

LIJEČNIČKE NOVINE



OKOVI su zbačeni!?

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 Golubački
Dr. sc. Miro Hanževački
Dr. Eva Jendriš Škrljak
Dr. Ivan Lerotic
Dr. sc. Krešimir Luetić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Prim. dr. Mario Malović
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 Puljak
Ana Tečić Vuger • Ivica Vučak • Ksenija Vučur

UPUTE SURADNICIMA

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

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

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

Preplatnička služba HLK-a

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 20.000 primjeraka

UVODNA RIJEČ

Upad parazita u hrvatsko zdravstvo!

RAZGOVOR

Prof. dr. Željko Poljak

TEMA BROJA

Okovi su zbačeni!?

IZ KOMORE

Predizborna obećanja • Otkazan sporazum s UPUZ-om • Zahtjev ministru
zdravlja i HZZO-u • Kronologija postupanja sa specijalantima • Definiranje
troškova specijalizacije • Večernji list nas opet „liječi“ • Pregled aktivnosti

IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Kazne zbog prekovremenih sati • Oprema stara 44 godine • Godišnje 32
pacijenta po krevetu • Godišnje 600 tumora mozga • 15 godina Cybermeda

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA

Stanje hrvatske alergologije i imunologije

ONKOLOGIJA

Dostupnost lijekova u Europi

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**COCHRANE ZANIMLJIVOSTI**

Acetilna kiselina za venske ulkuse na nozi

LIJEVI I DESNI KUT

Festival demokracije

RIJETKE BOLESTI

Syndroma Prader Willi

PALIJATIVNA MEDICINA

Pedijatrijska palijativna medicina u Hrvatskoj

ZAJEDNO PROZIV RAKA

Treća životna dob i rak

ABDOMINALNA KIRURGIJA

Mini Gastric Bypass

HZZO I LIJEĆNICI

Hrvatsko e-zdravstvo primjer Europi

METANEUROLOGIJA SMRTI

Patofiziologija procesa smrti

KOMORIN TEST ZNANJA

Energijski i tvari metabolizam IX.

HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE

Tvorba novih riječi

MALO HUMORA**REAGIRANJA**

O članarini Komore

KRATKA LIJEĆNIČKA PRIČA

Puta(X)Ana(X)puta

TEHNOLOGIJA U MEDICINI

Jetrena dijaliza

ZANIMLJIVE LIČNOSTI

Dr. Lujo Naletilić

MEDICINA U EKSTREMnim UVJETIMA

Medicina u svemiru

KOLEGA HITNJAK

Hlad i Bakica

LIJEĆNICI SPORTAŠI

Prim. Franjo Gardašanić

UREDNIKOV KUTAK**ESEJ****BOLJE HUMOR NEGOTUMOR****KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

HRVATSKI LIJEĆNICI U KOLONI SJEĆANJA

U znak sjećanja na 25. godišnjicu stradanja Vukovara kao izraz zahvalnosti i pileteta prema svim žrtvama i sudionicima obrane Vukovara, Hrvatska liječnička komora omogućava svim svojim članovima sudjelovanje u Koloni sjećanja, **Vukovar 18.11.2016.**

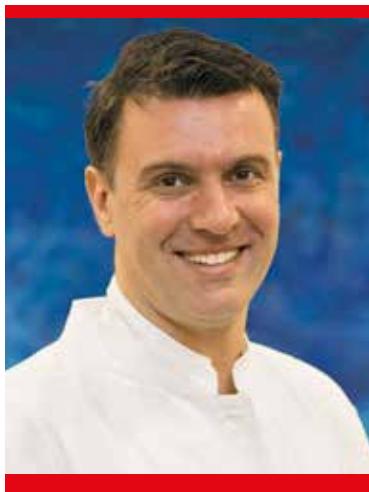


BESPLATAN ORGANIZIRANI PRIJEVOZ AUTOBUSIMA IZ SVAKE ŽUPANIJE

Za prijave se obratite svome županijskom povjereniku
Kontakti županijskih povjerenika: [www.hlk.hr > Kontakti](http://www.hlk.hr)

Rok prijave: 31.10.2016.

Upad parazita u hrvatsko zdravstvo!



DR. SC. TRPIMIR GOLUŽA
PREDSJEDNIK HRVATSKE
LIJEĆNIČKE KOMORE

Društveni paraziti žive na račun drugih i pri tome se osjećaju jako dobro. Samoživi su, sebični, bezosjećajni.

Uvjeravaju i sebe i druge, pa čak i one na čiji račun žive, da su bolji uspješniji, okretniji i mudriji od njih i da je uspostavljeni odnos iskorištavanja zapravo prirodan i pravedan. Ponekad, čisto taktički, i žrtvi daju dio plijena

Paraziti ili nametnici su biljni ili životinjski organizmi koji trajno ili povremeno žive na tijelu ili u tijelu organizma domaćina. Nametnici iscrpljuju domaćina, truju ga, uzrokuju mu štetu i čine ga bolesnim. Ipak, pravodobnim dijagnosticiranjem i provođenjem odgovarajuće terapije većina parazitarnih infekcija uspješno se izlječe, a nametnici se eradiciraju. Doduše, ponekad je potrebna i radikalnija – kirurška terapija odstranjenja začahurena parazita, jer su neki paraziti toliko nametljivi da mogu domaćina vitalno ugroziti. U društvu također postoje paraziti – društveni paraziti. To su ljudi koji žive na račun drugih i pri tome se, kao i svi drugi paraziti, osjećaju sito odnosno jako dobro. Njih ne zanima kako se osjećaju oni od kojih žive, na čijem radu parazitiraju. Nije ih briga koliku im štetu nose, koliko ih iscrpljuju i koliku im bol uzrokuju. Oni jednostavno ne mare za druge. Samoživi su, sebični, bezosjećajni i sve im to nimalo ne smeta, ne kvari im tek. Naprotiv, oni uvjeravaju i sebe i druge, pa čak i one koje iskorištavaju – na čiji račun žive, da su bolji, uspješniji, okretniji i mudriji od njih i da je odnos iskorištavanja koji su uspostavili zapravo prirodan i pravedan. Ponekad, čisto taktički, i žrtvi daju dio plijena. Daju joj ono što je ionako njezinu, na čemu im je žrtva nažalost često zahvalna, jer je toliko iscrpljena i ranjena, da i ne vidi kako sama sebe konzumira i kako sama sebi čini štetu.

Društveno parazitiranje zahvatilo je povelik dio hrvatskog društva i nametnulo se kao svojevrsni obrazac poželjnog društvenog ponašanja. Njegovi korijeni sežu u ne tako daleku socijalističku prošlost u kojoj je parazitizam bio ne samo legalan i legitiman nego i do krajnosti institucionaliziran oblik egzistiranja. Mnogi dobro začahureni paraziti iz tih vremena preživjeli su udare demokratizacije i zahtjeve transparentnosti. Što više, tijekom društvene tranzicije nezaustavljivo su metastazirali. Stvorene su čitave strukture nametnika koje su iscrpljivale hrvatsko društvo i razarale državu. Neke su autohtone, a neke su uvezene. I jedne i druge nanosile su nam i nose strahovitu štetu, jer su dobro raspoređene i povezane. Od dijelova vlasti i državne uprave preko lokalnih struktura do famoznih „nevladinih udruga“ i organizacija. Društveni paraziti skloni su mijenjaju domaćina odnosno žrtve. Čim ocijene da su izvukli svu moguću korist odlaze dalje, prelaze na novi organizam – na novu organizaciju, novu metu. Oni nemaju savjesti, niti empatije, a svjetonazor ili političko stajalište samo su im sredstva, instrumenti kojima se služe u približavanju žrtvi, njezinom anesteziranju, isisavanju svih korisnih sadržaja, a na kraju i njezinu napuštanju.

Na žalost ni hrvatsko zdravstvo nije ostalo imuno na parazite. I mi smo zaraženi onima koji nam be-

skrupulozno sišu sredstva iz proračuna. Upad parazita u zdravstvo (dalje upuz) može se fenomenološki objasniti, ali se ne može etički prihvati. U nekom pogodnom trenutku upali su u sustav, prilagodili mu se i proširili. Predstavili su se dijelom sustava, jako važnim i nezamjenjivim. Oslabljeni zdravstveni sustav nije se uspio na vrijeme obraniti od upuza i zato trpi veliku štetu. Nametnici sišu novac koji je namijenjen isključivo osiguranju preduvjeta za pružanje zdravstvene skrbi i pomoći ugroženim ljudima. Oni taj novac, na društveno neprihvatljiv i bolestan način, uzimaju sebi. Uz to se još prikazuju i zaštitnicima društvenih vrijednosti. Različiti su načini sisanja javnoga odnosa državnoga novca: postupci javne nabave, stvaranje bespotrebnih struktura koje bi trebale posredovati između državnih ustanova i države, investicijsko predimenzioniranje, potpuno nepotrebno investiranje, stvaranje parazitskih organizacija i u njihovoj režiji organiziranje različitih skupih priredbi i događaja čija je jedina svrha isisanjanje novca.

Ako ste možda upuz poistovjetili ili zamijenili s UPUZ-om (Udrugom poslodavaca u zdravstvu) možda i niste puno pogriješili. Ta Udruga, kao što joj i samo ime kaže, okuplja poslodavce u zdravstvu. Velika većina članica Udruge zdravstvene su ustanove u vlasništvu države ili jedinica lokalne samouprave koje se financiraju državnim novcem namijenjenim za zdravlje hrvatskih građana. Taj zdravlju namijenjen državni novac dijelom se preljeva i u blagajnu UPUZ-a. Udruge koja se, iako nema nikakve javne ovlasti, uz pomoći utjecajnih pojedinaca i struktura, nameće kao važan i moćan neformalni društveni faktor. Toliko moćan da si dopušta javno ne priznavati pravilnike Ministarstva zdravljia i poticati državne ustanove da čine isto. Tako država, odnosno državni porezni obveznici, zapravo finansiraju i Udrugu koja ne priznaje zakonske propise te iste države koja joj omogućuje postojanje. Logično! Zakoni i pravilnici osmišljeni su i doneseni kao lijek protiv štetočina, parazita i nametnika. Zato se paraziti svim silama i trude da lijek ne dode do zaraženog organizma jer bi uzrokovao njihov kraj, a organizam bi ozdravio.

Ps.

Ovoga ljeta bio sam na otoku Visu. Do prije godina otok je oskudjevalo vodom. Usprkos obilnim izvorima pitke vode dolazilo je do nestasice i uvođene su redukcije u opskrbi. Onda je gradska uprava Visa odlučila uvesti reda. Zaustavili su kradljive vode koji su se priključili na vodovodne cijevi i nemilice trošili vodu zalijevajući maslinike i livade. Uredili su sustav dovodnje i spriječili nepotrebne i skupe gubitke. Sada vode ime u izobilju za sve.

90 GODINA PLODNOG ŽIVOTA I 26 GODINA UREĐIVANJA LIJEČNIČKIH NOVINA

Prof.dr. Željko Poljak:

"Uvijek sam pazio da se dizanjem prašine zabavljaju čitatelji a ne samo ja"

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

Jednostavno nisam imao konkurencije jer sam u jednoj osobi bio urednik, lektor, korektor, pisac i korespondent, i nisam tražio honorar

Jest da volim izazivati, ali uvijek rado objavim i kontru, ma koliko bila oštra, pa ako dotični ima pravo, priznam: „Jedan – nula za njega!“

Koliko je istinita poznata Lincolnova izreka kako nije važno koliko je godina u našem životu, nego koliko je života u našim godinama, potvrđuje primjer prof. dr. Željka Poljaka, koji unatoč poznim godinama ima više energije nego što su je mnogi imali i u svojoj mladosti! Taj devedesetogodišnjak, koji je više od četvrt stoljeća, glavni urednik *Liječničkih novina*, i danas radi desetak sati na dan, piše, uređuje, publicira i upravo završava svoju treću autobiografiju, odnosno memoarske zapise "Liječničke zgode i nezgode".

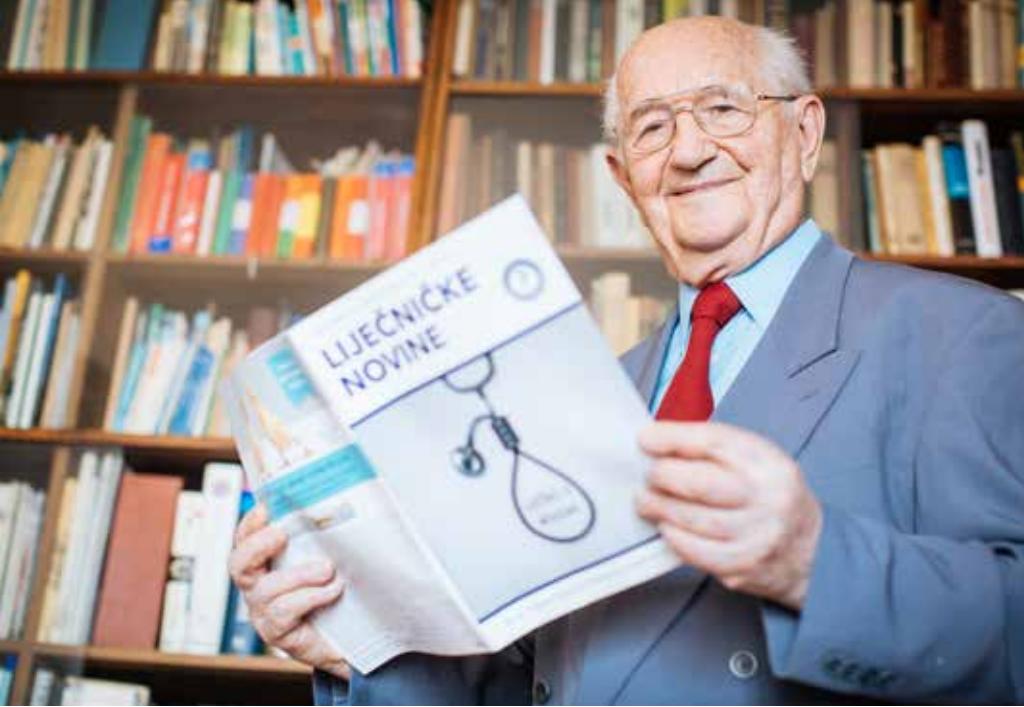
Taj specijalist otorinolaringologije, koji je svoj liječnički radni vijek proveo na ORL klinici Medicinskog fakulteta u Zagrebu, bio je strastveni planinar i svjetski putnik "s notesom u ruci". Bavio se arheologijom, fotografijom...

Kao najstrašniji dogadaj u svom životu navodi trenutak kad mu se u tramvaju ustala neka mlada žena i ponudila mu da sjedne. Očito nije bila svjesna kakav se zapravo mladić krije u njemu, jer profesor i danas s neiscrpnom znatiželjom, poput kakvog dječarca, promatra i istražuje svijet oko sebe. Proničliva duha, kreativan, svestran, široko obrazovan, velike stvaralačke energije, živuća je enciklopedija znanja i životnog iskustva. Iznimno duhovit, kozer u društvu, sklon polemici, on i kroz pisanu riječ voli izazivati reakcije, i to često vrlo uspješno. Iako se ne zamara pitanjem "kako se ovjekovječiti", to je već učinio samim tim što već 26 godina uspješno uređuje *Liječničke novine*. Opirao se ovom intervjuju s argumentima kako ne priliči da razgovor bude baš s njim, te da će biti dosadan jer je kroz sve ove godine rekao sve što je mislio. Ipak, uvjereni smo da nam čitatelji neće zamjeriti što smo se na to odlučili povodom njegova devedeseta rođendana. Naime, *Liječničke novine* su njegovo "čedo", a djeca ponekad znaju biti zahvalna svojim roditeljima...

■ **Uređujete *Liječničke novine* već više od četvrt stoljeća, točnije od 1. siječnja 1990. godine. Na promociji njihova novog sadržajnog i vizualnog koncepta, predsjednik HLK-a dr. sc. Trpimir Goluža nazvao vas je samohranim ocem novina jer su opstale zahvaljujući vašem entuzijazmu i požrtvovnosti. Kako ste se uopće postali glavnim urednikom toga „staleškog glasila“.**

Jednostavno nisam imao konkurencije jer sam u jednoj osobi bio urednik, lektor, korektor, pisac i korespondent, i nisam tražio honorar.

■ **Kako ste i osobno uspjeli opstatiti na toj poziciji sve ove godine, tim više što ste bili kritični prema zdravstvenim vlastima i što u svojim polemičkim člancima niste štedjeli gotovo nikoga; otvarali ste raznora-**



Prof. Poljak sa svojim "čedom" Ljećničkim novinama, koje su opstale sve ove godine zahvaljujući njegovu entuzijazmu i požrtvovnosti

Kao brukoš zagrebačkog Medicinskog fakulteta 1945. godine.

zne šakaljive teme i pitanja, ironizirali i ono što se nitko ne bi usudio... Jeste li imali problema zbog toga?

Kako ne, naravno da je bilo neprilika! Na primjer, jedan je ministar zdravlja tražio moju smjenu, a izdavač je odgovorio: U redu, ako nam nadete zamjenu. Nije je našao. Članak koji se ne mili izdavaču smjestim u „Urednikov kutak“ s primjedbom da za taj čanak nije odgovoran. Jest da volim izazivati, ali uvijek rado objavim i kontru, ma koliko bila oštra, pa ako dotični ima pravo, priznam: „Jedan – nula za njega!“

■ **Tvrđite kako je bolje izazivati nego dosadivati čitatelju i toga ste se držali u mnogim svojim člancima, objavljenim ne samo u Ljećničkim novinama, nego i u drugim listovima i časopisima, u kojima ste tijekom niza godina objavili impresivan broj naslova. Čitajući neke vaše polemike stekla sam dojam da ste počesto izazivali i namjerno provocirali samo kako bi „dizali prašinu“ te da ste se pritom odlično zabavljali. Jesam li u pravu?**

Jeste, u pravu ste, no uvijek sam pazio na to da se „dizanjem prašine“ u prvom redu više zabavljaju čitatelji nego ja. Pa vi kao novinarka znate da je to tajna uspjeha u publicistici, zar ne?

■ **Zbog nekih svojih stavova u javnim polemikama sa svojim neistomišljenicima/ama, kao primjerice onoj s aktivisticama za ženska prava koje niste štedjeli niti u nazivlju („militantne feministkinje“, „razjarene šovinistkinje“, „moj Waterloo u ratu s vješticama“ itd.), zasadili ste i opomenu Etičkog povjerenstva Ljećničkog zbora. Danas, s vremenskim odmakom, mislite li da ste u tom slučaju i nekim drugima ipak pretjerali i prešli granicu dobrog ukusa? Iskreno?**

Misljam da nisam pretjerao, možda malo i jesam, pogotovo nisam trebao za tu temu upotrijebiti *Ljećničke novine*. Ali i danas se sa smiješkom sjećam iskešenih zuba na citat iz Biblije „Žena šutljiva dar gospodnji“.

■ **Taj je biblijski citat kod vas očito pao na plodno tlo. No vi kao intelektualac ne biste smjeli generalizirati i ponavljati neke stare stereotipe glede spolova, bez obzira što samo javno govorite, ono što mnogi (i vaši kolege) potajice misle. Ili?**

Imate pravo, nije razborito dirati osinje gnijezdo.

■ **Koja biste svoja iskustva izdvojili tijekom dugogodišnjeg uređivanja *Ljećničkih novina*? Kako je surađivati s kolegama ljećnicima oko tekstova? Jeste li „muku mučili“ s viškom ili manjkom članaka za objavu?**

Nevjerojatno kako je lako surađivati s intelektualcima! Jedino mi je mučno kad se neki tekst mora odbiti i, priznajem makar nije časno, tu mi je spas urednički odbor: „Ja sam htio ali oni neće“. Kad za neki broj imam preveliko članaka rupu začepim nekim svojim tekstrom, što nije dobro, jer izgleda kao da privatiziram glasilo. Možda će se tako pomisliti i za ovaj intervju. Zašto ste zapravo toliko na njemu insistirali kad sam ionako u ovih četvrt stoljeća sve već rekao?

■ **Osim *Ljećničkih novina*, dugovječni ste urednik i član uredništva časopisa *Hrvatski planinar* i tehnički urednik i lektor lista *Speleolog*. Od svih vaših hobija, publicistika vam je očito najmilija. Kada ste se i kako „zarazili“ pisanjem?**

Dobro se toga sjećam. Godine 1950. objavio sam putopis po Prokletijama, radi kojeg me šef Ušne klinike uzeo na kliniku za asistenta. Ta mu je tema prirasla srcu. Ipak, u početku nije s njim bilo lako, moju je prvu povijest bolesti ljutito poderao. Ali, nije mi bilo teško pisati jer sam završio klasičnu gimnaziju i paralelno s medicinom studirao kroatistiku.

■ **Napisali ste i izdali tridesetak knjiga iz područja medicine, kroatistike i geografije, uredili desetak zbornika.... Kažu da ste najbolje planinarske vodiče napisali upravo vi... Slažete li se s tim ocjenama?**

Da, ali s napomenom da su moji vodići tada bili i jedini. A lakše sam ih mogao pisati nego drugi jer sam studirao geografiju na PMF-u.



**Na jednom od svojih mnogobrojnih putovanja,
Death Valey u SAD-u 1980.**

■ To što ste bili strastveni planinar i osnivač planinarskih društava, pomoglo vam je na neki način i u vašoj liječničkoj karijeri...

Mislim da je bilo obratno! Mnoge planinarske uspjehe, pogotovo organizacijske, imam zahvaliti tome što sam liječnik. U Liječničkom zboru i danas još dobro radi Planinarski klub, u KBC-u Zagreb Planinarsko društvo „Maksimir“ a u Radićevoj ulici „Velebit“.

■ Vašom zaslugom hrvatska je trobojnica (istina, tada nagrđena zvijezdom petokrakom) prvi put zavijorila i na jednom himalajskom vrhu. No, u vrijeme Titove Jugoslavije, posebice u vrijeme Hrvatskog proljeća, to je bila hrabrost. Jeste li imali kakvih poteškoća zbog toga?

Bilo je prigovora zašto se baš tada, 1971., „razmahujem hrvatskom zastavom“, a branio sam se rečenicom: „Ono što je za nogometnika gol, to je za ekspediciju zastava na vrhu“. Da sam bio član Partije možda bih i stradao, ali sam bio klasificiran samo kao „pošteni vanpartijac“.

■ Iako niste bili član Partije, nije vam bilo, kako ste mi rekli, loše u bivšem sustavu. Normalno ste napredovali u svom zvanju, putovali svijetom....Čemu ili komu to možete zahvaliti?

Ovaj će vas odgovor malo začuditi. Mislim da laku i uspješnu karijeru najviše imam zahvaliti tome što nisam bio ambiciozan. Zbog toga u sredini gdje se napredovalo laktovima nikome nisam bio opasan pa su mi prijateljima postali i oni koji bi mi „prirodno“ trebali biti neprijatelji.

■ Zbog svojih godina i bogatog iskustva vi ste živi spomenik vremena. Kako bi mlađim generacijama čitatelja dočarali svu apsurdnost i tragikomičnost bivšeg komunističkog režima, svakako treba spomenuti da ste kao predsjednik Radničkog savjeta na ORL klinici koja je tada bila smještena na zagrebačkoj Šalati, morali predložiti za orden radnika koji je najvi-



Kao stažist izabran za ravnatelja doma zdravlja u Pljevljima, Crna Gora, 1954.

še „pridonio razvoju socijalističke misli“. I koga ste izabrali?

U zabludi su oni koji misle da su dva milijuna ljudi s partijskom iskaznicom u bivšoj Jugovini bili komunisti. Ne, nisu ni znali što je komunizam, ali se s iskaznicom lakše uhljebljavalo. Zato mi nisu zamjerili kad sam kao predsjednik Radničkog savjeta ironično predložio da orden koji ste spomenuli dobije nadstojnica samostana časnih sestara u KBC-u s obrazloženjem da je jedino u samostanu komunizam doslovno proveden u djelu.

■ Iako se liječnici više ne moraju natjecati s „Marxom i Engelsom“ kako bi napredovali u svojoj profesiji, druge brige muče vaš stalež. Kako ocjenjujete današnji položaj liječnika u društvu? Je li on napredovao ili nazadovao od kad imamo svoju državu?

Nemojte me nasmijavati! Sjetite se da se liječnicima ni danas ne jamči radni tjedan od 42 sata, da ih iscrpljuju dežurstvima i pripravnošću, da je tzv. glavarina izmišljena samo zato da se ne plati sav izvršeni rad, da je jedino liječnicima bio zabranjen štrajk, da je Liječničkom sindikatu lukavštinom uskraćeno pravo na kolektivno pregovaranje, da obiteljski liječnici moraju sami naći zamjenu kad su bolesni ili žele na godišnji odmor, da nakon specijalizacije u manjim bolnicama postajete rob. Je li Vam to dosta?

Nevjerojatno kako je lako surađivati s intelektualcima! Jedino mi je mučno kad se neki tekst mora odbiti i, priznajem makar nije časno, tu mi je spas urednički odbor: „Ja sam htio ali oni neće“

U zabludi su oni koji misle da su dva milijuna ljudi s partijskom iskaznicom u bivšoj Jugovini bili komunisti. Ne, nisu ni znali što je komunizam, ali se s iskaznicom lakše uhljebljavalo

■ U svom jednom članku, objavljenom u tadašnjem dnevnom listu *Vjesnik*, napisali ste kako ne bi nikome preporučili liječničko zvanje jer se, između ostalog, najteže stječe, a mizerno plaća. Ipak, vi ste tijekom svog života stekli vlasništvo nad devet stanova u zagrebačkoj metropoli i to na atraktivnim lokacijama. Time ste, uz brojne druge, zaslužili i titulu „zagrebačkog kralja nekretnina“. Kako vam je to, molim vas, samo uspjelo?

Pazite, među liječnicima ja nisam pravilo nego izuzetak. Pitajte moje kolege kako izlaze na kraj s mirovinom! Dio imetka sam naslijedio, dio sam stekao gotovo asketskim načinom života makar sam imao dobre prihode. Nisam imao obitelj, hranio sam se u menzi, odijevao „planinarski“, nikada nisam imao Mercedes ili BMW, a za godišnji odmor često sam u inozemstvu radio dobro plaćene operacije. Za razliku od većine, ne znam se odmarati bez aktivnosti, a kao potomak bankarske obitelji znao sam kako višak prihoda razborito ulagati.

■ Javno ste prznali kako ste hobije voljeli više od medicine i stoga ste s radošću otišli u mirovinu. No i u medicini ste ostavili traga, i to u hrvatskoj alergologiji. Objavili ste više od 120 stručnih i znanstvenih radova. Na zagrebačkom Medicinskom fakultetu osnovali ste i vodili poslijediplomski studij iz otorinolaringologije i drugi iz alergologije i kliničke imunologije, primarijus ste, doktor znanosti, član Akademije medicinskih znanosti Hrvatske.... I to kao da ste sve postigli usput, dok ste se strastveno bavili planinarenjem, arheologijom, publicistikom...

Nikome se neće svidjeti moj recept kako to postići, a mislim da je vrlo jednostavan. Ni danas, u devedesetoj godini života, rijetko je moj radni dan kraći od desetak sati.

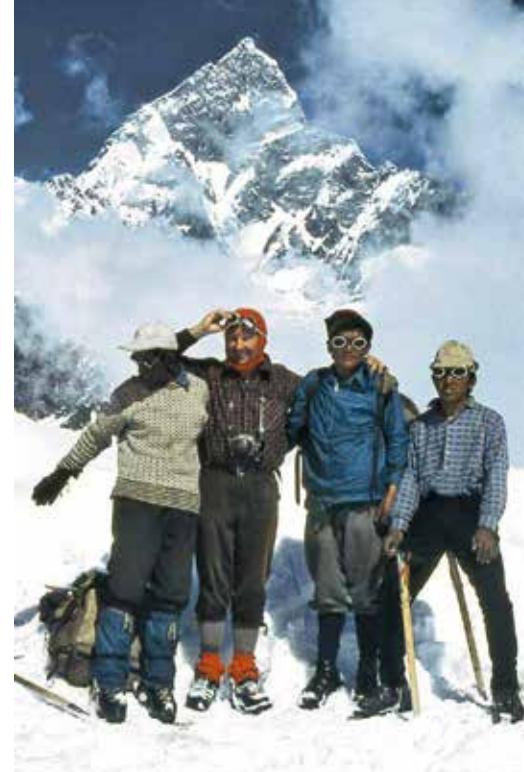
■ Udruge pacijenata nisu vam po volji. Doživljavate ih kao protivnike liječnika, iako bi po logici morali biti saveznici u borbi za bolje zdravstvo. I općenito, kod mnogih liječnika može se uočiti određeni elitizam i arogancija u odnosu prema pacijentima. Kao da su pacijenti tu zbog njih, a ne obratno. Grijesim li u dojmu?

Grijesite jer, kao ni ostali, ne pravite razliku između pacijenta i osiguranika. Svoje ču gledište sažeti u ovih nekoliko paušalnih rečenica. Radije liječim tri karcinoma nego jednoga kverulanta koji mi maše pred nosom osiguraničkom karticom. Liječnik i pravi pacijent su partneri, ali liječnik i osiguranik su partneri koliko robijaš i njegov uznik. Liječnik ima samo dužnosti, osiguranik samo prava. Pacijenti su sve češće pravni i tek onda medicinski problem. Nasilja nad liječnicima ima koliko hoćeš, pa i ubojstava, a jeste li čuli za neko nasilje liječnika nad pacijentom?

■ Slažete li se s tvrdnjom da samo liječnik s razvijenom empatijom, može biti dobar liječnik. Možda je i to razlog feminizacije medicine, jer žene su po prirodi više okrenute drugima i spremnije pomoći, za razliku od muškaraca koji su više orijentirani na sebe, karijeru, uspjeh, položaj, moć....

Razumijem vas, ali ja bih kao pacijent radije izabrao kirurga promišljenog i hladnog kao stroj, a ne onoga koji je podložan emocijama, pa bila to i empatija. Empatija uglavnom služi kao marketinški alat nadriliječnicima, a liječničku empatiju obično definiraju ovako: „Imam dobrog doktora, sve mi daje što tražim.“ Ne, on nije dobar jer daje na tuđi a ne na svoj račun. Ovakvo kupovanje simpatije za mene je korupcija.

■ Protivnik ste socijalizacije medicine, odnosno Štamparovog „zdravstva za sve“. Koja je alternativa?



Sa Šerpama pod Machapucharom u Himalaji 1971.

Pogrešno, nisam protivnik! „Zdravstvo za sve!“ je predivna vizija, ali zasad utočišta. Prvo zato što to netko mora platiti a novac ne pada s neba. Drugo, jer se to sada u nas može ostvariti samo na dva načina: udeseterostručiti broj liječnika ili postojeće liječnike ugnjetavati do krajnjih granica. Što biste Vi od toga izabrali da ste ministar zdravljav?

■ Koja je zdravstvena administracija najviše učinila za liječnički stalež u Hrvatskoj? Možete li izdvojiti nekog ministra?

Ministar na latinskom znači sluga i on zapravo ne može gotovo ništa jer mora slušati šefa vlade. On služi uglavnom kao objekt za pljuvanje i zato nikad ne bih bio ministar. Evo vam svjež primjer! Nedavno je jedan ministar uveo uputnicu zvanu „Jedna za sve“ pa su ga optužili da će time financijski upropasti zdravstvo. Drugi ministar je ukinuo tu uputnicu pa ga optužuju da pacijente tjera u smrt.

■ Dobro, koja je onda Vlada imala najviše sluha za liječničke zahtjeve i probleme?

E, nećete me uvući u politiku a, iskreno, i ne znam. Ali se sjećam da je jedan ministar zdravlja jedanput bez odobrenja premijera liječnicima povisio plaće i izgubio ministarsku fotelju.

>>

■ U anketi HLK-a o liječničkoj percepciji medijskog prikaza liječnika i zdravstva, 81 posto liječnika je odgovorilo kako ih se prikazuje kao sklone korupciji. To je sigurno pretjerano, no da je korupcije bilo i ima u zdravstvu koje je isto odraz društva u kojem živimo, neosporna je činjenica. Što mislite o liječnicima koji primaju mito od bolesnika?

Niste definirali što je korupcija, bombonijera ili koverta s tisuću eura. Kad su me jednom studenti pitali primam li mito rekao sam s katedre: „Primam sve što mi se nudi, ali uz jedan uvjet: da mi pacijent ono što je obećao dade tek kad liječenje završi. I zato nikada ne dobijem ništa.“ Zapravo, na mito sam toliko alergičan da ne bih mogao imati niti privatnu praksu jer kako ću čovjeku koji je zbog bolesti nesretan još uzeti i novac?

■ Član ste Hrvatskog društva književnika. Napisali ste zanimljivu knjigu o Ivi Andriću u kojoj ste objavili njegovu, dotad neobjavljenu korespondenciju iz mlađih dana s jednim školskim drugom. Otišli ste i korak dalje. Ustvrdili ste da je Andrić bio duhovna preteča atentata na Stjepana Radića.....

Citirat ću vam samo jednu Andrićevu rečenicu a vi razmislite: „Ujedinjenje valja provesti ponovo, ono prvo je, bar za Zagreb, bilo prejektino, a platićemo ga ili mi ili taj Radić i fukara oko njega kao rulja seoskih pasa oko slepca“. Pet godina poslije proveo je Račić ovu misao u djelo pucajući na Stjepana Radića. Andrić je bio „načelnik političkog odelenja Ministarstva inostranih dela“. I on i atentator služili su kralju Aleksandru, kojemu je atentat poslužio kao dobar povod da proglaši diktaturu.

■ Do sad ste objavili dvije autobiografije, jednu iz svog života kao planinara, a drugu kao liječnika. Potonja je, kako ste mi otkrili, puna anegdota. Ispričajte nam jednu.

Najprije planinarska anegdota. Vodio sam društveni izlet na Lobi grad u Ivanšići i nikako da pogodom put. Srećom nađe neko planinarsko društvo i upitam ih za smjer. Njihov vođa mi odgovori: „Ne znam ali ću pogledati u Poljaka“ i iz naprtnjače izvadi

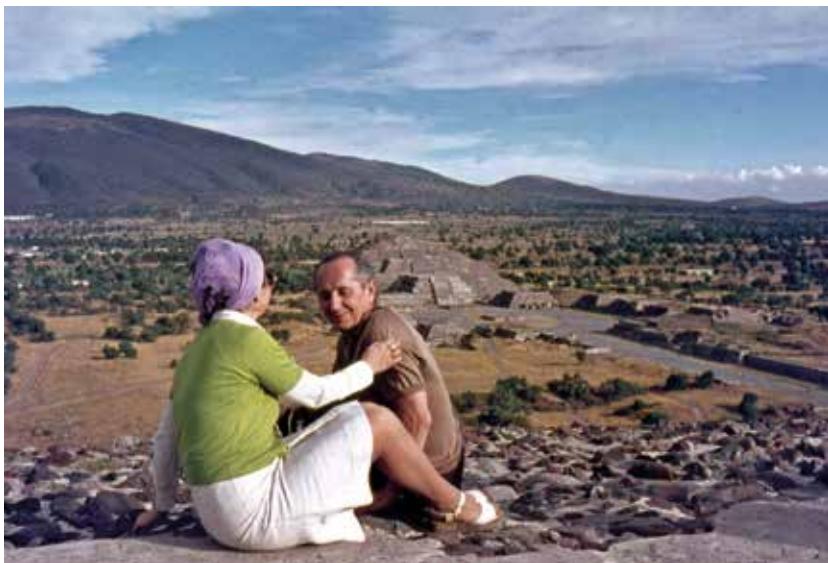
Laku i uspješnu karijeru najviše imam zahvaliti tome što nisam bio ambiciozan. Zbog toga u sredini gdje se napredovalo laktovima nikome nisam bio opasan pa su mi prijateljima postali i oni koji bi mi „prirodno“ trebali biti neprijatelji

moj vodič. Medicinska anegdota! Za jednoga noćnog dežurstva sestra me hitno pozove djetetu koje je prestalo disati. Cijanotično je, puls se više ne pipa, no - možda ipak? Uzmem sestri iz pletiva škare i improviziram urgentnu traheotomiju. Ukratko, nakon pola sata dijete otvorí oči i nasmiješi mi se.

■ Trenutno završavate memoarske zapise koje ste nazvali „Liječničke zgode i nezgode“. Hoće li ta knjiga biti „ozbiljnija“ od prethodne autobiografije i je li nužno da budete ozbiljni u opisivanju svojih iskustava i dogodovština?

Citirat ću početak njezina uvida: Ovo nije knjiga mudrosti. Ni pošto ne namjeravam čitatelja poučavati a niti sebe hvaliti, što je česta bolest memoarskih tekstova, nego na zabavan način iznijeti događaje u razdoblju od preko 70 godina. Knjizi je misao vodila: bolje je čitatelja izazivati nego mu biti dosadan, pa će se stoga u njoj naći raznih indiskretnih pikantacija.

■ Kako ste u svim segmentima svog života izvan ustaljenih okvira, tako je to slučaj i s obiteljskim životom. Sa 63 godine prvi put ste postali otac. Ta činjenica sigurno ne može proći bez barem jedne anegdote.



S oftalmologinjom prof. Mery Klinger na Piramidi sunca, Mexico 1976.



Na dočeku Nove godine u Esplanadi 1960.



S majkom Dragicom i ocem Vladimirom 1927.

Evo jednog razgovora na dječjem igralištu. „Djede, pripazite na svoje unuke!“ - upozori me neka žena. „Ja sam im otac, a djed je mlađi od mene.“ „Ne, to je nije moguće!“ „Moguće je jer je otac moje žene mlađi od mene.“ Naime, u 63. godini nisam više mogao dobiti djecu sa svojim vršnjakinjama.

■ **Možda bi nekog drugog u vašim godinama bilo neumjesno pitati koji su mu planovi za budućnost, ali kad je o vama riječ, to je pitanje sasvim legitimno.**

Uvijek sam planirao samo ono što je ostvarivo i izbjegavao ići glavom kroz zid. Neka me samo sreća posluži da do kraja ostanem pokretan i neovisan o tuđoj brizi. Zapravo, svako jutro kad se probudim s veseljem pomislim: „Pa ja sam još živ!“ Što čete više?

■ **Jeste li zadovoljni ostvarenim u životu?**

Nisam zadovoljan sa životom jer nije trajna vrijednost, ali to je filozofska pitanje u kojem se ne snalazim. Budimo realni, ne zamaram se pitanjem kako se ovjekovječiti, ionako će nas svi za nekoliko godina zaboraviti. A ako me i ne zaborave, što od toga imam?

■ **Koji je vaš životni kredo?**

Kad već život nije trajna vrijednost, neka ne bude dosadan, nego ugodan, koristan i

zabavan. Upravo tim redoslijedom.

■ **Jeste li vjernik?**

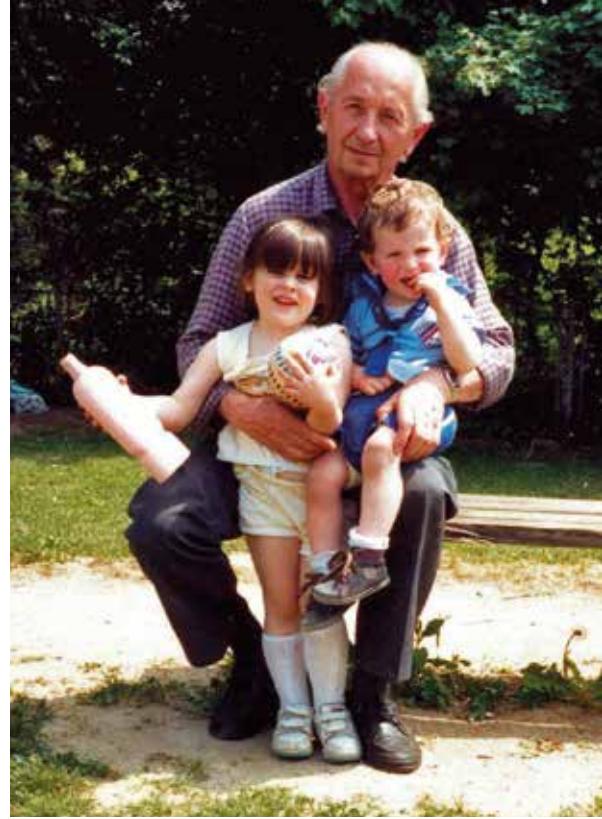
Naravno da Boga ne zamišljam kao starca s bijelom bradom iznad oblaka niti anđele s pernatim krilima, ali „Deset zapovijedi Božjih“ dobar su životni putokaz svim ljudima na svijetu. I zato veoma cijenim i poštujem crkvu.

■ **Kakav savjet možete dati liječnicima kada dođe vrijeme za mirovinu. Kako izbjegići umirovljeničku depresiju?**

Ovisi o osobnom afinitetu, ali nikako se ne prepustiti „čekanju smrti“. Mirovanje ima za posljedicu i fizičku i intelektualnu atrofiju. Najprije sam pokušao baviti se vinogradarstvom, ali mi nije islo. Spas sam našao u informatičkim strojevima. Oni su na neki način moždana proteza; bez njih danas i nije moguće baviti se publicistikom.

Čemu možete zahvaliti svoju dugovječnost obogaćenu umnom i fizičkom vitalnošću?

Onome tko nije naslijedio takav genetski programator ne preostaje drugo nego brižljivo čuvati svoje živčevlje, jer jedino za izgubljene živčane stanice nema nadoknade. Dakle, nikada si ne otkidati od sna i kloniti se svakog uzrujavanja. No, bojim se da to vama kao novinarki neće biti lako, zar ne?



S kćeri Evom i sinom Antonijem 1990.

Liječnik i pravi pacijent su partneri, ali liječnik i osiguranik su partneri koliko robijaš i njegov uznik. Liječnik ima samo dužnosti, osiguranik samo prava. Pacijenti su sve češće pravni a tek onda medicinski problem

Uvijek sam planirao samo ono što je ostvarivo i izbjegavao ići glavom kroz zid. Neka me samo sreća posluži da do kraja ostanem pokretan i neovisan o tuđoj brizi. Zapravo, svako jutro kad se probudim s veseljem pomislim: „Pa ja sam još živ!“

IZMJENE I DOPUNE PRAVILNIKA
O SPECIJALISTIČKOM USAVRŠAVANJU DOKTORA MEDICINE

Okovi su zbačeni!?

Piše: KREŠIMIR VEKIĆ

Tehnički ministar zdravlja dr. **Dario Nakić** potpisao je Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, koji je stupio na snagu 16. srpnja 2016. Njime troškovi specijalizacije više ne obuhvaćaju bruto plaće doktora medicine, nego isključivo troškove vezane uz rad glavnog mentora, mentora i komentora, trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje, trošak poslijediplomskog specijalističkog studija, trošak završnog i specijalističkog ispita, trošak knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i trošak dnevnika rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju.

Izmijenjeni i dopunjeni Pravilnik primjenjivat će se na buduće ugovore o specijalističkom usavršavanju, ali i na sadašnje specijalizante i mlade specijaliste koji još nisu u potpunosti riješili svoj odnos s ustanovama koje su im omogućile specijalističko usavršavanje.

Specijalisti, koji se ne žele vratiti u bolnice koje su ih poslale na specijalizaciju tako neće morati vratiti potpun iznos bruto plaća isplaćenih za obavljeni rad tijekom specijalizacije kao dosad, nego samo troškove specijalizacije koji iznose 50.000 do 60.000 kuna.

Vodstvo **Hrvatske liječničke komore** (HLK) već godinu dana inicira promjene Pravilnika u duhu odrednica specijalističkog usavršavanja liječnika u Europskoj uniji.

Stav Komore, službeno izražen u Stavu Izvršnog odbora HLK-a o specijalističkom usavršavanju liječnika, jasan je - specijalizanti su tijekom specijalizacije u radnom odnosu te za vrijeme specijalizacije rade za što primaju plaću. Dakle, specijalizacija je specifičan oblik stručnog usavršavanja tijekom kojeg se ne samo pohađaju predavanja i polažu ispit, već se najveći dio usavršavanja obavlja stručnim radom za koji ustanova fakturira račun HZZO-u te za taj rad dobiva adekvatnu novčanu naknadu. Stoga nije prihvatljivo u troškove specijalizacije uračunavati i bruto plaću specijalizanta jer se time krši osnovna postavka Zakona o radu da svaki rad mora biti plaćen. Čak i Ustav u članku 56. uređuje da svaki zaposlenik ima pravo na zaradu kojom može osigurati sebi i svojoj obitelji slobodan i dostojanstven život.

Zakon o radu (Narodne novine br. 93/14) u članu 7. stavku 1, uređuje da je "poslodavac obvezan u radnom odnosu radniku dati posao te mu za obavljeni rad isplatiti plaću, a radnik je ob-

vezan prema uputama koje poslodavac daje u skladu s naravi i vrstom rada, osobno obavljati preuzeti posao."

Ocjena suglasnosti

O nepravednosti dosadašnjeg sustava govori i **mišljenje Vrhovnog suda** od 22. listopada 2013. u kojem je izraženo stajalište da "iznos plaće isplaćene za obavljeni rad ne može ulaziti u trošak specijalizacije".

Da ne bi sve ostalo mrtvo slovo na papiru, **Komora** je Ustavnom sudu 13. siječnja 2015. podnijela Prijedlog za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti drugih propisa s Ustavom i zakonom, smatrajući da su odredbe članka 11. i 12. starog Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u nesuglasju s Ustavom Republike Hrvatske, odnosno Zakonom o radu. Postupak je još uvijek u tijeku.

Novo vodstvo Komore iniciralo je i posljednjih godinu dana intenzivno radilo na tome da dođe do promjene Pravilnika kojim se sve do nedavno mlade liječnike držalo u robovlasničkom odnosu



Ministarstvo zdravlja je Pravilnikom o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju obvezalo zdravstvene ustanove da "preprave" specijalizantske ugovore do 16. kolovoza. S obzirom na prethodna iskustva neprihvajanja Pravilnika o specijalizacijama (tzv. "pravilnik ministra Milinovića" iz 2011. godine), Komora je upozorila ravnatelje ustanova da su dužni pridržavati se izmijenjenog i dopunjeno Pravilnika te ponuditi nove anekse ugovora o specijalizacijama. Pritom je Komora jasno izraziла stav da će svim pravnim sredstvima kojima raspolaže pomoći liječnicima u ostvarenju njihovim Pravilnikom zajamčenih prava. Tako se prekinulo s godinama dugom praksom kojom se mlade liječnike držalo u - robovlasničkom odnosu.

A onda je nastala - panika. "Sustav propada", "Bojkotirat ćemo primanje novih specijalizanata", "Školovat ćemo liječnike da bi liječili u Irskoj", samo su neki od naslova koji su osvanuli u medijima, koji su uglavnom citirali dr. **Dražena Jurko-**

vića, predsjednika Udruge poslodavaca u zdravstvu.

Suvremeno ropstvo

Dr. Jurković je upozoravaо da su se javile brojne bolnice s upozorenjima da više neće primati nove specijalizante i da zdravstvenom sustavu prijeti propast. Zato je pozvao ministra zdravlja dr. **Darija Nakića** da žurno povuče "novi Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine dok se ne nađe najbolje moguće rješenje, uključujući i ono za liječnike, jer će primjena tog Pravilnika imati nesagledive negativne posljedice na zdravstveni sustav."

Oglasio se i bivši ministar zdravlja dr. **Siniša Varga**, po kojem je "vrijeme za potpunu promjenu sustava liječničkih specijalizacija u Hrvatskoj", što je u skladu s nastojanjima Komore, naglasivši da će, u slučaju da Narodna koalicija dođe na vlast, povući izmijenjeni i dopunjeni Pravilnik.

"Specijalizacije bi se morale raspisivati iz jednog mesta i tako ih plaćati, a nakon završene edukacije specijalizanti bi se raspoređivali na rad ovisno o uspjehu. Nije dobro da male bolnice plaćaju edukaciju liječnika za velike, što će se s ovim potezom ministra sigurno dogoditi", kaže dr. **Varga** u razgovoru s Mislavom Bagom na Novoj TV 10. kolovoza 2016. godine.

No, upravo je bilo situacija u kojima je **HZZO** isplaćivao troškove specijalizacija ustanovama ako bi iz bilo kojeg razloga specijalizant prekinuo ugovor o radu a opet bi te iste ustanove tužile liječnike da im vratre novac. Time su neke ustanove ostvarile i dobit.

Nakon gotovo tri desetljeća uglavnom identičnog modela organiziranja i provođenja specijalizacija, napokon su i oni koji su provodili takav model, shvatili kako je isti "potrošen". Model koji se temeljio na diskriminirajućem odnosu prema liječnicima, tretirajući ih kao gra-

>>

dane za koje ne vrijede ista pravila kao za sve druge građane, pokazao je svoju učinkovitost utječući na značajan broj odlazaka mlađih liječnika u inozemstvo.

Prilikom donošenja Pravilnika provedena je od 16. svibnja do 15. lipnja 2016. javna rasprava sa zainteresiranim javnošću, tijekom koje nije bilo bitnijih primjedbi na sadržaj novog Pravilnika, odnosno na rješenja koja sada neki doživljavaju ozbilnjom prijetnjom za urušavanje zdravstvenog sustava.

Cijeli život radi za odštetu

Zanimljivo, današnji zaštitnici društvenih vrijednosti nisu imali nikakvih primjedbi na Pravilnik koji je omogućavao „robovlasničko“ tretiranje mlađih liječnika a bio je na snazi gotovo dva desetljeća.

Najdrastičnija žrtva takvog pravilnika je dr. **Matija Karša**, ginekolog, kojeg Dom zdravlja Donji Miholjac tereti za troškove specijalizacije u iznosu od **pet milijuna kuna**. S tom je ustanovom dr. Karša potpisao ugovor o specijalizaciji, a tuže ga za naknadu štete zbog prekida specijalizacije. Iznos od pet milijuna kuna dobiven je zbrajanjem stavki ugovora u kojemu stoji da u slučaju prekida radnog odnosa prije isteka deset godina, kolika mu je bila obveza tamo ostati raditi, dr. Karša mora vratiti troškove specijalizacije u trostrukom iznosu. Ali to nije sve, u ugovoru je stajalo da je dužan vratiti - dvostruke mjesecne plaće.

Ravnatelj DZ-a Donji Miholjac **Nedeljko Kovačić** odavno je dao pojašnjenje – morao je zaštititi interes ustanove. Ali, u vrijeme kada je dr. Karši stigao tužbeni zahtjev, bio je na snazi Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, koji je potpisao tadašnji ministar dr. **Darko Milinović** i kojim se tada propisivao trošak specijalizacije po godini usavršavanja u iznosu od 100.000 kuna, što je i bila osnova za izračun iznosa nagodbe. No, u ovom je slučaju troškove specijalizacije Domu zdravlja refundirao - **HZZO**.

"Točan iznos koji od mene potražuje DZ Donji Miholjac je 4.874.228,88 kn plus zatezna kamata od 24. veljače 2009. To je iznos mojih bruto plaća kroz narednih 35 godina. Ne znam koliko je to s kamatama. S obzirom na to da je predmet na prvostupanjskom sudu još od 2011. godine, za sada bih samo rekao



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

**Komora je kontaktirala liječničke komore
15-ak zemalja EU-a i u ni jedom sustavu specijalizacija nigdje ne postoji ugovorna obveza u obliku u kojem je nametnuta Hrvatskoj**



Dr. MATIJA KARŠA
ginekolog koji je Domu zdravlja D. Miholjac "dužan" 5 milijuna kuna

da sam u istom predmetu podnio protutužbu zbog lihvarenje", rekao je za *Liječnike novine* dr. Karša. Iz ovoga je jasno da je sustav dopustio da se liječnike može ucjenjivati cijelim njihovim životom, jer, podsjetimo, ako dr. Karša izgubi slučaj na sudu, morat će raditi 35 godina da bi vratio dug a da pritom ne smije potrošiti niti lipu. Pomoći i potporu tada su mu pružili u **HUBOL-u**.

"U više navrata, od 2013. do 2015. godine, tražio sam posredovanje i pomoći ministra i **Ministarstva zdravlja i socijalne skrbi**, te HLK-a, ali bez ikakvog odgovora, pa čak ni negativnog. Tek s pojmom **HUBOL-a** i **novog vodstva HLK**, nailazim na ljude spremne pomoći u rješavanju ovog absurdnog slučaja. Do tada je ovaj slučaj bio 'u ladići'. Moram naglasiti i nastojanje nalaženja konstruktivnog rješenja od strane Županije osječko-baranjske kao vlasnika obje zdravstvene ustanove, te ravnatelja našičke bolnice", kaže dr. Karša. On je ostao u Hrvatskoj, spreman izboriti se za pravo na vlastitu egzistenciju.

Izbjeglice i dužnici

Nažalost, jedna je **liječnica** (podaci poznati redakciji) morala je preseliti u **Švedsku**, jer zbog ugovora nije mogla plaćati troškove pravnog postupka.

"Od početka 2013. godine u sudskom sam sporu s bolnicom koja je mene i još četiri liječnice tužila, nakon što smo tijekom 2012., nakon više od četiri godine po odrađenoj specijalizaciji, otišle raditi u Zagreb. Otišle smo u trenutku kada smo za to imale pravni okvir, dakle u vrijeme Pravilnika koji je 2011. donio tadašnji ministar dr. **Darko Milinović**. Nažalost, ravnateljica bolnice čekala je promjenu vlasti, a mi smo tada, nespremni na tako nemoralne postupke te poštujući upravni postupak, obraćajući se po redu ravnateljici, Upravnom vijeću iza kojeg se skrivala, i ministru **Ranku Ostojiću**, izgubili vrijeme i nismo na vrijeme tužili. Tako smo u tom trenu izgubili mogućnost sudske zaštite jer su oni promjenili Pravilnik. Ja sam iz bolnice otišla u Zagreb u Nastavni zavod za javno zdravstvo u kojem sam radio do srpnja 2015. godine. Posao mi je bio divan i kreativan, no nažalost, s tom plaćom nisam mogla slijediti sudske troškove, tako da sam bila prisiljena napustiti zemlju. Plaća u Zavodima je manja nego u bolnicama, no

u toj bolnici, u kojoj nisam mogla, kao niti mnogi drugi kolege iz mase razloga preživjeti, napustila sam je", kaže nam ova liječnica.

Druga liječnica, koja je također željela ostati anonimna (podaci poznati redakciji), morala je podići nenamjenski kredit u jednoj poslovnoj banci da bi vratila novac bolnici.

"Specijalizaciju u jednoj općoj bolnici na sjeverozapadu Hrvatske dobila sam početkom 2012. Nakon odraćenog probnog roka morala sam potpisati Ugovor o međusobnim pravima i odnosima, u kojem je bilo navedeno da u slučaju prekida specijalizacije moram bolnici vratiti sve troškove vezane uz specijalističko usavršavanje, troškove bruto plaća te zatezne kamate, sve to u roku 30 dana od raskida ugovora. Uкупno sam provela godinu i dva mjeseca u dotičnoj ustanovi i svaki dan putovala na posao iz Zagreba, a odlazak na Kliniku jedva sam dočekala", svjedoči ova liječnica.

Ona je bila vrlo zadovoljna mentorima i kvalitetom rada te znanjem koje je stekla.

"Nakon otprilike dvije i pol godine mog boravka na Klinici bio je otvoren natječaj za specijalizaciju, na koji sam se odlučila javiti, u prvom redu radi želje za napredovanjem i radom na fakultetu. Dug općoj bolnici iznosio je nešto manje od 420.000 kuna od čega je otprilike 410.000 trošak bruto plaća koje sam zaradila i stekla učenjem i napornim radom, nerijetko i izvan redovnog radnog vremena. Ravnatelj se u svemu tome postavio izrazito nekorektno, zahtijevajući da iznos bolnici bude uplaćen u cijelosti prije no što mi odobri raskid ugovora o radu i ne poštujući rok od 30 dana naveden u ugovoru o međusobnim pravima i obvezama. Znala sam da mi slijedi tužba ako novac ne vratim i nisam htjela živjeti u neizvjesnosti i isčekivanju poziva na sud, za koji nije bilo šanse da odluči u moju korist", kaže ta liječnica.

Novac je uspjela skupiti uz pomoć roditelja, vlastite ušteđevine i, jasno, nenamjenskog kredita s visokim kamatama.

"U idućih nekoliko godina svoje planove za budućnost moram odgoditi jer uz



Neuropsihijatrijska bolnica Popovača -bolnica u kojoj se provodi najveći "teror" nad specijalizantima

kredit i bez ikakve ušteđevine ne mogu si priuštiti upis doktorata. Koliko se ponекad loše osjećam nakon cijele te priče ne moram ni spominjati. Kažnjena sam, a nisam iskoristila ovu državu za to da me obrazuje pa da jednog dana odem u inozemstvo. Pozdravljam donošenje novog pravilnika i jedino što želim je to što nije došao malo ranije jer vjerujem da ima još kolega koji su bili u sličnoj situaciji kao ja. Smatram da plaća nikako ne bi smjela ulaziti u trošak specijalizacije i da je u redu vratiti sve ostale troškove vezane uz specijalističko usavršavanje", dodaje ova liječnica koja ne zna da igdje u uređenom svijetu postoje ovakvi uvjeti za mlade liječnike.

Toga nema nigdje u Europi

Upravo zbog ovakvih slučajeva predsjednik povjerenstva za mlade liječnike HLK-a dr. **Davor Kust** kontaktirao je liječnike komora **15-ak zemalja Europe** i interesirao se za sustav specijalizacija u njihovim zemljama.

"Došli smo do saznanja kako ugovorna obaveza u obliku u kojem je nametnuta u Hrvatskoj nigdje ne postoji. Većina kolega ostala je začuđena našim upitom o eventualnom postojanju takvih ugo-

vora, a neki od njih su rekli da bi nešto takvo kod njih bilo protuzakonito. Od svih država, jedino se u Češkoj pokušalo uvesti takav model, no nakon javne rasprave od toga se ipak odustalo. Logično je zaključiti da se radi o zastarjelom i nepravednom modelu prisilnog zadržavanja liječnika na jednom radnom mjestu, koji je usto i nefunkcionalan (o čemu nam govore podaci o odlasku naših liječnika u inozemstvo). Nije korektno na leđa mladih liječnika prebaciti održavanje funkciranja zdravstvenog sustava, već je potrebno ponuditi bolje uvjete rada kako bi ih se potaknulo na ostanak. Iskustva kolega iz Europske unije pokazuju da je to jedini ispravan i djelotvoran način. Nadalje, mladi liječnici su poprilično zabrinuti izjavama u dijelu medija, koji upozoravaju da je pravedno na liječnike primijeniti ugovornu obavezu jer se u njih "ulaže". Daleko najveći dio troškova specijalizacije čine plaće koje liječnik primi za obavljeni rad, a tek u manji dio spada sve ostalo, poput troškova mentora, komentara i ustanove. S obzirom na to da svi zaposleni u Hrvatskoj primaju ili bi barem trebali primati plaću za svoj rad, a nedavna anketa o zadovoljstvu mladih liječnika je pokazala izrazito ne-

>>

"Činjenica da liječnik radeći godinama bez dana prekida u hrvatskom javnom zdravstvenom sustavu može pravomoćno postati dužan tom istom sustavu milijski novčani iznos, samo zato što je iz jedne ustanove prešao u drugu, dovoljno govori o potpunoj nakaradnosti pravila koja reguliraju taj segment te absolutnu nužnost njihovih izmjena", naglašava dopredsjednik HLK-a, dr.sc. Luetić



zadovoljstvo s edukacijom većine mentora / komentora, po navedenom ispada da se u sve zaposlene u Hrvatskoj "ulaže", te ne vidim razloga da liječnici budu diskriminirani u odnosu na sve druge struke", kaže dr. **Kust**.

Prvi dopredsjednik Komore dr. **Krešimir Luetić** slaže se s kolegom Kustom i cijeli sustav smatra pogrešno koncipiranim.

"Činjenica da liječnik radeći godinama bez dana prekida u hrvatskom javnom zdravstvenom sustavu može pravomoćno postati dužan tom istom sustavu milijski novčani iznos, samo zato što je iz jedne ustanove prešao u drugu, dovoljno govori o potpunoj nakaradnosti pravila koja reguliraju taj segment te absolutnu nužnost njihovih izmjena. Nijedna profesija u Hrvatskoj, osim liječničke, ne može doći u takvu poziciju. Dok svi govore o potrebi zadržavanja liječnika u našoj državi, ta im ista država svojim propisima omogućava dolazak u poziciju svojevrsnog "dužničkog ropstva". Ne-

primjereno, neshvatljivo, nepravedno i u konačnici - neodrživo", kategoričan je dr. **Luetić**.

Promjene su nužne

Dokazuje to i podacima. Anketa koju je Komora provela među mladim liječnicima, kao jedan od važnijih razloga koji su mladi kolege istaknuli u motivaciji za odlazak iz RH jesu i ti tzv. „robovlasnički ugovori“.

"Dakle, argument da će njihovo ukidanje omogućiti masovniji odlazak liječnika iz zemlje ne stoji. Naprotiv, moramo biti svjesni da je oko 20 posto svih podnositelja zahtjeva za izdavanjem dokumenata potrebnih za odlazak u inozemstvo, upravo mladih, netom diplomiranih liječnika koji još nisu niti krocili u naš zdravstveni sustav. Ovakva regulacija sustava koja nameće liječnicima vrlo nepovoljne ugovore, naprosto ih u startu demotivira za ostanak te ih na neki način "gura" u inozemstvo", kaže dr. **Luetić**.

Kada smo upitali dr. **Jurkovića** je li po-

šteno, etički i u krajnjem slučaju ljudski da se sav teret svaljuje na leđa liječnika koji ostaju u sustavu javnog zdravstva, dr. Jurković je jasno naglasio:

"Ne, mi ne tražimo prebacivanje troškova na mlade kolege, nego kompenzatori mehanizam koji je trebao biti definiran prije donošenja Pravilnika, kako osigurati kadrove zdravstvenim ustanovama i kako obeštetiti te zdravstvene ustanove". Istovremeno nije znao zašto pojedine ustanove nisu primjenjivale tzv. „Miličevićev pravilnik“.

Bilo je, istina, situacija kada bi jedna ustanova drugoj platila trošak za specijalizanta, ali je tako rijetko da je to na razini incidenta.

Dr. Siniša Varga, bivši ministar zdravlja, najavljuje promjene, ako Narodna koalicija osvoji vlast, iako nije jasno zašto ih nisu napravili dok je obnašao dužnost ministra zdravlja.

"Stav je SDP-a i Narodne koalicije da niti jedna od ovih mjera nije fer, kako za specijalizanta tako niti za ustanovu.

Kao legalisti smatramo da svatko tko je iskoristio postojeće odredbe pravilnika ima na to pravo. Međutim, u članku 15. Nacrta Zakona o kvaliteti i logistici u zdravstvu predviđeli smo da Agencija za kvalitetu i logistiku obavlja među ostalim i sljedeće poslove: izrađuje plan specijalističkog usavršavanja, organizira provođenje specijalističkog usavršavanja zdravstvenih radnika, izdaje rješenja o odobrenju specijalizacija i užih specijalizacija za doktore medicine, doktore dentalne medicine, magistre farmacije i magistre medicinske biokemije, te utvrđuje prestanak specijalizacije i promjenu glavnog mentora i mentora. Dakle, primarno se štite interesi pacijenata. Sve vezano za specijalizacije bit će centralizirano i specijalizanti neće imati finansijsku ugovornu obvezu dok rade u javnom sektoru i prema unaprijed utvrđenim i transparentnim pravilima. Finansijska obveza će postojati za odlazak iz javnog u privatni sektor ili u inozemstvo, a do koje visine dogovorit ćemo s Komorama, odnosno udrugama", izjavio je dr. Varga za *Liječničke novine*. Nije jasno zašto onda kritizira izmijenjeni Pravilnik.

No, pojasnio je da ugovorna obveza zdravstvenog radnika prema poslodavcu "postoji od osamdesetih godina prošlog stoljeća, dok je krajem devedesetih tadašnji HDZ-ov ministar uveo obvezu vraćanja višestrukog iznosa od bruto izdatka ustanove ako je radnik po završetku specijalizacije odlučio otići".

"Upravni sud, je, međutim, ocijenio da je to previše i odredio da se mora vratiti točan trošak koliko je uložio poslodavac na ime specijalizacije svoga radnika. Logika je bila da je ta mjeru potrebna da se sprječi koncentracija radnika u urbanim sredinama i osigura barem na određeno vrijeme da specijalist radi u bolnici u manjoj sredini. Od 2013. je počeo pritisak da se ta ugovorna obveza ukine radi ponuda za rad u inozemstvu. U 2016. je ponovno HDZ-ov ministar promijenio pravilo i odredio retrogradnu primjenu propisa - da se mora refundirati oko 50.000 kn umjesto punog iznosa, što se vjerojatno protivi Ustavu", sumnjičav je dr. Varga. Nije jasno o kojoj odluci Ustavnog suda govori dr. Varga, s obzirom na to da je Komo-



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ
dopredsjednik Komore

Komora je urudžbirala Ministarstvu zdravlja dokument s prijetlogom cjelovite reforme specijalističkog usavršavanja liječnika koju je izradilo Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu HLK-a pod vodstvom dr. Ivana Lerotića te prim. Borisa Ujevića



Dr. sc. DARIO NAKIĆ
tehnički ministar zdravlja

ra 15. siječnja 2016. podnijela Ustavnom судu Prijedlog za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti drugih propisa s Ustavom i zakonom, smatrajući da su odredbe članka 11. i 12. starog Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u nesuglasju s Ustavom Republike Hrvatske, odnosno Zakonom o radu, a koji je tijeku.

Odštete za odlazak iz sustava

Tehnički ministar zdravlja dr. Dario Nakić dao je svoje viđenje uređenja sustava za mlade liječnike pa je za *Liječničke novine* odgovorio dr. Vargi.

"Prije bilo kakvih komentara trebali bismo se zapitati što smo sami napravili kada smo sami bili u toj poziciji, osobito za status liječnika i njihovih prava. Poglavito kada u zadnje vrijeme od njih slušamo kako su im 'puna usta' liječnika, a istovremeno se na našu inicijativu za sklapanjem strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike 'baca drvlje i kamenje'", naglasio je dr. Nakić.

Na opaske da je sustav ugrožen, tehnički ministar zdravlja kaže da to nije istina.

"Kod donošenja navedenog Pravilnika primijetili smo da neke stvari nisu jasno regulirane, poput obveza liječnika prema matičnoj ustanovi u slučaju prekida radnog odnosa ranije nego što je propisano ugovorom o specijalizaciji, kao i eventualna retrogradna primjena pravilnika. Odgovornost i vjerodostojnost je osnova naše zdravstvene politike, te u skladu s tim svakako planiramo vrlo brzo, donijeti i Pravilnik o specijalizaciji liječnika obiteljske medicine, koji će biti usklađen s postojećem Pravilnikom o specijalizacijama, kako bi se riješile trenutne nejasnoće", najavio nam je dr. Nakić, uvjeren u pobjedu HDZ-a na predstojećim parlamentarnim izborima.

Dr. Jurković iz Udruge poslodavaca u zdravstvu je izravan - bolnice u manjim mjestima ostaju bez specijalizanata i liječnika. Na to dr. Nakić odgovara:

"U navedenim planiranim dopunama ugraditi će se iznosi koje će specijalisti u slučaju ranijeg prekida radnog odnosa morati vratiti ustanovama ako odu u privatnu ustanovu ili inozemstvo, odnosno, kod prelazaka u drugu javnu ustanovu, kada će trošak za specijalizanta snositi ustanova u koju prelazi. Svakako će se raditi o primjenjerenim iznosima, koji će biti određeni kroz

>>



vrijednosti proračunskih osnovica, a ne kroz vrijednosti isplaćenih plaća koje su liječnici zaradili. Dakle, neće se raditi ni o kakvim 'lihvarskim' iznosima, već prvenstveno o jednom od načina odvraćanja liječnika za odlazak iz matičnih ustanova. Kad govorimo o ostalim načinima koji su planirani u sklopu mjera za zadržavanje liječnika u Hrvatskoj, govorimo prvenstveno o poboljšanju općih uvjeta rada (objekata i opreme), omogućavanju stručnog napredovanja i usavršavanja u Hrvatskoj i inozemstvu te ostalim poticajnim mjerama kao što su, primjerice, subvencioniranje kamata na stambene kredite i ostale mjere", pojasnio je dr. Nakić.

Prijedlog cjelovite reforme

Za dopredsjednika Komore dr. Luetića, Pravilnik o izmjenama i dopunama pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine predstavlja konkretnu mjeru koju je donijelo Ministarstvo zdravljia, a koja ide u prilog zadržavanja liječnika u Hrvatskoj.

"Komora je inače urudžbiralna Ministarstvu zdravljia dokument s prijedlogom cjelovite reforme specijalističkog usavršavanja liječnika koju je izradilo **Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu HLK-a** pod vodstvom dr. Ivana Lerotića te prim. **Borisa Ujevića**. Centralizacija financiranja, dodjeljivanja, provedba i nadzora specijalizacija jedna je od važnijih odredbi u tom prijedlogu. Dakle, bolnice više ne bi imale "specijalizante na trošku", na što se sada bolničke uprave učestalo pozivaju. Nadalje, prema našem prijedlogu, bitno bi se izmijenio način provedbe samog usavršavanja i temeljio

bi se na stvarno odrađenim postupcima i zahvatima, što bi se dokumentiralo konkretnim podacima u e-dnevnicima. To bi motiviralo specijalizante da veći dio usavršavanja odraduju i u manjim bolnicama, gdje bi lakše mogli odraditi potreban broj traženih postupaka. Predložili smo i istovremeni početak specijalističkog usavršavanja te godišnju evaluaciju postignutih znanja i vještina, a sve u svrhu bolje i uravnoteženije izobrazbe naših mladih kolega te boljeg nadzora nad radom mentora koji bi sa svojim specijalizantima bili dvosmjerno ocjenjivani", kaže dr. Luetić.

I baš kad su specijalizanti i specijalisti ponadali da je problem riješen, pojavile su se poteškoće u ostvarivanju prava temeljenih izmjenjenim Pravilnikom. Udruga poslodavaca u zdravstvu pozvala je ravnatelje ustanova da ne primjenjuju Pravilnik te da svojevrsnom manipulacijom prebacivanja odgovornosti na upravna vijeća i vlasnike ustanova na čijem su čelu, onemoguće primjenu Pravilnika sve do navodnog donošenja novog Pravilnika. Neki su se župani aktivno uključili u cijelu problematiku i uzeli su si određene ovlasti koje nemaju uporište u zakonu. Samovoljno supočeli tumačiti Pravilnik te su preporučili ustanovama čiji su osnivači da ne primjenjuju odredbe važećeg Pravilnika. To su u pisanom obliku učinili župan Primorsko-goranske županije Zlatko Komadina (SDP) te Predrag Štramar (HNS), župan Varaždinske županije.

Pozivanje na preispitivanje ustavnosti Pravilnika, davanje suglasnosti za izmјenu ugovora od svojih osnivača, provizorno tumačenje odredaba Pravilnika,

samostalno tumačenje na koje se specijalizante odnosi Pravilnik, tj. samo na one kojima troškove specijalizacije plaća HZZO...neke su od metoda opstruiranja provedbe Pravilnika.

Ministar pritisnut argumentima

Ministar Nakić, pak, smatra da problemi nisu nerješivi.

"Kako sam u stalnim kontaktima s ravnateljima zdravstvenih ustanova, pa između ostalog i oko ove problematike, ne očekujem značajnije poteškoće oko provođenja Pravilnika, osobito nakon donošenja navedenog dodatka", rekao je dr. Nakić. Ipak, pritisnut argumentima o nužnosti poštivanja pravnih, zakonskih i podzakonskih akata, Ministarstvo zdravljia uputilo je ravnateljima naputak o nužnosti provedbe Pravilnika koji je na snazi.

Upitan za komentar novonastale situacije, predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža kratko je izjavio:

„Potrudit ćemo se da ono što je dr. Jurković i njegovim suradnicima uspjelo 2011. godine - s tzv. „Milinovićevim pravilnikom o specijalizacijama“ - kad su onemogućili liječnike u ostvarivanju zajamčenih im prava, ovaj puta ne uspije. Hrvatska liječnička komora inzistirat će na primjenjivanju uzusa pravne države, a u prosudbi djelovanja svojih članova primjenjivat će važeći Kodeks medicinske etike i deontologije.“

Jesu li okovi s liječnika zbačeni ili su samo popustili te što znači za hrvatski zdravstveni sustav primjena izmjenjenog Pravilnika po kojima u troškove specijalizacije ne ulaze bruto plaće liječnika, pokazat će - vrijeme.

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 **3,89%** (EKS od 4,46%*)

Gotovinski kredit u kunama i eurima s kamatnom stopom već od **5,61%** (EKS od 5,93%**) **AKCIJA DO 30.9.2016.**

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

SPLITSKA BANKA



**GRADIMO USPJEH
ZAJEDNO**

SOCIETE GENERALE GROUP

*EKS je izračunat za kredit u iznosu 75.000 EUR i rok otplate 30 godina, uz fiksnu kamatnu stopu 3,89% za prvih 5 godina otplate i 4,68% 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

Predizborna obećanja hrvatskim liječnicima

Stavovi političkih stranaka o 10 ključnih pitanja hrvatskog zdravstva

HLK je postavila 10 pitanja strankama za koje smatramo da imaju najveće izglede da preuzmu odgovornost za vođenje zdravstvenog sustava. U odgovorima su stranke iznijele temeljne odrednice svojih zdravstvenih politika

1.	Planirate li omogućiti sklapanje strukovnoga kolektivnog ugovora za liječnike i kada?
 	Želimo omogućiti njegovo sklapanje, no s obzirom na složenost procesa, ne možemo konkretizirati točno vrijeme, ali će se ugovor sigurno sklopiti tijekom mandata HDZ-a.
	Da, čim prije.
	Da. Podržat će se sklapanje Strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike, a vrijeme do kada bi se to postiglo ovisi o dogovoru s ostalim socijalnim partnerima.
2.	Koje ćete konkretnе mjere donijeti za zaustavljanje odljeva i za ostanak liječnika u Hrvatskoj? Uključuju li one subvencionirane stambene kredite za liječnike te novčane stimulacije ili eventualno porezne olakšice za liječnike koji rade u manje atraktivnim sredinama?
 	Podupirat ćemo subvencioniranje kamata na stambene kredite liječnika, namjeravamo uvesti i stimulaciju za rad liječnika u manje atraktivnim sredinama. Planiramo liječnicima omogućiti i dodatna usavršavanja u svjetskim klinikama.
	Inzistirat ćemo na plaćanju vremena provedenog u dežurstvu, na uključivanju prekovremenog rada u mirovinski staž, na izjednačavanju dodatka za posebne uvjete rada specijalizanata i specijalista, potaknuti aktivnosti oko subvencioniranih stambenih kredita za liječnike, te na razgovoru o poreznim olakšicama za one koji rade u manje atraktivnim sredinama. Da.
	Planira se povećanje broja specijalizacija za liječnike te transparentan proces njihovog odobravanja kreiranjem strategije i sustava planiranja na nacionalnoj razini. Omogućit će se odobravanje posebnih linija kredita za liječnike i zdravstvene djelatnike, kao i stimulativne mjere za rad na otocima te u ruralnim i brdsko-planinskim krajevima. Uspostaviti ćemo standard kvalitete bolnica te uvesti međunarodne akreditacije koje će omogućiti hrvatskim bolnicama izlazak na europsko zdravstveno tržište.
3.	Hoćete li se zalagati za izmjene Kaznenog zakona na način da se napad na liječnike i druge zdravstvene djelatnike tretira kao napad na službenu osobu?
 	Da, već smo uputili službeni zahtjev Ministarstvu pravosuđa da se napad na zdravstvene djelatnike tretira kao napad na službene osobe.
	Da. Već smo u ime MIZ-a a predali zahtjev za izmjenom KZ-a, no Ministarstvo pravosuđa nažalost nije u ovom kratkom razdoblju imalo sluha za to.
	Da. U 2014. već je poslan prijedlog Ministarstvu pravosuđa za takvim izmjenama Kaznenog zakona. Nastaviti ćemo raditi u cilju prihvatanja tih izmjena.

4.	Namjeravate li mijenjati Pravilnik o dvojnom radu zdravstvenih djelatnika (rad za više poslodavaca)? Ako namjeravate, na koji način?
	Ne. Smatramo da je Pravilnik omogućio veću mobilnost liječnika, što ide u prilog manjim zdravstvenim institucijama u koje zahvaljujući tome dolaze eksperti iz većih ustanova kako bi educirali njihove liječnike i obavili pojedine zahvate.
 NEZAVISNI LISTA	Ne.
	Ne planira se mijenjanje sadašnjeg Pravilnika. Dopustit će se rad zdravstvenih djelatnika dodatno kod privatnih poslodavaca, ali uz uspostavu snažnog sustava kontrole u suradnji s HLK-om i HLZ-om. Pratiti će se pokazatelji produktivnosti, izvršenja usluga i duljine listi čekanja kod osoba u dvojnom radu. Lijećnicima kod kojih se uoči smanjenje izvršenja usluga u javnom sustavu ili neprihvatljivo produljenje listi čekanja ukinut će dozvola za privatan rad.
5.	Kako mislite rješiti pitanje nepravednog financijskog položaja liječnika zaposlenika u domovima zdravlja u odnosu na njihove kolege koncesionare?
	Predložiti ćemo model stimuliranja liječnika zaposlenika u domovima zdravlja kroz posebno plaćanje pojedinih dijagnostičko-terapijskih postupaka poput ultrazvuka, spirometrije, dodatnog rada u hitnoj službi i slično.
 NEZAVISNI LISTA	Omogućiti jednaku naknadu za rad lijećnicima obiteljske medicine u DZ-u koju imaju koncesionari. Koncesionare obvezati na sudjelovanje u provedbi dežurstava i pripravnosti.
	Pravilnikom o nagrađivanju omogućen je dodatan prihod zaposlenicima Domova zdravlja. Cilj je dijelom ispraviti taj nepravedni financijski položaj te poticati uspješnost u radu temeljem urednog izvršavanje obveza i praćenja indikatora kvalitete rada.
6.	Koji je vaš stav o dalnjem raspisivanju natječaja za dodjelu koncesija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti?
	Smatramo da je aktualni raspon 70-30% primjereno jer bi se u slučaju otvaranja potpunih koncesija otvorila opasnost od urušavanja sustava pružanja zdravstvene zaštite u malim i nerazvijenim područjima.
 NEZAVISNI LISTA	Suglasni smo s nastavkom dodjele koncesija, uz uvjet prethodnog izjednačavanja prava, obveza i naknada u PZZ-u. Želimo osigurati zdravstvenu zaštitu građana u okviru DZ-a, no ne želimo nikakve limite, već ugovorne obveze koncesionara koje će jamčiti sigurnost provedbe zdravstvene zaštite u okviru DZ-a.
	Smatramo da treba ukinuti navedenu odredbu o limitu. Domovi zdravlja su u ingerenciji jedinica lokalne uprave i samouprave te se oni trebaju organizirati tako da se zajamči jednakomjerno dostupna zdravstvena zaštita svima.
7.	Kako ćete rješiti preveliki dnevni broj pacijenata kod obiteljskih liječnika te njihovo prekomjerno administrativno opterećenje?
	U proceduru smo već uputili zahtjev za administrativnim rasterećenjem liječnika obiteljske medicine. Osim toga, započeli smo proces sveobuhvatne informatizacije (eKartoni i eRecepti) kako bismo dodatno olakšali komunikaciju između liječnika i pacijenata. Raspored dnevnih aktivnosti pri kojem se pacijent naručuje za pregled koji nije hitan smatramo dobrodošlim. Pri tome napominjemo da svi pacijenti koji su došli na pregled trebaju biti pregledani isti dan, odnosno prema dogovoru sasvojim obiteljskim liječnikom.
 NEZAVISNI LISTA	S novim zapošljavanjima liječnika nestat će taj problem, a administrativno opterećenje moguće je riješiti eliminacijom potrebe za administriranjem izmjenama odredbi i zakonskih, kao i drugih akata.
	Smanjiti će se broj osiguranika u timu PZZ-a, što će omogućiti bolje funkcioniranje ordinacija. Na ovaj način će se omogućiti lakše dostupna i kvalitetnija zdravstvena skrb i liječenje bolesnika na razini primarne zdravstvene zaštite te će se osigurati da dio bolničkih usluga preuzimaju domovi zdravlja. Poticati će se skupna praksa na način da će HZZO skupnim praksama financirati zapošljavanje jednog dodatnog doktora medicine i diju medicinskih sestara.

8.	<p>Što namjeravate mijanjati u pogledu pripravničkog staža te specijalističkog usavršavanja doktora medicine?</p>
	<p>Planiramo uvesti tzv. nultu godinu specijalizacije koja bi na neki način zamjenila pripravnički staž te u isto vrijeme omogućila da liječnici nakon završenog medicinskog fakulteta usvoje i vještine neophodne za kvalitetan samostalan rad. U tih godinu dana liječnik bi imao mogućnost da, osim obveznog dijela programa, provede dva i pol mjeseca na odjelu prema vlastitom izboru.</p>
	<p>Osnivali smo Povjerenstvo za integraciju pripravnštva i specijalističkog usavršavanja, održana je prva sjednica Povjerenstva, kojim predsjedam i koje ima zadaću osmislići pravni okvir da mladi liječnik koji je dobio licencu za rad sklapa ugovor o radu s Ministarstvom zdravlja, započinje specijalističko usavršavanje temeljnim kliničkim programom u trajanju od nekoliko mjeseci na hitnom bolničkom prijemu, te da potom svlada temeljne vještine rada u obiteljskoj medicini. Tijekom tog razdoblja javit će se i na natječaj za specijalizaciju po izboru koju raspisuje Ministarstvo te započinje s njezinom provedbom.</p>
	<p>Ne planira se produljenje pripravničkog staža i Narodna koalicija će poštovati odredbe važećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju. Međutim, u Nacrtu Zakona o kvaliteti i logistici u zdravstvu predviđeli smo da će sve vezano za specijalizacije biti centralizirano i specijalizant neće imati finansijsku ugovornu obvezu dok radi u javnom sektoru i prema transparentnim pravilima. Finansijska obveza će postojati za odlazak iz javnog u privatni sektor ili inozemstvo, a do koje visine dogоворit ćemo s Komorama, odnosno udrugama.</p>
9.	<p>Kako planirate osigurati finansijsku održivost zdravstvenog sustava? Što namjeravate mijanjati u sustavu osnovnog, dopunskog i dodatnog zdravstvenog osiguranja?</p>
	<p>Nastaviti ćemo s reformama unutar bolničkog zdravstvenog sustava, hitne službe i PZZ-a, s racionalizacijom potrošnje i smanjenjem cijena lijekova. Planiramo i povećati prihode u zdravstvenom turizmu t one od kliničkih ispitivanja. Hrvatski zdravstveni sustav je solidaran i kao takav treba ostati na razini koja se financira iz osnovnog zdravstvenog osiguranja te treba definirati što ulazi u standardnu zdravstvenu uslugu. Za usluge iznad navedenog standarda moglo bi se uvesti dodatno zdravstveno osiguranje.</p>
	<p>Finansijsku održivost sustava moguće je održati samo uz potpuno poštivanje zakonskih obveza državne riznice prema sustavu javnog zdravstva, uz realizaciju reforme bolničkog, kao i sustava PZZ-a, što znači prilagodbu radnih procesa, informatizaciju, dosljednu provedbu propisa o javnoj nabavi, odgovorno poslovanje zdravstvenih ustanova, stabilizaciju tržišta lijekovima i medicinskim materijalom... Ne planiram promjene u sustavu osiguranja dok ne vidim učinkovitost reformskih aktivnosti.</p>
	<p>Temelj solidarnog financiranja zdravstvenog sustava i dalje će ostati doprinos za zdravstveno osiguranje obvezan za sve zaposlene osobe i poslodavce. Ostaviti ćemo isti opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja te smanjiti participacije za dio zdravstvenih usluga. Liste čekanja za sve specijalističke preglede, dijagnostiku i bolničko liječenje svest ćemo u prihvatljive granice. Uvest ćemo centralno i koordinirano planiranje potreba u zdravstvu.</p>
10.	<p>Kojih pet strateških projekata smatraste najvažnijim za hrvatsko zdravstvo do 2020. godine?</p>
	<p>Kojih pet strateških projekata smatraste najvažnijim za hrvatsko zdravstvo do 2020. godine?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reforma bolničkog zdravstvenog sustava s izgradnjom Nacionalne dječje bolnice 2. Reforma hitne medicinske službe 3. Reforma primarne zdravstvene zaštite 4. Provedba Nacionalnog plana za borbu protiv raka 5. Sprječavanje odljeva liječnika i medicinskih sestara.
	<p>Informatizacija zdravstva, funkcionalna integracija i prenamjena ili izgradnja zdravstvenih ustanova, stabilizacija učinkovitosti sustava primarne zdravstvene zaštite, osuvremenjivanje preventivne medicine i zavoda za javno zdravstvo, modernizacija opreme u svrhu stvaranja centara izvrsnosti.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obnova bolničkih kapaciteta i opremanje ordinacija PZZ-a kao i dnevnih bolnica u općim i županijskim bolnicama sredstvima iz EU fondova. Nabava nove medicinske opreme u svim hrvatskim bolnicama. 2. Očuvanje HZZO-a da građanima osigurava prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. 3. Veća dostupnost zdravstvene skrbi na otocima te u ruralnim i brdsko-planinskim krajevima. 4. Uspostavljanje standarda kvalitete bolnica i uvođenje međunarodne akreditacije. 5. Provodenje programa koji sadrže javnozdravstvene aktivnosti radi smanjenja obolijevanja od kroničnih bolesti.

Pravilnik o specijalizacijama: tko ga poštuje, a tko uskraćuje

Oni uvažavaju liječnike



RAVNATELJ	USTANOVA
prof.dr.sc. ANTE ĆORUŠIĆ, dr.med.	KBC Zagreb
doc.dr.sc. MARIO ZOVAK, dr.med.	KBC Sestre milosrdnice Zagreb
prof.dr.sc. DAVOR ŠTIMAC, dr.med.	KBC Rijeka
doc.dr.sc. ŽELJKO ZUBČIĆ, dr.med.	KBC Osijek
doc.dr.sc. TONI KOLAK, dr.med.	KB Dubrava
doc.prim.dr.sc. MARIO STAREŠINIĆ, dr.med.	KB Merkur
HRVOJE ŠIMIĆ, dr.med.	OB Našice
SANJA ZEMBER, dr.med.	OB Varaždin
KRISTINA BITUNJAC dr.med.	Opća i veteranska bolnica Knin
KRUNOSLAV ŠPORČIĆ, dr.med., v.d. ravnatelja	Opća županijska bolnica Vinkovci
mr.sc. VESNA BOSANAC, dr.med.	Opća županijska bolnica Vukovar
dr.sc. BORO NOGALO, dr.med.	Dječja bolnica Srebrnjak
doc.prim.dr.sc. IGOR FILIPČIĆ, dr.med.	Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan", Jankomir
prim.dr.sc. MARINKO ARTUKOVIĆ, dr.med.	Specijalna bolnica za plućne bolesti, Zagreb
VIŠNJA MIHALIĆ MIKULJAN, dr.med.	Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa
ZORAN BAHTIJAREVIĆ, dr.med., v.d. ravnatelja	Klinika za dječje bolesti Zagreb
prof.dr.sc. ALEMKA MARKOTIĆ, dr.med., v.d. ravnatelja	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"
doc.prim.dr.sc. KRUNOSLAV CAPAK, dr.med.	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
ZVONIMIR ŠOSTAR, dr.med.	Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"
VLADIMIR HALAUK, dr.med.	Zavod za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije
ALEKSANDAR STOJANOVIĆ, dr.med.	Zavod za javno zdravstvo Istarske županije
INOSLAV BRKIĆ, dr. med.	Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije
MIROSLAV HORVAT, dr.med., v.d. ravnatelja	Županijska bolnica Čakovec

Oni ne poštju z Zakon o zdravstvenoj zaštiti i sigurnosti



RAVNATELJ	USTANOVA
MARIJA ZAVALIĆ , dr.med.	Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost
ALLOUCH ALI , dr.med., v.d. ravnatelja	OB Bjelovar
MATO DEVČIĆ , dr.med., v.d. ravnatelja	OB "Dr. Tomislav Bardek", Koprivnica
doc.dr.sc. MARIJO BEKIĆ , dr.med., v.d. ravnatelja	OB Dubrovnik
mr. SANDRA ČUBELIĆ , dr.med.	OB Gospić
mr.sc. TOMISLAV DUJMENOVIC , dr.med.	OB "Dr. Ivo Pedišić", Sisak
prim. ERVIN JANČIĆ , dr.med.	OB Karlovac
TIHOMIR BELINA , dr.med., v.d. ravnatelja	OB i bolnica branitelja Domovinskog rata Ogulin
doc.dr.sc. IRENA HRSTIĆ , dr.med.	OB Pula
SANJA JAKELIĆ , dr.med.	OB Šibensko-kninske županije
ŽELJKO ČULINA , dr.med.	OB Zadar
prim. MARINA KOVAC , dr.med.	Neuropsihijatrijska bolnica "Dr. Ivan Barbot", Popovača
doc.dr.sc. VESNA ŠENDULA-JENGIĆ , dr.med.	Psihijatrijska bolnica Rab
prim.dr.sc. VLATKA BORIČEVIĆ MARŠANIĆ , dr.med.	Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež
DAVOR GREDIČAK , dr.med.	Specijalna bolnica Stubičke Toplice
prof.dr.sc. MIHAJLO ŠESTO , dr.med.	Klinika za kardiovaskularne bolesti Magdalena
prof.dr.sc. VLADO JUKIĆ , dr.med.	Klinika za psihijatriju Vrapče
izv. prof. dr. sc. ADINDA DULČIĆ	Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora Suvag
BRANKO VRČIĆ , dr.med.	DZ Čakovec
ANTE IVANČIĆ dr.med.	Istarski domovi zdravlja
PETAR ČAGALJ , dr.med.	DZ Knin
MARIJA KRAJINA , dr.med.	DZ Koprivničko križevačke županije
NADA DOGAN , dr.med.	DZ Krapinsko-zagorske županije
VINKO MATIĆ , dr.med.	DZ Ploče
prim. DRAGOMIR PETRIC , dr.med.	DZ Splitsko Dalmatinske županije
mr.sc. RENATA BEK , dr.med.	DZ Zadarske županije

Oni ne poštjuu zakon niti kolege



RAVNATELJ	USTANOVA
doc.dr.sc. ANTONIJA BALENOVIĆ, dr.med.	DZ Zagreb centar
dr.sc. MIROSLAV HANŽEVAČKI, dr.med.	DZ Zagreb zapad
dr.sc. VEĆESLAV BERGMAN, dr.dent.med.	DZ Zagrebačke županije
prim.dr.sc. IRENA JUKIĆ, dr.med.	Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu
MATO LAKIĆ, dr.med.	Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije
JELICA MAGDIĆ, dr.med., v.d. ravnatelja	Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije
prof.dr.sc.VLADIMIR MIĆOVIĆ,dr.med.	Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije
SUZI VATAVUK, dr.med.	Zavod za javno zdravstvo Šibensko-kninske županije

Popis ustanova u kojima su ravnatelji manipulirali davanjem ugovora

RAVNATELJ	USTANOVA
prof.prim.dr.sc. MLADEN BUŠIĆ, dr.med.	KB Sveti Duh
prof.prim.dr.sc. IVO JURIĆ, dr.med.	KBC Split
doc.prim.dr.sc. ANTE CVITKOVIĆ, dr.med.	Zavod za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije
prof.dr.sc. ŽELJKO GLAVIĆ, dr.med.	Opća županijska bolnica Požega

Ravnatelji koji su ponudili ugovore koji nisu u skladu s Pravilnikom

RAVNATELJ	USTANOVA
Prim. MARINA PAYERL-PAL, dr. med.	Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije
prim. JOSIP SAMARDŽIĆ, dr.med.	OB "Dr. Josip Benčević", Slavonski Brod

Kronologija definiranja troškova specijalističkog usavršavanja

Tekst pripremio: dr. sc. LUKA VUČEMILO, dr. med.

U srpnju 2016. stupio je na snagu Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 62/2016) kojim je ukinuta odredba koja je uključivala da u trošak specijalizacije ulazi bruto plaća doktora medicine. Cilj je ovoga članka prikazati kako su troškovi specijalizacije uređeni za magistre farmacije, magistre medicinske biokemije i doktore stomatologije, koji se kao zdravstveni radnici također specijalistički usavršavaju kao i doktori medicine, te prikazati kronologiju promjena pravilnika o specijalističkom usavršavanju i kronologiju mijenjanja troškova specijalizacije u ovisnosti o pojedinim resornim ministrima.

Od hrvatske neovisnosti do danas doneseno je pet pravilnika kojima se pokušalo zakonski urediti područje specijalističkog usavršavanja doktora medicine. Tih pet pravilnika doživjelo je 15 izmjena, a u kolovozu 2016. godine najavljivana je i 16. izmjena kao "Izmjena Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine". Bitno je istaknuti da od se 2011. godine specijalističko usavršavanje doktora medicine razdvaja na specijalističko usavršavanje doktora medicine iz obiteljske medicine i specijalističko usavršavanje svih ostali doktora medicine. Nakon zadnjih izmjena Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine dano je "obećanje" da slijede i izmjene Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine.

Kronološki navodimo sve prethodne pravilnike kao i trenutno važeće:

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika (NN 33/94, 53/98, 64/98, 97/99, 84/01 i 43/03),

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 73/08 i 154/08),

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 111/09),

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16 i 69/16),

Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine (NN 129/11, 129/12 i 120/13).

Promatramo li u važećem Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine kronologiju definiranja troškova specijalističkog usavršavanja možemo primijetiti da su se troškovi mijenjali kako su se pojedini resorni ministri bavili specijalizantima. U kolovozu 2011. donio je tadašnji ministar zdravstva i socijalne skrbi Darko Milinović zadnji cijeloviti Pravilnik o specijalističkom

usavršavanju doktora medicine, pri čemu je navedeno: "Iznos troškova specijalizacije odlukom utvrđuje ministar."

- U studenom 2011. tadašnji ministar Milinović donio je odluku o iznosu troškova specijalizacije (NN 133/2011 Odluka o iznosu troškova specijalizacije) prema kojoj "Trošak specijalizacije po godini specijalističkog usavršavanja utvrđuje se u iznosu od 100.000,00 kn neto."
- U svibnju 2012. tadašnji ministar prof. dr. Ostojić utvrđuje da: "Troškovi specijalizacije obuhvaćaju bruto plaće doktora medicine, troškove mentorstva, troškove zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje i druge troškove vezane uz specijalističko usavršavanje. Troškovi zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje utvrđuju se u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice."
- U srpnju 2016. ministar zdravlja doc. dr. Nakić utvrđuje: "Troškovi specijalizacije obuhvaćaju troškove glavnog mentora, mentora i komentora, trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje, trošak poslijediplomskog specijalističkog studija, trošak završnog i specijalističkog ispita, trošak knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i trošak dnevnika rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju. Trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje utvrđuje se za cijelo razdoblje trajanja specijalizacije u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice koja je važeća u trenutku obavljanja programa."

Tek 2016. godine, tri godine nakon što je Vrhovni sud izrazio stjalište da "iznos plaće isplaćene za obavljeni rad ne može ulaziti u trošak specijalizacije", uvedene su izmjene kojima je ukinuta odredba da bruto plaća predstavlja trošak specijalizacije. Navedenim izmjenama ispravljena je velika nepravda, jer su samo doktori medicine u svojim ugovorima sa zdravstvenim ustanovama imali odredbu da u slučaju neodrđivanja radne obveza (koja ne smije biti ugovorenna u vremenu duljem od trajanja specijalizacije) moraju svojim poslodavcima vratiti svoje bruto plaće. Međutim, nisu sve zdravstvene ustanove ponudile nove ugovore svojim djelatnicima, tako da i dalje u njihovim ugovorima стоји odredba o bruto plaći kao o trošku specijalizacije. Navedenu odredbu u ugovorima nema nitko drugi među zdravstvenim radnicima, kao niti itko u drugim javnim ili državnim službama. Apsurd je toliko veći što u bruto plaću ulaze i regres, jubilarna nagrada, dodatak za posebne

uvjete rada (npr. izloženost ionizirajućem zračenju) i drugi dodaci na plaću temeljem kolektivnih ugovora, što poslodavac tretira kao "ulaganje" u specijalizante i kao trošak specijalizacije. Zar se posljedice ionizirajućeg zračenja anuliraju raskidom ugovora između poslodavca i pojedinca pa da se moraju vratiti dodaci na plaću stečeni po ovoj osnovi? Za vrijeme specijalističkog usavršavanja specijalizanti i dežuraju i odrađuju prekovremeni rad, zbog čega imaju veću plaću, ali isto tako u konačnici moraju i više novca vratiti jer su s dežurstvima više i zaradili?! Kad se bruto plaća tretira kao trošak specijalizacije, onda se njezin trošak razlikuje ako specijalizant dežura ili ne dežura. Zaključno, unutar iste specijalizacije svi specijalizanti plaćaju različite iznose troškova specijalizacije za istu razinu edukacije!

Zanimljiva je činjenica, a koju mnogi zaboravljaju, da se unutar hrvatskog zdravstvenog sustava specijalistički usavršavaju i drugi zdravstveni radnici: doktori stomatologije, magistri farmacije i magistri medicinske biokemije. Pravilnici o specijalističkom usavršavanju ovih struka doneseni su 2007. i 2008. godine i nisu doživjeli niti jednu izmjenu. Pravilnik doktora medicine je samo u zadnjih pet godina imao devet izmjena, dopuna ili usklađivanja s drugim zakonskim aktima. U pravilnicima o specijalističkom usavršavanju doktora stomatologije, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije navode se troškovi specijalizacije, ali nedređeno, i to kako slijedi:

- Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara farmacije (NN 73/2008); Članak 8. Troškove specijalizacije snosi podnositelj prijedloga za odobrenje specijalizacije iz članka 6. stavka 3. ovoga Pravilnika.
- Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara medicinske biokemije (NN 73/2008); Članak 16. Iznos troškova specijalizacije odlukom utvrđuje ministar.
- Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara doktora stomatologije (NN 115/2007); Članak 17. Iznos troškova specijalizacije odlukom utvrđuje ministar.

Iako su i doktori stomatologije, magistri farmacije i magistri medicinske biokemije zdravstveni radnici kao i doktori medicine, niti jedan resorni ministar nije odredio točne troškove specijalizacije za ove profesije već samo za doktore medicine. Zbog toga se događalo da su zdravstvene ustanove prema doktorima stomatologije, magistrima farmacije i magistrima medicinske biokemije primjenjivale odredbe pravilnika o specijalističkom usavršavanju koji se odnosi na doktore medicine. Među svim zdravstvenim radnicima koji se specijalistički usavršavaju jedino doktori medicine imaju u pravilniku definiranu radnu obvezu nakon polaganja specijalističkog ispita, jedino doktori medicine imaju odredbu u pravilniku da u slučaju prekida radne obveze moraju vratiti troškove specijalizacije, jedino se doktorima medicine bruto plaće tretiraju pravilnikom kao trošak specijalističkog usavršavanja?!

	Doktori medicine	Doktori stomatologije*	Magistri farmacije*	Magistri medicinske biokemije*
Broj trenutnih pravilnika o specijalističkom usavršavanju	2	1	1	1
Broj izmjena pravilnika	9	0	0	0
Postojanje troškova specijalizacije	Da	Da	Da	Da
Troškovi specijalizacije definirani su pravilnikom	Da	Ne	Ne	Ne
Okvirni troškovi specijalizacije prema odredbama pravilnika	8/2011. Milinović 500 000,00kn 5/2012. Ostojić 1 000 000,00kn 7/2016. Nakić 50 000,00kn	nepoznato	nepoznato	nepoznato
Pravilnik definira bruto plaću kao trošak specijalizacije	Da	Ne	Ne	Ne
Pravilnik definira radnu obvezu nakon polaganja specijalističkog ispita	Da	Ne	Ne	Ne
Trajanje radne obveze definirane pravilnikom	Da, u vremenu ne duljem od trajanja specijalizacije	Ne	Ne	Ne
Pravilnik definira penale u slučaju prekida radne obveze	Da	Ne	Ne	Ne

* Ugovori o međusobnim pravima i obavezama poslodavca i zdravstvenog radnika različito uređuju pojedine stavke

Najveća organizacija mladih liječnika u Europi (EJD) podržava Komorine zahtjeve za ukidanjem tzv. robovlasničkih ugovora



Vodstvo EJD-a na sastanku u Komori s predsjednikom Povjerenstva za mlađe liječnike, dr. Davorom Kustom

Najveća organizacija mladih liječnika u Europi, **European Junior Doctors (EJD)**, izrazila je punu podršku **Hrvatskoj liječničkoj komori**, odnosno **Povjerenstvu za mlađe liječnike** HLK-a u njihovim naporima da osiguraju provođenje i poštivanje izmjena i dopuna Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

Na redovnom godišnjem sastanku EJD-a, održanom u subotu 3. rujna u Zagrebu, jedna od tema bila je i nepovoljan status specijalizanata i mladih liječnika u Hrvatskoj.

Nastojanje pojedinih udruga, ravnatelja i dužnosnika lokalne samouprave da se u praksi ne primjenjuju odredbe važećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, ocijenjeno je pokušajem pravnog nasilja i kao takvo krajnje neprihvatljivim i protivnim europskim principima društvenog djelovanja.

"Vodstvo EJD-a bilo je zaprepašteno postojećim stanjem, koje je u suprotnosti s ključnim principima Europske unije o mobilnosti radne snage i uz to vezanih sloboda. U skladu s time izdan je dokument o neodrživosti trenutnog stanja, kojim je EJD ujedno dao podršku Komorinim nastojanjima kako bi se navedena prava u najkraćem mogućem roku ostvarila", rekao je predsjednik Povjerenstva za mlađe liječnike dr. Davor Kust.

U dokumentu koji je donesen na istom sastanku EJD-a stoji kako je EJD svjestan situacije da su u Hrvatskoj specijalizanti i mlađi specijalisti vezani za svoje poslodavce vrlo strogim ugovorima koji ih obvezuju da rade u istoj ustanovi cijelo vrijeme specijalizacije kao i nakon nje, i to isti broj godina koliko je trajala specijalizacija."

U Hrvatskoj postoje izuzetno visoke,

gotovo drakonske kazne ako dođe do kršenja ugovora prije kraja nametnutog razdoblja rada za jednog poslodavca. Ovo rješenje protivno je principima Europske unije koji se tiču mobilnosti radne snage i uz nju vezanih sloboda. Obaveza da se ostaje u jednoj zemlji, regiji ili gradu u potpunosti je protivna europskoj pravnoj stečevini zato jer se tako onemogućava princip slobodnog tržišta u Europi. Također, snažno se protivimo prijetnjama drakonskim kaznama u ovom kontekstu. Dobra kvaliteta postdiplomskog obrazovanja i kvalitetni radni uvjeti ključni su za zadržavanje liječnika, stoga dajemo punu potporu Komorinim naporima da osigura primjenu ovih principa", stoji u donesenom dokumentu.

European Junior Doctors najveća je organizacija mladih liječnika u Europi te broji više od 300.000 članova.



Komora otkazala Sporazum o suradnji s UPUZ-om

Imajući u vidu djelovanje Udruge poslodavaca u zdravstvu (UPUZ-a), koje ne samo da ne odražava stavove usuglašene s Hrvatskom liječničkom komorom, odnosno nije u interesu zdravstvenog sustava u cjelini, već nije niti u skladu s važećim propisima te izravno krši zajamčena prava liječnika – Izvršni odbor Komore je zauzeo stav da je daljnje ustrajavanje na Sporazumu o poslovnoj suradnji s UPUZ-om neprimjereno i neodrživo te je 29. kolovoza obavijestio UPUZ o otkazu Sporazuma o poslovnoj suradnji.

U razdoblju od stupanja na snagu Pravilnika o izmjenama i dopuna Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 62/16 i 69/16), aktivnosti UPUZ-ovog vodstva pokazale su se dijametalno suprotnima postulatima Sporazuma o suradnji između HLK-a i UPUZ-a. UPUZ je povodom spomenutog Pravilnika izdavao svojim članicama – zdravstvenim ustanovama - preporuke, pravna tumačenja i upozorenja koja nemaju uporište u važećim zakonskim i podzakonskim aktima, a suprotne su Pravilnikom zajamčenim pravima i interesima liječnika – članova Komore.

Komora, kao institucija s javnim ovlastima koja u potpunosti poštuje i uvažava pravni poredak Republike Hrvatske, nastavit će s

aktivnostima usmjerenima k primjeni važećih propisa te će upotrijebiti sva zakonom dopuštena pravna sredstva iz okvira svojih nadležnosti kako bi zaštitila interese svojih članova – liječnika.

Imajući u vidu UPUZ-ovo djelovanje koje ne odražava stavove usuglašene s Komorom, odnosno, interes zdravstvenog sustava u cjelini, a nije niti u skladu s važećim propisima te izravno krši zajamčena prava liječnika – Izvršni odbor Komore je zauzeo stav da je daljnje ustrajavanje na Sporazumu o poslovnoj suradnji neprihvjetno i neodrživo te je obavijestio UPUZ o otkazu Sporazuma o poslovnoj suradnji.

Smatrajući da je principijelnost, vjerodostojnost i međusobno uvažavanje preduvjet uspješne suradnje, ovaj gubitak ugovornog partnera ne doživljavamo zaprekom već dodatnim izazovom u nastojanju ostvarenja zadaće - unaprjeđenja hrvatskog zdravstvenog sustava, ali i društva u cjelini. Pri tome ćemo ustrajati na principima uvažavanja uzusa pravne države, vladavini zakona i priznavanja ljudskih, građanskih i radnih prava svih građana Republike Hrvatske pa tako i liječnika, stav je Komore.



HLK od ministra zdravlja traži žurno usklađivanje prava specijalizanata i specijalista obiteljske medicine

Predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža je u četvrtak 28. srpnja uputio dopis ministru zdravlja Dariju Nakiću, podsjećajući još jednom da žurno izmijeni Pravilnik o specijalističkom usavršavanju obiteljskih liječnika na način na koji je izmijenjen Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

"Poštovani gospodine ministre, obraćam Vam se nastavno na naš jučerašnji sastanak, podsjećajući Vas na postignuto suglasje oko nužnosti izmjena i dopuna Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine na način da se i u njega, na odgovarajući način, uvrste obveze zdravstvenih ustanova da ponude specijalizantima i specijalistima sklanjanje izmijenjenih ugovora o međusobnim pravima i obvezama - kako je to učinjeno Pravilnikom o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Skrećem pozornost na potrebu da usuglašene izmjene i dopune predmetnog Pravilnika čim prije stupe na snagu, kako bi specijalizanti i specijalisti obiteljske medicine bili ujednačeni u

svojim pravima s ostalim liječnicima na koje se primjenjuje Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Molim Vas za žurno postupanje u okviru Vaših zakonskih nadležnosti", stoji u pismu predsjednika Komore dr. Goluže ministru zdravlja dr. Nakiću.

Nastojanjima novog vodstva Komore je Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, koji je stupio na snagu 16. srpnja, bitno povoljniji za liječnike. Njime troškovi specijalizacije više ne obuhvaćaju bruto plaće doktora medicine. Time je značajno smanjen trošak provođenja specijalizacije, koji je liječnik dužan nadoknadići ako po završetku specijalizacije napusti ustanovu koja ga je poslala na specijalističko usavršavanje. Izmijenjeni i dopunjeni Pravilnik neće se primjenjivati samo na buduće ugovore o specijalističkom usavršavanju, već se odnosi i na sadašnje specijalizante i mlade specijaliste koji još nisu potpuno riješili svoj odnos s ustanovama koje su im omogućile specijalističko usavršavanje.

Komora HZZO-u: Obazrivije kontrolirajte liječnike u PZZ-u

Predsjednik Hrvatske liječničke komore dr. Trpimir Goluža uputio je 16. kolovoza pismo v.d. ravnatelja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje dr. Fedoru Dorčiću zbog intenziviranja kontrola rada ordinacija liječnika opće/obiteljske medicine, a u vezi s propisivanjem lijekova izvan utvrđenih smjernica, odobravanja privremene nesposobnosti za rad za pojedine skupine dijagnoza, primjerenošti šifriranja pojedinih stanja/oboljenja koje se nadovezuju na već ranije učestale kontrole zbog vođenja bolovanja općenito, a posebno osnovom ozljeda na radu te izdavanja putnih naloga. Liječnike bi, u slučaju eventualnih povreda, trebalo najprije opomenuti, a ne odmah ih novčano kažnjavati.

Navedene kontrole u pravilu završavaju sankcioniranjem liječnika opomenama zbog uočenih propusta, odnosno izricanjem novčanih kazni (postotnim umanjenjem pripadajućeg novčanog iznosa sredstava).

"Ovim putem želimo skrenuti pozornost HZZO-u na potpuno neprimjerene uvjetne rada u ordinacijama primarne zdrav-

stvene zaštite, kako u općoj/obiteljskoj medicini, tako i u pedijatriji i ginekologiji te na znatno radno opterećenje liječnika, koje u pravilu iznosi dvostruko više od standarda u drugim državama Europejske unije. Stoga tražimo od HZZO-a da sukladno praksi u drugim europskim državama uvede trodijelni model upozoravanja na povredu ugovornih obveza na taj način da u slučaju prve povrede treba uvijek uslijediti opomena, tek nakon toga nalaganje i omogućavanje edukacije liječniku koji nastavlja kršiti ugovorne obveze i tek naposljetku kao treću metodu, koja se ne može primijeniti ako nisu primijenjene prethodne dvije, financijsku sankciju, odnosno novčanu kaznu", stoji u pismu predsjednika Komore dr. v.d. ravnatelja HZZO-a dr. Fedoru Dorčiću.

Potpuno smo svjesni činjenice, navodi se u pismu, da je temeljem ponude HZZO-a i bez posebne mogućnosti druge ugovorne strane da utječe na sadržaj ponude i ugovora, sklopljen ugovor o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja između HZZO- i svakog pojedinog privatnog

zdravstvenog radnika kojim je navedena problematika obuhvaćena, no smatramo da primjenu navedenih odredbi ugovora u praksi treba dodatno približiti uobičajenom postupanju u drugim europskim državama.

"Nadalje, putem zaprimljenih pritužbi naših članova upoznati smo i s neuđenačenom praksom područnih ureda HZZO-a vezanom uz tumačenja odredbi pojedinih pravilnika i ugovornih akata HZZO-a koji uređuju provođenje ugovorenog zdravstvene zaštite te tražimo da se u tom pogledu omogući izravna komunikacija putem telefona ili elektroničke pošte s odgovornom osobom u HZZO-u koja će biti svakodnevno zadužena za pomoći i posredovanje u rješavanju takvih problema. U želji za poboljšanje međusobne komunikacije, koja će dovesti do većeg zadovoljstva i uspješnosti u radu svih strana uključenih u pružanje zdravstvenih usluga osiguranim osobama, slobodni smo predložiti Vam nastavak komunikacije u ovom pitanju", stoji u pismu predsjednika Komore dr. Goluža HZZO-u.

Sućut njemačkim i slovenskim kolegama zbog ubojstava liječnika

Zbog ubojstva njemačkog liječnika u Berlinu, predsjednik HLK-a, dr.sc. Trpimir Goluža izrazio je u ime hrvatskih liječnika sućut predsjedniku Njemačke liječničke komore, prof.dr. Franku Ulrichu Montgomeryju.

"Zgroženi smo užasnim dogadjajem na radnom mjestu našega pokojnog kolege. Izražavam sućut ožalošćenoj obitelji, priateljima, kolegama i suradnicima ubijenog liječnika", stoji u izrazu sućuti dr. Goluže njemačkim kolegama.

Zbog ubojstva slovenskog liječnika, 21. kolovoza u Izoli, Komora je uputila izrave sućuti i slovenskim kolegama. Naoružani napadač ušao je u nedjelju oko 15 sati u bolnicu u Izoli i ubio policajca, a liječnika i drugog policajca teško ranio. U razmjeni vatre napadač je ubijen. Nažalost, liječnik je preminuo tijekom večeri, a ranjeni policajac prevezen je u bolnicu u Ljubljani gdje je operiran i trenutno je izvan životne opasnosti. "S velikom tugom i nevjericom primili smo vijest o incidentu u Izoli u kojem je liječnik ubijen ispred bolnice", stoji između ostalog u pismu dr. Goluže. Ovakvi nasilni događaji, stoji u pismu, u kojima su životi liječnika ugroženi, sve su češći, nažalost, i u Hrvatskoj. Stoga je Hrvatska liječnička komora na svojim web-stranicama omogućila liječnicima, svojim članovima, da prijave bilo koji oblik nasilja na radnom mjestu, a od hrvatskih vlasti zahtijeva da se napadi na liječnike zakonski vode kao napadi na službene osobe te da se kazne za napadače postrože.

MALI OGLASNIK

Iznajmljuje se ortopedска ordinacija u Dubrovniku.

Opremljena je za manje kirurške zahvate, dobro uhodana i poznata u gradu.

Postoji mogućnost kupovine pojedinih ili kompletnih instrumenata i opreme.

Info: 091 735 85 22 ili
janjicmomcilo@gmail.com

Komora je prijavila prof. dr. sc. Milana Kujundžića Etičkom povjerenstvu



Hrvatska liječnička komora prijavila je zbog izjave, kojom je hrvatske liječnike prikazao kao neodgovorne, lijene neznalice koje ne zasluzuju svoju plaću, kandidata HDZ-a u X. izbornoj jedinici, prof. prim. dr. sc. Milana Kujundžića, Etičkom povjerenstvu Republike Hrvatske i HDZ-u - političkoj stranci čiji je kandidat na predstojećim izborima.

Brojni liječnici imaju titule, ali iza njih stoji praznina. Pedeset posto doktora ne zarade svoju plaću, ne znaju raditi, niti hoće raditi. Oni koji hoće, ne mogu zaraditi dovoljno pa idu dalje, kao što idu najbolji košarkaši ili nogometnici", rekao je dr. Kujundžić na jučerašnjoj konferenciji za medije u Splitu na temu zdravstvene politike.

Komora smatra da je prof. Kujundžić ovakvim javnim istupom, u nastojanju pridobivanja podrške biračkog tijela, iznio niz uvredljivih i lažnih navoda o svojim kolegama – liječnicima čime se ogriješio se o Izborni etički kodeks.

"Krajnje paušalnom ocjenom i činjenično neutemeljenom izjavom Kujundžić nije samo povrijedio dostojanstvo hrvatskih liječnika i ugled liječničke profesije, već je i bezrazložno narušio povjerenje građana – pacijenata u hrvatske liječnike. Liječnici u Hrvatskoj su stručne i odgovorne osobe

koje etično i profesionalno obavljaju svoj poziv, nesobično se dajući svojim pacijentima unatoč tome što često rade u neodgovarajućim uvjetima, imaju nametnutu protuzakonito visoku radnu satnicu, nisu adekvatno plaćeni i susreću se s brojnim drugim otežavajućim okolnostima svog rada" - ustvrdio je predsjednik Hrvatske liječničke komore, dr. sc. Trpimir Goluža.

Liječnička komora pozvala je Etičko povjerenstvo Republike Hrvatske da procijeni navedene Kujundžićeve izjave te upozori sve sudionike u predizbornim radnjama da se u svrhu vlastite promidžbe ne koriste ocrnjivanjem i uvredljivim opisima tuđeg rada i zalažanja jer upravo zahvaljujući samoprijegoru i entuzijazmu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj opstaje i čitav bremeniti zdravstveni sustav naše države.

Povjerenstvo je odbilo prijavu uz obrazloženje da nije ovlašteno ocjenjivati ponašanje sudionika izbora koje može ulaziti u nadležnost stegovnih tijela strukovnih udruženja.

Predsjednik HLK-a obavijestio je Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju Komore o spornoj Kujundžićevoj izjavi te je za tražio očitovanje povjerenstva o utvrđivanju osnova za pokretanje postupka disciplinskog postupka pred Časnim sudom Komore.

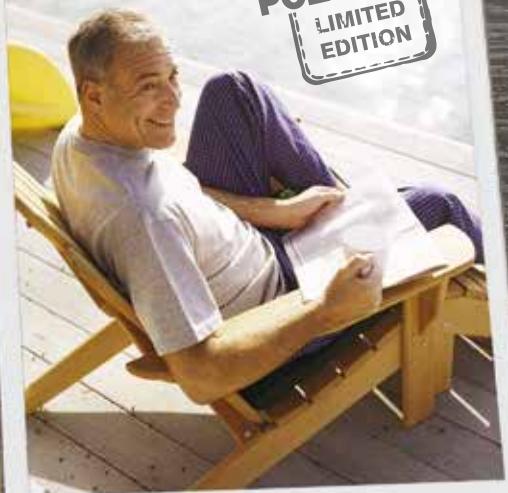
MOJ (O)SIGURAN PRINOS 2020

Uz Wiener rast je (o)siguran

Ciljevi za 2020.:

- odvesti obitelj na Tenerife
- obnoviti vikendicu
- kupiti opremu za golf
- ??

POŽURITE!
LIMITED
EDITION



Program **MOJ (O)SIGURAN PRINOS 2020** je životno osiguranje za slučaj smrti i doživljenja s garancijom isplate kod kojeg ugovaratelj osiguranja preuzima rizik ulaganja. Ugovaratelj snosi rizik neizvjesnosti buduće vrijednosti Unutarnjeg fonda te rizik da izdavatelj obveznice u koju je imovina Unutarnjeg fonda uložena u cijelosti ili djelomično ne ispunji svoje obveze. Nositelj garancije isplate je izdavatelj obveznice u koju je imovina Unutarnjeg fonda uložena tj. Ministarstvo finančija Republike Hrvatske. Po isteku ugovorenog trajanja osiguranja isplaćuje se iznos koji odgovara godišnjem **prinosu od 3,0%** na uplaćenu premiju u slučaju HRK programa.

U slučaju smrti, osiguravatelj isplaćuje veći od iznosa:

- Ukupna vrijednost svih kupljenih udjela
- Ukupan iznos uplaćene jednokratne premije

U slučaju smrti uslijed nezgode, osiguravatelj isplaćuje minimalno 150% uplaćene jednokratne premije.

U slučaju smrti uslijed prometne nezgode, osiguravatelj isplaćuje minimalno 250% uplaćene jednokratne premije.

PRIMJER - Početak osiguranja 1. rujna 2016.

100.000,00 HRK

JEDNOKRATNA
PREMIJA

110.930,26 HRK

ISPLATA PO ISTEKU
5. ožujka 2020.

150.000,00 HRK

MINIMALNA ISPLATA U SLUČAJU
SMRTI USLIJED NEZGODE

250.000,00 HRK

MINIMALNA ISPLATA U SLUČAJU SMRTI
USLIJED PROMETNE NEZGODE

Kalkulacije i primjeri su informativnog karaktera i time nisu obvezujući za Društvo. Detaljnije informacije vezane uz ove programe dostupne su u „Informacijama ugovaratelju osiguranja o programima MOJ (O)SIGURAN PRINOS 2020“ na internet stranicama Društva www.wiener.hr.

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

Večernji list nas opet "liječi"!

Napokon bez boli: tajna žene farmaceuta

Kako vas prirodni tretman iz Indije može oslobođiti bolova i pružiti vam život bez tegoba (bez podvrgavanja injekcijama i operacijama)

Život s boli brzo postaje komplikiranato je fraza koju je žena farmaceut čula vrlo često. I to je istina: bolovi su signali upozorenja koje nam šalje naše tijelo. Osobno vam mogu reći kako osteoartritis može biti uznemirujući. U mom

Doprinosi zdraviju srca, zahtevajući anti-age učinku i poticanju protoka krvi.

Dobra je za disanje, osloboda dišne puteve i grlo te jača pluća.

Ciljano oblažava upale i preopterećene mišice zahvaljujući antioksidansima.

Poboljšava memoriju: usporava pad mentalnih sposobnosti i više nećete zaboravljati

Reguliira probavu, zaustavlja grčeve u trbuhi i osloboda nadutosti

I dodatno, vaš zdravstveni problem nije tretiran površinski, već u samom korijenu.

Vaši bolovi, kao što su upale nestaju, zglobovi su pomladeni, kosti postaju zdravije i kvaliteta vašeg života se poboljšava iz dana dan.

Slučaju/ bolovi u kukovima i koljenima ponekad su bili tako strašni da nisam mogla izći iz kuće.

Ocjena: Isla sam od liječnika i čitala specijalizirane medicinske časopise, dok nisam našla ni članak o dobrobitima ljevkavice biljke kurkume...

Napokon, život bez bolova...

Kurkuma je podrijetlom iz Indije i već 5000 godina je smatraju svjetsom biljkom. Dragocjeni dio te biljke je njen korijen. I upravo je korijen u obliku praha glavni sastojak novih tableta Kurkuma Plus. Nevjerojatno svojstvo kurkume je njeni ublažavajuće djelovanje na bolove u zglobovima, protiv upala i drugih bolesti. Doista, sastojak po nazivu kurkumin ima protutoplinski i analgetsko djelovanje te usporava resorpciju ili razgradnju kostiju.

Najbolja pomoć iz prirode, tretman protiv oboljenja i bolova

Bez obzira na vaše godine i bez obzira koliku dugo traju vaši bolovi Kurkuma Plus ima antioksidativna svojstva koja mogu uspješno tretirati 12 najčešćih uzroka bolova. "Mogu to i sama potvrditi: sa samo 2 tablete

Sačuvajte vaše zglobove i intervertebralne diskove

Kurkuma je prirodni tretman i pomoć koji već stoljećima koriste gurui u Indiji

Recite STOP artrizi i reumatizmu

Kurkuma Plus dnevno, stavila sam točku na moje probleme s osteoartritom, bez bijekava i bez operacija."

Regeneracija zglobova

"Od prvog dana kada sam doznala za kurkumu u tabletama, odmah sam naručila i oduševila se jer sam je prije konzumirala u prahu, a ove tablete su mi donijele olakšanje u svemu. Uz Kurkuma Plus, smanjila sam kolesterol, normalizirala tlak, olakšala probavu, bolove u zglobovima (imam osteoporizu, artrizu i arteriosklerozu) i ojačala imunitet. Uz Kurkuma Plus lakše se diše, nema prehlade, alergije, zaista je zaštitnik cijelog tijela. Sigurno ću još dugo, dugo godina biti vaš vjerni kupac."

Zadovoljna gđa. S.U. iz Pule

215580 KURKUMA PLUS, 90 tableta po posebnoj cijeni od samo 139 kn
215582 KURKUMA PLUS x 2, 180 tableta + **BEZPLATNA DOSTAVA** 278 kn

Bio-Dinco d.d., M. Laniševica 24, 25400 Nova Gradiška. Trošak pakiranja i isporuke (19,90 kn)

BRZA NARUDŽBA: (035)210-888 i nedjeljom na 091 210 8800 • www.kurkuma.com.hr

Pregled aktivnosti dužnosnika Komore u srpnju i kolovozu 2016.

4. srpnja	Pokretački sastanak s predstavnicima tvrtke Alfatec Group o izradi Komorskog integriranog informacijskog sustava (KIIS), Zagreb
5. srpnja	Sastanak u Ministarstvu zdravlja vezano uz Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Zagreb (dr.sc. J. Pavičić Šarić, dr. M. Cvitković)
5. srpnja	Sastanak u Ministarstvu zdravlja vezano uz zahtjeve, radnje i postupanje Ministarstva zdravlja i Hrvatske liječničke komore tijekom istražnih radnji i kaznenih postupaka protiv liječnika, postavljenih od strane zakonodavca, Zagreb (dr. M. Cvitković)
5. – 9. srpnja	Kongres „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“, Motovun (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, dr. sc. M. Hanževački, dr.sc. I. Pejnović Franelić, doc.dr. D. Štimac)
7. srpnja	Sastanak s predstavnicima Poslovnog dnevnika vezano uz suradnju na organizaciji kongresa o budućnosti zdravstvene industrije, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
7. srpnja	Zajednički sastanak s predstavnicima DORH-a i Ministarstva zdravlja vezano uz zahtjeve, radnje i postupanje Ministarstva zdravlja i Hrvatske liječničke komore tijekom istražnih radnji i kaznenih postupaka protiv liječnika, postavljenih od strane zakonodavca, Zagreb (dr. M. Cvitković)
13. srpnja	Sastanak s predstavnicima Hrvatskog društva za laboratorijsku medicinu vezano uz priznavanje statusa specijalista laboratorijske medicine, Zagreb (dr. M. Cvitković)
13. srpnja	Sastanak s predstavnicima Strukovnog razreda za djelatnost sanitarnog inženjerstva Hrvatske komore zdravstvenih radnika, Zagreb (dr. sc. K. Luetić, dr. M. Cvitković)
19. srpnja	Sjednica Upravnog vijeća Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
19. srpnja	Sastanak s predstavnicima Wiener osiguranja vezano uz institut pravne zaštite liječnika, Zagreb (dr. M. Cvitković)
21. srpnja	Sastanak Radne skupine za odabir konzultanata za projekte privlačenja sredstava iz EU fondova, Zagreb
21. srpnja	Sastanak s predstavnicima Hrvatske ljekarničke komore vezano uz neusklađenosti kod propisivanja te izdavanja lijekova na privatni recept, Zagreb (dr. M. Cvitković)
21. srpnja	Sastanak s predstavnicima Euro Grant konzaltinga vezano uz projekt doma za umirovljene liječnike, Zagreb (dr.sc. T. Goluža, dr.sc. B. Nogalo, dr. E. Jendriš Škrljak, dr. M. Cvitković)
25. srpnja	Sastanak s v.d. zamjenicom ravnatelja HZZO-a dr. V. Laušin vezano uz problematiku djelatnosti medicine rada te prijedloge novih dijagnostičko-terapijskih postupaka, Zagreb (dr. sc. K. Luetić, dr.sc. I. Pejnović Franelić)
27. srpnja	Radni sastanak s ministrom zdravlja, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, dr. M. Cvitković)
28. srpnja	Sastanak s predstavnicima Hrvatskog društva za laboratorijsku medicinu vezano uz priznavanje statusa specijalista laboratorijske medicine, Zagreb (dr. M. Cvitković)
29. srpnja	Sastanak s predstavnicima Wiener osiguranja vezano uz institut pravne zaštite liječnika, Zagreb (dr. M. Cvitković)
1. kolovoza	Sastanak s predstavnicima Poslovnog dnevnika, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. M. Cvitković)
2. kolovoza	Sastanak u Ministarstvu zdravlja vezano uz Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Zagreb (prof.dr.sc. D. Vagić, dr. M. Cvitković)
26. kolovoza	Sastanak u Ministarstvu zdravlja s predstavnicima liječničkih udrug vezano za Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)
29. kolovoza	Sastanak s liječnicima obiteljske medicine vezano uz pojavu krivotvorenenih recepata, Zagreb (dr. M. Cvitković)
29. kolovoza	Sastanak s predstavnicima tvrtke IN2 vezano uz suradnju na organizaciji regionalne poslovno-tehnološke konferencije HospiTal Days 2016., Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. M. Cvitković)

Sastanci tijela Komore u srpnju i kolovozu 2016.

1. srpnja	Izvanredni stručni nadzor nad radom liječnice Doma zdravlja Osijek
1. srpnja	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
4. – 5. srpnja	Rasprave pred Časnim sudom Komore, Split (47 rasprava)
6. srpnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
13. srpnja	Sjednica Izvršnog odbora
29. kolovoza	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
30. kolovoza	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
30. kolovoza	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost

Inspekcije zbog prekovremenih; ravnateljima i bolnicama prijete kazne

Tehnički ministar zdravlja Dario Nakić dogovorio je s tehničkom ministricom rada Nadom Šikić inspekcijski nadzor u hrvatskim bolnicama. Troškovi za zaplone u bolnicama u prva tri mjeseca 2016. porasli su oko 80 milijuna kuna. Inspekcija je poslana da provjeri opravdanost prekovremenih sati liječnika i medicinskih sestara. Ravnatelji bolnica kažu da je do porasta troškova došlo jer je na snazi zabrana zapošljavanja novih kadrova, a zbog odlaska u mirovine i iseljavanja, oni imaju sve manje radnika u bolnicama. Netko mora raditi i zbog toga su ravnatelji prisiljeni plaćati prekovremene sate svojim sadašnjim zaposlenicima.

Svaka bolnica morat će platiti 100 000 kuna kazne ako inspekcija utvrdi prekršaj zbog isplata prekovremenih, a svaki ravnatelj morat će platiti 10.000 kuna. Kako inspekcije češljaju 40 bolnica, moguće je da se u proračun slijе 40 milijuna kuna, jer svaka bolnica ima jako puno prijavljenih i isplaćenih prekovremenih sati.

Dario Nakić tvrdi kako inspekcija rada neće otići u svih 40 bolnica, nego samo u one u kojima su nekim liječnicima isplaćene plaće veće od 18.000 kuna. No iz Ministarstva rada rekli su da inspekcije idu u svih 40 bolnica.

Ministar Nakić čudi se kako i dalje ima prekovremenih sati nakon što je on ukinuo sve akcije, poput brzog prijema onколоških pacijenata ili poslijepodnevnog rada u ambulantama (da se smanje liste čekanja).

Ravnatelji su ministru na zajedničkom sastanku potvrdili da prekovremenih sati ima i da će ih i dalje biti; sav novac liječnicima i osoblju isplaćen je sukladno kolektivnim ugovorima, dakle opravdano. Dodaju kako će nasilno smanjenje prekovremenog rada sigurno imati za posljedicu lošiju zdravstvenu skrb.

Liječnici rade na opremi staroj gotovo pola stoljeća

Čime u dijagnostici i terapijskim postupcima raspolazu zdravstvene ustanove pokazala je nedavno dovršena inventura Ministarstva zdravlja koju je proveo zamjenik ministra dr. Ivan Bekavac. Podaci pokazuju da se pluća snimaju rendgenima iz 1972., a polovica CT-a i trećina MR-a zrelo je za - muzej. Prema svjetskim preporukama, samo se CT uređaji do pet godina starosti mogu softverski dograđivati i smatraju se suvremenima. Sve uređaje starije od deset godina trebalo bi zamijeniti.

Hrvatske bolnice imaju ukupno 24 MR uređaja, od kojih je 11 u Zagrebu, ali čak ih je pet starije od 10 godina. Jedan je od dvaju splitskih uređaja iz 1999., a samo 6 nije starije od pet godina. Još je gore stanje s CT uređajima. Od njih 47 u 30 bolnica, 26 je navršilo 10 godina. Primjerice, KBC Osijek ima jedan uređaj iz 2003. Splitski je KBC i kad je riječ o ovoj vrsti uređaja "kritična" bolница jer ima četiri uređaja od kojih je jedan jednoslojni iz 2000., a samo jedan ima manje od 10 godina jer je kupljen 2009. Zadarska bolnica ima muzejski primjerak CT-a iz 1993.

Rengenski uređaji iz 1972., proizvedeni u tadašnjoj Elektronskoj industriji Niš,

još se vode kao medicinski uređaji u statističkim podacima hrvatskih bolnica i "nisu u kvaru". Pokazala je to velika inventura onoga čime u dijagnostici i terapijskim postupcima raspolazu zdravstvene ustanove, a završilo ju je Ministarstvo zdravlja, točnije zamjenik ministra dr. Ivan Bekavac.

U digitalnoj eri tako još uvijek postoje rendgenski uređaji stariji od 40 godina pa se pluća snimaju "na slike" a ne u digitalnom formatu.

Postoje i inkubatori stariji od 20 godina. Barem polovicu CT-a trebalo bi zamijeniti novima, jer je njihov vijek trajanja maksimalno desetak godina. I trećinu MR-a trebalo bi zamijeniti jer se zbog starosti često kvare. Prije nekoliko mjeseci je Komorino Povjerenstvo za radiologiju zatvaranje Zavoda za radiologiju KBC-a Osijek zbog alarmantnog stanja uređaja. Slično je i u Splitu. Dr. Bekavac najavljuje plan zanavljanja opreme pa bi tako uskoro mogli stići i neki uređaji zahvaljujući financiranju europskih fondova. Među njima su i MR i CT uređaji. Nabavljeni su novi linearni akceleratori i uređaji za brahiterapiju. Sad je pet uređaja od njih 20 starije od 10 godina.



Rad bolnica u 2015. godini

U bolničkom krevetu na godinu liječe 32 pacijenta

Lani su svi bolnički pacijenti ostvarili 6,4 milijuna dana bolničkog liječenja, što je u prosjeku 8,56 dana po pacijentu. Bolnički kreveti u prosjeku su bili zauzeti 271 dan u godini, čime je iskorištenost postelja bila oko 75 postotna, a u jednome su se krevetu tijekom godine u prosjeku izmjenila 32 pacijenta.

Na razini Hrvatske broj je bolničkih postelja na 1000 stanovnika 5,5, odnosno 3,68 po liječniku, a u Zagrebu je 8,25 postelja na 1000 stanovnika (2,84 po liječniku).

Na stacionarnim odjelima hrvatskih bolnica liječilo se 2015. godine 748.159 ljudi (u 2014. godini 742.452), uključujući boravke u bolnici zbog poroda, pobačaja i bolničke rehabilitacije. Od toga je 676.468 pacijenata liječeno na djelatnostima za liječenje akutnih bolesnika, a 71.691 na djelatnostima za liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika, objavio je Hrvatski zavod za javno zdravstvo u novom izvješću čiji su autori dr. med Branimir Tomić i dr. med. Sandra Mihel.

Ukupan broj hospitalizacija na 100 stanovnika u 2015. godini iznosi 17,46 (2014. bio je 17,33 na 100 stanovnika), a broj hospitalizacija u bolnicama za liječenje akutnih bolesnika iznosi 15,79 na 100 stanovnika, prenosi Glas Slavonije.

Lani su svi bolnički pacijenti ostvarili 6,4 milijuna dana bolničkog liječenja, što je u prosjeku 8,56 dana po pacijentu. Sukladno tomu, bolnički kreveti bili su u prosjeku zauzeti 271 dan u godini, čime je iskorištenost postelja bila oko 75 postotna, a u jednome su se krevetu tijekom godine u prosjeku izmjenila 32 pacijenta.

"Na razini Hrvatske broj bolničkih postelja na 1000 stanovnika je 5,5, odnosno 3,68 po liječniku, a u Zagrebu je 8,25 postelja na 1000 stanovnika (2,84 po liječniku).

U 2015. u Osječko-baranjskoj županiji iz bolnica je ispisan 49.421 pacijent, a svi su ostvarili ukupno 376.744 dana liječenja - 7,62 dana po pacijentu. Godišnja zauzetost postelja u ovoj je Županiji veća od državnoga prosjeka i iznosi 304 dana (83,37 posto); u jednom bolničkom krevetu tijekom godine izmjeni se 40 pacijenata, otprilike koliko i u Zagrebu", ističu autori izvješća.

Pri usporedbi sa zemljama članicama Europske unije iz okružja, Hrvatska je među zemljama s manjim ukupnim brojem hospitalizacija na 100 stanovnika i hospitalizacija u bolnicama za liječenje akutnih bolesnika na 100 stanovnika, te malo ispod ukupnog EU projekta.



KBC Rijeka: prvi uređaj za komunikaciju pogledom u Hrvatskoj



Klinički bolnički centar u Rijeci prva je bolnica u Hrvatskoj koja je nabavila uređaj za komunikaciju pogledom. Tobii "govori" umjesto pacijenata koji to ne mogu i omogućava im komunikaciju s okolinom. Uredaj za komunikaciju pogledom namijenjen je najtežim bolesnicima u jedinicama intenzivne nege, onima koji pate od afazije, multiple skleroze te bolesnicima koji se oporavljaju od moždanog udara i imaju teškoće u komunikaciji s okolinom i bolničkim osobljem, pa uređaj "govori" umjesto njih. Sofisticirani aparat švedske tvrtke Tobii Dynavox, vodeće u svijetu za proizvodnju asistivne tehnologije upravljane pogledom, izgleda poput prenosivog računala. Olakšava i ubrzava liječenje, jer pomaže boljem razumijevanju potreba pacijenata koji zbog teškog zdravstvenog stanja ne mogu govoriti.

Tobii stoji 106.260 kuna, a u instalaciju opreme uključeni su Tehnički fakultet Sveučilišta u Rijeci i tvrtka E-Glas koja djeluje pri sveučilišnom Znanstveno-tehnološkom parku. Projekt su zajednički ostvarili riječki Medicinski fakultet, Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije (PGŽ), Tehnički i Fakultet zdravstvenih studija te Dom zdravlja PGŽ-a.

U Hrvatskoj godišnje oko 600 ljudi oboli od tumora mozga

Hrvatska udruga za oboljele od tumora mozga (Glia) drugu godinu zaredom organizirala je javno obilježavanje Dana sive vrpce u Hrvatskoj u subotu 18. lipnja u pet gradova: Zagrebu, Osijeku, Rijeci, Varaždinu i Čakovcu. Svojim dolaskom i simboličnom donacijom za buketić lavande sa sivom vrpcom građani su mogli podržati udrugu u pružanju psihosocijalne pomoći oboljelima i njihovim obiteljima. Ovo obilježavanje ujedno je povod za informiranje javnosti o problemima s kojima se oboljeli od tumora mozga susreću u Hrvatskoj. Iz udruge su istaknuli da su zbog manjeg broja pacijenata u odnosu na druge maligne bolesti zanemareni u hrvatskom zdravstvenom sustavu, prije svega jer u Hrvatskoj ne postoji molekularna dijagnostika za tumeore mozga, koja je u svijetu već godinama uobičajena. Stoga se Glia i ovim putem obraća nadležnim institucijama i pojedincima koji mogu pomoći u podizanju standarda liječenja ovih bolesnika u Republici Hrvatskoj.

Prema podacima HZJZ-a u Hrvatskoj godišnje oko 600 ljudi oboli od tumora mozga, od čega je oko 420 malignih.

U Hrvatskoj postoji sedam neurokirurških centara. Tri su smještena u Zagrebu



Predsjednica udruge Glia, Valerija Korent, bacc. med. techn., i predstavnica Ministarstva zdravlja prof. Marijana Pavlić

i liječe više od dvije trećine neuroonkoloških bolesnika. Pet je radioterapijskih centara u kojima su i neuroonkolozi – uglavnom iz područja radioterapijske / kliničke onkologije.

Glia je osnovana je u lipnju 2014. sa sjedištem u Zagrebu kao jedina udruga koja okuplja oboljele od tumora mozga u Hrvatskoj. Članova je stotinjak. U

radu udruge ne sudjeluju samo pacijenti, već i članovi njihovih obitelji te medicinski stručnjaci različitih profila. Službena web stranica je www.glia.hr. Glia je članica Hrvatskog saveza za rjetke bolesti te surađuje s Međunarodnim udruženjem za oboljele od tumora mozga (IBTA).

Diana Čalopek, tajnistvo@glia.hr

Natječaj AMZH-a za dodjelu znanstvenih nagrada

- Nagrada "Ante Šercer" autoru iz Hrvatske za najbolji znanstveni rad objavljen u 2015. godini
- Nagrada "Borislav Nakić" autoru iz Hrvatske mlađem od 35 godina za najbolji znanstveni rad objavljen u 2015. godini.

Kandidate mogu predlagati kolegiji i Glavni odbor Akademije medicinskih znanosti, znanstveno-nastavna vijeća medicinskih fakulteta te Hrvatski liječnički zbor i njegova strukovna društva.

Prijedlozi trebaju sadržavati životopis kandidata, publikaciju

koja se predlaže za nagradu tiskanu u znanstvenim časopisima te detaljno obrazloženje i prijedlog za jednu od navedenih nagrada. Prijedlozi s kompletom dokumentacijom šalju se u tri primjerka na adresu: Akademija medicinskih znanosti hrvatske, Odbor za nagrade i priznanja, Praška 2/III, 10 000 Zagreb, najkasnije 5. listopada 2016.

Obavijesti u Tajništvu AMZH-a,
tel. 01/ 4640 586 ili 4828 662, fax 01/ 4828 038;
e-mail: amzh@zg.t-com.hr ili office@amzh.hr; www.amzh.hr

Ozljeda tetiva jedna od češćih ozljeda šake

Ozljeda tetine jedna je od češćih ozljeda šake i još uvjek sa sobom nosi značajan morbiditet, a ako nije pravilno zbrinuta, i trajan gubitak funkcije. Tek šezdesetih godina prošlog stoljeća primarno zbrinjavanje tetiva počelo se javljati kao opcija nakon ozljeda. Od tada do danas došlo je do značajnog poboljšanja u njihovu zbrinjavanju zbog boljeg razumijevanja načina cijeljenja, poboljšanja tehnike kirurškog zbrinjavanja i protokola rehabilitacije.

Hrvatsko društvo za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju HLZ-a nastavilo je s organiziranjem simpozija i tečajeva kirurgije šake izvan Zagreba, ovaj put u Slavoniji, a ususrednji s Klinikom za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju MEF-a u Zagrebu, KB-om "Dubrava", Odjelom za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Slatina i Virovitičko-podravskom županijom, ovaj put pod gornjim naslovom 11. lipnja, i to u prekrasnom renoviranom prostoru Kuće Janković u Kapela Dvoru kod Virovitice. Organizirali su ga prof. dr. Rado Žic, plastični kirurg, i dr. Ivica Fotez, fizijatar, te uz aktivno sudjelovanje brojnih stručnjaka. Obrađene su teme: anatomija, biomehanika šake i klinički pregled, dijagnostika ozljeda i bolesti tetiva, ozljede fleksornih tetiva, ozljede ekstenzornih tetiva, kasne posljedice ozljeda tetiva i drugi poremećaji funkcije vezani uz tetive, rehabilitacija nakon operativnog liječenja ozljeda fleksornih tetiva šake, rehabilitacija nakon operativnog liječenja ozljeda ekstenzornih tetiva šake, rehabilitacija nakon operativnog liječenja de Quervain tenosinovitisa i rehabilitacija nakon operativnog liječenja čekićastog prsta (Mallet finger). Stručni skup je bodoval sukladno odredbama Pravilniku o trajnoj medicinskoj izobrazbi HLK

15 godina zdravstvenog portala Cybermed.hr

Prošlo je petnaest godina otkako se Cybermed.hr pojavio na internetu kao prvi hrvatski zdravstveni portal s ciljem pružanja vjerodostojnih i znanstveno utemeljenih informacija o bolestima, medicinskim postupcima i lijekovima. Od tada se puno toga promijenilo, naime, danas, zahvaljujući internetu, pacijenti imaju mnogo aktivniju ulogu u brizi za svoje zdravlje. Jednako tako, zdravstvenim radnicima internet pruža niz mogućnosti za njihovo stručno usavršavanje. U proteklih petnaest godina na Cybermed.hr-u zaprimljeno više od 216.000 poruka, a trenutno se na njemu

može naći više od 160.000 poruka, što predstavlja respektabilan registar pitanja i odgovora. Svi savjeti na Cybermed.hr-u su od samog početka rada portala besplatni.

Cybermed.hr mjesečno posjeti oko 560.000 jedinstvenih posjetitelja (izvor: Google Analytics). Oko 50 posto ih je iz Hrvatske. Teme koje su kod posjetitelja portala u proteklih 15 godina pobudile najviše interesa su iz ginekologije, pedijatrije, dermatovenerologije i onkologije.

Mr. sc. Dean Delić, dr. med.; GSM: + 385 91 3475 281; dean.delic@cybermed.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 MOŽDANOG UDARA



Urgentna pitanja hrvatske alergologije i imunologije

Prof. dr. ASJA STIPIĆ MARKOVIĆ, asjastipic90@gmail.com

Nekoliko je urgentnih situacija utjecalo da Hrvatsko društvo za alergologiju i kliničku imunologiju HLZ-a(HDAKI) organizira simpozij „Međunarodni tjedan alergologije i kliničke imunologije“ sredinom lipnja u Zagrebu. Prvi je i nezaobilazan razlog naglo nastali vakuum u opskrbi alergenima za dijagnostiku i terapiju na hrvatskom tržištu. Problem je dugoročna posljedica ukidanja proizvodnje nacionalnih alergena u Imunološkom zavodu u Zagrebu, čime se Društvo bavilo više godina, ali se u zdravstvenom sustavu nije moglo naći nikakvo rješenje, osim najskupljeg i najsporijeg, a to je interventni uvoz. Bez vlastite proizvodnje alergena postala je hrvatska alergologija žrtvom tržišnog kolebanja i, nakon prekida opskrbe francuskim alergenima 2015. godine, prilagođavalaje terapiju nizozemskim proizvodima ali je u svibnju 2016. ostala i bez toga.

Ssimpozij je okupio alergologe i predstavnike zastupnika raznih proizvođača. Korisno je bilo čuti kako je Slovenija organiziranim sustavom nabave osigurala svojim bolesnicima alergene više različitih proizvođača za kožno testiranje te za sublingvalnu i supkutana imunoterapiju. Imponira racionalan pristup s uspostavljanjem liste nužnih lijekova, čiju nabavu nadoknađuje slovenska osiguravajuća kuća. U ovom trenutku je Hrvatska, zemlja s 65-godišnjom tradicijom znanstvenog i kliničkog rada više generacija različitih specijalista (internista, pedijatar, dermatologa, rinologa) i vlastitom proizvodnjom alergenskih pripravaka, na zadnjem je mjestu među zemljama EU-a i Balkana po terapijskim mogućnostima za svoju populaciju, u kojoj prevalencija ovih

bolesti suvremene civilizacije raste. Ovakvim potezima državnih institucija prekida se proces transgeneracijskog prijenosa znanja, koje ima svoje utemeljenje i služi kaooslonac za daljnji razvoj.

Velika je čest i zadovoljstvo za HDAKI bio poziv za suradnju upućen od netom osnovanog Udruženja imunologa BIH, što je ubrzalo pripreme za simpozij. Hrvatskim kolegama predstavio se ugledni imunolog prof. dr. Jasenko Karamehić te dr. Marina Delić i predsjednica Udruženja dr. Darja Pavlović-Rožić. Bosansko udruženje je izrazilo spremnost da s kolegama, susjedima i prijateljima imunologima podijeli svoja iskustva i pomogne u okviru svojih mogućnosti.

HDAKI ne prestaje s javnozdravstvenim kampanjama radi posvjećenja javnosti. Ove godine na simpoziju je predstavljena kampanja „Alergični na alergije“, u okviru koje je izrađena platforma za identificiranje staništa korova *Ambrosiaartemisiifolia*. Zamišljeno je da se elektronskim putem javljaju lokacije, a iskorjenjivanje korova bi se nagradivalopoklonom lijekova za lokalnu terapiju gornjih dišnih putova. Prikupljeni podaci bit će doprinos dosadašnjim kartama raširenosti ambrozijeka nezaustavljivo osvaja sve veće površine. Uzroci te stvarnosti je promjena klime i vegetacije, o čemu su govorili astrofizičari, stručnjaci iz Nastavnog zavoda „Andrija Štampar“ pokazali su svoje aktivnosti u mjerenu vrste i koncentracije peludnih zrnaca u zraku.

U drugom dijelu simpozija govorilo se o transplantacijskoj imunologiji, liječenju TBC-a kod transplantacije jetre, rizicima

migrantskog vala za imunološki sustav, rizicima infekcija kod liječenja inhibitora TNF α , autoimunim encefalitisima, poteškoćama dijagnostike non-Hodgkin-limfoma u autoimunim bolestima i psihoneuroimunologiji tumora.

Važna je novost za alergologe, predstavljena na simpoziju, ulazak autoinjektora adrenalina na osnovnu listu HZZO-a 23. lipnja. Autoinjektor je predstavljen u radionici i organizirana je edukacija primjene. Adrenalin u obliku štrcaljke za samoprимjenu dat će sigurnost bolesnicima koji boluju od anafilaksije, kao i zdravstvenim profesionalcima.

Među prijavljenim posterima Povjerenstvo za dodjelu nagrade (prof.dr. Neda Aberle, prof.dr. LiborijaLugović, prim.dr. Zdenko Tuđman) nagrađilo je rad autora iz Dječje klinike u Klaićevoj (Iva Topalušić, Martin Ćuk, Irena IvkovićJureković, Draženka Kranjčec, Marta Navratil) za važnu informaciju do koje su došli u svojoj kliničkoj praksi. Naime, metilprednizolon u tvorničkom obliku „Solu Medrol 40 mg“ sadrži u pomoćnoj tvari tragove proteina mlijeka, što nije navedeno u sažetku opisa svojstava lijeka. Međutim, autori su našli potvrdu u stručnoj literaturi da su imunološkom obradom dokazani proteini mlijeka u laktazi koja je pomoćna tvar. Ovaj prikaz anafilaktičke reakcije na metilprednizolon kod dječaka s alergijom na bjelančevine kravljeg mlijeka važanje za svakodnevnu kliničku praksu u hitnim ambulantama, jedinicama intenzivnog liječenja te alergološkim ambulantama i odjelima.

Usporedna analiza o dostupnosti onkoloških lijekova u Europi

razdoblje od 2009. do 2014.
otprije popularno poznat kao Karolinska report



AUTOR: Ivica Belina, prof. edukac. reh., predsjednik Koalicije udruga u zdravstvu

U lipnju ove godine objavljena je publikacija *Usporedna analiza dostupnosti onkoloških lijekova za europske zemlje za razdoblje od 2005. do 2014.* g. koju je, pod vodstvom prof. dr. sc. Bengt Jonsson izradila skupina stručnjaka sa Švedskog instituta za ekonomiku zdravstva i Karolinska institut. To je nastavak publikacije koju je 2006. g. objavio Karolinska institut, a koja je za razdoblje od 1995. do 2004. obrađivala temu dostupnosti onkološkog liječenja u Europi. Kako je metodologija ostala ista, spoznaje iz dvaju navedenih istraživanja zajedno omogućuju odgovore na neka od bitnih pitanja koja opterećuju onkološke bolesnike, njihove obitelji, stručnu onkološku zajednicu te društvo u cjelini.

U ovom članku cilj mi je osvrnuti se osobito na položaj Hrvatske u toj publikaciji te kritički propitati činimo li sve kako bismo poboljšali prognozu onkoloških bolesnika.

Porast oboljelih od raka

U usporedbi s 1995., 2014. bilježi se porast pojavnosti raka za 30 %. To se dijelom objašnjava povećanjem populacije i porastom udjela osoba starijih od 65 godina u općoj populaciji, te povećanom dugotrajnom izloženošću čimbenika rizika kao što su pušenje i pretilost. Onkologija će zato na europskoj razini uskoro preuzeti mjesto najvažnijeg javnozdravstvenog problema od kardiovaskularnih bolesti, koje neprekidno bilježe pad DALY (disability adjusted life years – što je mjera ukupnog tereta određenog stanja za društvo izračunana kao broj godina života izgubljenih radi bolesti, invalidnosti ili preranom smrti).

No da sva dosadašnja nastojanja u poboljšanju dijagnostike te liječenja i praćenja onkoloških bolesnika nisu bila uzaludna pokazuje činjenica da smrtnost od raka u velikoj većini europskih zemalja opada te da je petogodišnje preživljavanje prema ujedinjenim podatcima svih zemalja i svih vrsta raka prosječno 54 %. Preživljavanje je mjera ovisna o pojavnosti (30 %-tni porast) i smrtnosti koja raste trostruko manjom stopom, što je također pokazatelj uspjeha liječenja. Nザalost, pozitivni trendovi pada smrtnosti u razvijenim europskim zemljama nisu

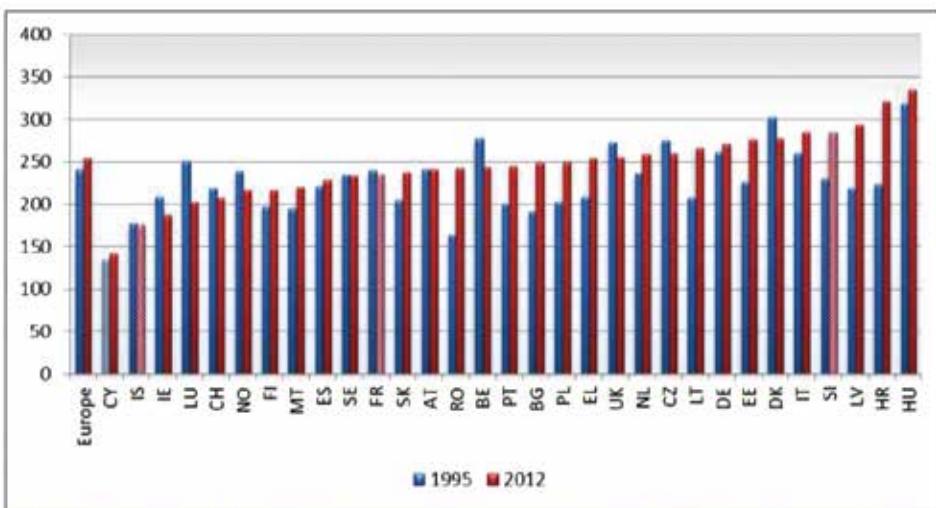
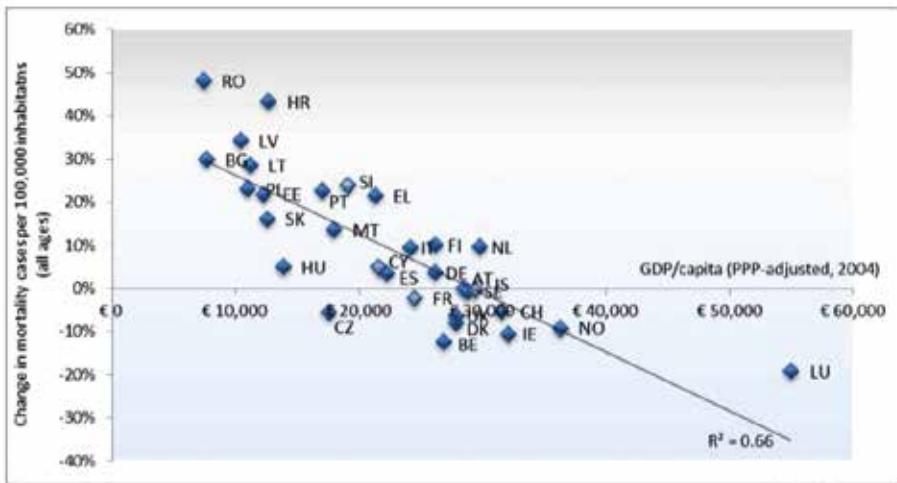


FIGURE 6: ESTIMATED NUMBER OF CANCER MORTALITY CASES PER 100,000 INHABITANTS (CRUDE RATES FOR BOTH SEXES), 1995–2012 [12]

Apscisa: Podaci o zemljama za dva razdoblja: 1995. i 2012.

Ordinata: Smrtnost na 100 000 stanovnika



Apscisa: BDP u eurima

Ordinata: Relativna promjena u smrtnosti na 100 000 stanovnika (sve dobne skupine)

realnost u mlađim članicama Europske unije, što ukupno za sve europske zemlje uzrokuje porast stope smrtnosti u odnosu prema prethodnom opisanom razdoblju.

Upravo u tom najvažnijem pokazatelu uspješnosti borbe protiv spomenute opake bolesti dolaze do izražaja znatne razlike između zemalja prema stupnju gospodarskog razvoja i prema visini BDP-a. Naravno, najlošije stoje zemlje s najnižom gospodarskom moći te tako Hrvatska i Mađarska imaju najviše vrijednosti stopa smrtnosti, a zemlje u kojima

ma smrtnost najviše raste u odnosu prema prethodnom razdoblju do 2004. g. su Rumunjska, Hrvatska, Litva, Bugarska, Latvija, Poljska i Estonija.

Izdvajanje za onkologiju u Hrvatskoj dvostruko manje od EU-a

IHE izvješće o dostupnosti onkološkog liječenja 2016. je važna publikacija koja se razračunava s opasnom mantrom nekih zdravstvenih vlasti da su prevencija i rano otkrivanje ključ uspjeha u onkologiji. Autori Lichteberg i de Groot su

već prije nekog vremena težište uspjeha liječenja u onkologiji prebacili na dostupnost liječenja, što napokon na realnim i životnim podacima pokazuje i IHE izvješće. Rano otkrivanje i napredna dijagnostika mogu pridonijeti smanjenju smrtnosti SAMO ako ih prati najbolje liječenje.

Zato i još više iznenađuju postupci naših trenutačnih zdravstvenih vlasti koje najviše novca ulažu u obnavljanje skupe radiološke aparature, a novac za liječenje znatno smanjuju. Što čeka optimalno dijagnosticiranog pacijenta – nedostupnost optimalne terapije. Tako npr., od prethodnog ministra zdravlja obećanu milijardu kuna za fond posebno skupih lijekova (uglavnom onkološki lijekovi) sadašnja administracija smanjuje na, pretpostavljamo, 700 milijuna (nije transparentno objavljeno iako je prošlo više od pola 2016. g.), dok HZZO od početka godine na listu lijekova nije uvrstio ni jedan inovativni onkološki lijek čija bi primjena prouzročila ikakvo povećanje troškova.

Onkološki lijekovi uvode se u liječenje u uznapredovanim ili metastatskim fazama bolesti. Novi lijekovi smanjene toksičnosti i trend njihove oralne primjene te upotreba potporne terapije koja omogućuje bolju kvalitetu života onkološkim pacijentima doveli su do trenda liječenja u dnevnim bolnicama ili kod kuće. Novi lijekovi omogućuju predviđanje odgovora pacijenta na primijenjenu terapiju putem molekularnih markera, analize genskog ili proteinskog širenja tumora, što povećava učinkovitost ciljane, individualizirane terapije. Liječenje onkoloških bolesti napredovalo je od kemoterapije i hormonske terapije do terapija ciljanih na pristup signalnim stanicama. Posljednje postignuće u liječenju raka je poticanje tijela da vlastitim imunosnim sustavom napada tumor.

Tu naravno dolazimo i do sljedeće besmislice u posvećenosti liječenju onkoloških bolesnika: iako nam smrtnost ra-

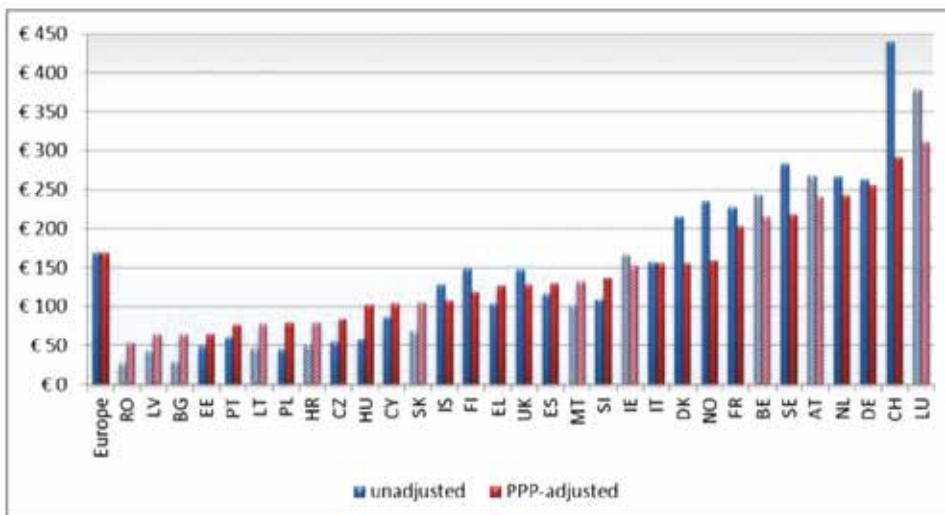


FIGURE 10: DIRECT HEALTH COST OF CANCER PER CAPITA, 2014

Hrvatska je među zemljama s najnižim izravnim izdvajanjima za onkologiju

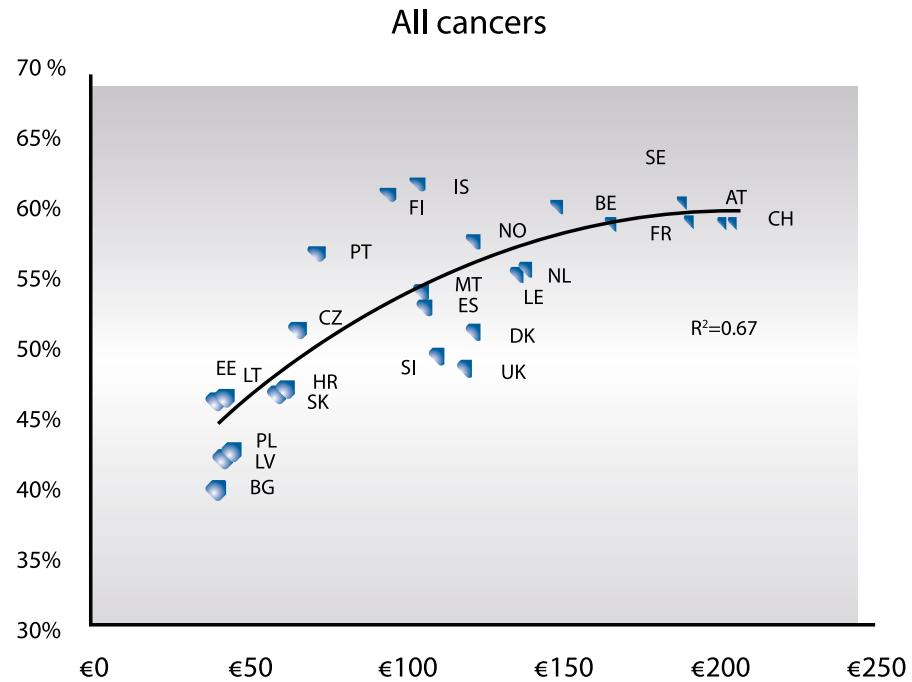
ste, preživljavanje pada i onkologija postaje glavni javnozdravstveni problem, mi ipak odlučujemo smanjiti troškove za lijekove, a sve to imajući na umu da troškovi za lijekove čine samo 20 % ukupnih izravnih troškova za onkologiju. Ukupno izdvajanje za onkologiju je i dalje dvostruko manje od prosjeka zemalja Evropske unije i iznosi 80 eura po stanovniku (od čega samo 16 eura za lijekove). Znatno lošija od nas je samo Rumunjska.

Korijen svega je naravno nedostatno izdvajanje za zdravstvo jer smo prema IHE izvješću u 2014. g. izdvajali 7,3 % BDP-a, a prosjek izdvajanja u Europskoj uniji za zdravstvo bio je 10,1 %. Prevedemo li navedene postotke u absolutne vrijednosti, za zdravstvo smo po stanovniku izdvojili 960 eura, što je tri puta manje od prosjeka Evropske unije, u kojem je od Hrvatske lošija samo Rumunjska. Samo za usporedbu, susjedna nam je Slovenija izdvojila 2.051 euro, a Austrija 3.716 euro. Kada bi državni proračun uplatio sva sredstva koja prema zakonu mora uplatiti na račun HZZO-a, sigurni smo da se takve besmislene rasprave o nužnosti smanjivanja, ionako izrazito niskih 16 eura, izdvajanja za onkološke lijekove ne bi vodile. Ne smijemo zaboraviti da je prosjek sve europske zemlje prosječno izdvajaju za lijekove po stanovniku 38 eura, dok je prosjek razvijenijih članica oko 60 eura.

Zbog svega navedenog Hrvatska je u nezavidnom položaju kad se mjeri uspjeh liječenja u onkologiji jer smo gotovo u svim tumorskim sijelima prema petogodišnjem preživljavanju pri dnu ljestvice uspjeha liječenja.

Potrebno je hitno poboljšati dostupnost lijekova

Razvijene europske zemlje, unatoč većoj dostupnosti onkoloških lijekova, nisu povećale ukupne troškove za onkologiju jer su sredstva pronašle unutar sustava: uštede na zamjeni bolničkih za izvanbol-



Veza između izdvajanja za onkologiju po stanovniku (apscisa) i petogodišnjeg preživljivanja (ordinata)

ničko liječenje uložile su za povećanje izdvajanja za lijekove. Istodobno, moderne terapije često ni zbog primjene ni zbog rješavanja neželjenih učinaka ne zahtijevaju hospitalizaciju bolesnika, što dodatno omogućuje smanjenje bolničkih troškova. Kod nas, nažalost, radi nerealno niskih cijena usluga u zdravstvenom sustavu takve uštede i preusmjerenja sredstava nisu moguća. To treba imati na umu kad se nedobronamjerno izvuče pokazatelj da je Hrvatska pri vrhu relativnog izdvajanja za lijekove u izravnim troškovima u onkologiji. To je jednostavno obilježje svih siromašnijih zemalja jer su usluge u njima znatno jeftinije, a cijene lijekova su manje-više uskladjene s cijenama lijekova u razvijenijim zemljama.

Smatram da su nalazi iz navedene publikacije svojevrstan alarm za hitno poboljšanje dostupnosti onkoloških lijekova hrvatskim bolesnicima obolje-

lim od zločudnih bolesti.

Dodatno treba raditi na ustroju **multidisciplinarnih timova i mreže onkoloških ustanova** koje bi onda dogovorom odredile i redovito dopunjavale minimalne **standarde liječenja onkoloških bolesnika putem kliničkih smjernica**. Nadalje, hitno moramo oposobiti kvalitetno praćenje provedbe liječenja putem **elektroničke baze kliničkih podataka u onkologiji** jer je to standard koji, uz bolje ishode za oboljele, osigurava praćenje kvalitete lijeka i omogućuje bolji položaj HZZO-u u pregovorima s kompanijama proizvođačima lijekova.

Sve navedeno mora biti dio sveobuhvatne akcije donošenja Nacionalnog plana za borbu protiv raka, ali **ništa od navedenog, a ponajprije dostupnost inovativnih onkoloških lijekova ne smije čekati donošenje tog plana.**

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

ANTIKOAGULANTNA TERAPIJA BOLESNIKA S HEMOFILIJOM I VON WILLEBRANDOVOM BOLESTI

Poruka članka: Napretkom liječenja osoba s nasljednim koagulopatijama postiže se trajanje života poput onog u općoj populaciji, s porastom prevalencije trombotskih bolesti i fibrilacije atrija i s izazovnim odlukama o uvođenju antikoagulantne ili antitrombocitne terapije u toj specifičnoj populaciji bolesnika s prekomjernom sklonosću krvarenju.

Poznato je da su spontana ili traumatska prekomjerna krvarenja najvažnija obilježja nasljednih poremećaja zgrušavanja krvi, poput hemofilije A, hemofilije B i von Willebrandove bolesti (VWB).

Međutim, iako su osobe s tim nasljednim koagulopatijama razmjerno zaštićene od trombotskih bolesti, moguć je nastanak i arterijskih i venskih tromboza i u tih bolesnika s izazovnom odlukom o uvođenju antikoagulantne ili antitrombocitne terapije. S obzirom na to da su nasljedne koagulopatije rijetke bolesti, s različitom kliničkom slikom i s različitom razinom deficit-a faktora zgrušavanja, ne postoje medicinske smjernice temeljene na dokazima koje bi općenito pomagale liječnicima u pristupu osobama s nasljednim koagulopatijama i s istovremeno nastalom trombozom ili postojećim rizikom za nastanak tromboze (poput fibrilacije atrija, FA). Stoga je najnoviji broj najuglednijeg hematološkog časopisa *Blood* objavio zanimljiv pregledni rad o aterotrombotskoj bolesti, venskim tromboembolijama (VTE) i FA u osoba s nasljednim bolestima zgrušavanja, s raspravom o strategiji antikoagulantne terapije u takvim specifičnim situacijama s kojima se ponekad susrećemo u našoj kliničkoj praksi.

Poznato je da je napredak u liječenju hemofiličara doveo do porasta očekivanog trajanja života, koje danas dostiže životni vijek osoba bez hemofilije, što je uzrokovalo i porast prevalencije kardiovaskularne bolesti koja se danas procjenjuje

19,5% tijekom života hemofiličara. Procijenjena prevalencija ishemiske bolesti srca je 15% u hemofiličara starijih od 60 godina. Objavljene studije su pokazale da kardiovaskularne bolesti i okluzije arterija nastaju i u osoba s VWB-om, no rjeđe nego u općoj populaciji. Danas se čini da hemofilija nema protektivan učinak na nastanak ateroskleroze, no nekoliko istraživanja je ukazalo da hemofilija može imati protektivan učinak na smrtnost od ishemiske bolesti srca. Važno je istaknuti da osobe s hemofilijom i VWB-om koje obole od ishemiske bolesti srca imaju u pravilu i druge poznate rizične čimbenike za srčanu bolest, poput pušenja, hipertenzije, dijabetesa, pretilosti i hiperlipidemije; stoga je jako važna prevencija nastanka tih bolesti i njihovo liječenje.

Osim arterijskih tromboza, osobe s nasljednim koagulopatijama mogu razviti i VTE, od kojih je najčešća tromboza dubokih vena nogu i plućna embolija. Većina VTE-a nastane uz dodatan rizični čimbenik za VTE (primjerice, nakon operacije uz primanje nadoknade faktora zgrušavanja). Izuzetno je rijedak nastanak spontanog VTE-a u hemofiličara koji nisu primali nadoknadu faktora zgrušavanja. Spontani VTE je također izuzetno rijedak u osoba s VWB-om, a ako nastane, u velikoj većini je povezan s primanjem nadoknade VWF/FVIII koncentrata. Poznato je da su visoke vrijednosti FVIII rizičan čimbenik za nastanak VTE-a, gdje je relativan rizik za VTE 4,8 u osoba s FVIII iznad 150 IU/dL za razliku od osoba s FVIII ispod 100 IU/dL. Hemofiličari imaju dodatno povišen rizik za VTE nakon ortopedskih operacija kuka i koljena zbog hemofilične artropatije, gdje i kirurški zahvat i perioperativna nadoknada faktora zgrušavanja doprinose povećanom riziku za VTE. Stoga, potrebno je pomno nadziranje postoperativne razine FVIII kako bi se izbjegle njegove prolongirane i opasno visoke razine.

Presječna studija 14 europskih centara za hemofiliju pokazala je prevalenciju FA u hemofiličara od 0,84%. Kao i u općoj populaciji, prevalencija FA u hemofiličara raste s dobi, s prevalencijom od 3,4% u

osoba starijih od 60 godina u usporedbi s 0,2% u mlađih od 60 godina. Odluka o uvođenju antikoagulantne ili barem antitrombocitne terapije u osoba s hemofilijom i FA je složena, s obzirom na to da ne postoje validirani skorovi za procjenu krvarenja hemofiličara s FA. Stoga su predloženi algoritmi za prevenciju moždanog udara u osoba s hemofilijom i FA koji se temelje na baznim vrijednostima FVIII kako bi se predvidio rizik krvarenja.

Općenito, u složenoj odluci o uvođenju antikoagulantne ili antitrombocitne terapije osoba s nasljednim poremećajima krvarenja potrebno je pomno razmotriti sljedeće pokazatelje: 1) dosadašnju sklonost krvarenju pojedinog bolesnika – koliko često i koliko teško krvari, nastaje li krvarenje spontano ili provočirano (traumom), kako je ranije postizao hemostazu uz operacije, kolika je bazična razina (deficit) FVIII/FIX i VWF te ima li inhibitore na faktore zgrušavanja; 2) odabir antikoagulantnog/antitrombocitnog lijeka – preferiraju se lijekovi s kratkim poluživotom i poznatim antidotom u slučaju nastanka krvarenja; 3) ako je potrebna intenzivna antikoagulantna terapija, preporuča se u minimalnom trajanju, uz nadoknadu faktora zgrušavanja, ili niži intenzitet antikoagulantne terapije uz raniju anamnezu značajnog ili učestalog krvarenja. Također se preporuča uzimanje antikoagulantne terapije u najkraćem razumnom razdoblju ako je potrebno istovremeno primanje i nadoknada faktora zgrušavanja kako bi se preveniralo krvarenje.

U zaključku, odluka o uvođenju antikoagulantnih i antitrombocitnih lijekova bolesnicima od hemofilije i VWB-a vrlo je složena, potreban je individualizirani pristup s pažljivom procjenom rizika krvarenja i tromboze, uz klinički i laboratorijski nadzor, a nužno je preveniranje i liječenje bolesti i stanja koja pogoduju trombozi (poput adipoziteta, dijabetesa, hipertenzije, hiperlipidemije, pušenja cigareta).

(Blood. 2016;128(2):178-184.)

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med., specijalist internist, uži specijalist hematologije

INFLUENCA B U DJECE OPASNIJA NO INFLUENCA A

Poruka članka: U djece je češći smrtni ishod od influence B nego od influence A.

Kanadski istraživači analizirali su podatke o djeci liječenoj od influence u 12 referentnih centara diljem Kanade tijekom osam nepandemijskih sezona influence, od 2004. do 2013. godine. Spomenuti centri čine mrežu IMPACT (engl. *Imunization Monitoring Program ACTive*) kojoj je jedan od ciljeva prikupljanje podataka o infektivnim bolestima koje se mogu sprječiti cijepljenjem, a u njima se liječi otprilike polovina sve djece u Kanadi.

U navedenom razdoblju ukupno je bilo hospitalizirano 1.510 djece s influencom B i 2.645 s influencom A. Medijan njihove dobi bio je 3,9 godine za influencu B i 2,0 godine za influencu A.



U usporedbi s djecom hospitaliziranom zbog influence A, omjer vjerojatnosti (OR, engl. *odds ratio*) da imaju neko stanje koje predstavlja indikaciju za cijepljenje bio je 1,3 za djecu hospitaliziranu zbog influence B, dok je taj isti omjer da nemaju neku popratnu bolest bio 0,8. Nadalje, djeca s influencom B imala su češće glavobolju, bolove u abdomenu i mijalgije.

Među inače zdravom djecom s influencom B, ona u dobi od šest do 23 mjeseci te ona u dobi od 10 i više godine bila su značajno češće liječena u jedinicu intenzivnog liječenja. Djeca u dobi od 10 i više godina imala su 3,41 puta veću vjerojatnost da će biti primljena u jedinicu intenzivnog liječenja no djeca u dobi od pet do devet godina te 5,79 puta veću vjerojatnost u usporedbi s djecom mlađom od šest mjeseci.

Ukupno gledano, umrlo je 1,1% djece hospitalizirane zbog influence B te 0,4% djece primljene zbog influence A. Omjer vjerojatnosti za smrtni ishod zbog gripe prilagođen dobi i zdravstvenom stanju bio je 2,65 za influencu B naspram influence A, dok je prilagođeni omjer vjerojatnosti za smrt općenito bio 2,95.

Autori ovog istraživanja drže da je influenza B možda teža u starije djece zbog toga što se mlađa djeca niti ne susreću s navedenim virusom. Na kraju su zaključili kako djeca u dobi od 10 do 16 godina imaju visok rizik za komplikiranu infekciju influencom B te kako bi trebala biti posebno obuhvaćena programima cijepljenja.

(*Pediatrics* Aug 2016; e20154643; DOI:

10.1542/peds.2015-4643)

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

KRATKOROČNI ISHODI BOLJI SU NAKON LAPAROSKOPSKE RESEKCIJE JETRE

Poruka članka: Laparoskopska resekcija jetre povezana je s manjim brojem komplikacija i kraćom hospitalizacijom, a bez povećanja smrtnosti u usporedbi s otvorenom resekcijom jetre.

Ovaj rad prikazuje rezultate sistematskog pregleda više od 9.000 laparoskopskih resekcija jetre (LRJ) i 2.900 otvorenih resekcija jetre (ORJ) u svijetu. Unatoč nedostatku randomiziranih studija, trenutni dokazi snažno potvrđuju sigurnost laparoskopske operacije jetre u određenim slučajevima, tvrde Ciria i suradnici (University Hospital Reina Sofia, Cordoba, Španjolska). Osim toga, laparoskopski pristup za neanatomske klinaste resekcije i resekcije lijevoga lateralnog segmenta već se smatra standardnom praksom u nekoliko centara, ali je laparoskopski pristup tehnički zahtjevan postupak i rizičan zbog velikog krvarenja iz jetrenog parenhima ili vaskularnih struktura. Takva se krvarenja laparoskopski najčešće teško kontroliraju. Postoji i zabrinutost za ostvarivanje onko-

loških kirurških principa. Tim iz Japana, Španjolske, Francuske i SAD-a analizirao je svjetsku literaturu i usporedio kratkoročne ishode LRJ-a s ORJ-om. Godišnji broj LRJ slučajeva u porastu je od 2007., s više od 2.000 slučajeva u 2013. godini, s time da je znatno veći udio velikih LRJ-a, navode istraživači. Većina od 9.527 LRJ-a bila je zbog malignosti (65%), a više od trećine (35%) zbog benignih promjena na jetri. Ukupna stopa smrtnosti iznosila je 0,39%, a 15 smrtnih slučajeva pripisuje se krvarenju, curenju žuči s posljedičnom sepsom i zatajenju jetre. U meta-analizi, u kojoj je upareno 2.900 i LRJ-a i ORJ-a, LRJ je imao znatno manji broj ukupnih komplikacija, manjim gubitkom krvi, manjom potrebom za transfuziju koncentrata eritrocita i boravka u bolnici. Posljednjih su godina LRJ trajale kraće nego ORJ. Dio meta-analize ograničene na velike resekcije jetre također pokazuju da LRJ izaziva manje komplikacija i gubitka krvi i da je boravak u bolnici kraći. U odnosu na tumor, reseksijski rubovi LRJ-a i ORJ-a nisu se značajno razlikovali u ukupnoj promatranoj populaciji, a niti u podskupini bolesnika podvrgnutih velikim resekcijama. Kirurgija jetre bila je posljednje polje opće kirurgije kojem se laparoskopski pristupalo, objašnjavaju autori. Iako je vrlo raširena u barijatrijskoj kirurgiji, kirurgiji debelog crijeva, želuca i jednjaka, LRJ je iznimno složen zahvat i hepatobilijarni kirurzi su s pravom bili oprezni s ovim pristupom. Iznenađujuće golem porast LRJ-a posljednjih 5-6 godina. LRJ se može raditi samo u hepatobilijarnim centrima s visokim operativnim volumenom u kojima je otvoreni pristup bio rutinski u posljednjih nekoliko godina, navode autori. Osim toga, resekcije jetre moraju se konzilijarno analizirati i rješavati na multidisciplinarnoj osnovi s onkolozima, radiologima, hepatologima i kirurzima koji se bavi isključivo jetrom. Samo centri s visokim volumenom i stručnim timovima za jetrenu patologiju mogu ponuditi najbolju kirurgiju jetre. Za procjenu LRJ-a potreno je još multicentričnih studija i istraživanja.

(*Ann Surg* 2016;263:761-77.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.,

specijalist opće i abdominalne kirurgije

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

PARACETAMOL U TRUDNOĆI I POREMEĆAJI PONAŠANJA U DJECE

Poruka članka: Djeca izložena paracetamolu *in utero* mogla bi kasnije u životu češće imati probleme s ponašanjem.

Koristeći se podacima iz prospективnog istraživanja *Avon Longitudinal Study of Parents and Children* (ALSPAC), britanski istraživači sa Sveučilišta u Bristolu ispitali su vezu između problema s ponašanjem djece u 7. godini života te uzimanja paracetamola za vrijeme i nakon trudnoće.

Analizirali su 7796 majki 1991. i 1992. godine, zajedno s njihovom djecom i partnerima. Podaci o korištenju paracetamola prikupljeni su upitnicima koje su majke ispunjavale same u 18. i 32. tijednu trudnoće te ponovno s partnerom kada je njihovo dijete imalo 61 mjesec.

Korištenje paracetamola u 18. tijednu trudnoće prijavilo je ukupno 4415 (53%) majki, u 32. tijednu 3381 (42%), dok je 6916 (89%) majki i 3454 (84%) njihovih partnera prijavilo korištenje paracetamola nakon djetetova rođenja. Bihevioralni status djeteta procijenjen je Upitnikom snage i poteškoća (SDQ, engl. *Strengths and Difficulties Questionnaire*) koji inače služi za otkrivanje poremećaja

ponašanja. Na temelju ukupnog zbroja poteškoća pokazalo se da 5% djece u dobi od 7 godina ima bihevioralne poteškoće.

U inicijalnoj se analizi zbrajanjem podskala SDQ upitnika pokazalo da je majčino korištenje paracetamola prijavljeno u 18. tijednu trudnoće bilo povezano s češćim poremećajem ponašanja (relativan rizik RR] 1,20; 95% interval pouzdanosti [CI] 1,06 – 1,37) i simptomima hiperaktivnosti (RR 1,23; 95% CI 1,08 – 1,39), dok je majčino korištenje paracetamola prijavljeno u 32. tijednu trudnoće bilo povezano s većom vjerojatnošću emocionalnih simptoma (RR 1,29; 95% CI 1,09 – 1,53), poremećaja ponašanja (RR 1,42; 95% CI 1,25 – 1,62), simptoma hiperaktivnosti (RR 1,31; 95% CI 1,16 – 1,49) i poteškoća općenito (RR 1,46; 95% CI 1,27 – 1,77).

Analiza je ponovljena mnogo puta, uz prilagodbu brojnim mogućim greškama (engl. *confounding factors*), uključujući majčinu dob pri rođenju djeteta, redni broj poroda, socioekonomski status, pušenje i konzumaciju alkohola za vrijeme trudnoće, indeks tjelesne mase za vrijeme trudnoće, psihijatrijske bolesti majke i moguće razloge za korištenje paracetamola (poput migrene ili infekcije) te genetskih čimbenika rizika za ADHD, no rezultati se nisu mijenjali.

U ranijim istraživanjima opažena je veza između upotrebe paracetamola u trudnoći s povećanim rizikom za hiperkinetske poremećaje i poremećaje iz skupine poremećaja pažnje s hiperaktivnošću (ADHD), no zanimljivo je kako je u ovom istraživanju otkrivena veza i s drugim bihevioralnim poremećajima koji se otkrivaju SDQ upitnikom.

U ograničenja ovog istraživanja spada činjenica da nisu bile poznate doze i trajanje primjene paracetamola, kao niti indikacije za njegovu upotrebu, premda je analiza podataka prilagođena najčešćim razlozima za uzimanje, uključujući glavobolju, muskuloskeletalne simptome i infekcije.

Autori istraživanja ističu kako mehanizam kojim paracetamol utječe na pona-

šanje djece nije poznat i prepostavljuju nekoliko mogućnosti kojima djeluje na fetalni razvoj. Prije svega to je djelovanje na endokrinološki sustav majke, zatim stvaranje toksičnih metabolita u fetusu nakon prelaska paracetamola u placentu te naposljetku poremećen razvoj fetusovog mozga zbog oksidativnog stresa nastalog upotrebom paracetamola.

Na kraju su zaključili da su potrebna daljnja istraživanja za rasvjetljavanje mogućih mehanizma u podlozi opažene veze, a do konačnog zaključka važno je u svakom pojedinačnom slučaju pomno procijeniti rizike od paracetamola u trudnoći za dijete te rizike koji ako se vrućica ili bol ne liječi.

(JAMA Pediatr. Published online August 15, 2016. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.1775.)
Dr. sc. Lovro Lamot, dr. med., specijalist pedijatar

BIOLOŠKE MREŽICE ZA REKONSTRUKCIJU KILA TRBUŠNE STJENKE SKUPE SU I NEPOTREBNE

Poruka članka: Skupe biološke mrežice za rekonstrukciju kila trbušne stjenke umjesto značajno jeftinijih sintetičkih mrežica uzrokuju nepotrebne troškove, a njihova korist nije potkrijepljena dokazima.

Dr. Livingston i suradnici (University of Texas Southwestern Medical School, Dallas, Texas, SAD) misle da nisu potvrđene pretpostavke da je korist bioloških mrežica rigorozno testirana. Dr. Livingston, koji je ujedno i zamjenik glavnog urednika časopisa *Journal of American Medical Association*, i njegovi suradnici pregledali su literaturu o korištenju biološke mreže između 1948. i 2015. Pronašli su samo 20 članaka, uglavnom slučajeve ili serije slučajeva pojedinih institucija, sa samo tri komparativne studije i s to bez randomiziranih kliničkih ispitivanja. Ukupno su sakupili studije s ishodima 1.033 pacijenta, sa značajnim razlikama u trajanju postoperativnog praćenja, vrstama korištenih



mrežica, kriterijima odabira pacijenata i vrstama operativne tehnike. Također su našli značajne razlike u izvještavanju kliničkih ishoda, kao što su stvaranje fistule i infekcije, a stope ponovnog nastanka kile kretao se u rasponu od 0 do 80%. Sve upotrijebljene biološke mrežice odobrio je američki Food and Drug Administration na temelju suštinski jednakih karakteristika nebioloških mrežica koje su u prosjeku bile tri puta jeftinije, objavili su znanstvenici. Autori su poslali upit Delivery Network and Group Purchasing Organization da utvrdi srednju cijenu za mrežice. Cijene za biološke mrežice kretale su se u rasponu od 4,1 do 33.16 \$ po cm², s prosjekom od 19.15 \$ po cm² – i prema tome su 3,5 puta skuplje nego sintetičke mrežice. Tim nije pronašao dovoljno dokaza koji bi opravdali skuplje biološke mrežice. **Benjamin K. Poulose** (Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee, SAD), koji je suautor popratnog pozavnog komentara, kaže da je glavna poruka dvojaka: 1) kirurzi ne bi trebali žuriti s odlukom nego kritički procijeniti imali pojedini implantat stvarnu korist za pacijenta ili je li isplativ, i 2) regulatorni proces odobravanja ili proces praćenja uređaja/impantata trebao bi biti bolji. Poulose smatra da bi kirurzi prije svega trebali biti iskreni prema pacijentima o tome što možemo i što ne možemo učiniti za njih. Nažalost, ponekad ograničenja i sadašnji poticaji u raznim sustavima zdravstvene zaštite otežavaju rasprave i odluke. Poulose smatra da bi pacijenti trebali biti 100%-tно uključeni u rasprave i biti obaviješteni koliko god je to moguće. No, živimo u okruženju zdravstvene zaštite gdje podaci nisu uvijek dostupni i često je teško ili nemoguće trenutno i dobiti. Mnogo je načina kako poboljšati sadašnje stanje u pogledu ugradnje implantata u ljude i vidjeti kako oni rade. Medicinski registri prema specijalnostima odgovaraju na postavljena pitanja, ali im je potrebna bolja podrška da bi se osigurala visoka kvaliteta njihovih informacija, navodi Poulose. Ovo je zaista složen problem jer ovisi o mnogim čimbenicima pa je za ispravne odluke potrebno više pouzdanih

podataka. Hudson-Penn Endowment Fund na Sveučilištu Texas Southwestern podržao je ovo istraživanje. Autori nisu imali financijskih odnosa, a imala su ih oba komentatora.

(JAMA Surg 2016;151:374-81.)

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

i lateralno temporalnim te posteriornim cingulatnim regijama. Proveden je i set neuropsiholoških testova te je utvrđen fizikalni i mentalni status.

Od ukupnog broja ispitanika 20 ih imalo blag stupanj kognitivnog oštećenja (65% žena, srednja dob 62 godine), a 24 ustanovljen teži (66.7% žena, srednja dob 63.1 godine).

Srednji BMI bio je sličan između skupine s blagim i težim oštećenjem (25.6 i 25.9). Ipak, 54.2% pacijenata s težim oštećenjem imalo je BMI preko 25, za razliku od 36.8% onih s blažim oštećenjem.

Za procjenu fizičke aktivnosti kao "niske" ili "visoke" upotrijebljen je International Physical Activity Questionnaire for the Elderly.

Ovisno o pridržavanju Mediteranske dijete (MedDiet), bazirano na 5-point Likert skali, ispitanici su podijeljeni u " rijetko" i "često" podgrupe.

Stupanj pridržavanja režima prehrane te BMI bili su podjednaki u obje skupine. Skupina s blaim oštećenjem imala je značajno više regionalne parametre FDDNP-PET vezivanja ($p=0.02$)

Bez obzira na kognitivni status, ispitanici koji su se striktnije pridržavali Mediteranske prehrane imali su niže vrijednosti FDDNP-PET vezivanja ($p=0.04$).

Viši stupanj tjelesne aktivnosti pokazao se povezan s nižim vrijednostima vezivanja kod pacijenata s blagim kognitivnim oštećenjem ($p=0.004$), no ne i kod onih s težim stupnjem.

DIJETA I TJELOVJEŽBA MOGU UTJECATI NA MOZAK "NA MOLEKULARNOJ RAZINI" TAKO DA SMANJUJU ODLAGANJE AMILOIDA

Poruka članka: Modifikacija rizičnih čimbenika putem Mediteranske dijete i tjelovježbe može smanjiti nastajanje amiloidnih plakova u pacijenata s blagim kognitivnim oštećenjem te tako reducirati rizik od Alzheimerove bolesti.

Studija u kojoj su sudjelovala 44 pacijenta s blagim kognitivnim oštećenjem pokazala je da su oni koji su se strogo držali Mediteranske prehrane imali značajno manje amiloidnih plakova i tau-petljii mjerjenih PET-om nego oni koji se nisu strogo držali takvog režima prehrane. Također, oni koji su se intenzivnije bavili fizičkom aktivnosti imali su bolje nalaze.

Svi su ispitanici primili PET ligand koji se veže za i amiloid i tau te time osigurava njihovo mjerjenje: 2-(1-(6-[2-[F-18]fluoretil](metil)amino]-2-naftil)etiliden)malononitril (FDDNP). Mjerilo se nakupljanje u frontalnim, parijetalnim, medijalno



NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

BMI viši od 25 pokazao je viši stupanj vezivanja kod pacijenata s blagm stupnjem oštećenja, dok kod pacijenata s teškim kognitivnim oštećenjem nije pronađena veza između BMI i FDDNP-PET vezivanja.

Autori zaključuju da je nađena "umjerena, ali značajna povezanost" između promatranih faktora i razine FDDNP-PET vezivanja. "Ovi rezultati konzistentni su s rezultatima drugih studija koje su pokazale da promjene životnog stila mogu utjecati na Alzheimerovu bolest te da multifaktorske strategije unaprjeđenja zdravlja mogu odgoditi pojavu simptoma. Oko 50% bolesnika od Alzheimerove bolesti povezano je s rizičnim čimbenicima na koje možemo utjecati - njihova redukcija za 10-25% mogla bi smanjiti pojavu 1-3 milijuna slučajeva Alzheimerove bolesti na svjetskoj razini", ističu autori.

(Am J Geriat Psychiatry, e-published May 2016, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2016.05.007>)
Vedrana Jarnjak, dr. med.

ANEMIJA POVEĆAVA MORTALITET PACIJENATA U PRVIH GODINU DANA NAKON CVI-JA

Poruka članka: Anemija ne samo da je visoko prevalentna u populaciji pacijenata s CVI-jem, nego i gotovo dvostruko povećava rizik smrtnosti prvih godina dana nakon inzulta.

Analiza podataka iz registra koji obuhvaća preko 8000 bolesnika sa CVI-jem iz Velike Britanije pokazala je da ih je u 25% u trenutku hospitalizacije imalo anemiju te da postoji značajna povezanost anemije s



mortalitetom prve godine nakon ishemiskog ili hemoragijskog inzulta.

Dodatna analiza 20 studija, s ukupnom populacijom od gotovo 30 000 pacijenata, pokazala je da je prvih 12 mjeseci od hemoragijskog inzulta smrt 1,5 puta češća kod pacijenata s anemijom i dvostruko veća kod bolesnika nakon ishemijskog CVI-a.

Istraživači su najprije analizirali podatke iz britanske baze koja obuhvaća 8013 pacijenata s CVI-jem (52.4% žena, srednja dob 77.8 godina, 86.7% ishemijski CVI) koji su hospitalizirani u od siječnja 2003. do svibnja 2015. U trenutku prijema 26.7% muškaraca i 22.5% žena imalo je anemiju (definiranu koncentracijom hemoglobina ispod 13g/dL za muškarce te 12g/dL za žene). Povezanost anemije i mortaliteta promatrana je 1, 3 i 6 mjeseci te godinu dana nakon CVI-a. Ukupni mortalitet iznosio je 21.3%.

Kod anemičnih muškaraca s ishemijskim inzultom stopa mortaliteta u svim vremenskim točkama bila je viša u usporedbi s onima normalnih vrijednosti hemoglobina. Odds ratio (OR) za mortalitet iznosio je 1.8 pri prijemu u bolnicu te se postupno penjao do 2.3 nakon godine dana. U skupini muškaraca s hemoragijskim inzultom i anemijom mortalitet je bio značajno veći nego u skupini onih s normalnih krvnim parametrima nakon godine dana (OR 1.8).

Kod žena s ishemijskim CVI-em bio je OR za mortalitet 1.3 nakon mjesec dana i 1.5 nakon godinu dana, a utvrđena je i snažna povezanost anemije i mortaliteta kod žena nakon hemoragijskog moždanog udara s OR-om u rasponu od 1.8 do 2.1.

Istraživači su zatim evaluirali 20 relevantnih studija iz baza Embase i MEDLINE provedenih do prosinca 2014. Meta-analizom utvrđen je OR mortaliteta za anemične pacijente prilikom hospitalizacije od 1.97 (95% confidence interval [CI], P<0.00001). Nakon hemoragijskog inzulta OR za mortalitet bio je 1.46 (95% confidence interval [CI], P<0.00001).

"Iznenađuje jačina učinka koji anemija, kao čimbenik na koji možemo utjecati, može imati na mortalitet. Ipak, za sada

ne znamo mijenja li korekcija anemije krajnji ishod" izjavio je jedan od autora Phyto K. Myint.

(J Am Heart Assoc. 2016;5: e003019.)

Vedrana Jarnjak, dr. med.

POSTUPAK S OPSTETRIČKIM RAZDORIMA KOD VAGINALNOG PORODAJA I INJIHOVA PREVENCIJA

Poruka članka: Preporuke nedavno objavljenog dokumenta/smjernice Američkog udruženja opstetričara i ginekologa o prevenciji, dijagnostici i zbrinjavanju opstetričkih razdora i epiziotomije.

Pri vaginalnom porođaju opstetrička trauma može nastati na cerviku, vagini, vulvi, uključujući labijalnu, periklitoralnu i periuretralnu regiju, te na perineumu. Većina ovih razdora nema štetne funkcionalne ishode. Teški razdori perineuma zahvaćaju analni sfinkterski kompleks i/ili rektum i, premda su rijetki, češće su povezani s povиšenim rizikom za ozljedu zdjeličnog dna, fekalnu i urinarnu inkontinenciju, perinealnu bol i seksualnu disfunkciju, simptomima koji mogu persistirati dugo godina nakon porođaja.

Ovdje donosimo samo preporuke nedavno objavljenog dokumenta/smjernice Američkog udruženja opstetričara i ginekologa o prevenciji, dijagnostici i zbrinjavanju opstetričkih razdora i epiziotomije, a njegov puni tekst čitatelji mogu naći u drugoj referenci na kraju ovog teksta.

Sljedeće preporuke temelje se na dobrim i dosljednim znanstvenim dokazima (razina A):

- primjena toplih perinealnih obloga tijekom tiskanja smanjuje učestalost razdora medice III. i IV. stupnja
- **restriktivna epiziotomija preporučuje se umjesto rutinske epiziotomije**
- za razdor vanjskog analnog sfinktera u punoj debljini prihvatljive su «end to end» i «overlap» tehnike kirurškog zbrinjavanja

- jednokratna doza antibiotika preporučuje se prilikom kirurškog zbrinjavanja opstetričkih ozljeda analnog sfinktera (engl. **obstetric anal sphincter injuries, OASIS**)

Sljedeće preporuke temelje se na ograničenim ili nedosljednim znanstvenim dokazima (razina B):

- masaža medice tijekom drugog porođajnog doba može smanjiti stope razdora međice III. i IV. stupnja
- ako je potrebna epiziotomija, mediolateralna epiziotomija ima prednost pred medianom zbog povezanosti medijane s povišenim rizikom za ozljedu analnog sfinkterskog kompleksa; međutim, kod mediolateralne epiziotomije veća je vjerojatnost za perinealnu bol i dispareuniju
- standardni kirurški šav ili tkivno ljepilo mogu se upotrijebiti za zbrinjavanje hemostatskog razdora medice I. stupnja ili kože kod razdora medice II. stupnja
- kontinuirano šivanje razdora medice II. stupnja preporučuje se umjesto pojedinačnog šivanja

Sljedeće preporuke temelje se primarno na suglasnosti i stručnom mišljenju (razina C):

- omeštivači stolice i oralni laksativi trebaju se propisati pacijenticama s OASIS-om, a postpartalno treba savjetovati kako izbjegći konstipaciju
- pacijentice s OASIS-om u anamnezi potrebno je savjetovati kako je apsolutan rizik od ponovljenog OASIS-a u sljedećem porođaju nizak; međutim, razumno je napraviti carski rez na temelju zahtjeva takve pacijentice nakon savjetovanja o postojećim rizicima
- ako se unutrašnji analni sfinkter može primjereno prikazati, preporučuje se njegovo zbrinjavanje sa sintetskim absorbirajućim kirurškim nitima: 3-0 polyglactin (Vicryl) ili 3-0 polydioxanone (PDS)

(Obstet Gynecol. 2016 Jul;128(1):226-7; Obstet Gynecol. 2016 Jul;128(1):e1-e15)

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

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

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

Grizelj R*, Bojanić K, Pritišanac E, Luetić T, Vuković J, Weingarten TN, Schroeder DR, Sprung J. Survival prediction of high-risk outborn neonates with congenital diaphragmatic hernia from capillary blood gases. *BMC Pediatr.* 2016;29:16:114.

*Department of Pediatrics, University of Zagreb, School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia

Šimić I*, Potočnjak I, Kraljičković I, Stanić Benić M, Čegec I, Juričić Nahal D, Ganoci I, Božina N. CYP2D6 *6/*6 genotype and drug interactions as cause of haloperidol-induced extrapyramidal symptoms. *Pharmacogenomics.* 2016; 13:1385-9.

*Division of Clinical Pharmacology, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Orlic L*, Mikolasevic I, Crncevic-Orlic Z, Jakopcic I, Josipovic J, Pavlovic D. Forearm bone mass predicts mortality in chronic hemodialysis patients. *J Bone Miner Metab.* 2016 Jul 27. [Epub ahead of print].

*Department of Nephrology, Dialysis and Kidney Transplantation, University Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia.

Čulić S*, Markić J, Petrović D, Konjevoda P, Pavelić J. Serum vitamin D levels in children with newly diagnosed and chronic immune thrombocytopenia. *Sem Hemato.* 2016;53:S67-S69.

*Department of Pediatric Hematology, Oncology, Immunology and Medical Genetics, Clinical Hospital Center Split, Medical School, University of Split, Split, Croatia.

Bilić E*, V Delimar, L Desnica, D Pulanić, E Bilić, M Baković, LM Curtis, R Serventi Seiwerth, M Mravak Stipetić, R Čeović, T Klepac Pulanić, I Alerić, O Miloš, R Vrhovac, D Nemet, SZ Pavletić. High prevalence of small- and large-fiber neuropathy in a prospective cohort of patients with moderate to severe chronic

GvHD. *Bone Marrow Transplant.* 2016 Jun 6. doi: 10.1038/bmt.2016.158. [Epub ahead of print]

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

Sartelli M, Abu-Zidan FM, Catena F, Griffiths EA, Di Saverio S, Coimbra R, Ordoñez CA, Leppaniemi A, Fraga GP, Coccolini F, Agresta F, Abbas A, Abdel Kader S, Agboola J, Amhed A, Ajibade A, Akkucuk S, Alharthi B, Anyfantakis D, Augustin G*, et al. Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients with complicated intra-abdominal infections: a prospective multicentre study (WISS Study). *World J Emerg Surg.* 2015;10:61.

*Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

Godič-Torkar K, Bedenić B*, Plečko V*. Antimicrobial susceptibility and the in vitro postantibiotic effects of vancomycin and ciprofloxacin against *Bacillus cereus* isolates. *J Chemother* 2016; 28;(3):151-8.

*Department of Clinical and Molecular Microbiology, University Hospital Center Zagreb and School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Bedenić B*, Sardelić S, Luxner J, Bošnjak Z, Varda-Brkić D, Lukić-Grlić A, Mareković I, Frančula-Zaninović S, Krilanović M, Šijak D, Grisold A, Zarfel G. Molecular characterization of class B carbapenemases in advanced stage of dissemination and emergence of class D carbapenemases in Enterobacteriaceae from Croatia. *Infect Genetic Evol* 2016; 43:74-82.

*Department of Clinical and Molecular Microbiology, University Hospital Center Zagreb and School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Acetilsalicilna kiselina za liječenje venskih ulkusa na nogama

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

Sažetak

Dosadašnje spoznaje: Venski ulkusi najčešći su tip ulkusa na nozi. Nastaju zbog slabog protoka krvi kroz nožne vene (kronična venska insuficijencija), što dovodi do visokog krvnog tlaka u venama (venska hipertenzija) i uzrokuje različite promjene na koži noge. Nožni venski ulkusi (NVU) završna su faza tih promjena. Mogu se javiti spontano ili nakon manje traume, često su bolni i iz njih curi obilan eksudat. NVU velik su problem zato što su vrlo česti, dugo traju, a također imaju visoku sklonost ponavljanja. Njihova prevalencija procjenjuje se na 1,65 do 1,74% u zapadnom svijetu i češće se javlja u starijih od 65 godina.

Za NVU se propisuje kompresijska terapija. Međutim, utvrđeno je da kompresija ima samo umjerene učinke na ozdravljenje, pri čemu oko 50% NVU-a ostaje neizlječeno nakon dvije godine kompresije, vjerojatno zbog produljenog upalnog procesa. Bolje razumijevanje degenerativnih promjena na koži s NVU-om i kronični upalni proces uključen u to, navelo je znanstvenike na testiranje različitih lijekova koji bi mogli poboljšati liječenje. Acetilsalicilna kiselina (ASK) ima neke vrlo poznate osobine kao što su: ublažavanje boli (analgetsko djelovanje), smanjenje upale i vrućice te sprječavanje krvnih stanica od međusobnog nagomilavanja, što sprječava stvaranje krvnih ugrušaka. Ako se dokaže djelotvornom za NVU, niski bi troškovi značili da je ASK, uz dodatak kompresijske terapije, povoljno preventivno sredstvo.

Istraživačko pitanje: U ovom Cochrane sustavnom pregledu literature istraženo je koje su prednosti i mane acetilsalicilne kiseline uzete na usta na ozdravljenje i ponovno javljanje NVU-a. Pregled je objavljen u veljači 2016., a sadrži kliničke pokuse objavljene do 27. svibnja 2015.

Ključni rezultati: Pronađena su svega dva

randomizirana kontrolirana ispitivanja. Prvo istraživanje je imalo dvije skupine ispitanika, od kojih je jedna primala oralni ASK (300 mg dnevno) i kompresiju, a druga kompresiju i placebo. Drugo istraživanje imalo je također dvije skupine, od kojih je jedna primala oralni ASK (300 mg dnevno) i kompresiju, a druga samo kompresiju. Prva je studija provedena u Velikoj Britaniji i uključila je 20 ispitanika (10 u skupini koja je primala ASK i 10 u kontrolnoj skupini) te je pratila ispitanike tijekom 4 mjeseca. To je ispitivanje pokazalo da se ulcerozno područje smanjilo (do 6,5 cm² odnosno 39,4%) u skupini koja je uzimala ASK u usporedbi s kontrolnom skupinom gdje nije došlo do smanjenja, a veći je dio ulkusa (38%) u ASK skupini potpuno izlječen u usporedbi s niti jednim izlječenjem u kontrolnoj skupini. Ponovno javljanje NVU-a nije istraživano u toj studiji.

Druga je studija provedena u Španjolskoj; uključila je 51 sudionika (23 u ASK skupini i 28 u kontrolnoj) te pratila ispitanike dok nije došlo do izlječenja ulceracija. Studija je pokazala da je prosječno vrijeme do ozdravljenja bilo 12 tjedana u ASK skupini i 22 u kontrolnoj. Nije uočena stvarna razlika između udjela osoba s izlječenim ulkusima (17 (74%) od 23 osobe u ASK skupini i 21 (75%) od 28 osoba u kontrolnoj skupini). Prosječno je vrijeme do ponovnog javljanja bilo duže u ASK skupini (39 dana) u usporedbi s osobama u skupini koja je imala kompresijsku terapiju (16,3 dana). Nuspojave nisu prikazane ni u jednom istraživanju.

Zaključak: Te dvije studije smatraju se pre-malenima i niske kvaliteti za donošenje konačnog zaključka o prednostima i nedostacima oralnog ASK-a za izlječenje i ponavljanje NVU-a. Britanska studija pruža samo ograničene podatke o potencijalnim prednostima dnevne terapije oralnim ASK-om uz kompresiju zbog uzorka od samo 20 sudionika i kratkog vremena praćenja. Španjolska studija pruža ograničene podatke

dobivene na 51 sudionika gdje su uspoređeni ASK i kompresija s kontrolnom skupinom. Činjenica da nisu prikazane nikakve informacije o placebo u kontrolnoj skupini znači da procijenjeni učinak nije siguran. Potrebno je provesti nova, visokokvalitetna istraživanja o djelovanju ASK-a na NVU.

Uvod

NVU nastaje kao posljedica kronične venske insuficijencije, koja predstavlja funkcionalni poremećaj nožnog venskog sustava. Taj se sastoji od površinskih, dubokih i perforirajućih vena koje spajaju površinske i duboke vene. Ostećenje bilo koje od tih vena uzrokuje poremećaj vraćanja venske krvi, što povećava venski tlak i još se naziva venska hipertenzija. Kronična venska hipertenzija uzrokuje upalni odgovor posredovan leukocitima, što dalje uzrokuje staničnu i tkivnu disfunkciju te, na koncu, varikozne vene i promjene na koži, koje se zovu lipodermatoskleroza, a obilježene su edemima, hiperpigmentacijom, induracijom i ekcemom. Ulceracija je konačan stadij tih promjena.

NVU je klinički obilježen erozijom kože, obično na potkoljenici. Ulkusi se mogu razlikovati u veličini i broju. Obično imaju plitku bazu, ravne rubove i okruženi su kožom koja pokazuje znakove kronične venske hipertenzije. U 75% oboljelih javlja se bol, a ponekad ulkusi izazivaju neugodan miris koji može dovesti do socijalne izolacije i depresije.

Takvi su ulkusi skloni kronicitetu i ponavljanju; procjena je da se 30% zaraslih ulkusa ponovno javlja u prve godine, a 78% kroz dvije godine. Oko 80% pacijenata koji pate od ulkusa potkoljenice javlja se liječniku zbog venskog ulkusa, a 20% zbog ulkusa koji nastaju zbog arterijske insuficijencije, neuropatije, traume, upalnih ili metaboličkih stanja, maligniteta ili infekcija.

Dijagnoza se temelji na kliničkoj procjeni i prisutnosti simptoma koji odgovaraju venskoj hipertenziji. U nekolicini slučajeva dijagnozu mogu upotpuniti neinvazivne metode kao što je ultrazvuk.

NVU značajan je zdravstveni problem jer se često javlja i povezan je s visokim troškovima skrbi. Većinom pogadaju osobe u dobi između 60 i 80 godina, a žene su pogodjene triput češće nego muškarci. Učestalost se povećava sa starenjem populacije. Procjene pojavnosti variraju među različitim zemljama. Primjerice, u Europi, uključujući zemlje kao što su Danska, Česka i Švicarska, stopa učestalosti prikazuje se između 1 i 5,5% u žena te 0,9 do 1,9% u muškaraca. U SAD-u opisana je kao 0,2% u žena i 0,1% u muškaraca, a u Brazilu otrprilike 1,5% za otvoreni ili zacijeljen NVU.

Cijena liječenja NVU-a procjenjuje se na milijardu US\$ u SAD-u godišnje, a prosječna cijena liječenja jednog pacijenta tijekom njegova života premašuje 40.000 US\$.

Opis intervencije

Ciljevi liječenja osoba koje pate od NVU-a uključuju ublažavanje edema, ublažavanje boli i lipodermatoskleroze, cijeljenje ulkusa i prevencija njegovog ponovnog javljanja. Postoje različite vrste liječenja, koje se ponekad kombiniraju. Najčešće se primjenjuje kompresijska terapija koja uključuje korištenje čvrstih elastičnih zavoja ili čarapa čija je svrha poticanje kretanja krvi u venama. I dok kompresijska terapija može pomoći u izlječenju oko 50% NVU-a, također se može koristiti odmaranje s podizanjem pogodjene noge, kirurgija vena i oralni lijekovi kao što su pentoksifilin čiji je cilj poboljšati tijek krvi i smanjiti zgrušavanje. Liječenje koje može potisnuti upalu također bi bilo korisno. Oralni ASK lijek je koji se često koristi i može biti koristan, ali do danas nije proveden sveobuhvatan pregled literature o djelovanju ASK-a na NVU.

Kako bi intervencija mogla djelovati

Klasični znakovi upale uočeni su u tkivu nakon biopsije i u uzorku plazme eksperimentalnih modela venske bolesti. Kaskada počinje povećanom vaskularnom propusnošću (povećano curenje plazme i stanica kroz stjenke vena), zatim slijedi adhezija leukocita i trombocita za endotel. Tijekom

vremena bolest napreduje u vaskularno restrukturiranje pa nastaju venski varikoziteti. Za razliku od akutnog cijeljenja rane, kronični NVU ima produljen upalni stadij s oblikovanjem granulacijskog tkiva (novostvoreno tkivo koje služi popravku oštećenih područja).

ASK je Dreser uveo kao lijek 1899. Ima analgetika, protuupalna i antipiretska svojstva. Inhibira agregaciju trombocita i djeluje kao inhibitor ciklooksigenaze, što dovodi do inhibicije biosinteze prostaglandina. Prostaglandini se izlučuju tijekom upalne faze i smatra se da povećavaju vaskularnu propusnost, što uzrokuje venski edem i propusnost kapilara. ASK stimulira biosintezu drugih protuupalnih komponenti inhibiranjem puta ciklooksigenaze. Točan mehanizam na koji bi ASK djelovao na cijeljenje NVU-a nije jasan, iako je predloženo da bi mogao djelovati kroz inhibiciju aktivacije trombocita, smanjenje upale i ublažavanje boli. Međutim, ASK ima i neželjene učinke, najčešće ulkus želuca i druge probavne učinke, kao i hepatotoksičnost, egzacerbaciju astme, kožni osip i renalnu toksičnost.

Zašto je važan ovaj Cochrane sustavni pregled

NVU i dalje je složen klinički problem koji zahtijeva intervenciju educiranog, ali skupog multidisciplinarnog tima za liječenje rane. Ti se ulkusi često ponovno javljaju nakon što zacijele. ASK je jeftin i dostupan lijek koji se trenutno koristi u nizu drugih kliničkih situacija. Oralni ASK je potencijalno jedan od djelotvornih preventivnih lijekova za venske ulkuse na nozi. S obzirom na to da se očekuje povećanje broja bolesnika s NVU-om u nadolazećim godinama zbog starenja stanovništva, razvoj novih i sigurnih načina liječenja tog stanja važan je prioritet za zdravstvo.

Ključni rezultati

U ovom Cochrane sustavnom pregledu pretražen je niz medicinskih baza podataka kako bi se pronašli klinički pokusi o djelovanju ASK na NVU. Pretraživanjem literature nije nađen niti jedan raniji sustavni pregled na ovu temu i nađena su svega dva klinička pokusa. Jedan od njih objavljen je u **del Rio Sola** i suradnici 2012. i uključili samo 51 ispitanika, a drugi **Layton** i suradnici 1994. sa svega 20 ispitanika. Obje

studije ispitale su istu intervenciju (oralni ASK, 300 mg/dan) i cilj im je bio procijeniti učinak ASK-a na cijeljenje NVU-a. Međutim, te su studije imale drugačije ishode. Laytonova studija ispitala je prosječno smanjenje površine ulkusa u drugom i četvrtom mjesecu, dok je studija del Rio Sole usporedila prosječno vrijeme za potpuno cijeljenje ulkusa. Zaključci obje studije idu u prilog skupini koja je uzimala ASK; Laytonova je pokazala značajno smanjenje površine ulkusa nakon 4 mjeseca terapije, a del Rio Sole značajno skraćenje vremena koje je potrebno za potpuno cijeljenje ulkusa. Međutim, te studije uključile su vrlo malo ispitanika, ukupno 71 u obje studije, i razlike u ishodima onemogućuju zbirnu statističku analizu (meta-analizu) njihovih rezultata. Nadalje, autori Cochrane sustavnog pregleda ocijenili su dokaze niskom kvalitetom zbog moguće pristranosti u izboru ispitanika i nepreciznosti rezultata pa zato ne možemo biti sigurni u procjene učinka.

Zaključak za praksu

Postojeći dokazi o djelovanju ASK-a na cijeljenje NVU-a skromni su, imaju rizik od pristranosti i ne opisuju brojne važne neželjene učinke kao što je krvarenje. Stoga bi bilo mudro ograničiti ulogu ASK-a u pacijenta s NVU-om dok ne budu dostupni dokazi o nedvojbenom postojanju korisnog učinka i nepostojanju štetnih učinaka.

Zaključak za buduća istraživanja

Iako je uloga upale u razvoju NVU-a uvjerenljivo dokazana, ovaj Cochrane sustavni pregled pokazuje da postoji vrlo malo kliničkih pokusa o djelotvornosti i sigurnosti ASK-a za to stanje. Zbog toga ne postoji dovoljno visoko-kvalitetnih dokaza da bi se donijeli konačni zaključci. Potrebna su nova visoko-kvalitetna istraživanja koja će istražiti korisnu ulogu ASK-a kao dodatnog liječenja uz kompresijsku terapiju.

Cochrane sustavni pregled

de Oliveira Carvalho PE, Magolbo NG, De Aquino RF, Weller CD. Oral aspirin for treating venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2016;2:CD009432.



ALEKSANDRA KOLARIĆ

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

Politička ponuda na prijevremenim izborima 2016. godine, kao i vrlo često uostalom, puno više neizvjesnosti i glasačkih dvojbi stavlja pred glasače ljevice i lijevog centra, nego pred glasače desnog centra i desnice.

Bivši i sadašnji glasači HDZ-a i oni još desnije od te stranke imaju, ako zanemarimo regionalce HDSSB-a, samo dva odabira. Ili HDZ, revitaliziran pod novim predsjednikom Andrejem Plenkovićem, ili Most, koji se, s vremenom, sve više profilira kao stranka desnog centra (sasvim je očito da stranke ekstremne desnice nemaju nikakvu šansu da uđu u Sabor). S obzirom na snagu HDZ-a i Mosta, svaki od ova dva moguća glasačka odabira nosi glasačima desno od centra vrlo malu razinu neizvjesnosti. Most prelazi prag u svim izbornim jedinicama i glasače ne treba zabrinjavati da će glas poklonjen toj trećoj opciji biti izgubljen. Njegovi glasači ovu stranku vide kao jasan korektiv obiju velikih stranaka, što im je glavni motiv za glasanje.

HDZ se pak vrlo brzo oporavio od debakla s Karamarkovim rušenjem vlastitog premijera i Vlade te radikalnim retrogradnim desničar-

Festival de

Pred glasačima ljevice su četiri moguća odabira: glasati za povratak na staro i SDP, ostati kod kuće, baciti glas glasajući za neku manju ljevu opciju (npr. „Nema prodaje“) ili riskirati s glasanjem za „Pametno“, koje ima neke teoretske šanse za ulazak u Sabor

renjem u svim sferama društva. Novi vođa, izabran na brzaku, bez protukandidata, dobio je novi stil, pomak stranke prema centru, nove teme, novu retoriku i nove ljude na listama. Glasači su to odmah honorirali i rejting HDZ-a se već početkom kolovoza oporavio na 26%. Za manje od dva mjeseca, sasvim solidan rezultat. Glasači desnog centra i desnice imaju čvrst motiv da izađu na ove izbore. HDZ je doživio veliku kadrovsku promjenu, tu je novi obećavajući predsjednik stranke bez repova pa članstvo i birači imaju snažnu volju (i, jasno, osobni interes!) za pobedu i povratak na vlast. Očekivanja su velika, a desnica nikada nije sklona sumnjanju već uobičajeno bespogovorno vjeruje vođi. Desni redovi će se 11. rujna konsolidirati.

Što se tiče ljevice i lijevog centra, dileme su puno dublje. Nikakve sumnje u vlastiti izborni odabir nema samo čvrsta jezgra SDP-ovih glasača, dijelom interesno vezana uz stranku, koja bi za SDP glasala i da im je na listi glavom i bradom Zlatko Hasanbegović. Radi se o identičnoj autoritarnoj strukturi ličnosti takvih glasača, kao i kod HDZ-a, koji bespogovorno slušaju vođu i trenutno vodstvo stranke.

Međutim sve ostale glasače ljevice i lijevog centra izbori dovode u dvojbu. Ovaj razočarani dio glasačkog tijela vidi da ako daju glas Zoranu Milanoviću i Narodnoj koaliciji, mogu očekivati „povratak na staro“ i nastavak iste politike. Politike nesposobnosti i neodgovornosti zbog koje je SDP 2015. i izgubio vlast, politike kojom su upravo ti glasači duboko razočarani. Ovim glasačima je kristalno jasno da povratak Milanovića i njegovih dečka na vlast znači ubijanje svake šanse za bilo kakvu promjenu, kao i nastavak agonije socijaldemokracije. Na prošlim izborima dio njih je, zbog snažnog straha od Karamarkovog desničarskog divljanja, začepio nos i logikom „manje zlo“ zaokružio SDP i „Hrvatska raste“.

Danas je situacija sasvim drugačija. Ekstremna desnica poput HSP AS neće niti ući u Sabor, a kamoli sudjelovati u vlasti. Karanmarko je potonuo u anonimnost, a strah kao motivacijski faktor okopnio je kao lanjski snijeg dolaskom uljuđenog i desno-centristički usmjerjenog Plenkovića na čelo HDZ-a. Od tuda i dilema pred kojom se nalaze razočarani glasači lijevo od centra: treba li i na koji način kazniti SDP za nesposobnost i neodgovornost te za vrijednosnu izgubljenost. Pred njima su četiri moguća odabira: glasati za povratak na staro i SDP, ostati kod kuće, baciti glas glasajući za neku manju ljevu opciju (npr. „Nema prodaje“) ili riskirati s glasanjem za „Pametno“, koje ima neke teoretske šanse za ulazak u Sabor. Stvarnost je upravo obrnuta od propagandne neodržive konstrukcije SDP-a, koji podcjenjuje te glasače tvrdeći da nemaju drugog izbora i da moraju glasati za njih. Straha više nema, duboko razočaranje još uvijek je tu i postoje dosta široka sloboda i mogućnost odabira za koga glasati i kakvu poruku time poslati. Bit će iznimno zanimljivo promatrati koje će rješenje taj dio glasačkog tijela izabrati 11. rujna.

Demokracije

ONa izborima u studenom 2015. SDP je izgubio vlast, a HDZ je nije dobio. Tadašnju izbornu noć proveo sam kao jedan od komentatora u improviziranom studiju HRT-a, smrzavajući se pod nadstrešnicom na Markovom trgu, jer je neki genijalac zaključio kako je jako atraktivno da se u studenom dva voditelja i četvero komentatora javljaju uživo s trga na kojem se, naravno, nedjeljom u ponoć nitko ne kreće i ništa ne događa. Nisam prorok, ali danas s gorkim zadovoljstvom mogu utvrditi da sam vjerojatno prvi u hrvatskom eteru, čim su izašli prvi izborni rezultati iz kojih se vidjelo da su dva velika bloka gotovo izjednačena, a da je Most dobio neslućeno puno, izvalio: „meni ovo miriše na nove izbore“. Ispalo je da sam intuitivno, bez puno razmišljanja i kombiniranja bio u pravu.

Naknadno racionalizirajući, čini mi se da je ključna stvar za donošenje takvog zaključka bilo ponašanje čelnika Mosta. Ako je jedna opcija najveće iznenadenje i najveći dobitnik izbora, pri javljanju iz njenog stožera očekivali bismo pjesmu, veselje, klicanje. Međutim, kad se uključila kamera iz stožera Mosta video sam blijeda, preplašena lica koja kao da su govorila: jadni mi, što ćemo sad? Jedna stvar je nadati se dobiti nekoliko saborskih mandata i iz ugodne oporbene pozicije bez puno odgovornosti moralizirati i nastojati pokazati drugačiji, bolji model politike. Sasvim je drugačija situacija kad vam neočekivano ključevi vlasti padnu u ruke, a s njima i golema odgovornost. Mostovci su djelovali kao prilično pošteni i absolutno nespremni. Stoga su se u sljedećim mjesecima iscrpljujućih pregovora, u kojima su dosta i blefirali, prestrojavali i učili u hodu. Neki suputnici koje su pred izbore na brzinu skupili još su im brže otpali, no na koncu su Mostovci pokazali dosljednost i izazvali nove izbore. I sad idemo ispočetka, ali u ponešto izmijenjenim uvjetima. HDZ se u međuvremenu munjevitom brzinom s Karamarka prešaltao na Plenkovića, što im je dobitak, no otpao

Predviđam prilično tjesan rezultat sraza dvojice glavnih igrača, uz vjerojatniju blagu prednost SDP-ove koalicije pojačane IDS-om. Most će dobiti nešto manje zastupnika nego prošli put, ali (čini se) sasvim dovoljno da odlučuje o tome tko će formirati novu vladu

im je koalicijski partner HSS, kojeg je na svoju stranu privukao Milanović u okviru nove strategije Narodne koalicije. No čini se da novi predsjednik HSS-a Beljak nije shvatio da SDP-u trebaju takvi kavi jesu, za širenje prema centru, već je počeo ljevičariti više od SDP-a, dok se u finišu kampanje vođa lijeve koalicije Milanović, barem retorički, pozicionira znatno desnije od Plenkovića. Osim te nove akvizicije i odbacivanja nepotrebnih Laburista, SDP nudi više-manje sve isto kao i lani. HDZ je povukao dobar potez odlukom da ne sklapa koaliciju na nacionalnoj razini, ali teško da je s Jandrovčićem i sličnim uvjerio birače da se radi o novoj, drugačijoj ekipi. Umjesto tvrde retorike i mutnih tipova s prošlih, sada nudi miku priču i svilene, europske dečke, no čini se da će dobiti gotovo iste glasove.

Most je propustio priliku da se nakon pročišćenja dodatno politički definira i ojača novim kadrovima. Dio najmobilnijih prosvjednih glasova koje su dobili lani odlepršat će dalje, tražeći nove iluzije, ali sve u svemu izgleda da će ključevi vlasti opet biti u njihovim rukama.

Predviđam prilično tjesan rezultat sraza dvojice glavnih igrača, uz vjerojatniju blagu prednost SDP-ove koalicije pojačane IDS-



Dr. sc. NINO RASPUDIĆ

Docent na Filozofskom fakultetu u Zagrebu.
Filozof, književnik,
politički analitičar te
dugogodišnji kolumnist
Večernjeg lista

om. Most će dobiti nešto manje zastupnika nego prošli put, ali čini se sasvim dovoljno da odlučuje o tome tko će formirati novu vladu. U niskom startu za trgovinu bit će osam manjinaca i nekoliko „ostalih“ zastupnika Živog zida, HDSSB-a i Bandića.

Ako se ovo predviđanje pokaže točnim, ostaje šest mogućnosti. Prva je propast pregovora i novi izbori. Tu je najveći gubitnik Most, jer će im birači teško oprostiti izazivanje dvaju prije-vremenih izbora u godinu dana. Druga je velika koalicija, što Most priželjuje, jer onda de facto ostaje jedina ozbiljna oporba što bi značilo da će se na sljedećim izborima boriti za vlast. Treća je vlast HDZ-a i Mosta uz manjince, četvrta je varijanta SDP-Most-manjinci, a peta i šesta mogućnost su SDP plus svi ostali bez HDZ-a i Mosta, te HDZ sa svim ostalim bez SDP-a i Mosta, što bi značilo krajnje krhke vlade nategnute najgorom političkom trgovinom.

Ako rezultati budu u skladu s većinom trenutnih predviđanja, najvjerojatniji rasplet su novi izbori, pa vlast HDZ-Most, zatim velika koalicija, pa SDP-Most, a zadnje dvije opcije sada se čine jednakom nemogućim koliko i nepoželjnim.

Sindrom Prader Willi

Doc. dr. GORDANA STIPANČIĆ, pedijatar endokrinolog i dijabetolog,
Klinika za pedijatriju, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, gordana.stipancic@zg.t-com.hr



Hrvatski savez za rijetke bolesti

Kontakti

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

Besplatan broj Linije pomoći za rijetke bolesti:
0800 99 66; Telefon: 01/2441-393;

Faks: 01/5534-905;

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

web: www.rijetke-bolesti.hr

U Europi se incidencija bolesti procjenjuje na oko 1:30 000 živorođene djece, a prevalencija u općoj populaciji iznosi oko 1:50 000. Širom svijeta danas je 350 – 400 tisuća oboljelih. Za očekivati je porast incidencije budući da je uniparentalna disomija češća u starijih majki

Uvod

Prader-Willijev sindrom (PWS, OMIM 176279) prvi su opisali 1956. godine Andrea Prader (1919. – 2001.) i Heinrich Willi (1900. - 1971.) iz Švicarske. To je rijedak i složen genetski poremećaj koji zahvaća više organskih sustava. Klinički je obilježen sniženim tonusom mišića već od novorođenačke dobi, što remeti sisanje pa time i hranjenje i napredovanje. Ubrzo se razvija neumjeren unos hrane koji dovodi do morbidne debljine. Djeca zaostaju u rastu i ostaju niska, izostaje spolni razvoj a prisutno je i zaostajanje u psihomotoričkom razvoju.

PWS je posljedica izostanka ekspresije očevog alela u regiji 15q11-q13. Test metilacije DNA utvrdit će prisutnost samo od majke naslijedene kritične regije, dok će ona očeva nedostajati i na taj način će potvrditi dijagnozu u preko 99% bolesnika. Daljnje testiranje odredit će pripadnost jednoj od genetskih podskupina. U oko 65-75% bolesnika to je delecija očevog kromosoma u regiji 15q11-q13; 20-30% bolesnika imat će uniparentalnu disomiju kromosoma 15 majčinog portrjekla a defekt u regiji koja kontrolira proces upisa gena odgovoran je za bolest u oko 1-3% bolesnika. Poremećaj upisa je rijedak, ali ako je uzrokovani mikrodelecijom u centru upisa naslijeduje se s učestalošću od 50% dok je vjerojatnost ponavljanja drugih oblika PWS-a manja od 1%.

Epidemiološki podaci

U Europi se incidencija bolesti procjenjuje na oko 1:30 000 živorođene djece, a prevalencija u općoj populaciji iznosi oko 1:50 000. Širom svijeta danas je 350 – 400 tisuća oboljelih. Za očekivati je porast incidencije budući da je uniparentalna disomija češća u starijih majki. Prema britanskim autorima stopa smrtnosti oboljelih u dobi od 6-56 godina iznosi 3% godišnje, za razliku od 0,14% u općoj populaciji.

Klinička slika i lijeчењe

Osnovna klinička obilježja uključuju snižen tonus mišića koji započinje već intrauterino dovođeći do smanjene pokretljivosti ploda. U novo-

rođenačkoj i dojenačkoj dobi hipotonija remeti hranjenje i napredovanje. Međutim, ubrzo poteškoće hranjenja prestaju a razvija se neu-mjeren unos hrane koji nekontroliran dovodi do morbidne debljine. Unatoč debljini djeca zaostaju u rastu i ostaju niska, izostaje spolni razvoj, a prisutno je i zaostajanje u psihomotoričkom razvoju. Većina bolesnika s PWS-om mentalno zaostaju s prosječnim kvocijentom inteligencije (IQ) od 61, u rasponu od 40-103.

Karakterističnog su dizmorfni fenotipa, s uskim bitemporalnim promjerom glave, skraćenih očnih rasporedaka i tanke gornje usne. Dominiraju male šake i stopala s kratkim palčevima. Svetlijka kosa, oči i koža za razliku od drugih članova obitelji češći su u bolesnika s delecijskim oblikom PWS-a.

U djece s PWS-om prelazak iz nenapredovanja u hiperfagiju postupan je i odvija se u nekoliko definiranih faza u kojima povećanje tjelesne težine započinje i prije neumjerenog unosa hrane, obično između 2. i 4. godine. Hiperfagija i daljnji porast težine razvijaju se između 4,5 - 8 godina i nastavljaju u odraslu dob, uzrokujući morbidnu debljinu. U odrasloj dobi, oko 30. godine života, započinje bolja kontrola unosa hrane. Takav slijed događaja prisutan je u sve djece s PWS-om, samo što u nekih razdoblje hiperfagije započinje kasnije. Stoga je nužno od trenutka potvrde dijagnoze PWS-a, a to je danas moguće u ranoj dojenačkoj dobi u okviru obrade hipotonije ili drugih naznaka, ne čekajući razvoj tipične kliničke slike, započeti s ograničnjima u prehrani. Ona se odnose na količinu ali i odabir manje kaloričnih namirnica, dok one visoko kalorične, poput slatkiša, sokova i pekarskih proizvoda, ne smiju niti ući u prehrambene navike oboljele djece. Preporuka je da bjelančevine čine 25%, ugljikohidrati 45% a masnoće 30% ukupnog dnevнog kalorijskog unosa. Kontrola prehrane nerijetko zahtijeva i zaključavanje hrane ili drugi oblik fizičke barijere.

Poremećaj regulacije apetita u PWS-u uključuje nemogućnost prestanka jedenja, brz ponovan unos hrane nakon prethodnog obroka kao i jedenje neprehrambenih tvari. Oni nisu posljedica pojačanog osjećaja gladi već izostanka osjećaja sitosti zbog hipotalamičkog poremećaja i pojačanog podražaja ventromedijalne prefrontalne kortikalne regije kao odgovor na hranu. što je dokazano studijama funkcionalne magnetne rezonance (fMR). Hipotonijom uzrokovana slaba fizička aktivnost te smanjena količina mišićnog tkiva dovode do smanjene ukupne i bazalne potrošnja energije, što pridonosi porastu težine. Poremećaj u kompoziciji tijela očituje se rano. Već u dojenočkoj dobi, bez obzira na indeks tjelesne mase, djeca s PWS-om osim smanjenje količine mišićnog imaju i povećanu količinu masnog tkiva.

Zaostanje u rastu

Unatoč prekomjernoj težini, koja u zdrave djece tijekom faze rasta uzrokuje visinu iznad genetskog potencijala, djeca s PWS-om zaostaju u rastu i u konačnici su niska. Prosjечna završna visina ispod je srednje visine roditelja i u muškaraca ona iznosi 155 cm a u žena 148 cm. Nizak rast, kompozicija tijela s dominacijom masnog tkiva, niska razina inzulinu sličnog faktora rasta (IGF I) i slab odgovor hormona rasta (HR) u farmakološkim testovima provokacije, unatoč debljini jasno upućuju na deficit HR-a. Osim deficit-a HR-a, niskom rastu pridonosi i izostanak pubertetskog zamaha rasta zbog hipogonadizma.

Kasnih devedesetih godina prošlog stoljeća su randomizirane, kontrolirane studije potvrdile pozitivan učinak terapije rekombinantnim humanim hormonom rasta (rhHR) u osoba s PWS-om. rhHR ubrzava rast, povećava mišićnu masu i snagu, smanjuje količinu masnog tkiva, poboljšava fizičku aktivnost i uzrokuje pozitivne promjene u ponašanju te poboljšava respiratornu funkciju. Od 2000. godine u Americi je odobrena primjene rhHR u djece s PWS-om koja su niskog rasta, a u Europi je 2002. godine odobrena primjena neovisno o tjelesnoj visini, sa svrhom poboljšanja kompozicije tijela. Na taj je način terapija rhHR-om postala gotovo pravilo u zbrinjavanju djece s PWS-om u razvijenim zemljama. Preporuka je započeti s primjenom rhHR-a što ranije, u prvim godinama života. U nekim centrima liječenje rhHR-om započinje u ranoj dojenočkoj dobi, između 2. i 4. mjeseca, ali nema usuglašenog stava pedijatrijskih ili endokrinoloških dru-



Slika 1 i 2. Izgled dječaka s PWS-om na početku te 2,5 godine nakon uvođenja terapije rhHR-om (slike objavljene uz odobrenje roditelja)

štava o tome kada započeti liječenje. Doza rhHR-a istovjetna je dozi u djece s deficitom HR-a. (Slike 1 i 2)

U osoba s PWS-om se zbog hipotalamičke disfunkcije razvija i centralna insuficijencija nadbubrežne žlijezde, za sada neutvrđene učestalosti. Prema većini autora, potrebno je obiteljima izdati naputak o primjeni stresne doze hidrokortizona u stanjima akutne bolesti, a ista zaštita potrebna je i tijekom operacijskog liječenja.

Centralna hipotireoza zabilježena je u oko 25% djece s PWS-om te je potrebna nadoknada L-tiroksinom.

Kako se radi o složenoj bolesti, koja je primarno obilježena nizom smetnji uključujući i poremećaje disanja u spavanju, poremećaje u metabolizmu ugljikohidrata i šećernu bolest tipa 2, skoliozu, centralnu insuficijenciju nadbubrežne žlijezde, hipotireozu, potrebna je prije uvođenja terapije rhHR-om i tijekom njezinog provođenja procjena i kontrola većeg broja parametara kako bi se izbjegle komplikacije.

Hipotalamička disfunkcija gotovo redovito uzrokuje i hipogonadizam, zbog čega izostaje pubertetski razvoj ili on nije potpun, uz neplodnost. Jednostrani ili obostrani kriptorhizam prisutan je u 80-

90% dječaka, a kirurško liječenje potrebno je provesti u prvoj ili drugoj godini života. U dogovoru s obitelji potrebno je nadoknadnom terapijom inducirati ili poticati daljnji razvoj puberteta, što osigurava razvoj sekundarnih spolnih oznaka, povećava mišićnu masu i mineralizaciju kosti te poboljšava ukupan osjećaj zdravlja.

Visok prag boli

Hipotalamička disfunkcija uzrokuje ne samo deficit hormona hipofize, a time i perifernih žlijezda, već je uzrokom i drugih obilježja sindroma, kao što su nestabilna temperatura, visok prag za bol i nemogućnost povraćanja. Osobine su to koje otežavaju dijagnozu akutnih bolesti. Poseban je oprez potreban kod prejedanja, koje može uzrokovati gušenje ali i dilataciju želuca s nekrozom i perforacijom.

Zaključak. Očekivano trajanje života osoba s PWS-om donedavno je bilo značajno skraćeno, s vrlo čestim smrtnim ishodom krajem drugog desetljeća života, prvenstveno zbog komplikacija uzrokovanih debljinom. Znatno ranije otkrivanje bolesti provođenjem genetske analize omogućilo je pravovremene izmjene u načinu prehrane te je, uz terapiju hormonom rasta i drugu potrebnu hormonalnu nadoknadu, većini bolesnika produžilo životni vijek i poboljšalo kvalitetu života.



Pedijatrijska palijativna skrb u Hrvatskoj

Prim. dr. sc. DIANA BUTKOVIĆ, dr. med.
e-mail diana.butkovic1@gmail.com
Zavod za dječju anestezioligu, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Doc.dr.sc. JASMINKA STEPAN GILJEVIĆ, prim.dr.med., Zavod za dječju hematologiju i onkologiju
Klinika za dječje bolesti Zagreb i Sekcija za pedijatrijsku palijativnu skrb Hrvatskog društva za palijativnu medicinu HLZ-a

Cilj je pedijatrijske palijativne skrbi (PPS) postizanje najbolje moguće kvalitete života djeteta i njegove obitelji, uključujući sve aspekte – fizičke, psihološke, socijalne, emocionalne i duhovne, kao primjer medicine usmjerene čovjeku - "Patient and family centered medicine", jer uz bolesno dijete treba obuhvatiti skrb za cijelu obitelj.

Prema definiciji SZO-a palijativna skrb je aktivna potpuna briga za bolesnike čija bolest više ne reagira na postupak liječenja, usmjereni na održavanje kvalitete bolesnikova života (SZO, 2002.). Cilj je pedijatrijske palijativne skrbi (PPS) postizanje najbolje moguće kvalitete života djeteta i njegove obitelji, uključujući sve aspekte – fizičke, psihološke, socijalne, emocionalne i duhovne, kao primjer medicine usmjerene čovjeku - "Patient and family centered medicine", jer uz bolesno dijete treba obuhvatiti skrb za cijelu obitelj. Specifičnost je PPS-a, za razliku od skrbi za odrasle, njen raniji početak, pri postavljanju dijagnoze, kod nekih bolesti već u novorodenočkoj dobi. PPS počinje postavljanjem dijagnoze bolesti koja ograničava ili ugrožava život djeteta. Definicije – „bolest koja ograničava život“ je ona gdje se očekuje prerana smrt (npr. mišićna distrofija), dok „bolest koja ugrožava život“ je ona gdje postoji vjerojatnost ranije smrti, ali i mogućnost preživljivanja do odrasle dobi (npr. maligne bolesti).

Broj djece koja umiru je mali prema broju umrlih odraslih, njihove su bolesti rijetke, ograničene na dječju dob, često su nasljedne, a postavljanje dijagnoze zahtijeva opsežnu i skupu obradu. PPS je dugotrajna, traje nekad od rođenja i nepredvidiva - djeca mogu doživjeti nekoliko naizgled terminalnih faza.

PPS se provodi paralelno s kurativnom medicinom, od samog postavljanja dijagnoze. Pristup treba biti sveobuhvatan, holistički, i multidisciplinarni, jer osim liječnika i medicinskih sestara uključuje psihologe, socijalne radnike, fizioterapeute, radne i art- terapeute, duhovnike i volontere, koji trebaju biti dodatno educirani za rad s najteže bolesnom djecom i njihovim obiteljima.

Principi PPS-a trebaju se provoditi svugdje gdje je to potrebno: u tercijarnim ustanovama, u općim bolnicama, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i u domu bolesnog djeteta.

Potrebe za PPS-om u Hrvatskoj iznose, prema Zavodu za javno zdravstvo RH i Nacionalnom registru umrlih od malignih bolesti, oko 150 umrli djece na 1,000.000. Incidencija smrti djece do 19 godina u Hrvatskoj je 20 na 100.000,

a tu se ubrajaju i zadesne smrti, prometne nesreće i traume, s najvišom incidencijom u adolescentskoj dobi. U dobi do pet godina češći uzroci smrti su kongenitalne malformacije, neurološka oštećenja i maligne bolesti.

Razvoj pedijatrijske palijativne skrbi u Hrvatskoj

Na IV simpoziju „Hospicij i palijativna skrb“ 2001. godine održana je samostalna sjednica „Djeca i smrt“. Iste je godine preveden priručnik SZO-a u izdanju Hrvatskog društva za hospicij/Palijativnu skrb HLZ-a (HDPM) „Olakšavanje boli izazvane rakom i palijativna skrb kod djece“.

Prof. Anica Jušić, osnivač hospicijskog pokreta u Hrvatskoj, i HDPM organiziraju 2003. 1. Simpozij o palijativnoj skrbi djece. Sudjelovala su 22 predavača iz Hrvatske, uz strane predavače, a obuhvaćene su mnoge nove i važne teme te vodene opsežne rasprave. Prisustvovalo je 30 pedijatara, 40 liječnika drugih specijalizacija, medicinske sestre i dobrovoljci nezdravstvenih struka, čime je stvorena baza zainteresiranih za razvoj PPS-a. Godina 2005. bila je posvećena Liječenju boli u djece te je održan prvi tečaj u Klinici za dječje bolesti Zagreb.

Od 2006. godine održavaju se u Klinici za dječje bolesti Zagreb redovno jednom godišnje poslijediplomski tečajevi stalnog medicinskog usavršavanja 1. kategorije MEF-a u Zagrebu „Liječenje boli djece/palijativna skrb“ u kojima su, osim liječnika, educirani i mnogi stručnjaci drugih struka te je tako stvorena mreža educiranih stručnjaka za rad u PPS-u.

Od 2007. - 2009. godine trajao je TEMPUS projekt Europske Unije PPMP (Pain and palliative medicine project) u Klinici za dječje bolesti Zagreb kao nastavnoj jedinici MEF-a u Zagrebu, u suradnji sa sveučilištem u Firenzi (Italija), sveučilištem u Lyonu (Francuska) i sveučilištem u Beogradu. Strani i domaći predavači predavali su u 6 modula, a slušači su bili 40 liječnika raznih specijalizacija, od kojih je petnaest boravilo na praktičnom dijelu u Italiji i Francuskoj te su dobili EU Certifikat PPMP.

U siječnju 2009. osnovano je odlukom Stručnog vijeća Klinike za dječje bolesti Zagreb Povjerenstvo za PPS. U njegovu su sastavu bili liječnici (anesteziozni, pedijatri, kirurg) medicinske sestre, psiholog, fizioterapeut i teolog (prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima European Association of Palliative Care - EAPC), gdje je potrebno formirati jedan palijativni bolnički tim na 250 kreveta. Prema Bijeloj knjizi EAPC-a razine palijativne skrbi su:

1. Palijativni pristup - integracija palijativnih metoda i postupaka u okruženje koje nije specifično za palijativnu skrb
2. Opća palijativna skrb – liječnici specijalizirani za liječenju bolesnika s letalnim bolestima; palijativna skrb im nije glavni fokus rada, ali vladaju znanjem i vještinama
3. Specijalizirane palijativne skrbi
4. Centri izvrsnosti koji su baze istraživanja, edukacije i donose standarde

Osnivanjem tog Povjerenstva Klinika za dječje bolesti Zagreb prešla je od palijativnog pristupa na drugu razinu - razinu opće palijativne skrbi.

Godine 2010. osnovana je Sekcija za pedijatrijsku palijativnu skrb HDHP-a te je saставljen prijedlog strategije razvoja PPS-a u Hrvatskoj prema IMPaCCT standardima razvoja PPS-a u Europi (EAPC task force, 2007. objavljenima u European Journal of Palliative Care 2007;14(3):109-114.) Ovaj dokument daje definiciju PPS-a, preporuke za razvoj i standarde za implementaciju u europskim zemljama.

IMPaCCT minimum standarda PPS-a obuhvaća :

1. Poboljšanje kvalitete života djeteta i obitelji
2. Mogućnost suradnje obitelji s pedijatrijskim palijativnim programom, laka dostupnost i kontinuitet
3. Početak palijativne skrbi kod postavljanja dijagnoze
4. Provodenje postupaka palijativne skrbi paralelno s aktivnim liječenjem
5. Mjesto pružanja palijativne skrbi tamo gdje to dijete i obitelj žele – kod kuće, u dnevnoj bolnici, općoj bolnici, hospiciju
6. Mogućnost kruženja između raznih oblika skrbi bez prekida PPS-a

7. Zadovoljenje fizičkih, psiholoških, socijalnih, emocionalnih i duhovnih potreba djeteta i obitelji

8. Formiranje minimalnog tima koji obuhvaća liječnika, medicinsku stru, psihologa, socijalnog radnika, duhovnika

9. Dostupnost stručne PPS-a 24 dnevno, 365 dana godišnje

Organizacijski modeli PPS-a prema IMPaCCT-standardima za pedijatrijsku palijativnu skrb u Europi su:

1. PPS kod kuće s mobilnim jedinicama kućnih posjeta

Većina bolesne djece želi ostati kod kuće, u poznatom okruženju, okružena obitelji i prijateljima. Kućne posjete trebaju biti organizirane pomoći mobilnih jedinica koje polaze iz primarne zdravstvene zaštite u sastavu liječnik, medicinska sestra, i fizioterapeut s edukacijom iz PPS-a. Potrebna je dobra komunikacija između obiteljskog liječnika, mobilnog tima i bolnice u kojoj se dijete liječilo.

2. Dnevne bolnice

Najpovoljniji je oblik PPS-a koji pruža obitelji mogućnost rada i obavljanja drugih djelatnosti dok je bolesno dijete kvalitetno zbrinuto. U dnevnoj bolnici vrši se kontrola simptoma, primarno boli, provodi se titracija analgezije, kontrola prehrane, njega kože i sluznica. Omogućena je fizikalna, radna i terapija umjetnošću (crtanje, modeliranje, glazba).

Bolesno dijete se igra i druži s drugom djecom, podržavaju se socijalne aktivnosti, u igri se dijete opušta i zaboravlja svakodnevne brige. Tijekom boravka u dnevnoj bolnici psiholog, socijalni radnik i duhovnik savjetuju dijete i obitelj. Dnevna bolnica mora biti u mjestu djetetova stanovanja, tako da dijete može provesti noć kod kuće.

U općim bolnicama će se organizacija dnevne bolnice za PPS vezati uz pedijatrijske odjele. Predviđeni djelatnici u dnevnoj bolnici jesu: liječnik (pedijatar, anestezilog - algolog), medicinska sestra, fizioterapeut i radni terapeut (art terapeut). Potrebna je suradnja s psihologom i socijalnim radnikom. Može se provoditi edukacija zdravstvenih i nezdravstvenih radnika i volontera.

3. Bolnice

U slučaju razvoja simptoma koji postanu preteški i nerješivi kućnim posjetama ili u dnevnoj bolnici, dijete se smješta u općim bolnicama prema mjestu stanovanja ili u tercijarnoj bolnici, u kojima se provodilo prethodno intenzivno liječenje. Iz ovoga proizlazi potreba osiguranja **palijativnih kreveta** uz pedijatrijske odjele. Daljnjim razvojem i implementacijom programa PPS-a očekuje se smanjenje potrebe za hospitalizacijom u tercijarnim ustanovama.

Principi PPS-a moraju biti uključeni u svaku bolnicu - poštivanje privatnosti, liberalizacija posjeta djetetove obitelji i prijatelja, manji broj i manja invazivnost dijagnostičkih i terapijskih zahvata, peroralna terapija, kontrola boli. Palijativni pristup implementira se u bolnice kad je fokus brige kvaliteta života bolesnog djeteta.

4. Hospicij

S obzirom na mali broj djece u Hrvatskoj koja trebaju PPS za sada nije potrebna gradnja dječjeg hospicija. U slučaju gradnje centraliziranog dječjeg hospicija dijete je daleko od kuće, omogućava se smještaj roditelja, ali ne cijele obitelji; ostaju problemi odvojenosti. Prednost je centralizacija sredstava, prostora i osoblja te mogućnost edukacije u jednom centru zdravstvenih i nezdravstvenih radnika te volontera.

Budućnost PPS-a u Hrvatskoj

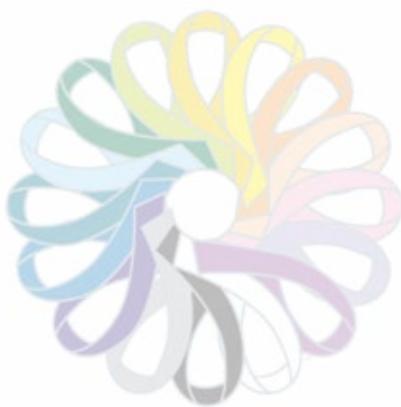
2. Simpozij pedijatrijske palijativne skrbi održat će se 7. listopada u Hrvatskom liječničkom domu u Zagrebu povodom Svjetskog dana hospicija i palijativne skrbi i pod pokroviteljstvom Predsjednice Republike Kolinde Grabar Kitarović, Ministarstva zdravljia, Ministarstva socijalne skrbi i Grada Zagreba – Gradskog ureda za zdravstvo. Organizira se na poticaj prof. Anice Jušić, osnivača hospicijskog pokreta u Hrvatskoj i počasne predsjednice HDPM-a, a organizatori su Hrvatski liječnički zbor, Sekcija za pedijatrijsku palijativnu skrb HDPM-a i Hrvatsko pedijatrijsko društvo. Pozivamo kolege i prijatelje PPS-a na taj Simpozij, koji se održava povodom Svjetskog dana hospicija i palijativne skrbi. Teme su potrebe i modeli organizacije PPS-a, iskustva susjednih zemalja - Italije, Austrije, Mađarske, BiH i Slovenije, liječenje simptoma, duhovnost, etičnost, distanacija, psihološka pomoć, program i ciljevi rada udruga i volontera, uz okrugli stol i donošenje „Zagrebačke deklaracije o PPS-u“.

Primijeniti aktivno antineoplastično liječenje ili kvalitetnu suportivnu terapiju?

Treća životna dob i rak

Onkološko liječenje starijih bolesnika

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



Inkorporiranje gerijatrijskih principa u rutinsku onkološku skrb trebalo bi osigurati optimizaciju terapijskog pristupa te svesti na minimum deterioraciju elementa funkcionalnog, socijalnog i osobnog ostvarenja, koja je u ovih bolesnika nadasve prisutna

Svjetska populacija stari. Poboljšanje zdravlja produžilo je očekivano trajanje života i povećalo udio starog stanovništva. Prema gerontološkoj podjeli starost se dijeli u tri kategorije: rana starost od 65. do 74. godine života, srednja od 75. do 84. i duboka, od 85 i više godina života. Starenje je osobito zamjetno u zemljama u razvoju. Procjenjuje se da će do 2050. godine većina starog stanovništva živjeti u zemljama u razvoju. Istovremeno sa starenjem stanovništva raste i udio oboljelih od raka. Dvije trećine karcinoma dijagnosticira se u dobi iznad 65 godina. U zemljama u razvoju gotovo polovica oboljelih od raka su bolesnici u dobi od 70 ili više godina. I porast mortaliteta od raka izraženiji je upravo u starijih ljudi, osobito u muškaraca. Najviša je stopa umiranja od raka prisutna u srednjoj starijoj dobi, od 75. do 84. godine. Najčešća sijela raka u starijih muškaraca su rak bronha i pluća, a u žena rak dojke. U dubokoj starosti, od 85 godina naviše, najzastupljeniji je rak kože.

Posebne potrebe starijih bolesnika

Stariji bolesnici su izrazito heterogena i vulnerabilna skupina. Imaju brojne komorbiditete koji često uzrokuju funkcionalnu onesposobljenost. To su kardiovaskularne bolesti, hipertenzija, cerebrovaskularne bolesti, šećerna bolest, kronična opstruktivna plućna bolest, osteomuskularne bolesti (osteoporozra, artritis), mentalni poremećaji (demenčija, depresija), vidni poremećaji i sljepoča. Tijekom starenja važno je razlikovati fiziološke procese starenja od patoloških procesa u gerijatrijskom bolesniku, jer u njih klinička slika može biti atipična, s manje izraženim simptomima i brojnim specifičnostima. U starijoj dobi češće su kognitivne smetnje,

depresija, usamljenost, poteškoće s vidom i sluhom, neadekvatni načini prehrane, vrtočavica, otežano kretanje, smanjenje tjelesne aktivnosti, dehidracija, inkontinencija itd. Oslabljena je termoregulacija. Smanjene su adaptacijske mogućnosti. Promijenjena je farmakokinetika lijekova i češće su alterirane reakcije i osjetljivost. Slabija je i suradljivost u uzimanju terapije. Nuspojave lijekova mogu biti drugačije. Češća je hospitalizacija zbog polipragmazije. Zbog svega toga stariji bolesnici zahtijevaju sveobuhvatan pristup, koji objedinjuje procjenu njihovih medicinskih, socijalnih, funkcionalnih, kognitivnih, mentalnih i prehrambenih potreba.

Gerijatrijski principi

Opisane specifičnosti starijeg bolesnika podjednako su izražene i u onkološkim gerijatrijskim bolesnikama. Uzimajući u obzir ranije navedene podatke o porastu incidencije i mortaliteta od raka sa starenjem, jasna je potreba odgovarajuće integracije gerijatrijske onkologije u svakodnevnu onkološku praksu. Inkorporiranje gerijatrijskih principa u rutinsku onkološku skrb trebalo bi osigurati optimizaciju terapijskog pristupa te svesti na minimum deterioraciju elemenata funkcionalnog, socijalnog i osobnog ostvarenja, koja je u ovih bolesnika nadasve prisutna. Istaknuta potreba ogleda se i u slučajevima čestih pogrešaka prilikom dijagnosticiranja i liječenja ovih bolesnika. U starijih bolesnika često se kasno dijagnosticira zločudna bolest, jer se uočene promjene pripisuju fiziološkom procesu starenja. Cilj je integracije specifičnih gerijatrijskih principa osigurati, na rutinskoj razini, svijest o razlici među bolesnicima koju donosi do te time onda odgovarajuće i na vrijeme i usmjeriti pristup bolesniku.



SIOG

Kako bi se osigurala primjerena skrb gerijatrijskom onkološkom bolesniku, sa svrhom poticanja i pomaganja razvoju stručnjaka u gerijatrijskoj onkologiji, 2000. godine osnovano je Međunarodno društvo za gerijatrijsku onkologiju (*The International Society of Geriatric Oncology ili Société International d'Oncologie Geriatrique*, SIOG). SIOG je neprofitno i multidisciplinarno društvo koje danas broji preko 1100 članova, u preko 75 zemalja širom svijeta. Misija i vizija SIOG-a mogu se sažeti u tri osnovna principa funkciranja: edukaciju, kliničku praksu i istraživanja. Edukacija treba osigurati dostupnost znanja, kako bi se zadržali visoki standardi u pružanju skrbi starijim onkološkim bolesnicima, integraciju gerijatrijske onkologije u kurikulum nastave za liječnike, medicinske sestre i njegovatelje, kako bi se osigurala visoka stručna kvalificiranost, istaknute slabe točke u radnom timu gerijatrijske onkologije te podigla svijest o raku u starih ljudi. Klinička praksa ima za cilj integrirati principe gerijatrijske evaluacije u proces donošenja odluke o liječenju starijeg onkološkog bolesnika, izraditi smjernice, poboljšati prevenciju, dijagnostiku, liječenje i praćenje, istaknuti probleme u pristupu skrbi i razvijati interdisciplinarnе gerijatrijske onkološke klinike. Istraživanja bi trebala razvijati, testirati i distribuirati nove alate za procje-

nu i probir, osigurati veći broj kliničkih studija koje uključuju starije bolesnike i poboljšati znanstvena postignuća u polju gerijatrijske onkologije. Danas SIOG, između ostalog, osigurava niz smjernica i preporuka kako pristupiti i postupiti u konkretnim i specifičnim dijelovima procesa liječenja gerijatrijskog onkološkog bolesnika.

Dobar gerijatrijski probir

Za starije bolesnike ne postoje standardi za primjenu aktivnog onkološkog liječenja. To zahtijeva nove inicijative u dijagnostičkom i terapijskom procesu. U današnjoj onkološkoj praksi sve je jasnije kako je za odluku o liječenju gerijatrijskog onkološkog bolesnika nužan holistički pristup, temeljen na dobrom gerijatrijskom probiru. SIOG je kreirao tzv. Opsežnu gerijatrijsku procjenu (*Comprehensive Geriatric Assessment*, CGA) starijih bolesnika s rakom, kao temeljni probir kojim će se najbolje procijeniti sveukupno stanje i karakteristike bolesnika i na temelju toga osigurati optimalno liječenje. Vrijednost toga temeljnog probira u praksi je sve vidljivija. S obzirom na to da primjena CGA često nije jednostavna u svih starijih bolesnika, osmišljen je algoritam za rješavanje ovog problema: CGA-u prethodi sažetija procjena vulnerabilnosti, čime se na neki način stratificira rizik u ovih bolesnika. U onih kojima je na temelju te procjene vulnerabilnosti dodijeljen viši rizik, potreban je temeljni probir, CGA. Ovakvim sustavom višestruke kontrole postigli su se optimalni rezultati, s minimalnim propustima u procjeni i liječenju.

Starije ljudi liječiti kao i mlade

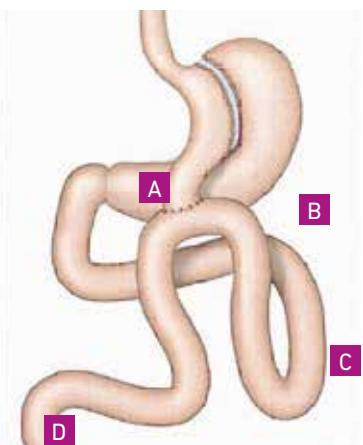
Na temelju strukturiranog pristupa procjeni gerijatrijskog onkološkog bolesnika, kako je opisano u SIOG programu, pokazalo se da je moguće i starijim ljudima pružiti aktivno onkološko liječenje čak i onda kada se na prvu, bez primjerenog probira, to čini neopravdanim. Sustav dobrog probira omogućio je da se i u starijih bolesnika primjenjuje aktivno liječenje, gotovo kao i u mladim, s jednakim profilom rizika i omjera koristi i štete od provedenog liječenja, uz zadržanu kvalitetu života.



Kirurško liječenje patološke pretilosti „Mini Gastric Bypassom“

Prof. dr. Miroslav Bekavac-Bešlin, miroslav.bekavac.beslin@kbcsm.hr

Kada se činilo da u barijatrijskoj kirurgiji neće biti konkurentnih metoda koje bi mogle ugroziti primat dosadašnjih, dogodio se Mini Gastric Bypass (MGB) po dr. Robertu Rutledgeu



Mini gastric bypass: A - bataljak želudca, B - isključeni dio želudca, C - 200 cm početne vijuge tankog crijeva, D - put prema debelom crijevu

Suvremena barijatrijska kirurgija, ili kirurgija patološke debljine, posljednjih desetak godina pruža nekoliko dobrih kirurških operacija: želučano premoštenje (LRYGB), Sleeve resekciju želuca (LSG), zaomčavanje želuca podesivom silikon-skom vrpcem (GB), biliopankreatičnu diverziju i dr.

Nakon višegodišnje dominacije LRYGB-a u svijetu, češće se počeo koristiti LSG, odnosno kirurško „krojenje“ želuca poput uskoga, dugačkoga rukava. Popularnosti LSG-a doprinijela je jednostavnost izvođenja, inicijalno dobri rezultati mršavljenja i metabolička komponenta operacije, s jakim utjecajem na liječenje šećerne bolesti tipa 2. Usporedbom rezultata ovih dvoju operacija s pratećim komorbiditetom, prednost je na LRYGB-u, koji dugoročno daje bolji ishod liječenja. GB je izgubio na popularnosti, kako među pacijentima tako i kod barijatrijskih kirurga, što se najbolje vidi u broju izvođenih zahvata, koji zamjetno opadaju. Ipak je u nekim zemljama GB još uvijek popularno, npr. u Australiji i Izraelu i dalje prednjači po broju izvedenih operacija. Valja objasniti da je riječ o dobro zamišljenoj operaciji koja je reverzibilna (ne mijenja anatomiju) i laka za izvođenje, a pritom kod motiviranih pacijenata naoružanih strpljenjem te spremnima na dugotrajnu borbu s kilogramima, koja nije lagana, ova metoda daje odlične rezultate pri gubitku tjelesne težine.

Kada se činilo da u barijatrijskoj kirurgiji neće biti konkurentnih metoda koje bi mogle ugroziti primat dosadašnjih, dogodio se Mini Gastric Bypass (MGB) po dr. Robertu Rutledgeu.

Robert Rutledge, barijatrijski kirurg i

“otac“ MGB-a, započeo je kiruršku karijeru kao traumatolog. Velik broj intervencija prilikom traume abdomena, a osobito ozljeda nastalih vatrenim oružjem, približili su ga kirurgiji želuca, ali i nekim kirurškim rješenjima u saniranju ozljeda želuca i crijeva. Njegovi kirurški početci bili su u vrijeme zlatnoga doba kirurgije želuca, s brojnim operacijama zbog komplikacija ulkusne bolesti, najčešće resekcijama po Billrothu i vagotomijama. Presudno za njegov prelazak na barijatrijsku kirurgiju, koja se tada radila isključivo otvorenom tehnikom te s mnoštvom komplikacija i loših ishoda, bio je savjet tadašnjeg šefa da dobro razmisli o barijatrijskoj kirurgiji ako želi dobiti stalni posao. Na svu sreću, Rutledge je kratko razmišljao i odgovorio da mu se barijatrijska kirurgija jako sviđa! Odlazi na tečaj laparoskopske barijatrijske kirurgije u Cleveland Clinic i ubrzo počinje s izvođenjem laparoskopskog želučanog premoštenja (1997. godine).

Prva operacija

Slučaj koji se 1997. dogodio u Durhamu, North Carolina, kada je diler droge teško ranjen u trbuš sa šest metaka iz Magnuma 357, naveo je Rutledgea da ozljede želuca, gušterice i višestruke ozljede crijeva nakon resekcija organa rekonstruira na veoma jednostavan način. Po uzoru na Billrotha II resecirao je želudac u visini antruma i privodeći dugačku vijugu tankog crijeva ispred poprečnog debelog crijeva spojio je s uskim dugačkim bataljkom želuca. Drugi dan, tijekom pripreme za programsku operaciju želučanog premoštenja (LRYGB), odlučio je primijeniti istu tehniku za operaciju patološki pretiloga bolesnika te je tako izveo prvu elektivnu operaciju Mini Gastric Bypassa.

A onda počinju problemi! Rutledge je prvih 1200 laparoskopskih MGB-a predstavio 2000. godine na godišnjem sastanku Američkog društva metaboličkih i barijatrijskih kirurga (ASMBS). Tijekom izlaganja rezultata liječenja i tehnike izvođenja operacije u dvorani s više od tisuću slušatelja nastao je nemir. Brojni sudionici napustili su svoja mjesto i napravili redove pred mikrofonima u dvorani, glasno komentirajući i negodujući. Burne diskusije dovele su do prekida sjednice jer su predavači nakon Rutledgea odlučili odustati od svojih prezentacija.

Sažeо bih kritike u nekoliko pojednostavljenih objašnjenja. Prof. Edward Mason, otac moderne barijatrijske kirurgije, izveo je 1967. operaciju Mason's Loop Gastric Bypassa tijekom koje je tanko crijevo spojio s bataljkom želuca u neposrednoj blizini jednjaka, prouzročivši time težak bilijski refluks, pacijentima nepodnošljiv. Metoda je ubrzo bila odbačena i zamijenjena drugim operacijama. Proksimalna resekcija želuca uglavnom je odbačena, također zbog teškog refluksa žuči i kiseline u jednjak, ali je koncept ove operacije bitno različita od MGB-a.

Uzaludna su bila Rutledgeova objašnjenja da je MGB operacija u kojoj se tanko

crijevo spaja na bataljak želuca daleko od jednjaka, preciznije na antrum želuca, kao i kod Billrotha II (najviše izvođene operacije u povijesti želučane kirurgije). Nije pomoglo niti objašnjenje da je usisna moć želučanog bataljka minimalna. Uzak i dugačak bataljak ne pridonosi refluksu tekućeg sadržaja iz tankog crijeva u jednjak, a protok je biliopankreatičkog soka u tankom crijevu dva metra od lig. Treitz zanemariv. Prošlo je više od 20 godina, a sumnje u valjanost metode, pa i napadi na samog autora, ne prestaju.

Pacijenti uspješno mršave

Prof. Rutledga sam upoznao 2012. na X. Obesity Surgery Expert Meetingu, Saalfelden, Austrija. Iznio je rezultate s više od 5000 operacija MGB-a. Na istome skupu su pojedine europske zemlje objavile svoja iskustva s MGB-om, a kirurzi iz Indije, Kine i Tajvana prednjačili su u broju izvedenih operacija.

Prvi MGB izveli smo iste godine u KBC-u Sestre milosrdnice i od tada je sve više izvodimo, s veoma dobrim rezultatima. Pacijenti uspješno mršave, ne podnose slatko a mogu jesti većinu namirnica, osobito one koje prevladavaju u mediteranskoj dijeti. Obavezni su nadoknada vitamina i minerala te redovite kirurške, endokrinološke i gastroenterološke kon-

trole. U KBC-u Sestre milosrdnice izveli smo 2013. godine i vlastitu modifikaciju MGB-a, dodavši joj parcijalni PSG (MGB+PSG). Modifikaciju indiciramo kod bolesnika s višim vrijednostima BMI-ja(<45).

Prilika za ponovan susret s Rutledgeom pružila mi se početkom lipnja 2016. u Novom Sadu. Bio je gost prof. Miroslava Ilića, vrhunskog kirurga, koji radi i vodi kirurgiju u Institutu za plućne bolesti Vojvodine u Srijemskoj Kamenici, a ujedno je i barijatrijski kirurg. Kao gost operator Rutledge je uz asistenciju prof. Ilića izveo dva MGB-a i time inauguirao tu metodu u ovu cijenjenu ustanovu. Pratili smo tehnički izvanrednoga kirurga, relaksiranog i strpljivog, koji je tijekom operacije ukazivao na važne pojedinosti koje mogu spriječiti neželjene komplikacije. Ujedno je to bila prilika da čujemo velikog kirurga svjetskoga glasa, čovjeka koji plijeni srdačnošću i spremnošću da svoje znanje prenosi drugima, ali i čovjeka koji bez gorčine opisuje sve što je prošao predstavljajući svoju metodu. MGB se danas izvodi u cijelom svijetu, uspinje se na listi barijatrijskih operacija te su procjene da će za 4 do 5 godina preći Sleeve resekciju i želučano premoštenje.



S lijeva na desno: prof. Bekavac-Bešlant, prof. Rutledge i prof. Ilić



Naslovnica predavanja u Salzburgu - Dr. Rutledge će iduće godine doći u Hrvatsku. Prihvatio je poziv da u KBC-u Rijeka operira patološki pretile bolesnike MGB-om zajedno s riječkim kirurzima dr. Mendrilom i dr. Durut, koji su uveli barijatrijsku kirurgiju na Kiruršku kliniku u Rijeci.

Hrvatsko eZdravstvo primjer cijeloj Europi

Služba za odnose s javnošću HZZO-a

Elektronički zdravstveni zapis za pacijente - eKarton

Kada se tek počelo govoriti o elektroničkom receptu (eReceptu), dok su još pacijenti s papirnatim receptima išli od svojeg liječnika do ljekarne, priča o podizanju lijekova bez papira u rukama činila se kao futuristička fantazija. Danas je našim osiguranicima nezamislivo da u rukama nose papirnate recepte, već je sasvim normalno da njihov liječnik prepše lijek u ordinaciji, a oni ga podignu na drugom kraju grada, ili čak u drugom mjestu ili gradu u Hrvatskoj.

Tehnološki napredak ne može se zaustaviti čak i kada postoje početni otpori i nepovjerenje. Dokazuje to i nezaustavljivi proces informatizacije u zdravstvu. U Hrvatskoj je projekt informatizacije zdravstva započeo

prije 15-ak godina suradnjom Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i Ericssona Nikole Tesle. Informatizacija zdravstva je živi projekt koji se neprestano razvija i stalno dolaze nove funkcionalnosti. Tako uz postojeći eRecept, te mnoge mogućnosti koje su djelomično uvedene kao što su eUputnica, eNovorodenče, te ePomagala, od rujna ove godine u probni rad uvode se eKarton i eHZZO portal za pacijente, što predstavlja novu fazu nadogradnje sustava eZdravstva.

Podatak iz eKartona može pacijentu spasiti život

Središnji elektronički zdravstveni zapis pacijenta, odnosno eKarton, objedinjen je i strukturiran skup osobnih zdravstvenih podataka o pacijentu, prikupljenih i po-

hranjenih u Centralni informacijski zdravstveni sustav – CEZIH. eKarton će u prvoj fazi sadržavati podatke o receptima i lijekovima propisanim osiguraniku, uputnicama, nalazima, dijagnozama, o tome je li osoba alergična, i sl. Pristup eKartonu imat će samo ovlašteni liječnici koji sudjeluju u liječenju i za koje je pacijent dao pristanak. Uz to, eKarton zaštićen je najvišom mjerom sigurnosti, kao što su primjerice zaštićeni bankovni računi. Ovlašteni liječnici pristupat će sustavu podataka kroz pametne identifikacijske kartice.

Moguće da kod prijama u bolnicu ili u hitnu službu liječnik nema nikakvih relevantnih informacija o pacijentu, npr. ako je pacijent u nesvijesti ili jednostavno nije u stanju prenijeti tražene podatke. Korištenjem eKartona liječnik će kroz tridesetak sekundi moći sagledati sve relevantne medicinske informacije, poput onih o alergijama, implantatima ili lijekovima koje pacijent trenutno koristi i potom, sukladno tome, usmjeriti svoje aktivnosti te efikasnije pružiti pomoć. Ovo rješenje će smanjiti vrijeme provedeno u čekaonicama, te će suradnju različitih razina zdravstvene zaštite osigurati jedinstveni rezpositorij podataka pacijenata s cjelovitim pogledom na njihovo zdravlje. Najveću korist od novog unaprjeđenja i informatizacije zdravstvenog sustava hrvatski pacijenti dobit će kroz bolju komunikaciju između liječnika kao autoriziranih zdravstvenih djelatnika u sustavu.

Portal za pacijente i mobilni portal za pacijente

Uz eKarton u rujnu s probnim radom kreću i portal za pacijente i mobilni portal za pacijente putem kojih će pacijenti moći ko-

eRecept – uspjeh koji traje



*The Digital Economy & Society Index (DESI) – DESI je kompozitni indeks koji objedinjuje relevantne pokazatelje o digitalnoj izvedbi Europe i prati evoluciju zemalja članica EU u digitalnom konkurentnosti.
Izvor: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/desi>, rezultati za 2015. g.*

municirati sa svojim lijećnicima primarne zdravstveno zaštite. Ovo će rješenje djelomično rasteretiti i liječnike jer će im olakšati upravljanje administrativnim dijelom posla.

Portal za pacijente će na jednostavan način obuhvatiti medicinske i administrativne podatke u digitalnom obliku te aktivno uključiti i same pacijente koji će kroz portal, dostupan putem sustava e-Gradijan, moći vidjeti svoje propisane i izdane lijekove te nalaze i otpusna pisma iz bolnica i ustanova specijalističko konziljarne zdravstvene zaštite (SKZZ). Premda pristup osobnom zdravstvenom zapisu imaju samo ovlašteni lijećnici koji sudjeluju u liječenju pacijenta i za koje je pacijent dao pristanak, građani će putem portala za pacijente moći i samostalno dodatno upravljati pravima pristupa, a k tome će vidjeti i detalje o tome tko je i kada pristupao pojedinim dijelovima njihovog eKartona.

Uz portal za pacijente kojem će se pristupati kroz sustav e-Gradijan, u rujnu će u probnoj fazi za biti dostupan i mobilni portal za pacijente.

Mobilnom portalu pacijenti će moći pristupiti putem web servisa kao i putem mobilne aplikacije na svojem pametnom telefonu što znači da će s bilo kojeg mesta moći komunicirati sa svojim lijećnikom, dogоворiti propisivanje lijekova, ili pregled. Mobilni portal u probnoj fazi bit će dostupan skupini od gotovo milijun i pol građana, primjerice pacijentima Domova zdravlja Zagreb Centar i Zagreb Zapad, te bi im omogućio naručivanje u ordinacije obiteljske medicine, slanje zahtjeva za obnovu kontinuirane terapije, a bit će moguće poslati i zahtjev za neke uobičajene administrativne dokumente, npr. doznake. Po obradi zahtjeva ili nakon dodjele termina pacijent će, opet kroz mobilni portal, automatski primiti odgovarajuću povratnu informaciju.

Svi podaci dostupni kroz eHZZO portal za pacijente zapravo su objedinjeni i strukturirani osobni zdravstveni podaci o pacijentu, koji su putem različitih aplikacija poput eRecepta ili eUputnice već prikupljeni i pohranjeni u postojeći Centralni informacijski zdravstveni sustav – CEZIH. Niz naj-

svremenijih zaštitnih mjera, uključujući kriptirani promet podataka, primjenu Nacionalnog identifikacijskog i autentificacijskog sustava te pametne identifikacijske kartice za ovlaštene zdravstvene djelatnike jamče maksimalnu sigurnost.

Pristup mobilnom portalu pacijentima će omogućiti njihov izabrani doktor kod kojeg će potpisati izjavu i po davanju suglasnosti dobiti lozinku za ulaz u mobilni portal.

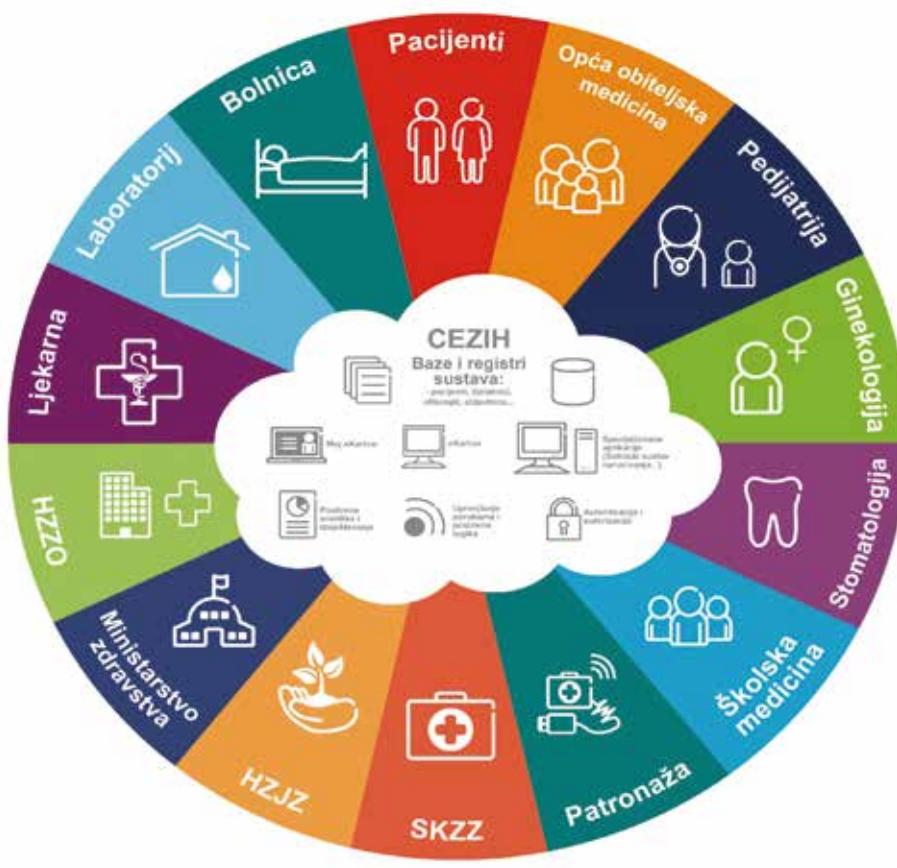
Mobilni portal za pacijente iskorak je na višu razinu komunikacije liječnika i osiguranih osoba jer će komunikacija sada biti brža za pacijente i liječnika, sigurna, a lijećnicima će uz to uštedjeti vrijeme jer će zasigurno imati manje telefonskih upita, te će se više moći posvetiti pacijentima.

Jedinstveni kalendar naručivanja

eUputnicom 2012., potom eNaručivanjem i eListama narudžbi početkom 2013. godine u tehničkom smo smislu povezali primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu. Tako je danas u sustavu naručivanja povezano 100% ordinacija primarne zdravstvene zaštite, 100 % bolničkih zdravstvenih ustanova, te preko 70% ustanova vanbolničke sekundarne zdravstvene zaštite.

Jedinstveni kalendar naručivanja omogućit će potpuni nadzor i upravljanje sustavom, listama i kalendarima, povezivanje s CEZIH-om te integraciju prema bolničkim i specijalističkim sustavima što u konačnici čini sustav transparentnim i efikasnijim. Jedinstveni središnji kalendar namijenjen je osiguranicima, lijećnicima iz primarne zdravstvene zaštite, bolnicama, SKZZ-u te tijelima koja upravljaju zdravstvenim sustavom.

Trenutno se slična rješenja implementiraju i u susjednoj nam zemlji Sloveniji, u Irskoj unutar pojedinih ustanova, a u Grčkoj postoji centralno mjesto za naručivanje telefonom u jedan dio bolnica, no nitko u EU trenutno nema nacionalnu pokrivenost ovakvim sustavom. Kroz ovaj se sustav otkrivaju duple narudžbe pa se i na taj način osiguravaju dostupni termini za one kojima je zdravstveni zaštitu potrebnija.



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Doprinosko
zdravstveno
osiguranje

PATOFIZIOLOGIJA

procesa smrti

Prof. dr. NIKO ZURAK

Metaneurobiologija smrti primjer je translacijske neuroznanosti gdje je holističkim pristupom premošten jaz između bazičnih neuroznanstvenih otkrića i prakse kliničkih neuroznanosti. Radi se o izvornom znanstvenom djelu s izuzetno hrabrim inovativnim pristupom neurobiologiji umiranja. Ekstrapolirajući dokazanu programiranu smrt stanica (stanični suicid) na smrt organizma u cijelosti, autor logično demistificira postojeću paradigmu anoksično ishemijske smrti kao uzrokom iznenadne smrti pri punoj svijesti, premještajući je u bogati prostor s koordinatama informacije i vremena. Genski program smrti organizma prof. Zurak postira u čudesnu jezgru produljene moždine nucleus tractus solitarius (NTS), visceralni mozak i središnju procesnu jedinicu autonomnog živčanog sustava. Prikaz neuroanatomskih i neurofiziologiskih karakteristika ove jezgre enciklopedijske širine (str. 100-103) uvjerljivo argumentira hipotezu da je ta jezgra epicentar aktivnog procesa smrti mehanizmom bioelektrične anihilacije neuronske mreže. Time je plauzibilno postavljen temelj nove, neurocentrične paradigmе smrti.

Doc. dr. Željka Petelin Gadže, Klinika za neurologiju KBC-a Zagreb

Smrt je aktivan neurološki fiziološki događaj aktivacije genetskog kôda u središnjoj procesnoj jedinici mozga NTS-u, a ne anoksičnom mehanizmu prepušten događaj odumiranja vitalnih organa i sustava

Uzdravih osoba, spavanje je općenito pozitivan i restorativ dio temeljnog cirkadijanog ritma. U svrsi resetiranja mozga spavanje je u potpunosti pod kontrolom autonomnog živčanog sustava i samo je vegetativna funkcija. Čini se da spavanje baš i nije tako protektivno kao što se misli. Prema istraživanjima Verriera i Mittlemana 20% infarkta miokarda i 15% iznenadnih smrti nastupaju u razdoblju od pola noći do 6 sati ujutro, što čini 250.000 noćnih infarkta srca i 38.000 iznenadnih smrti godišnje u populaciji SAD-a. Poznata Framinghamska studija je utvrdila da iznenadna kardijalna smrt pokazuje cirkadijani ritam s maksimumom smrti u razdoblju od sedam do devet sati ujutro. S druge strane, opstruktivna sleep apnea koja pogoda 5-10 milijuna Amerikanaca (2-4% populacije) dodatan je riziku faktor u osoba s hipertenzijom, ishemijom i aritmijama.

Prema meta analizi Elliotta na 11.816 slučajeva nađen je maksimum nastupa ishemičkih moždanih udara u ranim jutarnjim sati-

ma. Smolensky i suradnici su analizirali rezultate odvojenih 49 studija s preko 400.000 smrti. Našli su da je za sve smrti (bez obzira na patologiju) maksimum nastupa oko 6 sati izjutra.

U sindromu iznenadne smrti noću nalazimo u populacijama azijskog Dalekog istoka i nekim pacifičkim otočnim skupinama također kronobiološku pravilnost prestanka života u noćnim satima. Na Filipinima se ova pojava naziva bangungut, u Japanu pokkuri, u Tajlandu lai-tai a u Laosu non-latia. Žrtve su isključivo mlađi muškarci, s negativnim anamnestičkim podacima o ozbiljnim bolestima i negativnim obduksijskim nalazom.

U kronobiološkoj monografiji *Ritmovi života* R. Fostera i L. Kreitzmana u apendiksu I prikazana je tablica sa satnicama maksimuma i minimuma u ekspresiji bioritmova u čovjeka. U razdoblju od četiri do šest sati ujutro maksimum je za duboki san, porođaje, smrt nespecificiranog uzroka, te SIDS

(sindrom iznenadne djeće smrti), uz minimum razine serotonina i tjelesne temperature.

U nekim tekstovima o SIDS-u se autori bave pitanjem zašto djeca umiru u pravilu između četiri i šest sati ujutro. Kronobiolozi imaju jasan odgovor. Ciklus sna i budnosti je temeljni cirkadijani ritam. Ako pretpostavimo da je smrt neminovni jednokratni događaj u ljudskom životu onda je teleološki prikladno da je najpoštedniji način umiranja u dubokom snu. To je u skladu s očekivanjima svih ljudi u svim civilizacijama o blagoj smrti. Kronobiološki gledano i raniji statistički podaci o vremenu smrti su vrlo upečatljivi, ako se uzmu u obzir interferencije s biološkim ritmom budnosti i spavanja suvremenog načina života koji nužno nameće svoje rimate. Takva interakcija može zamagliti kronobiološku pravilnost umiranja, bilo u zdravoj starosti ili različitim patološkim procesima.

Vremenski mehanizam

Djeca žrtve SIDS-a predstavljaju iznimno važnu populaciju za čistu kronobiološku interpretaciju, jer u njihovim bioritmima ne postoji interferencija s okolišnim bioritmičkim utjecajima, tako da je ciklus sna i budnosti jedini cirkadijani ritam. SIDS nam na taj način dramatski jasno ukazuje na činjenicu da je smrt organizma suvereni i autonomni vremenski mehanizam, koji nužno posjeduje svoj genetski program a i mjesto njegovog odvijanja.

Ako je u NTS-u (nucleus tractus solitarius) locirana genetski programirana tempiranja bomba, onda je nužno uzeti u obzir vremensku komponentu i postiranje njene aktivacije u vremenski prostor spavanja.

Od svih struktura u moždanom deblu jedino NTS pokazuje strogu viscerotopnu organizaciju. Isto vrijedi i za glavna mesta NTS projekcija, retikularnu formaciju i parabrahijalni nuklearni kompleks.

Smrt je aktivni neurološki fiziološki događaj aktivacije genetskog kôda u središnjoj procesnoj jedinici mozga NTS-u, a ne anoksičnom mehanizmu prepušteni događaj odumiranja vitalnih organa i sustava.

Vremenska bomba koja će implodirati jest posljednja intravitalna aktivnost koju će pokrenuti informacijska konstellacija aferencija i eferencija moždanog debla s eliminacijom zaštitne barijere i aktivacijom mehanizma smrti u NTS-u.

Serotonergijski sustav, locus coeruleus, parabrahijalni kompleks, area postrema, NTS, n. dorsalis n.vagi, n. arcuatus, n. retrotrapezoides su brojna žarišta mikromorfoloških i patofizioloških, te neurotransmitorskih poremećaja u moždanom deblu nađeni na obdukciji žrtava SIDS-a u različitim studijama. Ovim heterogenim nalazima jedino je zajednički nazivnik da se radi o strukturama u moždanom deblu, pretežito u produljenoj moždini. Obduksijski nalazi iznenadnih smrti ukazuju na česte promjene u području NTS-a. Posebno su važni nalazi manjih nekrotičkih zona u ovom jezgrovnom kompleksu.

Naše je mišljenje da kronični, repetitivni stresogeni induktori oštećuju neuronsku i astrocitnu strukturu zaštitne brane NTS-a čija je fiziološka zadaća sprječavanje prerane aktivacije mehanizma smrti koji je zaštićeni genetski kôdni zapis negdje u nutrini ovoga jezgrovog kompleksa. Posredno, ali i izravno se u nekim citiranim tekstovima nazire misao da svi tipovi smrti konvergiraju k istom zajedničkom nazivniku i istom mehanizmu, bilo da se radi o intrauterinoj smrti, SIDS-u, smrti u epileptičkom napadaju, i u medularnim lezijama.

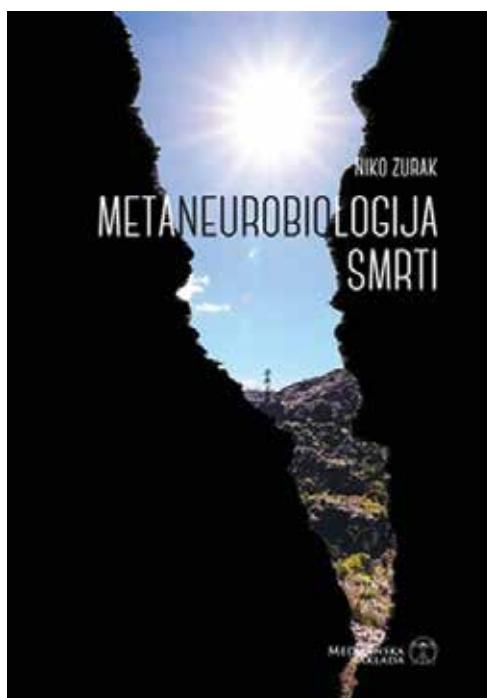
Zbog iznenadnog nastupa iz stanja potpune svijesti i punog zdravlja, mi zastupamo stajalište i da je nasilna smrt (posebno slučajevi egzekucije osuđenika u zemljama gdje se još prakticira smrtna kazna) izazvana aktivacijom 'tempirane bombe' u NTS-u. Brzina nastupa smrti, uz poznatu činjenicu da mozak može funkcionirati nekoliko minuta nakon cesacije srčane akcije i disanja, više nego i jedan drugi način umiranja ukazuje na bioelektričnu katastrofu čitave neuralne mreže a ne na anoksično ishemički mehanizam smrti.

Treba istaknuti da su sve promjene nadene u neuropatološkim studijama SIDS žrtava samo manje ili nešto veće razvojne anomalije struktura moždanog debla, koje same po sebi a i u kombinaciji nisu nespojive sa životom.

U prilog našoj teoriji od najveće su važnosti stečene patomorfološke promjene područja NTS-a i teške anomalije područja areje postreme, sve do potpune unilateralne agenezije.

Kliničko iskustvo

Jedna od najvažnijih informacija koju nam pruža kliničko iskustvo s iznenadnom smrti dojenčeta je njena jasna krompatologija u ranim jutarnjim satima (između 4 i 6 sati), a manje smrt u snu, kada se podsjetimo da u toj dobi djeca spavaju oko 15 sati dnevno. Ovo je jedinstvena pojava u općoj patofiziologiji gdje je na taj način posredno oslikana kronobiologija mehanizma smrti u svoj njeniči čistoći. Držimo da je već ova činjenica dovoljna da se ozbiljno razmisli o smrti kao fiziološkom aktivnom genetski reguliranom procesu.



Medicinska naklada, Zagreb, 2016. ISBN: 978-953-176-748-4. Tiskano uz financijsku potporu Zaklade HAZU-a

Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – IX. 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 77). Rješenja će se kvantificirati i ponderirati, a netočna rješenja umanjuju doprinos točnih rješenja. Sveukupno rješenje izražava se kao postotak od maksimalno mogućeg (dakle 100%-nog rješenja). Taj se postotak pretvara u HLK bodove na sljedeći način: 53-62% donosi 7 bodova; 63-72% donosi 8 bodova, 73-82% donosi 9, a sve >83% donosi 10 bodova. Ručno ispisana rješenja na matrici šalju se na HLK, Tuškanova 37, 10000 Zagreb, zemljanim poštom (ne šaljite elektronički), naslovljeno „KOMORIN TEST“. Rješenje ovoga problema treba poslati do 30. studenog 2016. i radi čitljivosti ga potpisati tiskanim slovima ili faksimilom.

U sklopu tematike poremećaja energijskoga i tvarnoga metabolizma obrađeni su učinci izvanjskoga zagrijavanja tijela u ispitanika.

Algoritamska razradba problema¹. Hemodinamičke i termogenetske prilagodbe na izvanjsko zagrijavanje tijela

Za razradbu problema prostudiraj stranice 279, 435-41, 478-9, 578-9, te 862-5 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva, 7. izdanje.** Medicinska naklada, Zagreb, 2011. godine.

(Zadatak je priređen prema podatcima u radu Rowell LB. *Human cardiovascular adjustment to exercise and thermal stress. Physiol Rev* 1974; 54:75-159.)

Povišenjem okolišne temperature iznad 20°C u tijelu se termoregulacija usmjerava na otpuštanje topline iz organizma. Pri izjednačavanju okolišne i tjelesne temperature, ili povećanju okolišne temperature iznad tjelesne (kao pri tropskim vrućinama, pri boravku u sauni, te u radnim uvjetima u topionicama itd.), vrlo su snažni učinci prometa topline na hemodinamičke odnose u organizmu. U svrhu proučavanja prilagodbenih hemodinamičkih promjena u organizmu na zdravim su ispitanicima testirani učinci zagrijavanja tijela. Povišenje okolišne temperature postignuto je posebnim odijelom (»protočni skafander«) kroz koji je kružila voda zagrijana na 40°C. Na slici 1 prikazani su neki izravno mjereni učinci zagrijavanja tijela na krvotok.

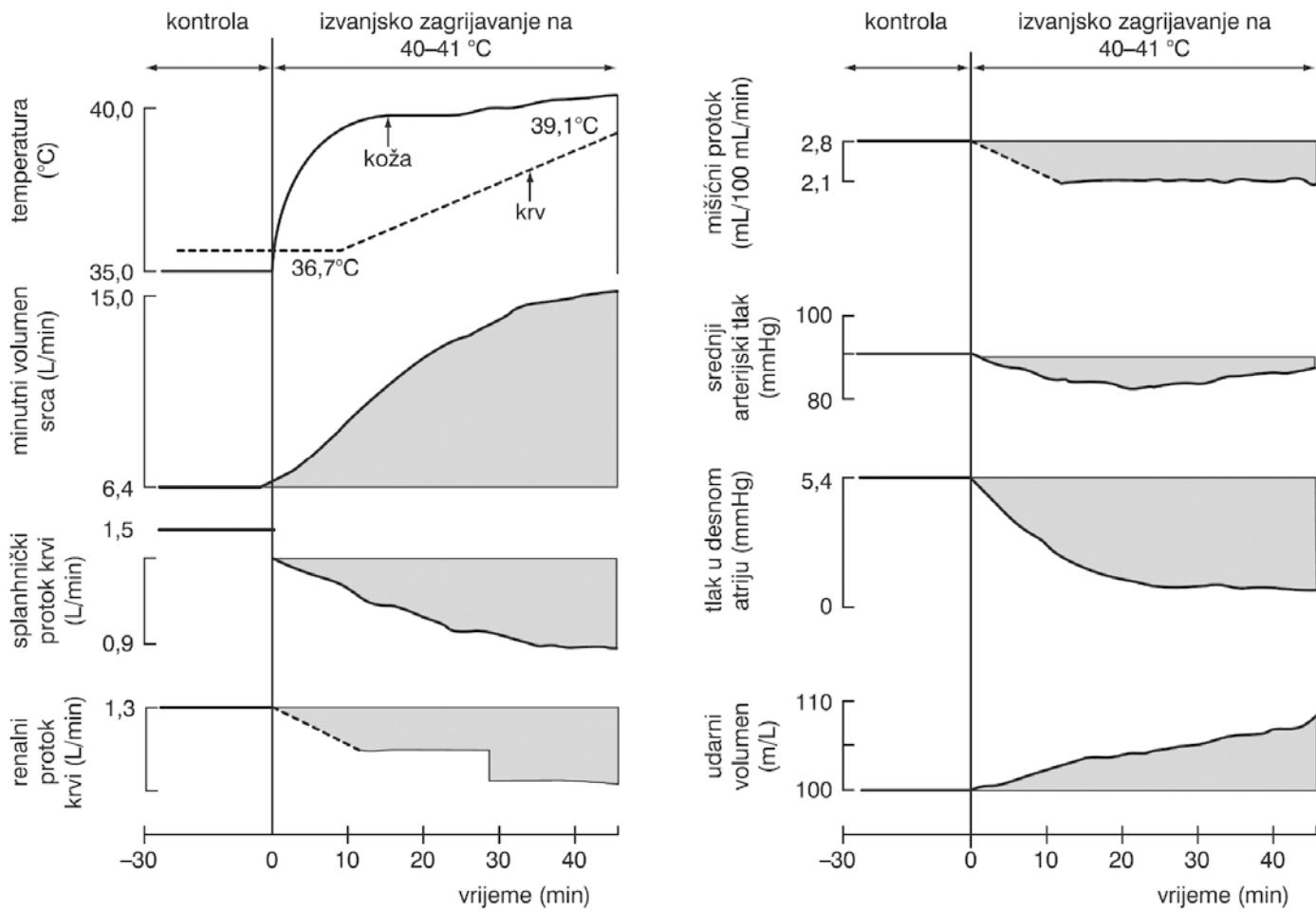
VJEŽBA A: Činjenična raščlamba

(Jedan je ili više točnih odgovora)

1. Za stanje u ispitanika točne su sljedeće tvrdnje:

- a) Povišenje tjelesne temperature posljedica je prijenosa topline iz okoliša, te smanjenog otpuštanja endogeno proizvedene topline, unatoč snažnoj termoličkoj pobudi.
- b) Unatoč povećanom protoku kroz kožu, što je pokazatelj pobude termoličkog dijela termoregulacijskoga središta i izravnih lokalnih učinaka zagrijavanja kože, u ispitanika se nije povećalo otpuštanje topline (termodilucija nije učinkovita).
- c) Smanjenje protoka kroz mišiće u ispitanika posljedica je regulacijskoga obrasca centralizacija krvotoka (koji uključuje i splanhničku hipoperfuziju) pokrenutog hipovolemijom.
- d) Srce održava dostatnu arteriovensku razliku tlakova, unatoč ubrzanju krvotoka, povećanjem minutnoga volumena na dvostruku vrijednost ($D=6,6$ L/min) što je posljedica smanjenja perifernog otpora, povećanja venskog priljeva i tahikardije.

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. 508-11, uz suglasnost izdavača i autora zadatka.



Slika 1. Hemodinamičke prilagodbe u ispitanika zagrijavanih na 40–41 °C izvanjskim dovođenjem topline. Na apscisi nakon kontrolne temperature okoliša (25,6 °C u razdoblju od -30 do 0 minuta) u razdoblju 0–50 minuta primjenjivan je postupak grijanja.

e) Iako termogenetski mehanizam povećava protok kroz kožu istodobno nastaje vazokonstrikcija splanhničkog bazena i bubrega, pobudom vazomotoričkoga središta posljedično smanjenju srednjega arterijskoga tlaka.

2. Prema podatcima u slici 1 točne su sljedeće tvrdnje:

- Zbog povećanja venskoga priljeva povećava se udarni volumen, linearno proporcionalno s vremenom zagrijavanja tijela, unatoč sniženju tlaka u atriju.
- Smanjenje protoka kroz žile skeletnih mišića posljedica je pobude vazomotoričkoga središta smanjenjem srednjega arterijskoga tlaka.

c) Sniženje srednjega arterijskoga tlaka unatoč povećanju udarnoga volumena, porastu frekvencije i povećanju minutnoga volumena posljedica je masivne vazodilatacije u koži i potkožu zbog čega je smanjen periferni otpor i višestruko povećan protok (do dvadeset puta).

d) Pri uvjetima zagrijavanja tijela kod ispitanika istodobno se povećava temperatura kože i središnja tjelesna temperatura kao posljedica održanog protoka krvi i učinkovitosti termodilucije.

e) Smanjenje perifernog otpora nastaje unatoč vazokonstrikciji krvožilja skeletnog mišića, posljedica je relativno većega hemodinamičkog učinka vazodilatacije u koži i potkožu.

3. Funkciju ispitanikova srca u uvjetima toplinskog opterećenja kao u zadatu točno opisuju sljedeće tvrdnje:

- Budući da je podvostručen minutni volumen srca srčani mišić u svakoj minuti troši približno dvostruko više energije u obliku ATP-a, što uzrokuje povećanu potrebu za kisikom i supstratima u srcu.
- Budući da je povećan udarni volumen srca u ispitanika je povećana površina tlačno-volumne krivulje srčanog rada.
- U odnosu na stanje normotermije kod ispitanika faza izometričke kontrakcije srca se skraćuje, otvaranje aortnih zalistaka se događa pri nižim intavtrikularnim tlakovima, zbog sniženja

- tlaka u aorti (dijastolička arterijska hipotenzija).
- d) Primarno povećanje venskoga priljeva u sustavnom krvotoku uzrokuje povećanje priljeva u plućnim venama zbog čega je povećan rad lijeve klijetke iako je snižen srednji arterijski tlak.
- e) Iako kroz pretklijetke protjeće gotovo dvostruka količina krvi u minuti, snizuje se tlak u desnom atriju što pokazuje da je povećana učinkovitost rada miokarda.
- 4. Pri izjednačavanju temperature okoliša s temperaturom tijela ili porastu iznad temperature tijela susreću se sljedeće promjene u prometu topline tijelu:**
- a) Porast okolišne temperature uzrokuje promjene relativnog udjela otpuštanja topline iz organizma pri čemu se povećava otpuštanje topline znojenjem i neosjetljivom perspiracijom vode (*perspiratio insensibilis*).
- b) Zagrijavanjem se ubrzava bazalni metabolizam za oko 13% po 1°C , kao posljediča termodinamskog fizikalno-kemijskog ubrzanja staničnih reakcija, zbog čega se dodatno stvara toplina u tijelu.
- c) Otpuštanje topline zračenjem se nastavlja pri izjednačavanju temperaturu okoliša i tijela, a pri većim temperaturama okoliša toplina se prenosi na tijelo zračenjem.
- d) Otpuštanje topline iz tijela konvekcijom i kondukcijom se povećava, budući da je promijenjen vektor gradijenta temperature između tijela i okoliša.
- e) Zbog ubrzavanja metaboličkih procesa povećana je endogena proizvodnja topline u organizmu, što osim prijenosa topline iz okoliša, pridonosi hipertermiji tijela.
- 5. Promjene tlakova u hemodinamici u ispitanika izloženih zagrijavanju tijela točno opisuju sljedeće tvrdnje:**
- a) Porast tlaka pulsa, koji je posljedica je smanjenja dijastoličkog i povećanja sistoličkog arterijskog tlaka, uzrokuje povećano otpuštanje kisika u tkivu čime djeluje kao snažan kompenzatori mehanizam.
- b) Budući da je napetost stijenke lijeve klijetke u izbacivanju povećana, u produljenom bi se izlaganju pokušnim uvjetima (nekoliko dana) u ispitanika razvila ekscentrična hipertrofija miokarda.
- c) Smanjenje dijastoličkoga tlaka posljedica je smanjena perifernog otpora zbog čega u jedinici vremena iz arterijskog u venski bazen protjeće povećana količina krvi, što pridonosi ubrzanju krvotoka.
- d) Povećanje srčanoga minutnog volumena posljedica je volumnog opterećenja koje putem Frank-Starlingova mehanizma povećava kontraktilnost, a tako i učinkovitost rada miokarda.
- e) Zbog povećanja venskog priljeva u srčanoj dijastoli ispitanika nastaje povećano istezanje sarkomera, koje je molekularna osnova Frank-Starlingova mehanizma
- VJEŽBA B: Algoritamska razradba patogeneze**
- Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični slijed:**
1. Smanjeno otpuštanje endogeno proizvedene topline iz organizma
 2. Prijenos topline iz okoliša na tijelo
 3. Temperatura okoliša je veća od tjelesne temperature (pokusni uvjeti u zadatku)
 4. Pokretanje stresnog obrasca reagiranja
 5. Pobuda kataboličke reakcije
 6. Pobuda termolitičkoga središta
 7. Smanjenje protoka kroz splanhnički bazen
 8. Povećanje udarnog volumena srca
 9. Povećan protok krvi u koži i potkožju (do 24 puta osnovnoga protoka)
 10. Smanjenje srednjega arterijskoga tlaka
 11. Hipertermija
 12. Hiperventilacija
 13. Hiperkatekolaminemija
 14. Povećana potrošnja kisika
 15. Smanjenje perifernog otpora
 16. Pojačano simpatomimetičko odašiljanje vazomotoričkoga središta
 17. Vazokonstrikcija krvožilja i hipofuzija skeletne muskulature
 18. Sniženje dijastoličkoga arterijskoga tlaka
 19. Povećanje minutnoga volumena srca
 20. Povećanje tlaka pulsa
 21. Ubrzanje krvotoka
 22. Hipokapnija
 23. Smanjenje protoka kroz bubrege
 24. Pobuda baroreceptora u arterijskom bazenu
 25. Tahikardija
 26. Izravna vazodilatacija u koži i potkožju lokalnom regulacijom protoka
 27. Ubrzanje metabolizma i energijske potrošnje u mirovanju (engl. *Resting energy expenditure*)
 28. Povećana potrošnja energijskih supstrata
- VJEŽBA C: Povratna doradba problema**
- (Rješiti na način:
 $\text{točno} + \text{točno} + \text{povezano} = a$
 $\text{točno} + \text{točno} + \text{nepovezano} = b$
 $\text{točno} + \text{netočno} = c$
 $\text{netočno} + \text{točno} = d$
 $\text{netočno} + \text{netočno} = e$)
1. Može se reći da je u ispitanika pokrenuta posebna redistribucija krvotoka pri čemu je snažnoj vazodilataciji kože i potkožja sa smanjenjem perifernog otpora suprostavljen centralizacijski simpatomimetički odgovor vazomotoričkoga središta jer

pri ekscesivnim pregrijavanjima tijela ($>43,7^{\circ}\text{C}$) u organizmu mogu nastati denaturacije makromolekula i taloženja elektrolita te zbog toga disfunkcija organa, što se susreće u sindromima toplinskog udara i dijelom toplinskog iscrpljenja.

a b c d e

2. Ubrzanje hemodinamike u ispitanika prilagodbeni je odgovor organizma kojim se fiziološki povećava iznošenje topline iz središnjih dijelova tijela u površinske, osobito u kožu udova (termodilucija), a maksimalna učinkovitost pri izjednačavanju tjelesne i okolišne temperature

jer

središnji su dijelovi tijela u prosjeku za $1-2^{\circ}\text{C}$ topliji od površinskih što se može dokazati usporedbom rektalne i kožne temperature tijela.

a b c d e

3. Budući da je tijelo ispitanika u uvjetima okološne temperature koja je veća od tjelesne temperature, u njemu se termoregulacijsko središte prekapča na višu razinu zbog čega neki ispitanici imaju osjećaj zimice

jer

se zbog smanjenja radiacijskog otpuštanja topline i konverzije otpuštanja u unos topline u tijelo zračenjem mijenja ugođenost termoregulacijskoga središta.

a b c d e

Dopunska pitanja

4. Na osnovi promjena frekvencije i udarnoga volumena u 40-oj minuti pokusa na dragovoljcima, prikazanih na krivuljama u slici 1 dokaži da je porast minutnoga volumena veći od 100% u tom trenutku.

5. Izračunaj kolika se količina topline otpušta iz organizma hlapljenjem dviju litri znoja pri termolitičkoj fazi vrućice.

Matrica za rješavanje - IX. dio. Hemodinamičke i termogenetske prilagodbe na izvanjsko zagrijavanje tijela

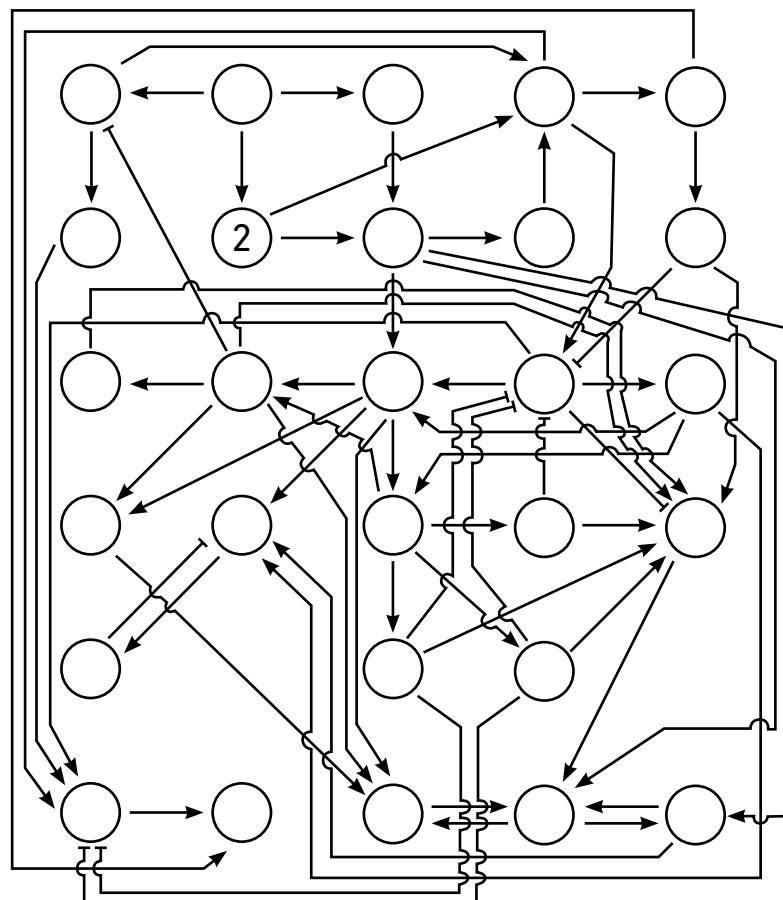
(Rješenje poslati do 30. studenog 2016.)

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. _____



"*Dulce cum utili!*"

Tvorba novih riječi

Tvorba pridjeva na *-ičan/-ični i -ički te -alni i -(ij)ski ili -ni*

Doc. dr. sc. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ

Nastavkom *-ičan* mogu se tvoriti pridjevi i od imenica stranoga podrijetla koje završavaju drugim nastvcima, pa tako od imenica skleroza i endem pridjevi glase sklerotičan, endemičan. Pridjevi na *-alni* preuzeti su iz engleskoga jezika, a normativno je pravilo da se, ako se već mora posuđivati, posuđuje samo osnovna riječ, a izvedenice se tvore hrvatskim nastvcima, pa je tako normativno bolje tvorena riječ embrijski, a ne embrionalni; multimedijijski, a ne multimedijalni

Da bismo mogli imenovati nove pojave i stvari, bilo da su dio posla kojim se bavimo ili slobodnoga vremena, potrebno je oblikovati nove riječi. Nove riječi nastaju posuđivanjem, promjenom oblika, promjenom vrste, proširivanjem značenja i tvorbom. U ovom ćemo broju govoriti o tvorbi pridjeva koji završavaju na *-ičan/-ični i -ički te -alni i -(ij)ski ili -ni*.

Još se iz školskih dana sjećamo definicije da su pridjevi riječi kojima se izriču svojstva predmeta i pojava, označenih drugim vrstama riječi, te odnosi među njima. Obično dolaze ispred riječi na koju se odnose, međutim, mogu doći i iza nje. Pridjevi suzuru opseg značenja riječi kojoj se pridjeljavaju, a najčešće se pridjeljavaju imenicama. Npr. pojam *zdravstvena stanica* ima uže značenje od pojma *stanica*, koja osim zdravstvene stanice obuhvaća i meteorološku, veterinarsku, životnu stanicu, pojam *dentalna patologija* uži je pojam od pojma patologija jer opisuje o kakvoj se patologiji radi i sl.

Pridjevi uvijek imaju sva tri roda jer se podudaraju s imenicom kojoj se pridjeljavaju u rodu, broju i padežu (npr. u zahvali *hvala lijepa* – imenica *hvala* i pridjev *lijepa* u istom su rodu – ženskome, zato nije pravilno reći, iako se često u upotrebi čuje i ta sveza, *hvala lijepo*, jer je tu imenica *hvala* u ženskom, a pridjev *lijepo* u srednjem rodu).

Tvorba riječi takva je promjena riječi kojom dobivamo novu riječ s novim značenjem, a ne samo novi oblik iste riječi (oblik iste riječi dobivamo na primjer kada sklanjamo koju riječ po padežima). Nove riječi možemo tvoriti tako da osnovnoj riječi dodamo nastavke. Najviše pridjeva upravo nastaje na taj način – dodavanjem nastavka na osnovu

rikeči, odnosno sufiksalmom tvorbom. Npr. osnovna riječ, imenica *alergija* u značenju 'imunološka reakcija preosjetljivosti, obilježena kožnim promjenama, otokom sluznice, bronhospazmom i drugim simptomima, promijenjena reaktivnost; hiperergija, hipersenzitivnost', postaje pridjev, a značenje joj se mijenja dodavanjem nastavka

-ičan, alergičan 'koji ima alergiju, koji ima simptome ili je obolio od alergije'.

Imenica stranog podrijetla

-ičan/-ični i -ički

Nastavkom *-ičan*, čije je značenje 'koji ima, koji nosi' ono što označava imenica, pridjevi se u hrvatskome jeziku uglavnom tvore od imenica stranoga podrijetla koje završavaju na *-ija* (npr. *anemija, pneumonija, alergija, perinatologija, malarija, apatija, simetrija, simpatija...*) i *-ist* (*daltonist, egoist, realist...*). Tako od imenica *anemija, pneumonija, alergija, perinatologija, malarija, apatija, simetrija, simpatija* pridjevi pravilno glase *anemičan, pneumoničan, alergičan, perinatoličan, maličan, apatičan, simetičan, simpatičan*, od imenica *daltonist, egoist, realist* pridjevi pravilno glase *daltonističan, egoističan i realističan*.

Nastavkom *-ičan* mogu se tvoriti pridjevi i od imenica stranoga podrijetla koje završavaju drugim nastvcima, pa tako od imenica *skleroza i endem* pridjevi glase *sklerotičan, endemičan*.

Po načinu kako određuju imenicu, oblici pridjeva mogu biti neodređenoga i određenoga vida. Nastavkom *-ičan* tvori se neodređeni oblik pridjeva koji nam govori o promjenjivim osobinama onoga što znače

imenice i odgovara na pitanja *kakav, kaka, kakvo* (npr. *sklerotičan* govori o tome kakvu osobinu ima onaj koji je opisan ili ono što je opisano tim pridjevom).

Nastavkom *-ični* tvorimo određeni oblik pridjeva koji se upotrebljava za izricanje stalne osobine predmeta, odnosno kad se određuje između više stvari različitih osobina ona o kojoj se govori i odgovara na pitanja *koji, koja, koje* (npr. *malarični komarac* određenim pridjevom *malarični* točno određujemo o kojem je komarcu riječ, izdvajamo ga iz skupine *komarac*).

Bitno je zapamtiti da je od navedenih imenica pridjeve pravilno tvoriti nastavkom *-ičan/-ični*, a ne nastavkom *-ički*, pa su pridjevi *alergički, malarički, apatički, simetrički, simpatički, sklerotički, endemički...* nepravilni.

I od naziva bolesti *logoreja, seboreja, malarija* i sličnih pravilno je pridjeve tvoriti

nastavkom *-ičan*, dakle, *logorejičan, seborejičan, malaričan*, kada se želi iskazati da je netko obolio od navedenih bolesti, odnosno da je nosilac ili prenosilac te bolesti, npr. *malaričar* kao osoba koja boluje od malarije i *malarični komarac*, komarac koji prenosi malariju. Nepravilno je *logorejički, seborejički, malarički*.

Evo još nekoliko primjera pravilno tvorenih pridjeva s nastavkom *-ični: endemični, a ne endemički školjkaš, epidemični, a ne epidemički tifus, epidermični, a ne epidermički rastni hormon*.

Zaključno, od imenica stranoga podrijetla pridjeve je pravilno tvoriti nastavkom *-ičan*, a ne nastavkom *-ički*.

Pridjevi s nastavcima

-alni i -(ij)ski ili -ni

Normativno se prednost daje pridjevima izvedenima nastavcima *-(ij)ski* ili

-ni. Pridjevi na *-alni* preuzeti su iz engleskoga jezika, a normativno je pravilo da se, ako se već mora posudjivati, posuđuje samo osnovna riječ, a izvedenice se tvore hrvatskim nastavcima, pa je tako normativno bolje tvorena riječ *embrinski*, a ne *embrionalni; multimedijski*, a ne *multimedijalni*.

I na kraju ćemo još upozoriti na jednu važna značenjsku razliku između pridjeva *kožni*, koji znači 'onaj koji pripada koži, koji se tiče kože, koji je namijenjen koži', npr. *kožna bolest, kožni odjel* i pridjeva *kožnat*, koji znači 'onaj koji je izrađen od kože', npr. *kožnat(i) kaput, kožnate cipele, kožnati remen*. Slično *slamnat(i)* znači koji je izrađen od slame, *papirnat(i)* znači koji je izrađen od papira itd.

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

PROVJERITE ZNANJE!

1. U kojem je nizu među pridjevima imenica (zaokružite je)?

- A priznat, modar, provjerен, nesavjesna, čudno
- B nepopravljiva, nesigurni, neuhvatljiv, vjeran, utjecajna
- C djelotvorna, plodonosno, uspješno, plav, modrina
- D kolebljiva, zaboravljeni, važan, tanki, zanimljiv

2. Ispišite pravilan oblik pridjeva.

- A Te kožne/kožnate cipele kupio sam u trgovini nedaleko od kuće. _____
- B Od kožne/kožnate bolesti uspješno se izlječila prije desetak dana. _____
- C U izlogu je najskuplja bila bijela kožna/kožnata torba. _____
- D Sinočni/sinočnji izlazak za nas je bio posve novo iskustvo. _____

3. Navedite oblike pridjeva u muškom, ženskom i srednjem rodu.

- A 'onaj koji se odnosi na želudac' _____, _____, _____
- B 'onaj koji se odnosi na kost' _____, _____, _____
- C 'onaj koji se ne mijenja' _____, _____, _____
- D 'onaj koji se odnosi na embrij' _____, _____, _____

(NAJ) ORIGINALNIJI NAČIN KAKO OBZNANITI TRUDNOĆU



Sanitarna inženjerka iz mog odjela početkom godine išla je na kirurški zahvat u jednu stomatološku ordinaciju i vidjevši тамо u upitniku o zdravlju pogrešno pitanje o HIV-u, kritizirala je medicinskoj sestri loš obrazac i slikala ga. Zamolila sam je da mi dade sliku obrasca, i poslala ju s prijedlogom za poboljšanje kolegama e-poštom, ne opazivši (svjesno) da su na obrascu bili njezini podaci. Koluge su se složili da pitanja treba izmijeniti, pa sam istu e-poruku poslala i voditeljima službi i ravnatelju, da se to raspravi na u širem krugu stručnjaka.

Ubrzo mi inženjerka s početka priče pošalje poruku na mobitel.

- Zadavit ču te!

Bila sam na sastanku kad je poruka stigla i ništa mi nije bilo jasno. Kad sam se vratile, i usmeno je ponovila:

- Zadavila bum te!

Ništa mi nije bilo jasno. Rekla je da pogledam e-poštu koju sam poslala. Prepala sam se da sam nešto krivo napisala, i brzo pogledala u poslanim porukama. Sve je bilo u redu.

- Pogledaj attach.

Pomislih da sam zakvačila krivu sliku, no nije bilo ni to. Uto je došla kolegica iz druge sobe na vrata.

- Stvarno znaš napraviti dobar PR, rekla mi je. I nasmijala se. Inženjerka mi je ponovno otvorila sliku i prstom pokazala na pitanje: Za žene. Jeste li trudni? Ako jeste kada očekujete porod? Bilo je zaokruženo Da, i napisan datum u rujnu 2016.

Protrnula sam. Nitko od nas nije znao, nikome još nije rekla osim suprugu (jer još nije bila kod ginekologa na pregledu), čak niti mami.

Nakon desetak minuta stigla joj je na e-poštu čestitka od kolege s kojim sam se prvo posavjetovala.

Koliko god bila sretna vijest, bilo mi je neugodno što sam napravila nesmotrenost. Kao *harm reduction*, brzo sam poslala voditeljima službi i drugim kolegama e-poruku s objašnjenjem propusta i molbom da ako će koristiti sliku obrasca kao materijal u raspravi, sakriju osobne podatke pacijentice.

Ubrzo je stigao odgovor od jednog voditelja službe:

Već sam proslijedio liječnicima u službi. Inače, uopće nisam prije primijetio tu informaciju.

Ne moram dalje opisivati kako se vijest proširila brzinom svjetlosti. Dobro je da je bilo riječ o sretnoj vijesti, i da je s trudnoćom bilo sve u redu (trudnica iz priče uskoro će roditi dječaka, svog drugog sina). Svima je ova situacija na kraju bila simpatična, no ovu grešku iskoristili smo i kao unaprjeđenje kvalitete rada (drugi put paziti što se šalje e-porukom).

Netko je rekao da sam trudnoću objavila i ECDC-u (Europskom centru za prevenciju bolesti). Jedan kolega je rekao:

- Ovo je najoriginalniji način za prenijeti sretnu vijest. Bolje i to nego da za mjesec dana svi misle kako se zdebelila.

Sve je dobro kad se dobro završi, i glavno da se naša trudnica nije naljutila, a jedan od dokaza je i što je dala suglasnost da ovu (ne)zgodu podijelim s čitateljima Liječničkih novina, i kao prilog ovoj prići poslala svoju fotografiju.

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



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

> OSVRT NA PROMJENU HLK članarine

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr. med., tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

Nedavno je najavljena promjena koncepta izračuna članarine za HLK, koja će od 1. siječnja 2017. godine biti ujednačena za sve članove i iznosit će mjesечно za liječnike koji rade 125 kn, a 60 kn za umirovjenike. Do sada se izračunava prema postotku (0,4, odnosno 0,2%) od plaće. Malo sam istraživala kakva je praksa članarina liječničkih komora u drugim europskim zemljama i našla slijedeće informacije: U **Njemačkoj** je svaki liječnik obavezno član centralnog federalnog udruženja *Medical Council (Bundesärztekammer)*, koje je organizirano i na regionalnoj razini (ima ih 17, Landesärztekammer, Ärztekammern). Članarina ovisi o visini primanja, općenito je to oko 0,5% prihoda, a ovisi i o regionalnoj organizaciji. U **Danskoj** postoji udruženje koje daje liječnicima licencu za rad i koje je pri resornom ministarstvu (u državnom sektoru). Nema članarine, ne prikupljuju bodove za trajnu edukaciju, licenca je trajna, no može se oduzeti ako je liječnik u kaznenom postupku ili sl. Međutim, cijelovitno učenje je važno i kontinuirano se obavlja preko obaveznih i neobaveznih tečajeva i raznih edukacija što uglavnom organiziraju uprave/poslodavac (za to postoji portal na internetu, liječnici imaju svoj profil u koji se edukacije automatski upisuju, a postoje kontrolori kvalitete rada koji kontinuirano provjeravaju). U **Poljskoj** postoji nacionalna liječnička komora (*Naczelną Izba Lekarską, National Doctor's Chamber*) u kojoj liječnici automatski postaju članovi, članarina je jednaka za sve i iznosi mjesечно oko 10 EUR. U **Norveškoj** licencu daje *Helsedirektoratet*, komora je *Den norske legeforening*, članstvo nije obavezno, ali se bez njih praktički ništa ne

može. Daju podršku liječnicima, i svi plaćaju preko njih osiguranje za svoj rad. Članarina varira, u prosjeku iznosi oko 7600 NOK godišnje (preračunato oko 511 kn mjesечно, ali su i plaće oko 5 puta veće!). U **Sloveniji** liječnici su učlanjeni u komoru *Zdravniška zbornica Slovenije*. Članarina se izračunava ovisno o kategoriji i statusu (pripravnik, sekundarac, 3 kategorije specijalizanata, 5 kategorija specijalista, liječnik opće medicine, dentalne medicine), raspon je od 14 do 35 € mjesечно, za umirovjenike koji ne rade 40 € godišnje (plaće su oko 50% veće nego kod nas). Postoje i izuzeća i popusti plaćanja u određenim slučajevima (prvih šest godina specijalističkog staža, djelomična starosna ili invalidska mirovina, roditeljski dopust, duže bolovanje, nezaposleni, financijske teškoće). U **Italiji** liječnik je obavezno član *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri* (engl. *National Federation of Medico-Surgical and Dental Orders*), a godišnja članarina je za sve 160 €. U **Rumunjskoj** je liječnička komora *Colegiul Medicilor Din Romania*, koja zajedno s Ministarstvom zdravlja izdaje licence za rad, upisnina je 10% minimalne plaće, a redovni doprinos se izdvaja članovima svaki mjesec od plaće. U **Estoniji**, registraciju i licenciranje liječnika (kao i medicinskih sestara, doktora dentalne medicine i primatelja), koja je obavezna, obavlja država, *National Health Board* (vladina agencija pod ministarstvom socijalnih poslova). Za registraciju se plaća jednokratna naknada (13 € Estonci, a stranci 195 €). U **Mađarskoj** je liječnik obavezno član *Magyar Orvos Kamara*, koja im ne izdaje licence za rad, jer oni u Mađarskoj mogu raditi kao zdravstveni djelatnici uz odgovarajuću diplomu i obrazovanje. Godišnja članarina

zaposlenog liječnika je 27 800 HUF (oko 90 €), koja je upola manja ako je liječnik u mirovini, na porodiljnem dopustu, ili ne radi u struci. U **Češkoj**, kao i u Njemačkoj, Poljskoj i Slovačkoj, *Česká lékařská komora* uz licenciranje pruža članovima i pravnu pomoć/osiguranje kod obavljanja medicinske djelatnosti. Članstvo je obavezno, a ovisi o kategoriji i statusu (ima ih 7) i kreće se od o Kč (rodiljni dopust, prve dvije godini nakon diplomiranja) do 10 000 Kč (oko 370 €) za kasni upis. Godišnja članarina za liječnika je 2 140 Kč (oko 79 €), za liječnika na vodećim pozicijama i privatnu praksu 2930 Kč (oko 108 €), za umirovjenike koji ne rade 470 Kč (oko 17 €). U **Slovačkoj** je članstvo u *Slovenská lekárska komora* dobrovoljno, ali je registracija obavezna, za koju je naknada 13 € u 2016. godini, isto toliku za obnovu registracije, te 15 € za ažuriranje registra. Godišnja članarina ovisi o kategoriji koja ovisi o dobi i statusu - primjerice za zaposlene liječnike do 30 godina starosti je 30 € (uključuje trošak pravnog osiguranja), za one iznad 30 godina 110 €, za liječnike koji ne rade (umirovjenici, nezaposleni, liječnici koji rade u inozemstvu) 15 € (ne uključuje osiguranja pravne zaštite, no može se doplatiti). U **Ujedinjenom Kraljevstvu** svi liječnici plaćaju upisninu/registraciju (nakon privremene licence i unutar dvije godine od diplomiranja je 200 £ ili 237 €, a za ostale 425 £ ili 504 €) u *General Medical Council* i godišnju naknadu za zadržavanje u evidenciji. Godišnje naknade kreću se od 152 £ (180 €) bez licence do 425 £ (504 €) s licencom, a postoje još i naknade za razne potvrde za specijalizacije i djelatnost opće prakse (kreću se od oko 180 € do 1900 €). Oni koji imaju dohodovni cenzus ispod određenog

praga imaju 50% popusta na neke naknade, a postoji mogućnost povrata poreza za uplaćene naknade, jer je članstvo obavezno i potrebno/korisno za profesionalan rad. U Francuskoj je institucija nadležna za medicinsku praksu *L'ordre des médecins* i registracija je obavezna za sve liječnike koji obavljaju medicinsku djelatnost, godišnja članarina je 330 € (Francuska je po visini liječničkih plaća pri vrhu u svijetu) za 2016. godinu (iznimka su liječnici koji rade samo kao sanitarna pričuva, koji ne plaćaju članarinu te liječnici u prvoj godini rada - osim ako su započeli u zadnjem tromjesečju, oni koji žele biti registrirani iako ne rade te liječnici za koje registracija nije obavezna - vojni liječnici, liječnici koji obavljaju državne administrativne poslove i ne rade s pacijentima, koji plaćaju polovinu članarine).

Iz gornjih primjera vidi se da su organizacije i modeli izračuna članarina liječničkih komora ili sličnih organizacija u Europi različiti. U članku na temu promjene članarine u 150. broju Liječničkih novina navedeni su primjeri Hrvatske odvjetničke komore, Hrvatske komore arhitekata i Hrvatske komore inženjera građevinarstva, kao komora koje imaju više iznose članarine u usporedbi s novom članarinom HLK-a. U Hrvatskoj ima i primjera komora s nižom članarinom. Kao pojašnjenje promjene članarine predsjednik HLK-a rekao je da se ne radi o povećanju, već o ujednačavanju visine iznosa članarine, no novi iznos članarine će dijelu radno aktivnih liječnika biti povećanje od oko 90 do 200 posto, a dijelu umirovljenika i više. Kao razlog promjene navedena je niska uspješnost naplate članarine i nemogućnost kontrole

korektnosti prikazivanja primanja. Ne vidi se kako bi promjena članarine u jedinstvenu imala utjecaja na uspješnost naplate članarine te kako se ne može utvrditi adekvatna članarina u modelu izračuna prema postotku od plaće i kontrola njene naplate, uz centralni obračun plaća, ostale propise i informatizaciju poslovanja. Možda je rješenje da sve ustanove pri obračunu plaća direktno skidaju za Komoru, pa će se time povećati naplata. Novouvedene pogodnosti pružaju svim članovima iste mogućnosti i prava, no neće svi imati jednakе potrebe, slični sustavi uključuju princip solidarnosti i obaveze ovisno o dohotku.

Stoga ostaje otvoreno pitanje je li doista bolji model ujednačavanja članarine u odnosu na izračun prema postotku od plaće ili platnim razredima?

OTVORENO PISMO zadarskih liječnika

**ETIKETIRA NAS SE KAO NEPRIJATELJE DRUŠTVA
ZBOG ČEGA NAS SE UČESTALO NAPADA!**

"Najnoviji fizički napad s teškim posljedicama, na našeg cijenjenog, uglednog i za lokalnu zajednicu izuzetno dragocjenog kolegu **Ivicu Glavana**, i to na radnom mjestu, za vrijeme predanog rada u dežurstvu, izaziva u nama dodatno ogorčenje i jad što smo, kao nezaštićena i diskriminirana struka u društvu, dovedeni na rubnu poziciju s koje nas u tren, u osobni ponor, ima priliku sunovratiti nečija obijest. I pri tom je najmanje važno ima li čin psihološku ili psihijatrijsku podlogu!"

Nije dovoljno da zbog neadekvatnih uvjeta rada, preopterećenosti, potplaćenosti, ponižavanja svake vrste od strane društvenih struktura i pojedinaca, uzima maha iseljavanje visokovrijednih medicinskih stručnjaka; nije dosta što je zbog društvene neutraktivnosti izrazito pala zainteresiranost za školovanjem u ovoj struci; nije dovoljno tragično da mnogi liječnici prerano umiru ne dočekavši mirovinu, najviše uslijed preopterećenosti, stresa i velike odgovornosti u svakodnevnom poslu, već trpimo i fizičko i egzistencijalno istrebljivanje iživljavanjem pojedinaca.

Izražavamo najošttriјi protest što zdravstvena administracija, nadležne hrvatske institucije i svekolika javnost nijemo prati takve do-

gađaj! Slažemo se sa stavom Hrvatske udruge bolničkih liječnika (HUBOL-om) kako se radi o kreiranoj hajci na liječnike koja se intenzivirala namjernim neistinama, protuustavnim odredbama i diskriminirajućim obrascima ponašanja zdravstvene administracije koja se, kao opći obrazac ponašanja, prelila u populaciju, u kojoj sve veći broj pojedinaca etiketira liječnika kao neprijatelja društva iz čega i proizlaze učestali napadi na kolege liječnike.

Podupiremo zahtjev liječnika kojim su od nadležne zdravstvene administracije i tehničke vlade zatražili hitnu zaštitu liječnika, koji su temelj održivosti javnoga zdravstvenog sustava te proglašenje liječništva strukom od posebnog nacionalnog interesa. Tražimo donošenje uredbe vlade sa zakonskom snagom kojom bi se definirale radne obvezе i prava liječnika te priznavanje ostalih posebnosti struke.

Također tražimo poštivanje zakonskih normi i pozivamo poslodavce da osiguraju primjerene radne uvjete i adekvatnu zaštitu zaposlenih."

Predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora - Podružnice Zadar, doc. prim. dr. sc. Petar V. Lozo, v. r., i sve kolegice i kolege, iz Zadra, Splita i Zagreba, sudionici Okruglog stola održanog u Zadru 13. srpnja



PUTA (X) ANA (X) PUTA

Dr. MARČELO ŠTAMBUK, marcelo.stambuk@gmail.com

Zimsko subotnje jutro u otočkoj Hitnoj: vani je vedro, na nebū tek dva, tri čupava, bijela oblačka. Zrak je hladan, „grize“, ali vjetra nema. „Vrime od bure, a bez vitra“ rekli bi otočani. Stojim na parkingu ispred ulaza, nadajući se da će mi hladni zrak potisnuti želju za cigaretom. Prošlo je dva mjeseca i trinaest dana otkako ne pušim. I devet sati.

Od početka smjene i nije bilo nekog ozbiljnijeg posla – samo troje male djece koje su roditelji doveli u Hitnu s onom vječno istom pričom: naša pedijatrica danas ne radi, a maleni (malena) već četvrti dan ima povisenu temperaturu.

„Uh, zebu mi stopala!“ pomislih. „Vrijeme je da se vratim u ordinaciju (koja se zapravo zove *Soba za reanimaciju*).“

I taman kad mi je ruka dotakla kvaku, iza leđa začuh promukli ženski glas.

- Hej, hej, radite li vi danas?

Iza mene je stajala starica od oko osamdeset godina odjevena poput polarnog istraživača. Ispod kapuljače debele bunde stršio je poveći, rumeni nos koji je natkrivao naborane usne, a između njih bi se povremeno ukazalo blještavo bijelo umjetno zubalo.

- Radimo, – odgovorih – mi radimo svaki dan.

- Odlično! A ima li tu koji doktor?

- Ja sam liječnik.

- Vi!? Ne izgledate mi kao doktor.

- Zašto?

- Hm. Ta uniforma ... Takvu crvenu „robu“ nose oni radnici ... Oni što rano dolaze s velikim kamionima ...

- Dobro, dobro. A što vama treba?

- Ajme, doktore, jutros sam primijetila da više nemam jednog lijeka, a moj doktor (izabrani obiteljski liječnik, op. pisca) danas ne radi. Znam, morala sam jučer otići kod njega po recept, ali, gospodine doktore, stara sam i zaboravna ... Povremeno kao da nisam svoja ... Jučer sam mislila kako imam još barem pola kutije. A bez tog lijeka ne mogu. Ako ga ne popijem silno se uzinemirim. Srce mi lupa kao da će iskočiti.

- Kako se zove taj lijek?

- Kako se zove? Nekako čudno, teško mi se sjetiti. Ali kutija je malo bijela, pa malo ...

- Znate li barem prvo slovo imena lijeka?

- Hm, mislim da nema prvo slovo.

- Kako nema prvo slovo?

- Nema. Ma kako se ono zove ...? Uh, sjetit ću se, sjetit ću se ... Inače, uzimam ga ujutro i navečer, a ponekad i noću, kad se probudim i ne mogu zaspasti ...

- Molim vas, uđite. Možda vam u toplom proradi pamćenje.

Uzazimo u ordinaciju. Unutra je toplo, ali starica ne skida kapuljaču, a ruke i dalje drži u džepovima.

- Da nije, možda, *Normabel*?

- Nor ... Ne, ne, nije to!

- *Lorsilan, Praxiten, Helex*?

- Nije, nije ništa od toga. Na vrh jezika mi je ... Zove se nekako *matematički*!

- Matematički!?

- Je ... E, sjetila sam se! Zove se PUTA ANA PUTA!

- *Puta Ana puta*!?

- Da. Baš tako.

- Lijek s takvim imenom ne postoji.

- Kako ne postoji, a ja ga uzimam godinama!?

- Niste vi to dobro pročitali.

- Gospodine doktore, ja jesam stara, ali nisam nepismena. Završila sam osmoljetku s vrlo dobrim! Dajte mi komad papira i olovku!

Zarumenila se još više i napokon ruke izvadila iz džepova. Pružih joj notes i kemijsku olovku. Nakon desetak sekundi vrati mi blokić i pisaljku.

Na prvom listu je drhtavim rukopisom, velikim tiskanim slovima, pisalo:

XANAX.

- *Xanax*!

- Je l' sad vidite da sam u pravu! PUTA - ANA - PUTA! To je to! Uzimam ga od devedeset osme. I ne morate se stidjeti: ja znam da ima mnogo lijekova i za očekivati je da zaboravite kojeg. A ni vi niste više u cvijetu mladosti.

- Imate li *zdravstvenu*?

Zbrinjavanje bolesnika s jetrenim zatajenjem jetrenom dijalizom (MARS®)

Dr. sc. Ivana Mikolašević, dr. med., specijalist interne medicine, Zavod za gastroenterologiju KBC-a Rijeka
ivana.mikolasevic@gmail.com

Danas razlikujemo tri oblika zatajenja jetre: akutno zatajenje (eng. *acute liver failure*; ALF) kroničnu dekompenzaciju terminalne bolesti jetre (eng. *end stage liver disease*) i *acute-on-chronic liver failure* (ACLF). Akutno zatajenje jetre karakterizirano je naglom i masivnom nekrozom jetre (gubitkom velikog broja jetrenih stanica; 80-90%) i ono označava gubitak svih funkcija jetre (sinteteske, metaboličke i ekskretorne), a razvija se tijekom kratkog vremenskog razdoblja. ALF dovodi do razvoja ikterusa, koagulopatije i encefalopatije te je često udružen s višeorganskim zatajenjem i smrtnim ishodom. ALF se uvek pojavljuje bez preegzistentne bolesti jetre. Etiološki čimbenici ALF-a su toksični, virusni, metabolički, vaskularni i maligni. U odraslih su najčešći uzroci lijekovi i virusni hepatitisi. S obzirom na vrijeme pojave encefalopatije, danas razlikujemo hiperakutan ALF koji se razvija tijekom 7 dana (pojava encefalopatije 7 dana od pojave prvih simptoma), akutan koji se razvija za 8-28 dana (pojava encefalopatije 8-28 dana od pojave prvih simptoma) i subakutno zatajenje jetre koje se razvija tijekom 8-12 tjedana (pojava encefalopatije unutar 8-12 tjedana od pojave prvih simptoma). No, bitno je istaknuti da je najvažniji prognostički čimbenik etiologija ALF-a, a ova podjela slabo korelira s prognozom bolesti i hiperakutno zatajenje jetre (najčešće uzrokovano paracetamolom ili ishemijom) može imati bolju prognozu od subakutnog zatajenja jetre. Utvrđivanje etiologije ALF-a važno je ne samo kao prognostički čimbenik, već i zato jer poznavanje etiologije utječe na primjenu specifičnog liječenja.

Zavisno o uzroku ALF-a, u oko trećine bolesnika možemo djelovati konzervativnim mjerama liječenja, no u mnogih je bolesnika transplantacija jetre jedina koja omogućuje preživljjenje. ACLF je pojam koji označava akutno pogoršanje jetrene funkcije u bolesnika s od ranije poznatom ili nepoznatom kompenziranom cirozom jetre. Posljednjih godina velika se pozornost posvećuje terminu ACLF koji je prepoznat kao zaseban oblik zatajenja jetre udružen s od preje poznatom ili nepoznatom kompenziranom cirozom jetre. Praćen je visokom smrtnošću bez takozvanih *liver support system devices* i/ili transplantacije jetre. Prema definiciji radne grupe Američkog (eng. *American Association for the Study of Liver Disease* – AASLD) i Europskog udruženja za bolesti jetre (eng. *European Association for the Study of the Liver* – EASL), ACLF se označava kao akutno pogoršanje preegzistentne kronične bolesti jetre, najčešće povezane s nekim precipitirajućim faktorom i udružene s visokim tromjesečnim mortalitetom zbog multiorganskog zatajenja. Kronična jetrena

insuficijencija javlja se u kontekstu ciroze jetre različitih uzroka, a najčešće kao posljedica kroničnog etilizma, kronične hepatitis B i C virusne infekcije, autoimunih bolesti jetre i nealkoholnog steatohepatitisa. Tijekom zatajenja jetre (bilo kojeg uzroka) dolazi do nakupljanja brojnih hidrofobnih (hidrofobne žučne kiseline, nekonjugirani bilirubin, prostaciklin itd.) i hidrofilnih (amonijak, laktati, konjugirani bilirubin, aromatske aminokiseline) tvari u organizmu. U liječenju bolesniku s zatajenjem jetre danas koristimo farmakološke i druge konzervativne i suportivne metode, transplantaciju jetre, a kao „most“ do transplantacije ili kao konačna metoda liječenja dostupni su nam takozvani „*liver support system devices*“ ili aparati za „dijalizu jetre“ (MARS® i Prometheus®).

Nadomeštanje jetrene funkcije

U sklopu zbrinjavanja bolesnika s jetrenim zatajenjem tijekom infektivnih bolesti (akutni fulminantni hepatitis, multiorgansko zatajenje tijekom sepse te trovanje gljivama), akutnog zatajenja jetre uzrokovanih lijekovima i hepatotoksinitima te akutnog zatajenja jetre u sklopu autoimunih i metaboličkih bolesti jetre, kao i zatajenja jetre u sklopu akutizacije kronične bolesti jetre (eng. *acute on chronic liver failure*, ACLF) na Klinici za internu medicinu KBC-a Rijeka dostupan je jedan od potpornih jetrenih uređaja koji služi za nadomeštanje jetrene funkcije postupkom hemofiltracije. Provodi se tzv. MARS (eng. *Molecular Adsorbents Recirculating System*) postupkom u trajanju od tri dana (pojedini tretman traje 8 sati). U tom vremenu se bolesnik upućuje na transplantaciju ili se čeka poboljšanje jetrene funkcije. Cilj je stabilizirati pacijenta sa zatajenjem jetre dok se čeka na njezin oporavak ili da donirani organ bude dostupan. Kod nekih bolesnika sa zatajenjem jetre „jetrena dijaliza“ može predstavljati završno liječenje, dok kod drugih služi kao „most“ do transplantacije jetre. Ovaj postupak omogućuje odstranjivanje tvari vezanih na vodu i proteine. Njime se istovremeno provodi „jetrena dijaliza“ i „bubrežna dijaliza“, što je važno za bolesnike s jetrenim zatajenjem, budući da oni često razvijaju i bubrežno oštećenje - hepatorenalni sindrom. Konačno, istovremenom primjenom „jetrene“ i „bubrežne“ dijalize omogućuje se i otklanjanje dijela prouparnih citokina u sklopu sindroma sustavnoga upalnog odgovora kakav vidamo kod ovih bolesnika. Jetrena dijaliza (MARS sustav) je dostupna, osim u KBC-u Rijeka i na Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“.



MARS sustav. Desno je MARS-Flux filter, u sredini su kolone ugljena (nevezani aktivni ugljen – diaMARS AC 250) i anionskog izmjenjivača – smoile (diaMARS IE 250), a lijevo diaFlux filter s niskoprotočnom membranom koji se nalazi na Prismaflex monitoru.

Kao što je već navedeno, inicijalno tijekom zatajenja jetre dolazi do nakupljanja brojnih hidrofobnih tvari (hidrofobne žučne kiseline, nekonjugirani bilirubin, prostaciklin itd.) i hidrofilnih tvari (amonijak, laktati, konjugirani bilirubin, aromatske aminokiseline).

Princip rada MARS sustava

Žučne kiseline su dobar primjer hidrofobnih molekula vezanih za albumine, koje se nakupljaju u slučaju zatajenja jetre bilo koje etiologije. U visokim koncentracijama one djeluju citotoksično i nakupljajući se u hepatocitima izazivaju njihovu apoptozu i nekrozu, dok povišene plazmatske koncentracije žučnih kiselina uzrokuju pruritus. Dijalizom je moguće odstraniti tvari koje nisu vezane za proteine (hidrofilne tvari), dok one vezane za proteine (albumine) nije moguće odstraniti postupcima klasične dijalize bilo pomoću intermitentnih ili kontinuiranih metoda. S druge strane, s pomoću metoda „albuminske dijalize“ postiže se balans i hidrofobnih tvari. U MARS sustavu krv se dijalizira preko membrane koja nije propusna za albumine i molekule s molekulskom masom većom od 60 kD, odnosno preko MARS-Flux filtera prenose se tvari topive u vodi i one vezane na proteine. Humani serumski albumini kontinuirano se „čiste“ naknadnim prolaskom kroz kolone ugljena (nevezani aktivni ugljen – diaMARS

AC 250) i anionskog izmjenjivača – smoile (diaMARS IE 250). DiaMARS AC 250 uklanja male molekule nepolarnih spojeva, a diaMARS IE 250 uklanja molekule iona (bilirubin). Tvari koje su topive u vodi (npr. amonijak, ureja, kreatinin) odstranjuju se prolaskom kroz drugi filter koji sadržava niskoprotočnu membranu (efektivne površine $1,8\text{m}^2$), dodatno se postiže regulaciju tjelesnih tekućina, elektrolita i acidobaznu ravnotežu, a istovremeno se albumini ne gube (slika).

Indikacije za primjenu jetrene dijalize (MARS)

Indikacije za primjenu sustava za potporu jetrene funkcije kao što je to MARS uključuju akutno zatajenje jetre, akutno pogoršanje otprije poznate ili nepoznate kompenzirane bolesti jetre, te dekompenziranu cirozu jetre. Ovaj sustav možemo primijeniti kod bolesnika s dekompenziranim cirozom jetre ako se ovo stanje dodatno komplikirana s progresivnom žuticom (bilirubin $>250\mu\text{mol/L}$ koja ne reagira na standardnu terapiju nakon tri dana), jetrenom encefalopatijom stadija 3 (somnolencija do stupora) ili stadija 4 (koma), te bubrežnim zatajenjem (hepato-renalni sindrom).

Također, jetrenu dijalizu možemo primijeniti u slučaju kolestatskih bolesti jetre koje su karakterizirane intraktabilnim pruritusom.

ZAKLJUČAK

Primjenom trenutno dostupnih *liver support system devices* učinkovito se uklanjaju tvari vezane za proteine, kao i one topive u vodi. Primjena povoljno djeluje na smanjenje encefalopatije i hiperbilirubinemije te na poboljšanje bubrežne funkcije kod bolesnika s kroničnom dekompenziranim cirozom jetre. Također, smanjuje pruritus kod bolesnika s kolestatskim bolestima jetre. No, s obzirom na nedostatak većih, randomiziranih i kontroliranih istraživanja, za sada možemo reći da nema dovoljno dokaza da povećava „*transplant free survival*“. U dijela bolesnika s ALF-om i ACLF-om može poslužiti kao „most“ do transplantacije. S druge strane, u dijela bolesnika s ACLF-om i ALF-om može poslužiti kao potporna terapija do oporavka vlastite jetre. Svakako, kod bolesnika s ACLF-om i onih s ALF-om, ako se nakon tri tretmana s MARS-om tijekom tri dana ne oporavi jetrena funkcija, svakako treba razmotriti mogućnost transplantacije jetre. Daljnja istraživanja i tehnološki napredak pomoći će nam da razvijemo tehnologiju koja će utjecati i na imunološki sustav bolesnika sa zatajenjem jetre. Danas još jedino transplantacija jetre omogućava izlječenje velikog broja bolesnika s ALF-om, ACLF-om i onih s kroničnom dekompenziranim cirozom jetre.

Humanitarac i politički sumnjivac u svim državama

Liječnik koji danas ima ulicu u Zagrebu

Piše: Ivica Vučak



Dr. LUJO NALETILIĆ

(Mostar, 28. 10. 1896. - Zagreb, 2. 5. 1972.)

Teška upala pluća u srednjoškolskim godinama zbog koje mu je u roditeljski dom liječnik morao dolaziti iz tridesetak kilometara udaljenog Mostara, možda je bila klica njegove kasnije odluke o izboru profesije.

Najdulja ulica novozagrebačkog naselja Reemetinca imenovana je 1996. godine po dr. Lui Naletiliću koji je u njoj, u kući broj 2, živio od 1937. i u njoj imao svoju liječničku ordinaciju.

Djetinjstvo i školovanje

Roden je u Mostaru u obitelji Cvjetka i Jelke Naletilić rođ. Benco, a poslije su živjeli u selu Lise. Teška upala pluća u srednjoškolskim godinama zbog koje mu je u roditeljski dom liječnik morao dolaziti iz tridesetak kilometara udaljenog Mostara možda je bila klica njegove kasnije odluke o izboru profesije. Pripadao je generaciji mladića čije je gimnazijsko školovanje bilo prisilno prekinuto izbijanjem svjetskog rata i unovačenjem u austrougarsku vojsku. U prvom razdoblju bio je na Rabu, a poslije u Mađarskoj.

Sedmi razred gimnazije 1914/1915. završio je u Gospicu. Nakon završenog pripravnoga tečaja za učenike „koji su s uspjehom svršili u školskoj godini 1914/1915. pretposljednji razred, a u školskoj godini 1915/1916. bili u vojničkoj službi“, izašao je 21. lipnja 1916. na ispit zrelosti. Dobio je ocjenu „zreo većinom glasova“ za pohađanje sveučilišnih nauka. Zatim je vraćen u vojsku do 1918.

Temeljem odredbe po kojoj se svima vojnim obveznicima maturantima odobrava upis na fakultet zatražio je dopust i na novootvorenome Liječničkom fakultetu u Zagrebu studirao od 4. siječnja 1918. do 13. listopada 1921. Primao je stipendiju Hrvatskog društva „Napredak“ u Sarajevu od prvog do četvrtoga semestra, a u petom je primao stipendiju hercegovačke Zemaljske vlade od 5000 kruna godišnje.

Nakon prvog strogog ispita položenoga u

Zagrebu 29. srpnja 1921. nastavio je, od zimskog semestra 1921/1922. do ljetnog semestra 1923. studij medicine u Beču, primajući godinu dana državnu stipendiju. U Beču je položio drugi (13. lipnja 1923.) i treći strogi ispit (31. ožujka 1924.) te promoviran 7. travnja 1924.

Od svibnja 1924. stažirao je u Državnoj bolnici u Sarajevu, a 1925. proveo je pet tjedana na vojnoj vježbi u Oficirskoj školi u Sarajevu.

Do pacijenata i na konju

U listopadu 1925. imenovan je kotarskim liječnikom u Duvnu. Želja mladog liječnika za radom u zabačenom gradiću na tisuću metara nadmorske visine, u jednom od onih mesta u kojima su činovnici služili uglavnom po kazni, budila je sumnju u Ministarstvu narodnog zdravlja u Beogradu na moguću političku misiju. Ujedno je dr. Naletilić bio i kotarski liječnik u Posušju (kotar Ljubaški), kamo je putovao jednom tjedno radi ambulante. Honorarno je, od 29. listopada 1925. do 23. listopada 1928., bio liječnik Okružnog ureda za osiguranje radnika. Na potezu od 90 kilometara, od Mostara do Duvna, nije bilo uopće zdravstvene službe. Bilo je dana koje je čitave provodio pješačeći ili jašući na konju do pacijenata preko snježnih planina i vrleti. U nekim je prigodama morao bježati pred vukovima koji su u čopori ma zavijali po šumama. Radeći u teškim okolnostima imao je pred očima djelo „oca Hercegovine“ fra Didaka Buntića koji je hercegovačke seljake opismenjavao i upućivao u naprednije voćarstvo i poljodjelstvo, poticao uzgoj i pravedniji otkup duhana, navodnjavanje poljâ i izgradnju

putova, a u godinama gladi tijekom Prvoga svjetskog rata osigurao u Slavoniji i Srijemu prihvat i smještaj za oko 17.000 glađu ugrožene hercegovačke djece.

Dr. Naletilić je bio u deputaciji Duvnjaka koja se uputila u Beograd tražeći, u prigodi obilježavanja 1000. obljetnice stvaranja hrvatskog kraljevstva, preimenovanje Duvna u Tomislavgrad, što je kralj Aleksandar i odobrio 1925. godine.

Državni stručni ispit položio je u Beogradu 1928. godine.

Kao član Hrvatske seljačke stranke predvodio je u kolovozu 1928. Duvnjake na pogreb Stjepana Radića u Zagrebu, a po povratku dočekao ga je dekret o otpustu iz državne službe.

Liječnik pred vratima Zagreba

Javio se u studenom 1928. na natječaj za liječnika Uzadružene zdravstvene općine Sv. Klara sa sjedištem u Remetincu. Činile su je općina Stupnik (kotar Samobor), općina Odra (kotar Velika Gorica) i općine Sv. Klara, Brezovica i Remetinec (kotar Zagreb). S njim je u novu sredinu doputovala i supruga Slavka Lovrić, rođena 4. kolovoza 1906. u Tuzli, s kojom se vjenčao 5. listopada 1927. u stolnoj crkvi u Sarajevu.

Siromašniji seljaci gotovo nisu tražili liječnika, a bogatiji su odlazili renomiranim liječnicima u Zagreb. Prvi pacijenti bili su mu Romi, čije se veliko naselje prostiralo južno od Save. Oni nisu imali novaca za posjet privatnim ordinacijama u Zagrebu, a žandari koji su stražarili na mitnicama nisu im dopuštali ulazak u grad. Postupno su u njegovu ordinaciju dolazili i bolesnici ne samo iz Velike Gorice, Jaske i Samobora nego i iz bivših kotareva Pisarovina, Sv. Ivan Zelina, Dugo Selo, pa i iz Zagorja. Obavljao je male kirurške zahvate, sanirao prijelome kostiju, vadio zube, vodio trudnoće i porode, ponekad morao učiniti i kraniotomiju. Na suzbijanju zoonoza, endemski prisutnih u selima južno od Save, surađivao je dr. Franom Mihaljevićem iz Zarazne bolnice u Zagrebu. Pregledavao je i cijepio školsku djecu, obavljao zdravstveni nadzor škola, trgovina i gospodarstvo. Sudjelovao je u tečajevima, predavanjima i filmskim projekcijama koje su provodili Higijenski zavod i Škola narodnog zdravlja. Organizirao je izgradnju zdenaca drže-



Obitelj i prijatelji na promociji kćeri Ognjane na Medicinskom fakultetu 1968.

ći da se protiv tifusa i dizenterije uspješnije bori zdravom i čistom vodom za piće nego lijekovima.

Pri utemeljenju Sekcije Savske banovine Udruženja općinskih liječnika Jugoslavije 30. siječnja 1932. u Zagrebu izabran je zamjenikom člana odbora. Pristupio je Zboru liječnika 1933. Od 1934. bio je ugovorni liječnik Središnjeg ureda za osiguranje radnika (SUZOR) za područje bivše uzadružene zdravstvene općine Sv. Klara.

Nije glasovao na izborima u vrijeme diktature generala Pere Živkovića premda je znao da slijedi kazna – otpuštanje iz službe ili premještaj. Njegov premještaj u Pakračku Poljanu ban je opozvao na zahtjev delegacija pacijenata koja je u Banske dvore donijela listu s više tisuća potpisa žitelja upravnih općina Stupnik, Brezovica, Sveta Klara i Odra. Slično tome je ban Banovine Savske dr. Ivo Perović, primivši predstavku žiteljstva, opozvao je Naletilićev premještaj iz Remetinca u Markuševcu.

U kući napravljenoj 1937. u Blatu, u kojoj je živio sa suprugom i tri kćeri. imao je i ordinaciju. U njoj je nastavio raditi i po izbijanju rata. Tu je skrivao nekoliko dana 1941. godine istaknutog komunista Ivan Krndelja, rođenoga u Bliznacima pokraj Mostara,

poslije zatvorenog u Kerestincu, kojega su ustaške vlasti strijeljale su 17. srpnja 1941. na Dotrščini u Zagrebu. Neko je vrijeme u Naletilićevoj kući stanovaо njemački časnik, zapovjednik jedinice koja je čuvala Savski most. Ponekad su, uz redovite pacijente u čekaonici, sjedili njemački vojnik iz nedaleke mitnice na južnom ulazu u grad i oboljeli partizan koji se zbog liječenja skrivaо u svom selu u okolici. Vojnu dužnost u trajanju od četiri tjedna u Glavnoj vojnoj bolnici u Zagrebu dr. Naletilić je 1942. obavljao bez vojničkog čina i u civilnom odijelu. Zbog dezertiranja s 15-dnevne vojne vježbe u Lukavcu u Bosni dospio je 1943. godine pred vojni sud, ali je općom amnestijom pomilovan. Odazvao se velikoj akciji spašavanja partizanske djece iz logora koju je predvodila gđa Diane Obexer Budisavljević, supruga predstojnika Kirurške klinike u Zagrebu prof. Julija Budisavljevića. Iz Dječjeg prihvatališta u Zavodu za odgoj gluhotnjem djece u Zagrebu primio je 22. listopada 1942. „na odgoj i opskrbu“ u svoju obitelj sedmogodišnjeg dječaka. Dokument o predaji Radovana Žigića iz Nove Krivaje kod Virovitice u skrb dr. Naletiliću potpisao je prof. Kamilo Bröslér, nadstojnik Odsjeka brige za obitelji i djecu Odjela družtvovnog osiguranja,

zaštite i skrbi Ministarstva udružbe NDH. Radovan je u novoj obitelji ostao do svoje 15. godine kada je, nakon svršetka rata, po njega došao stric i odveo ga u njihovo selo.

Početkom svibnja 1945., nakon svršetka rata i promjene države, bio je Naletilić uhićen pod optužbom „suradnje s okupatorom“. Rekviriran mu je, i nikad nije vraćen, automobil „Mercedes 170 V“ što ga je, kupljenog pred sam početak rata, čuvao tijekom čitavog rata, konzerviranoga i sakrivenoga u slami. Naletilić je odveden u logor na Kanalu u Zagrebu (dio grada na kojem je sada Autobusni kolodvor), a od većeg stradanja spasio ga je njegov brat Stanko Naletilić, general JNA. Nastavio je raditi u svojoj ordinaciji, jer nije bio otpušten iz službe, no bez naknade „zbog budžetskih nemogućnosti“. Njegova deportacija iz Remetinica u Hercegovinu 1946. godine spriječena je prikupljanjem više tisuća potpisa.

Poslije je Naletilić postao namještenik Gradske poliklinike kotara Zagreb. Radio je i u Domu zdravlja željezničara. Reor-

ganizacijama službe opće medicine u Zagrebu uključen je u Dom zdravlja „Donji grad“ pa Dom zdravlja „Trnje“. Zdravstvena stanica „Remetinec“ formirana je 1955., a iz nje je izrastao Dom zdravlja „Remetinec“.

U znak priznanja dugogodišnjem požrtvovnom radu na razvitku i unaprjeđenju zdravstvene zaštite te izobrazbi liječnika opće medicine, predao je dr. Danimir Bartolović, ravnatelj DZ-a „Remetinec“, 26. listopada 1970. umirovljenome Naletiliću Povelju počasnog člana Udruženja liječnika opće medicine Jugoslavije.

Zbog srčanih poteškoća Naletilić je zadnjih godina odlazio u Opatiju, a umro je u 76. godini. Poštujući pokojnikovu želju, prijatelji su, umjesto za vijence, dali prilog humanitarnim ustanovama. U ime djelatnika DZ-a „Novi Zagreb“ predložio je 15. ožujka 1993. dr. Krešimir Hunski davanje Naletilićevoga imena ulici u kojoj je niz desetljeća radio, što je 1996. i prihvaćeno, u prigodi stote obljetnice njegova rođenja.



Maturant Naletilić (sjedi) u vojničkoj odori 1916. godine

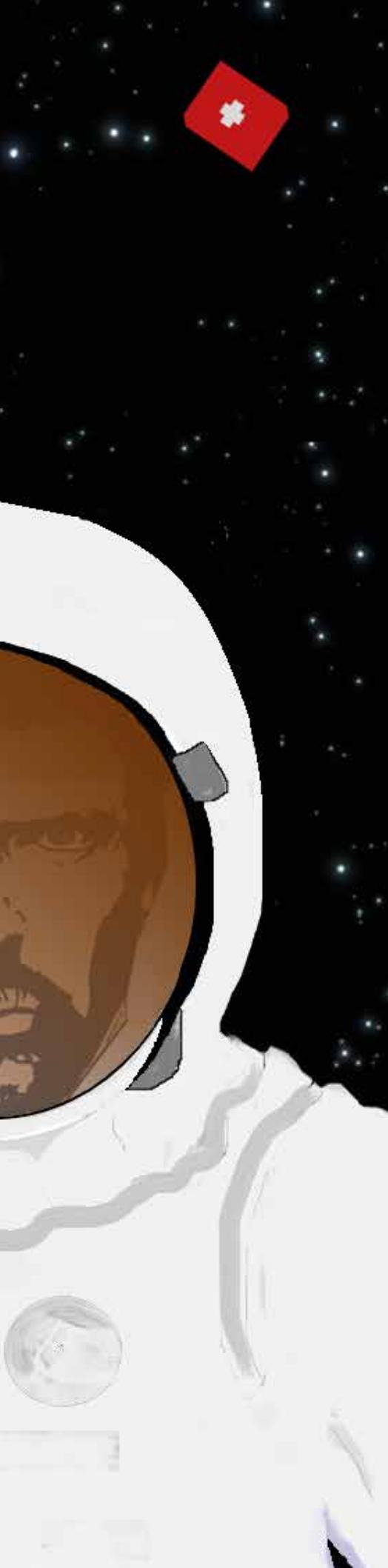
ŽIVOT JE PUTOVANJE.
UŽIVAJTE U VOŽNJI...

BILO GDJE U SVIJETU.

Last minute
RENT A CAR

Medicina u svemiru

Piše: Branimir Krtalić, stud. med.



Prošlo je tek malo više od pola stoljeća otako je Yuri Gagarin postao prvi čovjek u svemiru. Danas su radovi na razvoju tehnologije potrebni za ostvarenje svemirskog turizma, kolonizacije Marsa i sličnih ideja, već u punom zamahu. Pokretači i glavni promotori takvih ogromnih pothvata su ekscentrični milijarderi poput Richarda Bransona i Elona Muska. Osim proizvodnje prikladnih letjelica, druge važne prepreke o kojima se u medijima govori su pronalazak planeta s uvjetima pogodnjima za život i sama (ne)mogućnost prosječne osobe da si sve to priušti. U svemu tome možda se prerijetko postavlja bitno pitanje – što će dugoročni boravak u uvjetima toliko različitima od Zemlje učiniti ljudskom tijelu i umu? Nekoć egzotična problematika koja prosječnu osobu, pa ni prosječnog liječnika, nije budila noću postaje sve značajnija i za medicinsku struku i za one koji se zamišljaju kako jednog dana poput Gagarina uživaju lebdeći u svemiru i gledaju Zemlju iz potpuno nove perspektive.

Odlazak sa Zemlje

Prepreka koje se moraju svladati za uspješan odlazak u svemir ne nedostaje. Prije svega, vlada ili privatne tvrtke trebaju posegnuti duboko u džep. Sudeći po izvještajima NASA-e, prosječna svemirska misija košta oko 1,5 milijardi dolara. Nadalje, samo visokoobrazovani kadrovi se razmatraju za obavljanje kompleksnih poslova na svemirskim letjelicama, pa valja i pribaviti jedan, ako ne i dva doktorata iz područja poput medicine i strojarstva. Osim toga, tu je i „sitni“ problem uspješnog završetka zahtjevnog dvogodišnjeg obučavanja za astronaute. U hipotetskom

trenutku kada su sve te prepreke uspješno svladane, sljedeći je veliki problem u izvedbi svemirskog putovanja ekstremno velike linearne sile koje djeluju zbog ubrzanja pri polijetanju ili zbog usporenenja pri slijetanju. Sile ubrzanja mogu biti i do 9 puta veće od Zemljine sile teže i traju po nekoliko minuta, što najviše utječe na najpokretljiviji dio našeg tijela – krv. Pri sili 9 puta većoj nego na Zemlji, tj. sili od 9G, velike bi se količine krvi premjestile u noge pri stojećem ili sjedećem položaju, uzrokujući tako gubitak svijesti kroz nekoliko sekunda. Nakon dužeg trajanja takvog stanja, što je i slučaj s uzletom svemirske letjelice, nastupila bi smrt. Kako su inženjeri doskočili ovom problemu? Tako što se nasloni sjedala mogu prilagoditi kako bi se sila ravnomjerno rasporedila, pri čemu astronauti osjećaju silu od „samo“ 3G, što je ipak podnošljivo za osobu treniranu za ovakve, specifične uvjete. S druge strane, potrebno je usporavati kroz putanju od preko 15 000 kilometara kako bi se izbjegle sile usporavanja zbog kojih bi se velike količine krvi slike u intrakranijske krvne žile. Fiziološki otpor povećanju tlaka u tim žilama pruža cerebrospinalni likvor, ali s porastom negativnih G eventualno bi došlo do rupture intracerebralnih žila i kobnih posljedica.

Bestežinske poteškoće

Nasuprot uobičajenom vjerovanju da u svemirskim letjelicama nema sile teže, okolna nebeska tijela i dalje privlače putnike, ali jednakoprivaže i letjelicu, zbog čega dolazi do tzv. bestežinskog stanja. Ako se radi o kratkom boravku u takvim

uvjetima, ne postoje veće posljedice po tijelu, mogu se javiti mučnina, premještanje tjelesnih tekućina i smanjenje fizičke kondicije uslijed smanjene fizičke aktivnosti. Mučnina traje samo nekoliko dana, a mogući mehanizam nastanka jest manjak proprioceptivnih signala koji se inače registriraju u centru za ravnotežu zbog sile teže. U bestežinskom stanju nema normalnog hidrostatskog tlaka pa se tjelesne tekućine poput krvi preraspodjeljuju iz nižih dijelova tijela u više. Povećanje intrakranijskog tlaka uslijed preraspodjele tekućine mogući je uzrok i promjenama poput edema papile vidnog živca zbog kojih su opažene smetnje vida tijekom dugotrajnih letova. Najčešće se javlja dalekovidnost. Zanimljivo je da iz nepoznatog razloga smetnje češće nastaju u desnom oku nego u lijevom i da su muškarci češće pogodjeni nego žene. Uz povišenje intrakranijskog tlaka navode se kao drugi mogući uzroci smetnjama vida i izloženost povećanoj koncentraciji CO₂ te povećan unos soli hranom. Ponuđeni time istraživači u NASA-i započeli su potragu za neinvazivnim metodama mjerjenja intrakranijskog tlaka, od čega korist imaju i „prizemljeni“ bolesnici, npr. oni oboljeli od hidrocefala. Neinvazivnim mjerjenjem izbjegava se neugodno mjerenje putem intraventrikularnog katetera. Zasad je u kliničkim studijama najveću točnost pokazala tehnologija temeljena

Boravak u bestežinskom stanju za sobom nosi brojne posljedice po ljudski organizam: dolazi do premještanja tjelesnih tekućina zbog čega raste intrakranijski tlak, pojave mučnine, smanjenja volumena krvi i mase eritrocita, pada mišićne snage, osteoporoze...

na ultrazvuku, TDTD (*Two-Depth Transorbital Doppler*). Donekle je slična sfigmomanometru, uobičajenom tlakomjeru. Primjenjujući pritisak na meko tkivo oko očiju istovremeno se Doppler ultrazvukom mjeri protok krvi u intrakranijskom i ekstrakranijskom odsječku *a. ophthalmice*. Jednak protok u tim odsjećima sugerira kako je tlak kojim djelujemo izvana jednak intrakranijskom tlaku. Zapaženo je kako se s produljenim boravkom u bestežinskom stanju smanjuje volumen krvi i mase eritrocita, pada mišićna snaga i maksimalan srčani rad te nastaje osteoporoza zbog gubitka kalcija, fosfata i koštane mase; sve redom promjene slične onima opaženim kod nepokretnih bolesnika. Po povratku astronauta na Zemlju se najbolje vide posljedice ovoga tzv. dekondicioniranja te su potrebni mjeseci rehabilitacije da se povrati puna radna sposobnost. Gubitak koštane mase predstavlja ozbiljan rizik od frakturna, posebno u slučaju hitnog prizemljenja letjelice. Čak ni intenzivno svakodnevno vježbanje tijekom boravka u be-

stežinskim uvjetima nije potpuno spriječilo navedene promjene, što je navelo znanstvenike na pokušaj razvoja umjetnog gravitacijskog polja unutar letjelice. To bi se postiglo smještanjem astronauta sat vremena dnevno u centrifugu, stroj koji se brzo rotira oko središnje osi pri tom proizvodeći silu od 2 do 3 G. Jednostavnija je i jeftinija alternativa koja se trenutno ispituje jednaka liječenju osteoporoze: korištenje malih doza bisfosfonata profilaktički uz pravilnu prehranu i redovito vježbanje, što zasad pokazuje ohrabrujuće rezultate. Ipak, time se ne rješavaju drugi problemi poput smanjenja maksimalnog srčanog rada.

Zrak i zračenje u vakuumu

Prikladan sastav zraka unutar letjelice je ključan, osobito na dugotrajnim letovima. Potrebno je postići delikatnu ravnotežu između CO₂ i O₂ koja neće našteti astronautima. U prošlosti se koristila atmosfera od čistog kisika pri tlaku od 260 mmHg, što je uzrokovalo dva velika





problema. Prvi je bio povišenje rizika od požara, a drugi su plućne atelektaze. Naime, u slučaju začepljenja bronha mukoznim čepom brže će doći do resorpcije čistog kisika nego mijesanog zraka, pa se danas dodaje i dušik kako bi omjeri plinova u zraku bili sličniji onima na Zemlji. Nositi dovoljno zraka za višemesečne letove nije praktično pa se nastoji pronaći povoljan način recikliranja zraka u letjelici. Predloženi modeli su elektroliza vode za dobivanje kisika i korištenje algi koje bi stvarale kisik u procesu fotosinteze, ali potpuno zadovoljavajući sustav još nije konstruiran. Na ISS-u (*International Space Station*) se trenutno koristi model elektrolize vode koji se napaja strujom dobivenom iz solarnih ploča veličine nogometnog terena. Opasnost od zračenja je također velika glavobolja za NASA-u. Izračunano je da bi i najkraći izlet do Marsa rezultirao zračenjem ekvivalentne doze od 0,66 sieverta, a duži boravci bi bili katastrofalni zbog kumulativnog oštećenja i zbog iznimno visokog rizika od karcinogeneze. Za usporedbu, normalna dnevna radijacijska doza na Zemlji iznosi 10 mikrosieverta zahvaljujući Zemljinom magnetskom polju i atmosferi koji propuštaju minimalne doze Sunčevog ionizacijskog zračenja. Trenutno se istražuje novi materijal – hidrogenirani BNNT (*boron nitride nanotubes*) koji odlično upija zračenje, a dovoljno je lagan i fleksibilan da se od njega može napraviti svemirsko odijelo.

Psiha svemirskih putnika

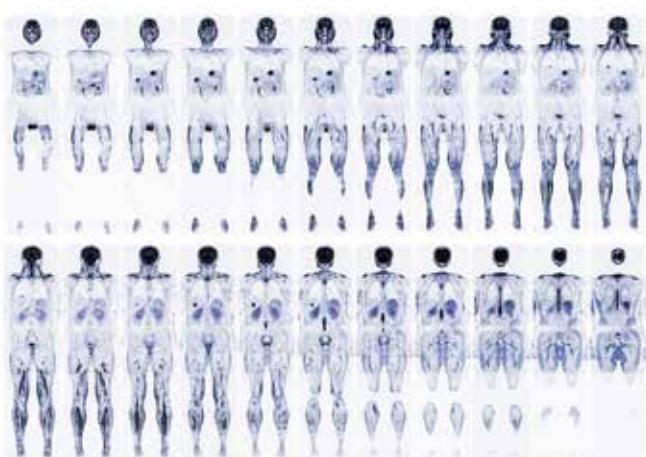
Mnogostrukе su implikacije višegodišnjeg interplanetarnog leta. Provoditi 24 sata dnevno s istom skupinom osoba u razmjerno skućenom prostoru može imati razne negativne posljedice. Tijekom 2010. i 2011. godine u Rusiji je izведен eksperiment u kojem je šest dragovoljaca zatvoreno u simulacijsku letjelicu na 17 mjeseci, koliko bi mogao trajati put do Marsa; četvero osoba pokazalo je određene psihičke promjene. Jedna osoba je razvila blagu depresiju, druga je imala smanjenu pozornost zbog kronične neispavanosti, treća je počela učestalo dirijemati u vremenu predviđenom za budnost, a četvrta se nekako privikla na 25-satni cirkadijani ritam, zbog čega je svakih 12 dana bila u raskoraku s ostatkom posade, što se tiče budnosti i sna. Unatoč pažljivom probiru, nije moguće isključiti veliku interindividualnu razliku kada je u pitanju podnošenje dugotrajne izolacije. Psihosocijalni

Psihosocijalni stresori u svemiru su brojni: astronauti su pod povećalom javnosti i prati se svaki njihov korak, izolirani su od zbivanja na Zemlji i odvojeni od svoje obitelji

stresori su brojni. Astronauti su pod povećalom javnosti i prati se svaki njihov korak, izolirani su od zbivanja na Zemlji i odvojeni od svoje obitelji. Dovoljno je samo pomisliti kako se osjećao Mike Fincke, donedavni rekorder po duljini trajanja boravka u svemiru, koji je propustio rođenje vlastitog djeteta ili njegov kolega Daniel Tani kad su mu sa Zemlje javili da mu je majka poginula u prometnoj nesreći.

Velika je uloga osoblja zaposlenog u kontroli leta koje rješava neizbjegljive konflikte i smanjuje tenzije među članovima posade. Međutim, vrijeme potrebno da poruka stigne od Zemlje do Marsa iznosi nekoliko minuta, onemogućujući komunikaciju u realnom vremenu. U takvim uvjetima usporene komunikacije sa Zemljom, posada bi bila više-manje prepuštena sebi kad je u pitanju rješenje sukoba. Zanimljiva ideja je stvaranje softvera koji bi uočio suptilne promjene u izrazima lica i sugerirao moguća rješenja za smirivanje situacije.

Jedna od poteškoća svemirskog letenja s kojom se mogu poistovjetiti i medicinari je manjak i loša kvaliteta sna, što je također štetno za sveukupno mentalno zdravlje čovjeka. Naime, astronauti tijekom misija spavaju dva sata manje nego na Zemlji, unatoč uzimanju lijekova za spavanje. Uzrok se može pripisati poremećaju cirkadijanog ritma zbog promjenjivih uvjeta osvjetljenja, buci uređaja i ventilatora te zadacima koji često iskrsnu u vremenu predviđenom za spavanje. Nedostatno spavanje zapravo počinje već tijekom poslijednjeg treninga tri mjeseca prije polijetanja, što upućuje na neke dodatne mehanizme nesanice. Ipak, nije sve tako crno kad su u pitanju psihološki fenomeni svemirskog leta - pri povratku na Zemlju putnici su iskazivali pojačane osjećaje uspjeha, poštovanja ljudi i prirode te duhovnosti.





Lijekovi su još jedna problematična kategorija, jer bi dugotrajne misije „nadživjеле“ rok njihova trajanja. Kao moguće rješenje nameće se stvaranje lijekova po potrebi iz osnovnih supstanci

Liječnici u svemiru

Uzimajući u obzir sve navedene komplikacije letenja, ne čudi da se u NASA-i pri odabiru kandidata posebno cijene liječnici s iskustvom u hitnoj medicini. Izazovi liječenja u svemiru veliki su te zahtijevaju iznimne vještine liječnika, kao i naprednu tehnologiju. Posebno su bitni uređaji za minimalno invazivne zahvate jer u bestezinskom stanju rane sporije cijele i teže je kontrolirati krvarenje. Važnu ulogu u zahvatima možda će imati i telemedicina, gdje bi se uz pomoć robota dio liječenja mogao kontrolirati sa Zemlje. Lijekovi su još jedna problematična kategorija, jer bi dugotrajne misije „nadživjеле“ rok njihova trajanja. Moguće rješenje je stvaranje lijekova po potrebi iz osnovnih supstanci. O obavljanju liječničke prakse u svemiru najbolje je učiti od onih koji su to već doživjeli, a jedan od njih je Robert Thirsk, kanadski liječnik koji je imao nešto neobičniji životni put od većine svojih kolega. Naime, Thirsk je već dva puta bio na svemirskim misijama, a o posljednjoj ekspediciji iz 2009. godine sažeo je svoja iskustva za *McGill Journal of Medicine*. Naglasio je u članku da medicina pruža izvrsnu pozadinu za karijeru u astronau-tici i povukao je brojne paralele između obučavanja za astronauta i studija medicine. Nakon mukotrpne selekcije između više tisuća kandidata, nekoliko sretnika

prolazi dvije godine osnovnog treninga gdje stječu velike količine temeljnog, općenitog znanja, slično kao u pretklinici. Slijedi napredni trening u kojem se stječu visokospecijalizirana znanja specifična za struku, poput prelaska na kliničke rotacije. U naprednom treningu najvažnije sredstvo učenja su simulatori koji omogućavaju pripremu astronauta na velik broj situacija koje se mogu dogoditi tijekom misije. Članovi posade su specijalizirani u više područja, pa je Thirsk bio inženjer leta, a bio je zadužen i za medicinsku skrb te robotiku. Kao i u medicini, pogreške tijekom rada mogu skupo koštati pa je potrebna iznimna posvećenost preciznosti i visok stupanj pažnje. Po završetku svake misije posada diskutira o stvarima koje su se mogle bolje izvesti kako bi ubuduće bili spremniji. Thirsk svoju priču završava s napomenom da je od deset kanadskih astronauta čak četvero njih iz liječničke struke. Ovo nevjerojatno iskustvo jednog liječnika možda u bližoj budućnosti neće više biti takav kuriozitet kakav predstavlja danas. Ako će let u svemir postati uobičajena pojava, onda svakako možemo očekivati i veću potrebu za liječnicima koji će se baviti egzotičnim bolestima svemirskih putnika. Jedno je izgledno – ubuduće će sve više studenata medicine razmišljati o nekoj neobičnoj specijalizaciji u klinici koja orbitira oko Zemlje, krstari od jedne planete do druge ili koja se brine o zdravlju stalnih i privremenih stanovnika Marsa.

NASA-in časopis Spinoff

Medicina je već profitirala od navedenih svemirskih istraživanja. NASA posljednjih 40 godina izdaje časopis Spinoff u kojem se navode načini na koji se tehnologija razvijena za svemir koristi ovdje na Zemlji. Srčane pumpe koje produljuju život pacijentima na listi za transplantaciju

ciju već su u primjeni, a metoda mjerenja glukoze u krvi bez igle, uređaji za ranu detekciju dijabetesa i Alzheimerove bolesti, metoda za dekontaminaciju kirurških implantata te brojne druge inovacije su u procesu razvoja zahvaljujući NASA-inom Human Research programu. Istraživanje načina osiguranja pravilne prehrane astronauta dovelo je do neobične primjene saznanja u proizvodnji dječje hrane obogaćene omega-3 masnim kiselinama, koja je već godinama u širokoj upotrebi. Ako ste nosili aparatič za zube izrađen od prozirne keramike, i to možete zahvaliti NASA-i. Proučavanje najboljeg načina kako sačuvati hranu od kontaminacije tijekom svemirskih misija dovelo je do uvođenja novih standarda kontrole kvalitete u industriji hrane. Još jedno važno otkriće su filteri od nanovlakana koji omogućuju izuzetno učinkovito pročišćavanje vode. Takvi filteri su već u slobodnoj prodaji u ÖKO bocama i omogućuju pristup čistoj vodi onima koji moraju pješačiti satima do najbližeg izvora. Proizvođač navodi da njihova boca s filterima uklanja 99,9% Giardia Lamblia i Cryptosporidia, dvaju čestih kontaminanata vode. Zbog napora uloženih u svemirsku tehnologiju već danas možemo liječiti ljudi tu na Zemlji i pokloniti im nadu da i sami dožive neki turistički pohod do obližnjeg planeta.

(Pretisak iz „Medicinara“, časopisa studenata medicine MEF-a u Zagrebu, vol. 57, broj 2, ljeto 2016., str. 24-27; UDK61 ISSN 0025-7966)

1. Suedfeld P, Legkaia K, Brcic J. Changes in the hierarchy of value references associated with flying in space. *J. Personality* 2010; 78(5), 1-25.
 2. Thirsk R. Physicians as Astronauts. *MJM* 2011;13(2):69-75.
 3. Hall, JE, Guyton AC. *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*. 2015. 565-568.
- http://science.nasa.gov/science-news/science-at-nasa/2001/ast04sep_1/
- https://spinoff.nasa.gov/Spinoff2008/tech_benefits.html



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.

HLAD

Svi se čude mojoj smirenosti kad točno u podne na +37 idem na devetu intervenciju jer se opet negdje u gradu srušio penzić koji na sebi ima zimsko odijelo, košulju dugih rukava, potkošulju, podgaće i vunene dokoljenke!

Kako da budem ljut kad se sjetim vlastitog djeda kojeg sam obožavao, a bio je lud ko kupus i tvrdoglav ko mazga. Uredno je sjedio u sobi do podneva, a onda bi krenuo Jurišićevom prema trgu. Imao je sedamdeset i osam godina, ugrađen pejsmajker veličine osrednjeg portabl televizora, dijabetes ovisan o inzulinu, dva preboljela infarkta i jedan u nastajanju!

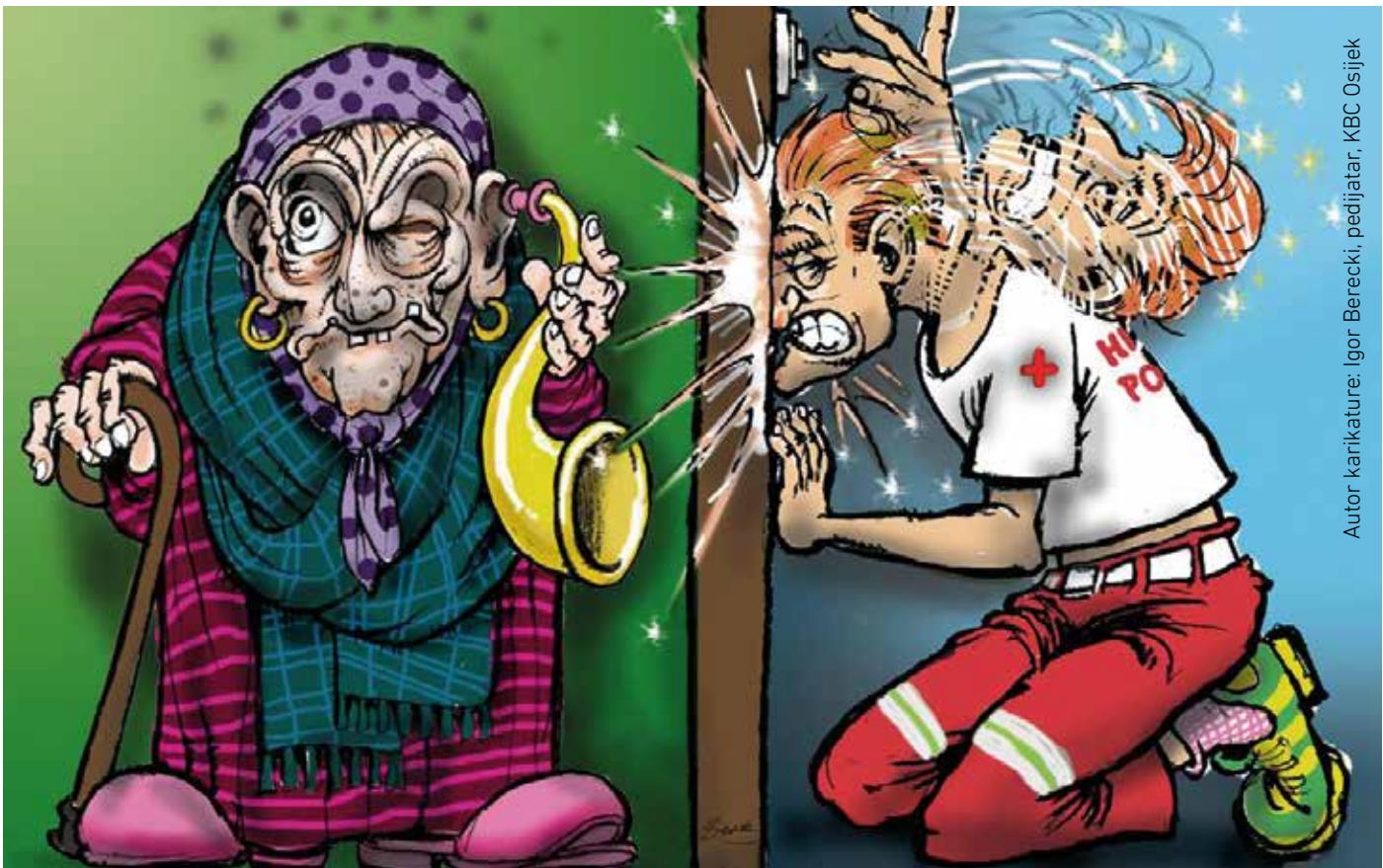
U ponedjeljak bi nas nazvali i rekli da se srušio kod Zagrebačke banke, nekih sto metara od našeg haustora. U srijedu bi uspio doći do pošte što je nekih tristo metara dalje, a u petak bi se opet srušio kod pošte, ali bi uspješno otpuzao do početka trga pa bi ga hitna pokupila negdje na početku Petrinjske. I tako cijelo ljeto! Čak smo razmišljali i da ga zavežemo za radijator ili zaključamo u sobu, ali sumnjam da bi i to pomoglo.

Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek



I zato, penzići, obožavam vas!
I ne, nemojte piti puno tekućine jer se od nje samo još više znojite, toplo se obuci-te, a terapiju koju inače uzimate obave-

zno preskočite jer ćemo vam je ionako mi dati i to intravenski kad vas pokupimo tamo negdje na ulici oko podneva na +40 u hladu.



BAKICA

- Ekipa dvadeset, imate intervenciju, drugi stupanj, adresa ta i ta, deveti kat...

Stižemo pred ulaz, uzimamo opremu i nailazimo na zaključana ulazna vrata. S lijeve strane veliki portafon.

Bzzzzz, bzzzzz!

Tišina.

Bzzzzz, bzzzzz, bzzzzz!

- Haloooo, tko je?

- Hitna pomoć!

Tišina.

Bzzzzz, bzzzz, bzzzz!

- Halo, pa tko je to?

- Kako tko je? Pa, hitna pomoć! Zvali ste nas.

- Jesam, zvala sam vas. Dodite!

Tehničar ponovo povlači ulazna vrata.

Bezuspjehno!

Bzzzzz, bzzzzz, bzzzz!

Tišina.

Tehničar pali prvu cigaretu, ja duboko dišem i pokušavam ostati smiren.

Bzzzzz, bzzzzz, bzzzz!

- Halo, gdje ste?

- Pa, kako to mislite gdje smo!? Stojimo pred zaključanim vratima. Dajte nam, molim vas, otvorite ta (preskačem tako željeni pridjev u zadnji čas) vrata! Ha, jel' može!?

- Može! Samo povucite i dodite gore.

Tehničar povlači vrata. Zaključano!

- Dok, ona nas zafrkava! Sto posto!

Bzzzz, bzzzz, bzzzz, bzz, bzz, bzz...

- Halo?

- Gospodo, već nam peti put vičete halo! Peti put! Ili šesti. A možda i sedmi! Jel' možete već jednom otvoriti vrata. Hitna pomoć je! Zvali ste nas.

- Da, pa zvala sam vas. Gdje ste?

- Već smo vam bezbroj puta to rekli. Stojimo pred zaključanim vratima! Zaakljuučaaniim!

Tišina!

Tehničar sjeda na stepenice i pali drugu cigaretu.

- Dok, kažem ti da nas netko zafrkava. Nema smisla!

- A da pozvonimo nekom drugom stanaru? Da pozvonimo na sva vražja zvona, da pozvonimo na sve ove male gumbiče koliko god ih ima i da nas netko pusti unutra, hal?

Sad sam već i ja na rubu paljenja prve cigarete nakon deset godina pušačke apstinencije. Vani je +40, majica je mokra od znoja koji se slijeva niz tijelo pa sve do gležnjeva, tehničar pali treću cigaretu, vozač nas zbunjeno gleda, a mi i dalje stojimo pred zaključanim vratima! Dvadeset minuta. Možda i duže. I to na +40 u hladu. Stišćem sva moguća zvona i po nekoliko puta, zvonim i na portafon susjednog haustora, više nisam smiren!

Nakon što nam se istovremeno javilo

desetak nadrnnih stanara, nekoliko njih nam se usput sjetilo uže i šire obitelji, pobjedički otvaramo vrata i ulazimo u lift. Deveti kat!

Zvrrrr, zvrrrr!

- Halo, jel' to hitna!?

- Da, gospodo, hitna je!

- Pa, dodite gore, čekam vas!

- Gore smo, gospodo! Gore smo, pred vašim vratima! Pred vaašiim vaaatiiimaa smooo!!!

- Pa, povucite vrata i dodite!

- Dok, ona misli da smo mi još uvijek dolje. Ili nas fakat samo zafrkava!? Ma, garant nas zafrkava!

Tehničar izlazi na balkončić pored lifta i pali četvrtu ili petu cigaretu. Moja tahikardija polako prelazi u tahijskim, osjećam trnce u rukama, više se i ne znojim. Dehidrirao sam, srce i dalje preskače, dišem duboko, ne odustajem!

Zvrrrr, zvrrrr, zvrrrr, zvrrrr...

Shrvan od očaja lupam prvo šakom, a zatim i čelom po ulaznim vratima stana!

Vrata napokon otvara

devedesetineštogodišnja bakica i ljutito nam kaže:

- Vidi ti njih! Pa, što niste odmah rekli da ste ispred vrata!? A ja mislila da ste dolje pred ulazom u zgradu...

I like this job. I like it!

Prim. Franjo Gardašanić

Vrstan kirurg i rukometar

Eduard Hemar

Nakon prim. dr. sc. Jerolima Karadže predstavljamo još jednog uspješnog hrvatskog liječnika-kirurga i rukometara. Riječ je o Franji Gardašaniću rođenom 24. lipnja 1932. u Herceg Novom, danas u Crnoj Gori. Njegov otac Cvjetko bio je rodom iz Herceg Novog a majka Marija, rođ. Rajić, iz okolice Mostara. Daljnje porijeklo očevih predaka je iz okolice Padove u Italiji i originalno se prezime pisalo Gardasani, ali je s vremenom slavizirano u Gardašanić. Otac je bio pomorac i poliglot, a majka je rano ostala bez roditelja te odgojila tri mlađe sestre i tri brata a poslije je bila domaćica. Franjo im je bio jedino dijete u obitelji.

Franjo je osnovnu školu pohađao u rođnom gradu, a potom se doselio stričevima u Zagreb i završio V. Gimnaziju. Na Medicinskom fakultetu diplomirao je 1958. Kao gimnazijalac se počeo baviti rukometom, tada vrlo popularnim sportom u Zagrebu. Učlanio se u Rukometni klub Lokomotiva koji je osnovan 1949. Najprije je bio igrač velikog rukometa, a od početka 1950-ih godina paralelno je igrao i dvoranski rukomet, koji danas znamo samo kao rukomet. Bio je navalni igrač u velikom rukometu te desno i lijevo krilo u rukometu. Za Lokomotivu je odigrao 56 utakmica i postigao 190 zgoditaka, ali nije postigao značajnije uspjehe jer se u tom klubu puno više ulagalo u žensku ekipu. Uspon u njegovoj sportskoj karijeri započeo je 1953. kada je postao član RK-a Zagreb, tada jednog od najboljih klubova u državi. U dresu Zagreba, koji je kao trener i igrač predvodio Irislav Dolenc, ostvario je mnogo uspjeha. U velikom rukometu je s klubom osvojio Saveznu ligu Jugoslavije u sezoni 1955./56. i Prvenstvo Hrvatske na turniru 1954. u Zagrebu, a u rukometu je postao prvak Jugoslavije na Saveznom tur-



Franjo Gardašanić u akciji na susretu u dvorani Velesajma

niru 1957. u Sarajevu te bio treći u premijernoj Saveznoj ligi 1957./58. Bio je član prve trofejne generacije poslijeratnog zagrebačkog rukometa za koju su nastupali mnogi tadašnji istaknuti rukometari i sportaši: liječnik Mladen Škrnatić, Žarko Jaklinović, Nikola Dasović, Adalbert Derniković, Branko Džodan, Marijan Ferenčić, Zlatko Kocijan, Ivan Špoljarić, Stjepan Tomljanović, Boris Duplančić, Zdravko Berković, Bartol Rodin, Vlado Vuletić i dr.

U lipnju 1954. nastupio je u Beogradu na prvoj neslužbenoj utakmici reprezentacije Jugoslavije protiv Švedske u rukometu (do tada je reprezentacija nastupala samo u velikom rukometu).

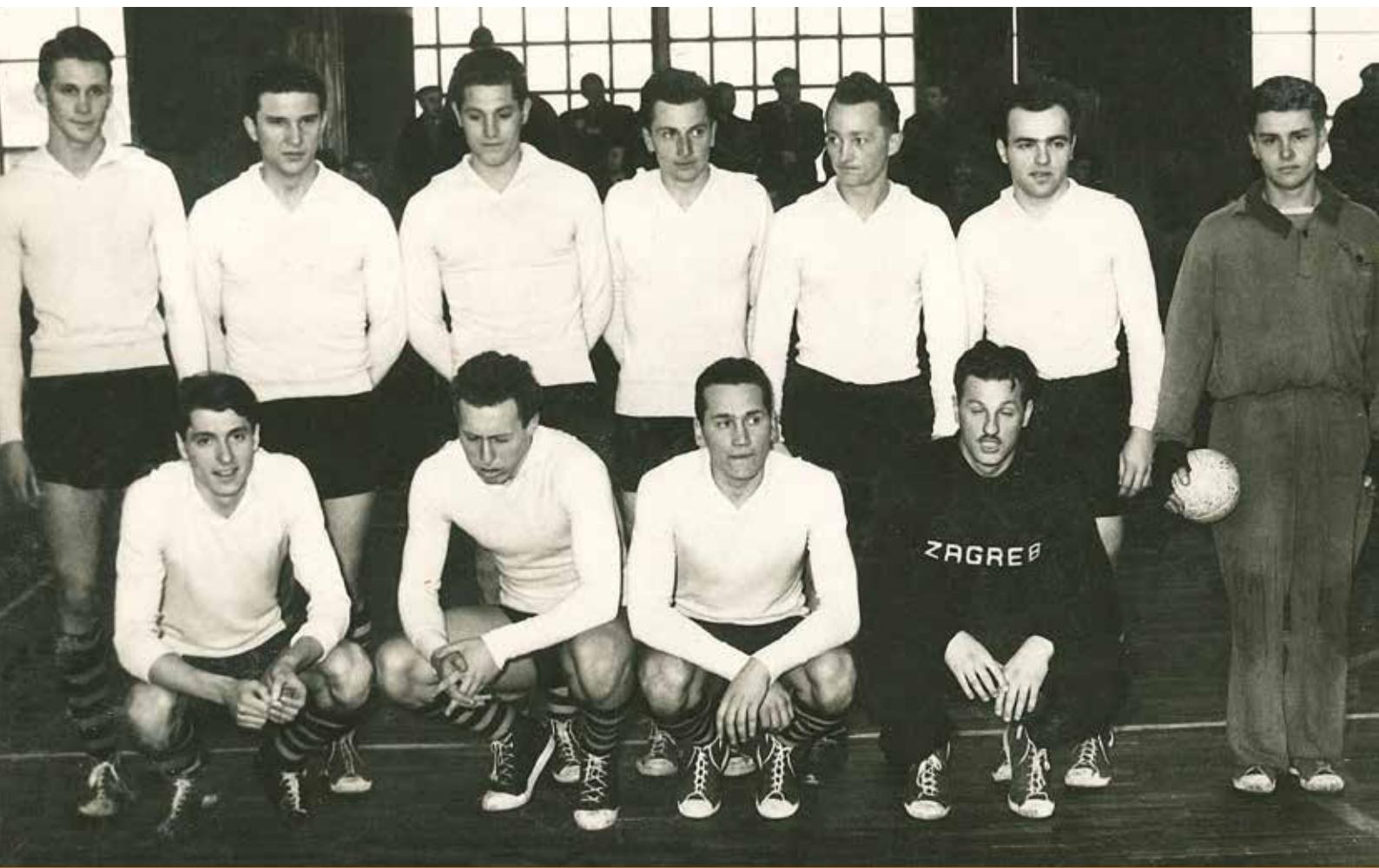
Utakmica je završila neriješenim rezultatom 6:6; to je bio velik uspjeh pošto je Švedska te godine postala svjetski prvak.

Prve službene utakmice

Potom je 1956. nastupio za reprezentaciju Zagreba na Turniru gradova i općina Hrvatske i sudjelovao u osvajanju prvog mjesta. Vrhunac svoje igračke karijere doživio je na Turniru nacija u veljači 1957. u Zagrebu. Bio je član Bijele reprezentacije Jugoslavije u kojoj su nastupali igrači iz hrvatskih, bosansko-hercegovačkih i slovenskih klubova. Uz njih je na turniru, koji se održavao u dvorani tadašnjeg Velesajma (danas Tehnički muzej) u Savskoj ulici, sudjelovala Plava reprezentacija Jugoslavije (igrači iz srpskih i makedonskih klubova) te Poljska, Mađarska, Austrija i Rumunjska. U prvoj utakmici Bijela reprezentacija je pobijedila Mađarsku sa 17:11. Utakmice s turnira u Zagrebu potom su evidentirane kao prve službene u povijesti jugoslavenskog rukometa. Franjo je tako odigrao prve tri službene utakmice za Jugoslaviju na poziciji lijevog krila i postigao jedan zgoditak. Uz njega su za Bijelu reprezentaciju nastupili



Prim. Gardašanić na radnom mjestu



Reprezentacija Zagreba 1956. S lijeva stoe: K. Dogan, S. Tomljanović, Z. Šimenc, D. Živković, I. Špoljarić, B. Džodan i L. Manestar. Čuće: D. Tambić, G. Arneri, F. Gardašanić i L. Gyory

ovi rukometari: Lovro Manestar (Vihor, Zagreb), Ferid Bećirbegović (Mlada Bosna, Sarajevo), Dragan Tambić (Grafičar Zagreb), Krunoslav Dogan (Elektrostroj, Zagreb), Zlatko Šimenc (Vihor, Zagreb), Branko Džodan (Zagreb), Ivan Špoljarić (Zagreb), Srđan Praljak (Mlada Bosna, Sarajevo), Davorin Živković (Trešnjevka, Zagreb) i Stane Papež (Odred, Ljubljana). Savezni trener bio je Irislav Dolenec. Većina igrača bila je iz tada vodećega rukometnog centra u državi Grada Zagreba.

Nakon diplomiranja na MEF-u 1958. morao je zbog posla otići iz Zagreba i još je kraće vrijeme igrao za RK Slavijatrans iz Petrinje te potom završio sportsku karijeru. Zaposlio se kao liječnik u pe-

trinjskom garnizonu JNA, a potom je od 1960. bio liječnik i voditelj Opće prakse Medicinskog centra Petrinja.

Abdominalni kirurg

Godine 1968. specijalizirao je opću kirurgiju i nakon toga se zaposlio u Vojnoj bolnici u Zagrebu (danasa Opća bolnica). Uzvanje primariusa izabran je 1986. Užamu je specijalizacija bila abdominalna kirurgija. Od 1991. bio je v.d. voditelj Digestivne kirurgije i Oporavilišta hrvatskih branitelja u Vojnoj bolnici. Bio je u liječničkom konziliju koji je liječio prvog hrvatskog predsjednika dr. Franju Tuđmana. Umirovljen je 1998. Bio je član Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatskog kirurškog društva.

Prim. Gardašanić bio je od 1958. u bračku s Natalijom, rođ. Zagarčanin, koja je rodom iz Tivta a po zvanju farmaceutski tehničar. Preminuo je u 74. godini života u Zagrebu, 23. veljače 2006. Njegov sin dr. Zoran Gardašanić naslijedio ga je u liječničkom zvanju i specijalizirao pedijatriju, a drugi sin, Gordan Gardašanić, po zvanju je diplomirani pravnik.

Izv.: Osobna izjava i dokumentacija Natalije Gardašanić iz Zagreba.

Lit.: Razvoj rukometa u Hrvatskoj, Zagreb 1986; Tko je tko u hrvatskoj medicini / Who is Who in Croatian Medicine, Zagreb, 1994; I. Golec, Petrinjski biografski leksikon, Petrinja, 1999.

LJETNI STUPIDARIJ

Kako što prije iseliti sve liječnike iz Slavonije

Vjerovali ili ne, u Slavoniji, koja u Hrvatskoj najviše trpi od nestasice liječnika, njezin vodeći list „Glas Slavonije“ upravo mami liječnike da se isele. Toliko želi da odu iz Slavonije da ih upravo obmanjuje o blagodatima koje ih čekaju, na primjer u Norveškoj, i daje im uputu kako iseliti. Tako je u broju od 2. srpnja objavio članak pod velikim naslovom „U Norveškoj nude ginekolozima deset puta veću plaću“ a u tekstu neistinito tvrdi da je „život na sjeveru puno povoljniji u smislu poreza, ali i ostalih davanja i cijena općenito“. Možda je točno da će neki ginekolog dobiti deset puta veću plaću računajući u norveškim krunama, ali je tamo život tako skup da sam putujući Norveškom svaku večer, gdje god sam mogao, nastojao prijeći u Švedsku radi noćenja i kupo-

vine. A što se tiče poreza, Hrvatska je pravi eldorado u usporedbi s Norveškom, pitajte to prvog norveškog turista kojeg sretnete u Hrvatskoj! Ono što je možda najgore, našeg liječnika poslat će u neku selendru na sjeveru, gdje će naš Slavonac ubrzo uvidjeti kako je nasamaren. Tri ljetna mjeseca možda i nisu loša, ali veći dio godine prevladavaju mrak, kiša, magla i hladnoća. Nikuda iz kuće. Svuda naokolo mrke i vlažne stijene. Premda su Norvežani vrlo dragi ljudi, osjećat ćete se kao da ste sibirski prognanik a usto se morate prilagoditi njihovoj kuhinji – jest ćete, na primjer, sirovu ribu, a najobičniji kruh morate tražiti sa svijećom.

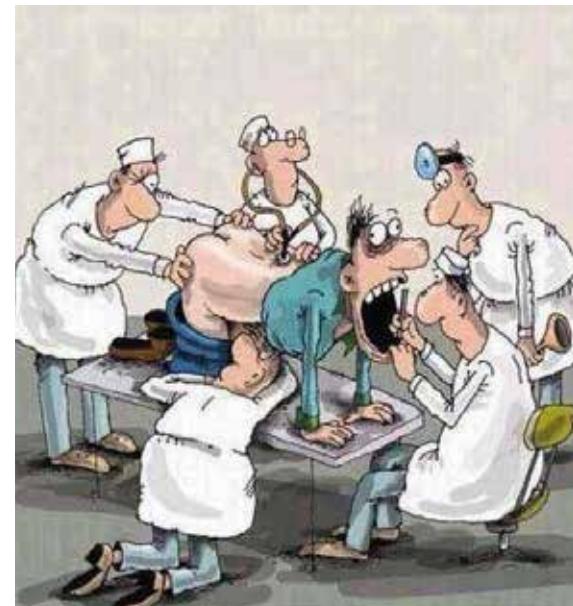
Norveška? Da, svakako, ali samo kao turist.

Uputnica „jedna za sve“

Da mi netko ponudi fotelju ministra zdravlja, srećom nije, ne bih to prihvatio jer je ministar zapravo objekt za pljuvanje: što god učinio, nije dobro. Jedan je uveo uputnicu „jedna za sve“ pa su ga optužili da izaziva finansijski slom, drugi je tu uputnicu ukinuo pa su ga optužili da tako bolesnike tjera u grob. Eto mog iskustva s tom famoznom uputnicom.

Otišao sam u bolnicu da vidim koliko je točna stara latinska poslovica Sennecius ipsa morbus est. Točnije, kako stabilizirati krvni tlak i suzbiti ekstrastole. Bio je to čas posla, ali je onda, kao na pokretnoj traci, slijedio niz pretraga na koje nisam ni pomisljao, počevši od raznih UZV-a i gastroskopije pa sve do audiometrije. Kad je došao na red CT, bio sam od svega već toliko umoran da sam jednostavno rekao hvala i otišao kući. A sve to bez ijedne kune. S uputnicom „jedna za sve“.

Ma kakva Amerika, ta uboga zemlja ne može si takva što priuštiti ni u snu. Jedan je tamošnji moj znanac s karcinomom svjesno odbio liječenje jer bi zbog toga njegova obitelj ostala bez kuće, automobila, glisera, kuće za odmor i školovanja djece. Naime, tamo liječenje nije besplatno, netko ga mora platiti. Za razliku od Hrvatske, gdje zdravstvenom sustavu valjda novac pada s neba pa ne zna kako ga potrošiti. Stoga predlažem našem HZZO-u neka u toj ubogoj Americi svakako osnuje svoju podružnicu. Amen!



Željko Poljak



TOYOTA

ALWAYS A
BETTER WAY

JA SAM AURIS HIBRID

A OVO JE MOJA VELIKA HIBRIDNA OBITELJ

» *Pridruži nam se!*



TOYOTA EKO POTICAJ
do 25.000 kn

TOYOTA.HR

Toyota Auris 1,8 VVT-i HSD Luna dostupan uz Toyotin Eko poticaj za 146.619 kn.

Uključuje bogatu opremu iz koje izdvajamo bezstupanjski automatski mjenjač E-CVT; automatski klima-uredaj; MP3 CD radio s RDS-om, 6 zvučnika i USB; 5 godina jamstva na vozilo, bez ograničenja kilometara; produženo jamstvo na hibridnu bateriju do 10 godina starosti vozila. Posebni uvjeti Toyota financiranja omogućuju kupnju Auris hibrida putem finansijskog i operativnog leasinga, uz fiksnu kamatnu stopu u eurima od 3,95% i trošak obrade ugovora koji iznosi 0,75% od kupoprodajne cijene vozila. Trajanje ugovora o leasingu definira se na 24,36,48 ili 60 mjeseci. Za detaljne izračune i ponude kontaktirajte ovlaštenu mrežu Toyota partnera. Količina vozila u ponudi je ograničena. Toyota Eko Poticaj vrijedi do 30.09.2016 ili do isteka zalihe.

Mješovita potrošnja goriva za Toyota Auris hibrid: od 3,5 l/100 km. Mješovita emisija CO₂ od 79 g/km. Slika je simbolična.





JESAM LI I JA MUNAFIK?

Doc. dr. Goran Hauser, ghauser@medri.hr

„Munafik ima tri osobine: kada govori laže, kad nešto obeća ne ispunjava i kada mu se nešto povjeri, iznevjeri“ (Buhari).

Prepoznajete li neke osobe u ovom opisu poznatog islamskog mislioca?

Siguran sam da malo kolega poznaje ovu riječ, ali sam isto tako siguran da svi otprilike znaju što je licemjer.

Što točno znači ta riječ? Riječ licemjer (munafik) dolazi iz grčkog i ima više značenja.

Licemjer: „onaj koji se predstavlja kao dobar i ispravan, onaj koji prikriva svoju pravu prirodu hineći osjećaje i stavove koji nisu njegovi; himbenik, hipokrit, podlac“ (<http://hjp.znanje.hr>).

Licemjerje ili hipokrizija je čin kojim se osuđuje ili poziva na osuđivanje drugoga, dok je kritičar i sam kriv za ono za što osuđuje drugoga. Etimološki potječe iz riječi *hypokrisis* koja znači "gluma". "Hipokrit" u antičkoj Grčkoj bio je termin za glumca, odnosno osobu koja namjerno zavarava druge.

Licemjer je osoba koja se pretvara da ima vrline, moralna ili religijska vjerovanja, principe, itd., koje zapravo ne posjeduje, pogotovo osoba čija se djela razlikuju od izrečenih stavova. Ona glumi željene javne stavove, dok su njen privatni život, vjerovanja ili izjave u suprotnosti s onim javnima.

Drugim riječima, kažeš jedno, misliš drugo, i to s figom u džepu. To je samo jedna od osobina koje krase, ne samo neke naše političare, koji su postavili standarde u tom području, već i javnost, odnosno obične ljudi. Ima li takvih među nama liječnicima?

Dva nedavna slučaja su me ponukala na pisanje ovog osvrta. Stanoviti umirovljeni kolega, koji je kao dužnosnik HLK-a „uknjižio“ na ime obavljanja dužnosti tijekom zadnjih desetak godina skoro pola milijuna kuna neto, sada ne želi platiti zaostale članarine. Drugi primjer je kolega iz Šibenika koji se, naravno anonimno, obratio *Slobodnoj Dalmaciji* žaleći se na obavezu plaćanje članarine. Hrvatska je mala zemlja, pa unatoč anonimnom obraćanju znamo o kome se radi i koliko dobara ima. Valjda se zato i poziva na kolegicu kojoj je teško to platiti s malom mirovinom pa je on velikodušno brani.

Znam da vjerojatno niti jedna optužba nije provokativnija od ove – nazvati nekoga licemjerom, munafikom, farizejem, ali ne

mogu se oteti potrebi da komentiram takvo, bit će malo blaži, nekolegijalno ponašanje. Svi se mi moramo zapitati jesmo li spremni odreći se vlastite koristi u ime višeg cilja, u ovom slučaju uvođenja reda u sustav. Novo vodstvo HLK-a naslijedilo je puno problema, od kojih su dva najveća:

- Afera „Hipokrat“
- Neplaćene članarine

Kolege koje su se našle u pravosudno-farmaceutskom rašomunu zvanom „Farmal“ nisu dobile adekvatnu podršku niti pravu informaciju od vodstva Komore. Bili su, najvećim dijelom, prepušteni samima sebi i lažnim obećanjima pojedinaca koja se nisu ostvarila. Kada je novo vodstvo Komore, po sili zakona i pravilnicima HLK-a, moralo krenuti u raščićavanje repova, licemjerima nije smetalo da nas za to prozivaju. Pri tome, sami nisu poduzeli ono što su mogli i trebali da tim ljudima na vrijeme pomognu savjetom kako ne bi zaradili pravomoćne sudske presude. Sada, na žalost, trpimo posljedice njihovog nečinjenja.

Godinama nitko umirovljenike nije obavještavao i nije im slao uplatnice ili opomene o njihovim obavezama glede podmirenja članarine. Sada, kad se te stvari pokušavaju razriješiti, jedan od glavnih kreatora neučinkovitog načina rada HLK-a traži za sebe oslobođanje od plaćanja članarine! Smatra da nije bio dužan plaćati članarinu unatoč činjenici da je obašao odgovorne dužnosti u HLK-u i nakon umirovljenja!

Licemjeri su univerzalna pojava od pamтивјекa, tako da su Biblija i druge religijske knjige prepune opisa dvoličnosti. Ona se univerzalno označava kao jedna od najlošijih ljudskih osobina. Stoga vas molim, ne budimo licemjeri jedni prema drugima, očistimo pred svojim vratima i preuzmimo svoj dio odgovornosti i zasluga!

I za kraj, završit ću citatom iz Biblije; licemjeri su ljudi čije ponašanje nije odraz misli srca i za koje Isus Krist kaže da su slijepci. „Jao vama pismoznaci i farizeji! Licemjeri! Čistite čašu i zdjelu izvana, a iznutra su puni grabeži i pohlepe. Farizeju slijepi! Očisti najprije nutrinu čaše da joj i vanjština bude čista!“ (Mt 23, 25-26).

Crtice s osječke Dijalize

LADA ZIBAR, lada.zibar@gmail.com



Šank

Stari primarius G. konstruirao je arterijsko-venske fistule (šantove) za dijalizu. Bio je pred mirovinu, rano se budio, još je dežurao. Operirani bolesnik ležao bi na Dijalizi. Jednog je jutra u zoru, još za mraka, zazvonio telefon na Dijalizi. Javila se spremičica.

"Radi li onaj šant?" – pitao je primarius. Ni "dobro jutro", a ni predstavio se nije.

A naša će čistačica svojim lalinskim naglaskom: "A šta ja znam?! Mislim da šank radi tek od sedam." - misleći na šank u bolničkom restoranu. "Kako od sedam? Što pričate gluposti? Sada ne radi? Dajte mi doktora, odmah!"

Transplantacija

"Dobar dan, gospođo K., imamo poziv za Vas za transplantaciju. Jeste li dobro? Niste prehladeni? Nemate temperaturu, proljev ili tako nešto?"
"Dobro sam."

"Onda se lijepo spremite pa što prije dođite na Dijalizu! I od sada nemojte više ništa jesti ni piti!"

"Kako to mislite? Ne mogu sada. A tko će ručak dovršiti?"

Tko to ima tako dobar mlaz

Naša sestra K. kao mlada sestrica, početnica, radi noćnu smjenu na Odjelu za dijalizu. U stacionaru, s ležećim pacijentima, uremičarima, koji uglavnom ne mokre. Ili mokre vrlo malo. Noć je, tišina. Samo budna sestrica ne spava. Kad odjednom, začuje se nešto, nekakva voda, nekakav mlaz. Koji potraje, nikako da stane. No, ipak. Sestra, iznenađena, nasmijana, pomalo podvikne, s optimističnim prizvukom odobravanja, čuđenja i divljenja:

"Tko to ima tako dobar mlaz?!"

Uvaženi primarius S., osnivač i šef osječke urologije i dijalize, imao je odjel pod stalnim nadzorom. Pa mu u dežurstvu ne bi bilo teško ni noću obići i Dijalizu na drugom kraju bolničkog dvorišta. Pa ga pritjeralo. A naša sirota sestrica pod zemljom od stida.

Šaran

Utorak je. "Doktorice, I. nije dobro" - naziva supruga transplantiranog pacijenta.

"Pa što mu je?"

"A, ima neku temperaturu!" "Dovedite ga na pregled!" "A kad Vi radite?"

"U četvrtak. Ali to nema veze, ako mu nije dobro dovedite ga danas."

Eto ih u četvrtak. Siv. Ne izgleda dobro. "Što je bilo?" "Ma kad sam u nedjelju išao na pecanje, kolega upecao ogromnog šarana. Bili mi tako na Dunavu..." "Ali što je Vama, što Vam nije dobro?" - prekinem ga.

"Dobio temperaturu i nije mi dobro."

"Kako mokrite? Boli li Vas što? Kašljete li?" - pitam. "Ne, samo mi nije dobro."

Pregledam ga, ne nađem ništa posebno u fizikalnom statusu, čak ni vrućicu. Jedino je opći dojam da

se još nešto akutno događa. Donosi sa sobom laboratorijski nalaz visokog CRP-a (preko 200) i odmah ga primam u bolnicu. Odlazim ga vidjeti u sobu i pogledam EKG. A kad ono! "Katedrala!" Pa tražim srčane enzime i zovem kardiologa. Dolazi prof. S.

"Što ste vi osjećali?" - pita pacijenta. "Ma u nedjelju ja išao s kolegom pecati. I on upecao velikog šarana." "Pa dobro, i što je bilo s tim šaranom?" Jeste ga vi možda nosili?"

"A, ne, kolega je."

"Dobro, kakve veze onda ima taj šaran? Je li vas gušilo? Boljelo u prsima?"

"Je, i u prsima, i tu u ramenu?" "Lijevom?"

"I lijevom i desnom. I u trbuhi

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora
HLZ, gen. HLZ-a Hrvatski liječnički zbor
HZIZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo
KB Klinička bolnica
KBC Klinički bolnički centar
MEF, genitiv MEF-a Medicinski fakultet
MZ Ministarstvo zdravlja RH
OB Opća bolnica
PZZ Primarna zdravstvena zaštita
SB Specijalna bolnica

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje Fulvii Akrap, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

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

Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici www.hlk.hr - „Raspored stručnih skupova“.

RUJAN

Medicinska akupunktura

Učilište Lovran – Ustanova za obrazovanje odraslih Lovran, 02.09.2016.-12.02.2017.
Irena Plantak, tel.: 051/293-851, e-mail:info@wellness.hr
12000,00kn

Uloga liječnika obiteljske medicine u Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke

HZJZ
Šibenik, 08.09.2016.
Andrea Šupe Parun, mob.: 091/6171-032,
e-mail: andrea.supe.parun@hzjz.hr

Inpharma Vitamin D 2016

HD za kliničku prehranu HLZ-a Zagreb, 09.09.2016.
Darija Vranešić Bender, tel.: 01/2367-730, e-mail: dvranezi@kbc-zagreb.hr
300,00kn

Obilježavanje 15. godišnjice prve transplantacije jetre kod djece

KBC Zagreb, Klinika za kirurgiju Zagreb, 09.09.2016.
Petra Matjašec, tel.: 01/2388-483, e-mail: petra.matjasec@kbc-zagreb.hr

Edukativne radionice za liječnike obiteljske medicine

Alkaloid
Daruvar, 09.-10.09.2016.
Lidija Suić, mob.: 099/6157-019,
e-mail: lidija.suic@alkaloid.hr

Sandoz akademija

Sandoz d.o.o.
Osijek, 09.-11.09.2016.
Kristina Špoljarec Dragaš, mob.: 099/3212-220

Kardiopulmonalna reanimacija

KBC Osijek, MEF Sveučilišta u Osijeku
Osijek, 10.09.2016.
Jelena Galić, tel.: 031/511-503,
e-mail: galic.jelena@kbco.hr
Specijalisti 1300,00kn, specijalizanti 700,00kn

3rd International Symposium HOT TOPICS in anesthesia and critical care: Disaster medicine / Organ failures / Infection in ICU / Coagulation disorders

Kl. za anestesiologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje KBC Split i HD za intenzivnu medicinu HLZ-a Šibenik, 10.-11.09.2016.
Doc.dr.sc. Nenad Karanović, dr.med., tel.: 021/556-176,
mob.: 09171556-123, e-mail: nkaranov@yahoo.com
Liječnici 1540,00kn, medicinske sestre 1155,00kn;
Kotizacija za simpozij Hot topics u anesteziji + 22.
simpozij intenzivne medicine 3000,00kn

22. simpozij intenzivne medicine

HLZ, HD za intenzivnu medicinu
Šibenik, 11.-13.09.2016.
Sandra Milanović, mob.: 091/5809-941,
e-mail: smilanovic@kbd.hr
2000,00kn specijalisti, 1400,00 specijalizanti

Ljetna škola ultrazvuka

MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 12.-16.09.2016.
Petra Volf Živković, mob.: 091/5139-755,
e-mail: kabinet.vjestina@gmail.com
1250,00kn

UZV-om vođena anestezija

HLZ, HD za intenzivnu medicinu
Šibenik, 13.09.2016.
Sandra Milanović, mob.: 091/5809-941,
e-mail: smilanovic@kbd.hr

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 Pavčići Milnar, prof., tel.: 01/4895-171,
e-mail: tihana@hazu.hr
300,00kn

Valvularne bolesti i antikoagulantna terapija

Hrvatsko kardiološko društvo, Radna skupina za bolesti srčanih zalistka
Zagreb, 15.09.2016.
Doc.dr.sc. Jozica Šikić, mob.: 091/3713-023,
e-mail: jozicas1@gmail.com
350,00kn

Prevencija neplodnosti u dječaka s nespuštenim testisima i varikocelom

Hrvatski zavod za telemedicinu
Cres, Mali Lošinj, Rab, Metković, Mljet, Lastovo, Supetar, Split, 15.09.2016.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: jagoda.madunic@ztm.hr

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)

5. Hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji

Zagrebački institut za kulturu zdravlja (ZIKS)
Osijek, 15.-18.09.2016.
Dr. Marijana Braš, mob.: 091/4920-867,
e-mail: predstojnik.cmz@kbc-zagreb.hr
Liječnici 1600,00kn, specijalizanti i ostali djelatnici u zdravstvu 1000,00kn, jednodnevna kotizacija 770,00kn

Klebsiella pneumoniae ESBL – endemija ili epidemija

ZJJ županije Istarske
Pula, 16.09.2016.
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

Kako se suočiti s psihološkim i tjelesnim poteškoćama karcinoma primjenom usmjerene svjesnosti?

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije
Rijeka, 16.09.2016.
Ines Lazarević Rukavina, uni.spec.oec.,
mob.: 091/3366-750, e-mail: ines.lazarevic@gmail.com

KOS 2.3.

Salutogeneza – obrt za savjetovanje i druge usluge
Našice, 16.-17.09.2016.
Dr. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920,
e-mail: salutogeneza1@gmail.com
550,00kn

Potrebe bolesnika i klinički izazovi u liječenju raka prostate – fokus multidisciplinarnog tima

Astellas d.o.o.
Zagreb, 16.-17.09.2016.
Tatjana Supanc Missoni, mob.: 091/1544-914, e-mail: tatjana.supancmissoni@astellas.com

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

Integralni pristup u liječenju hipertoničara

HD za hipertenziju, Društvo za razvitak nefrologije „Prof. Milovan Radonić“
Vis, 16.-18.09.2016.
Dr. Ana Vrdoljak, mob.: 091/3399-669,
e-mail: tajnik@hdh.hr
Spektar putovanja, Ana Hadžić, tel.: 01/4897-999,
e-mail: ana.adjic@spektar-holidays.hr

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 16.-18.09.2016.
Dr. Tvrko Pervan, tel.: 01/3313-031,
e-mail: tvpervan@gmail.com
2500,00kn

Medical Beauty Croatia kongres

Kris Derma d.o.o.
Zagreb, 17.09.2016.
Sara Kudin, tel.: 01/8893-783,
e-mail: sara.kudin@reviderm.hr
Do 01.09.2016. - 1500,00kn, od 01.09.2016. - 2000,00kn

Osjet boje i kontrasta

Sekcija za strabizam i dječju oftalmologiju, Hrvatsko oftalmološko i optometrijsko društvo
Ogulin, 17.09.2016.
Jelena Petrinović-Dorešić, mob.: 091/3712-144,
e-mail: jelena.doresic@kbsd.hr

Tečaj za ospozobljavanje predavača prve pomoći iz nastavnog predmeta „Pružanje prve pomoći osobama ozlijedenim u prometnoj nesreći“

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 17.-18.09.2016.
Ana Mikulčić, tel.: 01/4655-814/128,
e-mail: ana.mikulcic@hck.hr
1250,00kn

Dijagnostika akutnog cerebrovaskularnog izulta

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 19.09.2016.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Akutni i kronični bronhitis u djece i terapija antibioticima

Udruga Medikus
Zagreb, 19.09.2016.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766,
e-mail: info@medikus.hr

Racionalni izbor analogne inzulinske terapije

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 19.09.2016.
Antonia Ruš, tel.: 01/2350-999,
e-mail: rus_antonia@lilly.com

Ultrazvuk u kliničkoj praksi – ultrasonografska dijagnostika abdomena

MEF Sveučilišta u Splitu, KBC Split
Split, 19.09.-19.12.2016.
Tea Marasović, mag.soc., tel.: 021/557-929,
e-mail: tea.marasovic@mefst.hr
7000,00kn

Tuberkuloza nekad i danas

Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ Rijeka, 20.09.2016.
Dr.sc. Danijela Lakošeljac, dr.med., tel.: 051/358786,
mob.: 091/1207-628
e-mail: dorotea.gastovic-bebic@zzjzpgz.hr

Pričajmo o shizofreniji – Primjena paliperidon

Palmitata: prikaz slučaja
Hrvatsko psihijatrijsko društvo
On-line, 20.09.2016.
Iva Tonković, tel.: 01/6610-762,
e-mail: ivatonkovi@ITS.JNJ.com

Cybex, Biomed, Isomed 2000. Izokinetika – budućnost rehabilitacije

Rehabilitacija Nova Zagreb, 21.09.2016.
Miroslav Janković, mob.: 098/1771-051

Standardi kvalitete zdravstvene zaštite

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi
Zagreb, 21.09.2016.
Prof.dr.sc. Jasna Mesarić, tel.: 01/6407-776,
e-mail: jasna.mesaric@aaz.hr

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

6. međunarodni stručno-znanstveni skup „Zaštita na radu i zaštita zdravlja“

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu
Zadar, 21.-24.09.2016.
Jasna Krainz, prof., tel.: 01/5577-496,
e-mail: jkrainz@hzzsr.hr
1000,00kn

ZypAdhera – iskustva iz svakodnevne kliničke prakse

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u Republici Hrvatskoj
Zadar, 22.09.2016.
Mara Čabraja, tel.: 01/2350-999,
e-mail: cabraja_mara@lilly.com

Minimalno invazivne metode u liječenju

degenerativnih bolesti slabinske kralješnice –
Postupnik dijagnostike i izbora metode liječenja
HD za spinalnu kirurgiju
Zagreb, 22.-23.09.2016.
Dr. Ivan Koprek, mob.: 091/6059-669,
e-mail: koprek.ivan@gmail.com
1000,00/700,00kn

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Paul Hartmann d.o.o.
Zagreb, 23.09.2016.
Maja Čalić, mob.: 091/4454-427

Učenje i podučavanje u medicini

HAZU, AMZH, Dekanska konferencija Medicinskih fakulteta
Hrvatske
Zagreb, 23.09.2016.
Prof.dr. Nada Čikeš, mob.: 091/3581-280,
e-mail: ncikes@mef.hr

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

Echo workshop

Philips d.o.o.
Opatija, 23.-24.09.2016.
Ivan Pongrac, mob.: 099/2618-707,
e-mail: ivan.pongrac@philips.com

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

Tečaj naprednog održavanja života odraslih

HLZ, HD za reanimatologiju
Zagreb, 23.-25.09.2016.
Dr. Tatjana Pandak, mob.: 091/5618-814,
e-mail: tpandak@hotmail.com
2500,00kn

SEŠMEK – Načela medicinske komunikacije tijekom liječenja osoba s kroničnom venskom bolesti i/ili s benignim anorektalnim promjenama

Servier Pharma d.o.o.
Osijek, 24.09.2016.
Ivana Fabić, tel.: 01/3016-227,
e-mail: ivana.fabic@servier.com

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

Tajne i nedoumice u pedijatriji

MEF Sveučilišta u Osijeku
Osijek, 24.09.2016.
Marija Kraljik, tel.: 031/512-287,
e-mail: kraljik.marija@kbo.hr

Osteoporozna –koštano metabolička bolest – Suvremeni pristup dijagnostici

MEF Sveučilišta u Osijeku
Slavonski Brod, 24.09.2016.
Doc.dr.sc. Blaženka Miškić, tel.: 035/201-686,
e-mail: miskicblazenka@gmail.com

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, „Spektar putovanja“ d.o.o.
Zagreb, 26.-30.09.2016.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić Eršek, mob.: 098/235-713
3500,00kn

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-lječnik 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

V. hrvatski kongres „Dileme u neurologiji“ s med.sud.

HLZ, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju
Šibenik, 27.09.-02.10.2016.
Prof.dr.sc. Zdravka Poljaković, tel.: 01/2388-310,
e-mail: predstojnik.nrl@kbc-zagreb.hr
2800,00kn (3500,00 na kongresu)

Cijepljenje rizičnih grupa bolesnika sa pneumokoknim konjugiranim 13 valentnim cjepivom

Pfizer Croatia
Zagreb, 28.09.2016.
Kristian Ljubić, tel.: 0038640188916,
e-mail: krisian.ljubic(pfizer.com

Plivina radionica

Pliva Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 29.09.2016.
Antonia Vučković, mob.: 099/8155-351,
e-mail: antonia.vuckovic@pliva.com

Prevencija neplodnosti u dječaka s nespuštenim testisima i varikocelom

Hrvatski zavod za telemedicinu
Vela Luka, Korčula, Vrlika, Trilj, Knin, Vis, Hvar, 29.09.2016.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: jagoda.madunic@ztm.hr

Hospital days 2016

In2
Zagreb, 29.-30.09.2016.
Denis Jašarević, mob.: 099/2940-199,
e-mail: denis.jasarevic@in2.hr
1440,00kn + PDV

Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika

Zaklada onkologija
Brijuni, 29.09.-01.10.2016.
Sandra Šutić, mob.: 099/2572-470,
e-mail: sandra@zutimacak.hr
1500,00-2700,00kn

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

Psihoanaliza u suvremenom društvu

HLK
Šibenik, 30.09.2016.
Dr. Ante Bilić, mob.: 091/5859-372,
e-mail: bilant975@yahoo.com

Multidisciplinarni pristup liječenju bolesnika s akutnom ozljedom bubrega

HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju HLZ-a Zagreb, 30.09.2016.

Prim.dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-084, e-mail: tajnik@hdndt.hr

Autonomija i osjećaj pripadnosti

Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske SPUH

Zagreb, 30.09.-01.10.2016.

Jelena Vrsaljko, mob.: 091/5200-005
200,00EUR

Trening radnika IHMS

Zavod za hitnu medicinu OBŽ

Osjek, 30.09.-02.10.2016.

Silvana Sabo, tel.: 031/531-301, e-mail: silvana.sabo@zzhm-obz.hr

LISTOPAD

liječnika obiteljske medicine

MEF Sveučilišta Splitu

Split, 01.10.2016.

Doc.dr.sc. Josipa Radić, dr.med., mob.: 0915027-100, e-mail: josiparadic1973@gmail.com
250,00kn

Apiterapija - očuvanje zdravlja pčelinjim proizvodima

Hrvatsko apiterapijsko društvo

Zagreb, 01.10.2016.

Gordana Hegić, mob.: 095/9106-653, e-mail: ghegic@gmail.com

Regional Pediatric Masterclass

Medis Adria d.o.o.

Budimpešta, 01.10.2016.

Igor Ralić, tel.: 01/2303-446, e-mail: igor.ralic@medisadria.hr

Dijagnostika i liječenje limfoma

KroHem i PLIVA Hrvatska d.o.o.

On-line tečaj, 01.-02.01.2016.

Dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., mob.: 098/499-925, e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međ.sud. CROCAD-16

HLZ, HD za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi Tučepi, 05.-09.10.2016.

Studio Hrg d.o.o., tel.: 01/6110-450, 6183-140, e-mail: kongres@studiohrg.hr, ninostav.mimica@bolnica-vrapce.hr
www.alzheimer 2016.com
1600,00kn

3. međunarodni kongres hepatobilijarne i pankreatične kirurgije

Udruga za promicanje kirurgije jetre, žučnih putova i gušterića – HPB

Zadar, 05.-09.10.2016.

Dr.sc. Mario Kopljarić, mob.: 091/5827-446
2280,00kn/3040,00kn

2. simpozij o pedijatrijskoj palijativnoj skrbi s međ.sud.

HD za palijativnu medicinu HLZ, Žuti mačak d.o.o.

Zagreb, 07.10.2016.

Sandra Šutić, mob.: 099/288-581
500,00/150,00kn

4. hrvatski simpozij o dojenju

Hrvatska udruga IBCLC savjetnica za dojenje

Zagreb, 07.10.2016.

Irena Zakarija-Grković, tel.: 021/557-823, mob.: 098/9326-994, e-mail: irena.zakarija-grkovic@mefst.hr
200,00kn; 100,00kn za članice HUSD-a

Endokrinologija i dijabetologija u svakodnevnoj praksi

KBC Rijeka, Zavod za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma

Crikvenica, 07.-09.10.2016.

Doc.dr.sc. Sanja Klobučar Majanović, tel.: 051/658-187, e-mail: sanja.klobucarm@gmail.com
A.T.I. d.o.o., Predrag Marinković, mob.: 091/4440-040, e-mail: predrag@ati-pul.com
500,00kn

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

Uvod u ozonoterapiju te uporaba ozona u regenerativnoj medicini

Ravita j.d.o.o.

Pula, 08.10.2016.

Vanda Janko, mob.: 098/1763-673, e-mail: vanda.janko@yahoo.com

5. hrvatski toksikološki kongres s međ.sud.

Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada

Poreč, 09.-12.10.2016.

Dubravka Rašić, tel.: 01/4682-641
1200,00/1500,00kn

Izazovi na području ovisnosti – Imamo li prave odgovore?

Ministarstvo socijalne politike i mladih, Ministarstvo zdravljia i EURO-TC

Trogir, 10.-12.10.2016.

Sanja Mikulić, tel.: 01/5557-002, e-mail: sanja.mikulic@mspm.hr

STUDENI

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 gerontoški 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

2. hrvatski kongres menopauzalne medicine

HD za menopazu

Zagreb, 18.-19.11.2016.

Contres Projekt d.o.o., Maja Orsag, mob.: 091/3330-734, e-mail: maja@contres.hr
800,00kn

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.

PROSINAC

11. kongres Hrvatskog društva za transplantacijsku medicinu

HD za transplantacijsku medicinu Zagreb, 02.-03.12.2016.

Dr.sc. Danko Mikulić, dr.med., tel.: 01/2431-390 e-mail: info@hdtm.hr, www.hdtm.hr
Specijalisti 1000,00kn (rana kotizacija do 01.11.2016.) 1500,00kn (kasna), specijalizanti 500,00kn; medicinske sestre i tehničari – članovi HUMS-a – 700,00kn, ostali 800,00kn

