit će o visini finansijskih sredstava koja će biti dostupna.

Možemo li živjeti bez tragova življenja i zaustaviti proces starenja

Vječna mladost, zašto ne?



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

Tko danas ne ide, ili barem ne misli da bi trebao ići, u teretanu u šezdesetoj? Moramo li svi *joggirati* u devedesetoj? Je li jedini poželjan osmjeh onaj s izbijeljenim zubima? Čestitamo li majkama koje izgledaju kao da nikada nisu rodile? Što postižemo, a što želimo postići prekrivanjem sijedih? Da nitko ne želi umrijeti, svima je dobro poznato, a želi li itko ostarjeti? U tom smislu klučno je pitanje možemo li živjeti bez tragova življenja i zašto to uopće pokušavamo?

Nadilaženje prirodnih granica

Suvremeni čovjek strah od smrti pokušava prevladati odvajanjem smrti od starenja i fokusiranjem na zaustavljanje procesa starenja. Produženje životnog vijeka postalo je jednim od temeljnih zadataka moderne medicine čija se djelatnost više ne svodi samo na terapiju, na vraćanje u „normalno stanje“, nego i na nadilaženje prirodnih granica u svrhu „poboljšanja“ čovjeka. Demografski gledano, ljudski se životni vijek kroz povijest utrostručio. Stanje nemoći, kronične bolesti i poboljevanje odgođeni su te stisnuti u kraći dio starije životne dobi, što je ohrabrilo istraživanja mogućnosti potpunog dokidanja starenja. Oni koji smatraju da se starenja treba riješiti i da to nije neostvarivo polaze od „evolucij-

ske teorije starenja“ te pružaju znanstvene dokaze kako ono nije genski programirano. Naime, specifični geni koji su selektirani da promoviraju starenje vjerojatno ne postoje. Na tom tragu starenje se počelo promatrati kao slučajnost koja nije urođena komponenta evolucije, što ga kao neprirodni i patološki proces čini podložnim manipulaciji, dakle izlječivim. Vječna mladost, zašto ne?

Zaustavljanje starenja

Iako na prvu mnogima zvuči kao ostvarenje snova, zaustavljanje procesa starenja može imati ozbiljne posljedice čiji je dalekosežni učinak nepoznat. One lako vidljive tiču se narušavanja demografske slike društva i mogućeg zaustavljanja reprodukcije kao procesa društvene regeneracije. Ako nećemo starjeti, čemu uopće rađati? Hannah Arendt nazvala je novorođenčad „očekivanjem neočekivanog“, razdjelnicom između prirode i kulture koja omogućava neki novi početak. Je li on moguć bez postojanja prethodnog završetka i kako bi izgledalo društvo *status quo* tema je koja zasluzuje posebno razmatranje. No, intimirnije je pitanje koje se nameće svakom pojedincu i na koje je nužno odgovoriti prije blagoslova ovakvih intervencija: „Što za mene znači ostarjeti?“ Je li starenje samo izvanjski proces ili je riječ i o unutarnjem „umaranju“ od života? Stari li isključivo naše tijelo ili su bore, kao rezultat iskustva, odraz i duhovne zasićenosti životom?

Daljnje promišljanje življenja bez starenja otvara problem moguće preinake našeg odnosa prema smrti. Ako neću ostarjeti, kako će onda umrijeti? Starenje dolazak smrti uvodi kao postepenost koja započinje kad i život te polagano u nama raste dok nas jednom ne „preraste“. Ono je proces pakiranja za odlazak koji omogućuje obostrano odvikavanje od suživota s bližnjima. Dakle, ono nije važno samo za nas kao oprštanje od života, ono daje priliku i našim obiteljima da se prilagode na naš nestanak. Bez procesa starenja naša

smrtnost svela bi se na nešto izvanjsko jer bi nastupala kao posljedica kobne nesreće. Bi li nas to oslobodilo straha od smrti ili bi shvaćanje smrti kao prijeteće izvanjske slučajnosti rezultiralo našim „zatvaranjem u kuću“ i izbjegavanjem rizika življenja? Koja je smrt više ljudska – šokantna smrt koja ima izvanjski uzrok ili procesualna smrt starenjem koja nastupa prirodnim putem?

Čovjek, shvaćen kao absolutni duh, danas odbija tijelo koje nije u skladu s njegovom percepcijom vlastite neuništivosti. U medijskom podupiranju kulta vječne mladosti često slušamo o vitalnim starcima koji su mlađi duhom, stoga mislimo kako medicina mora učiniti nešto po pitanju njegovog uskladišnja s tijelom. No, slijedeći navedenu logiku, može se postaviti i obrnuto pitanje: „Što je s mlađima koji su umorni od života?“. Hoćemo li i tu intervenirati? Bi li oni trebali posegnuti za na lipo-injekcijom, spuštanjem dojki ili laserskim dodavanjem bora?

Dugovječna vitalnost

Moguće je da naš duh govori jedno, a tijelo drugo i moguće je da oni nekada nisu u skladu. Naime, dio našeg osjećaja starosti svakako nosi i (ne)iskustvo koje nam je život nanio pri čemu, kako često volimo reći, sretni događaji smanjuju, a nesretni dodaju godine. Zato se možemo osjećati mlađi u osamdesetoj i staro u dvadesetoj. To nam ukazuje na dvije stvari. Prva je, ako se mi možemo osjećati mlađi, znači da za „biti“ mlađ nije nužno izgledati mlađi, i obrnuto, ako se osjećamo staro, džabe nam i našeg zategnutog lica i guste kose. Kozmetičke preinake tako ipak najviše koriste onima u čiju se kasu kešira. Druga je da je vitalnost uvelike rezultat naše interakcije s drugima. Stoga i oni imaju pravo nešto reći o tome kako žele da odemo, a teško je vjerovati da bi itko pristao na odlazak bez pripreme za oproštaj. U konačnici, što se naše, zasad još uvijek neutažive, žudnje za vječnom mladostti tiče, njoj se, kao izrazu volje za životom, možemo mirne duše radovati jer je siguran znak da još uvijek nismo ostarjeli.

Niski unos vode dugoročno povećava rizik nastanka kronične bolesti bubrega

Hidracija i prirodna mineralna voda

Autor: MAŠENJKA KATIĆ, mag. nutricionizma



Dobra hidracija od vitalnog je značaja za dobro zdravlje. Zanimljivo, iako je voda kvantitativno dominantni nutrijent, malo je provedenih istraživanja o ukupnom unosu vode (iz hrane i tekućina) ili onom samo iz tekućina, a još ih manje procjenjuje biomarkere, poput osmolalnosti urina, u reprezentativnim uzorcima za opću populaciju. Također, najviše istraživanja odnosi se na učinke dehidracije u sportaša ili vojnika, međutim malo je onih koja pokazuju učinke dehidracije u svakodnevnom životu. Novije studije pokazuju da niski unos tekućine kratkoročno djeluje negativno na raspoloženje i kognitivne funkcije (1-4), dok dugoročno povećava rizik nastanka kronične bolesti bubrega (5-7). Prevalencija dehidracije u odraslim osobama procjenjuje se na 16-28% ovisno o dobi, pri čemu su starije osobe u povećanom riziku od dehidracije i pridruženih bolesti (8).

Referentni unos vode

Referentni unos vode za odrasle, prema preporuci Europske agencije za sigurnost hrane (EFSA), pri umjerenoj aktivnosti te umjerenim uvjetima okoline iznosi 2.5 litre na dan za muškarce i 2 litre za žene (1). Osamdeset posto ovog unosa prosječno se ostvari pijenjem vode i drugih tekućina dok 20% čini voda sadržana u hrani. Tako je preporučeni unos pijenjem 2 L za muškarce i 1.6 L za žene, što se najčešće prezentira kao 8-10 čaša vode dnevno.

EFSA je odobrila komunikaciju pozitivnih učinaka vode na zdravlje ljudi kroz autorizaciju triju zdravstvenih tvrdnji: *voda doprinosi održavanju normalnih tjelesnih funkcija, kognitivnih funkcija, te normalne termoregulacije* (9).

Dehidrirani liječnici

Bez obzira koliko blaga, dehidracija negativno utječe na kognitivne funkcije i za posljedi-

cu može imati smanjenu produktivnost kao i lošije opće stanje. Dehidracija od 2% smanjuje sposobnosti u aktivnostima koje zahtijevaju pozornost, psihomotorne sposobnosti i neposredne memorijске vještine.

U studiji provedenoj na dežurnim liječnicima i medicinskim sestrama, o statusu hidracije prije i nakon dežurstva, pokazalo se da je 36% ispitanika bilo u stanju dehydracije već na početku smjene, dok je njih 45% to bilo na kraju dežurstva (10). Kognitivne sposobnosti mještane serijom kompjutorskih testova bile su donekle smanjene u dehidriranih ispitanika.

Procjena statusa hidracije liječnika i medicinskih sestara koji rade u jedinici hitne medicinske pomoći pokazala je da je većina liječnika bila u lošijem statusu hidriranosti na kraju smjene u odnosu na početak smjene (11).

Stoga liječnici također trebaju voditi računa o statusu hidracije i dobrobiti odgovarajućeg i pravovremenog pijenja vode za vlastito zdravlje.

Prirodna mineralna voda

Najvažnija obilježja prirodnih mineralnih voda po kojima se razlikuju od svih ostalih voda su prirodna čistoća, stabilan mineralni sastav te određeni fiziološki učinak. Za razliku od obične vode za piće, prirodne mineralne vode ne smiju prolaziti nikakve tretmane dezinfekcije poput kloriranja, moraju biti punjene na izvoru, a naziv izvora mora biti jasno označen na etiketi, što svaku flaširanu prirodnu mineralnu vodu na prvi pogled čini prepoznatljivom i jedinstvenom.

U Europskoj uniji, sve prirodne mineralne vode moraju proći postupak priznavanja, koji obuhvaća stručnu procjenu s geološkog, hidro-geološkog, kemijskog, fizikalnog, mi-

krobiološkog, te po potrebi farmakološkog, fiziološkog i kliničkog stajališta, nakon čega se upisuju u Registrar prirodnih mineralnih voda (12).

Prirodna mineralna voda Jana pripada kategoriji voda koje sadrže malu količinu minerala (do 500 mg minerala na litru) i imaju diuretski učinak. Iznimne prirodne čistoće, uz izbalansirani omjer kalcija (64 mg/L) i magnezija (32 mg/L) u ravnoteži s bikarbonatima, Jana ima idealne karakteristike vode za svakodnevnu hidraciju.

Literatura:

- EFSA (2010) Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. EFSA Journal. 8(3):1459, 48.
- IOM (2004) Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. National Academies Press, Washington D.C.
- Armstrong et al. Mild dehydration affects mood in healthy young women. J Nutr 2012 Feb;142(2):382-8.
- D'Anci et al. (2006) Hydration and cognitive function in children. Nutr Rev. 64, 457-464.
- Roncal-Jimenez et al. (2015) Mechanisms by Which Dehydration May Lead to Chronic Kidney Disease. Ann Nutr Metab. 66 Suppl 3:10-3.
- Strippoli et al. (2011) Fluid and nutrient intake and risk of chronic kidney disease. Nephrology (Carlton) 16(3):326-34.
- Sontrop et al. (2013) Association between water intake, chronic kidney disease, and cardiovascular disease: a cross-sectional analysis of NHANES data. Am J Nephrol. 37(5):434-42.
- Stookey JD (2005) High prevalence of plasma hypertonicity among community-dwelling older adults: results from NHANES III. J Am Diet Assoc. 105(8):1231-1239.
- EFSA (2011) Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to water pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. EFSA Journal. 9(4):2075, 16.
- El-Sharkawy et al (2016) Hydration amongst nurses and doctors on-call (the HANDS on prospective cohort study). Clin Nutr. 35(4):935-42.
- Alomar et al. (2013) Decreased hydration status of emergency department physicians and nurses by the end of their shift. Int J Emerg Med. 6:27.
- Direktiva 2009/54/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 18. lipnja 2009. o iskorištavanju i stavljanju na tržište prirodnih mineralnih voda. Službeni list Europske unije 13/Sv. 43.

Ne vraćajte hitnu medicinu nazad u Ameriku 60-ih godina!

Kao specijalizanti hitne medicine (HM) morali smo reagirati na članak „Reforma hitne medicinske pomoći i američka iskustva“ objavljen u Liječničkim novinama broj 150 (lipanj 2016., str. 86).

Specijalizacija HM-a u Americi ima tradiciju od pedeset godina. Među svojim kolegama specijalisti HM-a u Americi su cijenjeni i poštovani kao vrhunski stručnjaci te su među desetak najbolje plaćenih specijalista.

Ono što specijalizanti HM-a prolaze danas u našoj državi, američkim je specijalizantima zadavalo probleme 70-ih godina prošlog stoljeća kada je kod njih započeo program specijalizacije HM-a. Tada još nije bilo specijalista HM- koji bi ih učili zanatu, a znanje i manualne vještine skupljali su na obilascima po odjelima. Količina znanja ovisila je o njihovoj motiviranosti, zainteresiranosti, htijenu, volji, ali i o volji liječnika drugih specijalnosti da ih nauče. Kolege su ih tada smatrali čudacima koji su izabrali tu nepriznatu i tešku specijalizaciju. Raspravljaljao se trebaju li Americi uopće specijalisti HM-a. Prvi specijalizanti HM-a u Americi bili su pioniri u duhu i akciji. Unatoč tome što nisu imali dobar kurikul niti prave, kompetentne učitelje, uspjeli su naučiti, postali su vođe, oslanjajući se jedni na druge. Nitko nije razumio tko su oni i što rade, pa su zato bili ujedinjeni.

Navest ću vam, drage kolege, popis vještina koje smo, zahvaljujući vama specijalistima i specijalizantima, do sada usvojili na obilascima u sklopu našeg programa specijalizacije: endotrahealna intubacija

i mehanička ventilacija, transport intubiranog pacijenta na ventilatoru, neinvazivna mehanička ventilacija, monitoring pacijenta, postavljanje supraglotidnih pomagala, defibrilacija, sinkronizirana kardioverzija, vanjska elektrostimulacija srca, postavljanje perifernog venskog puta, postavljanje centralnog venskog puta, arterijske linije, postavljanje NG sonde, ispiranje želuca, postavljanje urinarnog katetera, pleuralna punkcija, abdominalna punkcija, lumbalna punkcija, interpretacija EKG-a, laboratorijskih nalaza i RTG snimki, ultrazvuk uz krevet (FATE, BLUE, FAST protokol, kompresijski test vena, UZV abdomena), neurološki pregled, trauma pregled, repozicija luksacija i prijeloma, šivanje rane, incizija i drenaža apscesa, punkcija zglobova, lokalna anestezija, tamponada nosa, vađenje stranog tijela iz oka...

Mislite li da je dovoljno par tečajeva liječnicima obiteljske medicine da te vještine usvoje?

Mislite li da našim pacijentima s hitnim stanjima ne treba stručnjak koji to sve zna sam napraviti?

Onima koji su tijekom ostvarivanja našeg programa specijalizacije, usklađenog s evropskim programom, pokazali strpljenje i poklonili nam dio svoga radnog vremena radi edukacije, ovim putem zahvaljujemo. Preuzet ćemo jedan dio vašeg posla koji mnogi od vas ne vole raditi. Sudjelujući u našoj edukaciji tijekom specijalizacije omogućit ćete nam da budemo dobri specijalisti HM-a koji će sami znati zbrinuti hitnog pacijenta. Hitni pacijent neće više trebati tri hitna

pregleda u tri hitne ambulante u kojima svi samo „isključuju“ svoju bolest, a ne gledaju pacijenta kao cjelinu. Multidisciplinarnost znanja i vještina specijalista HM-a te njihova sustavna stručna edukacija doprinose zbrinjavanju hitnih stanja ugroze ljudskog života i narušavanja ljudskog zdravlja.

Da, mi smo za javnu raspravu o reformi HM-a.

Da, teško nam je i oslanjamo se jedni na druge, upućeni smo jedni na druge. Mi smo mirni, sabrani u kriznim situacijama, vrijedni ljudi, volimo raznolikost svog posla i dinamičnost, volimo nove izazove, ne radimo pompu od svog posla, nama tek ponekad pacijenti zahvale, a kolege nas tek počinju cijeniti. Ne vraćajte nas nazad u Ameriku 60-ih godina jer i sad za njima kasnimo pedeset godina. Pustite nas da učimo, stječemo znanja i vještine i rastemo, da se razvijamo i podižemo ljestvicu kvalitete pružanja hitne medicinske pomoći u Lijepoj našoj jer je to našim građanima s hitnim stanjima nužno i imaju pravo na to.

Pošaljite nas u tu Ameriku, u njihove vrhunske edukacijske centre, da se vratimo s njihovim iskustvima i otvorimo svoje edukacijske centre, u kojima ćemo podučavati buduće mlade kolege, poštene ovoga kroz što sada mi prolazimo.

Pozdrav svim specijalizantima HM-a diljem Lijepe naše i glavu gore, mirno, sabrano, vrijedno do cilja.

Specijalizanti HM-a i šef hitnog prijema KBC-a Osijek

Nadamo se da uredništvo tako ne misli

Neugodno smo bili iznenadeni pročitavši članak „Reforma hitne medicinske pomoći i američka iskustva“ u prošlom broju jer autor pokazuje duboko nepoznavanje trenutnog stanja hitne medicinske pomoći (HMP) u Hrvatskoj te neupućenost u trajanje i dosadašnje promjene u sklopu reforme HMP-a. Daje netočan podatak o specijalistima HM-a (specijalizacija traje 5 godina, a ne 3-5 godina; postojeći specijalisti nisu završili specijalizaciju nego im je priznata na temelju radnog iskustva).

Nadalje, spominje edukaciju sestara/tehničara za rad na terenu u izvanbolničkom HMP-u te sestre/tehničare koji bi radili trijažu u bolničkom hitnom prijemu kao da se radi o novosti – a to postoje već dulje vrijeme, to je tim 2 koji se sastoji od dvoje sestara/tehničara, a svaki ujedinjeni bolnički hitni prijem ima trijažne sestre/tehničare koji su prošli posebnu edukaciju iz trijaže.

Vrlo smo zahvalni na autorovom prikazu hitnog prijema u SAD-u sredinom prošlog stoljeća, ali on ne razumije zašto se objedinjeni hitni prijem zove objedinjeni - što je bila jedna od ideja cijele reforme. Objedinjeni ne znači da su na jednom mjestu sve specijalističke ambulante kako je autor istaknuo, već da jedan liječnik, specijalist hitne medicine, pregledava sve pacijente, a po potrebi pacijentu dolaze drugi specijalisti.

Najzanimljivija je tvrdnja o suvišnosti specijalizacije iz hitne medicine te da bi u bolničkom hitnom prijemu mogao raditi liječnik opće medicine s nekoliko završenih tečajeva, čime jasno pokazuje da nije upućen u širok opseg znanja, vještina i postupaka koji su potrebni za rad u bolničkom hitnom prijemu. Specijalist HM-a radi s hitnim, nediferenciranim, najčešće kompleksnim pacijentima kojima je neodložno potrebna medicinska skrb. Autor je naveo kako je HM najvažniji segment zdravstvene zaštite pa bi bilo logično da najbolji, najobrazovaniji i najspasobniji liječnici rade u HM-u, a ne netko tko je završio par tečajeva.

Nadamo se da taj članak ne odražava stav urednika o HM-u i našoj specijalizaciji te s veseljem iščekujemo polaganje prvog specijalističkog ispita iz HM-a krajem godine. Nadamo se da ćemo jednom, kad postanemo specijalisti HM-a, svojim znanjem i radom opravdati ukazano povjerenje na korist i dobrobit hitnih pacijenata.

**Specijalizanti i specijalizantice hitne medicine KB-a
Dubrava: Maša Sorić, Sead Žiga, Tea Baršić, Željka Ćuk, Ozana Bujas, David Jutrić, Mirna Karakaš**

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

Bioenergetičari - s diplomom medicinskoga fakulteta?

Posljednjih je dana na društvenim mrežama objavljeno nekoliko postova kojima su se neki ljudi pohvalili da su stekli certifikat „stručnog praktičara bioenergoterapije“ koji izdaje Medicinski fakultet u Osijeku. Urednik je zamolio za komentar dekana Medicinskog fakulteta u Osijeku prof. dr. Aleksandra Včeva, a komentare su dali i članica našeg uredništva prof. dr. Livia Puljak i prof. dr. Damir Sapunar, oboje s Medicinskog fakulteta u Splitu. Evo primjera s interneta i zatim spomenuti komentari!

S INTERNETA

Posebno mi je zadovoljstvo i velika čast objaviti da je Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku (MEFOS) pokrenuo program cjeleživotnog usavršavanja "Integrativna medicina za nemedicinare"... Ovim programom polaznike se ospozobljava za samostalan rad u području integrativne medicine', piše jedan od polaznika koji je nedavno dobio certifikat i s njime pozirao za fotografiju. Program je u prvoj generaciji završilo 13 polaznika iz Hrvatske, Mađarske, Češke, Kanade, Švicarske, Austrije, Bugarske i Srbije, a promovirali su ih dekan Medicinskog fakulteta u Osijeku prof. dr. sc. Aleksandar Včev, prof. dr. sc. Sanja Belan i prof. dr. sc. Silvio Bašić i direktor Nacionalnog centra za integrativnu medicinu (NCIM) Damir Šebo.



Prof. dr. sc. ALEKSANDAR VČEV

Prof. VČEV: Integrativna alternativna i komplementarna medicina

Poštovani uredniče,

Prije komentara članka želio bih Vas upoznati sa sljedećim činjenicama:

2014. godine osnovano je **Hrvatsko društvo za integrativnu medicinu** sa sjedištem u Zagrebu, Kaptol 26.

2014. je na Medicinskom fakultetu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku (daleje MEFOS) osnovan **Zavod za integrativnu medicinu** na adresi Cara Hadrijana 10E u Osijeku

Od 5. do 7. rujna 2014. održan je i **1. Hrvatski**

kongres integrativne medicine u Opatiji

2015. godine osnovan je **Nacionalni centar za integrativnu medicinu** sa sjedištem u Orahovici, Put Hrvatskih branitelja 1

2015. godine Senat Sveučilišta Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku donio je odluku o davanju suglasnosti MEFOS-u za ustroj i izvedbu **programa cjeleživotnog obrazovanja: Integrativna medicina za nemedicinare** u studenom 2015. su Nacionalni centar za integrativnu medicinu i MEFOS bili su jedni od osnivača **Hrvatskog klastera konkurentnosti personalizirane medicine**

Program cjeleživotnog obrazovanja „Integrativna medicina za nemedicinare“ podijeljen je u module. Završetkom prva tri, odnosno četvrtog modula, pristupnici dobivaju potvr-

de (ne dobivaju diplome) o završenom nivou programa cjeloživotnog obrazovanja. Obrazovanje odraslih je u svim zemljama prihvaćeno kao sastavni i važan dio cjeloživotnog učenja. Prilagodljivost obrazovnog sustava potrebama gospodarstva, ali i potrebama pojedinaca i zajednice, karakteristično je za razvijene zemlje. Kako se mijenjala struktura gospodarstva, tako se mijenjala i potražnja za znanjima i vještinama. MEFOS prepoznao je ovu potrebu i želi biti lider novih oblika obrazovanja odraslih kako u Hrvatskoj, tako i u regiji.

Prvim modulom polaznike educira o osnovama poslovanja, pravnim propisima i normama, etičkim načelima, osnovnim ekonomskim principima, knjigovodstvenim propisima te ostalim propisima koji su bitni za samostalno vođenje vlastitog poduzeća, obrta ili ostalih oblika pravnih osoba.

Drugim modulom polaznike se educira o osnovnim znanjima iz medicine do razine prepoznavanja bolesnih stanja. Savladavanje znanja iz predmeta ovoga modula u skladu je sa zahtjevima stručnih kvalifikacija obrazovnih sustava u većini zemalja Europske Unije.

U **trećem modulu** polaznike se upoznaje teoretski s integrativnom medicinom, fizikom i kvantnom fizikom te s tehnikama i postupcima bioenergoterapije.

Obrazovanje nemedicinara iz područja integrativne medicine ispravlja uobičajenu lošu praksu da se bioenergoterapeuti i drugi nemedicinari bave terapijom bez osnovnih znanja iz medicine, a to bi i

prema evropskim smjernicama trebala biti osnova za bavljenjem bilo kakvim oblicima terapije.

Ovaj program cjeloživotnog obrazovanja je utemeljen na strategiji Svjetske zdravstvene organizacije za tradicionalnu medicinu od 2014. do 2023., na temelju Rezolucije Europskog parlamenta A4-0075/97, na temelju Direktive Europskog parlamenta i Vijeća 2011/24/EU i 2005/36/EZ.

Aktivnosti Nacionalnog centra za integrativnu medicinu, Zavoda za integrativnu medicinu MEFOS-a i Hrvatskog društva za integrativnu medicinu podudaraju se s aktivnostima europskih i svjetskih centara i sveučilišta. To se može provjeriti na sljedećim poveznica: <http://www.uclh.nhs.uk/ourservices/servicea-z/intmed/pages/home.aspx>

The Royal London Hospital for Integrated Medicine (RLHIM) is part of University College London Hospitals NHS Foundation Trust and is Europe's largest public sector centre for integrated medicine.

„Integrated or integrative medicine is an international movement. The US Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine comprises 44 academic medical centres, including Stanford, Yale, Johns Hopkins, Harvard and the Mayo Clinic. It aims to help transform medicine and health care through rigorous scientific studies, new models of clinical care, and innovative educational programs that integrate biomedicine, the complexity of human

beings, the intrinsic nature of healing and the rich diversity of therapeutic systems“. Several important European centres including Germany's largest academic medical centre, the Charité University Medical-Center Berlin and the Karolinska Institute, Stockholm have centres for integrative medicine. The Royal London Hospital for Integrated Medicine is a leading institution in this growing, worldwide movement.“

Cilj Nacionalnog centra za integrativnu medicinu, Zavoda za integrativnu medicinu MEFOS-a u Osijeku i Hrvatskog društva za integrativnu medicinu je da sinergijskim učinkom svih dionika dođe do znanstvene provjere učinkovitosti i sigurnosti metoda liječenja koje se koriste u alternativnoj i komplementarnoj medicini kako bi na temelju vlastitih istraživanja mogli izvijestiti javnost o istima.

Sljedeći kongresi za integrativnu medicinu:

9th European Congress for Integrative Medicine: The Future of Comprehensive Patient Care, Budapest, Hungary, September 10-11th 2016, <http://www.ecim-congress.org/>

World Congress of Integrative Medicine 2017, 10th ECIM and 12th ICCMR Congress

Berlin, Germany, May 3-5th 2017., <http://www.ecim-congress.org/>

S poštovanjem,

Dekan, prof.dr.sc. ALEKSANDAR VČEV



Prof. dr. LIVIA PULJAK

Prof. LIVIA PULJAK: Sankcijama protiv nadriličništva i pseudoznanosti

Informaciju da Medicinski fakultet u Osijeku izdaje certifikat „stručnog praktičara bioenergoterapije“ u suradnji s Nacionalnim centrom za integrativnu medicinu saznaala sam od gospodina Nenada Jarića Dauenhauera, urednika znanosti na Tportalu, koji me zamolio za komentar. Naime, na društvenim mrežama su se ovih dana počeli hvaliti bioenergetičari koji su stekli taj certifikat nakon pohađanja edukacije koja se zove „Integrativna medicina za nemedicinare“. Jedna

takva objava začinjena je fotografijom određenog broja ljudi u diplomandskim togama, koji ponosno drže modre tuljke za diplome, a iza kojih se nalazi logo Medicinskog fakulteta u Osijeku.

Na mrežnim stranicama Medicinskog fakulteta u Osijeku ne mogu se naći nikakve informacije o tečaju „Integrativna medicina za nemedicinare“, ali se zato u Glasu Slavonije može naći članak objavljen 30. listopada 2015. da je Senat osječkog Sveučilišta odobrio Medicinskom fakultetu takav tečaj cjeloživotnog obrazovanja.

Budući da bioenergoterapija nije znanstveno utemeljena i dokazana terapija, ski fakultet ne bi smio svoj ugled stavljati na kocku povezivanjem svojega imena s davanjem bilo kakve potvrde takvim terapeutima. Jedino što bi u tom pogledu medicinski fakulteti trebali raditi jest provoditi kliničke pokuse kojima će ispitivati na objektivan način djelotvornost i sigurnost alternativnih i komplementarnih terapija, a nikako sudjelovati u edukaciji takvih terapeuta i izdavanjem bilo kakvih potvrda takvim terapeutima.

Budući je Senat osječkog sveučilišta odbrio održavanje takvog tečaja krajem listopada 2015., a danas je 23. ožujka 2016. i neki ljudi su već uspjeli steći certifikat, očito za stjecanje certifikata „stručnog praktičara bioenergoterapije“ ne treba puno vremena. Slijedom takvih zbivanja, fakultet koji će na takav način davati certifikat „terapeutima“ može odmah ukinuti studij Medicine. Jer zašto bi ijedan student upisivao težak i skup fakultet koji traje šest godina, nakon čega slijede godina dana staža, državni ispit, niz godina specijalizacije, specijalistički ispit pa niz godina subspecijalizacije i subspecijalistički ispit da bi tek, u idealnom slučaju, oko 40. godine postao mladi i zeleni liječ-

nik subspecialist, kad za manje od šest mjeseci može postati stručni praktičar bioenergoterapije i liječiti ljude „narodnom medicinom“?

U komentaru za Tportal kolega prof. dr. Damir Sapunar upozorio je i na odredbe Kaznenog zakona Republike Hrvatske o nadriličništву, u kojem stoji: „Tko se nemajući propisanu stručnu spremu bavi liječenjem ili pružanjem druge medicinske pomoći, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.“

Stoga je ovo slučaj koji bi javnosti svakako trebalo objasniti, a koji bi trebao zaintrigirati i Državno odvjetništvo, i Ministarstvo zdravlja, i Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, a osobito Hrvatsku liječničku komoru. S obzirom na poplavu svakojakih terapeuta koji se „nemajući propisanu stručnu spremu“ bave liječenjem i pružanjem druge medicinske pomoći, vrijeme je da se „institucije“ aktivnije uključe u zaštitu stanovništva od prodavača magle. Brojni vješti trgovci i blagoglagoljivi prevaranti masno zarađuju na boli i patnji pacijenta, nudeći „alternativne i komplementarne terapije“, koristeći se činjenicom da službena medicina nažalost nema

lijek za sve ljudske boljke. Nitko nije sa slomljenom nogom ili nakon prometne nesreće otišao kod bioenergetičara; to su rješenja koja se počnu tražiti kad ljudi osjećaju da nemaju drugi izlaz, da je službena medicina nemoćna, pa ajde da probamo još nešto, po krilatici da nemaju što izgubiti ako probaju. A imaju mnogo toga izgubiti, a osobito mnogo novca. Alternativna medicina je golemi biznis. Na portalu Dokazi u medicini na kojem skupina volontera odgovara na pitanja građana o alternativnim i komplementarnim terapijama dobivamo cijeli niz priča razočaranih građana koji su vodili nekoga svoga takvim terapeutima zbog neizlječivih bolesti, i onda kad čovjek neizbjješno umre, krivnja nikad nije do terapeuta koji je obećavao 100 %-tно izlječenje, nego su krivi pacijenti i obitelj jer nisu došli na vrijeme ili jer nisu dovoljno vjerovali u uspjeh terapije.

Svakako mislim da je epidemiju nadriličništva potrebno zaustaviti oštrim sankcijama. Molim Hrvatsku liječničku komoru da se aktivnije uključi u obranu liječničke struke i znanosti naspram nadriličništva i pseudoznanosti.



Prof. dr. DAMIR SAPUNAR

Prof. SAPUNAR: Certifikati ne štite od zakona i zatvora

Ovakve viesti nije lako komentirati. Pretpostavljam da bi integrativna medicina bila medicina koja čovjeka promatra kao cjelinu za razliku od konvencionalne medicine koja promatra samo bolesni organ. Koliko ja znam mi studente učimo jednoj jedinoj medicini i u toj medicini studente podučavamo pristupu bolesniku. Ako netko u toj medicini ne promatra pacijenta kao cjelovitu osobu, on radi loš posao. Prema tome ideja integrativne medicine je besmislica. Druga problematična stvar u ovoj vijesti je pitanje bioenergoterapije. Bojim se da se iza tog naziva krije liječenje bioenergijom. Bioenergija ne postoji, a oni koji tvrde da postoji neznalice su i varalice. Kad se na medicinskom fakultetu ne-

kom izdaje certifikat kojim ga se osposobljava za liječenje bioenergijom, onda imamo velik problem. Studenti moraju znati kako se procjenjuje vrijednost neke terapije. U ovom slučaju moraju poznavati i osnove prirodoslovja kako bi znali da bioenergija ne postoji. Polaznici relativno kratkih tečajeva u spomenutom Centru gotovo sigurno ne mogu naučiti sve spomenute lekcije, a osobito ne mogu steći kvalitetnu medicinsku naobrazbu potrebnu za liječenje u skladu sa zakonom. Ako će liječiti ljude, podsjećam ih na članak 184. Kaznenog zakona o nadriličništvu koji kaže da će se svi koji liječe ili pružaju drugu medicinsku pomoć bez propisane stručne spreme kazniti zatvorom do jedne godine. Diploma koju su stekli ne spada u stručnu spremu koja će ih u tom slučaju oslobođiti krivnje.

Prof. dr. Slobodan Lang (1945-2016) cijeli se život zalagao za poštenje, toleranciju i pravdu

Liječnik, heroj i humanist



Specijalizirao je socijalnu medicinu i posvetio joj se punim žarom po uzoru na Andriju Šmparom. Osnovao je i Hrvatski časopis za javno zdravstvo kojemu je bio urednik. Pokrenuo je Prvi hrvatski kongres preventivne medicine i akciju poučavanja o AIDS-u u Hrvatskoj

Prof. dr. Slobodan Lang, porijeklom je iz vinkovačke židovske obitelji, rođio se u Zagrebu 8. listopada 1945. godine. Njegov djed Ignjat, odvjetnik, bio je predsjednik Židovske općine i stradao u Jasenovcu. Otac, dr. iur. Rikard Lang, sudionik partizanskog pokreta i poslije sveučilišni profesor ekonomije u Zagrebu, istaknuo se u hrvatskom proljeću 1971. time što je za vrijeme tadašnje političke hajke sprječavao progone kolega na zagrebačkom Ekonomskom institutu. Majka mu je bila iz ugledne dubrovačke obitelji Sorkočević.

Slobodan Lang se školovao u Zagrebu i diplomirao na Medicinskom fakultetu. Na međunarodnom natjecanju u debatiranju na engleskom jeziku 1967. u Engleskoj bio je član pobjedničkog para. Bio je veoma angažiran u studentskoj organizaciji u nastojanju moderniziranja cjelokupnog sustava studija. Za vrijeme hrvatskog proljeća predložen je za prvog studenta prorektora na zagrebačkom sveučilištu, što nije prihvatio.

Bio je član Izvršnog vijeća grada Zagreba, sekretar Sekretarijata za zdravstvo, zaslužan za primjerno ustrojenu borbu protiv HIV/AIDS-a). U najtežem razdoblju moderne Hrvatske bio je savjetnik prvog hrvatskog predsjednika Franje Tuđmanaza humanitarna pitanja, zastupnik u Saboru, veleposlanik u Ministarstvu vanjskih poslova.

Bio je prije svega humanist. Gotovo mesijanski se zalagao za toleranciju koju je u praksi provodio izvanrednom osobnom hrabrošću. Za vrijeme Domovinskog rata usudio se organizirati konvoj Libertas koji je listopada 1991. pomogao opkoljenom Dubrovniku, vodio 14-dnevni humanitarni konvoj Bijeli put kroz neprijateljsko područje da se spasi od gladi narod u dolini Lašve. Koliko je to bilo opasno govori i to što su pripadnici Armije BiH 22. prosinca 1993. ustrijelili vozača Antu Vlaića (r. 1934.) u kabini njegova kamiona. Zamislio je i organizirao bolnicu u Novoj Bili, a u Hrvatskoj zaštitu za prognanike i izbjeg-

lice iz Bosne. Nakon rata i opet se istaknuo hrabrošću jer je često bio na čelu manifestacija koje su se zalagale za zaštitu osoba s homoseksualnom orijentacijom. U najteže doba bio je na brojnim visokim političkim dužnostima pa, iako kao predsjednik glavnog odbora Demokratskog centra nije postigao spektakularne rezultate, bio je rijedak primjer skromnosti i poštenja jer se, za razliku od mnogih drugih političara, položajem nije koristio za osobni probitak. Zazirao je od privilegija i crnih mercedesa, a odijevao se tako skromno da je u političkoj eliti djelovao upravo siromaški.

Specijalizirao je socijalnu medicinu i posvetio joj se punim žarom po uzoru na Andriju Šmparom. Kao profesor socijalne medicine predavao je na Školi narodnog zdravlja „Andrija Šmpar“, na mostarskom MEF-u iu SAD-u. Bio je član uglednih inozemnih liječničkih udruženja. Osnovao je Hrvatski časopis za javno zdravstvo i bio mu urednik, a bio je i član uredništva Croatian Medical Journala. Pokrenuo je Prvi hrvatski kongres preventivne medicine i akciju poučavanja o AIDS-u u Hrvatskoj. Zaslužan je što je grad Zagreb bio na čelnom mjestu svjetskog pokreta Zdravi grad. Potaknuo je osnivanje mostarskog medicinskog fakulteta. Objavio je nekoliko knjiga i mnogo stručnih rada, a pisao je i u novinama (Glas Hrvata, Hrvatski list itd.). U Liječničkim novinama objavio je 2010. članak u kojem je izložio svoje predviđanje mogućih smjerova razvijaka hrvatskog zdravstva i pokušao potaknuti raspravu. Najviše se, ipak, istaknuo svojom humanitarnom djelatnošću, koju je započeo još 1989. kad je pomogao kosovskim rudarima za vrijeme štrajka glađu spustivši se k njima duboko u rudarsko okno. Zanimljiva i bogata biografija koja bi mogla ispuniti omašnu knjigu! Umro je 24. veljače 2016.

Željko Poljak

Malo je koristi od zvanja policije u ordinaciju

Postupajući po propisima liječničke struke i važećim zakona, u prosincu 2015. primila sam na njezin zahtjev pacijentu na supstitucijskoj terapiji metadonom jer joj je navodno daleko ići ranije izabranoj liječnici. Donijela je ovjerenu izjavu o promjeni LOM-a, i to u pravnji svog dečka koji je također ovisnik na supstitucijskoj terapiji. Objasnila sam joj da će po lijek dolaziti svaki dan tijekom radnog vremena. Kad su oboje shvatili da terapiju neće dobivati za više dana unaprijed, počeli su u čekaonici vikati, tražiti natrag zdravstveni karton, lupati nogama i rukama po vratima ambulante i pokušavali provaliti u ordinaciju tako da su se svi ostali pacijenti razbježali. Za to vrijeme smo sestra i ja strahovale što će se dogoditi ako uspiju provaliti.

Četiri puta sam zvala policiju i tek nakon jedan sat došao je jedan policijac. Zabilježio je moje podatke, ali ne i izgrednikove. Poslije sam od svjedoka saznala da im se policijac ispričavao što je došao («Doktorica nas je zvala!») i blago ih upućivao da izađu iz Doma zdravlja, a pacijentin dečko je prijetio da ima poznate u policiji i da ćemo mi svi već vidjeti. Prijavila sam to MUP-u i nakon

mjesec dana odgovorili da internom kontrolo nisu našli propuste.

Sutradan me na posao pratio suprug jer sam se bojala što bi se ponovo moglo dogoditi. Pripremila sam za pacijentu terapiju za taj dan i slijedeća dva dana vikenda no kad je ona ušla u ordinaciju počela je urlati da nije dobila terapiju kako treba i zvala svog dečka. On je udarao po vratima, na kraju slomio bravu i provalio u ordinaciju. Tada je ušao i moj suprug, koji je cijelo vrijeme bio u čekaonici, i oboje su se malo smirili te otišli, ali su na porti vikali: « A, dovela je i muž! Budemo ih oboje izboli nožem!»

Otišla sam u na policiju i kazneno prijavila pacijentu, no policijska službenica me je «poučila» da se kršenje javnog reda i mira ne tretira kao kazneno djelo ako nije na otvorenom prostoru. Pismeno sam zatražila od HZZO-a hitno izuzeće pacijentice iz tog tima pozivajući se na kaznenu prijavu i Pravilnik o načinu izbora liječnika u PZZ-u. Iako o tome odlučuje Povjerenstvo, ovaj put je o tome odlučivala jedna osoba, gospođa I.P., koja nije htjela hitno izuzeti pacijentcu iz tog tima s obrazloženjem da ona ne

moe rješavati probleme svih narkomana u RH. Morala sam još mjesec dana pacijentici davati metadonsku terapiju i za to me vrijeđe suprug vozio na posao i s posla jer se nisam usudila izaći iz ambulante bez pratnje.

Nakon dva mjeseca dobila sam rješenje DORH-a u kojem se odbacuje moja kaznena prijava protiv pacijentice; državna odvjetnica smatra da su izgovorene riječi bile izrečene u afektu, a jer se radi o ovisnicima ne predstavljaju ozbiljnju prijetnju.

Ovo je bio samo jedan primjer od mnogih koji pokazuju nebrigu za uvjete rada u domovima zdravlja. Dopusťta se agresivno poнаšanje i primjena fizičke sile prema nama kao «pogodnim metama» za izražavanje nagomilanog nezadovoljstva postojćim neredom u zdravstvenom sustavu i društву općenito. Mislim da je nužno djelovanje HLK-a, Ministarstva zdravlja i domova zdravlja da se što prije osigura zaštitarska služba u domovima zdravlja kao što je osigurana u bolnicama i drugim javnim i državnim ustanovama.

Biljana Parizoska Belović, dr. med.
Dom zdravlja Zagreb Istok

Predlažem zaštitarsku službu u domovima zdravlja

Liječnici su svakodnevno na svom radom mjestu izloženi stresu zbog odgovornosti koju donosi specifičnost našeg zvanja. Dodatno, taj stres sve češće povećavaju neugodne i incidentne situacije s pacijentima, članovima njihovih obitelji ili nekim drugim subjektima u zdravstvu.

Dana 24. svibnja, uz grubo lupanje po vratima i nepozvan, ušao je u moj radni prostor djelatnik specijalizirane prodavaonice ortopedskih pomagala koja ima ugovor s HZZO-om. U javnoj ustanovi, a to je Dom zdravlja Zagreb Istok u kojem radim, riječima i gestama omalo-važavao je mene i sve liječnike.

Takvo ponašanje izazvala je jedna doznaka za pelene od 17. svibnja koju sam potpisala za mojeg dugogodišnjeg pacijenta. Problem je bila šifra visokoupajućih odnosno niskoupajućih pelena istog proizvođača. Iz razgovora sam shvatila da djelatnik i direktor firme te pelene dostavlja godinama na kućnu adresu i sam se ponudio obitelji da u moju ordinaciju dođe sa spornom doznakom.

Dao si je za pravo da na mene kao liječnika na mojem radnom mjestu viče i vrijeda me ovim i drugim sličnim riječima: Ti si nesposobna..., treba ti skinuti glavu..., imaš pet minuta da promjeniš ovu doznaku ili ćemo se mi na drugi način razgovarati... Takvo njegovo ponašanje doživjela sam kao nasilje i prijetnju, a tek nakon upozorenja da ču

pozvati policiju, napustio je moju ordinaciju. Svjedoci događaja su medicinska sestra moje ambulante i bolesnici u čekaonici

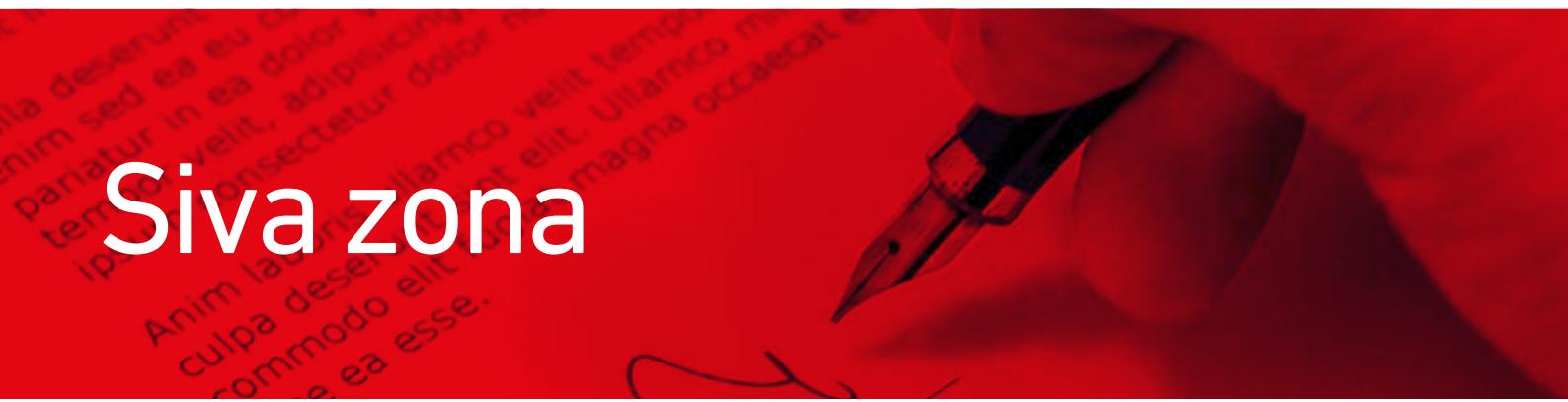
Posljednjih nekoliko godina bila sam prisiljena četiri puta pozvati policiju na intervenciju zbog nasilnog poнаšanja pacijenata, a jedan slučaj završio je sudskim procesom i presudom u kojoj je agresivni pacijent dobio sudsku zabranu prilaženja.

Mnogi kolege koji doživljavaju slične prijetnje i nasilno poнаšanje ne zovu policiju jer se nakon teškog i opterećujućeg liječničkog posla ne žele dodatno opterećivati sudskim i drugim postupcima.

Zbog svega toga predlažem da se po primjeru drugih javnih službi (pošta, banke, bolnice) i u domove zdravlja postavi zaštitarsku službu.

Zdravstvene ustanove imaju svojstvo pravne osobe, a ravnatelj organizira i vodi poslovanje, tako da je u nadležnosti ravnatelja domova zdravlja mogućnost organiziranja takove službe. Uvjerenja sam da bi se tako broj nasilničkih incidenata smanjio i postupno prestao. Time bi dostojanstvo liječnika i medicinskih djelatnika, barem dijelom, ponovo zadobilo mjesto koje im u svakom civiliziranom društvu i pripada.

Dr. Sanja Klajić Grotić
sanja.klajicgrotic@gmail.com



Siva zona

Prevalencija ljudi koji ništa ne mijenjanju najviša je

Na zadnjem roditeljskom sastanku mlađeg sina bilo je predavanje o metodama učenja i kako se adekvatno prilagoditi promjenama koje dolaze s prelaskom u peti razred. I tako, dok je pedagoginja govorila, pomislila sam kako sam to već odslušala za starijeg sina i da će morati još dva puta za cure koje su sada u vrtiću...

Razrednica je spomenula teoriju podjele svih ljudi na one s negativnom energijom – koji su ful negativni (crvena zona) i kojih je oko 20 %, one s pozitivnom energijom (zelena zona) – koji uvjek čine dobro i injiciraju promjene na bolje, kojih je oko 10 %, a ostatak su oni u tzv. „sivoj zoni“ – koji se pasivno prepustaju situaciji i ništa ili minimalno ne mijenjaju, nego samo odraduju svoj posao i održavaju status quo.

Prof. dr. Borna Bebek (ili prof. dr. Velimir Srića, ne sjećam se točno) rekao je u predavanju na poslijediplomskom studiju Menadžment u zdravstvu da „u svakoj organizaciji imate

20 % ljudi koji su odlični radnici, marljivi, radišni, proaktivni i unaprjeđuju sustav, i 80 % onih koji su loši radnici i koje nikako ne možete mijenjati na bolje (ili samo minimalno) ma koje metode upotrijebili“. Picassoova izreka glasi: „Tko hoće nešto učiniti, naći će načina, tko neće, naći će opravdanje.“ Vježiti sam optimist i vjerujem da se u dobroj i zdravoj atmosferi ipak može utjecati da se tih 80 % barem malo smanji.

U prošlom broju je dr. Ingrid Marton u članku *Sizif ili priča o liječništvu danas* napisala da se boji kako još uvijek nema dovoljno kritične mase da bi se društvo promijenilo – na bolje.

Točno, kritična masa je ključna.

Stoga bi se ljudi koji su u sivoj zoni trebali pomaknuti. Po mogućnosti u zelenu zonu.

Isplati se, jer dobro se dobrim vraća.

Tatjana Nemeth Blažić, dr.med., tatjana.nemeth-blažić@hzjz.hr

Iznenađena sam

Ugodno sam iznenađena uvođenjem u Liječničke novine nove kolumne dr. Dragana Maloševca "Hitna medicina kroz humor". Tekstovi, odnosno "crtice", vjerno, na duhovit i britak način opisuju svakidašnje situacije koje su poznate svakom "hitnjaku". Naravno, ispod sloja humora opisan je naš svakidašnji korisnik usluga, često needuciran i neupućen u načine ostvarivanja svojih prava i korištenje zdravstvene službe.

Dr. Senka Samardžić, Osijek

EKLEKTI(CI)ZAM I MI

Ma tko ne bi pobjegao iz vladavine mediokriteta!

Prof. dr. sc. DUBRAVKO HABEK, dubravko.habek@os.t-com.hr

Moramo li ponovno polagati ili obnavljati etičko-moralno-epistemiološku eklektiku, modificiranu Hipokratovu prisegu poput licence za rad, poštivati salutogenezu zdravoga tijela i uma, poštivati stepenište hijerarhije, ili se prepustiti stihiskom običajnom pravu na koje se citiramo jer nema drugog zakonskih okvira

Već nekoliko mjeseci sa zadovoljstvom i voljom čitaju se članci naših kolega u Liječničkim novinama, članci koji induciraju i ohrabruju nova promišljanja na aktualna zbivanja u našem zdravstvu i društvu. Posebice su čitljivi eseji i osvrti prof. dr. Lade Zibar s njenim promišljanjem odmaka Gaussove krivulje našega društva i akademске zajednice, zatim članci o odlasku i nakanama odlaska mladih liječnika iz Hrvatske (60 % želi napustiti Hrvatsku!), onda članci o do sada nepopravljivom popravku specijalističkog usavršavanja i brojni drugi. Stoga i ja odlučih malo promisliti.

Akademsko milosrđe

Morali smo i trebali smo skupljati najbolja znanja i vještine, vodeći se više nego tisućljetnoga povijesnog modela galenskoga eklektizma (eklekticizma), koji skuplja sve najbolje medicinske škole i medicinsko-filozofska i bioetička promišljanja. Težimo učiti i biti dobri u svojoj profesiji, a učimo od onih koji znaju što i kako rade, pišu, i citiraju ih, govore i prezentiraju akademsku i profesionalnu zajednicu. Oni drugi ih nazivaju skribomanima. No, jesmo li akademskim milosrdem neakademske prepoznatljivosti stvaranja hrpe naglih znanstvenika i stručnjaka učinili zadano? U našem je podneblju u nekim strukama jasan epistemiološki paradoks. Znanost teorije znanja neki pretvaraju u „znanost“ akademskog milosrđa. Moraju biti izabrani u nastavnike oni koji se moraju izabrati. Ovim ili onim putem. Drugi ne mogu. Jer ne mogu. Nema odgovora zašto. A vele da nema niti pravnoga lijeka za popravak štete jer je tako odlučeno i izglasano. Koji su to (ne) čudoredni pravni lijekovi? Nije bitna prepoznatljivost, citiranost, stručnost. Nedavno izšla knjiga o akademskom čudoredu poznatog profesora prava tako zorno opisuje ova zbivanja da preporučujem knjigu svakomu.

I onima izabranima, i onima neizabranima: akademsko milosrđe ne smije postojati u medicini. Samoreklama novoniklih ili opetovano vraćenih ili vraćanih proizvoda nekih sustava, ne preveć mlade životne dobi, po kojekakvim glasilima i prikazima, daleko je od akademske i moralne čestitosti. Usude se, možda i bez samosvjesnosti, možda i nagonorenih, za puk prikazati tko zna kakve metode nekog već davno objavljenog zahvata, ali pogrešno interpretiranog, pa proizlazi da je na granici mengelizma i humanog eksperimenta bez dozvole etičkoga povjerenstva za takvo što. No, u nas i to prolazi. (Bio) etičari u kliničkim ustanovama morali bi procijeniti ovakve slučajeve, a ne aplaudirati im.

Specijalizanti i mi

Dobiti iskreno željenu specijalizaciju u nas možebitni je problem. Tako je od jednog specijalizanta nedavno komisija za prijam na specijalizaciju, premda je imao najbolje tražene uvjete i bodove, pa čak i radove, izrijekom tražila da mora obavljati pobačaje iako je praktični vjernik, u tome trenutku nebitne vjerske provenijencije. To je događaj prije početka specijalizacije. A onda, kako će specijalizant prve godine specijalizacije promišljati nakon kolegija jednoga odjela ili klinike gdje kolega kolegu pogodi pepeljarom ili stolcem, gdje mlađi specijalist šefu udari glavom u glavu, gdje kolega kolegu guti za vrat poput kakovog noja, gdje eskapada logoreje i disperzija misli u opisu nekih operacija nije uhvatljiva, s usputnom neprocjenjivom deluzijom granditeta, da i najveći anatomi, patolozi i operatori ne mogu shvatiti što se operiralo, gdje se specijalizanti odvlače u „samice“ i s njima razgovara nasamo s pitanjem „U koji klub ti spadaš?“ „To što te uči tvoj mentor nema

veze ni s čim, radit ćeš kako ti je kažem. Ja sam danas gazda u dežurstvu" - reče jedan stariji kolega specijalizantu. „Ali to je arhaično. Gdje to piše? Ja ne znam tako." - hrabro se suprotstavi specijalistu prastarom i odbačenom modelu zbrinjavanja problema. „Nigdje to ne piše, to je ispod stola. To samo ja znam!" - odgovorio mu je specijalist kojemu su jedina literatura prastari udžbenik iz pedesetih, a preveden na hrvatski sedamdesetih godina prošlog stoljeća, i dnevne novine. Jedan je od specijalizanata rekao nakon takvog „suočavanja" sa starijim kolegom da mu je još samo trebao staviti lampu pred facu i štakora Karla na goli trbuš po uzoru na jedan film, i da ga razapne jer mu je mentor netko drugi, a ne on.

A kakva je krivulja učenja naših specijalizanata i stvaranja stručnjaka nakon pet ili šest godina specijalizacije, posebice operacijskih struka? Pa većina je tek onda nekompetentna za samostalan rad: ustrašeni su, zaplašeni, bez dovoljnih vještina, iako možda i solidnog teoretskog znanja zbog friško pripremljenog ispita i informatičke pismenosti pojedinih kolega. Manji dio odnosi se na individualan ili mentorski (tutorski) rad. Drugi je pak tobožnji veliki učitelj-operater pred neku operaciju „upalio" računalo pa na YouTubeu pronašao nekakav kratkometražni „clip" s prikazom operacije, pa je tako naučio operirati sa 45 godina. Rekli bi Bosanci „Jadna mu majka!". I jao tim pacijentima. Pa što je radio dvadeset godina otkad je na klinici? Kada mu je bilo dogovorena edukacija izvan zemlje, našao je nekakav razlog koji nije baš ispričljiv. No, eto, osim granice sa Slovenijom i kupanja u Čateškim Toplicama, niti jedna klinika ni odjel nisu vidjeli samoprovlanog kirurškoga virtuoza. No, možda nije niti on kriv. Samouki doktori u 21. stoljeću! Slušamo da se ovaj naučio sam ultrazvuk, ovaj naučio „sam" laparoskopsku limfadenektomiju... Ma gdje? U kojem „training-centru"? Na jednim pacijentima? Ovo je teško izgovoriti i napisati.....

A mentor? Mentor mora biti po običajnom pravu ili šef odjela, pa se njemu naknada za mentorstva (sporadično ili redovito) isplaćuje, ili je to netko drugi s dobrim uvjetima, ali bez isplate ikakvog honorara za mentorstva. Može li kiruršku



specijalizaciju ili subspecijalizaciju mentorirati netko tko kao „operator-specijalist kirurške struke" ne operira, može li netko biti ispitivač na specijalističkom ispitu koji je stručan, a ne znanstveni ispit po svojoj vokaciji, a bez nacionalne i inozemne profesionalne, pa i znanstvene prepoznatljivosti? Naše hrvatsko običajno pravo! Specijalizanti kirurške struke ponajvećma „dobiju" neku veću operaciju prije specijalističkog ispita, u ginekologiji je to gotovo uvijek carski rez, u općoj kirurgiji hernija. I to je moderna *evidence based medicine* na koju se kunemo, to je naše običajno pravo edukacije. Nekompetentnim kompeticijama danas se usuđuju razni individualci i udruge organizirati kojekakve i svakakve slabo posjećene skupove, sa široko odaslanim porukama zastrašivanja zdravstvenih djelatnika i javnosti koje nemaju veze sa zadanim temama i sa sramotnim odjekom struke u javnosti. Na što nas podsjećaju ovakvi primjeri? Model informacije-kontrainformacije! Mi koji smo bili u Domovinskom ratu kao aktivni liječnici na bojišnici nismo pomicali da se ovakvo što može događati. Zar se povijest ovih krajeva ponavlja? Pa tko ne bi onda pobjegao iz Hrvatske?

Mi sami za sebe

Novo pitanje nameće se samo od sebe: cijenimo li mi sami sebe, gdje je nestala stoljećima zaklinjana interpersonalna doktorska gospodska empatija? Upadljivo je da, čitajući naša strukovna stručna i znanstvena glasila i časopise, uz dužnu zahvalu pojedinim kolegama koji se potrudile napisati nekrologe i posthumne bi-

ografije naših pokojnih kolega, između ostalih, ne možemo pronaći nekrologe naših pokojnih bjelovarskih liječnika. A umrlo ih je u proteklih nekoliko godina desetak (tri ginekologa, dva kirurga, jedan urolog, jedan internist, jedan pulmolog, jedan psihijatar ...), ljudi koji su čitav profesionalni vijek, svoja četiri desetljeća i više, proveli radeći, učeći one koji ostaju, s nebrojenim zapisanim operacijama, porođaja, pregleda i pretraga u bolničkim protokolima... Pa nitko od nas ne treba biti toliko književno nadaren da napiše biografiju pokojnog kolega od kojega je učio i s kojim je radio, pronaći njegovu sliku, intervjuirati obitelj. Taj bi nekrolog bio prilog povijesti našega zdravstva, jer s odlaženjem kolega i njihovih obitelji i suradnika odlaže sve u zaborav, ako pisanoga traga nema. Osim na grobu i križu skromno napisano ime i prezime s godinama rođenja i smrti, pa uglavnom i bez titule. Zapadnoeuropski svijet kojem se referiramo ne zna za ovu moralnu sablazan.

Kada sam istraživao i pisao nedavno izašle knjige o bjelovarskom zdravstvu, istražujući biografije naših prethodnika, a posebice osobnim kontaktima s kolegama koji su iz raznih razloga napustili Bjelovar, uvidio sam da je doista danas sve isto kao i prije. Što li su sve pretrpjeli naši prethodnici! Zbog neslaganja s tadašnjom aktualnom vlašću (koju danas nazivamo jednoumljem) i nesređenih međukolegijalnih odnosa na odjelima trpjeli su i struka i pacijenti. Tako je jedan dugogodišnji zasluz-

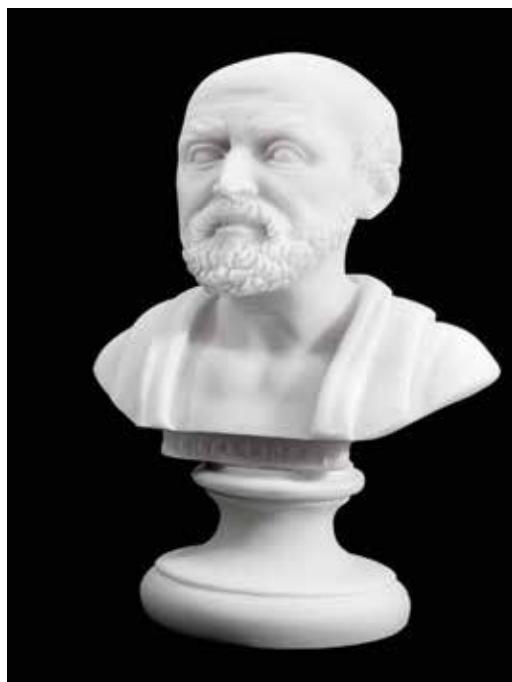
ni ravnatelj i kirurg prisilno umirovљен 1940. godine. Krajem pedesetih godina prošloga stoljeća iz bjelovarske se bolnice razišao tolik broj naših kolega po cijelom svijetu, a o tome se šutjelo i nije puno pričalo. Nije bilo važno što mjesecima nije bilo specijalista ginekologa nakon odlaska dvojice prvih ginekologa iz Bjelovara i što su tada podobni sekundarci „porađali“ s danas neizrecivo velikom stopom perinatalnog pomora i komplikacija. Jedan nedavno preminuli kolega opisuje u svojim pismima režimske metode kojima se „en bloc“ rješavalо tada rijetko sposobnih specijalista ginekologije, interne i kirurgije. Suvremenici toga doba, koji nažalost sada biološki polako odlaze, otvorili su dušu i pisali o tim vremenima. Pedesete i šezdesete godine prošloga stoljeća obilježila je netolerantnost i nekolegijalnost. Kao da su se one sive mijazme jala i zavisti spustile nad neke bolnice. I tako i danas. Od 2000. godine do danas egzodus liječnika iz jedne županijske bolnice s 250-godišnjom tradicijom ne jenjava. Nije moguće ispraviti sustav kad se ljeti prije dvije godine pisalo „doktoru heroju-doktoru smrti“ na naslovnicama novina, a koji je tisućama operacija u ratu i poraću na bojišnicama i bolnicama (za)radio svoju kirurgiju.

Zadužili su ti brojni liječnici svojim bivstvovanjem naše gradove i županije, tisuće ljudi, a otišli iz njih kao nepoželjni građani. Poznata je izreka dugogodišnjega virtuzognog šefa bjelovarske kirurgije pri odlasku u mirovinu da nikada više neće kročiti u nju. I nije kročio. Jer je odluku o prestanku radnog odnosa dobio od čistačice. Izgleda da je ta sramotna filijala djelovala stalno, pa su se početkom devedesetih godina prošloga stoljeća po bolnici i gradu vodile žustre rasprave, uz zgrajanje, zbog otkaza u jeku Domovinskog rata jednom kolegi koji je napustio dežurstvo, a koji je grješku i priznao. Kolega je dobio otkaz, a u sudnicu je donesena kartonska kutija *Koestlin* puna povijesti bolesti navodnih bolesnica kojima je ovaj kolega „uspio uništiti zdravlje i valjda reprodukciju“ i tako predočeno суду da je zaslужio ono što je dobio. Nekoliko godina poslije drugi je liječnik otrčao za dežurstva i igrao nogomet i - nikome ništa. Danas je šef odjela! Nazvah to „selektivnim jatrocidom“.

Nećudoređe

Jedan naš poznati profesor prava i bioetike, koji se bavi deontologijom medicinske struke, objavio je u monografiji *Iz forenzičke ginekologije i opstetricije*, kojoj sam bio urednik, ove misli: „Treba imati savjest i samosvijest, svijest o profesiji, neovisnost profesije od autoriteta vlasti i društvene zajednice, samosvojnost same profesije, bez čimbenika ugrožavanja profesije (sukob interesa, korupcija, profesionalna izopačenost).“ Dalje kaže: „Načelo da je čovjek uvijek vrijednost-cilj i da ne bi nikada trebao biti vrijednost-sredstvo; svijest, promicanje i ozbiljenje načela jednakosti-pravednosti-pravičnosti, načela snošljivosti, načela slobode; načela zajedništva; načela pozitivne solidarnosti; apsolutne nedopustivosti negativne solidarnosti i moralni imperativ ukazivanja na nećudoređe i ne-deontologiju u profesiji...“. Poznati profesor i moj prijatelj ovako je kroz smijeh komentirao: „Pa svagdje ti je isto, neki vrag je ušao u nas, možda nam treba egzorcist!“

Poštujući ove jednostavne riječi, koje su možda komplikirane za čitanje, moći ćemo se oduprijeti izazovima ovoga života, no izgleda da nekim ipak treba previše truda da bi se prevladala biološka raznolikost i individualnost. Umjesto ljubavnih romana i žute štampe možda bi se u dežurstvu moglo za čitanje preporučiti nešto iz filozofije tolerancije i bioetike, ako već ne štivo iz svoje struke, koje su neki zadnji puta pročitali prije dvadeset i više godina. Narav ili čud se mijenjati ne može, svatko je na nekom mjestu jer na njemu treba biti iz raznih razloga, ovih ili onih. Autokratska vlast i interesi ipak su karakteristika našeg življenja. Liječništvo je profesija filozofije dobrohotnosti i duhovne otvorenosti pa svojom aurom ne bi smjela dopustiti prilaz spomenutim negativnim silnicama. Sastavnice etičkih principa življenja i orijentacije trebale bi biti crte vodilje miljama daleko od nenaobražene inteligencije, opetovano trijumfirane, promocije loših i korumpiranih talenata i vladanja diktature mediokriteta u svim slojevima društva, nesnošljivosti, alergičnosti na sve, na tuđe osobnosti bez samopropitivanja (jer nemaju prijeko potrebnu autoimunu reakciju), a koji se



izraženo reflektiraju i na zdravstvo koje bi trebalo biti daleko od toga.

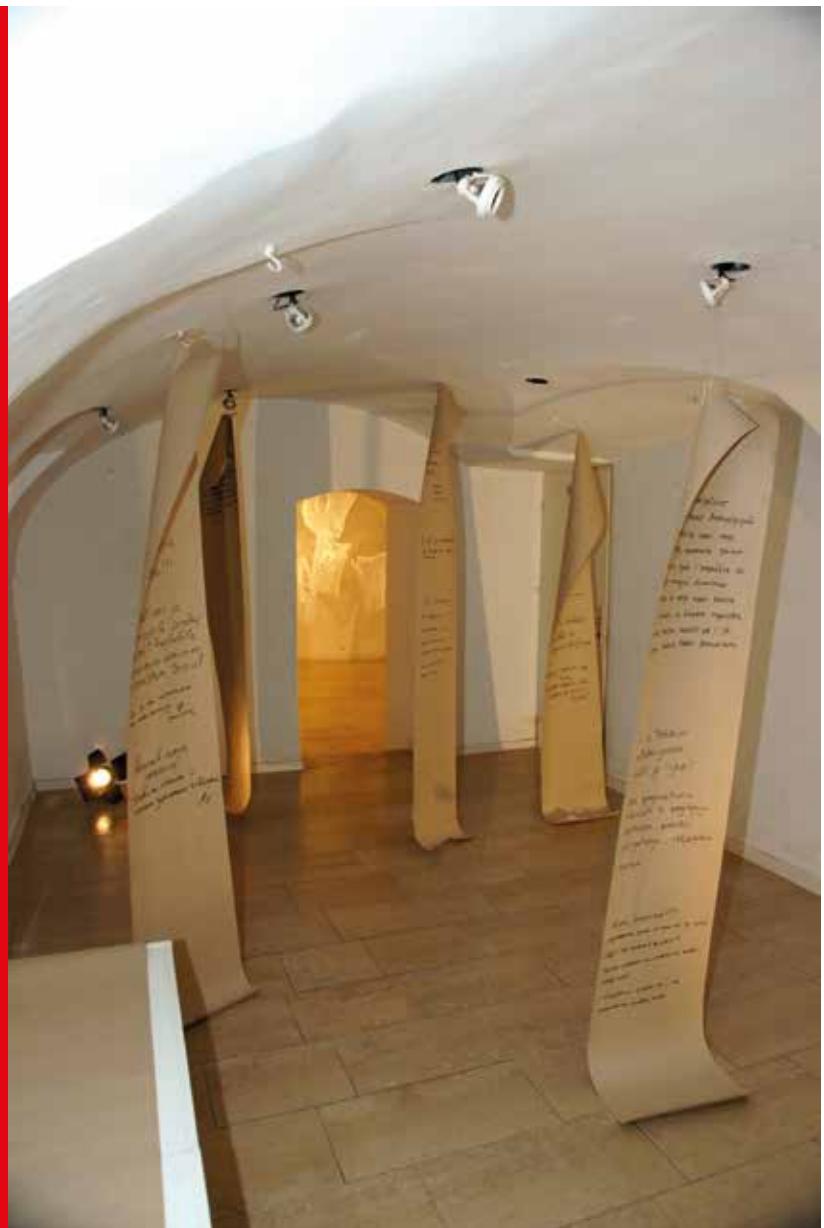
No, izgleda da je spomenuti model purgatorija dobro zasađen na modelima nekih prošlih vremena tako da se rezidue viđaju i danas. One nikome ne koriste. A možemo li nešto izmijeniti i ne trošiti vrijeme na druge, nego ulagati u sebe?! I u ono za što jesmo, u medicinu i liječništvo, u ono čovječno? Kako je moguće da nakon nesretnoga kliničkoga događaja već izjutra na naslovnicama novina svane medicinska dokumentacija, kako je moguće da kolega na viziti u 21. stoljeću kaže bolesnici pred ostalim pacijentima da ju je netko pogrešno operirao te da bi bolje prošla da ju je on operirao te na taj način vrijeda starije, spretnije i etičnije kolege?

Moramo li ponovno polagati ili obnavljati etičko-moralno-epistemološku eklektičku, modificiranu Hipokratovu prisegu poput licence za rad, poštivati salutogenезu zdravoga tijela i uma, poštivati stepenište hijerarhije, ili se prepustiti stihiskom običajnom pravu na koje se citiramo jer nema drugog zakonskih okvira?

Prije više od tisućljeća u Cordobi je ute-mljena institucija tolerancije, ali ona nije stigla do nas. Austro-ugarski ministar Metternich jednom je rekao „Sve što je istočno od bečke Landstrasse je Azija.“

PASLIKA -

SVIJET IZNOVA STVOREN



Udruga žena oboljelih i liječenih od raka SVE za NJU osnovana je 21. ožujka 2008., a 21. svibnja 2010. otvoren je za njih Centar za psihološku pomoć. Iz godine u godinu raste broj korisnica koje se javljaju u Centar radi informiranja, edukacije, podrške i stručnih savjeta. Sve to Udruga organizira na jednome mjestu, u Ul. Kneza Mislava 10 u Zagrebu. Iza Udruge je na desetke različitih projekata i preventivnih akcija, a tijekom proteklih godina stotine žena su potražile pomoć kod stručnjaka u Udrudi. U sastavu programa Centra svoje mjesto ima umjetnost i kreativno izražavanje kao put koji pomaže emocionalni izražaj i katarzu i time postiže terapijski učinak.

Još prošle godine rodila se ideja o zajedničkoj suradnji između Udruge i umjetnice Krune Tarle. Kruna je željela jednu svoju ideju realizirati upravo sa ženama oboljelim od raka znajući da se radi o posebnim pričama u borbi za svoj život i zdravlje. Njezin autorski projekt kroz univerzalni jezik umjetnosti priča o identitetu žena s iskustvom raka.

Paslika – Svijet iznova stvoren naziv je autorskog projekta i izložbe koja je postavljena u Galeriji ULUPUH u Tkalcicevoj 14 u Zagrebu 20. svibnja. Umjetnica je održala nekoliko radionica u Udrudi SVE za NJU, na kojima su žene izradivale gipsane odljevke svojih lica. Žene nisu bile samo modeli nego su aktivno sudjelovale radeći odljevke jedna drugoj. Rezultat radionica su maske i poruke koje su napisale. Iza njihovih lica – maski kriju se autentične priče prepune emocije i borbe. No vrijednost koja publici ostaje nevidljiva, je prekrasno druženje umjetnice sa ženama tijekom radionica. U projektu su osim oboljelih žena sudjelovale njima bliske osobe (obitelj, prijatelji, volonteri) koje su ih pratile (i još ih prate) na njihovom putu.

**Jedan sasvim poseban način za
skretanje pažnje na priče koje se kriju iza
autentičnih lica žena s iskustvom raka**



vidu gipsanog odljeva lica, istovremeno je i himna različitosti, neponovljivosti, kao i uranjanje u rijeku predaka: „Pa to sam ja! Odmoriti se načas od tisuću pitanja, osjetiti samo ljepotu koja umiruje i liječi. Ljepotu koja je odgovor bez pitanja...

Sudionice su doobile na poklon svoje maske, a poruka jedne od njih glasi: „Važno je ostaviti trag pa makar i u gipsu.“ Iako je prošlo dosta vremena od radionica i izložbe još uvijek je snažan dojam iskustva koje su stekle u Projektu.

Ljiljana Vukota, Ljiljana@svezanju.hr

Posjetitelji su kroz tri dvorane mogli na simboličan način proći put kojim su prolazile sudionice radionica i osjetiti barem nagovještaj njihovih emocija od usamljenosti bolesnika, preko procesa spoznaje i filtracije životnih vrijednosti i osnaživanja do duhovnog zajedništva s drugima koji su prošli isti put.

Projekt je realiziran u suradnji ULUPUH-a i SVE za NJU, uz podršku Ministarstva kulture, i smjestio se u projekt Reli po galerijama koji popularizira kulturu u prostorima galerija Grada Zagreba i Rijeke. Umjetnost je moćan medij koji ujedinjuje stvaratelja i gledatelja, a ova izložba je izvanredan način da se skrene pozornost zajednice na potrebu za podrškom svima ženama koje se suočavaju s rakom.

Ljiljana Vukota, mag. psih., glavna tajnica SVE za NJU, voditeljica Centra za psihološku pomoć

Umjetnica Kruna Tarle o projektu

Nakana mi je da umjetničkim sredstvima široj javnosti ukažem na mnoštvo nevidljivih boli i tihih borbi onoga kojeg zovemo Drugi; barem tako dugo dok i same ne postanemo taj Drugi. Ovdje se radi o jednom putovanju prema Njemu. Moja dugogodišnja želja da se otisnem na ovo putovanje kroz masku manje se temelji na ideji, a više na viziji i naslućivanju da se upravo u ovom moćnom mediju mogu izraziti osjećaji pohranjeni u najveće dubine iracionalnog. Maska se rađa kao otisak autentičnog lica, kao svojevrstan potpis ili pečat. To je i dijalog s vlastitim tijelom, pogled na sebe izvana. Susret sa svojom maskom bjeline, u



Evidence Based Medicine – kako prevesti na hrvatski jezik?

JOSIPA KERN, ĐURO DEŽELIĆ
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku

Mnoštvo je definicija pojma evidencebased medicine (EBM) koje navode relevantne znanstvene činjenice i profesionalno kliničko iskustvo. Međutim, prema Sackettu, američkom kliničkom epidemiologu, koji se zbog svojih značajnih radova na području EBM-a smatra pionirom ili „ocem“ EBM-a, EBM čini trijada: relevantne znanstvene činjenice, profesionalno kliničko iskustvo, potrebe i želje pacijenta

Uvod

Prije desetak godina za časopis *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* JK je predstavila svoj pogled na budućnost zdravstvenog sustava u svjetlu razvoja i primjene informacijskih tehnologija. Članak s naslovom *Zdravstvo digitalnog doba* jednim se svojim dijelom osvrće na problematiku iz gornjeg naslova. U poglavlju koje je JK naslovila *Medicina koja se temelji na znanstvenim činjenicama* stoji:

Odlučivanje u medicini i zdravstvu treba biti argumentirano, treba se temeljiti na podacima, na informacijama, na znanju koje je proizašlo iz podataka i informacija kao rezultat primjene znanstvenih metoda. Elektronički zdravstveni/medicinski zapis može i mora biti temelj argumentiranog odlučivanja. Znanstvena metodologija u pravilu uključuje statistiku, a kao što je poznato, statistikom ne dokazujemo nego samo provjeravamo postavljenu hipotezu istraživanja. Konačno, hipotezu prihvaćamo ili odbacujemo s određenom vjerojatnosti. Zaključci jednog istraživanja ne garantiraju da će se i u sljedećim istraživanju istog tipa doći do istih rezultata.

Danas se često govori o EBM (engl. evidence-based medicine) što se kod nas obično prevodi kao „medicina utemeljena na dokazima“. Međutim što su tu zapravo dokazi („evidence“)? Jesu li to doista dokazi, i je li to dobar prijevod? Prema jednoj kanadskoj studiji iz 2004. godine „evidence“ je „znanje koje se temelji na vjerdostojnim istraživanjima, izračunavanjima ili analizi. Ključno je pritom da je to znanje prikupljeno nezavisno od mogućih osobnih interesa, vlasničkih interesa ili uvjerenja“. Odnosno „evidence“ je „sinonim za tvrdnju koju podupire rezultat mjerenja i strogog dizajna istraživanja“. S obzirom na to da takva istraživanja uključuju primjenu statističkih metoda, bilo bi ispravnije govoriti o „evidence“ kao o „činjenici do koje se

došlo primjenom znanstvene metodologije“ ili jednostavno o «znanstvenoj činjenici» o čijoj istinitosti možemo suditi samo s određenom vjerojatnosti. I stoga, nije primjerenovo govoriti o „dokazu“.

Upravo na taj dio stigao je (samo) jedan komentar, komentar primariusa dr. Berislava Skupnjaka, našeg poznatog specijalista socijalne medicine i podupiratelja razvoja medicinske informatike u nas. U svom osvrtu Skupnjak je podržao stav da je primjerenije govoriti o „znanstvenim činjenicama“ nego o „dokazima“. U međuvremenu međutim u medicinskim se krugovima i dalje preferira riječ „dokaz“. Pokušajmo zato razmotriti o čemu se zapravo radi.

Što je u osnovi sadržaja EBM-a?

Mnoštvo je definicija pojma *evidence based medicine* (EBM) koje navode relevantne znanstvene činjenice i profesionalno kliničko iskustvo. Međutim, prema Sackettu, američkom kliničkom epidemiologu, koji se zbog svojih značajnih radova na području EBM-a smatra pionirom ili „ocem“ EBM-a. (D. L. Sackett et al, BMJ 1996;312:71-72), EBM čini trijada: relevantne znanstvene činjenice, profesionalno kliničko iskustvo, potrebe i želje pacijenta.

Iz definicija se čini da je u EBM-u glavni nagon na dostupnim relevantnim znanstvenim činjenicama (tj. „relevant information from peer-reviewed clinical and epidemiologic research to address a specific clinical issue“ odnosno „evidences“). Razina relevantnosti znanstvenih činjenica ovisi o vrstama znanstvenih istraživanja iz kojih te znanstvene činjenice proizlaze. Najviše se cijene randomizirana klinička istraživanja, dvostruko slijepi pokusi s kontrolnom skupinom, meta-analize.



Termin Evidence based medicine u hrvatskom prevodimo kao "Medicina temeljena na dokazima"

Zašto „znanstvena činjenica“ a ne „dokaz“?

Činjenica je da razvojem novih metodologija i primjenom novih tehnologija u medicini kao i prikupljanjem novih podataka može doći do promjena u rezultatima, u najekstremnijim slučajevima možda čak i potpuno različitim ili suprotnim rezultata, što onda daje nove „dostupne relevantne znanstvene činjenice“ (*evidences*). Na taj način *evidence* prestaje biti *evidence*, a ako to nazovemo dokazom (a dokaz možemo razumjeti kao nepobitnu istinu), onda dokaz više nije dokaz (istina prestaje biti istina), no i dalje ostaje znanstvena činjenica (doduše, zastarjela) koja je dobivena primjenom (do tada poznatih) znanstvenih metoda (prikupljanja i analize podataka kao i tumačenja dobivenih rezultata).

Činjenica je da se riječ „*evidence*“ u rječnicima prevodi i kao „dokaz“. Mnoge struke „dokaz“ smatraju intuitivno jasnim pojmom, bez potrebe da ga se definira. Međutim, u rječniku hrvatskog jezika (Anić, 2000) piše da je dokaz „obavijest ili obrazloženje kojemu je cilj dautvrđi istinu u vezi s nekom činjenicom“ odnosno „ukupnost razloga koji omogućuju da se

utvrdi istinitost neke tvrdnje te postojanje ili nepostojanje nekog čina ili djela“. Čini se da tako definiran *dokaz* ne odgovara u potpunosti onome što se navodi uz pojam *evidencebased medicine*.

Primjerice, u radu Matthias Egger, George Davey Smith and Jonathan AC Sterne. *Uses and abuses of meta-analysis*. Clin Med JRCPL 2001;1:478–84. jasno je prikazano kako se zaključak o korisnosti/učinkovitosti primjene beta-blokera u sekundarnoj prevenciji nakon infarkta miokarda mijenja tijekom vremena. Tako analizirajući rade do 1981. godine meta-analiza pokazuje statistički značajno smanjenje mortaliteta nakon primjene beta-blokera u sekundarnoj prevenciji nakon infarkta miokarda, no daljinjom kumulativnom meta-analizom prateći istraživanja odnosno rade objavljene sve do 1997. (daleko, prikupljanjem novih podataka) stvar se mijenja. Dakle, znanstvena činjenica (*evidence*) iz godine 1981. da „primjenom beta-blokera u sekundarnoj prevenciji nakon infarkta miokarda statistički značajno smanjuje se mortalitet“ prelazi godine 1997. u novu znanstvenu činjenicu „primjenom beta-blokera u sekundarnoj prevenciji nakon infarkta miokard-

da nema statistički značajnog smanjenja mortaliteta“. Kad bismo govorili o dokazu (a ne o znanstvenoj činjenici) onda bismo morali reći da *dokaz* više nije *dokaz* (jer se potpuno mijenja). No, dobiveni rezultat i dalje ostaje *znanstvena činjenica* ili *znanstvena spoznaja* do koje se je došlo znanstvenim metodama (meta-analizom) na uzorku istraživanja objavljenih od 1967 do 1981 godine. Povećanjem uzorka, odnosno uključivanjem radeva objavljenih do 1997 i primjenom kumulativne meta-analize dobiva se potpuno različita (suprotna) nova znanstvena činjenica.

Kako EBM prevode drugi jezici?

Zadržimo se na nazivlju koje srećemo u druga dva velika europska jezika – njemačkom i francuskom.

U njemačkom jeziku postoji riječ *Evidenz* (hrv. evidencija, lat. *evidentia* = očevnost) pa ga njemački autori uglavnom niti ne prevode premda bi ga se kolokvijalno moglo prevesti kao: očevnost, očitost, potpuna jasnoća. No, kada se opisuje pojam *Evidenzbasierte Medizin* kaže se da je to „savjesno izrazito jasno i razumno korištenje sadašnjih najboljih vanjskih znanstvenih iskaza za donošenje odluka

u medicinskoj skrbi pojedinih pacijenata“.

S problemima prevođenja EBM na francuski jezik posebno se pozabavio Joseph Watine, francuski liječnik i član radne grupe „Smjernice za kliničku praksu“ Europske federacije za kliničku kemiju, u svojem članku (CCLM/FESCC 2010; 48(9) 1227-1228) postavlja pitanje “je li vrijeme za međunarodnu standardizaciju prijevoda pojma EBM?”. Dio njegovog teksta (u hrvatskom prijevodu) glasi ovako:

“Na francuskom, imenica “évidence” obično opisuje postupak tijekom kojega naš um prihvata nesumnjivu istinu. Uobičajeni prijevod pojma “évidence” je očitost (očvidnost), što je imenica koja se može definirati kao nešto što se lako vidi i razumije. Premda francuska riječ “évidence” nema potpuno isto značenje kao engleska riječ “evidence”, velikoj većini francuskih zdravstvenih stručnjaka koji govore engleski može biti teško primijetiti razliku između dvije riječi koje se pišu gotovo jednako i u kojima je jedina razlika naglasak na prvom slovu “e”. Posebno zbog toga što se engleski “evidence” izgovara

gotovo jednako kao francuski “évidence”. I pogotovo što neki izrazi mogu zavaravati, kao na primjer “c'est l'évidencemême” može se prevesti kao “it's completely obvious” (potpuno je jasno), ali i kao “it's completely self-evident” (potpuno je bjelodano bez dokaza), kao na primjer “à l'évidence” može se prevesti kao “evidently” (očito) ili “obviously” (razumljivo).

Zbog toga “médecine basée sur les évidences” je vjerojatno najvarljiviji od svih prijevoda koji su ovoga časa u upotrebi, iako je najprirodniji za mnoge Francuze.“

Zaključna razmatranja

Činjenica je da problem prijevoda pojma „Evidence Based Medicine“ postoji u mnogim jezicima. Međutim, ako u jednom jeziku (npr. francuskom ili njemačkom) postoji riječ koja (po pisanju ili izgovoru) odgovara engleskom evidence onda se ta riječ i upotrebljava bez obzira na njezinu pravo značenje (npr. u francuskom ta riječ nema sasvim isto značenje kao u engleskom) – svatko pod tim nazivom može podrazumijevati štogod mu draga.

No, ako u hrvatskom prijevodu pojma „Evidence Based Medicine“ ne želimo upotrijebiti riječ evidencija umjesto riječi evidence onda ipak treba razmotriti značenje samog pojma. Dakle, ako je (prema definiciji) u EBM (uz profesionalno kliničko iskustvo liječnika i, eventualno, pacijentove želje i očekivanja) uključeno aktualno i dostupno/raspoloživo medicinsko znanje do kojega se je došlo putem znanstvenih istraživanja (primjenom znanstvenih metoda koje se u velikoj mjeri oslanjanju na vjerojatnost i statistiku) onda to „aktualno i dostupno/raspoloživo medicinsko znanje“ primjereno je zвати znanstvenim činjenicama ili znanstvenim spoznajama (koje podliježu promjenama u ovisnosti o novim istraživanjima – novim tehnologijama, novim podacima, novim metodama). Stoga predlažemo da se EBM prevedi na hrvatski jezik kao medicina koja se temelji na znanstvenim činjenicama ili medicina koja se temelji na znanstvenim spoznajama.

Nekoliko lektorskih savjeta

Ne „podržano je od strane HZZO-a“ nego HZZO je podržao

Ne „na sastanku je rečeno“ nego: taj i taj je rekao (nije svejedno tko je rekao)

Ne „nije u mogućnosti“ nego ljepše i govorno ekonomičnije: „ne može“

Ne „implementacija“ jer je uvođenje ili primjena također ljepše i ekonomičnije

Ne „procedura“ (usvojenica neobično omiljena snobovima) nego postupak

Ne „interesantno“ nego zanimljivo te dodati zašto je to autoru zanimljivo

Ne „superiorniji“ – jer se superlativ ne može stupnjevati (superlativ „na kvadrat“?)

Ne „transparentno“ (omiljena političarska poštupalica) nego jasno ili, doslovno, prozirno

Ne „dvorana Hrvatskog liječničkog zbora“ nego Hrvatskog liječničkog doma.

Razlikujte domjenak (ne može se jesti) od zakuske na domjenku

Razlikujte organiziranje od organizacije; prvo je postupak a drugo je njegov produkt

Dakle, ne organizacija kongresa nego organiziranje kongresa ili simpozija

Razlikujte zamorca (majmuna) od zamorčeta (često se rabi kao pokusna životinja)

Epidemija riječi „ukoliko“ (vezana je uz „utoliko“) nepotrebno je istrijebila veznik ako

Popularna poštupalica „u potpunosti“ istrijebila je bolje izraze: potpuno i posve

Izvor: rukopisi pristigli uredništvu

Željko Poljak

POLIKLINIKA AVIVA

cjelovito rješenje za očuvanje zdravlja

Zagrebačka Poliklinika AVIVA, smještena u Nemetovoj 2, zahvaljujući svojoj **37 godina dugoj tradiciji**, postala je jedan od prepoznatljivih simbola hrvatskog zdravstva. Razlog tome je, prije svega, profesionalnost i kvaliteta usluge u kojoj uvijek teži ka boljem, što je prepozнатno od strane klijenata. Polovica od 25 stalno zaposlenih liječnika Poliklinike Aviva, ima i znanstvene titule. Specijalistička znanja liječnika i timski rad osnovni su pokretač izvrsnosti ove institucije.

Uz multidisciplinarni pristup liječnika te kroz **Centre izvrsnosti**, Poliklinika

Aviva prilagođava programe prevencije, dijagnostike, liječenja i rehabilitacije prema potrebama klijenata i usmjerena je na rješavanje njihovih zdravstvenih problema.

DATG i dr.), **najmodernijim uređajem za magnetsku rezonancu otvorenog tipa** za pregled bez klaustrofobije i iznimno kratko trajanje snimanja.

Vrhunska oprema

Poliklinika AVIVA raspolaže najmodernejšom dijagnostičkom opremom uz koju je moguće otkriti promjene u najranijoj fazi bolesti. Izdvaja se suvremenom ultrazvučnom i radiološkom dijagnostikom (digitalni mamomat, digitalna RTG dijagnostika, denzitometrija,

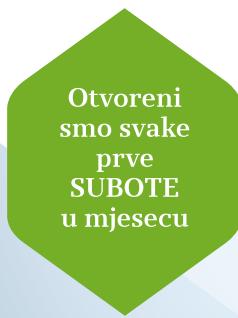
Važnost sistematskih pregleda

Poliklinika AVIVA ističe neprocjenjivu važnost sistematskih pregleda kojima je svrha rano otkrivanje faktora rizika za razvoj kroničnih i zločudnih bolesti i prvih simptoma bolesti koji omogućuju pravovremeno i uspješno liječenje.



DJELATNOSTI POLIKLINIKE AVIVA

- Dermatologija i venerologija
- Endokrinologija i dijabetologija
- Fizikalna medicina s rehabilitacijom
- Gastroenterologija
- Ginekologija
- Interna medicina
- Kardiologija
- Kirurgija
- Medicinski fitnes centar s bazenom
- Medicinsko-bioteknicijski laboratoriј
- Neurologija
- Nuklearna medicina
- Nutricionizam
- Oftalmologija
- Ortopedija
- Otorinolaringologija
- Psihologija
- Pulmologija
- Radiologija
- Magnetska rezonanca
- Urologija
- Kućne posjete



Vaša zdrava odluka

Nemetova 2 | tel. +385 1 4693 111 |
info@poliklinika-aviva.hr | www.poliklinika-aviva.hr



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.

STARI DJED

Odrađena još jedna noćna šihta.

Negdje oko četiri sata malo me uhvatio umor pa odlučim izaći na zrak.

Krenem prema izlazu kroz čekaonicu, a onda se razbudim u sekundi. Strah, šok i nevjerica! Prestao sam i disati.

Nasred čekaonice стоји некакав stari djed!? I gleda me. U četiri ujutro!?

Mislim si, Gec, a jesu blesav, kog vrarga si išao trčati maraton prije noćne smjene pa sad haluciniraš od umora! Protrljam oči, duboko udahnem, pogledam, a on je još uvijek tu. Gleda on mene, gledam ja njega. Polako me počela hvatati panika jer da ga je netko i zaboravio u dnevnoj smjeni već bi se do sada vratili po njega.

Dakle, nije dobro! Skupim hrabrost i obratim se djedu.

- Dobro veče, deda, otkud vi?

- Kako otkud!? Pa iz Đakova, sinko.

Hebat ga, kakvo pitanje, takav odgovor. No, barem shvatim da ne sanjam i ne haluciniram.

- Što je deda, što vas muči?

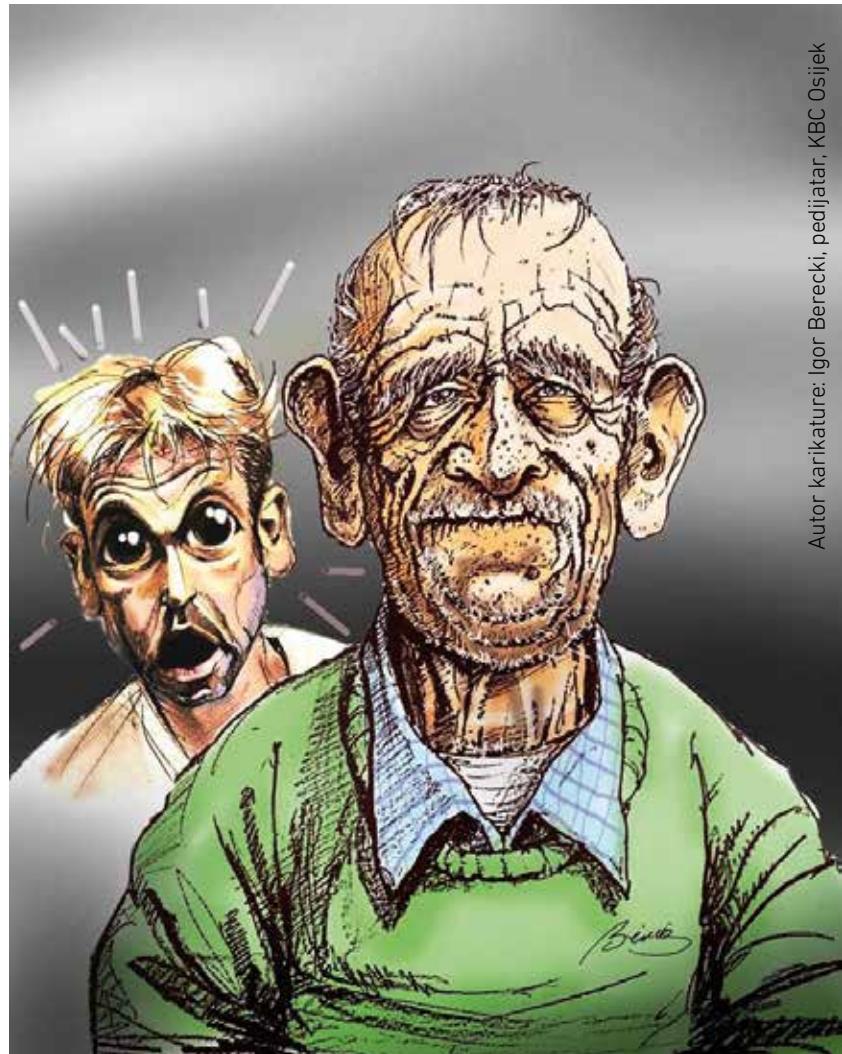
- Boli me koljeno pa ne mogu spavati. Kaže deda, a u tom trenutku ulazi i pratnja koja je u trenucima strave koju sam proživljavao otišla parkirati auto.

- A kad je počelo to s koljenom, deda?

Razmisli on par sekundi i smirenim glasom kaže: Prije nekih desetak godina!

Uf, dva nula za dedu u samo par minuta!

Više nisam postavljao pitanja. Dao sam djedici nešto za bolove i otišao popiti hladne vode da malo dodem k sebi. Od sad u noćnim smjenama dobro zaključavam vrata i ne izlazim više nikud! Nema šanse.





Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek

MOLITVA

Danas sam preživio još jedno dežurstvo. Ali doslovno preživio! Popušio sam klasičnu foru koja se bazira na potpunom raspadu mehanizama kontrole u trenucima umora i nes(p)retnih životnih okolnosti. Nisam video da je sestra već uvela pacijenta u susjednu sobu i to pacijenta kojem na trijažnom listu piše da dolazi na pregled zato jer dva dana nije imao stolicu.

Naravno, nepotrebno je prepričavati moj vrlo glasni komentar koji je u sebi sadržavao i ponudu kojom predlažem da pacijenta odvedem za ručicu u

obljižnji parkić na kakanje i piškenje. Čak sam predložio da to obavimo skupa jer ni ja nisam imao stolicu već par dana.

Nisam uspio prekinuti svoj monolog iako mi je izbezumljeno lice tehničara djelovalo nekako čudno.

Sagne se prema meni i stane tiho govoriti.

- Dok, gospodin o kojem pričaš je već u sobi pored i čuo je svako slovo tvog komentara!

- Ups, a kako izgleda gospodin? Upitam šaptom.

- Izgleda kao da jede malu djecu za doručak! I nije dobre volje.

Pogledam s ruba vrata u sobu i okrenem se zelen u licu sa stezanjem u prsima.

- Nisi u pravu! Ovaj ne jede malu djecu za doručak. Ovaj jede njihove roditelje. A u sobi sto dvadeset i pet kila loše raspoložene žive vase.

Nisam baš vičan molitvama, ali izmolio sam barem dvadeset puta na brzinu sklepanu molitvu života.

- Dragi Bože, pomozi mi da preživim i da moje ozljede ne budu jako teške. Dragi Bože, pomozi mi...

Na kraju sam se s likom sprijateljio, dobio sam vizitku, a razmijenili smo i brojeve telefona.

Ma, primio bih ga i na spavanje kod sebe doma da je to zatražio koliko sam bio sretan što sam ostao živ i zdrav!



LEGE



Dr. Dragan Maloševac i dr. sc. Dražen Ćučić (maratonci), Ivica Lenard i Igor Toman (biciklisti) te Darko Zec i dr. Igor Berecki (prateći vozači) šestorka je koja je "svojim nogama" prešla put od Osijeka do Dubrovnika, dugačak više od 1000 kilometara, a sve kako bi prikupili novac za male bolesnike pedijatrije KBC-a Osijek u sklopu akcije "Lege za djecu superjunake". I uspjeli su! Gotovo bez spavanja, tek s kratkim stankama za prijeko potrebnu okrijevu, prešli su u 72 sata planiranu rutu.

Za male bolesnike pedijatrije KBC-a Osijek biciklisti, maratonci i vozači prešli put od 1000 km u 72 sata

"Nismo mi junaci", uglaš će sva šestorica. "Mi smo to napravili za male superjunake, bolesnu djecu koja se liječe na pedijatriji KBC-a Osijek".

I doista, premda se ne smatraju junacima, napravili su junački podvig. Od 28. lipnja u 17 sati, kada su krenuli iz Osijeka, do 1. srpnja u 18 sati kada su stigli u Dubrovnik, biciklisti su odvozili više od 1000 kilometara, a trkači su istrcali tri maratona (120 kilometara) i sve to pod budnim okom dvojca u pratećem kombiju (Berecki i Zec) koji je bio logistička i blogerska potpora kroz izvještaje s pojedinih etapa. S obzirom da su već imali iskustva u organizaciji humanitarnih akcija, znali su da pažnju javnosti mogu privući samo ako izadu iz okvira uobičajenog. Stoga su kako kažu odlučili "igrati

na rubu" i zadati si ambicioznu rutu Osijek-Našice-Slatina-Virovitica-Bjelovar-Zagreb-Karlovac-Delnice-Crikvenica-Novi Vinodolski-Senj-Karlobag-Zadar-Šibenik-Split-Omiš-Makarska-Neum-Ploče-Dubrovnik.

Upravo nam je Hrvatska liječnička komora bila prvi službeni pokrovitelj. Sve nam je to dalo veliki vjetar u leđa. Prvobitno smo Dražen i ja planirali izaći iz kombija stotinjak kilometara prije Dubrovnika i istrcati jedan ultramaraton, ali nam se javilo jako puno gradonačelnika, članova gradskih vijeća, biciklista, trkača, novinara i svih onih koji su nas htjeli dočekati u gradovima pa smo zato odlučili rasteretiti bicikliste i cijelu rutu istrcati u dionicama", rekao je dr. Maloševac.



ZA DJECU SUPERJUNAKE

"Presretni smo što smo uspjeli odraditi ovu akciju koja sigurno ne bi bila izvediva bez sponzora i pokrovitelja, ali i bez dragih ljudi koji su nam cijelim putem davali toplu i nesebičnu podršku", kaže dr. Maloševac.

Svi koji žele saznati nešto više o ovoj akciji, pogledati slike ili pročitati blog mogu to vidjeti na njihovoј Facebook stranici **Lege za djecu superjunake**.

U svakom mjestu kroz koje su prošli dočekivali su ih brojni građani bodreći ih u njihovom naumu. U Našicama ih je tako dočekao gradonačelnik koji je s njima vozio bicikl dio puta. U Zagrebu ih je dočekao gradonačelnik Milan Bandić te mnoštvo novinara, a u Makarskoj su nakon dočeka dogradonačelnika kod Spomenika branitelju odali počast svim pobjinulim braniteljima u Domovinskom ratu. Na kraju im se prilikom ulaska u Dubrovnik pridružio i dogradonačelnik Željko Raguž koji je zajedno s njima trčao od mosta dr. Franje Tuđmana pa sve do Pila na kojima je ova akcija i završila.

Na upit što im je bilo najteže, Lege kažu da je bilo jako puno trenutaka nabijenih emocijama.

"Dočekivani smo srdačno i ako moram izdvojiti nešto posebno onda su to članice Udruge lađarica iz Metkovića. Kako naša ruta nije prolazila kroz Metković te su se drage žene spustile do Opuzena i čekale nas satima pokraj ceste na nesnosnoj vrućini ne bi li nam dale hladne sokove, smokve i specijalno za nas napravljenu veliku pogaču", kaže dr. Maloševac.

Tijekom jutra posljednjeg dana utrke ostalo im je još 12 sati da prođu kroz Split i stignu do Dubrovnika.

Cesta na toj ruti, kažu lege, podmuklo zavija, uporno se propinje uzbrdo i nizbrdo, a bile su i tropske vrućine. Nije sluštilo na dobro. Ali tako su blizu kraja bili. Vozači kombija zakrvavljenih očiju u nevjericu su se čudili odakle više biciklisti i trkači uspijevaju crpiti volju i energiju za nastavak. Češće su zijevali nego što su im usta bila zatvorena. Nema predaje! Dalje, dalje, brže! U očaju su kažu odvrtali Narodni radio do kraja! Samo da ih drži budnima. Jer obećali su izdržati - samima sebi i njihovim superjunacima, malim bolesnicima na Klinici za pedijatriju. A obećanje njima se moralo održati.

72 sata od Osijeka do Dubrovnika:

Biciklisti: 1043 km

Trkači: 121 km

Kombi: 1193 km



Oni koji to još nisu učinili, a žele uplatiti donaciju za male superjunake iz KBC-a Osijek, mogu izvršiti uplatu na broj računa:



**LEGE ZA DJECU
SUPERJUNAKE**

Broj računa za uplatu donacije:
KBC Osijek, Huttlerova 4, Osijek

- za djecu superjunake -

HR4424070001100401308

facebook.com/Lege za djecu superjunake
#legezadjecusuperjunake

Pozitivno nije uvijek pozitivno

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr. med., spec. epidemiologije
tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

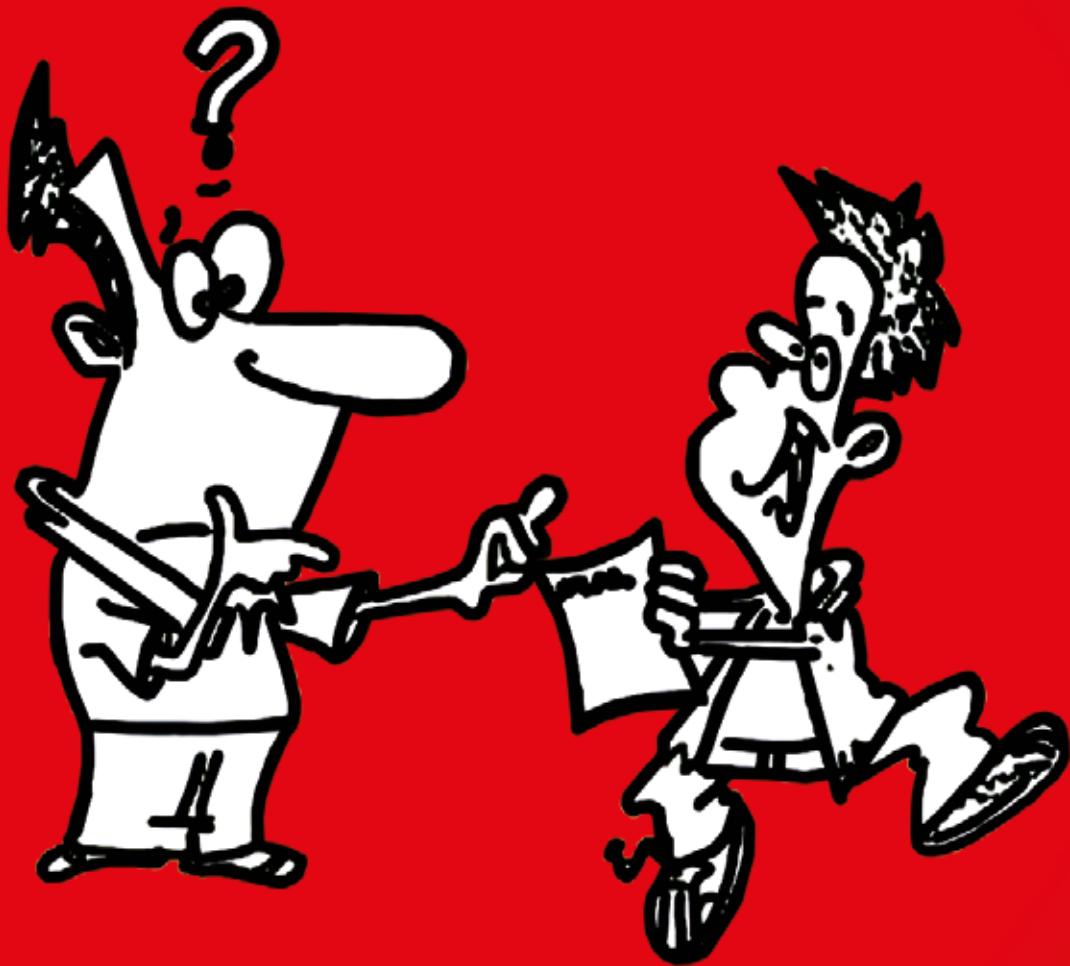
Na Odjelu za promicanje odgovornog spolnog ponašanja gdje trenutno radim, djeluje savjetovalište za HIV/spolno zdravlje, gdje imamo prilike čuti razne životne situacije i priče naših korisnika. Tu su priče o odgovornom ponašanju i testiranju na početku nove veze, individualno i u paru, nevjeri, prekidima, stvarnom i nestvarnom strahu od izlaganja riziku HIV infekciji prilikom različitih, ponekad nevjerojatnih situacija

U svakom poslu ima anegdota koje su sastavni dio života. To vrijedi i za medicinu i liječnike. Na primjer, dok sam radila na Službi za Epidemiologiju zaraznih bolesti, sjećam se da smo dobili dopis jednog građanina koji je pitao kako tumačimo imunitet saborskih zastupnika. Bilo je ljeto i vrijeme godišnjih odmora i nismo odmah odgovorili zaključivši da nije „pravo“ epidemiološko pitanje, pa je gospodin ponovio dopis, ali ovaj puta sa spominjanjem pritužbe Ministarstvu zdravlja da nije dobio odgovor, i tada bi nam spomenuti imunitet dobro došao. Odgovorili smo mu „čisto“ epidemiološki, s pojašnjenjem Vogralikovog lanca (nikada nismo saznali je li bio zadovoljan odgovorom, no epidemiološki je bio točan). Ili, kad je jedna „ljepljiva“ pacijentica svakih nekoliko dana dolazila jednom našem kolegi koji ju je cijepio u cjepnoj ambulanti, na savjetovanje o nuspojavama i čudnim senzacijama nakon „seruma“ koji je dobila, pa se on nakon nekoliko puta počeo skrivati od nje po Odjelu.

Na Odjelu za promicanje odgovornog spolnog ponašanja gdje trenutno radim, djeluje savjetovalište za HIV/spolno zdravlje, gdje imamo prilike čuti razne životne situacije i priče naših korisnika. Tu su priče o odgovornom ponašanju i testiranju na početku nove veze, individualno i u paru, nevjeri, prekidima, stvarnom i nestvarnom strahu od izlaganja riziku HIV infekciji prilikom različitih, ponekad nevjerojatnih situacija... Sretni smo kad nekome pomognemo, i susosjećajni i tužni s pacijentima u njihovim

tužnim pričama i situacijama, ili prilikom priopćavanja lošeg nalaza testiranja.

Ima i smiješnih situacija. One nam pomažu da lakše prebrodimo izazove koje svakodnevica nosi, teške i manje sretne trenutke i održimo vedar duh. Tako je nedavno prilikom izdavanja nalaza na Prijemnoj mikrobiološkoj ambulanti došao jedan mladi pacijent podići nalaze na bris uretre i uzorak ejakulata na ureaplazmu, mikoplazmu i trichomonas. Dajući mu nalaze inženjerka mu je rekla: „Nalazi briseva su Vam negativni, no ejakulat je pozitivan na mikoplazmu. Morate se javiti svome liječniku radi nalaza koji je pozitivan“. „To! Yes!“, uzviknuo je on, uz pokret rukom. „Ali nalaz Vam nije u redu, morate se javiti liječniku.“, ponovila je inženjerka, pretpostavivši da je krivo shvatio njeno objašnjenje rezultata testa. Međutim i nakon ponovnog pojašnjenja nalaza, on je i dalje bio sretan i zadovoljan ustvrdivši da su mu napokon „našli nešto“ nakon silnih pretraga koje je već do tada obavio zbog tegoba koje je imao, sretan i zadovoljan napustio je Prijemnu ambulantu. A drugom prilikom, jedan gospodin je nazvao u savjetovalište: „Oprostite, jesam li dobio savjetovalište za spolno zdravlje?“ „Dobar dan, jeste, izvolite gospodine.“, rekla je naša savjetnica. „Znate, ja bih trebao ići na postupak umjetne oplodnje jer su mi spermiji malo spori pa bih se trebao testirati na HIV.“ Kako bi bila sigurna što treba, savjetnica ga je pitala: „Gospodine, jeste li već napravili spermogram, i zovete zbog testiranja na HIV? „Da, napravio sam spermogram,“



ETO VIDIŠ, NEMAŠ BRIGE, SVE JE POZITIVNO!

ogram, rekli su da su spermiji sporiji... znate li što bi to bilo?“ „Možda imaju dvije glave...“ počela je nabrajati razloge savjetnica. „Joooj pa kak znate da moji spermiji imaju dvije glave?!?, uzviknuo je gospodin s druge strane žice.

Ima duhovitih situacija i u komunikaciji s kolegama. Tako, na početku rada u Službi za promicanje zdravlja, obzirom da je to bila novo oformljena služba u Zavodu, nisam pamtila broj svoje radne organizacijske jedinice, i prilikom slanja pošte, kad me gospođa na urudžbenom pitala koji mi je broj Odjela, nisam se mogla sjetiti broja, pa sam joj rekla da je to Odjel za promicanje odgovornog spolnog ponašanja sa savjetovalištem. Njoj to nije puno pomagalo na prvu i počela je tražiti na popisu, no nakon nekoliko sekundi se sjetila: „Aha, to je Odjel za

seks!“ Prije oko mjesec dana kad smo poslali epidemiolozima u savjetovališta za HIV pri zavodima za javno zdravstvo kondome i lubrikanate koje smo dobili od jedne udruge jer je imala viška, i naknadno poslali e-mail s obavijesti o slanju pošiljke, jedan kolega (neću spominjati imena, epidemiolog iz Zadra s imenom na slovo A) u šali mi je odgovorio: „Hvala Tanja, stiglo je. A ja sam mislio da je krema za lice pa podijelio ekipi na Odjelu, eh...“. Odgovorili smo da se nadamo da je kolegama bilo učinkovito obzirom da se radi o lubrikantima.

Eto, htjela sam s Vama podijeliti ovu šaljivu priču, možda Vas malo nasmije, ali i potakne da se i Vi sjetite sličnih duhovitih situacija iz Vašeg života.

Jer, kažu, smijeh je najbolji lijek.

Nepoznati podaci od 1914. do 1922.

Liječnici još prije 100 godina pokrenuli kuglanje u Zagrebu

EDUARD HEMAR



Dr. LJUDEVIT KOBALI, jedan od utemeljitelja Kuglačkog kluba liječnika 1914.

Kuglački klub osnovali su sekundarni liječnici iz tadašnje Bolnice sestara milosrdnica 12. ožujka 1914. u Zagrebu, dakle još u vrijeme Austro-Ugarske monarhije. Tada još nije bilo u nas Kuglačkog saveza pa klub stoga nije mogao biti službeno registriran pri savezu niti dobiti službeni naziv. Svi utemeljitelji kluba bili su liječnici osim jednog odvjetnika. Klub je imao 57 redovitih članova

Od ožujka 2014., kada je pokrenuta rubrika hrvatski liječnici sportaši, predstavili smo u svakom broju LN-a po jednoga zasluznog liječnika sportaša. U ovom broju iznimno predstavljamo jedan sportski klub, koji su liječnici osnovali u Zagrebu još davne 1914. a sve do nedavno bio je potpuno nepoznat povjesničarima sporta i široj javnosti. Spletom sretnih okolnosti, autor ove rubrike došao je do podataka o danas najstarijem poznatom kuglačkom klubu u Zagrebu i šire. Iako se na području Zagreba kuglalo još u 19. stoljeću, sve do prošle godine nije bilo materijalnih dokaza za djelovanje organizirane skupine kuglača prije Prvoga svjetskog rata. Mislimo se da su pokretači kuglanja u nas bili prvenstveno radnici i obrtnici koji su aktivno sudjelovali u počecima organiziranog kuglanja poslije 1919. Materijalnih dokaza o predratnom kuglanju na zagrebačkom području gotovo da nije niti bilo.

Priča o ovome za povijest zagrebačkog kuglanja značajnom otkriće počinje krajem 2015. kada sam dobio poziv sa HRT-a od urednice i novinarke Lade Džidić. Gospoda Džidić rekla mi je da se priprema dokumentarni film o zasluznom hrvatskom liječniku - patologu i stradalniku prof. dr. Ljudevitu Juraku (Zalug, Hum na Sutli, 6. X. 1881. – Zagreb, ? VI. 1945.), o kojem se već dosta pisalo u LN-u. Pitala me znam li nešto o djelovanju kuglačkog kluba liječnika u Zagrebu čiji je bio član prof. Jurak, a zbog potrebe pripremanja materijala za film. Naime kod Jurakove unuke, gđe. Silve Peršić iz Zagreba, pronađen je interni bilten pod nazivom "Kuglački vjesnik 1922.". Bilo je to za mene potpuno iznenadjenje jer sam upravo završavao pripremu monografije "Zlatna knjiga zagrebačkog kuglanja" povodom 80-godišnjice Zagrebačkog kuglačkog saveza (ZKS). U svojim višegodišnjim istraživanjima o razvoju zagrebačkoga kuglačkog sporta nisam nikada naišao na podatak o Kuglačkom klubu liječnika. Upravo zbog tih mojih istraživanja za potrebe monografije uputili su iz ZKS-a gđu. Džidić na mene kada ih

je kontaktirala, a ona me ugodno iznenadila navedenim podatkom. Iako ja njoj nisam mogao pomoći sa svojim podacima njezina me priča jako zainteresirala.

Vrijedna povijesna građa

Daljnji razvoj događaja bio je prilično jednostavan. Posjetio sam gđu. Peršić u njezinu stanu da vidim što ona ima. Kad sam shvatio da je riječ o vrlo vrijednoj povijesnoj građi i da su to unikati o kojima u tisku nije bilo podataka, dogovorio sam da se s urednikom LN-a prof. Poljakom da mi skenira najvažnije dijelove „Kuglačkog vjesnika“. U međuvremenu je u svibnju 2016. objavljena moja "Zlatna knjiga zagrebačkog kuglanja" u kojoj sam ukratko predstavio i Kuglački klub liječnika. Kako u njoj nije bilo moguće navesti sve relevantne podatke do kojih sam došao, navedenu građu sada u širem opsegu iznosim za čitatelje LN-a.

U prvom dijelu „Kuglačkog vjesnika“ iz 1922. nalazi se izvještaj s podacima o osnivanju te popisom utemeljitelja i stalnih članova kluba. Kuglački klub (tada se pisalo kuglački) osnovali su sekundarni liječnici iz tadašnje Bolnice sestara milosrdnica 12. ožujka 1914. u Zagrebu, dakle još u vrijeme Austro-Ugarske monarhije. Treba znati da tada još nije bilo u nas Kuglačkog saveza pa klub stoga nije mogao biti službeno registriran pri savezu niti dobiti službeni naziv. U „Kuglačkom vjesniku“ ne spominje se naziv kluba pa ćemo ga za potrebe ovoga teksta navoditi kao Kuglački klub liječnika. U izvještaju je popis utemeljitelja i stalnih članova kluba. Kako je riječ o glasilu iz 1922. godine, kod utemeljitelja su u zagradi navedena njihova trenutna zaposlenja a ne ona iz 1914. kada je klub osnovan (ovdje su u zagradi navedena zaposlenja kako piše u biltenu, uz sitne korekcije). Bili su to dr. Ivan Baboselac (ravnatelj i primarius kirurškog odjela u Zemunu), dr. Janko Božić (šef gradskog ambulatorija za kožne i venerične bolesti u Za-

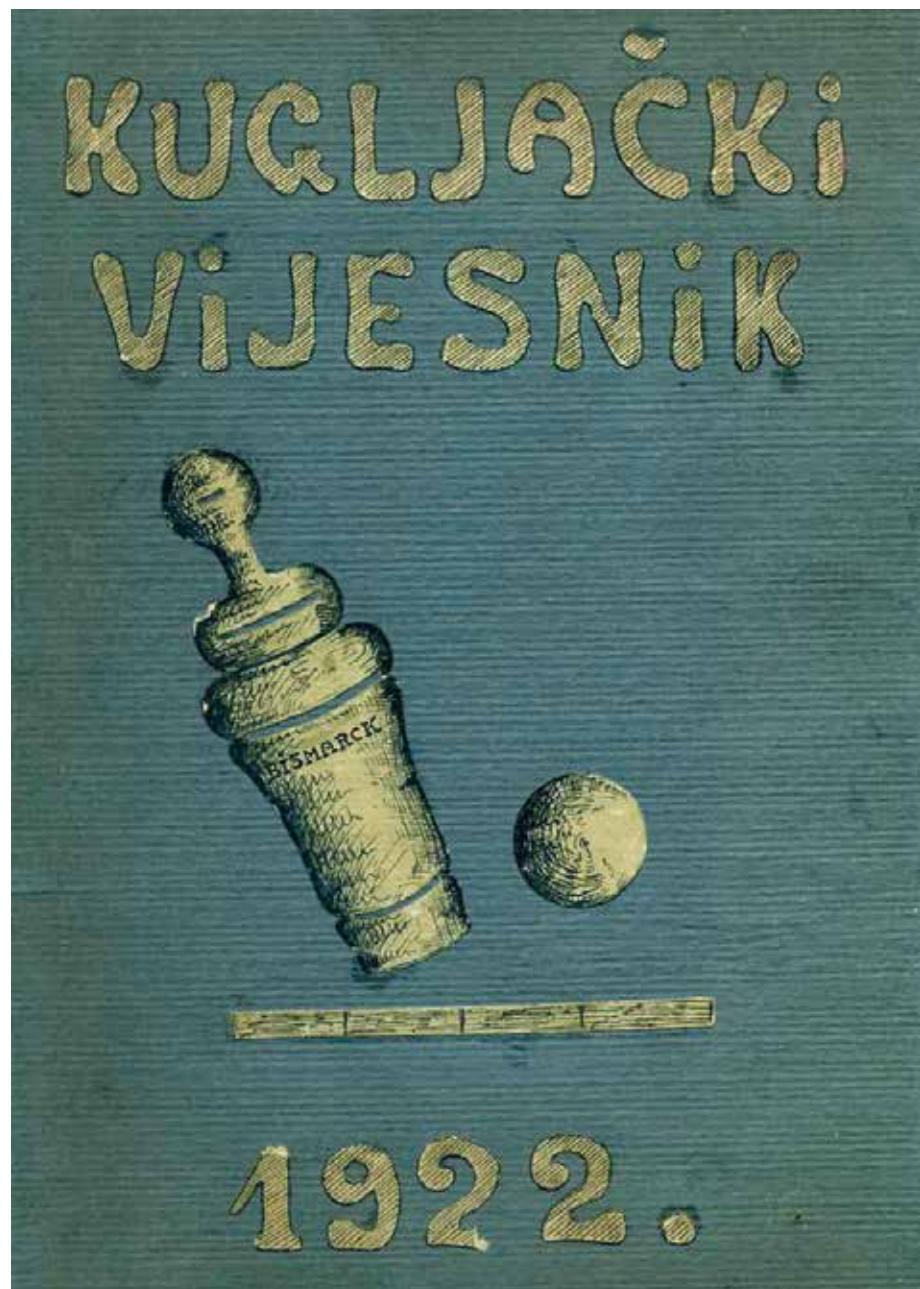


Medalja s likom Ljudevita Juraka, jednog od utemeljitelja Kuglačkog kluba liječnika

grebu), dr. Julije Domac (gr. kot. liječnik u Zagrebu), dr. Ljudevit Jurak (profesor patološke anatomije na veterini u Zagrebu), dr. Ljudevit Kobali (primarius dječjeg odjela bolnice sestara u Zagrebu), dr. Josip Marošević (gr. kot. liječnik u Zagrebu), dr. Josip Medved (gr. kot. liječnik u Zagrebu), dr. Ivo Rastovčan (odvjetnik u Zagrebu) i dr. Artur Sok (bio je sekundarac Bolnice milosrdnih sestara u Zagrebu; preminuo je za vrijeme Prvoga svjetskog rata u ruskom logoru Tockoe). Dakle, među utemeljiteljima samo jedan nije bio liječnik, a dr. Sok je preminuo u ratu vjerojatno kao liječnik Austro-Ugarske vojske koja je imala velike gubitke u borbi s ruskom vojskom.

Redovite sjednice

Zatim se u izvještaju navode svi ostali redoviti članovi kluba do 1922., a uz njihova imena navedena je i godina učlanjenja. Bili su to, abecednim redom: Anger, Antun (1914), Bačić, Nikola (1919), Barić, Viktor (1914), Benčević, Josip (1919), Beuc, Ivan (1914), Blašković, Aleksandar (1921), Bogičević, Branislav (1921), Boltek, Gustav (1919), Brolich, Franjo (1921), Burić, Marko (1919), Certin, Dragutin (1919), ing. Certin, Ivan (1920), Cirraki, Silvije (1919), Crlenjak, Milan Vladimir (1921), Cvitanović, Simeon (1920), Ćepulić, Vladimir (1921), Ćepulić mladi (1921), Čosić, Neven (1919). Černe, Ivan (1922), Čurin, Juraj (1919), Dabramić, Ivan (1919), Deanović, Stjepan (1919), Divić, Pavao (1921), Farkaš pl. Kamilo (1921), Heinz, Fedor (1921), Ivančević, Ivo (1919), Jambrišak, Milivoj (1914), Jovičić, Nikola (1921), Jurin, Ivan (1919), Jurinac, Dušan (1914), Kohler, Ivan (1919), Korenić, Juraj (1920), Lendvaj, Miško (1919), dr. jur. Majer, Milan (1921), Marković, Josip (1921), Ma-



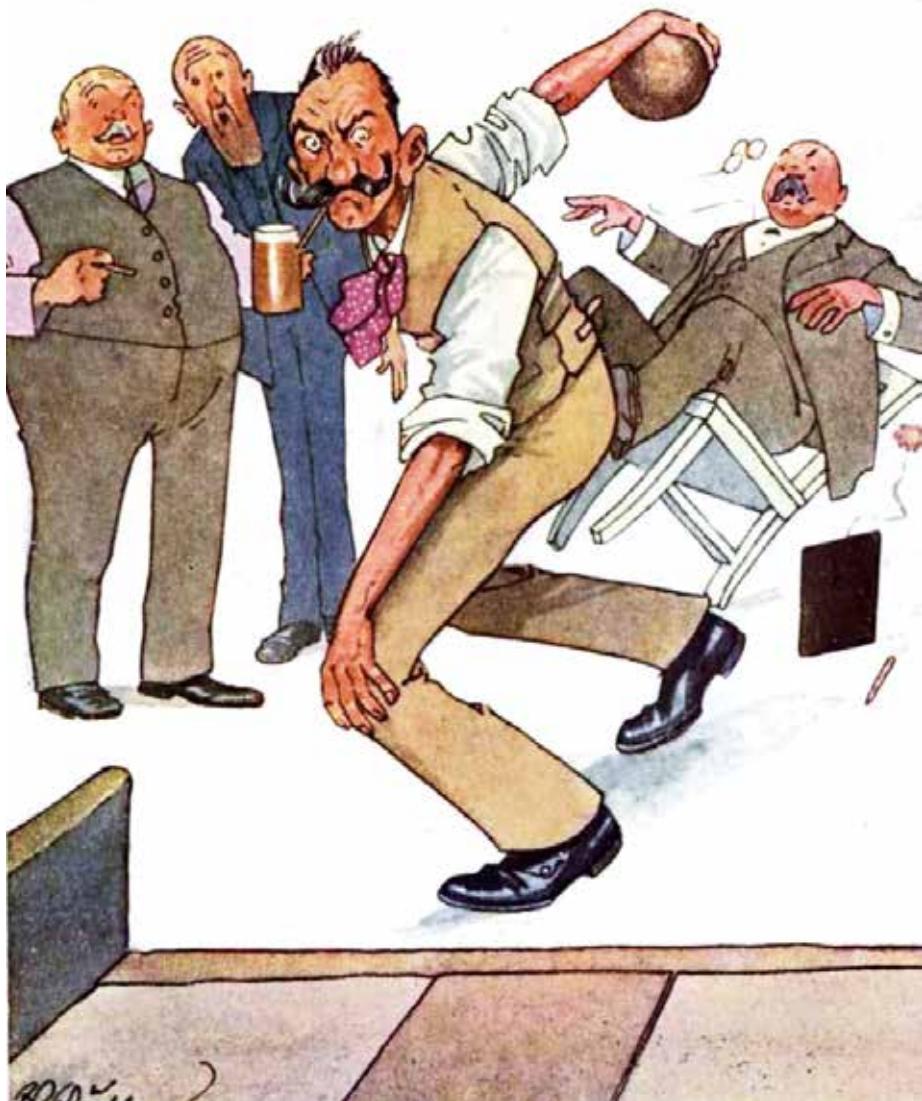
Naslovica Kuglačkog vijesnika 1922.

lojčić, Miron (1921), Marocchini de Vinko (1919), Mašek, Slavko (1921), Nikolić, Stevan (1921), Palmović, Slavo (1921), Pavešić, Aurel (1921), Peričić, Mihovil (1921), Pfeferer, Ivan (1921), Poljak, Ivan (1919), Rabar, Radovan (1919), Sporčić, Ivan (1919), Stepnička, Viktor (1919), Šarčević, Mato (1921), Špišić, Božidar (1914), Tkalčić, Zlatko (1914), Tomašić, Luka (1919), Vidaković, Stjepan (1921), Zeno, Neven (1920), Zsiga, Milovan (1920) i Župić, Stanislav (1921). Ukupno je navedeno 57 redovitih članova bez drugih podataka o njima. Sudeći po godinama učlanjenja vidljivo je da klub nije djelovao za vrijeme rata zaključno sa 1918. godinom. Na popisu redovitih članova svi su bili liječnici osim jednog inženjera i jed-

nog pravnika. U nastavku izvještaja piše da su, osim navedenih članova, na sjednicama kluba bili prisutni i mnogi kolege kao gosti. Dakle klub je bio organiziran do te mjere da su održavali i redovite sjednice. Na kraju izvještaja naveden je datum 28. lipnja 1922.

U drugom dijelu „Kuglačkog vijesnika“ su prilozi iz tadašnjih njemačkih časopisa, pošto je Njemačka tih godina bila glavni kuglački centar u Europi i imala kuglački savez još krajem 19. stoljeća. Uz to ima i mnogo humorističkih ilustracija vezanih za kuglanje, također prenesenih iz njemačkih časopisa te nekoliko humorističkih priloga zagrebačkih liječnika. Jedina fotografija nekog člana kluba je fotografija

>>



Humoristička ilustracija iz Kuglačkog vijesnika

dr. Kobalija. Ne navode se rezultati eventualnih nastupa na natjecanjima a niti na kojoj su kuglani liječnici kuglali. Danas se zna da su sve kuglane u Zagrebu do početka 1930-ih godina bile zemljane i jednostazne a tek po pokretanju prvog ligaškog prvenstva Zagreba u sezoni 1932./33. počeli su tadašnji gostioničari i ujedno vlasnici kuglana postavljati parkete na kuglačke staze. Sve do početka 1920-ih nisu zabilježeni prijateljski susreti između zagrebačkih klubova koji su tada već bili osnovani. Teško je iz današnje perspektive i bez dokaza zaključiti je li se klub natjecao s nekim drugim klubom. Nakon osnivanja Jugoslavenskog kuglačkog saveza 1932. u Zagrebu i potom osnivanja Zagrebačkog kuglačkog podsaveza 1934. (današnji ZKS), objavljeni su popisi svih registriranih

ranih klubova, ali se ne spominje Kuglački klub liječnika. Može se pretpostaviti da su se prvi zagrebački kuglači liječnici zbog dobi i profesionalnih obaveza s vremenom prestali baviti kuglanjem organizirano.

Zanimljivo je spomenuti da su neki od liječnika kuglača poslije bili važni u hrvatskoj medicini: dr. Benčević (njegovo ime danas nosi bolnica u Sl. Brodu), dr. Blašković (pionir hrvatske urologije), dr. Čepulić (predsjednik Hrvatskog liječničkog zbornika), dr. Černe (šef internog odjela u Merkuru), dr. Ivančević (prof. na MEF-u u Zagrebu), dr. Jurak (prof. patologije Veterinarskog fakulteta u Zagrebu), dr. Špišić (pionir hrvatske ortopedije) i dr. Vidaković (prof. na MEF-u u Zagrebu).

Kuglački sport se počeo organizirano širiti u Zagrebu, Hrvatskoj i Kraljevini SHS nakon Prvog svjetskog rata. Već je 1935. Jugoslavenski kuglački savez bio, iza nogometra, prema broju registriranih klubova i članova drugi najmasovniji sportski savez u tadašnjoj državi. Kuglanje se osobito omasovilo nakon Drugoga svjetskog rata, u novoj Jugoslaviji, kada je postalo sindikalni sport, tako da su gotovo sve tvornice i veća poduzeća imali svoj kuglački klub. Nositelj takve masovnosti bio je Grad Zagreb, koji je 1990. imao preko 160 kuglačkih klubova i 40 kuglana. I danas je u Hrvatskoj kuglanje popularan i trofejni sport, ali nije više tako masovan kao prije.

Amaterski sport

Naime kuglanje je oduvijek bilo amaterski sport, bez velikih finansijskih sredstava, a sponzori i mediji prate uglavnom tzv. velike i atraktivne sportove. Brojnih poduzeća koja su sponzorirala kuglanje više nema a i zatvorena je velika većina kuglana. Usprkos tome hrvatski i zagrebački kuglači postižu i dalje zapažene rezultate na međunarodnim natjecanjima, a nedavno je u istarskom Novigradu održano i Svjetsko prvenstvo. Hrvatski liječnici imali su prilično uspjeha u kuglačkom sportu. Među njima je najuspješnja fizijatrica dr. Sonja Mikac, koja je bila državna prvakinja te osvajačica medalja sa svjetskih prvenstava za Jugoslaviju i Hrvatsku. Njezinu sportsko-liječničku biografiju predstaviti ćemo u ovoj rubrici druglikom.

Danas nitko više ne dovodi u pitanje činjenicu da je Grad Zagreba dugi niz desetljeća bio jedan od vodećih kuglačkih europskih centara i vodeći kuglački centar u Hrvatskoj i ex-Jugoslaviji. Dovoljno je spomenuti imena kao što su Nikola Dragaš i Štefica Krištof, višestruki svjetski prvaci, ili naše najtrofejnije klubove s europskim naslovima: KK Medveščak, KŠK Grmoščica i KK Zagreb. No dosad se nije znalo da su zagrebački liječnici bili među pokretačima organiziranog kuglanja. Zahvaljujući ostavštini prof. Juraka danas više znamo o povijesti kuglačkog sporta i ovim tekstrom odajemo priznanje zagrebačkim liječnicima za njihov doprinos razvoju jedne društvene zabave koja se s vremenom pretvorila u masovni i za nas rezultatski vrlo uspješan sport. Na kraju treba spomenuti da je osim kuglanja na 9 čunjeva koje se igra u Europi, u svijetu popularan i bowling, američka verzija kuglanja na 10 čunjeva.

Izv.: Dokumentacija Silve Peršić iz Zagreba; autorova dokumentacija.

Lit.: E. Hemar, Zlatna knjiga zagrebačkog kuglanja, Zagreb, 2016.

Jedna od najpoznatijih humanitarnih organizacija pruža pomoć potrebitima u najtežim uvjetima

Liječnici bez granica u više od 60 zemalja svijeta

Piše: Ena Tolić, stud. med.

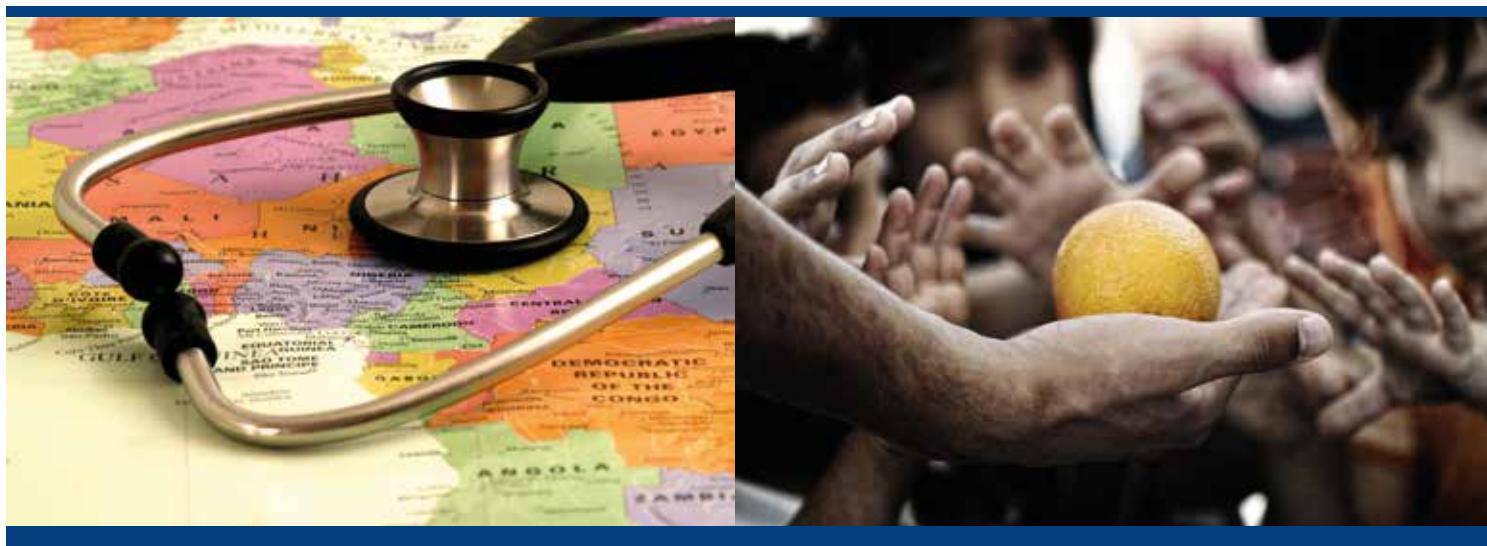
Volonteri rade na jednom projektu od 9 do 12 mjeseci, dok je za anesteziologe i kirurge zbog intenzivnosti rada to vrijeme kraće – od 6 tjedana do 3 mjeseca. Projekti traju prema potrebi, a prosječno trajanje iznosi od 18 mjeseci do 3,5 godine

Liječnici bez granica (*Médecins Sans Frontières*, MSF) jedna su od najpoznatijih i najaktivnijih humanitarnih nevladinih organizacija koja pruža medicinsku pomoć stanovništvu svjetskih regija pogodenim ratom, gladi, prirodnim katastrofama, izbjegličkim krizama te epidemijama bolesti. Utemeljen na načelu da svi imaju pravo na pomoć, neovisno o spolu, rasi, vjerskim i političkim uvjerenjima i okolnostima, MSF djeluje u više od 60 zemalja svijeta s više od 30 000 međunarodnih i lokalnih volontera.

Povijest MSF-a

Dogadjaji tijekom studentskih prosvjeda u Parizu 1968. godine uvode u francusko društvo ozračje borbe i brige za individualne slobode i socijalna prava. U isto vrijeme, Nigerija doživljava njihovo masovno kršenje. Naime, tijekom građanskog rata nigerijska vojska blokira netom odvojenu pokrajinu Biafru te stanovništvo ostavlja

u uvjetima velike gladi. Dok slike strašnih prizora iz Biafre obilaze svijet, nekoliko se mladih francuskih doktorapridružuje misiji Crvenog križa pružajući pomoć lokalnom stanovništvu. Tamo svjedoče stalnim napadima nigerijske vojske, brojnim ubijenim civilima i izglađnjeloj djeci. Razočarani politikom šutnje koju je pod izlikom neutralnosti vodio Crveni križ, povratkom u Francusku osnivaju organizaciju pod nazivom „Skupina za hitnu medicinsku i kiruršku intervenciju“ (*Groupe d'Intervention Médicale et Chirurgicale en Urgence*). Iste godine urednik francuskog medicinskog časopisa TONUS, Raymond Borel, osniva skupinu liječnika *Secours Médical Français* s ciljem medicinske pomoći Bangladešu nakon tropskog ciklona u kojem pogiba više od 500 000 ljudi. Dana 22. prosinca 1971. dvije se skupine udružuju u organizaciju od 300 volontera s idejom medicinske pomoći koja nadilazi prostorne i društvene granice.





Intervencije

Prva misija MSF-a počela je tri dana nakon razornog potresa u Nikaragvi 1972. godine, a uslijedile su misije u Hondurasu nakon uragana Fifi te u Kambodži uslijed izbjegličke krize. U osamdesetim godina prošlog stoljeća pomagali su stanovništvu tijekom oružanih sukoba u Afganistanu, Srednjoj Americi i Šri Lanki, nakon razornog potresa u Armeniji te u suzbijanju gladi u Etiopiji. Od osnutka do danas vodili su misije suzbijanja ebole, kolere, malarije, ospica, meningitisa i drugih bolesti, sudjelujući u liječenju bolesnika, organiziranjem masovnih cjepljenja, poučavanjem stanovništva o prevenciji te osposobljavanjem lokalnog medicinskog osoblja. Pomagali su ranjenima u oružanim sukobima u Bosni i Hercegovini, Kongu, Iraku, Sudanu, Keniji i drugim zemljama. Posljednjih nekoliko godina organizirane su misije na Haitiju nakon velikog potresa, u Siriji i Ukrajini tijekom vojnih konflikata, a lani su na Sredozemnom moru organizirali brod za pomoć sirijskim izbjeglicama koji tim putem ulaze u Europu.

Uspjesi liječenja

Značajne uspjehe u suzbijanju mnogih bolesti MSF postiže zahvaljujući mnogim kliničkim istraživanjima koje provodi u zemljama domaćinima. Na taj način pronalaze lakše i brže načine dijagnostike, učinkovitijeg i jeftinijeg liječenja te mijenjaju percepciju lokalnog, ali i svjetskog stanovništva o određenoj, često zanemarenoj, bolesti. Tijekom godina postignut je velik uspjehu liječenju HIV-a te se danas pacijenti liječe ranije, dok simptomi bolesti nisu toliko izraženi i dok su šanse za postizanje duljeg i kvalitetnijeg životnog vijeka veće. Također, MSF organizira kampanje kojima nastoji sniziti cijene lijekova koji su potrebni velikom broju stanovništva, a u 2007. godine plasirali su i novi, učinkovitiji lijek protiv malarije u sklopu Inicijative za lijekove protiv zanemarenih bolesti (*Drugs for Neglected Diseases Initiative*, DNDI).

Kako MSF funkcioniра?

MSF se sastoji od 19 odjeljaka (Australija, Austrija, Belgija, Kanada, Danska, Francuska, Njemačka, Grčka, Nizozem-

ska, Hong Kong, Italija, Japan, Luxembourg, Norveška, Španjolska, Švedska, Švicarska, Velika Britanija, SAD) sa središtem u Ženevi. Projekt je obično organiziran, tako da postoji nekoliko timova u određenom području koji međusobno surađuju, a glavni tim, koji obično djeluje u glavnom gradu države, koordinira ostale timove i surađuje s lokalnim vlastima, drugim nevladnim organizacijama i sjedištem MSF-a. MSF-ov „tim na terenu“ sastoji se od 4-12 internacionalnih volontera i čak do 200 lokalnih volontera, a čine ga liječnici, medicinske sestre, logističari, administratori i drugo osoblje. Iako je najviše pozornosti obično posvećeno medicinskom osoblju, bez logističara nijedna misija ne bi bila moguća. Oni su odgovorni za sve što bi medicinskom timu moglo zatrebatи, od brige za sigurnost članova tima i osiguravanja prijevoza osoblja i pacijenata, do osiguravanja životnih uvjeta (struje, vode) za cijeli tim. Volonteri rade na jednom projektu od 9 do 12 mjeseci, dok je za anestesiologe i kirurge zbog intenzivnosti rada to vrijeme kraće – od 6 tjedana do 3 mjeseca.



Projekti traju prema potrebi, a prosječno trajanje iznosi od 18 mjeseci do 3,5 godine. Kako bi se izbjegli sukobi interesa i zadržala nepristranost organizacije, 89% prihoda MSF-a potječe od 5,7 milijuna privatnih donatora. Ostatak doniraju razne organizacije i vlade mnogih, većinom europskih zemalja, dok se donacije SAD-a ne prihvataju zbog njihove uloge u krizama u mnogim zemljama MSF-ova djelovanja. MSF je 2014. prikupio više od milijardu eura, a većina novca usmjerena je prema afričkim zemljama s obzirom na to da je oko 60% projekata upravo tamo smješteno.

Katastrofe u humanitarnom svijetu

Iako MSF provodi stroge sigurnosne mjere i trudi se održati sigurnost članova tima na visokoj razini, svaki projekt nosi određen rizik, a volonteri se znaju susresti s iznimno opasnim situacijama – pljačkama, oružanim napadima, otmicama, zračnim bombardiranjima, silovanjima zarazama. Zato je kretanje volontera nekada ograničeno samo na

prostor bolnice i prostor u kojem žive, a od volontera se uvijek zahtijeva poнашање u skladu s kulturom prostora u kojem se nalaze. Unatoč MSF-ovim naporima da održi neutralnost, u nekim se zemljama njihovo djelovanje shvaća kao neprijateljsko, a u skladu s time raste i opasnost. Poznat je primjer povlačenja MSF-a iz Afganistana 2004. godine nakon što su Talibani ubili petero volontera. U Somaliji je 2013. zatvoren program nakon 22 godine zbog višestrukih napada na osoblje, podržanih od strane civilnih vođa. Noviji je primjer serija zračnih napada na bolnicu u afganistanskom gradu Kunduzu, koje su izvele 3. listopada 2015. snage SAD-a, u kojima je poginulo dvanaestero volontera. Opasnost prijeti i zbog bliskog rada s oboljelima od zaraznih bolesti. Tako je u tijeku suzbijanja ebole u području Zapadne Afrike zaraženo 28, a od bolesti umrlo 14-ero članova organizacije. Iako je poznato više sličnih incidenta, najveću opasnost ipak predstavljaju prometne nesreće koje uzrokuju najviše ozljeda i smrti među volonterima.

Za kraj

MSF ne pruža samo medicinsku pomoć potrebitima, već djeluje na dobrobit cijelog čovječanstva. Slijede „witnessing“ načelo – njihova je obveza progovoriti i usmjeriti pažnju svjetske javnosti na brutalno nasilje i zlostavljanje kojima svjedoče volonteri na određenim područjima. Velika se pažnja posvećuje nepristranosti djelovanja MSF-a, a od osnutka do danas postoji samo jedan slučaj u kojem su zatražili vojnu intervenciju – genocid u Ruandi. Organizacija je za svoj rad primila Nobelovu nagradu za mir 1999. godine, a u svom govoru tadašnji predsjednik organizacije dr. James Orbinski istaknuo je sljedeće: „Šutnja je dugo vremena shvaćana kao neutralnost i predstavljana kao uvjet potreban za humanitarno djelovanje. MSF se od svojih početaka tome protivio. Nismo sigurni da riječi mogu spasiti živote, ali znamo da ih šutnja može oduzeti.“ MSF se svojim djelovanjem dokazao kao jedan od najvećih svjetskih boraca protiv ljudske patnje, pomažući onima kojima je njihova pomoć zaista najpotrebnijsa.

Izabrao dr. MATIJA PRKA

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, ECMCs). 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“.

KOLOVOZ

Procjena grubih motoričkih funkcija

Akademija za razvojnu rehabilitaciju
Zagreb, 29.-30.08.2016.
Silvija Philipp Reichherzer, mob.: 091/6677-643
1500,00kn

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka

Kuća zdravlja
Zagreb, 29.08.-02.09.2016.
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108
5000,00kn

SCPE klasifikacija cerebralne paralize

Akademija za razvojnu rehabilitaciju
Zagreb, 30.08.2016.
Silvija Philipp Reichherzer, mob.: 091/6677-643

Izazov za djecu i mlade sa cerebralnom paralizom koji hodaju / Procjena kvalitete motorike

Akademija za razvojnu rehabilitaciju
Zagreb, 31.08.-02.09.2016.
Silvija Philipp Reichherzer, mob.: 091/6677-643

RUJAN

XVII. Lošinjska škola prirodnih ljekovitih činitelja i lječilišne medicine „Prevencijom do zdravlja i vitalnosti“

HLZ, HD za balneoklimatologiju i prirodne ljekovite činitelje
Veli Lošinj, 02.-04.09.2016.
Prim. Goran Ivanišević, tel.: 01/4872-414
700,00kn

Ljetna škola ultrazvuka

MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 12.-16.09.2016.
Petric Volf Živković, mob.: 091/5139-755, e-mail: kabinet.vjestina@gmail.com
1250,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.09.2016.
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

25. znanstveni sastanak – Bolesti dojke

HAZU – Razred za medicinske znanosti, Odbor za tumore Zagreb, 15.09.2016.
Tihana Pavičić Mlinar, prof., tel.: 01/4895-171,
e-mail: tihana@hazu.hr
300,00kn

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)

Klebsiella pneumoniae ESBL – endemija ili epidemija

ZJZ županije Istarske
Pula, 16.09.2016.
Lorena Lazaric Stefanovic, tel.: 052/529-000

I. hrvatski kongres iz forenzične ginekologije i perinatologije s međ.sud.

Hrvatsko katoličko sveučilište
Topusko, 16.-18.09.2016.
Prof.dr. Dubravko Habek, 091/3712-112, e-mail: dhabek@unicath.hr
1000,00kn/700,00kn/500,00kn

Dijagnostika akutnog cerebrovaskularnog inzulta

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 19.09.2016.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Cybex, Biodek, Isomed 2000. Izokinetika – budućnost rehabilitacije

Rehabilitacija Nova Zagreb, 21.09.2016.
Miroslav Janković, mob.: 098/1771-051

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Paul Hartmann d.o.o.
Zagreb, 23.09.2016.
Maja Čalić, mob.: 091/4454-427

Praktikum iz bihevioralno-kognitivnih terapija 1

Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije Split, 23.09.2016.
Branka Bagarić, e-mail: tajnistvo.kbt@gmail.com
4.480,00kn

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
Depresija kao izazov – sistemski pristup
Salutogeneza – obrt za savjetovanje i ostale usluge Našice, 24.09.2016.
Dr. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920
550,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, „Spektar putovanja“ d.o.o. Zagreb, 26.-30.09.2016.
Dr. Dina Mikić, dr. Vera Rakić Eršek, mob.: 098/235-713
3500,00kn

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka

Kuća zdravlja Zagreb, 26.-30.09.2016.
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108
5000,00kn

Odnos bolesnik-liječnik u suvremenom društvu

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)
Zagreb, 27.09.2016.
www.amzh.hr, e-mail: amzh@zg.t-com.hr,
tel.: 01/4828-662

Lokalni režnjevi u rekonstrukciji defekata kože glave i vrata

KB „Dubrava“
Zagreb, 30.09.2016.
Marija Juras Maček, tel.: 01/2903-431
400,00kn liječnici, 200,00kn studenti

Autonomija i osjećaj pripadnosti

Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske SPUH Zagreb, 30.09.-01.10.2016.
Jelena Vrsaljko, mob.: 091/5200-005
200,00EUR

LISTOPAD

Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s med.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
[www.alzheimer 2016.com](http://www.alzheimer2016.com)
1600,00kn

3. međunarodni kongres hepatobilijarde i pankreatične kirurgije

Udruga za promicanje kirurgije jetre, žučnih putova i gušterice – HPB Zadar, 05.-09.10.2016.
Dr.sc. Mario Kopljarić, mob.: 091/5827-446
2280,00kn/3040,00kn

Univerzalni pristup palijativnoj skrbi – i tvoja pomoć je potrebna

Sekcija za bol Hrvatskog društva palijativne medicine HLZ-a Zagreb, 08.10.2016.
Doc.dr.sc. Zoran Lončar, mob.: 098/235-669
500,00kn

5.hrvatski toksikološki kongres s med.sud.

Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada Poreč, 09.-12.10.2016.
Dubravka Rašić, tel.: 01/4682-641
1200,00/1500,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“ Zagreb, 12.10.2016.
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Stenoza spinalnog kanala lumbalne regije

Hrvatsko vertebrološko društvo HLZ-a Zagreb, 13.10.2016.
Penta d.o.o., Veronika Jurić, tel.: 01/4628-601,
mob.: 091/2015-939,
e-mail: veronika.juric@penta-zagreb.hr,
www.hvdsimp-2016.com

14. kongres HLZ – HD medicinskih vještaka

zdravstvenog osiguranja s med.sud. –

Transparentnost i odgovornost

HLZ, HD medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja, Maks Travel d.o.o. Zagreb, 13.-15.10.2016.
Vlasta Zajić Stojanović,
mail: Vlasta.Zajic-Stojanovic@hzzo.hr i Srebrenka Mesić,
e-mail: Srebrenka.Mesic@hzzo.hr Kristijan Čovčić, mob.: 099/2005-225,
e-mail: kristijan@makstravel.hr 1100kn, osim za članove društva (HLZ-HDMVZKO) i zaposlenike HZZO-a – 750,00kn

12. kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva s med.sud.: 11.kongres pedijatrijskog društva hrvatske udruge medicinskih sestara

Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a, Pedijatrijsko društvo Hrvatske udruge medicinskih sestara Tajništvo 12. kongresa Hrvatskog pedijatrijskog društva: Alenka Gagro, Klinika za dj. bolesti Zagreb, tel.: 01/4600-111, fax.: 01/4600-160,
e-mail: alenka.gagro@gmail.com Tajništvo 11. kongresa pedijatrijskog društva HUMS-a: Kristina Kužnik, Kl. za pedijatriju KBC „Sestre milosrdnice“, mob.: 098/385-617,
e-mail: kristina.kuznik@gmail.com Opatija, 13.-16.10.2016.
800,00kn

XX. Kongres hitne medicine s med.sud. „Učimo na iskustvima“

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći Selce, 13.-16.10.2016.
Jasminka Perić, mob.: 099/884-746
700,00kn

ISS outreach Croatia course

International Skeletal Society, Spec. bolnica Sveta Katarina Split, 14.-15.10.2016.
Novacon d.o.o, tel.: 01/3830-638, mob.: 091/5075-134
e-mail: javor.vucic@zg.t-com.hr;
lidija.vucic@zg.t-com.hr
Do 31.08. 1000,00kn, kasnije uplate 1250,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

2. konferencija o palijativnoj skrbi s međ.sud.

„Suradnjom do kvalitete u palijativnoj skrbi“

Istarski domovi zdravlja, HD za palijativnu medicinu, HLZ,
Liga protiv raka Pula, Palijativna skrb Istarska županija
Pula, 14.-16.10.2016.

Daria Papo, tel.: 01/6666-855,
e-mail: daria.papo@btravel.pro

Rana kotizacija, do 01.09.2016. – redovna 1200,00kn;
med.sestre, fizioterapeuti 1000,00kn; studenti, volonteri,
osobe u pratnji 600,00kn

Kasna kotizacija, od 02.09.2016. – redovna 1400,00kn;

med.sestre, fizioterapeuti 1100,00kn;

studenti, volonteri, osobe u pratnji 700,00kn

Kotizacija na licu mjesta/pri registraciji, od 12.10.2016. –
redovna 1500,00kn;

med.sestre, fizioterapeuti 1200,00kn;

studenti, volonteri, osobe u pratnji 800,00kn

Suha punkcija trigger točaka

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 14.-16.10.2016.

Kristina Šego, mob.: 091/1505-600

2800,00kn

Vrijednost UVZ-a u dijagnostici reumatoloških bolesti

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC
Split

Split, 17.10.2016.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraci naziv: DDD trajna edukacija)

KORUNIĆ d.o.o. Zagreb

Zagreb, 18.10.-22.11.2016.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

700,00kn

Dekubitus – što ima novog?

Hrvatska udruga za rane

Terme Tuhelj, 20.-21.10.2016.

Dunja Hudoletnjak, mob.: 095/3777-175

900,00kn/1300,00kn

Suvremene spoznaje i smjernice u dijagnostici i lijčenju senilne makularne degeneracije

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 21.-22.10.2016.

Prim.dr.sc. Ivna Pleština-Borjan, dr.med.,
tel.: 021/556-402

900,00kn

Sindrom iritabilnog crijeva: Od proljeva do opstipacije – Dijagnostika, diferencijalna dijagnostika i liječenje

KB „Sveti Duh“ i Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 22.10.2016.

Saša Gulić, mob.: 091/3713-366,
e-mail: sasa.gulic@yahoo.com; Dinko Bekić, dr.med.,
mob.: 091/3722-563,
e-mail: dinkobekic@gmail.com

500,00kn

Aurikuloakupunktura – napredni tečaj

HLZ, HD za akupunkturu
Daruvarske Toplice, 22.-23.10.2016.
Maja Mustać, dr.med., mob.: 091/4748-492
2500,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, „Spektar putovanja“ d.o.o.
Zagreb, 24.-28.10.2016.

Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić Eršek,
mob.: 098/235-713

3500,00kn

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka

Kuća zdravlja
Zagreb, 24.-28.10.2016.
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108
5000,00kn

STUDENI

HDIR-4: „From Bench to Clinic“ – 4th Meeting of the Croatian Association for Cancer Research with International Participation

HD za istraživanje raka (HDIR)

Zagreb, 03.-04.11.2016.

Petar Ozretić, tel.: 01/45671-292

190,00 – 580,00kn

3. kongres HD za tumore glave i vrata smeđ.sud.

HD za tumore glave i vrata, Filida – putnička agencija
Tuheljske Toplice, 10.-12.11.2016.

Ivan Prgomet, tel.: 01/4616-520, e-mail: info@
filidatravel.hr

1000,00/500,00kn

3. hrvatski gerontološki i gerijatrijski kongres s međ. sud.

HLZ, HD za gerontologiju i gerijatriju, Ref. Centar MZ RH
za zaštitu zdravlja starijih osoba – Centar za zdravstvenu
gerontologiju NZJZ Grada Zagreba „Dr. Andrija Štampar“,

Gradski ured za zdravstvo Grada Zagreba, Gradski ured za
socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom Grada Zagreba,
Razred za medicinske znanosti HAZU
Opatija, 15.-17.11.2016.

spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr, Studio Hrg
d.o.o., tel.: 01/6183-140, e-mail: kongres@studiohrg.hr,
www.gerontology2016.com;
www.stampar.hr/gerontologija
1800,00kn

Zdravlje i zdravstvena zaštita 2015 - 2030 - FUTUR Z HEALTHCARE REUNION

Udruga poslodavaca u zdravstvu i HD za poslovnu etiku i
zdravstvenu ekonomiku HLZ-a
Opatija, 25.-27.11.2016.

Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696,
fax.: 01/4854-580, e-mail: anja@conventuscredo.hr
Kotizacija za sudionike članove UPUZ-a, KOHOM-a,
Udruge koncesionara, liječnike dentalne medicine
1550,00kn,
za medicinske sestre 550,00kn do 31.08.2016.
i 750,00kn od 31.08.2016.

OŽUJAK

Novi izazovi u prevenciji bolesti dječje dobi: tranzicija zdravstvene skrbi

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, Hrvatsko društvo za
školsku i sveučilišnu medicinu
Šibenik, 10.-12.03.2017.

Conventus Credo d.o.o.,
tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,
e-mail: ana@conventuscredo.hr

Rana kotizacija do 2.01.2017. – 1200,00kn; kasna
kotizacija od 22.01.2017. – 1500,00kn; specijalizanti
750,00kn, liječnici mlađi od 28 god. – 750,00kn;
umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

SVIBANJ

8. hrvatski kongres nefrologije, dijalize i transplantacije

9. simpozij medicinskih sestara i tehničara nefrologije, dijalize i transplantacije bubrega

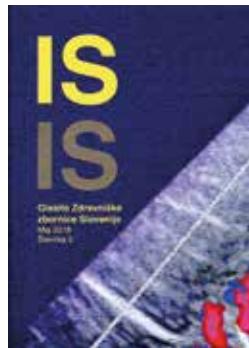
Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
HLZ-a
Šibenik, 19.-22.05.2017.

Prim.mr.sc. Nikola Janković, tel.: 01/3712-258,
e-mail: tajnik@hdndt.org; www.hdndt.org

Živio ISIS i čestitka kolegi Klunu!



Prof. dr. Boris Klun



Nije riječ o islamskom kalifatu ISIS-u na Bliskom istoku gdje ubijaju kršćane umiljavajući se na taj način Alahu, slično kao što su to isto i na istome mjestu radili prije jednog milenija europski križari ubijajući muslimane. Ne, riječ je o naslovu glasila Slovenske zdravniške zbornice. Godinu dana

nakon što je hrvatska Komora počela izdavati glasilo i nazvalo ga Liječničkim novinama, i slovenski su kolege počeli izdavati svoje glasilo. Nazvali su ga imenom egipatske božice zdravlja Izide (grč. Isis, gen. Isidis), koje nema nikakve veze s muslimanskim ISIS-om. Ali ima veze s Liječničkim novinama jer su već tada urednici obiju glasila sklopili prijatelji dogovor da svako od tih glasila ima pravo bez pitanja prenositi pojedine članke iz glasila druge komore. Mi smo tako i postupili nekoliko puta te pritom, kao što je i red, označili izvor.

ISIS je postupio drugačije nego LN. Njihov suradnik prof. dr. Boris Klun, nestor slovenske neurokirurgije koji je nedavno proslavio 90. rođendan i vršnjak je s

urednikom LN-a, prihvatio se rubrike „Iz Evrope“ i u njoj već godinama sustavno i neumorno, gotovo u svakom broju ISIS-a, izvještava slovenske čitatelje o najzanimljijim člancima u LN-u i događanjima u hrvatskoj medicini, redovito uz reprodukciju naslovne stranice LN-a. Kolega Klun je klasičar koji je završio medicinu u Ljubljani, usavršavao se u Londonu, Čikagu i Štokholmu te bio dugogodišnji predstojnik neurokirurške klinike u Ljubljani, sada, naravno, u mirovini. Zar nije red da mu, uz čestitku, zahvalimo za prijateljsku gestu i upornost kojom toliko godina na originalan način održava vezu slovenskih i hrvatskih liječnika?

Prof. dr. Željko Poljak,
urednik Liječničkih novina

Errata corrigé!

U prethodnom broju LN-a potkrala se pogreška u tekstu "O jeziku rode da ti pojem..." Lade Zibar tako da je umjesto Petar Preradović ispod naslovnog stiha pisalo Fran Kurelac. Radi se o uredničkoj pogrešci i ovim se putem ispričavamo autorici i čitateljima.

LIPANJSKI STUPIDARIJ

Novinari su mi predložili neka ih jedanput izostavim u svom Stupidariju i pometem pred svojim vratima, jer ni liječnici nisu bez grijeha. Pa, evo!

Jedna naša visoko pozicionirana zdravstvena ustanova, čak „referentni centar Ministarstva zdravlja“, i ove godine pogrešnim savjetom opasno ugrožava naše starije građane. Izgleda da su „Liječničke novine“ uzalud proteklih godina na to nekoliko puta upozoravale, ova defektarna preporuka kako postupati kod velikih vrućina stalno se ponavlja još od 19. stoljeća kad se nije znalo što je to osmolalnost i izotoničnost tjelesnih tekućina. U 3. točki te preporuke piše:

3. Nužno je dnevno uzimanje do 2 litre tekućine, bilo kao 8 čaša negazirane vode, bilo u obliku juha, variva ili čajeva te izbjegavati pržena, pohana, slatka i jako zaso-

Ijena te začinjena jela, uzimajući puno sezonskog voća i povrća, pridržavajući se pri tome smjernica pravilne prehrane za starije osobe.

Danas već i školska djeca znaju, pa i običan puk, a osobito sportaši, da se znojenjem gube, osim vode, i elektroliti pa ih svakako treba nadomjestiti. Preporuka starcima da popiju dvije litre tekućine bez nadomještanja izgubljenih elektrolita može opasno narušiti elektrolitsku ravnotežu u tjelesnim tekućinama. Što je još gore, preporuča im se izbjegavanje jako zasoljenih jela koja bi tu ravnotežu bar donekle popravila. Zapravo, starcima i nije potrebna mudrost „referentnog centra“ da bi kod „pasje žege“ pili tekućinu, za razliku od nadomještanja soli jer je čovjek u tom pogledu defektan: nema signalnog mehanizma, kao što je na primjer žed.

Uostalom, to nije ništa novo. Za Drugog svjetskog rata japanska vojska je u tropima vrlo uspješno prevenirala toplotnе udare kod svojih vojnika tabletiranim kuhinjskom soli.

Ako ta naša ustanova to ne zna, nikako ne bih volio da me ona liječi u slučaju dehidriranja jer bih, po njezinoj logici, dobio u infuziji H₂O umjesto fiziološke otopine - jao meni!



