

GODINA XI • BROJ 103 • 15. X. 2011.



Lijecničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE

TEMA BROJA



Specijalizacije

(str. 21.)

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREDNIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska
GLAVNI I ODGOVORNJI UREDNIK
Prof. dr. Željko Poljak
Vlaška 12, 10000 Zagreb
e-mail:zeljko.poljak@zg.t-com.hr
TAJNIK REDAKCIJE
Dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
Naklada 18.000 primjeraka

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 18.000 copies

IZDAVAČKI SAVJET

Prim. dr. Dražen Borčić
Nikolina Budić, dipl. iur.
Prof. dr. Nenad Ilić
Prof. dr. Tatjana Jeren
Prof. dr. Vesna Jureša
Dr. Mario Malnar
Prim. dr. Vjekoslav Mahovlić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. sc. Vladimir Mozetić
Dr. Senad Muslić
Doc. dr. Ljiljana Perić
Prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović
Prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlarić
Doc. dr. Hrvoje Šobat

UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Nikolina Budić
Borka Cafuk • Egidio Čepulić
Stella Fatović Ferenčić • Josip Jelić
Slavko Lovasić • Adrian Lukenda
Ingrid Márton • Hrvoje Minigo
Mladen Petrovečki • Dražen Pulanić
Dario Sambunjak • Katarina Sekelj Kauzlarić
Ivica Vučak

UPUTA SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:
"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Šubićeva 9/ III,
e-mail: hlk@hlk.hr ili izravno uredniku.
Članci ne podlijedu 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", cjelokupni 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 stogaška i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno.
Godišnja pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.

Hrvatska liječnička komora
Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465
Redakcija
Novinarka **Borka Cafuk**
01/ 45 00 848, e-mail: borka.cafuk@hlk.hr

Oblakovanje A. Boman Višić
Tisak "Mediaprint - Tiskara Hrastic d.o.o."

LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU:
www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

LIJEĆNIČKE NOVINE 103 • 15. listopada 2011.

RIJEČ PREDSJEDNIKA 5

Harmoniziranje specijalizacija i dr.

IZ KOMORE 6

Druga sjednica IO-a • Popis članova povjerenstava IO-a • Sastanak sa slavonskim županijskim povjerenstvima

Posjet KBC-u Osijek • 18. simpozij ZEVA • PDV za uslugu zakupa • Odgoda COM-ova

Cjenik zdravstvenih postupaka

SPECIJALIZACIJE 21

Novi pravilnik

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 26

HZZO • Indeks hitnog prijema • Na ESGO kongresu • Na Surgical Weeku 2011

12. Terry Fox • Umirovljenici bez kotizacija

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA 28

Obiteljski liječnici u Rovinju • Overlap u reumatologiji

ZDRAVSTVO U SVIJETU 30

Sir Donaldson • Gastroenterološki pacijenti • Liječenje dislipidemija • Barbara Starfield

Kontracepcija kod mladih • Medicinski otpad • Novi Nobelovci

MEDICINA I PRAVO 33

Osiguranje odgovornosti u kliničkim ispitivanjima • Reguliranje psihoterapije

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 37

ANKETA 48

O farmaceutskim tvrtkama

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 50

Smanjenje soli u prehrani

DRUGO MIŠLJENJE 51

Cijepljenje - spas ili rizik?

OBLJETNICE 56

Vinkovačka bolnica

MEDICOPOLIS 59

180 godina vinkovačke bolnice

USPOMENE I SJЕĆANJA 62

Anica Jušić: Moj „treći“ život

PATOGRAFIJE 66

Bolesti poznatih ličnosti

UREDNIKOV KUTAK 73

„Intervju“ s Miroslavom Radmanom

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 75

Slika na naslovnicu: Proslava 180-godišnjice vinkovačke bolnice

ORGANIZACIJA I MARKETING "BONAMARK" • AMRUŠEVA 10
• tel/fax 01/ 4922 952, tel 01/4818 603, 4818 600 • e mail: bonamark@bonamark.hr

Harmoniziranje specijalizacija s propisima Europske unije

• Jesen je godišnje doba u kojem ima puno događanja vezanih za našu profesiju. Održavaju se kongresi, simpoziji i drugi stručni skupovi, koji će sigurno biti korisni za našu trajnu stručnu izobrazbu. Međutim, dogada se i puno toga što može obilježiti našu profesionalnu budućnost. Nakon više od četiri godine napornoga stručnog rada Središnjeg povjerenstva za harmoniziranje specijalizacija i rada preko pet stotina naših članova, liječnika svih specijalnosti, konačno je donesen novi Pravilnik o specijalizacijama doktora medicine, usuglašen s traženjem Europske unije. Sada imamo 45 specijalizacija koje su harmonizirane u skladu s Direktivom Europske komisije i preporukama Europske udruge medicinskih specijalista (UEMS), tako da će većina naših novootvorenih specijalizacija biti automatski priznata u državama članicama Europske unije. To je velik uspjeh naše struke, međutim, u isto vrijeme nam prijeti realna opasnost od egzodusa naših mladih doktora u potrazi za boljim uvjetima rada i života. Pojedinosti o uspješnom završetku ovoga projekta možete pročitati u članku predsjednice Središnjeg povjerenstva za harmonizaciju specijalizacija prof. dr. sc. Nade Čikeš i suradnika.

Posjet Slavoniji

Kako sam u prošlom broju i najavio, posjetili smo Slavoniju, čak dva puta u mjesec dana.

Prvo je 7. i 8. rujna obilježeno je 180 godina od osnutka vinkovачke bolnice. Zbog ranije dogovorenih obveza nisam mogao biti nazočan na središnjoj proslavi, ali sam bio na simpoziju 7. rujna u Kongresnoj dvorani hotela „Slavonija“. Taj je događaj za mene bio od neprocjenjivog značenja. Nisam mogao ni sanjati koliko je velikih ljudi zaslužnih za medicinu, stomatologiju i farmaciju porijeklom iz Vinkovaca, od Carla Heiztmanna, Julija Domca, Antuna Vrgoča i Andrije Štampara do naših suvremenika na Medicinskom, Stomatološkom i Farmaceutskom fakultetu u Zagrebu. Osim doprinosa medicinskoj znanosti, vinkovčka je bolnica dala golem doprinos zaštiti zdravlja stanovnika ovog područja, a posebice u vrijeme Domovinskog rata. Čestitam ravnatelju dr. Krunoslavu Šporčiću i njegovim suradnicima na odličnoj organizaciji ovog simpozija, a svim kolegama na bogatoj povijesti

i velikom doprinosu našem zdravstvu i medicini. Samo tjedan dana poslije bili smo opet u Slavoniji. U predivnom hotelu „Osijek“ sastali su se članovi Izvršnog odbora Komore i predsjednik Vijeća komore, dr. Marijan Cesarić, s članovima županijskih povjerenstava i Vijeća komore iz ove regije te u konstruktivnom tonu i kolegijalnom raspoređenju raspravljali o problemima rada u zdravstvenom sustavu. Ponovno smo zaključili da najviše otvorenih pitanja ima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (rad u centrima opće medicine, reforma hitne pomoći, kažnjavanje koncepcionara itd.). Stupanje na snagu zakonskih rješenja u Republici Hrvatskoj koja se temelje na EU Direktivi o radnom vremenu, izazvalo je u proteklom razdoblju najveću pozornost bolničkih doktora, koji su se morali svojim potpisom izjasniti želesli raditi više od 48 sati tjedno. Prema našim saznanjima većina kolega je odmah pristala raditi više od 48 sati tjedno zbog svijesti da se mora osigurati kontinuirana zdravstvena zaštita, ali i zbog nešto veće zarade. U Osijeku smo i o tome raspravljali, pa nam je posebno bilo žao što nas kao delegaciju Hrvatske liječničke komore nije primio ravnatelj najveće zdravstvene ustanove u regiji, iako smo susret s njim i njegovim suradnicima ranije dogovorili. Srećom je doc. dr. Ljiljana Perić, koja je predsjednica našeg Povjerenstva za bolničku djelatnost, bila izvanredna domaćica i u bolnici, kao i u drugim aktivnostima prilikom našega dvodnevnog posjeta Osijeku. Iako neplaniran, bio nam je baš dojmljiv posjet Domu zdravlja Osijek gdje nam je ravnatelj prof. dr. Gmajnić zorno predložio kako se dobrom upravom i organizacijom rada, uz marljiv rad svih djelatnika, mogu stvoriti idealni uvjeti za obavljanje primarne zdravstvene zaštite. Čestitam! Želio bih da tako bude u cijeloj Hrvatskoj.

Sastanak komora u Poljskoj

Hrvatska liječnička komora je od svojeg obnovljenog rada sudjelovala na simpozijima komora Srednje i Istočne Europe pod pokroviteljstvom Njemačke i Austrijske komore. Još 1997. bili smo i domaćini ovoga važnog okupljanja. Redoviti godišnji simpoziji imaju posebnu važnost za nas, jer na njima sudjeluju komore zemalja koje imaju sličnu povijest našoj. Gotovo sve liječničke komore

u zemljama socijalističkog bloka su ukinute nakon Drugog svjetskog rata, zabranjen im je rad i oduzeta imovina. Obnovljene su tek po uspostavi samostalnosti i demokracije u tim zemljama. Stoga su nam problemi slični, posebice u nastojanju postizanja što većih ovlasti komore i autonomije liječničke profesije.

Ovogodišnji, 18. po redu simpozij organizacije skraćeno nazvane „ZEVA“ održan je od 29. rujna do 1. listopada u Krakowu (Poljska). Na njemu su sudjelovali predstavnici 11 komora. Teme su bile samouprava u liječničkoj profesiji i uloga komora u trajnoj medicinskoj izobrazbi. Poljska, s više od 122.000 doktora medicine i zemlja koja je kao članica EU imala neugodnih iskustava s egzodusom doktora, uspjela je postići da se doktori vraćaju u domovinu. Dr. Konstanty Radziwił je predsjednik Stalnog povjerenstva europskih doktora (CPME) a dr. Romuald Krajewski jedan od četiri potpredsjednika UEMS-a. Jedan i drugi održali su korisna predavanja na ovom skupu o kome, kao i o potpisanoj Izjavi o sadašnjem i budućem statusu profesionalne autonomije liječnika, možete više čitati u ovom broju našeg glasila. Na skupu u Poljskoj ponovno sam s ponosom istaknuo kako Hrvatska ima povijesna iskustva u samoupravi liječničke profesije, što je i prepoznato, te nam je predloženo da se 19. ZEVA simpozij održi u Hrvatskoj. To sam sa zadovoljstvom prihvatio, ali uz ogradu da o tome u konačnici moraju odlučiti Izvršni odbor i Vijeće komore.

Posjet predsjednika Papinskog vijeća

Hrvatsko katoličko liječničko društvo (HKLD) domaćin je u listopadu predsjedniku Papinskog vijeća za pastoral zdravstvenih djelatnika. Na njihov će poticaj mons. Zygmunt Zimowski posjetiti naš središnji ured u Tuškanovoj ulici. Kao pozvani predavač jaću sudjelovati na simpoziju „Autonomija medicinske struke i eutanazija“. Drago mi je što je HKLD uključio Komoru u program simpozija i posjetu uvaženog gosta.

Kolegice i kolege, sumirajući sve navedene aktivnosti, želim i ovom prilikom naglasiti da naša Komora intenzivno radi na ostvarivanju svojih zakonskih ovlasti, a o svemu što radimo i što smo postigli informirajte se redovito na našoj web stranici i u Liječničkim novinama.

Vaš predsjednik:
Prim. dr. Hrvoje Minigo

.....

2. sjednica Izvršnog odbora Komore

48-satni radni tjedan pokazat će kolik je deficit liječnika

Borka Cafuk

- Izvršni odbor Hrvatske liječničke komore sastao se 16. rujna u Osijeku i raspravljao o mnogim gorucim pitanjima. Sastanak je otvoren raspravom o 48-satnom radnom tjednu, a na njemu je sudjelovao i predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata (HLS) dr. Ivica Babić.

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo izvjestio je članove Izvršnog odbora (IO) o zaključcima sa sastanka Povjerenstva za bolničku djelatnost, koje je u kolovozu raspravljalo o posljedicama uvođenja 48-satnog radnog tjedna (više u prošlom broju LN-a). Povjerenstvo je tada zaključilo da liječnici treba informirati o Odluci o visini isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost, koju je ministar zdravstva donio 26. kolovoza, i pisanom pristanku na rad iznad 48 sati tjedno te da liječnici sami trebaju odlučiti hoće ili neće potpisati pristanak. Zatraženo je tumačenje i pojašnjenje od Ministarstva zdravstva na sva pitanja koja proizlaze iz primjene Odluke. Povjerenstvo je utvrdilo i da nema velikog financijskog povećanja u isplataima naknada za dežurstvo i pripravnost.

Minigo je naglasio da će sada očitim postati nedostatak liječnika i dodao je da je s ovim povezano i pitanje osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti za koje



FOTO B. CAFUK

Predsjednik HLS-a dr. Ivica Babić

je, s obzirom na implikacije Odluke, sada krajnji trenutak da se riješi.

Predsjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost doc. dr. Ljiljana Perić, koja je i voditeljica Klinike za infektologiju KBC-a Osijek, izvjestila je IO da njenoj bolnici nedos-

taje 69 liječnika kako bi se Direktiva o 48-satnom radnom tjednu mogla provoditi sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

O dežurstvima i Kolektivnom ugovoru

HLS je poslao okružnicu liječnicima objašnjavajući o čemu se radi u Odluci o visini isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost, rekao je predsjednik Komore te dodao da će se oni koji potpišu pristanak izložiti opasnosti da dežuraju i više nego do sada, a oni koji ne potpišu uopće ne dežuraju imat će, prema tome, i niže prihode.

Predsjednik HLS-a dr. Ivica Babić istaknuo je da je Odluka implementacija pravnih pravila Europske unije i uvođenja europskog standarda. Posve se složio s time da u Hrvatskoj nema dovoljno liječnika i dodao da se sustav na to nije pripremio. Zakon, rekao je Babić, jamči prava svakom pojedincu.

Okružnicu je HLS poslao sindikalnim povjerenicima, članovima sindikata i ravnateljima i u njoj stoji da svaki pojedini liječnik sam odlučuje hoće li dežurati i da ga se na to ne može prisiliti. Temeljno je to da poslodavac treba tražiti suglasnost liječnika i mora se postići zajednički dogovor o interesima. Oni koji potpišu suglasnost mogu je povući, i to u roku od mjesec dana ako vide da se s time ne mogu nositi, istaknuo je. A obveza poslodavca je da vodi računa kako će zbrinuti sustav.

Postoji presuda Europskog suda pravde iz Luxemburga iz 2005. u kojoj je rad u stalnoj pripravnosti isto protumačen kao radno vrijeme. HLS nije insistirao na takvoj kvalifikaciji jer, naglasio je Babić, tada bi sustav bio onemogućen budući da se služba ne bi mogla organizirati u velikom broju bolnica zbog deficita liječnika. Zato je u kvotu od 48-satnog radnog tjedna ušao svaki rad - redo-



FOTO B. CAFUK

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. Mirjana Sabljar-Matovinović, rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, predsjednik Vijeća Komore mr. Marijan Cesarik, predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. Senad Muslić, predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. Vesna Jureša, prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar, predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo i tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić



Predsjednik Vijeća Komore mr. Marijan Cesarić i rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahovlić

ugovor ali u ovom trenutku nema političke volje, a s druge strane sindikalne središnjice i granski sindikati se toga plaše jer bi odrezali granu na kojoj sjede kad bi ugovarali strukovni sindikati.

Načelno je dogovoren da će rok valjanosti KU-a biti četiri godine, što je odlično, zaključio je Babić, jer daje sigurnost u razdoblju koje dolazi bez obzira tko osvojio vlast.

O dežurstvima u PZZ-u

Prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar upitao je dr. Babića zašto je u Odluku o visini isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost stavljeni da liječnik koji dežura u PZZ-u nakon dežurstva i dalje nema pravo na slobodan dan nakon dežurstava.

Babić je odgovorio da je to sadašnje stanje koje se primjenjuje do novog državnog proračuna, te da je prepisano u Odluku. O tome se nije razgovaralo iz vrlo jednostavnog razlog jer je prihvaćeno da postojeća organizacija, s obzirom na proračun i Zakon o fiskalnoj odgovornosti, zadrži postojeće stanje do donošenja novog proračuna.

Kod kolektivnih pregovora, na žalost, HLS je imao više poteškoća sa Samostalnim sindikatom zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske (SSZSSH) jer su oni željni da se sva liječnička povećanja razjerno prenesu i na njihovu vrijednost boda, odnosno koliko su liječnici trebali dobiti za dežurstvo i pripravnost taj je sindikat želio da se isto tako poveća postotak na njihove uvjete rada.

Temeljna pitanja koja su za nas bitna, naglasio je Babić, Ministarstvo zdravstva je prihvatio i ušla su u KU, poput pitanja plaćanja stručnog usavršavanja, izjednačavanja uvjeta rada, položajnih dodataka itd. Jedini je problem što Ministarstvo tvrdi da pitanje subspecializacije treba rješavati kroz Uredbu o koeficijentima. U ovom trenutku, prema Babićevoj procjeni, postoji volja i želja vladinog pregovaračkog tima da potpiše KU. Babić je više puta izričito tražio Strukovni kolektivni

Malnar je istaknuo da su se kolege u PZZ-u izjasnile da neće dežurati ako im se ne omogući slobodan dan nakon dežurstava.

To je odnos liječnika, poslodavca i Ministarstva ako raspravljamo o koncesionarima i pitanje koje koncesionari trebaju riješiti s onim s kime ugovaraju posao, objasnio je Babić.

Prvi dopredsjednik Komore je zamolio Babića neka prvom prilikom zatraži da se ta odredba briše iz Odluke jer je to poslovna i privatna diskriminacija. Također, dodao je da koncesionare nitko ne zastupa u ovim pregovorima s Ministarstvom i da im je onemogućeno da budu zastupani preko Hrvatske udruge poslodavaca jer su koncesionari poslodavci.

Babić je odgovorio da HLS zastupa javni sektor i one koji su u Sindikatu. KU je



Predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju prim. dr. Hrvoje Šobat, predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. Katarina Sekelić-Kauzlaric, predsjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost doc. dr. Ljiljana Perić, savjetnik predsjednika Komore za odnose s HZZO-om prim. dr. Josip Jelić i drugi dopredsjednik Komore prim. dr. Dražen Borčić

ugovor između Vlade i javnog sektora. Problem koncesionara se mora riješiti s Ministarstvom jer su oni u jednu ruku poslodavci, a u drugu zaposlenici. A pregovarački odbor formira Vlada RH i nitko ne može ući u njega ako ga Vlada nije imenovala.

Predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. **Senad Muslić** je predložio - budući da se KU sklapa između države i zaposlenika a koncesionari su poslodavci - da se koncesionari izdvoje iz KU-a pa da izravno pregovaraju s Ministarstvom, odnosno Vladom.

Stvar je vrlo jasna, upozorio je Babić, jer postoji velik interes i pritisak drugih sindikata da se na zaposlenike koncesionara odnose prava iz KU-a jer se koncesionari financiraju iz HZZO-a.

Savjetnik predsjednika Komore za privatnu praksu prim. mr. **Egidio Čepulić** je istaknuo da treba reći tko ima pravo, legitimitet da pregovara i sklapa ugovore u ime koncesionara. To je političko pitanje, jer da je pravno ne bi se oko toga stvarali problemi iako u njemu ima i pravnih elemenata, odgovorio je Babić.

Malnar je upitao na osnovi čega će se za koncesionare koji dežuraju računati naknada za dežurstvo i pripravnost, a Babić je odgovorio da to pitanje koncesionari trebaju riješiti s onim s kojim su ugavarali posao i državom koja je zadužena da uredi sustav zdravstva a pristala je na koncesije.

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo je rekao da postoji prijedlog kako odrediti točnu cijenu dežurstva te da će osobno od ministra zdravstva zatražiti da riješi problem koncesionara.

Koncesija nije riješila niti jedan bazični problem koji je postajao u zakupu i ona će i dalje biti generator nerješivih problema, naglasila je predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. **Vesna Jureša**. Kolege očekuju da KU zaštiti nositelje koncesije pa treba ozbiljno razmisliti kako regulirati koncesije jer će one biti ili prava privatna priča ili surogat između javnog i privatnog te konstantno u sukobu. Komora bi o tome trebala organizirati ozbiljno savjetovanje i to je krucijalni interes čitavoga zdravstvenog sustava, zaključila je Jureša.

Na prijedlog savjetnika predsjednika Komore za odnose s HZZO-om prim. dr. **Josipa Jelića** IO je donio zaključak da je prenošenje teksta iz prethodnog KU-a u Odluku glede slobodnog dana nakon dežurstva za liječnike PZZ produljenje diskriminacije liječnika te je podržao da se ta odredba promijeni. Jelić je zatražio i da se osnuje uža stručna grupa u Komori koja bi se bavila dežurstvima i razmotriла kako koncesionari mogu sudjelovati u kolektivnim pregovorima jer ih nitko

ne zastupa, te je upitao zbog čega Komora ne bi zatražila da ih zastupa Hrvatska udruga poslodavaca?

Babić je upozorio da HLS neće prihvati poziciju u kojoj će s druge strane biti bilo koji drugi poslodavac osim Vlade, a tako bi se i Komora našla u sukobu interesa. Hrvatska udruga poslodavaca nije partner u pregovorima. Dva su partnera: s jedne strane su sindikati s mandatom a s druge Vlada RH preko svog pregovaračkog tima. Naći se na strani poslodavaca, zaključio je Babić, znači naći se na strani onih s kojima HLS pregovara.

Cijene DTP-a u SKZZ-u

Predsjednik Komore izvijestio je IO da je na sjednici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, koja je održana 27. srpnja, intervenirao glede sniženja cijena dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti (SKZZ).

Naime, Upravno vijeće HZZO-a donijelo je na sjednici 24. svibnja Odluku o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 61/11) kojom su cijene DTP-a u SKZZ-u umanjene za prosječno 20 posto. Komora je odmah urgirala na Odluku tražeći da se utvrde stvarne cijene DTP-a jer ova Odluka duboko zadire u vrednovanje rada liječnika i poslovanje nositelja zdravstvene zaštite.

U Komori je stoga 23. kolovoza održan stručni radni sastanak na kojem su dogovoreni koraci koji će se poduzeti u analizi cijena DTP-a u SKZZ-u. Njezin će rezultat, odnosno izračun realnih cijena, biti prezentiran Povjerenstvu za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-u, koje čine predstavnici Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, Komore i Udruge poslodavaca u zdravstvu. Na sastanku je zaključeno da je nužno osmisli strukturu formiranja cijena DTP-a u SKZZ-u u dogovoru s voditeljima finansijskih i ekonomskih službi i stručnih društava. Iz toga bi trebala proizići i struktura formiranja svih cijena u zdravstvenom sustavu u kojima će vidljivo biti odvojena cijena rada zdravstvenog radnika od izravnih i neizravnih troškova rada. Dogovoren je i ritam komunikacije s HZZO-om. Kada će se na Povjerenstvu za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-u raspravljati o pojedinim specijalnostima tada će na sastanak biti pozvani predstavnici tih specijalnosti. Prvi razgovori bit će vezani uz radiološku djelatnost, nuklearnu medicinu, dijalizu i hiperbaričnu medicinu, potom nastupaju neurološko, pulmološko i kardiološko društvo, dok će treću skupinu o čijim će se cijenama pregovarati činiti oftalmologija, potpomognuta oplođnja, patologija, citologija i humana genetika. Insistirat će se i dalje na traženjima Komore, tj. da se do donošenja novih parametara za formiranje cijena pridržava starih cijena, a ne cijena iz Dodatka Ugovora (više o tome u prošlom broju LN-a).

Zaključci Povjerenstva za PZZ

Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. Senad Muslić prezentirao je članovima IO-a zaključke s prve sjednice Povjerenstva. Prenosimo ih u cijelosti.

1. Nakon upoznavanja sa statutarnim ovlastima Komore i Povjerenstva za PZZ, usvojene su Smjernice rada Povjerenstva, te je iskazana potreba promjene nekih poslova u nadležnosti Povjerenstva za PZZ, na čemu će članovi Povjerenstva raditi na jednoj od predstojećih sjednica i potom ih predložiti na usvajanje IO-u, Vijeću i Skupštini HLK-a.

2. S obzirom na trenutno nepovoljan položaj HLK-a u sustavu odlučivanja i dovođenja odluka o hrvatskom liječništvu, tj. položaj „davanja mišljenja“, zalažemo se za aktivniji položaj HLK-a i pozicije „odlučivanja“ po svim pitanjima vezanim uz hrvatske liječnike, tj. mogućnost davanja „veta“ na nepovoljne odluke državne administracije. Stoga predlažemo IO-u Komore da definira uvjete i načine kako to postići, posebice u svjetlu trenutnih prilika, tj. predstojećih izbora za zastupnike Sabora RH.



Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo

FOTO: B. CARLUK

3. S obzirom na nezadovoljstvo liječnika primarne zdravstvene zaštite postojećim Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, predlažemo njegovu reviziju i pozivamo sve relevantne institucije (MEF - Katedre za obiteljsku medicinu, Društvo nastavnika obiteljske medicine, MZSS, HZZO, HLZ) na suradnju glede tog prijedloga. Također, pozivamo HLZ sa svojim stručnim društvima da u suradnji s Povjerenstvom za PZZ HLK-a krene u izradu Postupnika (algoritama) za rad u PZZ-u.

4. S obzirom na netransparentan i nepovoljan Izračun godišnje vrijednosti tima PZZ-a (tzv. glavarine), predlažemo njegovu reviziju i izmjenu sukladno troškovima ordinacije, stopi inflacije, porastu BDP-a, planu očekivanog rasta cijene energetika i realnom porastu ostalih troškova neophodnih za rad ordinacije i kvalitetno pružanje zdravstvene zaštite.

5. S obzirom na proklamiranu želju državne administracije da se u PZZ-u rješava 80% kazuistike, a s druge strane, poziciju koncesionara koji svojim finansijskim sredstvima ne mogu adekvatno nabavljati ili zanaljavljati opremu sukladno Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostor, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, predlažemo uputiti dopise državnoj administraciji i jedinicama lokalne samouprave. Dogovorno s njima potrebno je iznaći druge modele financiranja opremanja ordinacija sukladno navedenom pravilniku, kao i financiranja dovedukacije doktora u PZZ-u. Time bi se ispravila nepravda nanesena doktorima-koncesionarima, jer za edukaciju i opremu svojih ordinacija nužno trebaju izdvajati sredstva iz svog osobnog dohotka.

6. Sukladno odlukama nekih drugih komora (npr. odvjetničke), a jer ne postoji izračun cijene rada doktora, predlažemo IO-u HLK-a da, u sklopu svojih ovlasti, pokrene definiranje najniže cijene ispod koje državna administracija i HZZO ne bi smjeli ići prilikom vrednovanja rada doktora, članova Komore.

7. Budući da se reformom Hitne medicinske pomoći otvaraju prepostavke za početak rada Centara opće medicine (COM), Povjerenstvo za PZZ predlaže Izvršnom odboru i predsjedniku HLK-a da se uputi hitan dopis MZSS-u, HZZO-u i svim županijama o potrebi nužne odgode uvođenja COM-a zbog absolutno nedefiniranih uvjeta rada.

Također predlažemo IO-u HLK-a da doktorima obiteljske medicine predloži neka ne potpisuju Ugovor o COM-u dok se ne riješe otvorena pitanja.

8. Nakon uvođenja koncesija u segment PZZ-a, dio koncesionara koji rade u zakupljenim prostorima izvan prostora domova zdravlja našao se u nepovoljnem položaju jer plaćaju i koncesijsku naknadu i ekonomsku cijenu zakupa prostora. Povjerenstvo za PZZ upozorava IO HLK-a na nepravedan i neravno-pravan položaj navedenih kolega i navajaju na sljedećoj sjednici Povjerenstva izradu prijedloga kojima bi se to ispravilo.

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo upozorio je, osvrnuvši se na 2. zaključak Povjerenstva, da politiku ne treba gurati u Komoru. Komora se mora boriti, istaknuo je, da ima što više stručnih ovlasti, a pravo veta bi je vezalo uz političku odgovornost.

Komentirajući 3. zaključak Povjerenstva Minigo je ustvrdio da će se IO složiti s tim da Povjerenstvo za PZZ krene u izradu Postupnika za rad u PZZ-u u onom trenutku kada se definira koliko novaca ima u proračunu za PZZ.

Sedmi zaključak Povjerenstva Komora ne može preporučiti s obzirom na stav koji je istaknuo IO, tj. da nisu poznati uvjeti rada u COM-u i dok se oni ne definiraju Komora ne može preporučiti svojim članovima potpisivanje ugovora o COM-u.

Zaključci Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost

Dr. Josip Turjak, član Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost izvijestio je IO o zaključcima koje je Povjerenstvo donijelo na sjednici održanoj 13. rujna. Zaključke i prijedloge Povjerenstva prenosimo u cijelosti.

Za nove članove tog Povjerenstva predloženi su dr. Petar Raštegorac, spec. oftalmologije iz Samobora, te dr. Branko Popović, spec. opće medicine iz Opatije. Izvršnom odboru Komore predložiti će se njihovo imenovanje za nove članove.

Svim članovima Povjerenstva dostavlja se zaprimljeni prijedlog Pravilnika o akreditacijskom postupku nositelja zdravstvene djelatnosti radi davanja primjedaba i komentara. Određuje se 20. rujna 2011. kao krajnji rok za dostavu primjedaba i komentara.

Budući da se Povjerenstvo u predstojećem razdoblju namjerava snažno baviti izmjenama Cjenika zdravstvenih postupaka HLK-a, predlaže se da se na web stranici Komore i u „Liječničkim novinama“ ponovno objavi poziv svim zainteresiranim osobama za dostavu prijedloga, kako novih stavki

Cjenika tako i novih cijena postojećih postupaka u Cjeniku. Također se predlaže da se poziv za dostavu primjedaba na Cjenik zdravstvenih postupaka dostavi i svim predsjednicima županijskih povjerenstava kako bi informaciju o pokrenutim aktivnostima na izmjeni Cjenika proslijedili svim zainteresiranim liječnicima na području svojih županija. Predlaže se da se 31. listopada 2011. godine odredi kao krajnji rok za dostavu primjedaba.

Povjerenstvo predlaže da se svim web portalima specijaliziranim za grupnu prodaju kao i pojedinim liječnicima koji na njima oglašavaju pružanje zdravstvenih usluga ispod minimalnih cijena ili popust na cijene propisane Cjenikom zdravstvenih usluga Komore, uputi dopis kojim će ih se upozoriti na obvezu pridržavanja minimalnih cijena propisanih aktima Komore kao i na moguće sankcije u slučaju njihova kršenja.



FOTO B. ČARUK

Član Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost dr. Josip Turjak

Vezano uz zakonom propisanu ovlast Komore da daje suglasnost na cijene zdravstvenih usluga iz opsega privatnog zdravstvenog osiguranja koje određuju društva za osiguranje, predlaže se održavanje zajedničkog sastanka s predstvincima pojedinih osiguravajućih društava kako bi ih se upoznalo s njihovom zakonskom obvezom. Predlaže se održavanje takvog sastanka u listopadu ili studenom 2011.

Povjerenstvo predlaže da Komora u predstojećim kontaktima s predstvincima Ministarstva zdravstva ponovno upozori na obvezu donošenja pravilnika koji će uređivati pitanje uvjeta i načina obavljanja rada liječnika privatne prakse u zdravstvenim ustanovama i trgovackim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, kao i reguliranje oblika rada

umirovljenih liječnika. Dogovorene su aktivnosti oko formiranja jedinstvenog popisa i strukture privatnika, te svih onih koji sudjeluju u radu privatnih zdravstvenih ustanova i trgovачkih društava. Predloženo je da se županijskim povjerenicima pošalje dopis uz prijedlog načina formiranja popisa po županijama.

Ostale novosti iz rada stalnih povjerenstava Izvršnog odbora

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. Mirjana Sabljar-Matovinović predložila je IO-u da Povjerenstvo organizira tribinu o izvantelesnoj oplodnji koja bi se bavila pitanjem što s embrijima koji su zamrznuti. Naime, istaknula je Sabljar-Matovinović, ovo je pitanje iznimno zanimljivo jer pravno nije regulirano. IO je podržao prijedlog i zatražio da mu Povjerenstvo prezentira program tribine kada ga osmisli.

Zamjenik predsjednika Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. Mirko Gjurašin izvjestio je IO da je Povjerenstvo održalo Konstituirajući sjednicu. Povjerenstvo je zaprimilo mnoštvo predmeta, a idući redoviti stručni nadzori provest će se u Šibeniku i Čakovcu.

Predsjednica Povjerenstva za javno-zdravstvenu djelatnost podsjetila je članove IO-a na zaključak da će se na sjednice povjerenstava pozivati i predsjednici drugih stalnih povjerenstava IO-a Komore ako se na njima obraduje tema koja je u njima zanimljiva.

Predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti izvjestila je IO kako je protekao stručni skup o informatizaciji u



FOTO B. CAFUK

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. Mirjana Sabljar-Matovinović

zdravstvu koji je Povjerenstvo suorganiziralo od 6. do 8. srpnja u Motovunu (više o tome u temi broja u prošlom broju LN-a).

Cjelovit popis članova povjerenstava Izvršnog odbora

Na sastanku su usvojeni i prijedlozi o imenovanju preostalih članova povjerenstava IO-a pa donosimo cjelovit popis svih povjerenstava i njihovih predsjednika, zamjenika, članova i tajnika.

FOTO B. CAFUK



Predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. Vesna Jureša i prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar

1. Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju

Predsjednica:

prof. dr. Mirjana Sabljar-Matovinović, Zagreb

Zamjenik: Mr. Ivan Žokalj, Čakovec

Članovi:

Dr. Rok Čiviljak, Zagreb

Doc. dr. Mirko Ivkić, Zagreb

Prim. dr. Josip Jelić, Slavonski Brod

Dr. Zvonko Jukić, Vinkovci

Doc. dr. Draško Pavlović, Zagreb

Mr. sc. Asja Valković Mika, Rijeka

Dr. Slavica Vrtarić, Đakovo

Tajnik: Radmila Rumek Črne, dipl. iur.

2. Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor

Predsjednik:

prof. dr. Nenad Ilić, Split

Zamjenik predsjednika:

prof. dr. Mirko Gjurašin, Zagreb

Članovi:

Mr. Ivo Blaće, Šibenik

Akademkinja Vida Demarin, Zagreb

Doc. dr. Željko Duić, Zagreb

Prof. dr. Neven Ljubičić, Zagreb

Dr. Živko Mišević, Čakovec

Prim. dr. Milivoj Novak, Zagreb

Tajnik: Radmila Rumek Črne, dipl. iur.

3. Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika

Predsjednica: prof. dr. Tatjana Jeren, Zagreb

Zamjenik: dr. Ninoslav Leko, Slavonski Brod

Članovi:

Prof. dr. Srđan Banac, Rijeka

Dr. Oktavija Đaković Rode, Zagreb

Dr. sc. Marko Jakopović, Zagreb

Dr. sc. Anton Marović, Split

Prof. dr. Ljiljana Randić, Rijeka

Dr. Marija Švagelj, Vinkovci

Tajnik: Tatjana Babić, dipl. iur.

4. Povjerenstvo za primarnu zdravstvenu zaštitu

Predsjednik: dr. Senad Muslić, Samobor

Zamjenik: dr. Bari Šita, Zagreb

Članovi:

Dr. Ilonka Artuković, Zagreb

Dr. Branka Bardak, Slavonski Brod

Dr. Morena Butković, Pula

Dr. Marija Klarić, Trogir

Dr. Miroslav Prpić, Senj

Dr. Sanja Scarpa-Bugarić, Osijek

Dr. Jasminka Tkalec, Varaždin

Tajnik: Mijo Karaula, dipl. iur.

5. Povjerenstvo za bolničku djelatnost

Predsjednica: doc. dr. Ljiljana Perić, Osijek

Zamjenik: prim. dr. Danijel Mrazovac, Zagreb

Članovi:

Dr. Neven Elezović, Split
Mr. sc. Zlatko Houra, Osijek
Mr. sc. Dragutin Juraga, Varaždin
Doc. dr. Željko Krznarić, Zagreb
Mr. dr. Srećko Ljubičić, Dubrovnik
Dr. Silva Potrebica, Varaždinske Toplice
Prof. dr. Biserka Trošelj-Vukić, Rijeka
Tajnik: Maja Lacković, dipl. iur.

6. Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost

Predsjednik: dr. sc. Vladimir Mozetić, Rijeka
Zamjenica: Dr. Vesna Harni, Zagreb

Članovi:

Dr. Vedrana Buljević, Split
Prof. dr. Nikola Čičak, Krapinske Toplice
Dr. Marino Derossi, Pula
Dr. Josip Glavić, Dubrovnik
Dr. Branko Popović, Opatija
Dr. Petar Raštrogac, Samobor
Dr. Josip Turjak, Osijek
Tajnik: Mijo Karaula, dipl. iur.

7. Povjerenstvo za javnozdravstvenu djelatnost

Predsjednica: prof. dr. Vesna Jureša, Zagreb
Zamjenik: dr. sc. Aleksandar Džakula, Zagreb

Članovi:

dr. sc. Ines Diminić-Lisica, Rijeka
prim. dr. Maja Grba-Bujević, Karlovac
dr. Kata Krešić, Vinkovci
dr. Francisca Lančić, Varaždin
dr. Ivan Pristaš, Zagreb
prof. dr. Tomislav Rukavina, Rijeka
mr. sc. Ankica Smoljanović, Split
Tajnik: Maja Lacković, dipl. iur.

8. Povjerenstvo za ostale liječničke djelatnosti

Predsjednica:

prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric, Zagreb
Zamjenica: dr. sc. Vesna Sitar-Srebočan, Zagreb

Članovi:

Dr. Darko Dogan, Zagreb
Dr. Velibor Drakulić, Zagreb
Dr. Mirna Jovanić Kolundžić, Zagreb
Mr. Dubravka Pezelj-Duliba, Zagreb
Dr. Željka Russo, Bjelovar
Dr. Ante Županović, Šibenik
Tajnik: Maja Lacković, dipl. iur.

9. Povjerenstvo za međunarodnu suradnju

Predsjednik: doc. dr. Hrvoje Šobat, Zagreb
doc. dr. Vesna Degoricija, Zagreb
dr. Zdravko Heinrich, Zagreb
doc. dr. Ika Kardum-Skelin, Zagreb
dr. Tanja Pekez-Pavliško, Kutina
dr. sc. Hrvoje Vražić, Zagreb
dr. Ines Zelić-Baričević, Slavonski Brod
Tajnik: Maja Lacković, dipl. iur.

Obavijest članovima, liječnicima u statusu aktivnog praktičara

31. listopada 2011.

- krajnji rok za narudžbu besplatnog primjerka „MSD priručnika dijagnostike i terapije“

- Rok za narudžbu besplatnog primjerka MSD priručnika dijagnostike i terapije

istiće zadnjeg dana mjeseca listopada pa stoga pozivamo sve članove u statusu aktivnog praktičara da, ukoliko to još nisu, naruče svoj primjerak preko mrežne stranice Hrvatske liječničke komore - www.hlk.hr.

Priručnik je također, do navedenog roka, moguće naručiti i ispunjavanjem narudžbenice koja se može dobiti u svakom županijskom povjerenstvu Hrvatske liječničke komore. Stoga požurite kontaktirati predsjednika županijskog povjerenstva u svojoj županiji, kako bi Vaša narudžba bila pravovremena, a županijski povjerenik će Vam pomoći da lakše dobijete svoj primjerak priručnika. (Kontakti predsjednika županijskih povjerenstava dostupni su na mrežnoj stranici HLK u rubrici „O nama - kontakti“, www.hlk.hr)

Načelno podržan prijedlog o suradnji na predstavljanju reorganizacije službe hitne medicine i suradnje s COM-ovima

Prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar predložio je IO-u da Komora zajedno sa Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu surađuje na predstavljanju reorganizacije službe hitne medicine i suradnje s centrima obiteljske medicine (COM). Do kraja godine mogla bi se organizirati četiri regionalna sastanka na kojima bi se javnost i zdravstveni djelatnici informirali o promjenama u djelatnosti hitne medicine.

IO je načelno prihvatio Malnarov prijedlog i zatražio konkretizaciju prijedloga sadržaja programa predstavljanja i prikaz finansijskih izdataka te suradnje.

Izjava o sadašnjem i budućem statusu profesionalne autonomije liječnika

IO je podržao Nacrt Izjave o sadašnjem i budućem statusu profesionalne autonomije liječnika koja je naknadno donesena na 18. Simpoziju liječničkih komora srednje i istočne Europe (ZEVA) 1. listopada u Krakowu.

Potpisnici Izjave potiču zdravstvene stručnjake, zakonodavce i uprave da surađuju i podržavaju, promoviraju i šire ulogu profesionalnih autonomija u pružanju visoko kvalitetne i dostupne zdravstvene zaštite pacijentima u Europi (više o tome u posebnom članku u ovom broju LN-a).

Ostale aktivnosti Komore

U razdoblju od 1. srpnja do 16. rujna predstavnici Komore sudjelovali su u brojnim aktivnostima.

Konstituirajuća sjednica Vijeća Komore održana je 1. srpnja (više u LN-u od 15. srpnja).

Ministar zdravstva i socijalne skrbi mr. Darko Milinović i državni tajnici dr. Dražen Jurković i dr. Ante Zvonimir Golem i ravnatelj HZZO-a dr. Tihomir Strizrep 5. srpnja su posjetili novi poslovni prostor središnjeg ureda Komore u Tuškanovoj 37 u Zagrebu i sastali se s članovima IO-a (više o tome u LN-u od 15. srpnja).

Prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric sudjelovala je na sastanku o gerontološkoj zaštiti u Hrvatskoj, koji je 5. srpnja održan u Ministarstvu zdravstva.

U organizaciji Komore i ŠNZ-a Andrija Štampar održana je u Motovunu radio-nica „Intelligence u zdravstvu i strateško odlučivanje“ od 6. do 8. srpnja (više o tome u temi broja prošlog broja LN-a).

Liječnici saborski zastupnici 13. srpnja su posjetili nove prostorije Komore i

sastali se s članovima IO-a (više o tome u prošlom broju LN-a). Isti je dan prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar sudjelovao na sastanku u HZZO-u o statistici rada liječnika u zdravstvenom sustavu.

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo je sa suradnicima obavio primopredaju stana u Šubićevu 9./III predsjedniku HLZ-a prof. dr. Željku Metelku 20. srpnja.

Prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar sudjelovao je na sastanku u Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu o radu županijskih zavoda za hitnu medicinu 21. srpnja (više o tome u prošlom broju LN-a). Isti je dan u HZZO-u održan sastanak radne grupe za eKarton, a predsjednik Komore i suradnici bili su na sastanku u HZZO-u posvećenom organizaciji rada u COM-u.

Predsjednik Komore je sudjelovao na 24. sjednici Upravnog vijeća HZZO-a 27. srpnja (više o tome u ovom članku).

U organizaciji Županijskog povjerenstva Komore Bjelovarsko-bilogorske županije održana je 1. kolovoza tribina na temu suradnje HMP-a, COM-a i OB Bjelovara. Istoga je dana u HZZO-u održan sastanak radne grupe za eNaručivanje.

U Komori je 23. kolovoza održan zajednički sastanak predstavnika pojedinih specijalističkih djelatnosti radi dogovora o načinu izračuna cijena usluga u SKZZ-u u organizaciji člana Povjerenstva HZZO-a za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-u dr. sc. Vladimira Mozetića (više o tome u prošlom broju LN-a).

U HZZO-u je 5. rujna održan sastanak grupe za eKarton, a u Komori sastanak Komisije za provođenje postupka za priznavanje specijalizacija iz hitne medicine.



Iz donacija Komori (dr. Josip Ferencak)

Na traženje Ministarstva zdravstva Komora je dala pozitivno mišljenje na prijedlog izmjena Mreže javne zdravstvene službe u dijelu koji se odnosi na dugotrajno liječenje i palijativnu skrb.

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo je 6. rujna sudjelovao u radu Nadzornog odbora Basler osiguranja Zagreb. Dan poslije nazoočio je obilježavanju 180. obljetnice osnutka i kontinuiranog rada vinkovačke bolnice, a prof. dr. Ljiljana Randić je sudjelovala na sastanku Povjerenstva za prihvatanje pokroviteljstva, novčano podupiranje znanstveno-stručnih skupova u zdravstvu i davanje

mišljenja na dodatno stručno usavršavanje zdravstvenih radnika u Ministarstvu zdravstva.

Predsjednik Skupštine Komore prof. dr. Vlado Jukić nazoočio je svečanoj akademiji u povodu 180. obljetnice rada vinkovačke bolnice 8. rujna u Vinkovcima.

Na poziv HZZO-a dr. sc. Vladimir Mozetić je kao član Povjerenstva za utvrđivanje cijena DTP-a u SKZZ-u sudjelovao na sastanku 15. rujna, a dan poslije je u ulozi predsjednika Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku djelatnost nazoočio svečanom otvorenju 3. Konferencije medicinskog turizma u Zagrebu.

.....



FOTO B. ČAFUK

Konstituirajuća sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju održana je 23. rujna u središnjem uredu Komore u Tuškanovoj 37 u Zagrebu. Na fotografiji su u prvom redu s lijeva na desno: članice Povjerenstva dr. Slavica Vrtarić i mr. Asja Valković Mika, administratorica Povjerenstva Ivančica Kalšan, tajnik Povjerenstva dipl. iur. Radmila Rumeš-Črne, predsjednica Povjerenstva prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović i zamjenik predsjednice mr. Ivan Žokalj. U drugom redu s lijeva na desno su članovi Povjerenstva dr. Rok Čivljak, doc. dr. Draško Pavlović, dr. Zvonko Jukić, prim. dr. Josip Jelić i prof. dr. Mirko Ivkić

Sastanak čelnika Komore sa županijskim povjerenstvima Osječko-baranjske, Požeško-slavonske i Vukovarsko-srijemske županije

Na otvorenim sjednicama županijskih povjerenstava svi će liječnici moći iznijeti probleme s kojima se suočavaju

Borka Cafuk

• Čelnici Hrvatske liječničke komore sastali su se sa županijskim povjerenstvima Osječko-baranjske, Požeško-slavonske i Vukovarsko-srijemske županije u Osijeku 15. rujna i raspravljali o gorućim temama. Na sastanku je zaključeno da liječnike po pojedinim županijama muče različiti problemi te je predloženo županijskim povjerenstvima Komore da održavaju otvorene sjednice na kojima svi liječnici mogu iznijeti probleme s kojima se suočavaju te da se o tome izvijesti središnjica Komore kako bi se mogle poduzeti odgovarajuće aktivnosti.

Na sastanku su sudjelovali predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, prvi dopredsjednik dr. Mario Malnar, drugi dopredsjednik prim. dr. Dražen Borčić, pred-

sjednik Vijeća Komore i predsjednik Županijskog povjerenstva Požeško-slavonske županije mr. sc. Marijan Cesarik, rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, savjetnik predsjednika za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. Mirko Gjurašin, savjetnik predsjednika za privatnu praksu prim. mr. Egidio Ćepulić, savjetnik predsjednika za odnose s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje prim. dr. Josip Jelić, predsjednica Povjerenstva Komore za bolničku djelatnost i predsjednica Županijskog povjerenstva Osječko-baranjske županije doc. dr. Ljiljana Perić, predsjednica Povjerenstva Komore za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzarić, predsjednik Povjerenstva Komore za međunarodnu suradnju prim. dr. Hrvoje Šobat, tajnik Komore

dipl. iur. Nikolina Budić te predstavnici Županijskog povjerenstva Osječko-baranjske županije dr. Marin Marinčić, dr. Sven Kurbel, dr. Zlatko Houra, dr. Kata Bekina, dr. Kata Viduka, dr. Sanja Scarpa Bugarić, dr. Slavica Vrtarić i dr. Josip Turjak i predstavnici Županijskog povjerenstva Vukovarsko-srijemske županije dr. Marija Švagelj, dr. Jadranka Ban i dr. Lucija Jakelić.

Nužna je bolja suradnja bolničkih liječnika i liječnika PZZ-a

Dr. Sanja Scarpa Bugarić, članica stalnog Povjerenstva Izvršnog odbora Komore za primarnu zdravstvenu zaštitu, izvijestila je okupljene o zaključcima Županijskog povjerenstva Osječko-baranjske županije vezi s rješavanjem pitanja liječnika PZZ-a u Županiji. Scarpa Bugarić je istaknula da se razgovaralo o boljoj suradnji bolničkih liječnika i liječnika PZZ-a te je zaključeno da među njima ne smije biti rivalstva i sukoba.

Goruća pitanja liječnika PZZ-a, odnosno uvjeti rada, moraju biti riješeni u suradnji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Dogovoren je i zajednički sastanak liječnika PZZ-a, bolničkih liječnika i predstavnika HZZO-a jer se ta pitanja mogu jedino na taj način riješiti.

Ordinacije liječnika PZZ-a uglavnom nisu opremljene sukladno Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika, medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti i koncesijskom ugovoru pa je cilj potaknuti lokalnu zajednicu da pomogne liječnicima u PZZ-u da se opreme. Neke od ordinacija, navela je



FOTO B. CAFUK

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednica Županijskog povjerenstva Komore Osječko-baranjske županije doc. dr. Ljiljana Perić i prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar

Scarpa Bugarić, nemaju čak niti tekuću vodu, a neke se tek trebaju informatizirati, uglavnom, zaključila je, stanje je vrlo šaroliko.

Predsjednica Županijskog povjerenstva Osječko-baranjske županije i predsjednica stalnog Povjerenstva Izvršnog odbora Komore za bolničku djelatnost doc. dr. Ljiljana Perić istaknula je da je također dogovoren da će se, bude li Povjerenstvo za bolničku djelatnost rješavalo pitanja vezana uz PZZ, na sastanak uvijek pozivati predstavnici PZZ-a. Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo istaknuo je da je najam koji plaćaju liječnici koncesionari izvan domova zdravlja vrlo visok, te da će o tome razgovarati s ministrom zdravstva mr. Darkom Milinovićem kako bi se smanjio, odnosno izjednačio s onim u domovima zdravlja.

Prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar se nadovezao oslikavši to primjedom ZET-ovog prostora u Zagrebu za koji je Grad Zagreb prije plaćao jednu kunu, a sada ZET od liječnika traži da plaća 400 kuna po metru kvadratnom.

48-satni radni tjedan, nedostatak liječnika i osiguranje od profesionalne odgovornosti

Minigo je liječnike izvijestio i o zaključcima sa sastanka Povjerenstva za bolničku djelatnost, koje je u kolovozu raspravljalo o uvođenju 48-satnog radnog tjedna (više u prošlom broju LN-a). Povjerenstvo je tada zaključilo da liječnike treba informirati o Odluci o visini isplate na osnovi rada u dežurstvu i rada po pozivu te naknade za pripravnost, koju je ministar zdravstva i socijalne skrbi mr. Darko Milinović donio 26. kolovoza, i pisnom pristanku na rad iznad 48 sati tjedno te da oni sami trebaju donijeti odluku žele li ili ne žele potpisati pristanak. Zatraženo je tumačenje i pojašnjenje od Ministarstva zdravstva na sva pitanja koja proizlaze iz

primjene Odluke. Također, Povjerenstvo je konstatiralo i da nema velikog financijskog povećanja u isplatama naknada za dežurstvo i pripravnosti.

Sada će očitim postati nedostatak liječnika, upozorio je Minigo te objasnio da je s tim povezano i pitanje osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti ta da je sada, s obzirom na implikacije Odluke, krajnji trenutak da se to riješi.

Minigo je istaknuo i da pravo rada do 70. godine života treba omogućiti svima koji žele i mogu raditi. Danas, upozorio je, imamo točno koliko liječnika koliko ima novaca u državnom proračunu za liječničke plaće.

Radi nedostatka liječnika potrebno je i povećati upisne kvote na medicinskim fakultetima te pružiti liječnicima bolje uvjete rada kako ne bi otisli u neku od zemalja Europske unije ili u privatni sektor.

Predsjednik Vijeća Komore i predsjednik Županijskog povjerenstva Požeško-slavonske županije mr. sc. Marijan Cesarik postavio je pitanje zašto se povećanje upisnih kvota na medicinskim fakultetima stalno usporava.

Rizničar Komore prim. dr. Vjekoslav Mahovlić upozorio je na žalosnu činjenicu da upisne kvote na medicinskim fakultetima nisu bile popunjene jer studij medicine ne zanima mlade koji žive u sustavu uloženo-dobiveno i tu je medicina gubitnik. Problem novčane mase, zaključio je, svima nama u svakom pogledu determinira rad i život.

Liječnici se trebaju informirati što radi Komora

Specijalistica obiteljske medicine dr. Jadranka Ban iz Županijskog povjerenstva Vukovarsko-srijemske županije izjavila je da je sretna što je toliko velik broj liječnika obiteljske medicine ušao u strukturu Komore. Liječnici, dodala je, puno očekuju od mene i za godinu dana će me pitati što sam napravila

te je zamolila da joj se omogući prilika za rad. Predsjednik Komore je istaknuo da će ne samo dr. Ban već svi imati priliku za rad. Komora, nastavio je, ima javne ovlasti definirane Zakonom i u sklopu njih se može djelovati. Istina je da su očekivanja članova Komore velika - oni očekuju zaštitu, pacijenti s druge strane očekuju da Komora kažnjava liječnike, vlast da je Komora podržava, a opozicija da se Komora suprotstavlja vlasti itd.

Komora, naglasio je Minigo, ima utjecaj. Malo po malo i ustrajno Komora mijenja stvari poput loših zakona i proširuju se njene ovlasti. Nerijetko je problem što liječnici nisu informirani o tome što radi Komora - ne čitaju Liječničke novine i ne posjećuju mrežnu stranicu Komore www.hlk.hr, pa se često događa da predlažu da se riješi nešto što je već riješeno ili traže nešto što je izvan ovlasti Komore.

Vađenje venske krvi u ordinacijama PZZ-a

Dr. Kata Viduka iz Županijskog povjerenstva Osječko-baranjske županije osvrnula se na obvezu vađenja venske krvi za laboratorijske pretrage u ordinacijama PZZ-a, upozorivši da liječnici zbog toga sat vremena nisu dostupni svojim pacijentima te da su uvjeti u kojima se krv vadi minimalni a ipak su prisiljeni raditi i pitaju se čija će biti odgovornost kada se nekom nešto dogodi.

Predsjednik Komore Minigo je objasnio da su predstavnici Komore bili na nizu sastanaka o kojima se upravo o tome raspravljalo te da je Komora tražila da vensku krv vade samo oni liječnici u PZZ-u koji za to imaju odgovarajuće uvjete. Komora je, također, insistirala na tome da vađenje venske krvi ne bude obveza svih liječnika PZZ-a i da bude izvan DTP postupaka, tj. da se dodatno plaća.

Prvi dopredsjednik Komore Malnar dodao je kako Komora čitavo vrijeme upozorava da vađenje venske krvi trebaju obavljati oni liječnici koji to mogu a da se ne kažnjavaju

FOTO B. CAFUK



Sa sastanka čelnici Komore sa županijskim povjerenstvima Osječko-baranjske, Požeško-slavonske i Vukovarsko-srijemske županije. S lijeva na desno: tajnica Područnog županijskog ureda Osijek Doprila Beljakov, dr. Zlatko Houra, dr. Sven Kurbel, prim. dr. Hrvoje Minigo, prim. dr. Dražen Borčić, prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric, prim. dr. Hrvoje Šobat, mr. Marijan Cesarik, prim. mr. Egidio Čepulić, prim. dr. Josip Jelić, prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, dipl.iur. Nikolina Budić, dr. Mario Malnar, dr. Josip Turjak, dr. Sanja Scarpa Bugarić, dr. Lucija Jakelić, dr. Marin Marić, dr. Marija Švagelj, prof. dr. Mirko Gjurašin, dr. Jadranka Ban, dr. Slavica Vrtarić, dr. Kata Bekina, dr. Kata Viduka, doc. dr. Ljiljana Perić, administratorica Ivančica Kalšan

oni koji to zbog neodgovarajućih uvjeta ne mogu. Insistirali smo, nadovezao se Minigo, da se liječnike ne može kazniti bez arbitraže u kojoj sudjeluje Komora jer je nužno razmotriti i shvatiti zašto se nešto događa.

Muke bolničkih liječnika

Mr. sc. Zlatko Houra, član Županijskog povjerenstva Osječko-baranjske županije, naveo je neke od muka bolničkih liječnika. KBC Osijek je najmlađi kliničko-bolnički centar koji prolazi kroz sazrijevanje i stvaranje osnovnih postavki rada: mjesta rada, sredstava za rad, uvjeta, opreme i drugog.

Bolnički liječnici širom Hrvatske stalno se pitaju kome će se obratiti za zaštitu, pravne službe bolnica tu nisu za njih.

Problematičan je i dotok novca, a liječnici ne mogu ni na što utjecati. Odnos između liječnika i vlasti bolnice nerijetko nije dobar. Prosječna starost bolničkih liječnika je između 50 i 60 godina.

Predsjednik Komore Minigo složio se da se mora ukazati na to da liječnici nisu odgovarajuće plaćeni, da rade u neodgovarajućim uvjetima ali i na pogoršanje odnosa između kolega, kako horizontalno tako i ver-

ticalno. U bolnicama je mnoštvo problema i Minigo ističe kako bi volio da se i o tome govori kao što se govori o pitanjima liječnika PZZ-a. Liječnici, naglasio je, moraju se međusobno razgovarati i razumjeti jedni druge.

Doc. Perić se nadovezala i istaknula da je obrtaj pacijenata, broj pregleda i prijema Klinike za infektologiju KBC-a Osijek, na čijem je čelu, 30 posto veći nego prije Domovinskog rata.

Štoviše, doc. Perić je izračunala da bi KBC-u Osijek bilo potrebno još 69 liječnika specijalista želi li se provoditi Direktiva o 48-satnom radnom tjednu sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Prvi dopredsjednik Komore Malnar predložio je da članovi Komore, bolnički liječnici, koji rade u lošim uvjetima o tome izvijesite Povjerenstvo za bolničku djelatnost.

Županijska povjerenstva, nadovezao se predsjednik Komore Minigo, mogla bi sazvati sjednicu i na nju pozvati bolničke liječnike da izraze što ih muči te o tome obavijestiti središnjicu.

Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika, medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti otvara mogućnost za reagiranje,

istaknuo je savjetnik predsjednika Komore za odnose s HZZO-om prim. dr. Josip Jelić.

Nemali je broj stvari izvan odredbi tog Pravilnika i o tome liječnici trebaju obavijestiti Komoru kako bi ona mogla interverirati.

Komora treba više stručnih ovlasti, a ne pravo veta

Dr. Sanja Scarpa Bugarić upitala je postoji li mogućnost da se Komori vrati pravo veta.

Ne treba željeti da se Komori vrati pravo veta, odgovorio je predsjednik Vijeća Cesarić, odnosno da Komora dobije bilo što što je vezano uz političku odgovornost.

Komora se mora boriti da ima što više stručnih ovlasti.

.....

Čelnici Komore u posjeti KBC-u Osijek

Bolnici bi trebalo još 69 liječnika

• U KBC-u Osijek radi 347 specijalista i 113 specijalizanata, a Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi raspisat će natječaj za 19 novih specijalizacija ove godine. No, uvezvi u obzir da se primjenjuje direktiva o radnom vremenu sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, koja određuje da radni tjedan traje 48 sati, KBC-u zapravo nedostaje 69 liječnika specijalista, istaknula je doc. dr. Ljiljana Perić, predsjednica Stručnog vijeća bolnice, na radnom sastanku s čelnicima Hrvatske liječničke komore 16. rujna u KBC-u Osijek.

Bolnicu su posjetili predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednik Vijeća dr. Marijan Cesarić, prvi dopredsjednik dr. Mario Malnar, drugi dopredsjednik prim. dr. Dražen Borčić, rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, savjetnik predsjednika za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. Mirko Gjurašin, savjetnik predsjednika

za privatnu praksu prim. dr. Egido Čepulić, predsjednica Povjerenstva Komore za javno-zdravstvenu djelatnost prof. dr. Vesna Jureša, predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke



FOTO B. ČAFUK

Savjetnik predsjednika Komore za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. Mirko Gjurašin, drugi dopredsjednik Komore prim. dr. Dražen Borčić, predsjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost doc. dr. Ljiljana Perić, savjetnik predsjednika Komore za privatnu praksu prim. mr. Egido Čepulić, član Županijskog povjerenstva Osječko-baranjske županije mr. sc. Zlatko Houra, rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar, predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric, predsjednik Vijeća Komore mr. Marijan Cesarić i predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju prim. dr. Hrvoje Šobat u posjeti KBC-u Osijek

je natječaj za 10 specijalista hitne medicine koji će raditi na objedinjenim hitnom bolničkom prijemu. Od kada je bolnica postala KBC dobila je novu djelatnost kardiokirurgije. U nastavnom smislu ima veći broj domaćega kadra, čak 80 posto. S druge strane, osvrnula se Perić navodeći primjer Klinike za infektologiju na čijem je čelu, obrtaj pacijenata, broj pregleda i prijema se povećao za 30 posto, a prosjek ležanja je smanjen s devet na 6,9 dana. Klinika ima 34 ugovorenih kreveta a na njemu je stalno oko 50 bolesnika pa je punjenost 2010. bila 150-postotna.

Dr. Zlatko Houra doda je i da problem predstavlja što se teško bolesni pacijenti upućuju na Odjel intenzivne njegi, gdje je liječenje najskuplje, jer liječnici ne žele da im pacijenti umiru na odjelima a sve iz straha od napada i medija.

Predsjednik Komore dr. Hrvoje Minigo izjavio je da je to pokušaj liječnika da se zaštite, no preskupo je i stoga liječnici moraju postupati po načelima dobre kliničke prakse. Drugi dopredsjednik Komore doda je da ako se od zdravstvenih ustanova traži da poštivanje standarda Europske unije, onda se za to treba pobrinuti država ali ne na račun



FOTO: B. ČAFUK

Čelnici Komore u posjeti Domu zdravlja Osijek: Savjetnik predsjednika Komore za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. Mirko Gjurašin, drugi dopredsjednik Komore prim. dr. Dražen Borčić, predsjednik Vijeća Komore mr. Marijan Cesarik, predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. Vesna Jureša, predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju prim. dr. Hrvoje Šobat, predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar, savjetnik predsjednika Komore za privatnu praksu prim. mr. Egidio Čepulić, ravnatelj Doma zdravlja Osijek prof. dr. Rudika Gmajnić, predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric i rizničar prim. dr. Vjekoslav Mahovlić

liječnika i medicinskih sestara kako je to radila do sada. Savjetnik predsjednika za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. Mirko Gjurašin nadovezao se i istaknuo da je država dala pacijentima pravo na sve, no ona nema finansijska sredstva da to sve i pokrije.

Čelnici Komore su nakon sastanka posjetili Dom zdravlja Osijek i ravnatelja prof. dr. Rudiku Gmajniću. Ravnatelj ih je proveo

kroz ordinacije liječnika obiteljske medicine istaknuvši da su se sami organizirali kako bi ih uredili i stvorili primjerene uvjete za svoje pacijente. Pokazao im je i zajedničku sobu za vodenje venske krv za laboratorijske pretrage, koju dijele liječnici Doma zdravlja i liječnici koncesionari.

••••

18. Simpozij liječničkih komora centralne i istočne Europe

ZEVA 2012. u Hrvatskoj

- Hrvatska liječnička komora i ove je godine aktivno sudjelovala na sastanku liječničkih komora centralne i istočne Europe (ZEVA). Sastanak je, kao zemlja domaćin, organizirala Poljska u Krakovu od 29. rujna do 1. listopada, a naša će Komora biti domaćin sastanka sljedeće godine.

ZEVA, za razliku od EFMA-e nije službena organizacija europskih liječničkih komora već postoji kao tradicionalni simpozij na kojem se susreću predstavnici komora centralne i istočne Europe u namjeri da prezentiraju vlastitu organizaciju i njen rad na godišnjoj razini.

Sastanku su nazočili predstavnici liječničkih komora iz Albanije, Austrije, Bosne i Hercegovine (Zenica - Dobojski kanton), Hrvatske, Češke, Njemačke, Mađarske, Rumunjske, Srbije i Poljske s ukupno 56 prijavljenih sudionika.

Dvodnevni simpozij obilovao je zanimljivim izvješćima zamjalja sudionica, otvorena je i rasprava o ulozi liječničkih komora u medicinskoj edukaciji i mobilnosti liječnika, a potpisana je i zajednička Izjava o sadašnjem i budućem statusu profesionalne autonomije liječnika.

Spomenuta Izjava značajan je dokument s obzirom na to da je u posljednje vrijeme bilo pokušaja da se ograniči neovisnost liječničkih komora ili da agencije državne uprave preuzmu čak i profesionalne upravljačke funkcije.

Upravo u nastojanju naglašavanja da profesionalna autonomija i postojanje liječničkih strukovnih organizacija nije zapreka slobodnom tržištu i prepreka tržišnom natjecanju, svi sudionici ovogodišnjeg sastanka potpisnici su Izjave koju u nastavku donosimo u cijelosti.

Izjava o sadašnjem i budućem statusu profesionalne autonomije liječnika donesena u Krakowu 1. listopada 2011. na 18. Simpoziju liječničkih komora srednje i istočne Europe

S obzirom na: Memorandum iz Českého Krumlova o javnim funkcijama i profesionalnom predstavljanju komora liječnika (i doktora dentalne medicine), uzimajući u obzir:

- promjenjive uvjete obavljanja liječničke profesije u Europi tijekom proteklog desetljeća (uključivši povećanu migraciju liječnika u uvećanoj Europskoj Uniji, manjak liječnika u nekim europskim zemljama, novu regulaciju radnog vremena),

- konstantan i ubrzani razvoj medicinskih znanja i tehnologija koji nameće liječnicima da se sve više posvećuju svom trajnom medicinskom razvoju (specijalističkom usavršavanju, trajnoj medicinskoj izobrazbi),

- rastuća očekivanja europske populacije u smislu lakše dostupnosti šireg opsega visoko kvalitetnih zdravstvenih usluga, rastući utjecaj ekonomskih sila na zdravstveni sektor,

• povećani pritisak na liječnike da prilagode obavljanje liječničke djelatnosti politikama koje donose zdravstvene uprave i druge brojne „treće strane“, predstavnici liječničkih komora srednje i istočne Europe, okupljeni u Krakowu, donose sljedeću izjavu:

Predstavnici liječničkih komora okupili su se 2000. godine u Česky Krumlov te usvojili Memorandum u kojem su naznačili zadaće i odgovornosti liječničkih komora kao organizacija profesionalne autonomije. Posebice su predstavnici liječničke profesije naglasili da liječničke komore imaju odgovornost ne samo prema svojim članovima nego i prema javnosti. Uloga komora nije ograničena na predstavljanje interesa liječnika nego se proteže izvan toga jer komore jesu i trebaju biti odgovorne za reguliranje i nadzor nad provođenjem liječničke profesije s ciljem osiguranja visoke kvalitete liječničke djelatnosti.

U zadnje vrijeme je u Europi bilo pokušaja da se ograniči neovisnost liječničkih komora ili da agencije državne uprave preuzmu čak profesionalne upravljačke funkcije - u nekim zemljama se to doista i dogodilo. Argumenti za to bili su da su komore zapreka slobodnom tržištu i prepreka tržišnom natjecanju. Budući da je uobičajeno da su zdravstvene usluge regulirane na poseban način, treba naglasiti da profesionalna autonomija nikako ne znači zaprek ili ograničavanje ekonomskih aktivnosti.

Naprotiv, organizacije profesionalne autonomije jamče da osobe koje obavljaju određenu profesiju postupaju po etičkim principima i standardima struke.

Dokazano je da su organizacije profesionalne autonomije koje djeluju u okvirima nacionalnih i europskih pravnih odrednica učinkovitije i kompetentnije nego državne vlasti u obavljanju upravljačkih funkcija.

Istodobno, profesionalne autonomije predstavljaju i štite opravdane interese svojih članova, što je optimalan način reguliranja obavljanja slobodnih profesija.

Imajući na umu važnost naprijed navedenoga za budućnost liječničkih profesija i kvalitetu zdravstvenih usluga, potpisnici ovog dokumenta potiču zdravstvene stručnjake, zakonodavce i uprave da surađuju i da podržavaju, promoviraju i šire ulogu profesionalnih autonomija u pružanju visoko kvalitetne i dostupne zdravstvene zaštite pacijentima u Europi. Potpisnici su ujedno suglasni da će se pružiti uzajamnu podršku u slučajevima kada se pokušava ograničiti nezavisnost liječničkih komora ili prenijeti upravljačke funkcije na agencije državne uprave.

Potpisnici:

Order of Physicians of Albania

Austrian Medical Chamber

Medical Chamber of Zenica-Doboj Canton

Croatian Medical Chamber

Czech Medical Chamber

German Medical Association

Hungarian Medical Chamber

Romanian College of Physicians

Serbian Medical Chamber

Polish Chamber of Physicians and Dentists

(slobodan prijevod s engleskog jezika:

Maja Lacković, dipl.iur.)

Zanimljivosti iz nekih nacionalnih izvješća

Iz nacionalnih izvješća vidljivo je da je stanje u zemljama središnje i istočne Europe šaroliko.

Ekonomsko i financijsko stanje u Mađarskoj prikazano je kao vrlo teško, što se odražava i na zdravstveni sustav koji ima vrlo mali budžet, a deficit liječnika i medicinskih sestara raste. Politički eksperiment 2006.-2007. godine kojim se nastojalo uništiti Komoru ukidanjem obveznog članstva nije uspio pa je članstvo u Komori ponovno postalo obvezno, očekuje se nova regulativa tog područja, a u prosincu ove godine slijede izbori u Komori.

Specifičnost Srbije ogleda se u tome što još uvijek ključne propise koji se odnose na rad Komore, Uredbu o izdavanju i obnavljanju licenci i Uredbu o kontinuiranoj izobrazbi liečnika, donosi ministar zdravstva. U svibnju je u Poljskoj donesen Zakon o naknadi za lijekove koji određuje visoke kazne za liječnike pogriješe li u propisivanju recepta i propisu li lijekove za neosigurane pacijente. Ovaj zakon trebao bi stupiti na snagu 1. siječnja 2012. S obzirom na to da u Poljskoj nema odgovarajuće definicije opsega zdravstvenih usluga na koje pacijenti imaju pravo u okviru općeg zdravstvenog osiguranja, liječnici taj zakon smatraju neustavnim. Stoga je 2. rujna o.g. Vrhovno zdravstveno vijeće podnijelo zahtjev Ustavnom судu za ocjenu njegove ustavnosti.

U Austriji je pristup zdravstvenim uslugama reguliran Zakonom o općem socijalnom osiguranju pa je 99% populacije zdravstveno osigurano. Pacijenti sami izabiru svog obiteljskog liječnika, a pristup većini drugih zdravstvenih usluga je slobodan, tj. nema čuvara vrata sustava kroz primarnu zdravstvenu zaštitu već ovisi o vrsti i iznosu uplaćenog osiguranja. U 2009. godini ukupni zdravstveni troškovi iznosili su oko 30,3 milijarde eura, što je 11,3% BDP-a.

U Njemačkoj je u kolovozu o. g. donesen nacrt zakona kojim bi se nastojalo omogućiti jednak pristup zdravstvenoj skrbi i modernim medicinskim tretmanima za pacijente u urbanim i ruralnim područjima. Njemačka komora smatra kako je nužno poraditi na boljoj informiranosti pacijenata o njihovim pravima koja su u zakonima već odgovarajuće zaštićena te da nije potrebno kreirati novu legislativu jer će se time samo dodatno opteretiti liječnici novom birokracijom. Komora se u proteklom razdoblju bavila i pitanjem asistiranog samoubojstva i zauzela je čvrst stav kako nije posao liječnika da pomaže nekome



Predstavnici Komora potpisuju izjavu

tko želi sebi oduzeti život te da je to suprotno načelima liječničkog poziva. Nastavno na zauzeti stav Komore zatraženo je da se u profesionalnom liječnikom kodeksu to dodatno naglasi.

Temeljna uloga komora

Posebno važnu temu obradio je dr. Ramin Parsa-Parsi iz Njemačke liječničke komore koji je govorio o važnosti liječničke samoregulacije i autonomije kao i o temeljnoj odgovornosti liječničkih komora u organizaciji, regulaciji i promociji specijalizacija i trajne medicinske izobrazbe.

Pored već navedenoga, a sukladno iznesenom stavu, komore su odgovorne i za čuvanje profesionalnih interesa liječničke zajednice, evidentiranje i nadzor liječnika te za osiguravanje etičkih i znanstvenih standarda u medicini.

Komore bi trebale podržavati daljnju europsku harmonizaciju i integraciju na polju medicinske izobrazbe i utvrđivanja strukovnih kodeksa dok ona koristi liječničkoj profesiji. Bude li ugrožavanja kvalitete medicinske edukacije ili prava samoregulacije komora, liječnička bi struka trebala biti spremna na to da intervenira u interesu zaštite kvalitete zdravstvenih usluga i sigurnosti pacijenata.

Budućnost ZEVA-e

Prijedlog uvođenja mrežne stranice ZEVA-e naišao je na odobravanje sudionika sastanka te je prihvaćeno da se pod vodstvom Njemačke komore do sljedećeg sastanka 2012. ona ustroji.

Na taj način ojačat će se identitet liječničkih komora u regiji, poboljšati razmjena informacija i iskustava između komora, ojačati ideja samoregulacije, te pružiti podrška komorama u EU-u i izvan nje i omogućiti rasprava o specifičnim izazovima i problemima komora centralne i istočne Europe.

Članak napisala tajnik HLK-a
Nikolina Budić, dipl. iur.

.....



Očitovanje Ministarstva financija o obračunavanju PDV-a za uslugu zakupa poslovnog prostora

Borka Cafuk

• Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi 30. kolovoza je dostavilo Hrvatskoj liječničkoj komori očitovanje Središnjeg ureda Porezne uprave Ministarstva financija o obračunavanju poreza na dodanu vrijednost (PDV) za uslugu zakupa poslovnog prostora koju obavljaju domovi zdravlja

To je očitovanje Komora žurno zatražila još krajem 2009. uoči stupanja na snagu Pravilnika o PDV-u (NN 149/09), koji se počeo primjenjivati od 1. siječnja protekle godine. Kako očitovanje nije stizalo, Komora je i dalje insistirala na očitovanju te je slala požurnice Ministarstvu zdravstva da kao resorno ministarstvo ishodi očitovanje.

Ministarstvo financija konačno je svoje očitovanje uputilo Ministarstvu zdravstva 25. srpnja. Zašto je Komora morala toliko čekati na najobičnije očitovanje, a onda i na njegovu dostavu, nije poznato.

PDV se plaća, ističe Ministarstvo financija u dopisu, sukladno odredbi članka 2. stavka 1. točke 1.a Zakona o porezu na dodanu vrijednost (NN 47/95, 94/09) na isporuke svih vrsta dobara i na sve usluge obavljene u tuzemstvu uz naknadu koju poduzetnik izvrši baveći se svojom gospodarskom ili drugom djelatnosti.

Prema odredbi članka 6. stavka 1. točke 1. Zakona o PDV-u porezni obveznik je poduzetnik koji isporučuje dobra ili obavlja usluge iz članka 2. stavka 1. točke 1. Zakona o PDV-u, osim poduzetnika iz članka 22. stavka 1.

Sukladno odredbama članka 8. stavka 1. Zakona o PDV-u i članka 54. stavka 1. Pravilnika o PDV-u, osnovica PDV-a je naknada za isporučena dobra ili obavljene usluge, a naknadom se smatra, ističe Ministarstvo financija, sve ono što primatelj dobara ili usluga treba dati ili platiti za isporučena dobra i obavljene usluge, osim poreza na dodanu vrijednost.

Prema odredbama članka 112. stavka 1., 2. i 5. Pravilnika o PDV-u porezni obveznik obračunava porez na iznos naknade za oporezive isporuke dobara i usluge

obračunskom razdoblju, a naknada za oporezive isporuke utvrđuje se, između ostalog, na temelju izdanih računa. Od PDV-a obračunatog za isporuke porezni obveznik ima pravo odbiti pretporez u skladu s člankom 20. Zakona o PDV-u.

Nadalje u očitovanju Ministarstva financija stoji da je odredbama članka 60. stavka 3. Pravilnika o PDV-u propisano da se PDV plaća na isporuke svih vrsta dobara i

**Obračun PDV-a
ovisi o ugovornom
odnosu između
davatelja usluge
najma i primatelja
te usluge**

usluga, među kojima je i usluga najma, po stopi od 23 posto na poreznu osnovicu (naknadu). No, ako je u naknadi sadržan i obračunan PDV po stopi 23 posto, tada se primjenjuje preračunata porezna stopa koja iznosi 18,6992 posto u skladu s odredbom članka 60. stavka 5. Pravilnika o PDV-u.

Ministarstvo financija u očitovanju napominje da obračun PDV-a ovisi o ugovornom odnosu između davatelja usluge najma i primatelja te usluge, a da tumačenje ugovornih odnosa između primatelja i davatelja usluge kao i Naredbe nije u nadležnosti Ministarstva.

Stoga, zaključuje Ministarstvo financija, ako je u ugovorenom novčanom iznosu zakupnine koja predstavlja naknadu, odnosno osnovicu PDV-a prema odredbama članka 8. stavka 1. Zakona o PDV-u, uračunat i PDV, tada porezni obveznik da bi iz naknade u kojoj je sadržan porez izračunao iznos poreza - primjenjuje preračunatu poreznu stopu sukladno odredbi članka 60. stavka 5. Pravilnika o PDV-u.



Komora zatražila odgodu početka rada centara opće medicine

• Hrvatska liječnička komora zatražila je od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) odgodu početka rada centara opće medicine (COM) u domovima zdravlja sve dok se točno ne utvrde uvjeti rada liječnika u tim centrima. Komora je ovaj zahtjev uputila HZZO-u 22. rujna sukladno zaključcima donesenim na sjednici Izvršnog odbora Komore, koja je održana 16. rujna u Osijeku.

Naime, Izvršni odbor je na toj sjednici iscrpno upoznat s aktivnostima koje se odvijaju u pojedinim županijama vezanim uz uvođenje i početak rada COM-ova i na temelju toga je zaključio da je nužno odgoditi početak rada COM-ova jer su uočene brojne nejasnoće vezane uz uvjete i način rada liječnika u njima.

Za početak rada COM-ova nužno je, smatra Izvršni odbor, točno utvrditi uvjete i način rada liječnika u njima, odnosno osigurati sve potrebne pretpostavke za kvalitetan rad liječnika. Kako bi se riješila sva sporna pitanja vezana uz rad liječnika u COM-ovima, Komora očekuje nastavak pregovora s nadležnim tijelima.

Borka Cafuk



Aktivnost Povjerenstva u XII. HLK Županiji brodsko-posavskoj

• U prostorijama HLZ Podružnice Slavonski Brod, u organizaciji HLK-a, HLS-a i HLZ-a, organizirana je 18. kolovoza tribina o pravnom tumačenju 48-satnog radnog tjedna te o posljedicama koje iz toga proizlaze za organizaciju rada Bolnice u tom gradu.

Nazočni liječnici upoznati su s promjenama Zakona o Zdravstvenoj zaštiti te s tumačenjem spornih točaka čl. 163.

Najviše zanimanja potakla su nagađanja o načinima organiziranja rada ako bi se strogo poštovao Zakon te se ne bi potpisala

ponuđena suglasnost o pristanku da se dragovoljno radi preko 48 sati tjedno.

Drugo pitanje je da praktično pravnost više ne postoji nego rad po pozivu, a to otvara brojna pitanja, na koja će odgovore dati vrijeme-dolasci po pozivu, dostupnost cijena dolaska itd. Tzv. manji odjeli, koji su hitnoču svoje službe pokrivali pripravnošću, sada imaju organizacijske poteškoće.

Sljedeća je vrlo neugodna implikacija cijena rada preko 48 sati tjedno jer u Zakonu piše da ju određuje ministar uz mišljene Sindikata, a zna se kako ministar uvažava mišljenja HLS-a i HLK-a.

Naglašeno je više puta da poslodavac ne može nikoga prisiliti da radi peko 48 sati tjedno ako taj to ne želi, i da će se u slučaju nepotpisivanja dogoditi organizacijske promjene rada odjela, ali da je na svakome da postupi prema svom stavu, poštujući Zakon.

Dr. Ninoslav Leko

Cjenik zdravstvenih postupaka - poziv za dostavu prijedloga izmjena i dopuna

• Obavještavamo članstvo Komore da je Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost Komore radi na izmjenama i dopunama Cjenika zdravstvenih postupaka.

Cjenikom utvrđene su najniže cijene zdravstvenih postupaka i usluga temeljem kojih je moguće formirati cijene pojedinih usluga privatnih praksi, zdravstvenih ustanova i trgovачkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

Trenutno važeći Cjenik zdravstvenih usluga, koji je usvojen u svibnju 2007. godine, dostupan je svima na web stranici Komore (www.hlk.hr) u rubrici Cjenici i troškovnici / Cjenik medicinskih usluga.

Zbog brojnih novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka smatramo potrebnim Cjenik dopuniti te stoga pozivamo sve zainteresirane pružatelje zdravstvenih usluga da nam dostave obrazložene prijedloge izmjena i dopuna pojedinih stavki postojećeg Cjenika zdravstvenih postupaka.

Rok za dostavu prijedloga je 31. listopada 2011. godine.

Svoje prijedloge možete dostaviti na sljedeće načine:

- poštom na adresu:
**Hrvatska liječnička komora
Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost,
Tuškanova 37, Zagreb;**
• faxom na broj: 01/4655-465;
• elektronskom poštom na:
mijo.karaula@hlk.hr (tajnik Povjerenstva).

*Predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost
dr.sc. Vladimir Mozetić, dr.med.*



Održan deveti Tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještak

• U Hrvatskoj liječničkoj komori održan je deveti Tečaj za kandidate za stalne sudske vještak od 26. do 30. listopada. Na njemu je sudjelovalo 12 kandidata.

Sukladno Pravilniku o stalnim sudske vještacima (NN 88/08), Komora je obvezna provoditi pravnu izobrazbu liječnika kandidata za stalne sudske vještak o ulozi i položaju vještaka u sudskom sporu.

Borka Cafuk



Otuđene i izgubljene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da je dr. Miroslav Philipp prijavio otuđenje, a dr. Marin Ivanišević, dr. Vanja Fenzl i dr. Zvonimir Juzbašić prijavili su gubitak liječničke iskaznice Hrvatske liječničke komore.

U roku od 30 dana od objave gubitka liječničke iskaznice u službenom glasilu Liječničkim novinama, Komora, odnosno izdavatelj iskaznice, liječnicima će izdati novu iskaznicu.



Novi pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine

*Prof. dr. sc. Nada Čikeš, Marija Pederin, dipl. iur.,
Velibor Drakulić, dr. med., prim. Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr. med.*

• U „Narodnim novinama“ broj 100/11, od 5. rujna 2011. godine, objavljen je novi Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, u čijoj izradi je sudjelovalo više od 600 doktora medicine specijalista iz svih područja medicinske struke. Novim Pravilnikom uvode se u zdravstveni sustav Republike Hrvatske specijalizacije koje uz sadržaj i trajanje imaju definirane sve postupke i procedure koje specijalizant mora obaviti, detaljno praćenje njegovog napretka, uz stjecanje samostalnosti i razvoja odgovornosti. Naglasak je stavljena na ishode učenja i stjecanje kompetencija, pri čemu se ističe odgovornost glavnog mentora, mentora i samog specijalizanta u usvajanju kompetencija. Programi specijalističkog usavršavanja formulirani su u skladu s europskim tendencijama harmonizacije izobrazbe liječnika.

Europski dokumenti i razvoj specijalističkog usavršavanja liječnika

Proteklih dvadesetak godina u Europi su pokrenuti mnogi procesi posvećeni obrazovanju liječnika na diplomskoj i postdiplomskoj razini te su objavljeni razni dokumenti, preporuke i važni akti s propisima upućenim zemljama članicama Europske unije. Godine 2005. stupila je na snagu Direktiva 2005/36/EC Europskog parlamenta i Vijeća o priznavanju stručnih kvalifikacija od 7. rujna 2005. (s obvezom usklajivanja propisa država članica do 20. listopada 2007.), a odnosi se na regulirane profesije, među kojima je i liječništvo. Direktiva 2005/36/EC pojednostavljuje sustav uzajamnog priznavanja kvalifikacija između državljana država članica

Europske unije. Cilj je Direktive poboljšanje pravila važećih sustava priznavanja kvalifikacija u svjetlu iskustava te istovremeno održanje načela i garancije slobode poslovnog nastana koja su ugrađena u te sustave.

Direktiva propisuje minimum obrazovanja liječnika, obuhvaća kriterije i dokaze za priznavanje diplome doktora medicine te ujednačava i koordinira trajanje specijalističkog usavršavanja i odgovarajući stupanj obrazovanja. Direktiva poznaje 54 glavne specijalizacije, najzastupljenije u državama članicama Europske unije, navodi njihove nazive i minimum trajanja specijalističkog usavršavanja. Specijalističko usavršavanje doktora medicine sastoji se od teorijskog i praktičnog usavršavanja koje se odvija u ovlaštenim bolničkim ustanovama i sveučilištu. Države članice osiguravaju minimalno trajanje specijalizacija predviđeno Direktivom. Programme specijalističkog usavršavanja i s tim povezane standarde definirala je Europska udruga liječnika specijalista (UEMS), europsko tijelo koje predstavlja nacionalna udruženja medicinskih specijalista i tijelo koje na europskoj razini promiče europske specijaliste osiguravajući visoku kvalitetu zdravstvene zaštite. Još 1993. godine Vijeće UEMS-a je prihvatiло Povelju o izobrazbi liječnika specijalista u Europi. Povelja navodi ciljeve specijalističkog usavršavanja te propisuje strukturu europskih i nacionalnih tijela koja osiguravaju standarde specijaliziranja liječnika, kriterije za instituciju u kojoj se liječnici usavršavaju, zahtjeve za mentora i specijalizanta. Poglavlje 6. Povelje posvećeno je specifičnim zahtjevima za provođenje usavršavanja pojedine specijalnosti te je prepušteno specijalističkim sekcijama UEMS-a. Sekcije su reagirale različitim tempom te je rad na programima specijalističkog usavršavanja trajao petnaestak godina.

Objavljena je i Povelja o „vizitaciji“ centara u kojima se provodi liječničko usavršavanje (1997.) te Izjava o politici ocjenjivanja u postdiplomskom specijalističkom usavršavanju liječnika (2006.). U radu sekcija UEMS-a sudjeluju predstavnici svih država članica (Hrvatska je za sada pridruženi član), a obveza je predstavnika da u svojim nacionalnim društvinama osiguraju prihvatanje dogovorenog programa.

Izrada novih programa specijalističkog usavršavanja doktora medicine u Hrvatskoj

Zbog potrebe ustroja novog sustava specijalističkog usavršavanja doktora medicine uskladenog s postavkama Direktive 2005/36/EC te preporukama UEMS-a, u ožujku 2006. godine potpisana je Sporazum o suradnji između Dekanske konferencije medicinskih fakulteta, Hrvatske liječničke komore i Hrvatskoga liječničkog zbora radi izrade prijedloga usklajivanja propisa iz područja zdravstva te prijedloga programa specijalističkog usavršavanja liječnika s europskom stečevinom i standardima.

Sporazumu je prethodilo osnivanje Povjerenstva Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za koordinaciju izrade prijedloga planova i programa liječničkih specijalizacija u siječnju 2006. godine, sastavljeno od predstavnika Dekanske konferencije medicinskih fakulteta (prof. dr. sc. Nada Čikeš), predstavnika Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (Ante-Zvonimir Golem, dr. med., Velibor Drakulić, dr. med., Marija Pederin, dipl. iur., Dubravko Bajramović, dr. med.), predsjednika Hrvatske liječničke komore (prim. Hrvoje Minigo, dr. med.), predsjednika Hrvatskog liječničkog zbora (doc. dr. sc. Hrvoje Šobat, prof. dr. sc. Željko Metelko), predsjednika Akademije medicinskih znanosti (Akademik Željko Reiner), predstavnika Medicinskog fakulteta u Zagrebu (prof. dr. sc. Smilja Kalenić, prof. dr. sc. Daniel Derežić, Darko Bošnjak, dipl. iur.) te nacionalnog delegata u vijeću UEMS-a i člana radne grupe za pregovore s EU (prim. Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr. med.).

Predsjednicom povjerenstva imenovana je prof. dr. sc. Nada Čikeš. Povjerenstvo je pokrenulo aktivnosti oko potpisivanja Sporazuma o suradnji i donjelo odluku o osnivanju povjerenstava za izradu programa svake specijalizacije, odnosno razradilo sustav uključivši osnovne profesionalne sastavnice liječničke djelatnosti te metodologiju izrade programa specijalističkog usavršavanja. U izradi svakog programa specijalizacije sudjelovala su četiri predstavnika medicinskih fakulteta

odgovarajućih katedri (Medicinski fakultet u Zagrebu, Medicinski fakultet u Rijeci, Medicinski fakultet u Splitu, Medicinski fakultet u Osijeku), četiri predstavnika Hrvatskoga liječničkog zbora, odnosno predsjednik stručnog društva, predstavnik stručnog društva u sekciji UEMS i dva predstavnika izabrana od upravnog vijeća stručnog društva te četiri predstavnika Hrvatske liječničke komore.

Proces rada na novim programima specijalističkog usavršavanja s uspjehom je prikazan na međunarodnim konferencijama o obrazovanju liječnika i tijelima UEMS-a.

Ishodi učenja i kompetencije

Istovremeno s izradom specijalističkih programa u Europi se provodi i harmonizacija diplomske nastave na medicinskim fakultetima. Uskladjuju se ishodi učenja (*learning outcomes*) studijskih programa na fakultetima unutar pojedinih zemalja (*The Scottish Doctor*) i u Europi. Nužno se uspostavlja potreba da se definiraju ishodi učenja na diplomskoj i postdiplomskoj razini i standardi obrazovanja liječnika. Budući da ishodi učenja obuhvaćaju iskaz o tome što student, odnosno specijalizant, treba naučiti, razumjeti ili biti sposoban učiniti nakon završenog programa, jasno je da se, primjerice, razlikuju ishodi učenja psihijatrije na studiju medicine i na specijalizaciji psihijatrije. Ishode učenja definiraju kompetencije koje se stječu određenim programom, a kompetencije predstavljaju skup znanja, vještina i stavova. Posljednjih godina velika je težnja da se na različitim stupnjevima izobrazbe definiraju opće (generičke) i posebne (specifične) kompetencije. Opće kompetencije mogu se definirati kao skup vještina koje su zajedničke za mnoge struke te nisu specifične za jedan posao. Posebne kompetencije su vezane uz specifičnu struku. Mnoge su nacionalne i međunarodne liječničke udruge i obrazovne institucije predložile popise općih kompetencija vezanih uz profesiju liječnika, koje bi se morale podučavati tijekom izobrazbe. Najpoznatiji je dokument koji je objavio The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada kao revidirano izdanje edukacijskih standarda pod nazivom CanMEDS 2005 Physician Competency Framework, koji definira sedam uloga ili domena kompetencija liječnika. Prema tom dokumentu, uz osnovnu ulogu medicinskog stručnjaka, liječnik mora usvojiti uloge komunikatora, suradnika (timskog radnika), menadžera, zastupnika zdravlja, učenika/učitelja i profesionalca. Na velikom broju europskih fakulteta (u zemljama Skandinavije, Beneluksa)

prihvatali su podučavanje prema dokumentu CanMEDS.

Novi sustav specijalističkog usavršavanja

Osnovno obilježje novih programa specijalističkog usavršavanja u Hrvatskoj jest njihova usmjerenost prema stjecanju kompetencija te je određena i razina kompetencije koju specijalizant mora stići tijekom usavršavanja, odnosno boravka u određenoj ustanovi. Ovisno o stupnju napredovanja, razina usvojene kompetencije definirana je na tri razine (1, 2, 3).

Opis razine usvojene kompetencije

U strukama koje se odlikuju karakterističnim dijagnostičkim i terapijskim postupcima i zahvatima, programom je definiran potreban broj zahvata koji specijalizant mora obaviti i razina kompetencije koju mora postići. Izrađen je i obrazac praćenja svladavanja tih vještina. Novim Pravilnikom naglasak je stavljen na sadržaj i trajanje specijalizacije. Sadržaj specijalizacije obuhvaća stjecanje znanja, vještina i stavova, a sukladno obavljenom programu specijalizacije, stječe stupanj kompetencije te time i samostalnost i odgovornost. Za stjecanje kompetencija odgovorni su glavni mentor, mentor i specijalizant.

U sadašnjem sustavu europskih specijalizacija neke specijalnosti imaju dio specijalističkog usavršavanja koji je zajednički za nekoliko medicinskih specijalizacija (npr. kardiologija i gastroenterologija mogu imati zajedničko deblo u internoj medicini ili npr. vaskularna kirurgija i abdominalna kirurgija zajedničko kirurško deblo).

OPIS RAZINE USVOJENE KOMPETENCIJE	
1	Specijalizant je svladao tematsko područje na osnovnoj razini i potrebna mu je pomoć i stručni nadzor u radu i rješavanju problema iz tematskog područja
2	Specijalizant je djelomično svladao tematsko područje i uz djelomični stručni nadzor u mogućnosti je raditi i rješavati probleme iz tematskog područja
3	Specijalizant je u potpunosti svladao tematsko područje, poznaje odgovarajuću literaturu i u mogućnosti je samostalno raditi i rješavati probleme iz tematskog područja

Tada specijalističko usavršavanje zahtijeva da je više od 50 % specijalizacije posvećeno usavršavanju u posebnom dijelu specijalizacije. U skladu s tim, novi Pravilnik uvodi „zajedničko deblo“ kao zajednički dio specijalizacije za internističke, kirurške i ostale specijalizacije, koje obuhvaća usavršavanje o temeljnim kompetencijama za navedene specijalizacije.

Program specijalizacije određuje i trajanje boravka u ustanovama u kojima se stječu određene kompetencije. U skladu s poveljom UEMS-a predviđeni su i uvjeti koje mora ispunjavati ustanova u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje te uvjeti za mentora. Novi Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine navodi opće uvjete za ustanovu, a svaki specijalistički program sadrži i specifične uvjete za ustanovu, koji osiguravaju izvođenje programa specijalizacije: karakterističnu strukturu i organizaciju ustanove, opremu, potreban broj bolesnika itd. Ustanova u zajednici s glavnim mentorima i mentorima mora specijalizantu osigurati dovoljan broj bolesnika koje će specijalizant sam obraditi, odnosno dovoljan broj zahvata u kojima će sudjelovati te postići vještina samostalnog izvođenja. Više od 50% od ukupnog trajanja specijalizacije obavlja se u kliničkim zdravstvenim ustanovama, dok se do 50% od ukupnog trajanja specijalizacije može obaviti u zdravstvenoj ustanovi, trgovackom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost, ordinaciji privatne prakse u kojima se obavlja cijeli dio specijalističkog usavršavanja doktora medicine. Klinička zdravstvena ustanova i zdravstvena ustanova, trgovacko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost i ordinacija privatne prakse mogu sklopiti sporazum za obvezno provođenje dijelova programa specijalističkog usavršavanja, a koji treba jamčiti izvođenje specijalističkog usavršavanja uz definiran sadržaj i razinu kompetencije koja se može u njima odvijati.

Novi Pravilnik predviđa tri kategorije odgovornosti u nadzoru izvođenja programa specijalizacije, odnosno mentorskom radu. Na čelu svakog specijalističkog programa na nacionalnoj razini je voditelj programa koji koordinira izvođenje programa specijalističkog usavršavanja određene specijalizacije u Hrvatskoj te nadzire rad svih glavnih mentora i mentora za određenu granu specijalizacije. Svaki specijalizant ima glavnog mentora koji je odgovoran za propisano provođenje cjelokupnog programa specijalističkog usavršavanja, koji mora pratiti napredovanje specijalizanta dok ne postigne tražene razine kompetencija. Glavni mentor u dogовору s mentora, koji mogu biti iste specijalističke grane

specijalizacije

ili srodne grane, nadzire napredak specijalizanta. Glavni mentor i mentor odgovorni su za propisano provođenje programa specijalističkog usavršavanja, za točnost podataka u knjižici o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u koju bilježe napredak specijalizanta u stjecanju kompetencija, za točnost podataka u dnevniku rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju. Prate napredak specijalizanta te redovito provjeravaju stečena znanja i vještine prema predviđenom programu specijalizacije.

Teorijsko specijalističko znanje stječe se poslijediplomskim studijem koji za svaku specijalizaciju organiziraju medicinski fakulteti te organiziranim oblicima nastavnog rada sa specijalizantima u ustanovama gdje se obavlja specijalističkog usavršavanje. Svaki poslijediplomski studij sadrži predmet posvećen općim kompetencijama i specijalističke predmete karakteristične za pojedinu struku. Studijski programi mogu sadržavati module koji se uklapaju u različite specijalističke studije. Ustanove u kojima se

obavlja specijalističko usavršavanje moraju omogućiti specijalizantima da sudjeluju na redovitim stručnim sastancima te najmanje dva puta godišnje prikažu slučaj bolesnika, i moraju im se osigurati uvjeti da tijekom ukupnog trajanja specijalizacije objave najmanje jedan stručni rad iz područja specijalizacije. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine propisuje specijalističko usavršavanje doktora medicine u 45 specijalizacija, koje se temelji na stjecanju kompetencija, tj. skupa znanja, vještina i stavova specijalizanta (Tablica 1.).

Tablica 1. Popis specijalizacija

Naziv specijalizacije	Trajanje spec./ godina	Naziv poslijediplomskog specijalističkog studija	Naziv koji se stječe polaganjem specijalističkog ispita
Abdominalna kirurgija	5 (2+3)*	Abdominalna kirurgija	Specijalist abdominalne kirurgije
Alergologija i klinička imunologija	5 (2+3)**	Alergologija i klinička imunologija	Specijalist alergologije i kliničke imunologije
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	5	Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	Specijalist anestezijologije, reanimatologije i intenzivne medicine
Dermatologija i venerologija	4	Dermatologija i venerologija	Specijalist dermatologije i venerologije
Dječja i adolescentna psihijatrija	5	Dječja i adolescentna psihijatrija	Specijalist dječje i adolescentne psihijatrije
Dječja kirurgija	5 (2+3)*	Dječja kirurgija	Specijalist dječje kirurgije
Endokrinologija i dijabetologija	5 (2+3)**	Endokrinologija i dijabetologija	Specijalist endokrinologije i dijabetologije
Epidemiologija	4	Epidemiologija	Specijalist epidemiologije
Fizikalna medicina i rehabilitacija	4 god. i 4 mj.	Fizikalna medicina i rehabilitacija	Specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije
Gastroenterologija	5 (2+3)**	Gastroenterologija	Specijalist gastroenterologije
Ginekologija i opstetricija	5	Ginekologija i opstetricija	Specijalist ginekologije i opstetricije
Hematologija	5 (2+3)**	Hematologija	Specijalist hematologije
Hitna medicina	5	Hitna medicina	Specijalist hitne medicine
Infektologija	5 (2+3)**	Infektologija	Specijalist infektologije
Internistička onkologija	5 (2+3)**	Internistička onkologija	Specijalist internističke onkologije
Javnozdravstvena medicina	4	Javnozdravstvena medicina	Specijalist javnozdravstvene medicine
Kardiologija	5 (2+3)**	Kardiologija	Specijalist kardiologije
Kardiotorakalna kirurgija	5 (2+3)*	Kardiotorakalna kirurgija	Specijalist kardiotorakalne kirurgije
Klinička farmakologija s toksikologijom	4	Klinička farmakologija s toksikologijom	Specijalist kliničke farmakologije s toksikologijom
Klinička mikrobiologija	5	Klinička mikrobiologija	Specijalist kliničke mikrobiologije
Klinička radiologija	5	Klinička radiologija	Specijalist kliničke radiologije
Laboratorijska imunologija	5	Laboratorijska imunologija	Specijalist laboratorijske imunologije
Maksilofacialna kirurgija	5	Maksilofacialna kirurgija	Specijalist maksilofacialne kirurgije
Medicina rada i športa	4	Medicina rada i športa	Specijalist medicinе rada i športa
Nefrologija	5 (2+3)**	Nefrologija	Specijalist nefrologije
Neurokirurgija	6	Neurokirurgija	Specijalist neurokirurgije
Neurologija	5	Neurologija	Specijalist neurologije
Nuklearna medicina	4	Nuklearna medicina	Specijalist nuklearne medicine
Oftalmologija i optometrija	4	Oftalmologija i optometrija	Specijalist oftalmologije i optometrije
Onkologija i radioterapija	5	Onkologija i radioterapija	Specijalist onkologije i radioterapije
Opća interna medicina	5 (2+3)**	Opća interna medicina	Specijalist opće interne medicine
Opća kirurgija	5 (2+3)*	Opća kirurgija	Specijalist opće kirurgije
Ortopedija i traumatologija	5 (2+3)*	Ortopedija i traumatologija	Specijalist ortopedije i traumatologije
Otorinolaringologija	5	Otorinolaringologija	Specijalist otorinolaringologije
Patologija (s akreditacijskim područjem histopatologije)	5 (2+3)***	Patologija (iz područja histopatologije) Patologija (iz područja citopatologije)	Specijalist patologije (s akreditacijom iz područja histopatologije) Specijalist patologije (s akreditacijom iz područja citopatologije)
Pedijatrija	5	Pedijatrija	Specijalist pedijatrije
Plastična, rekonstrukcijska i estetska kirurgija	5 (2+3)*	Plastična, rekonstrukcijska i estetska kirurgija	Specijalist plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije
Psihijatrija	5	Psihijatrija	Specijalist psihiatritre
Pulmologija	5 (2+3)**	Pulmologija	Specijalist pulmologije
Reumatologija	5 (2+3)**	Reumatologija	Specijalist reumatologije
Sudska medicina	5 (2+3)***	Sudska medicina	Specijalist sudske medicine
Školska i adolescentna medicina	4	Školska i adolescentna medicina	Specijalist školske i adolescentne medicine
Transfuzijska medicina	5 (2+3)**	Transfuzijska medicina	Specijalist transfuzijske medicine
Urologija	5	Urologija	Specijalist urologije
Vaskularna kirurgija	5 (2+3)*	Vaskularna kirurgija	Specijalist vaskularne kirurgije

** zajedničko kirurško „deblje“ *** zajedničko internističko „deblje“

Dokumenti vezani uz specijalističko usavršavanje doktora medicine

Praćenje napredovanja specijalizanta u stjecanju kompetencija bilježi se u Knjižici o specijalističkom usavršavanju doktora medicine te u Dnevniku rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju.

Knjižica o specijalističkom usavršavanju doktora medicine znatno je izmijenjena i unaprijedena, a sastoji od dijelova koji se odnose na opće podatke o specijalizantu i specijalizaciji, raspored obavljanja programa specijalizacije, praćenje napredovanja specijalizanta u stjecanju općih i posebnih kompetencija, praćenje obavljenih zahvata, te završno mišljenje glavnog mentora o savladanom programu specijalizacije. U obrazac praćenja napredovanja u stjecanju kompetencija upisuju se sve teme općih i posebnih kompetencija te prati napredak specijalizanta u stjecanju odgovarajuće razine kompetencije (Tablica 2.).

Praćenje obavljenih zahvata odnosi se na evidenciju i praćenje broja obavljenih zahvata, odnosno stjecanju odgovarajuće razine kompetencije koju svojim potpisom potvrduju mentor/glavni mentor. Obrazac praćenja obavljenih zahvata odnosi se na one specijalizacije koje u okviru programa zahtijevaju stjecanje posebnih znanja i vještina, odnosno brojčano definiraju izvođenje odgovarajućih zahvata (operacijski zahvati, dijagnostički postupci, terapijski postupci i sl.) (Tablica 3.).

Dnevnik rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju prvi put se uvođi u sustav specijalizacija u Hrvatskoj i predviđa evidenciju svih dnevnih aktivnosti specijalizanta, evidenciju provjere usvojenih znanja i vještina, prikaza slučaja bolesnika, te evidenciju stručnih radova iz područja specijalizacije.

Novi Pravilnik uvodi i diplomu o specijalističkom usavršavanju (koja se doktoru medicine izdaje nakon položenog specijalističkog ispita), poseban obrazac za odozvnu specijalizacije, obrazac za prijavu specijalističkog ispita i novi obrazac zapisanika o polaganju specijalističkog ispita doktora medicine. Novost je i donošenje poslovnika o radu ispitnog povjerenstva za specijalistički ispit, koji će biti dostupan stručnoj javnosti. Novost u Pravilniku predstavlja i obveza zasnivanja radnog odnosa s doktorom medicine na neodređeno vrijeme u zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija ili grad, uz ugovoreni probni rad u trajanju od šest mjeseci.

Zdravstvene ustanove obvezne su doktorima medicine koji su trenutačno na specijalističkom usavršavanju, ponuditi sklapanje ugovora o radu na neodređeno vrijeme ako s njima imaju sklopljene ugovore o radu na određeno vrijeme. Pravilnikom su uvedeni jednaki uvjeti kod sklapanja ugovora o međusobnim pravima i obvezama između zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija ili grad i specijalizanta. Pri sklapanju navedenog ugovora obveza rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita ne smije biti ugovorenna u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije. Ugovorom je potrebno ugovoriti i iznos naknade štete koju je doktor medicine, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorene obveze rada, obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi. Iznimno, štetu u slučaju otkaza ugovora o radu prije isteka ugovorene obveze rada nije obvezan naknaditi doktor medicine koji otkaze ugovor o radu i uz pribavljenu suglasnost ministra zasnuje radni odnos u drugoj zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad jer se obveza rada u tom slučaju nastavlja u toj drugoj zdravstvenoj ustanovi. Zdravstvene ustanove obvezne su doktorima medicine koji su trenutačno na

specijalističkom usavršavanju, ponuditi sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama ako sadržaj postojećih ugovora nije u skladu s odredbama novog Pravilnika.

Specijalističko usavršavanje doktora medicine osnovna je postavka unapređenja cjelokupnog sustava zdravstvene zaštite.

Novi Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine dostupan je na internetskim stranicama „Narodnih novina“ www.nn.hr i Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi www.mzss.hr.

Novo u Pravilniku

- uvođenje specijalističkih programa temeljenih na stjecanju kompetencija,
- usvajanje kompetencija kao skupa znanja, vještina i stavova,
- stjecanje kompetencija na svim razinama zdravstvene zaštite,
- uvođenje praćenja napredovanja specijalizanta u stjecanju općih i posebnih kompetencija i praćenja obavljenih zahvata,
- uvodenje evidencije dnevnih aktivnosti tijekom specijalizacije, provjere usvojenih znanja i vještina, prikaza slučaja bolesnika te evidencije stručnih radova iz područja specijalizacije,
- uvodenje osobnika specijalizanta kojeg čine knjižica o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, dnevnik rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju, potvrde o sudjelovanju specijalizanta na stručnim skupovima i sve druge aktivnosti s područja specijalizacije,
- uvođenje zajedničkog debla kao zajedničkog dijela specijalizacije za internističke, kirurške i ostale specijalizacije koje obuhvaća usavršavanje o temeljnim kompetencijama,
- uvođenje akreditacijskog područja kao nastavka usavršavanja specijalista ili užeg specijalista,
- uvođenje poslijediplomskog specijalističkog studija za sve specijalizacije,

24

(Tablica 2.)

TEMA	STUPANJ NAPREDOVANJA			GLAVNI MENTOR
	1	2	3	
OPĆE / POSEBNE KOMPETENCIJE (navesti)		Datum i potpis mentora		Datum i potpis

(Tablica 3.)

Naziv dijela programa specijalizacije	Broj zahvata	STUPANJ NAPREDOVANJA		GLAVNI MENTOR
		2	3	
Naziv zahvata		Datum i potpis		Datum i potpis

- uvođenje ujednačenog nazivlja koje doktori medicine stječu polaganjem specijalističkog ispita,
- uvođenje nove Knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine,
- uvođenje Dnevnika rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju,
- uvođenje Diplome o specijalističkom usavršavanju,
- zasnivanje radnog odnosa na neodređeno vrijeme u zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija ili grad uz ugovoreni probni rad doktora medicine u trajanju od šest mjeseci,
- uvođenje Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine, zaduženog za provjeru, procjenu i unapređenje kvalitete specijalističkog usavršavanja,
- uvođenje voditelja programa specijalističkog usavršavanja koji koordinira izvođenje programa specijalističkog usavršavanja određene specijalizacije u Republici Hrvatskoj,
- jasno definiranje važnosti, uloge i odgovornosti glavnog mentora i mentora u specijalističkom usavršavanju,
- uvođenje sustava jednakih uvjeta kod sklapanja Ugovora o međusobnim pravima i obvezama između zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija ili grad i specijalizanta,
- sklanjanje Sporazuma za obvezno provođenje programa specijalističkog usavršavanja između zdravstvenih ustanova, trgovачkih društava koje obavljaju zdravstvenu djelatnost i ordinacija privatne prakse,
- pojednostavljenje postupka odobrenja specijalizacije i prijave specijalističkog ispita uvođenjem obrasca za odobrenje specijalizacije i obrasca za prijavu specijalističkog ispita.
- uvođenje specijalističkih programa temeljenih na stjecanju kompetencija,
- usvajanje kompetencija kao skupa znanja, vještina i stavova,
- stjecanje kompetencija na svim razinama zdravstvene zaštite,
- uvođenje praćenja napredovanja specijalizanta u stjecanju općih i posebnih kompetencija i praćenja obavljenih zahvata,
- uvođenje evidencije dnevnih aktivnosti tijekom specijalizacije, provjere usvojenih znanja i vještina, prikaza slučaja bolesnika te evidencije stručnih radova iz područja specijalizacije,
- uvođenje osobnika specijalizanta koji čine knjižica o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, dnevnik rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju, potvrde o sudjelovanju specijalizanta na stručnim skupovima i sve druge aktivnosti s područja specijalizacije,



Iz donacija Komori (Josko Bajica)

- uvođenje zajedničkog debla kao zajedničkog dijela specijalizacije za internističke, kirurške i ostale specijalizacije koje obuhvaća usavršavanje o temeljnim kompetencijama,
- uvođenje akreditacijskog područja kao nastavka usavršavanja specijalista ili užeg specijalista,
- uvođenje poslijediplomskog specijalističkog studija za sve specijalizacije,
- uvođenje ujednačenog nazivlja koje doktori medicine stječu polaganjem specijalističkog ispita,
- uvođenje nove Knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine,
- uvođenje Dnevnika rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju,
- uvođenje Diplome o specijalističkom usavršavanju,
- zasnivanje radnog odnosa na neodređeno vrijeme u zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija ili grad uz ugovoreni probni rad doktora medicine u trajanju od šest mjeseci,
- uvođenje Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine, zaduženog za provjeru, procjenu i unapređenje kvalitete specijalističkog usavršavanja,

- uvođenje voditelja programa specijalističkog usavršavanja koji koordinira izvođenje programa specijalističkog usavršavanja određene specijalizacije u Republici Hrvatskoj,
- jasno definiranje važnosti, uloge i odgovornosti glavnog mentora i mentora u specijalističkom usavršavanju,
- uvođenje sustava jednakih uvjeta kod sklapanja Ugovora o međusobnim pravima i obvezama između zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija ili grad i specijalizanta,
- sklanjanje Sporazuma za obvezno provođenje programa specijalističkog usavršavanja između zdravstvenih ustanova, trgovачkih društava koje obavljaju zdravstvenu djelatnost i ordinacija privatne prakse,
- pojednostavljenje postupka odobrenja specijalizacije i prijave specijalističkog ispita uvođenjem obrasca za odobrenje specijalizacije i obrasca za prijavu specijalističkog ispita.

.....



S 25. sjednice Upravnog vijeća HZZO-a

Odobrena
21. nova specijalizacija

• Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstvene osiguranje (HZZO) odobrilo je 21. specijalizaciju i to iz pedijatrije, hitne medicine, medicine rada i sporta, ortodoncije, oralne kirurgije i interne medicine, istaknuto je u priopćenju s 25. sjednice Upravnog vijeća HZZO-a koja je održana 27. rujna.

HZZO je za te specijalizacije osigurao potrebna finansijska sredstva. Od 2003. financirao je 1.148 specijalizacija i za to godišnje osiguravao oko 40 milijuna kuna.

HZZO i dalje nastavlja s financiranjem pripravničkog staža za još 561 zdravstvenog radnika. Tijekom ove godine finančirao je staž za 625, a od 2006. za više od 5.300 zdravstvenih radnika.

Godišnje HZZO osigurava 90 milijuna kuna za financiranje pripravničkog staža.

Dobri rezultati poslovanja HZZO-a

U izvješću s Upravnog vijeće ističe se da je HZZO u prvih šest mjeseci tekuće godine ostvario iznimno dobre poslovne rezultate.

S 1. siječnjem, podsjetimo, pripojen mu je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu (HZZOZ ZR) te je HZZO preuzeo sve poslove obveznog zdravstvenog osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalnih bolesti i specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika te 113 radnika iz HZZOZ ZR-a. Bez obzira na to u prvome je polugodištu smanjio ukupne troškove poslovanja za gotovo 17 posto, tj. za 35 milijuna kuna.

Dospjele obveze smanjene su sa 781 na 223 milijuna kuna. Nastavljeno je smanjivanje izdataka za lijekove na recept, koji su smanjena za više od 73 milijuna kuna. Izdaci za bolovanja smanjeni su za 36 milijuna kuna, a prosječno trajanje bolovanja na teret HZZO-a smanjeno je za 7,70 posto.

Borka Cafuk

-
-
-



Predstavljen Hrvatski indeks prijema hitnog poziva za medicinsku prijavno-dojavnu jedinicu

Edukacija za medicinske dispečere počinje u listopadu

• *Hrvatski indeks prijema hitnog poziva za medicinsku prijavno-dojavnu jedinicu* i knjiga *Medicinska prijavno-dojavna jedinica* predstavljeni su 15. rujna u Hrvatskom liječničkom domu u organizaciji Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi u Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu (HZHM).

Radi kvalitetne edukacije medicinskih djelatnika zaposlenih u medicinskoj dispečerskoj službi, a u sklopu Projekta unaprjeđenja hitne medicinske službe i investicijskog planiranja u zdravstvu, HZHM je u suradnji s Ministarstvom zdravstva izdao Hrvatski indeks prijema hitnog poziva za medicinsku prijavno-dojavnu jedinicu i knjigu Medicinska prijavno-dojavna jedinica. Edukacije za medicinske dispečere započinju u listopadu i do kraja ove godine bit će održano pet tečajeva. Indeks i knjiga temelju su za stjecanje stručne sposobljenosti, vještina i stavova medicinskih dispečera.

Indeks predstavlja skup smjernica za rad za medicinske dispečere u medicinskim prijavno-dojavnim jedinicama, koje im omogućuju ispravno i dosljedno dodjeljivanje prioriteta svakom dolaznom hitnom medicinskom pozivu. Cilj primjene Indeksa je postizanje ujednačene metodologije prijema hitnog medicinskog poziva u svim hrvatskim županijama, omogućavanje izravnog kontakta pozivatelja s medicinskim prijavno-dojavnim jedinicama, sprečavanje kašnjenja, osiguranje optimalnog korištenja resursa te dokumentiranje nesreća i dogadaja koji ugrožavaju zdravlje i život, sa svrhom kontinuiranog osiguranja sustava kvalitete. Indeks je nastao prema modelu Norveškog indeksa hitnog zbrinjavanja i sadrži ukupno 36 različitih dispečerskih dogadaja te se trenutno primjenjuje u 12 zemalja Europske unije i šire. Konačan mu je cilj osiguravanje djelotvornog i kvalitetnog rada medicinske prijavno-dojavne jedinice i HMS-a.

Knjiga slovenskog autora Andreja Finka Medicinska prijavno-dojavna jedinica je stručna literatura edukacije za medicinske dispečere. Ona predstavlja dopunu Indeksu i opisuje svaki segment dispečerskog posla.

Borka Cafuk



28 naših na 17. Kongresu ESGO-a u Milansu

• U svjetskoj modnoj metropoli Milansu održan je od 11. do 14. rujna 17. Kongres europskog društva ginekoloških onkologa (ESGO, European Society of Gynaecological Oncology) na kojem je sudjelovalo oko 2600 sudionika i na njemu čak 28 iz Hrvatske. Na tradicionalno odlično posjećenom kongresu, zgušnutog rasporeda (predavanja počinju u 7 ujutro) bilo je mnoštvo zanimljivih, ali i provokativnih izlaganja eminentnih i zvučnih imena iz područja ginekološke kirurgije, onkologije, radioterapije i patologije. Velik broj tema bio je posvećen karcinomu endometrija i pokušaju predlaganja smjernica temeljem kojih bi se odredio ekstenzitet operacije da bi se smanjio rizik od različitih komplikacija uslijed često nepotrebnih zdjeličnih limfadenektomijs.

Na kongresu je bilo mnogo govora o različitim onkofertilitetnim mogućnostima i postupcima što ih možemo predložiti mlađim pacijenticama koje još nisu ostvarile reprodukciju. Svakako valja spomenuti uistinu impresivne rezultate pionira robotske kirurgije i nadati se da će robotika za kojih dvadesetak godina uči i u naše operacijske sale.

Ingrid Marton, dr. med.



Svjetski skup International Surgical Week 2011

• U Yokohami je od 28. kolovoza do 1. rujna održan International Surgical Week 2011 (ISW2011), svjetski skup kirurga u organizaciji International Society of Surgery (ISS-SIC), najstarije udruge kirurga na svijetu (osnovana je 1902. godine). Njezin je prvi predsjednik bio nobelovac **Theodor Kocher**. Danas obuhvaća pet integriranih društava



(IAES, IATSIC, IASMEN, BSI, ISDS) i 18 udruga koje redovito sudjeluju u radu kongresa. Na kongresu u Yokohami je, unatoč prijetnjama i mogućim opasnostima nakon nesreće i masovnih stradavanja u Japanu 11. ožujka ove godine, sudjelovalo oko 1900 kirurga iz 62 zemlje svijeta.

Među sudjelujućim društvima je i Ambroise Pare International Military Surgery Forum (APIMSF), udruga vojnih i ratnih kirurga iz oko 15 zemalja. Ova udruga je osnovana 1986. na poticaj prof. Normana Richa, vojnog i ratnog kirurga vojske SAD-a, profesora (sada umirovljenoga) kirurgije na vojno-medinskoj akademiji u Bethesda, Washington (USUHS). Prvi predsjednik te udruge bio je Daniel Rignault, nakon njega i sam Norman Rich. Svake druge godine, kada se ISW održava, ovo društvo sudjeluje s dvije-tri glavne tematske sjednice, te slobodnim temama. Na ovogodišnjem kirurskom tjednu glavne teme bile su humanitarna medicina i vojne medicinske formacije, suvremeni stavovi u reanimaciji na terenu, te budućnost i obrazovanje vojnih i ratnih kirurga u svijetu.

Član te udruge iz Hrvatske je i prof. dr. Zvonimir Lovrić, kirurg i traumatolog, predstojnik Odjela za traumatologiju Klinike za kirurgiju KB-a Dubrava, Zagreb, koji redovito sudjeluje u radu kako APIMSF-a, tako i IATSIC-a (International Association for Trauma Surgery and Intensive Care) kao integriranog društva ISS-a. Na ovogodišnjem kongresu je prof. Lovrić izabran i imenovan za predsjednika APIMSF-a na 2 godine. Preuzeo je obvezu vođenja društva i širenja njegovog djelovanja, kao i organiziranje sudjelovanja društva na sljedećem ISW2013 koji će se održati u Helsinki 2013. godine.

Potpis?

••••• Održana 12.humanitarna utrka Terry Fox

• Na zagrebačkom jezeru Jarun održana je dana 18. rujna 2011. 12. humanitarna utrka u spomen na Terryja Foxa hrabrog mladića-sportaša kojem je, oboljevši od sarkoma, amputirana desna noga iznad koljena. Unatoč tome što je postao invalid odlučio je 1980. godine svaki dan trčati maraton koji je nazvao "Maraton nade" i na njemu počeo sakupljati novac za istraživanje raka. Trčao je svaki dan 42 kilometra 143 dana, no trku, na žalost nije uspio završiti jer se je bolest vratila i oduzela mu život u 22. godini. U čast ovom hrabrom mladiću Terryju u mnogim zemljama svijeta u mjesecu rujnu održava se ova utrka s ciljem sakupljanja novca ponajprije za istraživanje raka.

"Drago mi je da je interes za ovu humanitarnu trku u spomen Terryju Foxu iz godine u godinu sve veći i da nam se pridružuje sve više ljudi koji tako pomažu senzibiliziranje javnosti za potrebe ranog otkrivanja, znanstvenog istraživanja i liječenja raka u Hrvatskoj" - izjavio je jedan od pokretača i glavnih organizatora ove utrke doc. dr. Damir Eljuga.

Na ovogodišnjoj utrci sudjelovalo je više od 5 000 ljudi, a novac će biti dodijeljen Institutu "Ruder Bošković" za istraživanja raka i Klinici za dječje bolesti u Klačevoj za kupnju neinvazivnih monitora koji se koriste za prepoznavanje boli u djece koja još ne znaju govoriti.

U prethodnim je utrkama skupljeno oko 5 milijuna kuna, a novac je darovan prema propozicijama stručno-znanstvenog povjerenstva Zaklade Terry Fox Run u Kanadi. Držimo da je vrijedno spomenuti da je dva puta upućena donacija Klinici za dječje bolesti u Klačevoj, što je pridonijelo otvaranju prvog Centra za transplantaciju koštane moždine u djece u Hrvatskoj, zatim Institutu "Ruder Bošković" za testiranje genetske predispozicije raka dojke u žena s opterećenom anamnezom, Klinici za dječje bolesti na Rebru i u Vinogradskoj za nabavu infuzomata itd.

I ovogodišnju su utrku podržale brojne osobe iz javnog i političkog života te brojni sportaši koji se uvijek rado odazovu na ovu utrku.

Do kraja rujna skupljeno je 250 000 kuna, a oni koji se žele pridružiti i dati svoj obol mogu do kraja godine nazvati humanitarni broj 060 800 400 i na taj način darovati 3 kune s fiksne ili 4 kune s mobilne mreže.

Hrvatska liga protiv raka, koja ove godine obilježava 45. obljetnicu osnutka, zahvaljuje svim organizatorima, sponzorima, donatorima, volonterima i svim drugima koji su na bilo koji način pomogli da i ova 12. po redu utrka bude tako uspješna.

Neda Ferencić Vrban, dr.med.,
glavna tajnica Hrvatske lige protiv raka

••••• HLZ oslobođio umirovljene članove od kotizacija

• Nakon tri godine upornog nastojanja Hrvatskog društva umirovljenih liječnika HLZ-a (HDUL HLZ), Glavni odbor Hrvatskog liječničkog zborna jednoglasno je na 10. sjednici pod točkom 8 prihvatio preporuku da članovi HDUL HLZ-a budu oslobođeni kotizacije na stručnim skupovima (to se ne odnosi na društveni dio skupa, izlete i slično). Mala, ali pristojna gesta radno aktivnih članova HLZ-a prema kolegama umirovljenicima, čije mirovine ne omogućuju plaćanje kotizacija!

Adresa za eventualna pitanja: tajnistvo@hlz.hr ili kaiczvonimir@gmail.com.

Prim. mr. sc. Peter Brinar, dr. med

**Prodaje se vrlo povoljno
kompletno opremljena
ginekološka ordinacija od
60 m² u središtu Zagreba
(Ulica Crvenog križa).
Mob. 091/5684118**



Zaključci 11. Kongresa obiteljskih liječnika u Rovinju

• Ovaj 11. Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora (HDOD-HLZ) posvetili smo utjecaju obiteljskog doktora na unapređenje zdravlja u zajednici, suradnji obiteljskog doktora i patro- naže djelatnosti i motivaciji za kvalitetan rad u obiteljskoj medicini, kao i mnogim drugim temama iz naše prakse.

Održan je od 29. rujna do 1. listopada a prisustvovalo je 130 stručnjaka iz organizacije zdravstva i obiteljskih doktora. Tijekom kongresnih dana i na temelju rasprave za okruglim stolom svi su se usuglasili u sljedećim postavkama.

Danas se smatra da su u svakoj socijalno orijentiranoj državi najvažniji pred- uvjeti za zdravlje dobro organizirano društveno uređenje, koje jača zajedništvo i stvara zajednice koje se svakodnevno brinu o svojim članovima. Zajednice koje se brinu o smanju- vanju socijalno-ekonomske nejednakosti i koje svim svojim članovima pružaju približno iste uvjete za kvalitetan život, te edukacijom i načinom života modifciranju rizično ponašanje, stvaraju elemente socijalne sigurnosti i štite zdravstveno i socijalno ugrožene, s kvalitetno organiziranim zdravstvenim i socijalnim sustavom.

Sva napredna društva razvijaju stra- tegiju unapređenja zdravlja, kako bi se oču- vala sva stečena pozitivna dostignuća i razvile sve potrebne promjene u fizičkom, socijalnom i političkom okruženju, koje su nužne da se pokrenu pozitivne promjene kod svakog pojedincu i cijeloj zajednici, u čemu je pravilan razvoj zdravstvenog sustava bitan čimbenik.

Nažalost, svi su ti procesi kod nas zakazali. Obiteljskog liječnika iz prošlog stoljeća, koji se stalno brinuo o zdravlju pojedinka i zajednice u kojoj je radio, danas nažalost više kod nas uglavnom nemamo. Taj sve- obuhvatni i najracionalniji način rada u kojem je jedan liječnički tim rješavao većinu zdravstvenih problema stanovništva određenog područja, zamijenjen je selektivnim i uglavnom kratkoročnim načinom rada u kojem se određeni problem pokušava riješiti mnogobrojnim zasebnim zdravstvenim službama, čime se otežava i usporava sustav održavanja zdravlja i liječenja.

S vremenom je na taj način smanjen spektar rada obiteljskog doktora i postao je sve više ovisan o raznim specijalističkim dje-

latnostima. Na to ukazuju i svi statistički po- kazatelji, zbog čega dolazi i do razvoja sve neefikasnijeg i skupljeg zdravstva.

Naime, sve što se ne riješi u PZZ-u opterećuje mnogo skuplju polikliničku i bolničku zaštitu, koja zbog preopterećivanja i sa- ma postaje sve nedostupnija i neefikasnija. Jasno je da u takvim prilikama više ne možemo govoriti o zdravstvenom sustavu, već o potpu- noj dezorganizaciji zdravstva u kojem više ne- ma ni planiranja ni programiranja i u kojoj se više ne zna što se želi postići i kakvoj se organi- zaciji zdravstva teži.

Nažalost, današnji organizatori zdravstva iz raznoraznih razloga to zanemaruju i sa svojim postojećim načinom upravljanja još više produbljuju postojeći krizu. Razvile su se i administrativne stege koje su usmjerene jedino smanjenju potrošnje, a ne real- nim zdravstvenim potrebama, pa obiteljski li- ječnik sve više gubi svoju primarnu ulogu. Pre- ventivni rad se skoro u potpunosti ugasio, kur- rativni se sveo na provedbu specijalističkih naputaka, a administrativni rad je hipertro- firaо do nevidenih razmjera, razmjera koji to- liko opterećuju liječnički tim da je već profes- ionalna svrha takvog rada postala upitna.

Stalnim nestručnim i neefikasnim reformama zadnjih se desetljeća pokušava naš zdravstveni sustav, koji je bio među kvalitet- njima u svijetu, uvesti u neoliberalni kapitalizam i navodno približiti nekim zapadnim uzo- rima, od kojih mnogi već danas napuštaju svoje dosadašnje organizacijske oblike i sve se više približavaju onome što smo mi imali prije tridesetak godina.

Da stvar bude još komplikiranija, uvođenjem privatizacije u PZZ otvorila su se vrata raznim malverzacijama, sukobima interesa i jačanju privatnih interesa nad općim društvenim interesom prema poboljšanju zdravlja stanovništva. Zarada i finansijsko pre- življavanje postali su osnovni motivi rada, makar se svjesnost o etičkim principima moti- vacija još nije izgubila. Država se time odrekla mogućnosti programiranja, planiranja i kontroliranja zdravstvene zaštite i prepustila se stihiji tržišta i privatnih interesa na račun ef- ikasne zaštite zdravlja pacijenata. Time se, o- sim toga, pokrenuo i «začaran krug» u kojem sve neefikasniji PZZ opterećuje sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu i smanjuje nji- ihovu dostupnost i efikasnost, pa se cijeli sus- tav zdravstva, ako ga još uvijek tako možemo nazvati, uvodi u stalni krizni režim poslovanja i neefikasnosti. Osim toga, teško dostupna i skupa subspecijalistička medicina, potpomo- nuta oduševljenjem s novom tehnologijom i medijskom propagandom, sve više zdravstve- nu zaštitu pretvara u vrlo skupe kurativne pot- hvate pojedinaca u koje se slijeva sve veći dio

raspoloživih finansijskih sredstava za zdrav- stvo, dok se opći pristup, bez kojeg se u kvalitetnoj medicinskoj zaštiti ne može i za koji su potrebna mnoga manja sredstva, sve više podcjenjuje i zapušta. Sve to rezultira slabijim zadovoljavanjem zdravstvenih potreba stanovništva i sve većim usmjeravanjem boles- nika prema zdravstveno upitnim alternativnim i privatnim oblicima zdravstvenih usluga. Jasno je da u takvim prilikama najviše stradava socijalno osjetljiviji sloj stanovništva, koji je kod nas u sve većoj ekspanziji.

Danas smo tako došli u stanje u kojem svi priželjkujemo klasičnog obiteljskog doktora, koji će nam uvijek biti dostupan i sposoban riješiti većinu naših zdravstvenih poteškoća, osobu koja će biti zdravstveni učitelj u našoj zajednici i koja će aktivno djelovati na sve relevantne društvene faktore u svrhu poboljšanja zdravlja na tom području. Nažalost, ta je želja u postojećem sustavu već postala utopija. Sadašnje je stanje zato sve alarmantnije, pa bez znalački pripremljene i efikasne reforme PZZ-a ne možemo više od obiteljskog doktora očekivati ispunjavanje njegove uloge i bolje rezultate u zdravstvenoj zaštiti stanovništva. Na temelju raspoloživih zdravstveno-statističkih podataka i praćenja problematike našega zdravstva već godinama upozoravamo na nužnost organizacijskih promjena i nudimo rješenja, ali izgleda da finansijski interesi raznih zdravstvenih lobija i političkih struktura i dalje prevladavaju nad društvenom i stručnom svijeću o potrebi za- štite zdravstveno-socijalnih i ekonomskih prava našeg stanovništva, pa nikako da se uvidi da bez kvalitetnog PZZ-a nema niti kvalitetnog zdravstvenog sustava. Preporuka je zato ovo- ga Kongresa da je nužno organizacijsko ujedi- njenje PZZ-a i aktivniji pristup prema današnjim organizatorima zdravstva, ukoliko ne želi- mo posve napustiti Štamparove postavke o socijalnoj medicini i zdravlju naroda.

Predsjednik HDOD-HLZ:
prim.mr.sc.dr.Bruno Mazzi



Tečaj „Overlap sindromi u reumatologiji“

• Poznati hrvatski i inozemni struč- nici okupili su se 10. i 11. rujna na Medicin- skom fakultetu u Osijeku na poslijediplom- skom tečaju trajne izobrazbe liječnika 1. kate- gorije pod nazivom „Overlap sindromi u reu- matologiji“ u organizaciji prof. dr. Marije Glasnović, prim., dr. med., pročelnice Klinič-

novosti sa stručnih skupova



Prof. dr. Nemanja Damjanov,
glavni tajnik EULAR-a (Institut
za reumatologiju Beograd),
prof. dr. Marija Glasnović
(Odjel za reumatologiju
i kliničku
imunologiju,
Interna klinika,
KBC Osijek)

kog odjela za reumatologiju i kliničku imuno-
logiju Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Osijek. Sudionici tečaja bili su eminentni stručnjaci iz te oblasti. Saznanja o dijagnostici i liječe-
nju reumatskih bolesti stalno se razvijaju i uvi-
jek je prisutna potreba za novim pristupima
dijagnostici i liječenju. Povećana učestalost,
dijagnostički i terapijski problemi te prognoza
sindroma preklapanja (engl. overlap) glavni
su motiv odabira navedenih tema za tečaj u
Osijeku. Tečaj je bio namijenjen specijalistima
interne medicine, reumatolozima, fizijatrima,
liječnicima obiteljske medicine, ortopedima,
pedijatrima i svim drugim liječnicima koji se
u svakodnevnom radu susreću s nedovoljno
definiranim stanjima u reumatologiji koja se
u početku ne mogu uklopiti u već dogovoren-
u definiciju (overlap, sindromi preklapanja,
miješane bolesti vezivnog tkiva, šarp, nedife-
rencirane bolesti). Reumatske bolesti imaju
veliku socijalno-ekonomsku važnost a rana
dijagnoza i rano uvodenje moderne terapije
ključ su dobrog ishoda bolesti. Prvi korak u
ostvarenju toga cilja je dobra suradnju li-
ječnika primarne zaštite i liječnika ostalih
specijalnosti.

Kliničari i reumatolozi vrlo se često
sreću s pacijentima koji imaju sustavnu auto-
imunu bolest, a koja se u početku ne može
dijagnostički kategorizirati i uklopiti u dogo-
vorenu definiciju. Primjer za to može biti kom-
binacija lupusa i sistemske skleroze, lupusa i
polimiozitisa, overlap koronarne bolesti i plu-
ne hipertenzije (PAH) u sistemskoj sklerozi.

Liječnici primarne zdravstvene za-
štite ne mogu otkriti iz prve da je riječ o kom-
binaciji bolesti. Zajedničkim prepoznavanjem
mogu se napraviti dobre terapijske strategije,
odnosno mogućnosti da liječnici primarne
zaštite na vrijeme pacijenta upute specijalistu
i da se rano počne terapija. Svoja saznanja o

reumatskim bolestima podijelili su s kolegama
iz Osijeka i Hrvatske kolege iz Italije, Mađarske
i Srbije. Među njima su bili i prof. N. Damja-
nov, generalni tajnik Europskog udruženja
reumatologa (EULAR), direktor Instituta za
reumatologiju u Beogradu i predsjednik Udruženja
reumatologa Srbije. Čule su se novosti
u ultrazvučnoj dijagnostici: 3D, fuzijske tehnike,
kontrastne tehnike, elastografija, mjerjenje
tvrdote arterija te novosti iz kapilaroskopije -
indikacije, tehnika i procjena nalaza, a sve
to potvrđeno kroz radionice. Ultrazvučna di-
jagnostika donosi nov uvid u reumatske boles-
ti i bolju mogućnost njihova ocjenjivanja, a
i boljega liječenja.

Prof. D. Stefanović, pročelnik Klini-
ke za reumatologiju VMA u Beogradu, potvr-
đuje da su dvije bolesti u jednoj doista vrlo
česte i da zapravo čine tzv. treću bolest. Kao
primjer iznosi vlastita iskustva s bolesnicom
koja ima istovremeno dvije bolesti: reuma-
toidni artritis i lupus. Cilj je senzibilizirati paci-
jente, ali i liječnike, te poraditi na podizanju

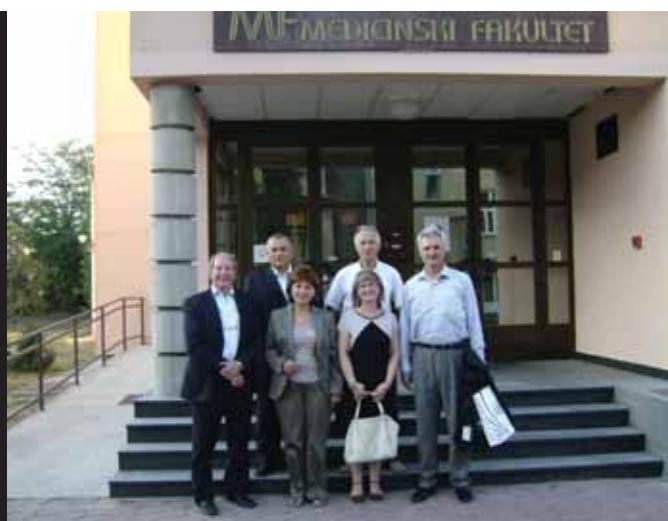
Gornji red:
prof. dr. Branimir
Anić i prof. dr.
Božidar Čurković
(KBC Zagreb).
Donji red: prof. dr.
Marco Matucci-
Cerinic (Italija),
prof. dr. Đurđica
Babić-Naglić,
(KBC Zagreb),
prof. dr.
Marija Glasnović
(KBC Osijek)
i prof. dr. Nemanja
Damjanov (Institut
za reumatologiju,
Beograd)

svjesnosti o overlap sindromu, ali i o sve
češćim slučajevima reumatskih tegoba, rekao
je prof. Stefanović. O vlastitim iskustvima s
ovim sindromom govorio je i prof. B. Anić.

Pristup pacijentu s kroničnim artriti-
som bila je tema uglednog reumatologa prof.
B. Čurkovića, a o registrima koji što prije moraju
zaživjeti u praksi govorila je prof. Đ. Ba-
bić-Naglić. O balneoterapiji i kroničnim artri-
tisima govorio je prim. dr. G. Ivanišević. Us-
pješna predavanja održali su prof. Matucci-
Cerinic i doc. A. Stipić-Marković koji su go-
vorili o najnovijim dostignućima laborato-
rijskog skrininga takvih bolesnika. Zanimljivo
je predavanje prim. dr. sc. Z. Gnjidić, ravnateljice
Poliklinike za reumatske bolesti u Zag-
rebu, o fibromijalgiji koja se također preklapa
s autoimunim i mnogim drugim bolestima i
koja može oponašati neku drugu definiranu
upalnu reumatsku bolest. Kod fibromijalgie
izostaje klinička slika, laboratorijski nalazi
također, a pacijenta i dalje - bol! Upozorila je
na lijekove koji nisu isključivo za liječenje boli,
već jedna od komponenti djelovanja na seg-
mente koji su prouzročili bol, odnosno promjene
u percepciji boli, odnosno njezinom očitanju
u centrima mozga. Da nisu samo odrasli
ti koji imaju reumatske bolesti potvrđuje i prof.
dr. M. Harjaček, dječji reumatolog iz Dječje
bolnice Srebrnjak, koji govorio o sindromima
preklapanja i kod djece.

Cijeli tečaj ne bi mogao biti održan
da ga nisu finansijski kao sponzori podržale
farmaceutske tvrtke, kojima smo se zahvalili.
Kako bi uljepšali boravak stručnjaka u Osijeku
i Slavoniji, drugoga dana tečaja organiziran
je izlet u Park prirode Kopački rit. Nadamo se
da je svim sudionicima tečaj ostao u lijepom
sjećanju i da se vesele ponovnom susretu u
Osijeku.

Prof. dr. Marija Glasnović
(glasnovic.marija@kbo.hr)





Sir Liam Donaldson imenovan SZO-ovim izaslanikom za sigurnost pacijenata

Donaldson: „Svake godine stotine tisuća pacijenata snosi posljedice ili umire zbog zdravstvenih usluga“

• Generalna direktorka Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) dr. Margaret Chan imenovala je prof. Liama Donaldsona za SZO-ovog izaslanika za sigurnost pacijenata 21. srpnja u Ženevi. Sir Donaldson, koji je godinama imao ulogu časnika za vezu Velike Britanije sa SZO-om (1998.-2010.), od sada će raditi na promociji sigurnosti pacijenata kao globalnog javnozdravstvenog prioriteta te će savjetovati i predlagati strategije koje će se provoditi na svjetskoj razini.

- Svake godine stotine tisuća pacijenata širom svijeta snosi posljedice ili umire koristeći zdravstvene usluge, izjavio je nakon imenovanja Donaldson.

Podaci SZO-a i drugih izvora ukazuju da se incidenti vezani uz sigurnost zbijavaju u rasponu od četiri do 16 posto hospitaliziranih pacijenata. U nedavno publiciranom Izješču SZO-a Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide procjenjuje se da takve infekcije zahvaćaju stotine milijuna ljudi širom svijeta, istaknuo je Donaldson i dodaо da bi se u većini slučajeva to moglo prevenirati.

SZO-ov Program za sigurnost pacijenata zaživio je 2004. U prvih sedam godina različitim se akcijama stimuliralo globalnu svjesnost o važnosti sigurnosti pacijenata izgradnjom i održavanjem učinkovitog zdravstvenog sustava i usluga. Iz Programa je izniknuto i pokret "Pacijenti za sigurnost pacijenata" na globalnoj razini, a 124 zemlje prisegnule su da će smanjiti infekcije povezane s pružanjem zdravstvene skrbi. Program je lansirao i prvu svjetsku "Ček listu sigurne kirurgije" kojom se danas koristi više od 1.500 bolница širom svijeta. Vodič za sigurnost pacijenata, koji je također proizašao iz Programa, omogućuje studentima medicine da uče o sigurnosti pacijenata i prije nego što započnu s kliničkom praksom.

- Učinili smo puno u podizanju globalne svjesnosti o važnosti sigurnosti pacijen-

nata ali smo i dalje suočeni s mnogim izazovima. Zdravstvena skrb još uvijek nije dosegla onu razinu sigurnosti koja postoji u drugim područjima s visokim rizikom. Građani širom svijeta ne mogu vjerovati da pogreške dovode do toga da se pacijentima rade pogrešni zahvati ili da im se propisuje kriva terapija, što nekada ima fatalne posljedice, izjavio je Donaldson.

Borka Cafuk

UEGF: Gotovo 60 posto svih gastroenteroloških pacijenata su žene

• Statistički podaci za područje Europe pokazuju da su žene sklonije gastrointestinalnim poremećajima nego muškarci, što je ponukalo Ujedinjenu europsku gastroenterološku federaciju - UEGF (United European Gastroenterology Federation) da zatraži veću zdravstvenu edukaciju, stvaranje veće dostupnosti zdravstvenoj skrbi i većoj svjesnosti o potrebi probira i prevencije među mlađim ženama.

Žene su, ustvrdio je UEGF u priopćenju za medije 28. srpnja, sklonije razvijanju nekih gastrointestinalnih poremećaja od muškaraca, a zabrinjavajuća je činjenica da su gotovo 60 posto svih gastroenteroloških pacijenata žene. Podaci ukazuju na to da žene češće od muškaraca pate od žučnih kamenaca, sindroma iritabilnog crijeva, dispepsije, celiakije, kroničnog zatvora i autoimunih bolesti jetara. S druge strane, muškarci imaju veći rizik razvijanja fistula, karcinoma jetara i primarnog sklerozirajućeg kolangitisa.

Zašto je tome tako nije posve jasno, ističe UEGF, u tome vjerojatno igraju ulogu hormoni, genetski čimbenici te način života. Također, različite rizike mogu objasniti i fizičke razlike između žena i muškaraca. Žene jače osjećaju okus gorkog i slatkog te imaju osjetljivija crijeva, što ih čini osjetljivijima na irritacije i druge vrste stimulacija. Želudac im se prazni sporije nego u muškaraca, što bi djelomično moglo objasniti učestalije simptome dispepsije. Također, sporije im radi debelo crijevo i stoga su sklonije zatvoru od muškaraca. Razlike su vidljive i u radu jetara i biljarnog sustava pa su žene sklonije nekim bolestima, poput autoimunog hepatitisa ili primarne biljarnе ciroze ali i alkoholne ciroze jetara. Premda su žene manje skлоне razvoju karcinoma debelog crijeva, on se u njih češće pojavljuje u dobi od 55 godina nego u muškaraca.

U nedavnoj epidemiji gastroenteritisu i hemolitičko-uremičkog sindroma u Njemačkoj i drugim evropskim zemljama uzrokovanih enterohemoragičnom escherichijom coli najviše je oboljelih bilo žena. Naime, prema izješču objavljenom u *New English Journal of Medicine* oko 68 posto osoba s tim sindromom u i 59 posto pacijenata s *escherichijom coli* u Njemačkoj su bile žene. Među osobama koje su preminule zbog toga sindroma bilo je 78 posto žena, a među umrlima uslijed infekcije escherichijom coli bilo je 58 posto žena. Stručnjaci, ističe UEGF, još uvijek nisu sigurni zašto postoji ovakva razlika među spolovima.

I na kraju, stav je UEGF-a, životni stil i društveni čimbenici svakako igraju ulogu u razvoju gastrointestinalnih poremećaja u žena. Poremećaji prehrane, fizička neaktivnost, uživanje alkohola i duhana te tendencija debljanju ili pretilosti u dobi poslije 40. godine mogu pridonijeti riziku razvoja gastrointestinalnih bolesti i bolesti jetara.

Borka Cafuk



U Parizu predstavljene Europske smjernice o liječenju dislipidemija

Izradu Smjernica predvodio je akademik Reiner

• Europske smjernice o liječenju dislipidemija prezentirane su na Europskom kardiološkom kongresu održanom od 27. do 31. kolovoza u Parizu. Ovo su prve takve smjernice koje su izradili Europsko kardiološko društvo, koje broji više od 60 tisuća članova i najveće je svjetsko znanstveno i stručno društvo u području medicine, i Europsko društvo za aterosklerozu, a voditelj skupine 18 najuglednijih europskih znanstvenika i stručnjaka iz tog područja bio je akademik Željko Reiner, ravnatelj KBC-a Zagreb i predsjednik Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Ovo je i prvi put da je izradu europskih smjernica predvodio hrvatski stručnjak.

Dislipidemije su najvažniji faktori rizika obolijevanja srca i krvnih žila, među kojima su i najčešći uzroci smrtnosti - infarkt srca, koronarne bolesti i moždani udar. Stvaranje smjernica trajalo je dvije godine, a njihovom predstavljanju bit će posvećena tri zasedanja

kongresa. Akademik Reiner će Smjernice osobno predstaviti na nizu nacionalnih kardioloških kongresa koji će se ove jeseni održati u više europskih zemalja.

Borka Cafuk

Doprinos Barbare Starfield razvoju zdravstvenog sustava

• Barbara Starfield rođena je u Brooklynu, New York, gdje je s izvrsnim uspjehom završila srednju školu. Medicinski fakultet završila je 1959. u Downstate Medical Centru Sveučilišta u New Yorku, s najvišim ocjenama. Iste godine započinje specijalizaciju iz pedijatrije u Johns Hopkins Hospitalu, a 1962. uključuje se u rad Bloomberg School of Public Health, gdje je završila epidemiologiju. Kao profesor je od 1975. do 1994. vodila Health Policy u Odjelu Health Policy and Management a 1994. osniva Primary Care Policy Center. Objavila je nekoliko knjiga, preko 240 članaka, od kojih su neki objavljeni u *JAMA-i, Lancetu, BMJ-u*, bila je gostujući profesor na nekoliko sveučilišta i rado viđen gost na mnogim kongresima obiteljske medicine diljem svijeta. Umrla je u 78. godini života tijekom rekreativnog plivanja u bazenu svog imanja u Kaliforniji. Njen odlazak nenadoknadiv je gubitak za sve one koji su se posvetili razvoju zdravstvenog sustava i njegove dostupnosti svim članovima zajednice. Iza Barbare ostali su suprug, četvoro djece i osmero unučadi.

„Barbara je neumorno zastupala obiteljsku medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu. Podsećala nas je zašto smo odabrali poziv obiteljskog liječnika - da pomažemo ljudima, unaprjeđujemo zdravlje i činimo svijet boljim i čestitijim mjestom.“ Ovim se riječima od nje oprostio dr. Richard Roberts, predsjednik WONCA-e (Svjetskog udruženja obiteljskih liječnika).

Najprije, Barbara Starfield i njen rad malo je poznat u Hrvatskoj. Da bih Vam približila njezin rad, citirat ću dio intervjua koji je objavljen u časopisu *American Academy of Family Physicians*: "Za uspjeh zdravstvene reforme najvažnije je da PZZ bude dostupniji što većem broju ljudi. Točno znamo što mislimo kad kažemo PZZ. Nije to samo posto-

janje liječnika, to je organizacija sustava koja mora imati četiri karakteristike:

Prva je da sustav mora biti dostupan (mi znamo da naš sustav u SAD-u nije dostupan u usporedbi s državama u kojima je organizacija zdravstva mnogo bolja).

Drugo, sustav mora biti orijentiran prema osobi tijekom cijelog života. Ovog trenutka smo više orijentirani prema bolesti koju pacijent ima, a zaboravili smo skrbiti se o čovjeku koji tu bolest ima i zbog toga su manje šanse da se on osjeća bolje. Dok god ne budemo orijentirani prema problemu čovjeka a ne bolesti nećemo imati dobre zdravstvene pokazatelje.

Treća i četvrta karakteristika su sveobuhvatnost i koordinacija. Sadašnje stanje prevelikog i nepotrebogn upućivanja subspecialistima treba pretvoriti u upućivanje za stanja koja zahtijevaju stvarnu intervenciju subspecialista - rijetka i komplikirana stanja. PZZ treba skrbiti o većini zdravstvenih potreba stanovništva. Skrb koju daje subspecialist treba biti koordinirana na primarnoj razini."

I na kraju, nekoliko natuknica iz izvrsne prezentacije održane na 16. kongresu obiteljskih liječnika nordijskih zemalja u Copenagenu 2009.: Zemlje koje su se orijentirale na razvoj jakog PZZ-a:

- Imaju ujednačeniju distribuciju resursa
- Imaju zdravstveno osiguranje koje vodi vlada
- Imaju malo ili nemaju privatno zdravstveno osiguranje
- Nemaju ili imaju vrlo malo sudjelovanje pacijenata u troškovima zdravstvene zaštite
- Bolje ih ocjenjuje stanovništvo
- Imaju PZZ s različitim servisima orijentiranim obiteljima
- Imaju bolje zdravlje i manje troškove

Zemlje s jakim PZZ-om manje troše na zdravstvo i imaju zdraviju populaciju, a dijelovi zemlje koji imaju veću dostupnost i prisutnost liječnika obiteljske medicine imaju zdravije stanovništvo. Veći broj obiteljskih liječnika smanjuje socijalnu nejednakost.

Ovo je samo kratak osvrt na rad Barbare Starfield. Za sve one koje zanima njen rad a koji je, izgleda, nastavak ideja i rada Andreja Štampara, navedene su web stranice gdje možete više naći o njenom radu:
<http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/StarfieldStatement.pdf>
<http://www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/professional-issues/20090902starfield-q-a.html>
http://iis-db.stanford.edu/staff/4001/Barbara_Starfield-CV.pdf
http://en.wikipedia.org/wiki/Barbara_Starfield

Dr. Tanja Pekez-Pavlisko,
spec. obiteljske medicine
(tanja.pekez-pavliko@zg.t-com.hr)



Globalno istraživanje o kontracepcijskim navikama mladih

Mladi prakticiraju spolne odnose bez zaštite i slabo poznaju mogućnosti kontracepcije

• Alarmantno visoka zastupljenost upuštanja mladih u spolne odnose bez zaštite i slabo poznavanje učinkovitih mogućnosti kontracepcije rezultati su trećega godišnjeg višenacionalnog istraživanja koje ispituje stavove mladih prema seksu i kontracepciji. Istraživanje "Neznalice ili znaci: pravo na informiranje o kontracepciji" predstavljeno je 26. rujna, čime je obilježen i Svjetski dan kontracepcije.

Istraživanje je proveo GfK Health-care u razdoblju između travnja i svibnja 2011. za Bayer HealthCare Pharmaceuticals, a podržale su ga nevladine organizacije, uključujući Međunarodnu federaciju za planiranje roditeljstva (International Planned Parenthood Federation - IPPF), Populacijsko vijeće (Population Council) i organizacija Žene radaju (Women Deliver), kako bi pridonijele rješavanju neplaniranih trudnoća i spolno prenosivih bolesti. U istraživanje je bilo uključeno 26 zemalja i 5.426 mladih iz Europe, SAD-a, Latinske Amerike i regije Azija-Pacifik, kao i 600 ljudi u Egiptu, Keniji i Ugandi, a podržala ga je Radna grupa mladeži Svjetskog dana kontracepcije i koalicije 11 međunarodnih organizacija koje se bave spolnim zdravljem.

Rezultati istraživanja su vrlo važni jer se otprilike 41 posto od 208 milijuna trudnoća svake godine u cijelome svijetu dogodi slučajno i svake godine jedna od 20 adolescentica spolnim kontaktom dobije bakterijsku infekciju, a dob oboljelih od tih infekcija iz godine je u godinu sve niža.

Istraživanje pokazuje da ispitanici zbog neugode izbjegavaju tražiti savjet o kontracepciji od zdravstvenog osoblja te da mnogi ne mogu računati na to da će u školama dobiti sveobuhvatnu seksualnu edukaciju.

Podaci pokazuju da se više od 50 posto mladih u Kini, Estoniji, Keniji, Koreji, Norveškoj i Tajlandu te 40 posto mladih u Australiji, Čileu, Kolumbiji, Velikoj Britaniji, Indoneziji, Litvi, Meksiku, Poljskoj, Singapuru, Švedskoj i Turskoj već upustilo u spolni odnos

bez zaštite s novim partnerom. U projektu je svega polovica mladih ispitanika diljem Europe (55 posto) imala spolni odgoj u školi. S druge strane, spolni odgoj je imalo tri četvrtine mladih diljem Latinske Amerike (78 posto), azijsko-pacifičke regije (76 posto) i SAD-a (74 posto).

Zanimljivo je da u Egiptu 36 posto muškaraca i žena vjeruje da je kupanje ili tushiranje nakon spolnog odnosa učinkovita metoda kontracepcije. Više od četvrtine ispitanika u Tajlandu (28 posto) i Indiji (26 posto) smatra seks za vrijeme menstruacije učinkovitom metodom zaštite od trudnoće.

Na pitanje zašto su se upuštali u spolne odnose bez zaštite s novim partnerom, 15 posto ispitanika diljem azijsko-pacifičke regije i 14 posto u Europi izjavilo je da se ne voli koristiti kontracepcijom, a njih 16 posto u azijsko-pacifičkoj regiji izjavilo je da njihov partner više voli seks bez kontracepcije.

48 posto hrvatskih ispitanica ne koristi kontracepciju ili to čini rijetko

Rezultati istraživanja koje je tijekom 2010. u Hrvatskoj provela tvrtka Bayer Health-Care na uzorku od tisuću žena u dobi od 18 do 35 godina pokazuju kako je 18 posto žena imalo seksualni odnos s osobom koju su tek upoznale, a njih 43 posto izjavilo je da je takav odnos imalo s najmanje dvije osobe u posljednjih mjesec dana.

Od ispitanica koje su odgovorile da su imale spolne odnose u posljednjih tri mjeseca njih 48 posto uopće se nisu koristile kontracepcijom ili su je koristile rijetko. Od ispitanica koje su izjavile da primjenjuju kontracepciju njih 15 posto odgovorilo je da najčešće poseže za prekinutim snošajem.

Podaci ispitivanja pokazuju da hrvatske ispitanice informacije o kontracepciji u 65 posto slučajeva traže od ginekologa, 30 posto će ih potražiti od prijateljica a 28 posto na Internetu. Da bi seksualni odgoj trebalo uvesti u škole smatra 82 posto ispitanica.

Borka Cafuk

Medicinski otpad postaje globalnim problemom

• Medicinski otpad postaje sve veći izazov širom svijeta jer ugrožava zdravlje zdravstvenih radnika, pacijenata, radnika koji

rade na odlaganju otpada i svih drugih koji dolaze u kontakt s nerijetko opasnim otpadnim materijalima iz bolnica i drugih zdravstvenih ustanova, istaknuo je stručnjak za ljudska prava Ujedinjenih naroda **Calin Georgescu** u svom izvješću objavljenom 14. rujna.

Georgescu upozorava da se u svijetu ne posvećuje dovoljna pozornost problemima izazvanim medicinskim otpadom.

- Oko 20 do 25 posto ukupnog medicinskog otpada koje generiraju zdravstvene ustanove smatra se opasnim otpadom jer predstavlja opasnost za zdravje i okoliš ako se ne odloži na odgovarajući način, naglašava Georgescu.

Problem je vrlo izražen posebno u zemljama u razvoju u kojima se rapidno povećava količina medicinskog otpada kako se

razvijaju zdravstvene usluge ali ne postoje tehnološki i financijski uvjeti za njegovo zbrinjavanje.

- U zdravstvenim ustanovama u kojima se medicinski otpad spaljuje se ne uništava potpuno, a neprimjereno odlaganje pepela i emisije dioksina mogu biti i 40.000 puta veće od emisija dozvoljenih međunarodnim konvencijama, objašnjava Georgescu.

Georgescu je iznio niz preporuka za smanjivanje opasnosti od neadekvatnog baratnja i odlaganja medicinskog otpada. Predložio je i razvoj međunarodnog pravnog režima upravljanja medicinskim otpadom te zamjenu njegovog spaljivanja s postupcima koji su naklonjeniji okolišu.

Borka Cafuk

Nobelova nagrada za medicinu trojici profesora za revoluciju u razumijevanju čovjekova imunološkog sustava

• Trojica profesora genetike i imunologije prof. **Bruce A. Beutler** (SAD), prof. **Jules A. Hoffmann** (Luxemburg) i prof. **Ralph M. Steinman** (Kanada) dobitnici su ovogodišnje Nobelove nagrade za medicinu za revoluciju u razumijevanju čovjekova imunološkog sustava.

Oni su otkrili kako se aktivira čovjekov imunološki sustav, odnosno mehanizme kako se aktiviraju urođena i stičena obrana organizma na patogene. Beutler i Hoffmann dijele nagradu za istraživanje urođenog imunološkog sustava, tj. otkriće proteinskih receptora koji prepoznaju štetne mikroorganizme i aktiviraju imunološki sustav. Steinman je nagrađen za istraživanje stičenog imunološkog sustava, odnosno otkriće dendritičkih stanica imunološkog sustava i njegove jedinstvene sposobnosti da aktivira i regulira stičenu imunost.



Prof. Jules A. Hoffmann

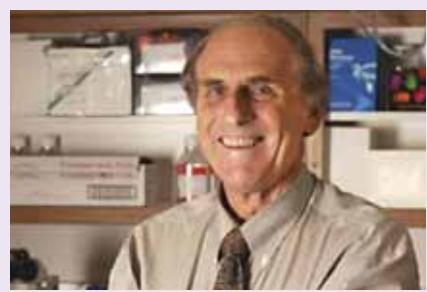
Njihova istraživanja otvaraju put razvoju novih lijekova, razvoju prevencije i liječenju infekcija, raka i upalnih bolesti, ističe Odbor za dodjelu Nobelove nagrade.

Na žalost, prof. Steinman je premirnuo 30. rujna - dva dana uoči dodjele Nobelove nagrade od karcinoma gušterice. Karcinom mu je dijagnosticiran prije četiri godine a njegov se život produžio upravo zahvaljujući imunoterapiji koju je sam osmislio i koja se temeljila na dendritičkim stanicama.

Borka Cafuk



Prof. Bruce A. Beutler



Prof. Ralph M. Steinman

Demistifikacija osiguranja odgovornosti u kliničkim ispitivanjima

Mia Popović, dipl. iur.

- S obzirom na razne napise vezane uz osiguranje odgovornosti u kliničkim ispitivanjima, kao i uobičajenu praksu i stav osiguratelja da je riječ o riziku koji je „predvidljiv, izvjestan i ovisan o volji osiguranika“, potrebno je objasniti neke činjenice vezane uz odgovornost koja proizlazi iz kliničkih ispitivanja, kao i osiguranje iste. Kada je riječ o osiguranju odgovornosti u kliničkim ispitivanjima, u Republici Hrvatskoj obično se govori o dva sasvim različita tipa osiguranja: osiguranje od odgovornosti u kliničkim ispitivanjima i osiguranje zbog liječničke pogreške (malpractise). Međutim, u odnosu na obje vrste osiguranja, prisutni su sasvim pogrešni stavovi.

Osiguranje od odgovornosti u kliničkim ispitivanjima

Obveza osiguranja od odgovornosti u kliničkim ispitivanjima propisana je Pravilnikom o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi („Narodne novine“ broj: 14/10, u daljem tekstu: Pravilnik). U odnosu na obvezu osiguranja od odgovornosti, Pravilnik je uskladen s Direktivom 2001/20/EC.

Uvijek kada se govori o pravu oštećenika na naknadu štete, potrebno je imati na umu članak 1054. Zakona o obveznim odnosima, („Narodne novine“ broj 17/05 i 9/08) kojim je propisano: „Tko na svoju štetu dopusti drugome poduzimanje neke radnje, ne-ma pravo od njega zahtijevati naknadu štete prouzročene tom radnjom.“

Važnost informiranog pristanka

Da bi bio uključen u kliničko ispitivanje, ispitanik mora potpisati informirani pristanak. Sadržaj informiranog pristanka provjerava Središnje etičko povjerenstvo, koje neće dati suglasnost na provođenje kliničkog ispitivanja ako informirani pristanak ne sadrži (kumulativno) sljedeće elemente:

- a) kratak i razumljiv opis postupaka koji će se provoditi u kliničkom ispitivanju;
- b) ime i prezime istraživača kojem se ispitanik uvijek može obratiti zbog dodatnih obavijesti;
- c) popis do tada poznatih nuspojava, kao i obveznu napomenu da može doći do neočekivanih i nepoznatih nuspojava;
- d) napomenu da ispitanik može u svako doba odustati od kliničkog ispitivanja te da zbog toga neće trpjeti posljedice u smislu smanjenja opsega prava na njegu i liječenje;
- e) napomenu da ispitanik potpuno dobrovoljno pristaje na kliničko ispitivanje te da je u potpunosti upoznat sa naravi, svrhom i trajanjem kliničkog ispitivanja.

Dakle, svaki ispitanik slobodno pristaje na sudjelovanje u kliničkom ispitivanju, iako je upoznat sa eventualnom štetom koja bi mogla nastati, dapače, pristaje na nju.

Imajući u vidu citirani članak 1054. Zakona o obveznim odnosima, ispitanik nema pravo zahtijevati naknadu štete. Da li će sponzor (naručitelj kliničkog ispitivanja, odnosno, podnositelj zahtjeva) ispitaniku isplatiti naknadu štete, ovisi o dobroj volji sponzora.

Ovdje valja napomenuti da su štete koje su posljedica kliničkih ispitivanja u pravilu neimovinske štete te uobičajene police osiguranja kojima se pokrivaju osobne imovinske štete (razlika između stvarnog imovinskog stanja ispitanika i imovinskog stanja koje bi imao da nije došlo do štetnog događaja) zapravo ne pokrivaju ništa. Dapače, kada su u polici izrijekom isključeni svi oblici nematerijalne štete, mogućnost da će osiguratelj zaista morati isplatiti naknadu štete doista je minimalna.

Rizici koje je potrebno pokriti

U prvom redu, potrebno je pokriti troškove liječenja do kojeg bi moglo doći uslijed neželjenog djelovanja ispitivanoga lijeka. Naime, ovi troškovi se nikako ne bi smjeli prebacivati na Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Logično je (i pravedno) da ih snosi

sponsor kliničkog ispitivanja te ih treba i osigurati, s obzirom da je to jedini realni rizik koji postoji. Isplata nekog drugog oblika štete je, kao što je već napomenuto, stvar dobre volje sponzora.¹

Faze kliničkih ispitivanja i osiguranje

Vrlo često se u kontekstu osiguranja odgovornosti spominju četiri faze kliničkih ispitivanja. Valja istaknuti da faza IV. označava postmarketinško ispitivanje lijeka, odnosno, praćenje djelovanja lijeka nakon stavljanja u promet. Fazu IV nije potrebno posebno osiguravati, s obzirom da se radi o lijeku koji ima dozvolu za stavljanje u promet te je obuhvaćen regularnom policom osiguranja odgovornosti za proizvode (Product Liability). Osiguranje odgovornosti za proizvode je osiguranje koje veći dio ozbiljne farmaceutske industrije u pravilu ima - bilo što drugo je preveliki rizik.

Osiguranje zbog liječničke pogreške

Liječnička pogreška definira se kao „odgovornost osiguranika za štetu, nastalu oštećenim osobama uslijed neispunjena, manjkavog ispunjenja ili zakašnjenja u ispunjenju ugovorne obveze osiguranika.

Osiguranik je dužan u ispunjavanju obveze iz svoje profesionalne djelatnosti postupati s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka)".

Vezano uz liječničke pogreške u kliničkim ispitivanjima, otvara se pitanje koliko su one realno uopće moguće. Svatko tko je ikada pročitao bilo koji plan kliničkog ispitivanja zna da su u protokolu svi postupci vrlo detaljno opisani te da od njih ne smije biti odstupanja. Svako odstupanje u pravilu predstavlja kršenje plana ispitivanja (Protocol Violation) a što može imati vrlo dalekosežne posljedice, čega su svjesni i osiguratelji. Odstupanje od plana ispitivanja definitivno ne predstavlja „ispunjavanje obveza iz svoje profesionalne djelatnosti i postupanje s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka)".

Naime, standardnom policom osiguranja odgovornosti zbog liječničke greške, izrijekom su isključena klinička ispitivanja te se postavlja pitanje koliko uopće ima smisla inzistirati na ovoj vrsti osiguranja u kliničkim ispitivanjima. Ako i postoji osiguratelj koji je voljan

¹ U odnosu na troškove liječenja koji su posljedica kliničkih ispitivanja, važno je napomenuti da bi ih trebalo osigurati bez franšize (iznos štete koji nije pokriven osiguranjem).

preuzeti rizik liječničke pogreške u kliničkim ispitivanjima, potrebno je postaviti vrlo ozbiljna i važna pitanja da li je takav osiguratelj uopće svjestan koji je iznos maksimalne moguće štete, na koji je način odredio iznos premije osiguranja i da li je rizik plasiran u reosiguranje, ili je riječ o osiguratelu koji je voljan preuzeti bilo kakav rizik, što obično znači da se ne radi o pouzdanoj osiguravajućoj kući.

Zaključak:

Osiguranje odgovornosti u kliničkim ispitivanjima nije potrebno mistificirati,

ali potrebno je znati što se treba i što se može osigurati. Trenutna situacija je (vjerojatno) s jedne strane posljedica neznanja, a s druge strane nedostatka kvalitetne komunikacije između svih strana u postupku provođenja kliničkih ispitivanja. U taj međuprostor su se uspješno ubacili neki osiguratelji, kod kojih postoji jasna želja za „lakom“ zaradom - tj. naplaćivanjem premija osiguranja po policama po kojima nikada neće morati isplatiti naknadu štete jer rizik ili realno ne postoji, ili uopće nije osiguran. Osim što se postavlja pitanje zakonitosti takvih polica osiguranja, podilaženje ovakvim željama osiguratelja nikada nije dobro. Ono što je važno imati na umu prilikom

osiguranja kliničkih ispitivanja jest sljedeće:

1. ispitanik nema zakonsko pravo na naknadu štete;

2. potrebno je osigurati troškove liječenja koji su posljedica sudjelovanja u kliničkom ispitivanju;

3. fazu IV. ispitivanja nije potrebno posebno osiguravati ako nositelj odobrenja ima ugovorenu policu osiguranja odgovornosti za proizvode;

4. osiguranje odgovornosti zbog liječničke greške u kliničkim ispitivanjima nije oportuno.

(mia.popovic@mzs.hr)

••••

Psihoterapija kao (ne)regulirana djelatnost

Važnost Zakona o psihoterapiji i Europskog certifikata iz psihoterapije

Jadran Morović, dr.med., Tatjana Babić, dipl.iur.

• Još je tako „davnih pedesetih“ - sredinom prošlog stoljeća, bilo poznato da se neki stručnjaci zovu psihoterapeutima i baveći se psihoterapijom pomažu ljudima u njihovim nevoljama. Niti tada, a niti poslije tijekom godina, nitko nije govorio o tome da psihoterapija nije zakonski regulirana kao samostalna djelatnost i kao zvanje.

Kako je cijela priča o psihoterapiji uopće i započela? Tko nije čuo za Freuda i psihanalizu koji je svoj rad započeo krajem XIX.-og stoljeća?

Tijekom studija medicine učilo se o psihoterapiji i o psihanalizi. Tada se na predavanjima slušalo naše velikane psihoterapije: profesore Dušku Blažević, Eugeniju Cividini-Stranić i Eduarda Klaina. Svi su oni djelovali u „Zavodu za psihološku medicinu“ (danas: Klinika za psihološku medicinu KBC-a Zagreb). Uglavnom smo na njihovim predavanjima slušali o psihanalizi kao psihoterapijskoj metodi liječenja slušanjem i razgovorom.

Još je 1975. godine profesor Klain napisao: „Mogu kazati da 1974. g. izvjestan broj neurologa reagira isto tako, da je njihov odnos prema psihoterapiji i neurozama ne baš jako različit od Beča 1886. g. Meynert,

koji je napao Freuda te godine, dao mu je jednom mnogo kasnije izvjesnu satisfakciju.

Pozvao je Freuda kada je bio na samrtnoj postelji i rekao mu da je došao do toga, da je on zapravo bio jedan veliki i teški histerik i da je jasno da to nije mogao vidjeti i priznati i da otuda potiču svi njegovi napadi (na Freuda, op. a.). Da napravimo paralelu. Povijest psihoterapije obiluje takvim slučajevima, da su ljudi koji su teško neurotični, a na ključnim pozicijama medicine, odbijali psihanalizu baš zbog svojih simptoma. Znači uvijek možemo naći paralelu između Meynerta i današnjih velikana koji s otporom primaju psihoterapiju i psihanalizu i kojima je napad na psihanalizu obrana od vlastite neuroze.“⁽¹⁾

Možda upravo u ovoj tvrdnji profesora Klaina leži razlog što do današnjih dana psihoterapija nije regulirana kao samostalna djelatnost.

U svojoj knjizi „Psihoterapija psihoz“ 1952. godine⁽²⁾, Gustav Bychowski, M.D., govorio o ličnosti psihijatra - psihoterapeuta, za kojeg kaže da „što više energije i srčanosti uloži u svoj rad (psihoterapiju), toliko više može biti povrijeđen i razočaran ako kroz dulje vremensko razdoblje ne primijeti

poboljšanje kod pacijenta ili ako je terapeutski napor dočekan s prezironim i napadanjem“.

Zbog toga, ističe autor, sigurno je istina da samo vrlo zrele osobe mogu biti posvećene tretmanu psihotičnih pacijenata.

Slušajući upravo te riječi koje govorile o teškoćama s kojima se psihoterapeuti nose u svojem poslu, možemo shvatiti zbog čega su toliko rigorozni uvjeti koje pojedinac, stručnjak, treba zadovoljiti da bi postao psihoterapeut te da bi od krovne psihoterapijske europske udruge - EAP-a, dobio Europski certifikat iz psihoterapije (ECP). Naime, kako u nas (još) nisu zakonom propisani uvjeti koje mora zadovoljiti osoba koja želi obavljati psihoterapijsku djelatnost, moramo se okrenuti Eupropi i njenim kriterijima.

Kriteriji za obavljanje psihoterapije koje zahtijeva Europsko psihoterapijsko udruženje (EAP) vrlo su zahtjevni i složeni te uključuju nekoliko važnih stepenica u razvoju i sazrijevanju kao i školovanju budućeg psihoterapeuta.

Prema EAP-u, uvjeti za obavljanje psihoterapije jesu: završen diplomski studij, zatim višegodišnja, obično četverogodišnja edukacija iz jednog od psihoterapijskih pravaca i škole koju je priznao EAP, zatim individualna psihoterapija budućeg psihoterapeuta/kinje u trajanju od minimalno 120 sati, više stotina sati vlastitog iskustva u grupi edukanata, određen broj sati individualne supervizije (50) i supervizije u grupi (200), s napomenom da prije završetka i završnog ispita, svaki edukant treba imati 600 sati superviziranog rada (!).

Dakle, uvjeti nisu jednostavnvi, na protiv, vrlo su zahtjevni i iziskuju puno truda i rada svakog pojedinca. Iz toga razloga nije niti moguće očekivati velik broj po EAP-u certificiranih psihoterapeuta. K tome treba napomenuti da još uvijek, kako je već prije rečeno, status toga certificiranog psihoterapeuta u Republici Hrvatskoj nije definiran.

Da je uistinu tako, ilustracije radi, potvrdila nam je i službenica u Državnom zavodu za statistiku koja nas je ljubazno upoznala da djelatnost psihoterapije i zvanje psihoterapeut/kinja nije evidentirano!

Prvi pokušaji Europe za definiranjem statusa psihoterapeuta očituju se u Deklaraciji o psihoterapiji, dogovorenoj i napisanoj u Strasbourg 1991. godine. Slijedom toga međunarodnog dogovora krenulo se u osnivanje krovnih psihoterapijskih udruga diljem europskih zemalja.

Tako su i u Hrvatskoj naše brojne psihoterapijske udruge 1998. godine osnovale Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske (SPUH) sa sjedištem u Zagrebu, Prilaz Gjure Deželića 31, www.savez-spuh.hr.

Od 2005. godine glavni je cilj Saveza uspostavljanje zakonske regulative, odnosno isticanje potrebe donošenja Zakona o psihoterapiji (ZOPT). S tim ciljem pozvane su na suradnju i druge udruge koje u svojim redovima imaju eminentne stručnjake, kako iz pravne, tako i iz medicinske, psihologische i drugih struka. Cilj je takve suradnje, uz naglašavanje važnosti donošenja ZOPT-a, uspostavljanje kriterija psihoterapijske djelatnosti i zvanja, kako etičkih tako i stručnih. Od 2005. godine Savez je sa suradnicima održao brojne sastanke, više puta i javne rasprave, nakon kojih je izrađen i neslužbeni prijedlog nacrt-a Zakona o psihoterapiji (ZOPT-a). Tekst prvog nacrt-a prijedloga ZOPT-a moguće je pronaći na internetskim stranicama SPUH-a.

U ovom kontekstu važno je spomenuti kako je 2007. godine u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče pod nazivom „Psihoterapija - škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas“ održan simpozij koji je zapravo bio jedan od prvih skupova raznih psihoterapijskih pravaca. Simpozij je 2008. godine obilježen istim enom knjigom u kojoj urednici navode da je knjiga „u prvom redu namijenjena stručnjacima, koji se u svom radu susreću s osobama kojima je potrebna psihoterapija - liječnicima, psiholozima, socijalnim radnicima, defektolozima, pedagozima, teolozima i drugima...“. Upravo je to spominjanje stručnjaka raznih usmjerenja i struka, kojima je zajednička crta - humanost, na tragu spomenute Deklaracije o psihoterapiji iz Strasbourg-a. Slijedeći ideju navedenog simpozija SPUH će također od dana 29. - 30. listopada organizirati u Zagrebu prvu međunarodnu konferenciju pod nazivom „Istine o psihoterapiji“.

Iz svega do sada rečenog proizlazi da psihoterapija kao djelatnost ipak postoji, pa i unatoč dosadašnjoj indiferentnosti zakonodavca prema toj temi. Prema trenutno važećim propisima, jedino je Pravilnikom o

specijalističkom usavršavanju doktora medicine (Narodne novine, broj 100/11) psihoterapija regulirana kao posebna kompetencija (uža specijalnost) iz psihoterapije. Spomenuto, naravno, podrazumijeva obavljanje psihoterapije isključivo od strane liječnika.

Međutim, osim liječnika psihoterapijom se bave i stručnjaci nekih drugih struka (psiholozi, defektolozi, sociolozi...) koji su, kako je već prije spomenuto, završili neku od domaćih ili inozemnih psihoterapijskih škola i stekli stručnu kvalifikaciju za obavljanje psihoterapije. Upravo psihoterapeutski rad ovih spomenutih stručnjaka (još) nije reguliran niti jednim propisom Republike Hrvatske. No ipak, uvidjevši potrebu donošenja propisa kojim bi se regulirala psihoterapija kao samostalna djelatnost, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi osnovalo je u siječnju 2010. stručnu radnu skupinu za izradu nacrt-a prijedloga Zakona o psihoterapiji. Nakon mnogo rasprave i održanih sastanaka stručna radna skupina izradila je nacrt prijedloga Zakona o psihoterapiji, a kao početna podloga iskoristjen je već spomenuti nacrt prijedloga ZOPT-a.

Izrađeni nacrt prijedloga Zakona o psihoterapiji poslije je po naputku Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi preraden u nacrt Pravilnika o psihoterapiji jer je naknadno odlučeno kako će Pravilnik o psihoterapiji u konačnici donijeti Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi.

Nacrtom Pravilnika o psihoterapiji obuhvaćena su sva pitanja koja je stručna radna skupina smatrala bitnima, a koja proizlaze iz obavljanja psihoterapije kao samostalne djelatnosti. Primjerice, nacrtom Pravilnika odreden je pojam psihoterapije, propisani su uvjeti koje osoba koja želi obavljati psihoterapiju u Republici Hrvatskoj mora zadovoljiti, regulirana je supervizija i edukacija, organizacija i način obavljanja psihoterapije, nadzor nad radom psihoterapeuta i slična pitanja. Nadajmo se da će u što skorije vrijeme nadležno ministarstvo usvojiti prijedlog i donijeti Pravilnik o psihoterapiji te na taj način urediti sadašnje neujednačeno stanje u praksi.

Želimo li, dakle, propisno organizirati obavljanje psihoterapije kao samostalne djelatnosti, svakako moramo uspostaviti odgovarajuću regulativu te na taj način utjecati na sve one samoprovane psihoterapeute i psihoterapeutkinje koji se žele baviti psihoterapijom bez zadovoljavanja uistinu potrebnih i neophodnih kriterija i normi koje je priznala i prihvatile Europska unija.

Jedino tako, na taj način, kroz donošenje odgovarajuće regulative možemo zahtijevati i dobiti potrebnu etičnost koja je neizostavna u odnosu prema klijentima, paci-

jemima te svim drugim osobama kojima je psihoterapija potrebna kako bi njihov život bio što zdraviji.

Na kraju možemo samo istaknuti kako je teško i zamisliti da svi oni stručnjaci, osobe koje su završile opisanu postdiplomsku edukaciju iz psihoterapije (često i četverogodišnju) neke od EAP-a priznate psihoterapijske škole, jednog od psihoterapijskih pravaca, imaju diplomu, odnosno Europski certifikat iz psihoterapije, a da ta diploma u Republici Hrvatskoj službeno nije priznata niti se može nostrificirati.

Čini se da je to jedan vrlo ozbiljan (i ne samo) administrativan problem?

(tatjana.babic@hlk.hr)

Literatura

1. „Dinamska psihologija i psihoterapija“, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 1975.g.
2. Bychowski, G., „Psychotherapy of Psychosis“, New York, 1952.
3. Jukić, V., Pisk, Z., „Psihoterapija - škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas“, Medicinska naklada, PB Vrapče, Zagreb, 2008.

••••

U idućim brojevima

• Nuklearno-medicinska tehnologija

• Karcinomska bol

• Istina o Mozartovoj smrti

• Patografija Prokofjeva

• Suvremene komunikacijske vještine



novosti iz medicinske literature

Klinički prediktori lošeg ishoda kod nevaricealnog krvarenja iz gornjeg gastrointestinalnog trakta

Antibiotska profilakska kod krvarenja iz gornjeg gastrointestinalnog sustava kod cirotičara

Što povećava rizik za asimptomatski erozivni ezofagitis?

Antibiotik koristan kod egzacerbacije KOPB-a može oštetiti sluh

HPV cjepivo učinkovito prevenira analne infekcije u žena

Ishod trudnoće kod trudnica s upalnim bolestima crijeva

Tele-JIL njega - je li bolja?

Nakon prekida IPP-a najvjerojatnije se žgaravica neće pogoršati

Rana plazmafereza učinkovita je za komplikacije E. coli

Koliko kardiopulmonalne reanimacije prije defibrilacijskog šoka?

Kirurgija živca frenikusa poboljšava paralizu dijafragme

U kirurgiji jetre 30-minutni vaskularni okluzijski intervali nemaju lošije posljedice od 15-minutnih

Odgadanje operacije kuka zbog komorbiditeta pogoršava ishod liječenja

Prevalencija sindroma bolnog mokraćnog mjehura/intersticijskog cistitisa među ženama u SAD-u

Abnormalna glikozilacija Tamm-Horsfallovog proteina u intersticijskom cistitisu

Anatomsko i funkcionalno ispitivanje mozga u sindromu kroničnog prostatitisa/kronične bolnosti zdjelice

Meta-analiza terapijskih mogućnosti sindroma kroničnog prostatitisa/kronične zdjelične bolnosti pokazala je najbolji učinak kombinacije alfa-blokatora i antibiotika

Treba li operirati mijelomeningokelu prije rođenja?

Identifikacija slabog i prekomjernog odgovora na stimuliranje ovulacije prije prvog IVF/ICSI postupka

Prvi napad psihoze koji se događa u postpartalnom razdoblju

Ultrazvučni markeri za procjenu rizika od spontanog pobačaja

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

• Klinički prediktori lošeg ishoda kod nevaricealnog krvarenja iz gornjeg gastrointestinalnog trakta

• Nevaricealno krvarenje iz gornjeg dijela gastrointestinalnog trakta (GGIT) često je medicinsko stanje u hitnoj službi s određenim morbiditetom i mortalitetom. Bez obzira na napredak endoskopskih i farmakoloških terapijskih mjera u posljednja dva desetljeća, incidencija mortaliteta povezana s ovim kliničkim entitetom ostala je relativno ista.

Kako bi se odredili prediktivni čimbenici i ishod krvarenja i ponovljenog krvarenja te mortalitet nevaricealnog krvarenje iz GGIT-a, provedena je retrospektivna kohortna opservacijska studija u različitim medicinskim centrima diljem Evrope (NCT00797641; ENERGIB) poput Belgije, Grčke, Italije, Norveške, Portugala, Španjolske i Turske. Ispitanici uključeni u studiju bili su pacijenti hospitalizirani zbog nevaricealnog krvarenja iz GGIT-a (pri učinjenoj endoskopiji) tijekom razdoblja od 1.listopada do 30. studenog 2008. Svi su liječeni u skladu sa rutinskom kliničkom praksom, a svi podaci glede krvarenja/ponovljenog krvarenja, medikamentnih mjera, kirurškog liječenja i mortaliteta prvih mjesec dana pažljivo su skupljeni. U istraživanje je uključeno 2660 ispitanika (64,7% muški spol; srednja životna dob 67,7).

Signifikantne razlike u različitim zemljama glede kontinuiranog krvarenja/recidivirajućeg krvarenja (9-15,8%) ili smrtnog ishoda (2,5-8%) objašnjene su različitim kliničkim čimbenicima (broj komorbiditeta, dob starija od 65 godina, pozitivna osobna anamneza na krvarenje iz ulkusne bolesti, tipom ležje te pridruženim medikamentima). Drugi čimbenici, poput veličine medicinskog centra, medicinskog osoblja te provedenih endoskopskih/medikamentnih terapijskih mjera, nisu utjecali na morbiditet i mortalitet. (Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2011;33(1):1225-1233.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

-
-
-
-
-
-
-
-
-

• Antibiotksa profilaksa kod krvarenja iz gornjeg gastrointestinalnog sustava kod cirotičara

• Čini se da antibiotska profilaksa smanjuje incidenciju bakterijskih infekcija kod pacijenata s cirozom jetre i krvarenjem iz gornjeg dijela gastrointestinalnog trakta, međutim, nema novijih podataka o učinkovitosti ovih otprije poznatih činjenica. Kako bi se utvrstile pogodnosti i potencijalne štetnosti ove profilakse provedena je meta analiza i napisan preglednim članak na temelju randomiziranih kliničkih istraživanja. Istražen je The Cochrane Hepato-Biliary Group Controlled Trials Register, The Cochrane Central Register of Controlled Trials in The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE and Science Citation Index EXPANDED do lipnja 2010. U studiju je uključen 1241 ispitanik od kojih su neki dobivali antibiotsku profilaksu, a drugi placebo.

Antibotska profilaksa bila je povezana sa smanjenim ukupnim mortalitetom i mortalitetom od bakterijskim infekcija, potom smanjenom incidencijom infekcija, recidivirajućeg krvarenja i trajanjem hospitalizacije. Prema rezultatima ove meta-analize antibiotska profilaksa zauzima značajnu ulogu u liječenju pacijenata s cirozom jetre i krvarenjem. (Aliment Pharmacol Ther. 2011;34(5):509-18.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Što povećava rizik za asimptomatski erozivni ezofagitis?

• Gastroezofagealna refluksa bolest (GERB) vrlo je česta u kliničkoj praksi, a asimptomatski erozivni ezofagitis i asimptomatski Barrettov jednjak često se dijagnosticiraju prilikom rutinske endoskopske obrade. Asimptomatski oblik bolesti se naziva (prema Amerikanu Fassu) „tihi GERB”, koji je definiran kao prisutnost oštećenja sluznice jednjaka tipičnog za GERB, ali bez prisustva tipičnih ili atipičnih ezofagealnih manifestacija GERB-a. Japanski istraživači dijele GERB na obični, neerozivni i asimptomatski. Čimbenici rizika konvencionalnog GERB-a dobro su poznati za razliku od „tihoga”. Cilj studije bio je odrediti čimbenike rizika ovoga novijeg entiteta, a istraži-

vanje je provedeno u Koreji, Myongji bolnica, na 5301 ispitaniku u razdoblju od 2005.-2009. godine.

Prevalencija erozivnog ezofagitisa bila je 6%, a bio je povezan sa starijom životnom dobi (>60 godina), muškim spolom, hijatalnom hernijom, duodenalnim ulkusom, arterijskom hipertenzijom i pušenjem cigareta. Od 320 ispitanika s erozivnim ezofagitisom 45.3% su bili asimptomatski pacijenti, od njih većina muškarci i osobe starije od 60 godina. Autori zaključuju kako se asimptomatski erozivni ezofagitis kod osoba starijih od 40 godina većinom javlja kod muškaraca starijih od 60 godina. (J Gastroenterol Hepatol. 2011;26(6):1034-1038.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Antibiotik koristan kod egzacerbacije KOPB-a može oštetići sluh

• Akutne egzacerbacije KOPB-a utječu na kvalitetu života osoba koje boluju od kronične opstruktivne plućne bolesti. Makrolidi antibioticici imaju imunoregulatorni, antiinflamatorni i antibakterijski učinak te smanjuju učestalost akutnih pogoršanja bolesti. U ovom randomiziranom istraživanju provedenom od 2006.-2010.godine bila je ispitivana učinkovitost azitromicina na redukciju učestalosti egzacerbacije KOPB-a tijekom godine dana. U studiju je uključeno 1577 ispitanika, koji su slučajnim odabirom podijeljeni u skupinu koja je dobivala azitromicin 250 mg dnevno (n=570) ili placebo tijekom jedne godine. U azitromicinskoj skupini medijan vremena do prve egzacerbacije je bio 266 nasuprot 174 dana u placebo skupini. U prvoj skupini broj egzacerbacija po pacijentu godišnje je bio 1,48 vs. 1,83 u placebo skupini. Ograničenje studije je primjena lijeka jednom dnevno, nekompletno uzorkovanje sputuma te trajanje studije 1 godinu.

Autori istraživanja su zaključili kako azitromicin primijenjen svakodnevno smanjuje frekvenciju akutnih pogoršanja bolesti te poboljšava kvalitetu života, ali u manjeg postotku pacijenata oštećeće sluh i povećava rizik za kolonizaciju rezistentnim mikroorganizmima. (N Engl J Med. 2011;365:689-698, 753-754.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

-
-
-
-

● HPV cjepivo učinkovito prevenira analne infekcije u žena

• Analni karcinom je otprilike 35 puta rijedi od cervikalnog karcinoma, ali je i dalje dvaput češći u žena nego li u muškaraca. Većina analnih karcinoma povezana je s infekcijom humanim papiloma virusom (HPV), posebno s tipovima 16 i 18, a čimbenik rizika za analni karcinom je podatak o cervikalnoj neoplaziji. Homoseksualci imaju veći rizik za ovaj tip karcinoma nego heteroseksualni muškarci. Kreimer sa suradnicima istraživao je učinkovitost HPV vakcine u prevenciji analne HPV infekcije i analnog karcinoma. U studiju su bile uključene ispitanice od 18-25 godina u Costa Rici, a imunokompromitirane su isključene. Ispitanice su slučajnim odabirom primale HPV bivalentnu vakcinu (HPV tip 16 i 18) ili cjepivo za hepatitis A. Kohortna studija uključivala je 4210 ispitanica, a više od polovice su bile mlađe od 21 godine u trenutku uključenja. Oko 90% ih je bilo negativno za cervikalnu HPV infekciju, a 60% i serološki negativno. 78% ispitanica negiralo je analni oblik spolnog odnosa. Vrijeme praćenja je iznosilo 48 mjeseci. Učinkovitost cjepiva za HPV tip 16 je bila 68%, a za tip 18 55,5%. Cjepivo je pokazalo učinkovito smanjenje infekcije od HPV tipa 31 i 45, ali ne za HPV 33. Zaključak je kako HPV vakcinacija snažno reducira rizik za analnu HPV 16 i 18 infekciju, posebno kod žena koje su bile negativne za ovu infekciju od početka studije. Cjepivo nije učinkovito za sve tipove HPV-a.

(Lancet Oncol. 2011;12:862-870, 828-829.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

● Ishod trudnoće kod trudnica s upalnim bolestima crijeva

• Upalne bolesti crijeva često zahvaćaju osobe ženskog spola tijekom reproduktivnog razdoblja. Ishod trudnoće kod ovih bolesnica je ranije poznat i publiciran uglavnom na temelju retrospektivnih istraživanja, a cilj je ove studije bio doći do podataka na temelju multicentričnog, prospективnog europskog istraživanja. Podaci prospективno dobiveni od siječnja 2003. do prosinca 2006. odnosili su se na ishod trudnoće, aktivnost bolesti i

terapijske mjere tijekom toga razdoblja. U istraživanje je uključeno 145 ispitanica s Crohnovom bolesti i 187 s ulceroznim kolitisom, a prosječna dob koncepcije bila je 31 godina za Crohnovu bolest kao i za ulcerozni kolitis. Nije uočena statistički značajna razlika glede učestalosti pobačaja, prijevremenih poroda, carskog reza, kongenitalnih anomalija i porodajne težine novorođenčeta u komparaciji s ispitanicama bez upalne bolesti crijeva. Kod Crohновe bolesti bila je starija životna dob povezana s kongenitalnim malformacijama i prijevremenim porodom, a pušenje je povećalo rizik za prijevremeni porod. Kod ulceroznog kolitisa povezuju se starija dob i aktivna bolest s manjom porodajnom težinom. Autori zaključuju kako bolesnice s upalnim bolestima crijeva imaju sličan ishod graviteta kao i ženska populacija bez ove bolesti. (Aliment Pharmacol Ther. 2011;34(7):724-734.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

● Tele-JIL njega - je li bolja?

• Povećana potreba za uslugama intenzivne njegе i ograničena dostupnost intenzivista potaknuli su pitanja o pružanju njegе i modelima poboljšanja učinkovitosti, kao što je tehnološka primjena tele-jedinice intenzivnog liječenja (tele-JIL).

Zbog navedenoga, skupina istraživača odlučila je odrediti bi li tele-JIL tehnologija u odrasлом JIL-u povoljno utjecala na bolničku smrtnost, duljinu boravka, primjenu najbolje prakse i sprječive komplikacije.

Provedeno je prospективno prije-/poslije- istraživanje na 6290 odraslih bolesnika primljenih u jedan od 7 JIL-ova (3 medicinska, 3 kirurška i 1 miješani kardiovaskularni). Primarni ishodi bili su bolnička smrtnost prilagodena različitim slučajevima i težinom. Stopa bolničke smrtnosti bila je 13,6% tijekom pre-intervencijskog razdoblja i 11,8% tijekom tele-JIL razdoblja. Razdoblje tele-JIL intervencije bilo je povezano s višim stopama primjene najbolje kliničke prakse za kardiovaskularnu zaštitu i sprječavanje duboke venske tromboze, stres-ulksa i pneumonije vezane za mehaničku ventilaciju (ventilator-associated pneumonia; VAP), rezultirajući nižim stopama sprječivih komplikacija (kao što su VAP ili krvne infekcije). Također je bilo kraće vrijeme boravka u bolnici (9,8 nasuprot 13,3 dana), a rezultati su bili usporedivi za medicinski, kirurški i kardiovaskularni JIL. Iako je ovo istraživanje provedeno u samo jednom centru i nije bilo randomizirano, pokazalo je da je tele-JIL povezan s nižim vjerojatnostima smrti i s kraćim vremenom boravka u bolnici,

kao i s promjenama u primjeni najbolje prakse i nižim stopama sprječivih komplikacija. Također, povezalo je poboljšane ishode sa specifičnim promjenama u procesima, vremenu provođenja intervencija i poboljšanjem u korištenju najbolje poznate prakse, a do svega su dovele suptilne razlike dobivene dodatnim promatranjem i ekspertizom. (JAMA 2011;305:2175-2183.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

● Nakon prekida IPP-a najvjerojatnije se žgaravica neće pogoršati

• Istraživači kažu da prekidanje inhibitora protonskog pumpa (IPP) nakon kratkotrajnog liječenja erozivnog eozafagitisa neće uzrokovati povratak žgaravice gore nego što je bila ranije. Drugim riječima, u tim okolnostima neće biti odbojnog (rebouond) efekta i, također, bolesnici ne će imati trajnu hiper-gastrinemiju nakon što su prekinuti IPP, po navodu istraživača.

Ranija istraživanja pokazala su odbojnu hipersekreciju kiseline (*rebound acid hypersecretion* - RAHS) nakon prekida IPP-a, dok su drugi pokazali da prekid kratkotrajnog liječenja IPP-om može potaknuti simptome vezane za kiselinu u zdravih dobrovoljaca. Skupina istraživača pregledala je podatke četiri ispitivanja III faze da vide jesu li bolesnici s endoskopski potvrđenim erozivnim eozafagitism razvili RAHS i/ili pogoršanje simptoma kada je prekinuto liječenje IPP-om nakon izlječenja.

UKupno je bilo 287 bolesnika, i svi su bili negativni na Helicobacter pylori. Primali su ili dexlansoprazole MR ili lansoprazole četiri do osam tjedana; tada su bili randomizirani u placebo skupinu ili u razdoblje održavanja bez obzira na to u koje su istraživanje bili uključeni.

Nije bilo znakova RAHS-a po prekidu liječenja. Razine gastrina normalizirale su se u prvih mjesec dana nakon prekida liječenja IPP-om i ostale su niske nakon toga. Isto tako, nije bilo znakova povratka simptoma nakon prekida liječenja.

Kada se eozafagitis vratio, u više od polovice puta bolesnici su imali niži stupanj erozivnog eozafagitisa. Samo je 18% imalo relaps težeg stupnja.

Istraživači zaključuju da nije bilo indikacije da prekid četvero ili osmotjednog liječenja IPP-om ima za posljedicu ovisnost o IPP-u. Međutim, navedeno istraživanje ne

isključuje mogućnost pojave RAHS-a nakon prekida dugotrajnog liječenja IPP-om. Također preporučuju da liječnici prate na dokazima bazirane smjernice AGA-e iz 2008. godine (American Gastroenterological Association), koje navode da se empirijsko liječenje IPP-om smatra prikladnim za započinjanje liječenja bolesnika s nekomplikiranim žgavicom; terapija održavanja prikladna je za bolesnika s erozivnim ezofagitisom.

(Am J Gastroenterol 2011; doi:10.1038/ajg.2011.220)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

Rana plazmafereza učinkovita je za komplikacije E. coli

Prema danskom istraživanju, rana plazmafereza mogla bi biti obećavajuća u liječenju hemolitičko-uremičkog sindroma (HUS) povezanog s proljevom, koji je rijetka no potencijalno fatalna komplikacija infekcije s Escherichijom coli.

To je jedno od prvih istraživanja nakon velikog izbijanja E. coli infekcije ovoga ljeta u Europi, koje je ujedno pružilo autorima i mogućnost ispitivanja barem na nekoliko slučajeva istodobno, s obzirom na to da je bolest rijetka i nije vjerojatno provođenje kontroliranog randomiziranog istraživanja kako bi se ispitale različite mogućnosti liječenja. Autori isto tako navode da je plazmafereza pokušana i ranije, no korist tog postupka i daje je kontroverzna.

U ispitivanje bilo je uključeno 5 bolesnika (4 žene i 1 muškarac u dobi od 44-70 godina) koji su imali simptome HUS-a povezanog s E. coli infekcijom, uključivši enteritis, krvave proljeve, akutnu hemolitičku anemiju, trombocitopeniju, akutno oštećenje bubrega i progresivnu disfunkciju središnjeg živčanog sustava. Bolesnicima je izolirana E. coli serotip 0104:H4 koja je pokazivala visoku rezistenciju na cefalosporine treće generacije. Svim bolesnicima svakodnevno je radena plazmafereza. Nakon liječenja povećani su srednji broj trombocita i stopa glomerularne filtracije, a smanjene su srednje koncentracije laktat dehidrogenaze (LDH). Također je poboljšan neurološki status.

Istraživači su pronašli povezanost između vremena započinjanja liječenja i brzine učinka liječenja. Vremenski interval od početka krvavog proljeva do početka plazmafereze bio je u inverznoj korelaciji s padom koncentracije LDH zamjenom plazme ($p=0,02$).

Svih 5 bolesnika bilo je otpušteno iz bolnice s normalnim neurološkim statusom između 5. i 8. dana nakon započinjanja liječenja.

Zaključak autora je da bi rana plazmafereza mogla ublažiti tijek HUS-a povezanog s proljevom u odraslih bolesnika, no to bi trebalo potvrditi randomiziranim kontroliranim istraživanjem.

(Lancet 2011;378(9796):1089-1093.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

Koliko kardiopulmonalne reanimacije prije defibrilacijskog šoka?

Kako bi ispitali teoriju da će bolje perfundirano srce bolje reagirati na defibrilacijski šok, skupina istraživača provela je klaster-randomizirano istraživanje na 9933 bolesnika s netraumatskim izvanbolničkim zatajenjem srca.

Bolesnici su bili podijeljeni u dvije skupine a kardiopulmonalnu reanimaciju (CPR) pružali su im djelatnici hitne službe (HS) 30-60 sekundi ili 180 sekundi prije defibrilacije i inicijalne analize ritma na EKG-u. Djelatnici HS-a bili su svakih 6 mjeseci podvrgnuti specifičnoj vježbi za istraživanje koja je naglašavala neprekidne kompresije i ventilacije u omjeru 30:2.

Primarni ishod - preživljene do otpusta iz bolnice sa zadovoljavajućom neurološkom funkcijom mjenjom po prilagodenom Rankin skoru - bio je 5,9% u obje skupine. Autori su zaključili da odgadjanje analize srčanog ritma tijekom CPR-a koju pruža HS nije dalo nikakvu prednost. Također, unatoč agresivnom treningu već „visoko funkcionalnih“ djelatnika HS-a, trajanje CPR-a prije prve analize ritma nije bilo unutar zadanog cilja za 36% bolesnika.

Čak i najbolji CPR donosi samo malo normalne srčane funkcije (outputa), što je, kako pokazuju ovo istraživanje, nedovoljno da pripremi srce za defibrilacijski šok. Što prije postizanje normalnog učinkovitog srčanog ritma ostaje jedini najvažniji cilj resuscitacije. Šezdeset i četiri postotna uspješnost zadanog trajanja CPR-a koju primjenjuju djelatnici HS-a pokazuje koliko su u stvarnom životu „neuredne“ stvari tijekom pružanja skrbi za izvanbolničko zatajenje srca. No isto tako ovo istraživanje ne mijenja „mantru“ kad promatrači pružaju CPR - „uvijek stišći rano i često!“. (N Engl J Med. 2011; 365:787.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.



Kirurgija živca frenikusa poboljšava paralizu dijafragme

Standardne tehnike za 'popravak' perifernih živaca također se mogu koristiti za liječenje paralize dijafragme, rezultati su objavljeni u časopisu *Chest Kaufman* i sur. (The Institute of Advanced Reconstruction, Shrewsbury, New Jersey, SAD) kažu da je njihova sposobnost za vraćanje funkcije paraliziranoj dijafragmi važna inovacija u napretku na području pulmonalne medicine i kirurgije. Do sada je većina pulmologa preporučala konzervativnu terapiju, koja je često sinonim za 'neefikasnu terapiju'. Plikacija dijafragme je opcija, dodaju autori, ali to je prilično invazivan postupak s mješovitim kliničkim uspjehom.

Umjesto plikacije dijafragme, autori su rekonstruirali n. frenikus, živac koji inervira dijafragmu, učinivši neurolizu (kirurško oslobođanje priraslica oko živca), odnosno postavljanje 'grafta' živca ako je ozljeda živca bila potpuna i s defektom. Akcesorni n. frenikusi tretirani su na isti način. Autori su jasno pokazali da se - kao i kod uspješne rekonstrukcije ozlijedenih živaca za ruku, nogu ili lice - isto može postići i rekonstrukcijom n. frenikusa kod paralize dijafragme.

Ova studija obuhvaća 12 bolesnika s paralizom hemi-dijafragme refrakterne na konzervativnu terapiju, uz izostanak napretka od najmanje šest mjeseci. Kod dvojice bolesnika bila je paraliza komplikacija anestezio-loške blokade, kod šestoro posljedica operacije, kod dvojice posljedica manipulacije kiropraktičara i kod dvojice vjerojatno posljedica traume. Prosječno trajanje operacije je nešto manje od tri sata, a prosječan boravak u bolnici dva dana. Devet od 10 pacijenata potvrđuju putem obrasca za medicinske ishode SF-36 (36 točaka) poboljšanje respiratorne funkcije (klinički). U osam bolesnika su poboljšanja dijafragmalne funkcije potvrdili i plućni funkcijalni testovi. I fluoroskopski udjajni test nedvosmisleno je pokazao poboljšanje pokretljivosti dijafragme, tvrdi se u izvješću.

Rekonstruktivne tehnike uobičajene su operacije kod perifernih živaca, a rezultati ove male serije pokazuju mogućnost proširenja korištenja tih tehnika i kod kirurškog rješavanja paralize dijafragme, zaključuju autori. Nisu svi slučajevi paralize dijafragme pogodni za kirurško liječenje, ali od onih koji

jesu imaju od više od 80% šanse za uspješno vraćanje funkcije dijafragme.
(Chest 2011;140:191-197.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• U kirurgiji jetre 30-minutni vaskularni okluzijski intervali nemaju lošije posljedice od 15-minutnih

- Kada kirurzi trebaju prekinuti (okludirati) protok krvi kroz jetru, isprekidana (intermitentna) ishemija razdoblja mogu se produžiti na 30 minuta (za razliku od sadašnjih 15 minuta) bez pogoršanja hepatocelularnog oštećenja, rezultati su randomizirane studije objavljene u *Journal of Hepatology*. Ostatna funkcija jetre nije bilo lošija nakon dužeg ishemiskog razdoblja iako se istraživački tim DeJong i sur. (Sveučilišni medicinski centar Maastricht, Maastricht, Nizozemska) koristio posebno osjetljivim markerom oštećenja hepatocita.

Nizozemski istraživači uključili su samo bolesnike kada su kirurzi odlučili intraoperativno da je potreban "Pringle manevr" (potpuni prekid protoka krvi u jetru, što se postiže stezanjem hepatoduodenalnog ligamenta). Intermitentno stezanje omogućuje bolju ostatnu funkciju jetre nego kontinuirano stezanje, ali optimalni ishemski interval nije jasno definiran. Trenutna studija je novitet jer se umjesto alanin i aspartat aminotransferazom za procjenu ostatne funkcije jetre služi osjetljivijim markerom oštećenja jetre naziva 'liver fatty acid-binding protein' (L-FABP).

Randomizirana studija provedena je na 20 bolesnika s 15 ili 30-minutnim ishemiskim intervalima, plus 10 kontrola kod kojih su izvršene slične operacije, ali bez vaskularne okluzije hepatoduodenalnog ligamenta. Svako ishemisko razdoblje nastavljeno je petominutnom reperfuzijom. 26 pacijenata imalo je metastaze u jetri od primarnog karcinoma debelog crijeva. Kumulativno vrijeme ishemije bilo je statistički slično u obje skupine, u prosjeku 34 min u 15-minutnoj skupini (raspon 28 - 105) i 51 min u 30-minutnoj skupini (raspon 30 do 65). Aminotransferaze se nisu značajno razlikovale između skupina niti u jednom trenutku praćenja. L-FABP razina porasla je do 1853 ng/mL u 15-minutnoj skupini i 3662 ng/mL u 30-minutnoj skupini nakon transekcije jetre; razine L-FABP su se od tog trenutka brzo snižavale u obje skupine.

Nije bilo značajne razlike između skupina u kumulativnoj L-FABP razini ili L-FABP razini u bilo kojem trenutku praćenja, navode autori. Nije bilo nikakve razlike ni u postoperativnom tijeku - potrebon za transfuzijama, ostatnom funkcijom jetre i velikih komplikacija - između skupina s intermitentom okluzijom i kontrolnom skupinom.

Istraživači ističu da iako meta-analiza iz 2008. godine nije pokazala definitivnu prednost bilo kojeg oblika okluzije portalne trijade (Pringle manevr) u smislu postoperativnih ishoda, intermitentni Pringle manevr bi trebao biti rezerviran za složene resekcije kod kojih se očekuje veći gubitak krvi.
(*J Hepatol* 2011;55:337-45.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• Odgađanje operacije kuka zbog komorbiditeta pogoršava ishod liječenja

- Kod bolesnika s prijelomom kuka objašnjava se povezanost između odgodene operacije i loših ishoda najčešće medicinskim razlozima odgode operacije, rezultati su prospektivne cohortne studije objavljene u časopisu *Annals of Internal Medicine*. Klinički učinak odgode kirurškog zahvata u starijih bolesnika s prijelomom kuka je kontroverzan, tvrde *Vidan* i sur. (bolnica General Universitario Gregorio Maranon, Madrid, Španjolska). Nepodudarnosti između rezultata studije mogu biti zbog pobranih ishoda koji su uzrokovani odgodom operacije ili diferencijalnim učinkom s obzirom na rizik analizirane podskupine.

Cilj je istraživanja bio usporediti utjecaj kirurške odgode na hospitalni ishod u bolesnika s prijelomom kuka zbog različitih uzroka. Istraživači su proučavali vrijeme operacije, razloge kirurške odgode, hospitalni mortalitet i rizik za komplikacije među 2250 uzastopnih starijih bolesnika primljenih u spomenuto bolnicu. Srednje vrijeme do operacije iznosilo je 72 sata, uz kašnjenje od više od 48 sati uglavnom uzrokovano nedostatkom slobodne operacijske sale (60,7%) i akutnim zdravstvenim problemima (33,1%). U cjelokupnoj cohorti bolesnika hospitalni morbiditet iznosio je 4,35%, a stopa komplikacija 45,9%. Među 'klinički nestabilnim' bolesnicima bile su ove stope više i iznosile su 13,7% i 74,2%. Smrtnost kao i stope medicinskih komplikacija veće su kod bolesnika s dužom odgodom operacije. Kada se analiziraju dob, demencija, kronični medicinski

komorbiditeti i funkcionalnost, a odgoda operacije do 120 sati ne utječe na porast smrtnosti i stope medicinskih komplikacija, ali kod odgode duže od 120 sati razlike su signifikantne ($P = 0,002$ za smrtnost i $P = 0,002$ za komplikacije).

Nakon analize akutnih zdravstvenih stanja kao uzroka odgode operacije, promatrani rizici su smanjeni ($P = 0,06$ za smrtnost i $P = 0,31$ na medicinske komplikacije), ali rizik za infekcije mokraćnog sustava se povećao (omjer 1,54; 95% interval pouzdanosti 0,99-2,44). Nije bilo značajnog utjecaja odgode s obzirom na dob, demenciju i funkcionalni status.

Ograničenja ove studije uključuju opservacijski tip studije s mogućnošću prisutanosti (bias), uključenost samo jednog centra u studiju kao i nedostatak praćenja nakon otpusta iz bolnice. Rana operacija čini se da je pristup izbora za starije bolesnike s prijelomom kuka koji nemaju medicinske kontraindikacije, ali optimalno vrijeme operacije u onih s kliničkim nestabilnostima ključno je pitanje koje se treba utvrditi, zaključuju autori studije.

U popratnom uvodniku, Hung (James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York, SAD) i Morrison (Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, SAD) opisuju 5 kritičnih elemenata koje bi trebalo analizirati preoperativno ili perioperativno radi poboljšanje ishoda. Kao što se zdravstvena reforma u SAD-u kreće prema novom načinu plaćanja usluga, mjerljivoj organizaciji skrbi i medicinskih domova, dioničari moraju uskladiti sustave zdravstvene zaštite i poticaja kako bi se povećao unos i koordinacija tih komponenti skrbi temeljene na dokazima.

Starenje stanovništva SAD-a zahitjava zdravstveni sustav koji može upravljati s više aspekata skrbi na više postavki i usluga. U tom kontekstu može prijelom kuka poslužiti kao model za ispitivanje kako zdravstveni sustav SAD-a djeluje u pružanju i koordinaciji osnovnih komponenata skrbi.
(*Ann Intern Med*. 2011;155:226-233, 267-268.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Prevalencija sindroma bolnog mokraćnog mjeđura/intersticijskog cistitisa među ženama u SAD-u

• Sindrom bolnog mokraćnog mjeđura/intersticijski cistitis (engl. bladder pain syndrome/interstitial cystitis, BPS/IC) klinično je stanje nepoznate etiologije karakterizirano simptomima boli za koje se smatra da proizlaze od mokraćnog mjeđura uz simptome pojačanog nagona na mokrenje i učestalo mokrenje. Neke bolesnice ne navode bolove već osjećaj pritiska ili nelagode (Bogart i sur., 2007). Prevaga je u žena u odnosu na muškarce preko 5 : 1. Simptomi tipično osciliraju s obzirom na težinu i rijetko kada posve nestaju (Propert i sur., 2000). Mnogobrojne teoretske postavke pokušavaju objasniti etiologiju toga stanja, ali eksperimentalne studije nisu pružile nalaze koji se mogu ponoviti, a liječenje uglavnom nije učinkovito (Dmitrakov i sur., 2007). Cistoskopski nalaz je nespecifičan i ne postoji objektivan test koji bi potvrdio dijagnozu, stoga se klinička dijagnoza BPS/IC bazira na bolesnikovim simptomima.

Studija Berry i sur. RAND korporacije iz Santa Monice u Kaliforniji je ispitala 146 231 kućanstvo u kojima je bila 131 691 odrasla žena. Od tog broja je u 32 474 odraslih žena imalo simptome mokraćnog mjeđura, a njih 12 752 je ispunilo upitnik. Bazirano na definiciji visoke osjetljivosti, 6,53% je ispunilo kriterije (95% CI 6,28 do 6,79), a s obzirom na definiciju visoke specifičnosti kriterije je ispunilo 2,70% (95% CI 2,53 do 2,86).

Prema tome, u SAD-u 3,3 do 7,9 milijuna žena starijih od 18 godina ima BPS/IC.
(J Urol 2011;186:540-4.)

Znanstveni savjetnik
Silvio Altarac, spec. urolog

Abnormalna glikozilacija Tamm-Horsfallovog proteina u intersticijskom cistitisu

• Tamm-Horsfallov protein (poznat i pod nazivom uromodulin) stvara se u bubregu i osloboda se putem mokraće. Radi se o imunosupresivnom glikoproteinu težine 85 kilo Daltona koji ima otprilike 30% komponentu šećera i osam mogućih N-glikosilacijskih mesta (Van Rooijen i sur., 1999). Prevenira uroinfekt (Bates i sur., 2004) i ima ulogu u sprečavanju stvaranja kamenaca od kalcijeva oksalata (Hallson i sur., 1997). Tamm-Horsfallov protein ima zaštitnu ulogu time što se veže na potencijalno štetne tvari (npr. kationski protamin sulfat) i time sprečava njihovo štetno djelovanje na urotel mokraćnog mjeđura (Stein i sur., 2005). Zaštitna uloga Tamm-Horsfallovog proteina ovisi o prisutnosti sijalične kiseline (Parsons i sur., 2007).

Parsons i sur. sa Sveučilišta u Kaliforniji u San Diegu su precipitacijom soli izolirali Tamm-Horsfallov protein i odredili ga kromatografski u mokraći 48 bolesnika s intersticijskim cistitism i u 41 kontroli. U bolesnika s intersticijskim cistitism nije postojala razlika Tamm-Horsfallovog proteina u omjeru proteina u odnosu na kreatinin (49,12 vs 46,4 mg/gm, p=0,26). Sadržaj sijalične kiseline (67 vs 77 nmol/mg, p=0,025) i ukupnih monosaharida (590,9 vs 680,6 nmol/mg, p=0,003) bila je značajno snižena kod intersticijskog cistitisa. Spektrofotometrijski profil 2-amino-benzamid N-glikana bio je za 45% snižen u intersticijskom cistitisu.

Sve to upućuje na abnormalnu glikozilaciju Tamm-Horsfallovog proteina, koji kao zaštitna makromolekula ima bitnu ulogu u patofiziologiji intersticijskog cistitisa. Time urotel mokraćnog mjeđura postaje propusan i disfunkcionalan, omogućujući kationima kalija prodor kroz stjenku i depolarizaciju subepitelnih živaca i mišića.
(J Urol 2011;186:112-6.)

Znanstveni savjetnik
Silvio Altarac, spec. urolog

Anatomsko i funkcionalno ispitivanje mozga u sindromu kroničnog prostatitisa/kronične bolnosti zdjelice

• Patofiziološki sindrom kroničnog prostatitisa/kronične bolnosti zdjelice (engl. chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/CPPS) uključuje lokalnu upalu, endokrino-poremećaj, nepravilnost djelovanja mišića dna zdjelice i poremećaj mokrenja.

Kronični bolovi ovise o tome kako i gdje su bolovi „obradeni“ u mozgu. Funkcionalna magnetska rezonanca omogućuje anatomsku i funkcionalnu analizu dijelova mozga u slučaju muskuloskeletalnih i neuropatskih bolova zbog kronične križobolje, postherpetične neuralgije, sindroma regionalnih bolova i kod osteoartritisa koljena (Apkarian i sur., 2009).

Farmer i sur. s Northwestern sveučilišta u Chicagu pratili su moždanu aktivnost sive tvari (trupova živčanih stanica) i bijele tvari (traktusi aksona) kod spontanih bolova u zdjelici u 19 bolesnika s CP/CPPS i 16 zdravih osoba približne dobi u kontrolnoj skupini. Spontane bolove u zdjelici karakterizira funkcionalna aktivnost desne prednje inzule mozga s korelacijom prema intenzitetu bolova.

U budućim studijama bit će potreban veći uzorak i pažljiva klinička fenotipizacija radi utvrđivanja detaljnijeg anatomskog i funkcionalnog profila u bolesnika s CP/CPPS-om, kao i odgovor na pitanje uzrokuju li te promjene progresiju bolesti.
(J Urol 2011;186:117-24.)

Znanstveni savjetnik
Silvio Altarac, spec. urolog

• Meta-analiza terapijskih mogućnosti sindroma kruničnog prostatitisa/krunične zdjelične bolnosti pokazala je najbolji učinak kombinacije alfa-blokatora i antibiotika

• Sindrom kruničnog prostatitisa/krunične bolnosti zdjelice (engl. chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/CPPS) često je stanje, studije su proturječne, a terapijske mogućnosti kontroverzne i ograničene. *Anothaisintawee* i sur. sa Sveučilišta Mahidol u Bangkoku, Thailand, proveli su meta-analizu terapijskih mogućnosti CP/CPPS-a alfa-blokatorima, antibioticima, protuupalnim i drugim preparatima (fitoterapijom, glikozaminoglikanima, finasteridom i neuromodulatorima) u odnosu na placebo. Proveli su sustavni pregled MEDLINE od 1949. i EMBASE od 1974. do zaključno 16. studenog 2010. godine korištenjem tražilica PubMed i Ovid. Od 262 pronađene studije njih 23 je analizirano.

Alfa-blokatori su u usporedbi s placebom značajno poboljšali ukupni NIH simptom-skor (-1,7; raspon -2,8 do 0,6), bolove (-1,1; raspon -1,8 do 0,3), mokrenje (-1,4; raspon -2,3 do 0,5) i kvalitetu života (-1,0; raspon -1,8 do 0,2). Antibiotici su povoljno djelovali sniženjem ukupnog simptom-skora (-9,8; raspon -15,1 do -4,6), ublažavanjem bola (-4,4; raspon -7,0 do -1,9), poboljšavanjem mokrenja (-2,8; raspon -4,1 do -1,6) i kvalitete života (-1,9; raspon -3,6 do -0,2).

Kombinacijom alfa-blokatora i antibiotika postignuto je najveće poboljšanje u usporedbi s placebom: NIH-indeksa tegoba (-13,8; raspon -17,5 do -10,2), bola zdjelične lokalizacije (-5,7; raspon -7,8 do -3,6), pojačanje mlaza mokrenja (-3,7; raspon -5,2 do -2,1) i poboljšanje kvalitete života (-2,8; raspon -4,7 do -0,9).

Prema tome, najveće poboljšanje kliničkih simptoma CP/CPPS-a postiže se alfa-blokatorima, antibioticima i, naročito, njihovom kombinacijom.

(JAMA 2011;305(1):78-86.)

Znanstveni savjetnik
Silvio Altarac, spec. urolog

• Treba li operirati mijelomeningocele prije rođenja?

• Adzick iz Dječje bolnice u Philadelphia, kao i drugi članovi Radne skupine za liječenje mijelomeningocele (engl. Management of Myelomeningocele Study Group), usporedivali su prospektivnom randomiziranom studijom rezultate operacije mijelomeningocele in utero prije 26. tjedna gestacije sa „standardnom“ operacijom poslije rođenja djeteta. Praćena je fetalna i neonatalna smrtnost, kao i potreba za postavljanje šanta za cerebrospinalnu tekućinu u dobi od 12 mjeseci. Također su praćeni mentalni razvoj i motorička funkcija s 30 mjeseci.

Zbog očite učinkovitosti prenatalne operacije studija je prekinuta nakon randomizacije 183 bolesnika (od planiranih 200). Ukupno je evaluirano 158 djece s 12 mjesecima. Primarni rezultat bio je 68% djece s prenatalnim zahvatom u odnosu na 98% s postnatalnim zahvatom (relativni rizik 0,48; 97,7% CI, 0,36-0,64; P manje od 0,001). Prenatalno učinjen kirurški zahvat je statistički značajno ($P=0,007$) poboljšao mentalni razvoj i motoričku funkciju djeteta u dobi od 30 mjeseci. Ipak, prenatalni zahvat povećava rizik prijevenog poroda, kao i pojavu dehiscence maternice kod poroda.

Prenatalna operacija mijelomeningocele (kao najčešćeg oblika spine bifide) smanjuje potrebu za šantom i povezana je s boljom neurološkom i motoričkom funkcijom (praćenom u dječoj dobi od 30 mjeseci), ali je veći rizik kako za majku, tako i za dijete.

(N Engl J Med 2011;364(11):993-1004.)

Znanstveni savjetnik
Silvio Altarac, spec. urolog

• Identifikacija slabog i prekomjernog odgovora na stimuliranje ovulacije prije prvog IVF/ICSI postupka

• Ovarijska stimulacija nosi rizik kako od slabe, tako i od prekomjerne reakcije pacijentice. U cilju razvoja prognostičkog modela kojim bi se mogao predviđeti odgovor pacijentice na stimuliranje ovulacije,

analizirani su prospektivno prikupljeni podaci o 276 prvih IVF/ICSI ciklusa tijekom kojih je ovulacija stimulirana s 150 IU rekombinantnog FSH-a u dugom agonističkom protokolu.

Uključene su pacijentice mlade od 40 godina s dva jajnika, sa spontanim, regularnim menstrualnim ciklusom trajanja 21-35 dana s intra-individualnom razlikom od ± 3 dana i bazalnim $FSH \leq 12,5$ IU/L. Slab odgovor je definiran kao ≤ 7 folikula ≤ 11 mm na dan ordiniranja korionskog gonadotropina (HCG-a), dok je granica za prekomjerni odgovor postavljena na 20 jajnih stanica. Od ukupnog broja prosječne dobi $32,6 \pm 3,5$ godine, slabo je reagiralo 12%, a prekomjerno 32% pacijentica. Prosječan broj folikula ≤ 11 mm na dan HCG-a bio je $16,8 \pm 8,5$ (raspon 1-53), a prosječan broj aspiriranih oocita $10,7 \pm 5,1$ (raspon 0-27). Istraživane varijable bile su dob pacijentice, dužina menstrualnog ciklusa (MCL), težina i indeks tjelesne mase (BMI), volumen jajnika, broj antralnih folikula (AFC) i bazalna razina FSH-a.

Kompleksna statistička analiza je pokazala da su u najbolji prognostički model za slab odgovor uključeni AFC i dob, a za prekomjerni odgovor - AFC i MCL. Iz dijagrama rizika može se zaključiti da je rizik slabog odgovora za 30-godišnju pacijenticu s AFC=5 oko 50% dok će 38-godišnja pacijentica s istim AFC-om imati gotovo 90%-tni rizik. Mlade pacijentice s dužim ciklusima imaju najveći rizik za prekomjernu reakciju na stimuliranje ovulacije. Ovi dijagrami mogu poslužiti kliničarima kako za procjenu rizika od stimuliranja ovulacije, tako i za procjenu individualne doze za pojedinu pacijenticu.

(Reproductive Biomedicine Online. 2011; 22: 50-58.)

Miro Šimun Alebić, dr. med.

• Prvi napad psihoze koji se događa u postpartalnom razdoblju

• U broju od kolovoza časopisa *Journal of Clinical Psychiatry* objavljena je prospektivna studija kolega Berginka i suradnika provedena od 2005. do 2009. godine, kojom su pokušali karakterizirati kohortu pacijentica u kojih je prva psihotična epizoda u životu uočena upravo post partalno. Autori su u studiju uključili 51 pacijenticu, koje su primljene na opservaciju zbog postpartalne psihoze. Kao kontrolna skupina poslužila je skupina od 6969 ispitanica iz opće populacije. Sve su pacijentice primale adekvatno liječenje sastavljeno od benzodiazepina, antipsihotika i litija. Sve su ispunile upitnik i sakupljeni su

iscrpnji podaci o opstetričkoj anamnezi, tijeku trudnoće i porođaja, dojenju, novorodenočkom ishodu i prvim simptomima bolesti. Klinička remisija definirana je kao odsutnost psihotičnih, maničnih i depresivnih simptoma u trajanju od najmanje tjedan dana. Mjera preliminarnog rezultata liječenja bila je skala globalnih kliničkih impresija i ozbiljnosti bolesti. Analiza rezultata pokazala je kako su žene s postpartalnom psihozom u usporedbi s uzorkom iz opće populacije češće bile primipare, ali nije bilo statistički značajnih razlika u načinu porođaja, dojenju i čimbenicima rizika koji se odnose na novorođenče. Srednje vrijeme razvijanja psihijatrijske simptomatologije post partum iznosilo je 8 dana (5-14), a srednje vrijeme trajanja takve epizode bilo je 40 dana (23-69). Za pacijentice s istaknutim depresivnim simptomima tipičan je kasniji početak psihoze i duže trajanje psihotične epizode u usporedbi s pacijenticama bez depresivnih simptoma. Psihotični simptomi nisu bili u skladu s raspoloženjem u oko 64,7% pacijentica.

U zaključku, autori navode kako za razliku od drugih nalaza povezanih s postpartalnom psihozom u bipolarnih pacijentica, u ovom slučaju nisu identificirani uzročno povezani razlozi psihoze s načinom porođaja, dojenjem i novorođenačkim ishodom.

Rezultati ove studije ukazuju na kasniji početak bolesti koji često nije u skladu s raspoloženjem pacijentice, za razliku od pacijentica s prethodno dijagnosticiranim

bipolarnim poremećajem. Autori sugeriraju kako žene s psihozom koja započinje postpartalno vjerojatno imaju stanovit rizičan profil i fenomenologiju bolesti.

(Bergink V, Lambregtse-van den Berg MP, Koorengevel KM, Kupka R, Kushner SA. J Clin Psych 2011)

Ingrid Marton, dr.med.

● Ultrazvučni markeri za procjenu rizika od spontanog pobačaja

• Ugledni i visoko indeksirani ginekološki časopis *Fertility Sterility* objavio je radnici je ideja pokušaj identifikacije ranih ultrazvučnih markera u svrhu predikcije povoljnog ishoda trudnoće. Studija **Baea** i suradnika dizajnirana je kao retrospektivna studija slučajeva i kontrola. U studiju je uključena 1051 pacijentica liječene zbog primarnog steriliteta, a koje su zanijele nakon nekih od postupaka asistirane reprodukcije. Prvim ultrazvučnim pregledom utvrđivala se veličina gestacijske vreće, žumanjčane vreće i prisutnost srčane akcije. Rana detekcija srčane akcije je u 90,5% slučajeva bila prediktivna za uspješno razvijanje trudnoće, a promjer gestacijske vreće ≥ 12 mm u 91,9% slučajeva. Rezultati studije pokazali su kako je promjer gestacijske vreće <8 mm bio statistički značajno povezan s

povećanom učestalošću od pobačaja, i to u 85,3% slučajeva. Veličina žumanjčane veće također je od iznimne važnosti; tako su, prema analiziranim podacima, žumanjčane vreće promjera <2 mm povezane s 20%-tom uspješnošću trudnoća, žumanjčane vreće promjera 2-6 mm s uspješnošću od 89,2%, a promjera >6 mm s 20%. Kao povoljni ishodi trudnoća smatrane su se one trudnoće dosegnute gestacijske dobi više od 20 tjedana.

Autori su analizirani tri ultrazvučna markera u ranoj trudnoći, točnije između 33. i 36. postkonceptijskog dana. Analizirani markeri bili su: promjer gestacijske i žumanjčane vreće i prisutnost srčane akcije embrija. Promjer gestacijske vreće ≤ 12 mm, žumanjčane vreće 2-6 mm i prisutnost srčane akcije embrija smatraju se povoljnim markerima za procjenu povoljnog ishoda trudnoće.

Povoljan ultrazvučni nalaz svih triju markera u 94% slučajeva povezan je s pozitivnim ishodom trudnoće.

(Bae S, Kamitis J, Fertility Sterility 2011)

Ingrid Marton, dr. med.

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

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

Sedić M, Kraljević Pavelić S, Cindrić M, Vissers JP, Peronja M, Josić D, Ćuk M, Fumić K, Pavelić K, Barić I. Plasma biomarker identification in S-adenosylhomocysteine hydrolase deficiency. *Electrophoresis*. 2011;32:1970-5.

Department of Biotechnology, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.

46

Ilić S, Drmić D, Franjić S, Kolenc D, Čorić M, Brčić L, Kliček R, Radić B, Sever M, Djuzel V, Filipović M, Djaković Z, Stambolić V, Blagaić AB, Zorić I, Gjurašin M, Stupnišek M, Romic Z, Žarković K, Džidić S, Seiwerth S, Sikirić P. Pentadecapeptide BPC 157 and its effects on a NSAID toxicity model: diclofenac-induced gastrointestinal, liver, and encephalopathy lesions. *Life Sci.* 2011;88:535-42.

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

Chi J, Ballabio E, Chen XH, Kušec R*, Taylor S, Hay D, Tramonti D, Saunders NJ, Littlewood T, Pezzella F, Boultwood J, Wainscoat JS, Hatton CS, Lawrie CH. MicroRNA expression in multiple myeloma is associated with genetic subtype, isotype and survival. *Biol Direct.* 2011;6:23.

Department of Laboratory Diagnostics, Dubrava University Hospital, Dubrava, Croatia

Gašo-Šokac D, Kovač S, Clifton J, Josić D. Therapeutic plasma proteins - application of proteomics in process optimization, validation, and analysis of the final product. *Electrophoresis*. 2011;32:1104-17.

Department of Chemistry, J. J. Strossmayer University, Osijek, Croatia.

Šantić M, Ozanić M, Semić V, Pavoković G, Mrvčić V, Kwaik YA. Intra-vacuolar Proliferation of *F. novicida* within *H. vermiciformis*. *Front Microbiol.* 2011;2:78.

Department of Microbiology and Parasitology, Rijeka University School of Medicine, Rijeka, Croatia.

Što misle pacijenti o farmaceutskim tvrtkama u Hrvatskoj, Sloveniji i Srbiji

**Istraživanje GfK-a:
tri četvrtine ih smatra da se ne bi
smjele bogatiti na račun bolesnih**

Borka Cafuk

- Pedeset posto ispitanika iz Hrvatske i Slovenije te 60 posto ispitanika iz Srbije smatra da farmaceutske tvrtke gledaju samo svoju korist, jedan je od rezultata istraživanja GfK Centra za istraživanje tržišta o stavovima građana prema farmaceutskim tvrtkama, koje je provedeno u lipnju i srpnju ove godine anketom u kućanstvima u Hrvatskoj i Srbiji te online anketom u Sloveniji na uzorku od ukupno 3000 ispitanika (po tisuću u svakoj zemlji).

U Sloveniji su ispitanici kritičniji prema farmaceutskim tvrtkama, a u Hrvatskoj i Srbiji stav je vrlo sličan glede povjerenja prema farmaceutskim tvrtkama, liječnicima i lijekovima.

Primjerice, 50 posto ispitanika u Hrvatskoj i Srbiji vjeruje da većina farmaceutskih tvrtki poštaje stroge etičke i zakonske propise, dok ih u Sloveniji u to vjeruje samo 30 posto. Nadalje, dok 60 posto ispitanika iz Hrvatske i Srbije smatra da su farmaceutske tvrtke učinile više dobrog no lošeg, u to vjeruje samo 40 posto ispitanika iz Slovenije.

No, u sve tri zemlje tri četvrtine ispitanika smatra da nije u redu da se farmaceutske tvrtke bogate na račun bolesnih, a čak ih 55 posto smatra da su farmaceutske tvrtke, vodene uglavnom profitom, u stanju dovesti u opasnost milijune ljudi. Zanimljiv je i stav oko 15 posto ispitanika u sve tri zemlje da bi svijet bio bolji kad farmaceutska industrija ne bi postojala.

Svaki drugi ispitanik iz Hrvatske i Srbije, te svaki treći ispitanik iz Slovenije drže



da su većina lijekova otrovi koje je nužno izbjegavati. Liječnicima pak najviše vjeruju ispitanici iz Hrvatske (66 posto), nešto manje ispitanici iz Srbije (61 posto), a najmanje iz Slovenije (50 posto).

Hrvatski ispitanici:
Liječnicima najviše vjeruju stariji od 65 godina, umirovljenici, kućanice, Slavonci i Ličani

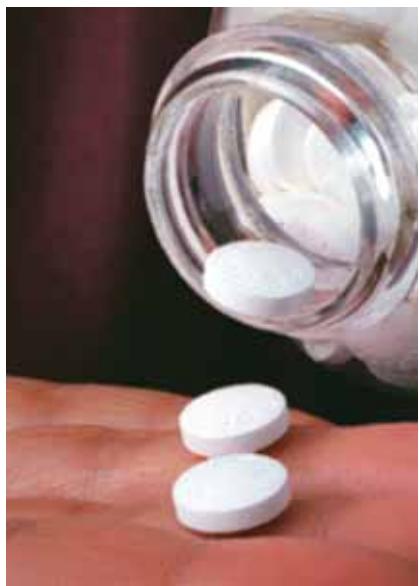
Prema rezultatima istraživanja među ispitanicima iz Hrvatske više povjerenja u farmaceutske tvrtke imaju Slavonci, žitelji manjih naselja, starije osobe, umirovljenici, kućanice i NKV radnici. Prema farmaceutskim tvrtkama su najkritičniji Dalmatinци, Istrani, Primorci, žitelji velikih gradova te privatni poduzetnici i službenici.

Rezultati istraživanja GfK-a (postotak onih koji su izabrali ocjene 4 i 5 na skali 1-5)

U kojoj se mjeri slažete sa sljedećim tvrdnjama?

	HR	SLO	SRB
Farmaceutska industrija generalno misli samo na svoju korist	54	53	64
Domaćim farmaceutskim tvrtkama vjerujem više nego stranima	49	30	48
Vjerujem da većina farmaceutskih tvrtki poštaje stroge etičke i zakonske propise	49	28	47
Većina lijekova su otrovi koje treba izbjegavati	46	30	46
Lijekovi koje nam liječnici propisuju više su korisni nego štetni	50	44	57
Lijekovi stranih farmaceutskih tvrtki kvalitetniji su od domaćih	22	8	34
Ne zamaram se time je li je lijek originalan ili kopija jer vjerujem preporuci svog liječnika	53	39	45
Dajem prednost lijekovima koji su originalni	57	52	55
Farmaceutske tvrtke vrše pritisak na liječnike da propisuju više lijekova nego je potrebno	46	61	52
Bez obzira na farmaceutske tvrtke, moj liječnik radi ono što je najbolje za pacijente	70	48	63
Da nema farmaceutskih tvrtki ljudi bi umirali od izlječivih bolesti	71	59	71
Nemoralno je da se farmaceutske tvrtke bogate na račun bolesnih	71	76	75
Vodene uglavnom profitom, farmaceutske tvrtke su u stanju ugroziti milijune ljudi	53	57	58
Kada se sve uzme u obzir, farmaceutske tvrtke su napravile u svijetu više dobrog nego lošeg	63	41	61
Svijet bi bio bolji da nema farmaceutske industrije	12	15	16

anketa



Domaćim farmaceutskim tvrtkama više vjeruju ispitanici u dobi između 15 i 19 godina i stariji od 60 godina. Također, ispitanici stariji od 65 godina vjeruju da su liječnici neovisni od farmaceutskih tvrtki, no oko 50 posto ih vjeruje da farmaceutske tvrtke rade pritisak na liječnike da propisuju više lijekova no što je to doista potrebno. Lijećnicima najviše vjeruju stariji od 65 godina, umirovljenici, kućanice, Slavonci i Ličani.

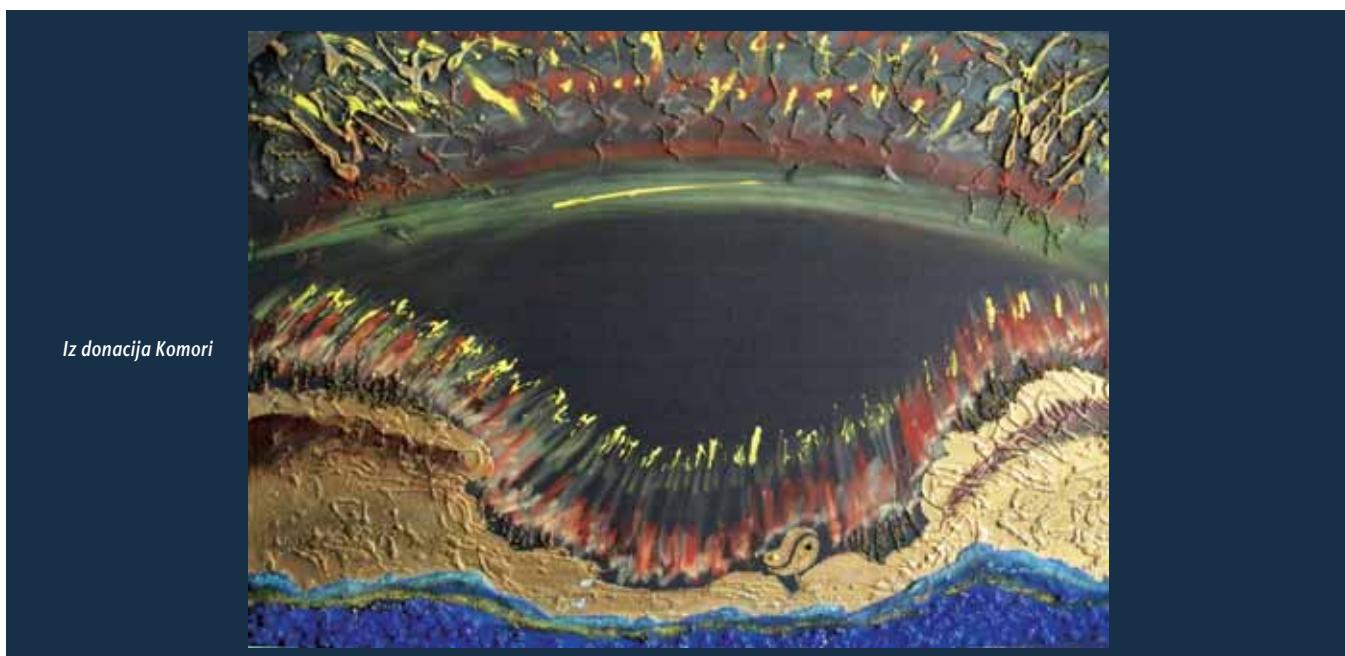
Hrvatski ispitanici procjenjuju da mjesečno prosječno potroše 78 kuna na lijekove, a najviše na lijekove troše umirovljenici, kućanice, NKV radnici, službenici i osobe s niskim osobnim prihodima od 1.200-3.500 kuna. U Hrvatskoj se, pokazuju rezultati istraživanja, na lijekove najviše troši u Dalmaciji, na selu te u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osišku.

.....

Rezultati istraživanja GfK-a (prosječne ocjene na skali 1-5)

U kojoj se mjeri slažete sa sljedećim tvrdnjama?

	HR	SLO	SRB
Farmaceutska industrija generalno misli samo na svoju korist	3,6	3,6	3,8
Domaćim farmaceutskim tvrtkama vjerujem više nego stranim	3,4	3	3,5
Vjerujem da većina farmaceutskih tvrtki poštuje stroge etičke i zakonske propise	3,4	2,9	3,4
Većina lijekova su otrovi koje treba izbjegavati	3,4	3	3,3
Lijekovi koje nam liječnici propisuju su više korisni nego štetni	3,4	3,3	3,7
Lijekovi stranih farmaceutskih tvrtki su kvalitetniji od domaćih	2,8	2,3	3,1
Ne zamaram se time je li je lijek originalan ili kopija jer vjerujem preporuci svog liječnika	3,5	3,1	3,4
Dajem prednost lijekovima koji su originalni	3,6	3,5	3,7
Farmaceutske tvrtke vrše pritisak na liječnike da propisuju više lijekova nego je potrebno Bez obzira na farmaceutske tvrtke, moj liječnik radi ono što je najbolje za pacijente	3,4	3,7	3,5
Da nema farmaceutskih tvrtki ljudi bi umirali od izlječivih bolesti	4	3,7	4
Nemoralno je da se farmaceutske tvrtke bogate na račun bolesnih	4,1	4,1	4,2
Vođene uglavnom profitom, farmaceutske tvrtke su u stanju ugroziti milijune ljudi	3,6	3,9	3,6
Kad se sve uzme u obzir, farmaceutske tvrtke su napravile u svijetu više dobrog nego lošeg	3,7	3,3	3,7
Svijet bi bio bolji da nema farmaceutske industrije	2,2	2,4	2,3



- **Cochrane knjižnica objavljuje**
 - **sustavne pregledne članke koji**
 - **se bave procjenom djelotvornosti**
 - **intervencija u medicini.**
- Na mrežnoj stranici
www.thecochranelibrary.org mogu se pretraživati sažetci. Pristup punim tekstovima
- Cochrane članaka u Hrvatskoj osigurava Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa korisnicima iz biomedicinskog konzorcija na mrežnoj stranici Centra za online baze podataka:
- www.online-baze.hr, gdje je potrebno kliknuti na pretraživačko sučelje Ovid SP, unutar kojeg se nalazi poveznica na Cochrane Database of Systematic Reviews. Kad u tražilici ove baze pronadete članak koji vas zanima, punom tekstu pristupate preko poveznice EBM Topic Review.

Doc. dr. Livia Puljak,
Medicinski fakultet u Splitu
livia@mefst.hr

Smanjenje soli u prehrani za sprječavanje srčano-žilnih bolesti

Scenarij

50

• U ordinaciju vam dolazi naporan pacijent „sveznalica“ koji redovito čita svakakuću medicinsku i pseudo-medicinsku literaturu i stalno propituje vaše odluke. Upozorili ste ga na neregulirani krvni tlak, nezdravu prehranu i potrebu da smanji unos soli u hrani, jer će u protivnom kraće živjeti.

Pacijent vam na to odgovara da je pročitao da nema dovoljno dokaza za učinkovitost smanjenja soli u prehrani na smrtnost od srčano-žilnih bolesti.

Pitanje

Je li smanjenje soli u prehrani uistinu učinkovito za sprječavanje srčano-žilnih bolesti i s njima povezane smrtnosti?

Kontekst

Procjena iz 2002. glasi da gotovo 17 milijuna smrti širom svijeta nastaje zbog srčano-žilnih bolesti. Podatke o pobolu je teže prikupiti jer ima mnogo mjera srčano-žilnog pobola. Međutim, 2002. je procijenjeno da je preko 34 milijuna godina života izgubljeno zbog srčano-žilnih bolesti u Europi.

Trenutne javno-zdravstvene preporuke u većini razvijenih zemalja predlažu smanjenje unosa soli u hrani za polovicu od uobičajenih 10-5 g/dan. Podaci iz opažajnih studija pokazuju da je visoka količina soli u hrani važan čimbenik rizika za srčano-žilne bolesti.

Ovo je potvrđeno nedavnim sustavnim pregledom i meta-analizom 13 prospektivnih studija koja je uključila 177 000 ispitanika. Visok unos soli u hrani povezan je s većim rizikom od srčanog udara. Međutim, tumačenje ovih opažanja komplikira heterogenost u procjeni količine soli (u hrani ili sekrecijom u urinu), tipu ispitanika (zdravi, hipertenzivni, pretili), različitim duljinama mjeđenja ishoda i definiciji mjera ishoda.

Povezanost unosa soli i krvnog tlaka temelj je vjerovanja da će ograničenje količine soli koja se unosi hranom spriječiti srčano-žilne poremećaje povezane s krvnim tlakom. Učinjen je niz meta-analiza randomiziranih kontroliranih pokusa na temu ograničenja soli i krvnog tlaka. I dok ove analize konzistentno izvješćuju o smanjenju razine krvnog tlaka nakon smanjenja unosa soli, razina smanjenja krvnog tlaka je dugoročno manje impresivna.

U Cochrane sustavnom preglednom članku iz 2004. godine, koji je uključivao studije u kojima je intervencija ograničenja soli trajala barem 6 mjeseci, pokazalo se da se krvni tlak smanjuje nakon 13-60 mjeseci, ali vrlo umjereno (sistolički tlak za 1,1 mmHg, a dijastolički za 0,6 mmHg). Smanjenje krvnog tlaka bilo je veće za ljudе s većim krvnim tlakom.

Smanjenje krvnog tlaka važno je jedino ako će rezultirati smanjenjem srčano-žilnih incidenta. Trajno smanjenje krvnog tlaka od 2-3 mmHg nužno je za smanjenje srčano-žilnih incidenta u populaciji.

Zbog svih ovih dilema, Taylor i suradnici su 2011. objavili obnovljeni Cochrane sustavni pregled čiji je cilj bio procijeniti dugoročne učinke smanjenja soli u prehrani na smrtnost i pobol od srčano-žilnih bolesti te istražiti je li smanjenje krvnog tlaka čimbenik koji može objasniti učinak ovakve prehrabene intervencije na smrtnost i srčano-žilne ishode.

Rezultati

Sedam studija, sa 6489 ispitanika, odgovaralo je kriterijima uključenja - tri u skupini normotenzivnih pacijenata, dvije u skupini hipertenzivnih, jedna s miješanom populacijom normo- i hipertenzivnih i jedna u pacijenata sa zatajenjem srca. Rezultati su pokazali da intenzivna potpora i ohrabrenja za smanjenje soli u prehrani uistinu dovode do smanjenja unosa soli i malog smanjenja vrijednosti krvnoga tlaka nakon više od 6 mjeseci.

Relativni rizik i ukupna smrtnost u normotenzivnih i hipertenzivnih pacijenata nisu ukazivali na jake dokaze za bilo kakav učinak smanjenja soli. Srčano-žilni pobol u osoba s normalnim krvnim tlakom ili povišenim krvnim tlakom na početku istraživanja također nije pokazao značajan pozitivan učinak smanjenja soli. Međutim, uočeno je da smanjenje soli povećava rizik od ukupne smrtnosti u pacijenata s kongestivnim srčanim zatajenjem.

Zaključak autora

Nema dovoljno informacija da bi se razumio učinak smanjenja soli na smrtnost od srčano-žilnih bolesti. Potrebna su dodatna istraživanja da bi se potvrdio ovaj zaključak, kao i nalaz da smanjenje soli može povećati smrtnost osoba sa zatajenjem srca.

Odgovor na pitanje

Vaš naporni pacijent je u pravu. Još uvjek nije jasno kakav je učinak smanjenja soli na pobol i smrtnost od srčano-žilnih bolesti. Smanjenje soli ponešto smanjuje krvni tlak, ali ostaje pitanje koliko je to bitno dugoročno.

Literatura: Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD009217. DOI: 10.1002/14651858.CD009217.

Cijepljenje - spas od zaraznih bolesti ili nepotreban rizik?

***Uloga vakcina u povlačenju
zaraznih bolesti bila je minimalna,
a potrebu za primjenom
u današnje vrijeme trebalo bi
temeljito preispitati***



Lidija Gajski

- Na pitanje što misli o cijepljenju, prosječna će osoba, pa i većina liječnika bez puno razmišljanja odgovoriti da se radi o jednom od najuspješnijih medicinskih postupaka, koji je spasio milijune ljudi od masovnih zaraznih bolesti poput velikih boginja, difterije i poliomijelitisa. Međutim, oni zainteresirani, odnosno upućeni, složit će se da je riječ o jednoj od najvećih kontroverza u medicini, temi o kojoj se već desetljećima vodi rasprava između protivnika i zagovornika. Pri tom protivnici cijepljenja nisu tek malobrojni dezinformirani i paranojni roditelji, odnosno grupice protorestablišmentski orientiranih new age aktivista, već po svojoj brojnosti i obrazovanju, odnosno stručnosti, respektabilan skup udruga i pojedinaca - laika kao i liječnika i znanstvenika, koji čini ono što je već ranije prepoznato kao antivakcinalni pokret.

Protivnici cijepljenja pojavili su se brzo po njegovu uvođenju, već početkom druge polovice 19. stoljeća, kad se širom Europe, a zatim i u SAD-u, osnivaju antivakcinalne lige i organiziraju demonstracije protiv zakonske obaveze cijepljenja. Kroz čitavo 20. stoljeće u znanstvenoj su se literaturi, usporedno s izvještajima o pronalasku novih cjepliva i statistikama o smanjenju incidencije zaraznih bolesti, opisivali slučajevi oštećenja zdravlja koja su povezivana s vakcinama i analizirane epidemije koje su izbjigale usprkos cijepljenju. Antivakcinalisti su odbijali cijepiti svoju djecu i zahtijevali su ukidanje ili preispitivanje masovne vakcinacije. No njihov se glas slabo čuo zbog dominacije moćnog medicinskog establišmenta koji je bezrezervno podržavao cijepljenje. U novije vrijeme svjedoci smo širenja negativnog stava prema vakcinaciji, što je zahvatilo i zemlje poput naše; razlozi - porast broja vakcina, pad povjerenja

u medicinsku struku, čemu su pridonijele i afere poput one s pandemijskom gripom, te veća dostupnost informacija o problematičnim stranama vakcina. Na internetu se danas mogu naći brojne adrese koje nude informacije te vrste, od web stranica specijaliziranih udruga (npr. WAVE - World Association for Vaccine Education, NVIC - National Vaccine Information Center, Vaccines Uncensored, Vaccination Debate, Informed Parent, Think Twice, IAS - Immunization Awareness Society, PAVE - People Advocating Vaccine Education itd.), preko knjiga na temu cijepljenja, kojih danas već ima na desetine samo s anglosaksonskog područja (npr. autori L. Loat, E. McBean, R. Halvorsen, L. Chaitow, N. Miller, H. Coulter i B. Fischer, C. Diodati, W. James, M. Einstein, M. Tocco, P. i H. Butler, Ch. Murphy, G. Buchwald, K. Stratton, G. Beattie, V. Scheibner, A. Romm), do mrežnih foruma na kojima laici iznose svoja mišljenja i iskustva.

Argumenti protivnika cijepljenja od 19. stoljeća do danas nisu se puno promijenili - toksičnost cjepliva, neučinkovitost, tj. nedostatak potrebe za cijepljenjem, financijski motivirana sprega proizvodača s medicinskom strukom i politikom, te opasnost od društvene kontrole posredovane cijepljenjem.

Štetni učinci cjepliva

Nuspojave vakcina odavno su verificirane i deklariraju ih i proizvodači. Riječ je o lokalnim reakcijama poput bola, eritema, ulceracije, do apscesa na mjestu inokulacije, te sistemskim reakcijama kao što su febrilitet, osip, glavobolja, artralgija, ponekad slika bolesti protiv koje se cijepilo - u Hrvatskoj je 2010. godine 111 djece oboljelo od zaušnja-

ka nakon cijepljenja MoPaRu vakcinom; zbog velike učestalosti postvakcinalnog poliomijelitisa, živa je vakcina svojedobno zamijenjena umrtvljenom. Cjepliva mogu uzrokovati trombocitopeniju, te alergijske reakcije, uključujući i anafilaktički šok sa smrtnim ishodom (iznimno rijetko). Većina proizvodača i medicinskih stručnjaka priznaje vrlo rijetku mogućnost encefalitisa, odnosno encefalopatije, te menigitisa i neuritisa (neuropatije) s posljedičnim neurološkim simptomima (sinkopa, konvulzije, koma) i reverzibilnim i ireverzibilnim senzoričkim, motoričkim i intelektualnim oštećenjem (npr. Guillain-Barreov sindrom). Nije rijetkost da se zbog nuspojava pojedine serije cjepliva povlače iz primjene.

Ono što stručni establišment i kompanije odbacuju su, među laicima i nekim liječnicima raširene sumnje u vezu vakcine (DiTe Per, tj. pertusis) i nagle smrti dojenčadi, sindroma čiji se porast učestalosti poklapa s uvođenjem masovnog cijepljenja. Slično je s poremećajima poput hiperaktivnosti i autizma, gotovo nepoznatima do prije nekoliko desetljeća; rasprava o tome vodi se u SAD-u i Velikoj Britaniji već godinama. Bez obzira na znanstvene nalaze, tvrdnje mnogih stručnjaka, među ostalima i direktorice Društva američkih liječnika i kirurga (AAPS) Jane Orient, te brojna svjedočenja roditelja koji teška oštećenja svoje djece dovode u vezu s cijepljenjem, usprkos tisućama sudskih postupaka protiv proizvođača cjepliva i istragama pokrenutim pred parlamentima, promotori vakcina ne priznaju vezu cjepliva s ozbiljnim bolestima, naročito s onima koje se javljaju s vremenskim odmakom. Međutim, ako računamo s prolongiranim pozitivnim učinkom cjepliva, moramo se suočiti i s mogućnošću da se s vremenom razvije i šteta. Posebnu pozornost kritičara cijepljenja privlači porast pojavnosti autoimunih bolesti - dijabetesa tipa I, multiple skleroze, reumatoidnog artritisa, sistemskog lupusa, Crohnove bolesti i sl., kao i astme i alergija. Cjepliva su inkriminirana zbog sposobnosti utjecaja na funkciju imunosnog sustava. Mnogi liječnici i imunolozi, primjerice Robert Mendelsohn, a u nas Srećko Sladoljev, upozoravaju da uporna višekratna inokulacija stranog antigena može konačno dovesti do hiperstimulacije imunosnog sustava i proizvodnje protutijela na tkiva vlastita organizma. Pri tom nije nevažno da se cjepliva u tijelo unose na nefiziološki način - intrakutano, supkutano i intramuskularno, zaobilazeći prirodni i uobičajeni način kontakta s antigenom - kroz sluznicu dišnog i probavnog sustava, uz važnu ulogu koju pri tom imaju sekretorna IgA protutijela i drugi lokalni mehanizmi obrane. Osim toga, nakon inokulacije slijedi prolongirano oslobođanje antigena - i više tjedana, za razliku od kratkotrajne eksponcije tijekom prirodnog susreta s infektivnim agensom.

Opetovan unos imunogeničog materijala u organizam mogao bi, prema nekim, uzrokovati suprotan proces - iscrpljivanje obrambenog sustava, što znači stvaranje uvjeta za povećanu sklonost teškim infekcijama i razvoju novotvorina. Tumori i druge bolesti mogli bi nastati i kao rezultat ugradnje inokuliranih virusa ili njihovih dijelova u gensku osnovu primatelja, kako upozorava nobelovac Joshua Lederberg. Masovna vakcinacija, prema tome, predstavljala bi genetički inženjerинг širokih razmjera. Stvaranje novih virusa rekombinacijom divljih i onih iz vakcine, već je dokazano.

U kontekstu rasprave o mogućim štetnim učincima cijepljenja moramo imati na umu da je broj inokulacija i broj bolesti protiv kojih se cijepimo u stalnom porastu - u nas je u kalendaru obavezne vakcinacije uključeno deset bolesti s ukupno 45 doza cjepiva. Djeca rođena u SAD-u 1948. godine cijepila su se protiv samo jedne bolesti; današnja i do 16 bolesti. Primjenjuju se kombinirana cjepiva (protiv tri do pet bolesti), pri čemu nije moguće isključiti nepredviđene interakcije. Osim atenuiranih uzročnika bolesti ili toksoida, cjepiva sadrže i niz drugih sastojaka. S jedne strane to je strani biološki materijal na kojem su virus, odnosno bakterija uzgajani - serum, bubrežno, moždano tkivo i jaja raznih životinja. Taj materijal između ostaloga sadrži proteine koji neobrađeni od strane probavnog i drugih tjelesnih sustava mogu biti toksični, a verificiran je i nalaz životinjskih virusa i bakterija. S druge strane, cjepiva sadrže kemijske tvari koje služe kao konzervansi, stabilizatori i pojačivači, te antibiotike; neke od tih supstancija smatraju se otrovima - formaldehid, aluminij, fenol, glicerin i živa, čiji je spoj tiomersal svojedobno zbog sumnje na toksičnost isključen iz većine cjepiva. Točno koje sve tvari sadrže cjepiva i kakav je njihov učinak u ljudskom tijelu nije nam poznato jer, prema tvrdnji znanstvenika koji rade u proizvodnji vakcina, to nitko nije niti istražio. Sve navedeno dobiva dodatno na značaju kad uzmemo u obzir da se obavezno cijepljenje primjenjuje na djeci, i to već od dojenačke, štoviše novorođenčića dobi. Svaki objektivni liječnik i znanstvenik priznat će da je naše znanje i razumijevanje onoga što čini imunosni sustav, kao i njegove uloge, još uvek ograničeno. O posljedicama koje bi mogla izazvati vanjska agresivna i neprirodna intervencija na imunološki (a i neurološki) sustav koji je nezreo, odnosno tek u razvoju, a time vjerojatno i vulnerabilniji, možemo samo nagađati. Činjenica da su svojedobno Japanci zbog značajnog porasta bolesti i smrti dojenčadi pomaknuli DiTePer vakcini u stariju dob, ne zvuči ohrabrujuće.

Prema službenim statistikama blage, neposredne postvakcinalne reakcije su razmjerno česte, dok su one ozbiljne iznimno rijetke. No i ovdje, kao i u vezi s lijekovima, treba uzeti u obzir da se nuspojave nedovoljno i neprimjereno istražuju. Većina autora Cochraneovih sustavnih pregleda (zlatni standard u procjeni zdravstvenih intervencija) iz toga se razloga o nuspojavama vakcina nije mogla izjasniti; oni koji su istraživali MoPaRu navode da su „dizajn i izvještaj o sigurnosti u studijama s MoPaRu cjepivom, i predmarketinškim, i postmarketinškim, većinom neadekvatni.“ U uputi uz DiTePer vakcini i onu protiv gripe jasno piše da nisu testirane na kancerogenezu, mutagenezu i sterilitet. Slabo istraženo cjepivo protiv rotavirusa pušteno je u primjenu u SAD, da bi 1999. moralo biti povučeno zbog neželjenih učinaka, uključujući i smrtnе ishode. Stoga ubožljajena tvrdnja proizvođača i stručnjaka da značajnijih nuspojava nema, ne znači da ih istraživanja nisu dokazala, nego prije da istraživanja nisu niti provedena.

Vakcinacija je jedan od postupaka s najmanje znanstvenog utemeljenja

S druge strane, manjkava je i registracija nuspojava u praksi. U Američkoj upravi za hranu i lijekove (FDA), odnosno njezinoj službi za prijavu neželjenih učinaka vakcina (VAERS) smatraju da se registrira tek 10-15% nuspojava. One koje se javljaju s vremenskim odmakom teško je povezati s cjepivom, liječnici za taj problem nisu senzibilizirani (osim kad treba domaće cjepivo zamijeniti stranim), a za prijavu ozbiljnih oštećenja izrazito su demotivirani jer to povlači pitanje odgovornosti. Sasvim je sigurno da brojne slučajeve bolesti i smrti za koje ih se optužuje nisu skrivila cjepiva, no također je istina da su mnogi uzrokovani cjepivima ostali neprepoznati. U statistikama mortaliteta male djece, oni se skrivaju pod dijagnozom pneumonije, sepsa, gripe, nespecificiranih virusnih bolesti, bolesti živčanog sustava, pod anoksičnim oštećenjima mozga, a vjerojatno i pod sindromom nagle smrti - pišu Neil Miller i Gary Goldman. Ta su dvojica znanstvenika došla do vrlo uzne-mirujućeg otkrića - na primjeru 34 razvijene države pokazali su upadljivu korelaciju između

smrtnosti dojenčadi i broja cjepiva u kalendaru vakcinacije. Na vrhu ljestvice nalaze se Švedska, Japan, Irska i Francuska s mortalitetom oko 3 na 1000 živorodenih i 12 doza vakcina, a na dnu SAD sa 6,2 smrti na 1000, i 26 doza vakcina u prvoj godini života.

Raymond Obomsawin u svojoj knjizi Univerzalna imunizacija citira znanstvenike koji su proučavali DiTePer vakcini i neurološke reakcije, odnosno oštećenja; došli su do zaključka da se javljaju u jednog od oko 100 cijepljene djece, od čega uporno vrištanje (iritacija CNS-a) u jednog od 180, konvulzije u jednog od 350, trajno oštećenje mozga u jednog od 62 000, te smrt u jednog od 71 600 djece. Učestalost težih poremećaja doista se na prvi pogled ne čini zabrinjavajuća. Međutim, u uvjetima masovne vakcinacije, kad je riječ o milijunima, i desetinama milijuna djece, to itekako dobivaju na značenju. Dokaz je činjenica da su neke države uspostavile sustav obeštećenja od neželjenih posljedica cijepljenja. Američki sustav - VICP (Vaccine Injury Compensation Program) zaprima tisuće zahtjeva godišnje i ako se utvrdi da je riječ o težem oštećenju i da je ono povezano s cijepljenjem, isplaćuje se odšteta (iz poreza, nažalost, a ne iz profita proizvođača cjepiva). Do 2008. godine isplaćeno je 1,7 milijarda dolara.

Djelotvornost cjepiva

Poznato je da nijedan medicinski zahvat nije bez rizika. Ono što se računa je omjer koristi i štete. Premda se ovdje radi o zdravoj populaciji i rizik mora biti blizak nuli, mala šteta je prihvatljiva ako se radi o učinkovitoj i vrijednoj intervenciji. No upravo tu leži temeljni problem u vezi s vakcinacijom. Kolika je efikasnost vakcina u sprječavanju bolesti i, još važnije, je li masovna vakcinacija uopće više potrebna?

U potrazi za odgovorom na ova pitanja, prva stvar koja će nas iznenaditi je činjenica da ne postoje izravni dokazi o djelotvornosti cjepiva u sprječavanju bolesti u vezi s kojima se primjenjuju. Kad se proizvođači, agencije za lijekove i medicinski stručnjaci izjašnjavaju o učinkovitosti vakcine, oslanjaju se samo na serološka istraživanja, odnosno nalaze - cjepivo je efikasno ako proizvede porast titra antitijela u primatelja. Svaki imunolog potvrdit će da količina protutijela ne mora biti u vezi s otpornošću na mikroorganizam. Ljudi mogu biti imuni na neku bolest, a da nemaju protutijela protiv uzročnika, ili su osjetljivi unatoč visokome titru. Randomiziranih pokusa ili prospektivnih epidemioloških studija koji bi istraživali kliničku učinkovitost, tj. odgovorili na pitanje je li cijepljena populacija otporna na bolest nego necijepljena, ima vrlo malo. Iz nejasnih razloga oni nisu provedeni u vrijeme

kad su se cjepiva uvodila. Kako je potom korist od cijepljenja prihvaćena zdravo za gotovo, smatralo se neetičnim uskratiti cijepljenje kontrolnoj grupi ispitanika, pa prospektivna istraživanja u razvijenom svijetu većinom nisu ni do danas provedena. Tamo gdje jesu, nisu dokazala da cjepivo sprječava pojavu bolesti. Kliničke studije s BCG vakcinom izvedene između 1935. i 1955. varirale su u rezultatima od 0% do 80% efikasnosti, a veliki pokus iz sedamdesetih na 260 000 ispitanika nije demonstrirao protektivni učinak (u vakciniранoj skupini zabilježen je neznatno veći broj oboljelih). Postoje studije iz zemalja u razvoju koje govore u prilog cijepljenju, no njihova je metodološka vrsnoća loša, a interpretacija nalaza pristrana. Autori Cochraneovog sustavnog pregleda nisu našli istraživanja MoPaRu vakcine koja bi zadovoljila njihove kriterije i na temelju kojih bi se mogla utvrditi efikasnost tog cjepiva u sprječavanju dotočnih bolesti. Među današnjim medicinskim postupcima vakcinacija je jedan od onih s najmanje znanstvenog utemeljenja. Stoga se česta tvrdnja nadležnih epidemiologa i pedijatara da korist od cijepljenja daleko nadmašuje rizike, otkriva, kako primjećuje američki znanstvenik Trevor Gunn, kao neutemeljena i paušalna, odnosno kao čista predrasuda. U skladu s tim, i program imunizacije koji se provodi širom svijeta, u suštini je, kako tvrdi međunarodni ekspert Raymond Obomsawin, projekt bez znanstveno dokazane vrijednosti.

Pristalice cijepljenja kao argument za njegovu učinkovitost obično nude neizravne retrospektivne epidemiološke pokazatelje, koji ne zadovoljavaju striktne znanstvene standarde. Iz opisa epidemija vidljivo je da nerijetko izbjiju među djecom koja nisu cijepljena iz vjerskih ili svjetonazorских razloga ili bivaju „uvezene“ iz zemalja gdje vakcinacija nije obavezna. Međutim, ima i drugačijih primjera. Prema Charlesu Creightonu, autoru opsežnog djela *Povijest epidemija u Britaniji*, epidemije boginja u Europi 1870. i 1871. izbjale su mahom među vakciniranim osobama, dok su se nevakcinirani razboljevali tek kasno u tijeku epidemije. Isto je primjetio i njemački liječnik Gerhard Buchwald, autor knjige *Cijepljenje - posao sa strahom*, u vezi s epidemijom boginja 1947. u Njemačkoj. I danas se epidemije zaraznih bolesti javljaju i među cijepljenom djecom. Promotori cijepljenja priznaju da nijedno cjepivo nije učinkovito u potpunosti, odnosno za sve primatelje; u 5-10% vakciniranih ono ih neće zaštiti od bolesti. Međutim, u tijeku epidemija (a i sporadično - hripcavac), broj oboljelih koji su bili cijepljeni značajno je veći od očekivanog uz deklariranu razinu učinkovitosti cjepiva; nerijetko većinu oboljelih čine vakcinirana djeca. Tu se postavlja pitanje kvalitete cjepiva i

trajanja otpornosti nakon cijepljenja. Prirodni imunitet obično je doživotan; onaj inducirani vakcinom nerijetko nije, i ako se osoba razboli, to je već u odrasloj dobi kad je klinička slika teže, a komplikacije su češće.

Nadalje, tvrde epidemiolozi, pojavnost bolesti u određenoj populaciji povezana je s obuhvatom cijepljenja - epidemije izbjija onda kad procijepljenost padne, a povlače se kad broj cijepljenih poraste. Navodi se primjer epidemije boginja u Stockholmu 1874., koja je izbila kad je stopa vakcinacije pala na 40%, a nestala kad je ponovo porasla. Slično se dogodilo u Švedskoj s hripcavcem u osamdesetim godinama 20. stoljeća, u Velikoj Britaniji s istom bolesću u sedamdesetima, a s ospicama u prošlom desetljeću. Zadnjih godina bilježi se povratak ospica u Europi, što se objašnjava time što među roditeljima raste trend odbijanja cijepljenja (za što su krivi oni koji javno demonstriraju negativan stav prema cijepljenju). No i protiv ove postavke postoje brojni primjeri. Epidemije su izbjale i širile se usporedno s rastom procijepljenosti, i u sredinama gdje je obuhvat vakcinacije bio visok. Na Filipinima je početkom prošlog stoljeća učestalost difterije porasla nakon uvođenja imunizacije, a isto se dogodilo u Europi (Francuska, Njemačka, Madžarska) četrdesetih godina. U Nigeriji je po početku cijepljenja porastao morbiditet od hripcavca i difterije, a u Dominikanskoj Republici to se dogodilo s hripcavcem i ospicama. U Tajlandu je incidencija ospica bila jednakna 1982., neposredno prije uvođenja vakcinacije, i 1988. kad je obuhvat iznosio 63%. Tijekom osamdesetih i devedesetih godina širom Europe i sjeverne Amerike izbjale su epidemije ospica i zaušnjaka unatoč procijepljenosti od čak 96-98%. Postavci koja pojavnost bolesti povezuje s procijepljeničtvom proturječi i činjenica da se u nekim državama i populacijama epidemije nisu javljale unatoč tome što vakcinacije nije bilo - dok su druge „procijepljene“ europske države u četrdesetima brojile desetke tisuća oboljelih od difterije, Norveška u kojoj nije bilo vakcinacije imala je tek 50 slučajeva. Incidencija tuberkuloze u SAD-u, gdje nikad nije bilo besežiranja, ne razlikuje se bitno od europskih država u kojima je ono obavezno.

Činjenici da se zarazne bolesti pojavljuju unatoč visokoj procijepljenosti zagovornici cijepljenja suprotstaviti će se argumentom da za redukciju, odnosno eradicaciju zaraznih bolesti nije dovoljan bilo kakav, već potpun obuhvat cijepljenja - više od 95%. Naime, značajan broj necijepljenih u populaciji predstavlja rezervoar uzročnika, dok u visokocijepljenoj populaciji uvjeti za njegovo održavanje nestaju. Taj koncept, tj. učinak kolektivnog imuniteta ili tzv. imuniteta stada, služi kao utemeljenje zahtjeva za potpunom

vakcinacijom (pa se protiv rubeole, primjerice, cijepi i dječaci), odnosno za zakonskom obvezom vakcinacije, te za pozivanje na odgovornost roditelja koji ne žele cijepiti svoju dječcu. Oni, naime, ne samo da ugrožavaju vlastitu djecu, već i onu drugu, cijeplenu. No tko je u cijelom tom sklopu ugrožen i za čije zdravlje i život treba strahovati? Očigledno samo za vrlo mali (navodno) broj onih u kojih cjepivo ne djeluje, za vrlo mali broj onih s kontraindikacijom za cijepljenje i razmjerno mali broj male djece koja više nemaju majčinih protutijela, a još nisu došla u dob za cijepljenje. Jer s ostalima, koji čine golemu većinu, nema никакvih teškoča - uspješno vakcinirana djeca sigurna su od bolesti, a roditelji nevakcinirane preuzeli su rizik necijepljenja, drugim riječima ne boje se bolesti koje su u pitanju. Iza zahtjeva za potpunim obuhvatom populacije cijepljenjem stoji i ideja eradicacije, odnosno potpune eliminacije bolesti, tj. uzročnika. Tu se, međutim, postavlja pitanje realnosti te ambicije, s obzirom na prirodu mikroorganizama, te, ne manje važno, potrebe za tim potpustom, odnosno opravdanosti toga imperativa.

Kad je riječ o prosudbi djelotvornosti zdravstvenog postupka u uvjetima kad je priroda bolesti ciklička, a promatrano razdoblje kratko, treba biti vrlo oprezan sa zaključcima. Naime, lako se može dogoditi da se u uzročno-posljedičnu vezu dovede on što je puka koincidencija. Povijest i znanstvena istraživanja pokazuju da su se epidemije zaraznih bolesti javljale u najrazličitijim okolnostima. A zagovornici i protivnici cijepljenja onda biraju ono što im odgovara.

Uloga u povlačenju zaraznih bolesti

Dugoročni trend pada pojavnosti zaraznih bolesti i njegovu vezu s vakcinacijom također treba tumačiti s oprezom. Bolesti poput boginja i difterije doista su nestale ili gotovo nestale sa scene, a učestalost ostalih značajno se smanjila. Međutim, njihov pad započeo je još u 19. stoljeću i do sredine dvadesetog, kad je uvedena masovna vakcinacija (protiv difterije u četrdesetima, tetanusa i hripcavca u pedesetima, te ospica, zaušnjaka i rubeole u šezdesetima), mortalitet se već sputio na zanemarivu razinu, a incidencija bolesti bila je značajno reducirana i nastavila je padati jednakim intenzitetom. Epidemiologija dječje paralize ima neke specifičnosti - epidemije su razmjerno novijeg datuma, a virulencija uzročnika, čini se, s godinama se smanjila, pa se poliomijelitis danas smatra blagom bolesću. Značajna redukcija morbiditeta koja se bilježi u pedesetima posljedica je promjene u definiciji te bolesti i definiciji epidemije, odnosno

promjene u klasifikaciji koja se u to vrijeme dogodila. U osamdesetima, kad je polio-vakcina uvedena u zemlje u razvoju, nije zabilježen bitniji pad incidencije. Tvrđnja da je difterija eradicirana zahvaljujući cijepljenju potpuno je nelogična, jer se s obzirom na to da cijepivo ne sadrži uzročnika, već samo toxoid, u tijelu stvaraju antitijela na proizvod bakterije, a ne na samu bakteriju, što znači da cijepivo ne može utjecati na njezino širenje u populaciji (isto vrijedi za tetanus). Osim toga, protiv difterije je cijepljena tek manjina svjetskog pučanstva. U Švedskoj je difterija nestala bez ikakve vakcinacije. Najbolja postignuća u eradičaciji tuberkuloze bilježe se u zemljama gdje nije bilo besežiranja - Nizozemskoj, Islandu i na Havajima. Epidemiologija bolesti protiv kojih se cijepimo poklapa se s epidemiologijom onih protiv kojih nema masovne vakcinacije - šarlah, reumatska vrućica, kolera, dizenterija, tifus. Jednom riječju, pad pojavnosti i smrtnosti od infektivnih bolesti nije se dogodio zahvaljujući cijepljenju, već zbog poboljšanja životnih uvjeta - prehrabnenih, sanitarnih, stambenih, radnih, kao i poboljšanja prihoda i edukacije. Potvrdu takvog slijeda stvari nalazimo i u zemljama Trećeg svijeta gdje se uzmičanje zaraznih bolesti, neovisno o vakcinama, dogodilo nešto kasnije. Uvjernjive znanstvene argumente za ovu postavku nude knjige poput one Alfreda Wallacea (*Vaccination a delusion, 1898.*), Thomasa McKeowna (*The role of medicine - dream, mirage or nemesis?, 1979.*), Leona Chaitowa (*Vaccination and immunisation: dangers, delusions and alternatives, 1987.*) i Grega Beattiea (*Fooling ourselves - on the fundamental value of vaccines, 2011.*). Zanimljivo je da je i jedan od pronalazača polio-vakcine, Albert Sabin, smatrao da vakcinacija nije iole značajnije poboljšala stanje u vezi s bolestima zbog kojih je uvedena.

Kad je riječ o ospicama, zaušnjacima i rubeli, treba reći da su te bolesti zadnjih desetljeća značajno reducirane. U nas ih praktički više nema, pa ih mlade generacije niti ne poznaju. Vakcinacija je u tome vrlo vjerojatno imala svoje zasluge. No i ovdje postoji "ali". I to vrlo važan, možda najbitniji od svih do sad razmatranih. Ima li, naime, stvarne potrebe da zbog dvije ili tri blage bolesti na koje cijepljenjem možda možemo utjecati, provodimo rutinsku vakcinaciju cjelokupnih populacija djece, s višekratnim uzastopnim inokulacijama kombiniranih cijepiva protiv desetak bolesti? Nije li neracionalno i opasno zbog bolesti koju djeca prebole za tјedan dana i čija se smrtnost zahvaljujući razvoju civilizacije i medicine gotovo izjednačila s nulom, a učestalost i značaj komplikacija iz istih su razloga minimalni, trošiti velika novčana sredstva i ograničene kadrovske resurse, te stvarati nove zdravstvene probleme? Pri tom

se ne radi samo o opasnosti da epidemiju zaraznih zamijenimo epidemijom degenerativnih bolesti, već i da, kako upozoravaju brojni stručnjaci, miješajući se u djelovanje imunosnog sustava promijenimo njegove obrambene funkcije i sposobnosti s nepredvidljivim i nesagledivim negativnim posljedicama na život čovjeka kao vrste. Potiskivanje zaraznih bolesti dugoročno bi moglo biti štetno jer obrambeni sustav uči i sazrijeva kroz interakciju s mikroorganizmima, odnosno kroz proces bolesti, a moguće je da su i simptomi bolesti (febrilitet, bol, proljev) poželjan i potreban proizvod evolucije.

Zašto u Njemačkoj, Austriji i Švicarskoj nema obavezognog cijepljenja?

Cijepiva iz obavezognog kalendara kojima se djeca izlažu već desetljećima (DiTePer, polio, MoPaRu) zahtijevaju temeljito preispitivanje djelotvornosti i potrebe za primjenom. Neovisna prosudba vjerojatno bi pokazala da nam je većina nepotrebna jer ne zadovoljava temeljne uvjete, a to su, prema britanskom profesoru Georgeu Dicku - da se radi o težoj, čestoj i nelječivoj bolesti, da ne postoje druge metode njezina sprječavanja i da je cijepivo učinkovito i neškodljivo. Ovo naročito vrijedi za razvijeni dio svijeta, ali i za zemlje u razvoju, gdje se također provodi masovna univerzalna imunizacija (bez prethodnih epidemioloških podataka, mjerenja ishoda i praćenja kontraindikacija i nuspojava), ne vodeći računa o regionalnim posebnostima, i, još važnije, činjenici da se pojavnost i smrtnost od infektivnih bolesti daleko efikasnije smanjuje mjerama koje unapređuju kvalitetu života, u prvom redu onima koje reduciraju siromaštvo i glad. Jer odavno je poznato da virulenciju mikroorganizma presudno određuje stanje makroorganizma i njegov okoliš. „Pogrešno je tvrditi da tuberkulozu izaziva samo bacil, (...) tu dolazi mnogo važniji socijalno-etiološki moment: nehigijenski stan, življenje s tuberkulozom, siromaštvo, slaba hrana, prekomjeran rad“, pisao je Andrija Štampar.

Nova cijepiva

Ako u vezi s tradicionalnim cijepivima postoje značajne dileme, u vezi s onima koja se uvode zadnjih godina one su još veće.

Obavezna vakcinacija protiv hepatitisa B uvedena je u nas 1999. godine za dvanaestogodišnjake, a 2007. je pomaknuta u novorođenačku dob. Riječ je o bolesti čija je proširenost i važnost daleko preuvećana (za potrebe uvođenja cijepiva i skupe terapije) iako je vakcnu uopće trebalo uvođiti (pitanje kliničke učinkovitosti), imala bi mjesto tek u rizičnoj populaciji (narkomani, homoseksualci). Mnogi ne odobravaju masovnu imunizaciju protiv hepatitis B; u Europi je jedan od njenih najvećih protivnika francuski ekspert Marc Girard.

Cijepivo protiv HPV-a (humani papiloma virus) u nas još nije obavezno, no uporno se lobira u tom smislu, a u međuvremenu ga za stotine tisuća, u Zagrebu za milijune kuna kupuju lokalne zdravstvene vlasti i velikodušno poklanjaju kćerima hrvatskih branitelja i onima iz socijalno ugroženih obitelji. Riječ je o cijepivu koje je jasno nepotrebljivo - inkriminirani virusi (tip 16 i 18) u populaciji su rijetki, organizam ih većinom spontano eliminira, veza s karcinomom grla maternice je problematična, cijepivo nema dokazanu kliničku djelotvornost, a broj prijavljenih nuspojava raste iz dana u dan (samo u SAD-u prijavljeno je više od 20 000 nuspojava, uključujući oko 100 sumnjičivih smrti). Sam karcinom grla maternice ograničenog je javnozdravstvenog značenja, mortalitet je u kontinuiranom padu i, što je najvažnije, može se prevenirati i liječiti na puno efikasnije i racionalnije načine (edukacija o odgovornom spolnom ponašanju, redoviti ginekološki pregledi, interferon, konizacija).

Cijepljenje protiv sezonske gripe nije obavezno, no svake se godine cijepi velik broj ljudi. Autori Cochraneovih sustavnih pregleda analizirali su učinkovitost i sigurnost vakcina protiv gripe u brojnim istraživanjima provedenim proteklih 40 godina na više desetaka tisuća ispitanika. Našli su skromnu korist u populaciji između 16 i 65 godina, no i nju su doveli u pitanje s obzirom na to da su značajan broj studija finansirali proizvođači vakcina, a njihovi su rezultati pristrani. „Pouzdana znanstvena uporišta u vezi s cijepivima protiv gripe su oskudna, ali ima dokaza rasprostranjenog manipuliranja zaključcima“, ustvrdili su. U populaciji ljudi iznad 65 godina, koji se i najviše cijepi, zaključak se nije mogao donijeti: „Dostupni znanstveni nalazi loše su kvalitete i ne daju smjernice u vezi sa sigurnošću i efikasnošću cijepiva protiv gripe“. Glavni autor Tom Jefferson pozvao je na hitno preispitivanje preporuka za cijepljenje. S njim bi se složio Anthony Morris, virolog i bivši glavni kontrolor za cijepiva u FDA, koji je izjavio da „nema dokaza da je jedna do sad proizvedena vakcina protiv gripe efikasna u sprječavanju ili ublažavanju te bolesti. Njihovi proizvođači znaju da su beskorisne, ali ih svejedno dalje prodaju“.

U vezi s vakcinom protiv pandemiske gripe, dovoljno je citirati epidemiologa Wolfganga Wodarga, nadležnog za zdravstvo u Vijeću Europe, koji je izjavio da se radilo o lažnoj epidemiji, medicinskom skandalu stoljeća u kojem su „farmaceutske kompanije utjecale na znanstvenike i ustanove javnog zdravstva da se stvori uzbuna i pritisak, te prisile vlade širom svijeta da troše oskudne zdravstvene resurse na beskorisne mjere vakcinacije i nepotrebno izlože milijune zdravih ljudi riziku nepoznatih nuspojava nedovoljno provjerenih cijepiva“.

Kako dalje

I tu dolazimo do „etiologije“ postojecog stanja u vezi s vakcinacijom. Medicinski postupci, odnosno tehnologija upitne vrijednosti uvodi se i održava pod pritiskom medicinske industrije i globalnih centara moći (SZO: „Imunizacija je jedno od najmoćnijih i najisplativijih oružja moderne medicine“), uz svesrdnu pomoć lokalnih političara i medicinskih stručnjaka koji u tome vide osobni interes. Struka bezrezervno zagovara vakcinaciju - „cijepljene imaju nedvojbene i višestruko dokazane koristi za ljudsko zdravlje“, tvrdi infektolog u novinskom članku, a epidemiologinja se nadovezuje tumačenjem da su „upravo zahvaljujući masovnom cijepljenu s lica Zemlje potpuno iskorijenjene velike boginje“ i da „jedino cijevi možemo zahvaliti i činjenicu da uopće nemamo difteriju, koja nije nestala sama od sebe“. Prema kritičarima demonstriraju ignoriranje ili pak paternalizam i aroganciju - pokret protiv cijepljena je „srednjovjekovna parada“, kaže infektolog, „mi nemamo vremena za hipoteze, treba spašavati živote“. Liječnike se drži u neznanju, javnost plavi užasnim posljedicama necijepljena, a neposlušne roditelje progoni sudskim tužbama i prijavama centrima za socijalnu skrb.

S ovakvim stavom i odnosom prema javnosti, i uz izvjesno dalje širenje otpora prema cijepljenu, postojeći sustav vakcinacije će se prije ili poslije urušiti. U međuvremenu će možda biti žrtvovano zdravlje onih koji mogu imati koristi od cijepljena, a sasvim će

sigurno biti žrtvovano povjerenje ljudi u liječnike i zdravstveni sustav. Stoga je na medicinskoj struci i zdravstvenoj administraciji zadatak da što prije sveobuhvatno znanstveno istraže ovo područje, uključujući lokalnu populaciju, te na temelju tih nalaza revidiraju kalendar cijepljenja na način da se nepotrebna i nedokazano djelotvorna cijevi isključe, a ona za koja bi se pokazalo da su korisna, zadrže ili ograniče na ugrožene pojedince i populacije. Prethodno bi trebalo preispitati i sam koncept vakcinacije, tim više što se kalendar cijepljenja i dalje proširuje (rotavirus, pneumokok), a govorи se i o cijepljenu protiv raka, ateroskleroze i sl. Sljedeća bi zadaća bila istinito i sveobuhvatno informiranje liječnika i stanovništva, jer samo upućeni ljudi mogu donositi dobre odluke. Zakonsku obaveznu cijepljenu trebalo bi temeljito razmotriti i po mogućnosti ukinuti, kao što je to slučaj u više drugih država (skandinavske zemlje, Njemačka, Austrija, Švicarska) gdje se cijepljene preporučuje, ali nije obavezno, te odluku o cijepljenu prepustiti slobodnom izboru roditelja. Znanstveni nalazi, odnosno dokazi, u ovom su slučaju daleko preslabi, kako smatra Jane Orient, da bi imali prioritet nad odlukom pacijenta, roditelja i liječnika praktičara.

Obavezna, neselektivna, masovna imunizacija odstupa od temeljnih načela moderne medicine - individualiziranog pristupa i informiranog pristanka (ali i od temeljnih načela demokracije - građanske slobode i osobnog izbora, uklapajući se u trend jačanja totalitarizma i globalne kontrole nad ljudima), a bez pravog razloga i opravdanja. Jer ovdje se ne radi o jasnoj i neupitnoj dobrobiti stanovništva, njegovoj nesumnjivoj zaštiti i „višem“, javnozdravstvenom interesu, odnosno sigurnosti zajednice, već o predmetu, tj. postupku prepunom nejasnoća i kontroverzi, o kojem, dok se one ne raščiste kroz stručnu i javnu raspravu, trebaju ponaosob odlučivati oni koji će snositi njegove posljedice.

(lidija-gajski@zg.t-com.hr)



Izabrana literatura s podacima i izvorima korištenim u tekstu:

Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. BMJ. 2002;325:430-2.

WAVE - World Association for Vaccine Education
<http://www.novaccine.com/>

Obomsawin R. Universal immunization: miracle or masterful mirage. Soil and Health Library;1990.
http://www.whale.to/a/obomsawin_b1.html#Only%20safe%20vaccine%20is%20one%20that%20is%20never%20used.%20Vaccination%20quotes%20from%20doctors%20and%20scientists.%20Rense;%202001.%20http://www.rense.com/general7/onlysafe.htm

Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A, Price D. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD004407. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab004407.html>

Miller NZ, Goldman GS. Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: Is there a biochemical or synergistic toxicity? Hum Exp Toxicol. 2011;30(9):1420-8. <http://het.sagepub.com/content/early/2011/05/04/0960327111407644.full.pdf+html>

Vaccine Nation, dokumentarni film, autor Gary Null, 2008. http://www.youtube.com/watch?v=6ulAX_MLLH

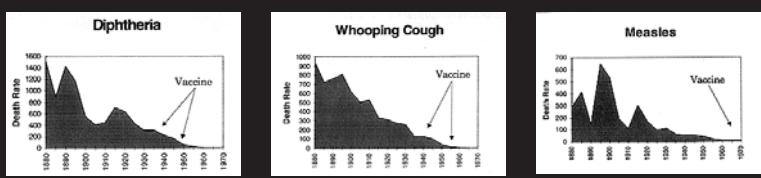
Gunn T. Response to W.H.O. evidence for vaccine safety and effectiveness. WHALE. <http://www.whale.to/m/gunn.html>

Dick_G_Practical Immunization. Lancaster: Kluwer Academic Publishers; 1986.

Jefferson T, Di Pietrantonj C, Rivetti A, Bawazeer GA, Al-Ansary LA, Ferroni E. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD001269. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001269.html>

Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.: CD004876. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab004876.html>

Lj. Bratona Martinović, T. Gromača Vadanje: Je li cijepljene zaista bezazeleno za zdravlje? Novi list. 23. siječnja 2011. <http://www.novilist.hr/hr/Lifestyle/Zdravlje-ljepota/Je-li-cijepljene-zaista-bezazeleno-za-zdravlje>



Grafovi prikazuju pad smrtnosti od difterije, hripcavca i ospica u Australiji; preuzeti su iz knjige Vaccination a parent's dilemma Grega Beattiea, radi dobre reproducibilnosti; u literaturi (npr. u knjizi Raymonda Obomsawina) mogu se naći vrlo slični grafovi iz drugih regija svijeta

Prilozi u rubrici „Drugo mišljenje“ ne iznose službeno stajalište „Liječničkih novina“; citateljima se prepusta da sami stvore zaključak

180 godina vinkovačke bolnice

Iz povijesti bolnice u Vinkovcima

Dr. Marija Jurković

• Bolnica u Vinkovcima osnovana je na poticaj vojnih vlasti, a otvorena je 8. rujna 1831., kao druga bolnica na području današnje Hrvatske. «Provisorisches Regiments Gemeinde Spital» bila je smještena u malu dvorišnu zgradu pukovnijskog zatvora.

Ta zgrada imala je 3 sobe, kuhinju i ostavu, a bila je predviđena za 12 bolesnika i jednog bolničara. Primala je vojnike i civile, liječnici su bili časnici, a osim dobrovoljnih priloga graničarskih općina i cehova, bolnica nije imala drugih stalnih prihoda.

Ubrzo je postala pretjesna pa je 1836. preseljena u kuću u Njemackoj ulici (Deutschgasse) broj 425 (danasm Zvonimirova ulica broj 55) koja je kupljena za tu namjenu. Trajni nedostatak bolničkog kapaciteta riješen je gradnjom jednokatne bolničke zgrade (u današnjoj Zvonimirovoj ulici br. 53) čiji je plan napravljen 1852., a gradnja završena 1856. godine. «Javna okružna občinska bolnica u Vinkovcima» imala je prostora za 50 bolničkih postelja (u 4 bolničke sobe!), stan za liječnika, kuhinju, praonicu, spremište, sobu za upravu i sobu za stražu. Broj ležećih bolesnika kretao se od 28 do 32.

Ukidanjem Vojne granice 1873. godine preuzela je «okružnu občinsku bolnicu» Brodska imovna općina. Pacijenti su se liječili u skladu s tadašnjim dostignucima medicinske znanosti, a neki liječnici bili su aktivni članovi «Društva slavonskih liječnika», osnovanog 1874. Od 1895. (pa sve do 1949. godine!) sve poslove koje se tiču njegi bolesnika radile su časne sestre reda Milosrdne sestre sv. Križa iz Đakova.

Početkom 20. stoljeća bolnica je postala županijska ustanova Županije srijemske. Za vrijeme I. svjetskog rata funkcionalira je kao ratna bolnica, a velik broj ranjenika bio je po potrebi smješten i u susjedne privatne kuće.

Prvi specijalni odjeli osnovani su u vinkovačkoj bolnici 1921. godine: kirurški sa

60 kreveta (operacijske dvorane i paviljon za zarazne bolesti izgrađeni su 1905.) i odjel za unutrašnje i zarazne bolesti sa 72 kreveta. Zbog velike frekvencije stalno je bilo postavljeno 10 rezervnih kreveta.

Za vrijeme II. svjetskog rata, bolnička zgrada je oštećena za vrijeme savezničkih bombardiranja, ali je 1946. godine rad bolnice uspostavljen na predratnoj razini.

Stara bolnička zgrada ubrzo je postala pretjesna za sve veće potrebe. Uz postojeće odjele, bilo je sve potrebni osnovati odjel za pedijatriju, odjel za liječenje tuberkuloze, očni i otorinolaringološki odjel.

Kućna epidemija trbušnog tifusa (od prosinca 1952. do svibnja 1953. oboljelo je četrdesetak osoba, bolničkih pacijenata i namještenika) bila je samo povod za početak razmišljanja o izgradnji nove bolničke zgrade. Uzrok epidemije bila je međusobna blizina bolničkog bunara gradenog od opeke bez žbuke i sabirne jame gradene od propusnog materijala. Komisija Higijenskog zavoda iz Osijeka bolnicu je zatvorila (osim za hitne slučajeve), a kao hitnu mjeru naložila izgradnju arteškog zdenca. Već početkom 1954. godine formirana je Komisija za izgradnju nove bol-

nice. Predloženo je da se izgradi zdravstveni centar: uz bolnicu, u nove primjerene prostore smjestili bi se i dom narodnog zdravlja i protuepidemijska služba. Mjesto gdje će početi gradnja označeno je 6. listopada 1958.

Uz gradnju nove bolničke zgrade, moralo se raditi i na reorganizaciji i unapređenju bolničke službe u staroj bolnici. Pedesetih godina bolnica je značajno povećala opremljenost i razinu medicinskih usluga. Rodilište je otvoreno 10. listopada 1951. Godine 1954. otvoren je kabinet za transfuziju, kabinet za elektrokardiografiju i bazalni metabolizam, a na rendgenološkom odjelu uvedeno je, uz dijaskopiranje, i rendgensko snimanje. Kemijski laboratorij u kojem su se mogle raditi pretrage kao u većim bolničkim centrima i klinikama osnovan je 1955. godine, kada se započelo i s operacijama u endotrahealnoj anesteziji.

Pedijatrijski odjel s 30 kreveta osnovan je 1960. godine. Iste godine postavljen je montažni objekt za tuberkulozni odjel s 50 kreveta.

Poliklinički dio Medicinskog centra završen je 1963. Postupno su se dovršavali bolnički dijelovi, a odjeli su se prema tome selili iz stare u novu zgradu. Koncem veljače 1970. preseljeni su interni, pedijatrijski, ORL i ginekološki odjel s rodilištem, u ožujku 1972. kirurški i urološki, a 1973. otvoren je novi odjel za patologiju i citologiju. U 1974. godini otvoren je očni odjel s operacijskim traktom i odjel za anesteziju i reanimatologiju. Od 1981. ustanova je reorganizirana: podijeljena je u 7 OOUR-a i radnu zajednicu.

Na glavnom ulazu u bolnicu izgrađena je za potrebe stanice Hitne pomoći početkom 80-ih izdvojena zgrada (sada je u njoj smješten Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije). Druga građevina, namijenjena pulmološkom, zaraznom, neurološkom i psihijatrijskom odjelu gradila se od 1985. godine. Prva i druga etapa gradnje dovršene su do kraja 1990. kada su useljeni



Zgrada stare bolnice (danas zgrada Doma zdravlja Vinkovci, Zvonimirova ulica 53), fotografirana 30-ih godina prošlog stoljeća

pulmološki i zarazni odjel. Do početka devedesetih godina uvedene su ultrazvučna i endoskopska dijagnostika.

Domovinski rat počeo je za vinkovačko zdravstvo 2. svibnja 1991. kada su u bolnici zbrinuti redarstvenici ranjeni u Borovu Selu, pripadnici Policijske uprave Vinkovci. Prvi minobacački napad na grad dogodio se 19. srpnja 1991. (bio je to prvi napad na jedan grad u Hrvatskoj), a samo tri dana poslije uslijedio je zračni napad (također prvi avionski napad na jedan gradu Hrvatskoj). Ranjenici su zbrinuti u bolnici, a pacijenti u podrumu, gdje su bile spremne i tri improvizirane kirurške dvorane.

Od 5. rujna neprijateljske granate padale su i u krug bolnice (i to je bio prvi napad na jednu bolnicu u Hrvatskoj!). Od tada pa do 15. svibnja 1992. palo je na bolničke objekte i u krug bolnice palo oko 5000 najrazličitijih projektila, od toga oko 300 pogodaka iz teškog naoružanja izravno u glavni bolnički objekt. Prvi neprijateljski položaji cijelo vrijeme rata bili su samo oko 500 metara udaljeni od bolnice. Za to vrijeme je u bolničkom podrumu neprekidno živjelo i radilo oko 120 zaposlenih, od toga 20 liječnika. U bolnicu se dnevno primalo oko 50 ranjenih (nekih dana i do 80) te oko 7 do 8 mrtvih (dva dana bilo je po 26 mrtvih). Nadljudskim naporima osoblja, uz pomoć brojnih donacija hrvatskih tvrtki, Hrvata iz dijaspore, ali i stranaca, uspješno je zbrinuto oko 2300 ranjenika. Bez obzira na velika oštećenja svih bolničkih objekata, rad u bolnici nije bio prekinut niti jednog trenutka.

Dio zaposlenika i opreme Medicinskog centra bili su privremeno raspoređeni u ratnim bolnicama u zgradama osnovne škole u Starim Mikanovcima i Domu zdravlja u Županji, a formiran je i rezervni stacionar u području NAME «Vinkovčanke» u Vinkovcima. Obnova bolnice počela je već 1992. godine. Kao prioritetna, obnovljena je zgrada zvana «Staro rodilište» i u njoj su od 19. srpnja 1992. privremeno bili smješteni pedijatrijski i ginekološki odjel s rodilištem. Zgrade Medicinskog centra («Nove bolnice») u Zvonarskoj ulici obnavljane su u nekoliko etapa, od 30. rujna 1994.

Godine 1994. dogodile su se i značajne organizacijske promjene. «Medicinski centar», osnovan 1959. godine, razdijeljen je na dvije pravne osobe: «Dom zdravlja Vinkovci» koji provodi primarnu zdravstvenu zaštitu i «Opću bolnicu Vinkovci» koja pruža sekundarnu zdravstvenu zaštitu.

Epidemiologija, mikrobiologija i školska medicina nastavile su djelovati u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo.

Nakon rata nastavljeno je s uvođenjem suvremenih načina dijagnostike i



Faksimil dokumenta o otvaranju vinkovačke bolnice iz 1831. godine

terapije: laparoskopska kirurgija, hemodializa (od 1993. godine), kompjutorizirana tomografija, široka upotreba ultrazvučne dijagnostike s primjenom Dopplera, niz novih biokemijskih pretraga, imunohistokemija, otvorena je ambulanta za bol ...

Proslava 180. obljetnice

S velikim smo ponosom i radošću u rujnu ove godine proslavili 180 godina neprekidnog rada Opće bolnice Vinkovci.



Glavna bolnička zgrada uništena granatiranjem za vrijeme Domovinskog rata, zima 1991/1992.

Foto: Z. Tanocki

Proslava je održana pod pokroviteljstvom predsjednice Vlade RH Jadranke Kosor.

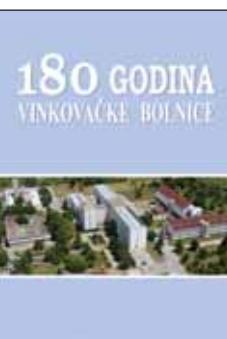
Obilježavanje ove značajne obljetnice počelo je 4. rujna 2011. kada je svečano misno slavlje u središnjoj vinkovačkoj crkvi sv. Euzebija i Poliona predvodio domaći župnik mons. Tadija Pranić, a koncelebrirao vojni kapelan Alojz Kovaček koji je i propovijedao. Sv. misa, na kojoj su sudjelovali liječnici, medicinske sestre i predstavnici lokalne vlasti, služena je za sve bivše i sadašnje djelatnike Bolnice.

Ssimpozij „Doprinos Vinkovčana medicinskoj znanosti“ održan je 7. rujna u kongresnoj dvorani hotela „Slavonija“ u Vinkovcima. Uz doktore medicine, sudjelovali su i doktori stomatologije i magistri farmacije koji su Vinkovčani po svojem rođenju ili školovanju u vinkovačkoj Gimnaziji. Na početku simpozija, okupljenima se obratio prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednik Hrvatske liječničke komore. U uvodnim predavanjima predstavljen je život i rad znanstvenika rođenih u 19. stoljeću. O Carlu Heitzmanu, poznatom ilustratoru anatomskih i dermatoloških atlasa te znanstveniku koji je prvi opisao hematoblast, govorila je prof. dr. Stella Fatović Ferenčić (Odsjek za povijest medicinskih znanosti, HA ZU). S poznatim farmaceutima, Julijem Domcem i Antunom Vrgočem upoznali su nas Suzana Inić, mag. pharm. i prof. dr. Nikola Kujundžić s Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta u Zagrebu. Dr. sc. Stana Vukovac iz Slavonskog Broda predstavila je životni put dr. Andrije Štampara.

U drugom dijelu simpozija sudjelovali su sada aktivni znanstvenici: prof. dr. Stanko Jukić (Zavod za patologiju MEF-a u

obljetnice

Zagrebu), prof. dr. **Zdenko Kovač** (Zavod za patofiziologiju MEF-a u Zagrebu), prof. dr. **Željko Verzak** (Zavod za pedodonciju, Stomatološki fakultet u Zagrebu), prof. dr. **Hrvoje Jurić** (Zavod za pedodonciju, Stomatološki fakultet u Zagrebu), prof. dr. **Franjo Plavšić** (ravnatelj Hrvatskog zavoda za toksikologiju), prof. dr. **Ivana Čepelak** (Zavod za medicinsku biokemiiju i hematologiju, Farmaceutsko-biokemijski fakultet u Zagrebu), prof. dr. **Branka Zorc** (Zavod za farmaceutsku kemiju, Farmaceutsko-biokemijski fakultet u Zagrebu), doc. dr. **Dražen Švagelj** (Katedra za patološku anatomiju i sudsku medicinu MEF-a u Osijeku; Odjel za patologiju i citologiju OB Vinkovci), doc. dr. **Damir Gugić** (Katedra za onkologiju i radiologiju MEF-a u Osijeku), doc. dr. **Biljana Kuzmanović Elabjer** (Katedra za oftalmologiju MEF-a u Osijeku; Klinika za očne bolesti KB-a „Sveti Duh“ u Zagrebu), doc. dr. **Sanja Dolanski Babić** (Zavod za fiziku i biofiziku MEF-a u Zagrebu), dr. **Zvonimir Ante Korda** (voditelj Odjela kardiovaskularne kirurgije, Specijalna bolnica za kardiovaskularnu kirurgiju i kardiologiju „Magdalena“ Krapinske Toplice), dr. sc. **Jasna Dovhanj** (Katedra za kliničko-laboratorijsku dijagnostiku MEF-a u Osijeku), dr. sc. **Marko Ajduk** (Klinika za kirurgiju, KB Dubrava, Zagreb) i dr. sc. **Igor Tomašković** (Klinika za urologiju, KBC-a „Sestre milosrdnice“ Zagreb). Na kraju simpozija predstavio je svoj rad tijekom studija i dr. **Antun Šumanovac**, najbolji student MEF-a u Osijeku u akademskoj godini 2010./2011. i dobitnik Rektorove nagrade.



Naslovnica monografije

58



Sudionici simpozija „Doprinos Vinkovčana medicinskoj znanosti“, 7. rujna 2011.
U prvom redu doc. dr. Dražen Švagelj i prof. dr. Stanko Jukić, prof. dr. Franjo Plavšić.
U drugom redu prof. dr. Branka Zorc, dr. Antun Šumanovac i doc. dr. Damir Gugić (Medicinski fakultet u Osijeku)

Središnji događaj proslave bila je svečana akademija održana na sam dan otvaranja bolnice, 8. rujna, u Gradskom kazalištu „Jozza Ivakića“ u Vinkovcima. U pozdravnim rječima je dr. Krunoslav Šporčić, ravnatelj OB-a Vinkovci, istaknuo kako je Bolnica sa svojih 18 medicinskih odjela i pratećim službama te 814 zaposlenih, od kojih je 100 liječnika specijalista i užih specijalista, respektabilna zdravstvena ustanova koja je sposobna pružiti zdravstvenu skrb za preko 120 000 stanovnika iz Vukovarsko-srijemske županije i susjednih županija u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini. Iako je jedna od najrazorenijih zdravstvenih ustanova u Domovinskom ratu, Bolnica je zahvaljujući naporima Vlade RH, posebno Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, kao i Vukovarsko-srijemske županije, gotovo u cijelosti završila proces obnove, uređenja i opremanja, u što je do sada uloženo preko 250 milijuna kuna.

Istaknuvši važnost vinkovačke bolnice u hrvatskom zdravstvenom sustavu, svoje čestitke za jubilej uputili su: Mile Klepo, ravnatelj Udruge poslodavaca u zdravstvu; dr. Marko Reljanović, predstavnik ravnatelja HZZO-a; prof. dr. Željko Metelko, predsjed-

nik Hrvatskog liječničkog zbora; dr. Vibor Delić, ravnatelj Uprave za medicinske poslove u Ministarstvu zdravstva i izaslanik ministra Darka Milinovića; dr. Mladen Karlić, gradonačelnik Vinkovaca; Božo Galić, župan Vukovarsko-srijemske županije; mons. dr. Đuro Hranić, pomoći biskup Đakovačko-osječke nadbiskupije i Vladimir Šeks, potpredsjednik Hrvatskog sabora.



Vinkovačka bolnica danas

Prof. dr. Aleksandar Včev, dekan MEF-a u Osijeku i ravnatelj OB-a Vinkovci dr. Krunoslav Šporčić potpisali su Sporazum o suradnji. Potpisivanjem ovog sporazuma, kao i sporazuma s MEF-om u Zagrebu, OB Vinkovci postala je nastavna baza ovih fakulteta.

Na svečanoj akademiji promovirana je i monografija „180 godina vinkovačke bolnice“ koju su predstavili urednici prof. Marko Landeka i dr. Marija Jurković.

Na kraju je premijerno prikazan i dokumentarni film o povijesti i sadašnjosti vinkovačke bolnice.

U glazbenom dijelu nastupila je Josipa Bainac, sopran, uz korepeticiju prof. Zlatka Knezovića.

(marija.jurkovic@zg.t-com.hr)

••••



Uzvanici na svečanoj akademiji u povodu 180. godišnjice vinkovačke bolnice, Gradsko kazalište „Jozza Ivakić“ u Vinkovcima, 8. rujna 2011.
Foto: G. Panić

180. rođendan vinkovačke bolnice



Piše: prof.dr. Stella Fatović-Ferenčić

• Prije 5000 godina jedan je stonovnik vinkovačkog kraja preslikao zvjezdani svod ukrasiviši njime posudu. Tisućljecima nakon toga, 1978. godine, ova je posuda otkrivena te se spoznalo da predstavlja najstariji poznati europski kalendar. Svaka pojedina slika na njoj predočava smjenu godišnjih doba oslikavajući zvijezdu u trenutku njenog pojavljivanja na obzoru.

A ove godine u rujnu kalendar nas je okupio u Vinkovcima. Ondje se, naime, obilježavala 180. obljetnica vinkovačke bolnice.

Osnovana kao mala regimentna bolnica 8. rujna 1831. vinkovačka se bolnica razvijala paralelno s gradom te preko općinske bolnice prerasla u Opću bolnicu, danas suvremeno opremljenu medicinsku ustanovu. Taj je razvoj opsežno prikazan u monografiji koja je predstavljena javnosti na sam rođendan bolnice u nakladi Opće bolnice Vinkovci i Ogranka Matice hrvatske u Vinkovcima.

Uredili su je Marija Jurković i Marko Landeka, vješt u komponiravši povijest i sjećanje, faktografiju i emocije, mirnodopsko i ratno razdoblje, ne izostavljajući posebno istaknuti njenu ulogu u Domovinskom ratu.

U tom smislu potresna su poglavљa ispisana rukom Josipa Dolanskog i Dražena Švagelja o razdoblju koje je iznjedrio ono najbolje što neka ustanova može dati - čovjekoljublje i domoljublje.

I doista, ondje sam susrela divne i predane ljude: gostoljubive i ponosne. Poput onih golemih hrastova u Spačvi koje su nam tijekom društvenog programa pokazali, poput ravnice koja pruža svom velikodušnošću svoje širine.

Od ravnatelja bolnice Krunoslava Šporićića saznali smo da je od završetka Domovinskog rata do danas u obnovu i opremanje u ratu teško oštećene bolnice uloženo oko 250 milijuna kuna, a do kraja ove godine opremanjem zgrade Nove interne obnova će u cijelosti biti završena. Opća bolnica Vinkovci ima 814 zaposlenih, od kojih je 100 liječnika specijalista i užih specijalista, a u bolnici su

24 specijalizanta. Nedostaje joj stručni kadar, posebice specijalisti. Pa ipak, s osobitim sam zadovoljstvom ondje našla svog nekadašnjeg osječkog studenta, sada već svršenog liječnika Vinkovčana Antuna Šumanovca, najboljeg studenta Medicinskog fakulteta u Osijeku 2010./2011. i dobitnika Rektorove nagrade, koji se nada i raduje svom skorošnjem zaposlenju u ovoj ustanovi. Sutradan je nakon radnog dijela na svečanom dijelu proslave potpisana Sporazum o suradnji Opće bolnice Vinkovci i Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te nakon glazbenih točaka u izvedbi mlade i talentirane Vinkovčanke Josipe Bainac, predstavljen i dokumentarac o bolnici.

I tako, baš kao što se smjenjuju godišnja doba na 5000 godina staroj posudi-kalendaru, na ovoj su se svečanoj dvodnevnoj prigodi smjenjivali ljudi i događaji. Oni iz prošlosti poput Vinkovčana Carla Heitzmanna, Julija Domca, Antuna Vrgoča i Andrije Štampara do čitave plejade istaknutih Vinkovčana naših suvremenika.

A kada trajanje od 180 godina prevedemo iz brojevnog sustava u svakodnevnicu, kada pomislimo na sve one koji su tijekom 180 godina u vinkovačkoj bolnici bili liječeni i na sve one kojima je ovdje pružena skrb, onda dobivamo onu tvarnu supstanciju koja čini identitet. A svako se pokoljenje na svoj način odnosi prema zbiru povjesne predaje i ona tada postaje mjerom kojom odmjeravamo sami sebe. Vinkovčani su razvojem svoje bolnice podvukli svoj kontinuitet.

Zabilježili su ga marom, hrabrošu i znanjem, uspješno komponirajući protjecanje vremena slijedom ljudi i njihovih pot hvata, ne gubeći osjećaj za mjeru, za pojedinačno i univerzalno, za trenutak i vječnost.

Baš kao da im je kalendar u genima.

stella@hazu.hr



Moj "treći" život

Što je ono bitno u palijativnoj medicini - zašto je nastao hospicijski pokret?

Anica Jušić, umirovljena profesorica neuropsihijatrije

Uvod

Uvijek se nanovo sjećam izreke iz moga "Prvog života". Ja naime imam "Tri života"- "Prvi" kao osnivač i čelnik prvog Centra/Zavoda za neuromuskularne bolesti na jugoistoku Europe do umirovljenja 1991.

"Drugi život" trajao je do formalnog prekida bavljenja hospicijskom medicinom 2009. Bila sam pokretač organiziranog hospicijskog pokreta te osnivač i predsjednik Hrvatskog društva za hospicij/palijativnu skrb, Udruge prijatelja nade, Hrvatske udruge prijatelja hospicia i, konačno, Regionalnog hospicijskog centra u Hrčevoj ul. broj 1. To je prva dobrotvorna hospicijska ustanova u RH, koju je 2002 otvorila predstavnica MZ-a Dunja Skoko-Poljak uz pismenu podršku samog ministra zdravstva, Andre Vlahušića.

Moj "treći život" je život pisca, komentatora, integratora itd. Odlučila sam i da taj život potraje - kažu da je čvrsta odluka najvažnije...?! Ogromno je toga učinjeno uz brojne pisane i slikane dokumente, a s tako malo konkretnih rezultata. Tako malo građana Hrvatske čita, a još manje razmišlja život. Ipak, treba se držati prastare uzrečice *Repetitio mater studiorum est* (neću spominjati onu zlobnu studentsku inačicu.) U svojim sjećanjima opetovat ću ono što smo i ja i toliki drugi opetovali kao bitno, međutim, neki moji suvremenici, koji otkrivaju marljivo "toplju vodu", to zaboravljaju ili ignoriraju.

Dva sigurno najvažnija događaja u životu svakoga živog bića jesu porod i smrt. U životu ljudskih bića u civiliziranim sredinama opsežno je razrađen porod, i teoretski i praktički, i znanstveno i tehnički, i emocionalno i likovno. Moderna zapadna civilizacija onom drugom događaju stavlja tabu oznake. Smrt nije predmet razgovora suvremenog društva zapadne civilizacije.

Istodobno je u Aziji, posebno u budizmu, pa i u hinduizmu, smrt stalno prisutna i "umire" se opetovano kroz cijeli život (Bilten

za palijativnu medicinu/skrb br. 6). *Ars mori-endij* mijenja *ars vivendi*. Je li u tome bitna razlika između istočnjačkih i zapadnjačkih "trendova"? "Zapad" očito i finansijski i moralno slijedi decrescendo putanju. Na Istoku se bude nadje, usprkos tsunamijima, potresima i poplavama. Aktualni (2011. godine) kineski rukovodilac, gost u SAD-u, govori (TV vijest) kako svaki šesti građanin SAD-a prima neki oblik socijalne pomoći, a Kina je istodobno spasila pola milijarde ljudi od siromaštva. I ako tako nastavi gdje su joj granice...? Gdje je istina?

Osnovica ovoga članka bit će trostruka: 1. moja stara razmišljanja i traženja praktičnog rješenja problema vezanih uz umiranje neuroloških bolesnika, posebno onih od amiotrofične lateralne skleroze (ALS), organiziranih od 1989. na ovamo; 2. članak

Nigela Sykesa objavljen u knjizi/zborniku rada 2006.; 3. članak Michaela Wrighta objavljen u istoj knjizi. Moj aktualni članak ima značenje prethodnog saopćenja jednoga većeg projekta.

Počeci

Moji stari interesi za probleme s krajem života došli su do konkretnog izražaja u suočavanju s bespomoćnosti u pomaganju bolesnika od naglo napredujućeg ALS-a, posebno njegovog bulbarnog oblika. Prvi pokusaj izazivanja javne rasprave o tome poduzela sam organizirajući jednodnevnu konferenciju na engleskom jeziku 1989. u Zagrebu. Pozvani gosti bili su King Engel i Valerie Askanas (SAD), s kojima sam se opetovano i rado susretala na različitim međunarodnim sastancima. Engel je sudjelovao na Radnom sastanku o ALS-u koji je organizirao Zavod za neuromuskularne bolesti KBC-a Zagreb, u raspravi okruglog stola. Iznio je svoja iskustva voditelja USC Neuromuskularnog centra u Los Angelesu. To su bila rješenja uglavnom za bogate.

Godine 1990. organizirala sam u sklopu IV. Jugoslavenskog neuromuskularnog simpozija u Zagrebu i raspravu okruglog stola o problemima terminalnih stanja pod naslovom „Medikolegalni aspekti fatalnih kroničnih neuromuskularnih bolesti“, s 13 sudionika iz niza tadašnjih jugoslavenskih republika. Rasprava je magnetofonski snimljena i prepisana. (Obje su, ova i ona iz 1989., objavljene



Otvorenje Prvog kongresa palijativne skrbi Hrvatske u muzeju "Mimara". Jacek Luczak, profesor palijativne medicine i onkologije i direktor ECEPT-a, svojim natpisom na ledima majice propagira hospicij



U Gundulićevoj 49, na domjenku prije Konferencije o ključnim problemima u palijativnoj skrbi i njihovom rješavanju u obiteljskoj medicini. U sredini David Clark, direktor "International Observatory on End of life Care", Sveučilište Lancaster, UK, razgledava s Joanne Coury (SAD) i Anicom Jušić, Biltene za palijativnu medicinu/skrb. Lijevo sjedi i razgledava Katalin Hegedus (Madarska), profesorica bioetike, članica predsjedništva EAPC-a

u Biltenu za palijativnu medicinu/skrb br. 5, 1999.).

Iste sam godine sudjelovala s predavanjem o originalnim pokušajima liječenja ALS-a na Radnom sastanku o ALS-u u Solihullu, Birmingham, Engleska. Tamo smo razgovarali i o mogućnostima rješavanja i mog osnovnog problema - kako podići kvalitetu umiranja neuroloških bolesnika, u prvom redu onih oboljelih od ALS-a. Uputili su me na Cicely Saunders i Hospicij sv. Kristofora u Londonu, kamo redovito šalju svoje bolesnike od ALS-a u završnom dijelu života. Problem se tamo za svakog oboljelog rješava na zadovoljavajući način, bez obzira na imovno stanje, narodnost, vjeru, rasu itd. Kontakti sa Hospicijem sv. Kristofora su se kroz godine nastavili u oba smjera. Godine 1994., dakle

u jeku Domovinskog rata, organizirali smo Prvi simpozij „Hospicij i palijativna skrb“ i osnovali Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb. Uvodno predavanje održao je Nigel Sykes umjesto pozvane Cicely Saunders. I ovi se kontakti održavaju do danas.

Redefiniranje

Nigel Sykes, medicinski direktor Hospicija sv. Kristofora u Londonu, 2004. opet drži "Uvodno predavanje o palijativnoj skrbi na prvom simpoziju o palijativnoj skrbi 1994. Palijativna skrb u svijetu prije 10 godina i sada". Htjela bih vrlo opsežno citirati ovo izvanredno predavanje, koje je tiskano sa skraćenim naslovom u posebno kvalitetnom



Jedan od mnogih sastanaka u Gundulićevoj 49. Ovaj je posvećen izradi Inicijalnog dokumenta za gradnju Regionalnog hospicijskog centra, Zagreb; autorski tim su prof. dr. Anica Jušić, arh. Ivana Turković-Ostrogović, mr. oec. Stjepan Krajačić (u sredini i desno)

i recenziranim Zborniku pod naslovom „Palijativna skrb u Hrvatskoj i svijetu“. Autor u njemu ovako definira samu bit palijativne skrbi, koja je u Hrvatskoj aktualno dovedena u pitanje:

"Prije deset godina Hrvatska je proživila teške časove i značajno je da se našlo energije, predviđanja i suošćenja, kako bi se pokrenuo hospicijski pokret u zemlji u kojoj je harao rat. Od onda je prošlo deset godina, dakle više od četvrtine cijelog života palijativne skrbi. Radi se o grani zdravstvene skrbi, koja je još uvijek neobično nova i naglo se širi utjecajući na maštu onih koji se brinu o umirućima i njihovim obiteljima, u cijelom svijetu.

Što je bit palijativne skrbi? To je koncept skrbi upravljen na čitavu osobu, a ipak kombiniran s tehničkim znanjem, koje klinička znanost osigurava kako bi se postigla što veću udobnost za bolesnika. Ovaj tip skrbi ne gleda na bolesnike kao na izdvjajene pojedince već kao osobe koje se može razumjeti samo u kontekstu obitelji i šire zajednice. I njih zahvaća bolest bolesnika, i oni trebaju skrb. Ovaj holizam, pristup bolesniku kao osobi, jest ono što privlači i one za koje se brinemo na ovakav način, i profesionalce koje je privuklo ovo područje. Počelo se s oboljelima od raka, jer je to često bolest koja uzrokuje posebno bolan i deprimirajući oblik smrti. Utjeha je veoma važan dio pomoći, ali se ona ne može ostvariti ako se ne stišaju bol i ostali simptomi. Stoga se SZO koncentrirala na razvitak programa palijativne skrbi (1990.) i oblikovanje "analgetске ljestvice". Ona se osniva na upotrebi jeftinih medikamenata koje mogu primjenjivati i članovi zajednice s malo prakse. Usprkos razvitku multiprofesionalnih timova, SZO ipak stavlja naglasak na medikamente i medicinske tehnike.

Prije desetak godina su James i Field napisali članak pod naslovom "Rutinizacija hospicija". U hospicijima Velike Britanije prestat je taj posao biti pionirski pothvat ili nešto što privlači vizionare, već klinička specijalizacija kao i sve druge, s time da se u palijativnoj medicini može lakše naći zaposlenje nego u kardiologiji ili pulmologiji. Britanski hospiciji opskrbljuju 95% bolesnika s karcinomom, a američki samo 60%, dok su ostatak nekarcinomski bolesnici. Međutim, nije problem u dijagnozi već u pomoći ljudima i zajednici da se bore se sa spoznajom o umiranju i sa samim procesom umiranja. Ona je obuhvaćena rečenicom - treba pomoći ljudima da žive dok ne umru.

Razlog zašto postoji palijativna skrb jest - umiranje!

Britanski NHS (National Health System) financira samo dio troškova hospicijskih jedinica, prosječno 30%. U SAD-u službe se



Nigel Sykes (UK)
govori na 2. simpoziju
Hospicij i palijativna
skrb - na otvorenju i
predstavljanju
prvih hospicijskih
knjiga u Hrvatskoj

palijativne skrbi, bez obzira na to jesu li profitabilnog ili neprofitabilnog tipa, financiraju per capita. Opskrbljuju se osobe s ograničenim životnim očekivanjem bez obzira na tip bolesti. U Europi se kritizira osnovni etički propust u SAD-u, a to je nejednakost u skrbi, u ovisnosti o imovnom stanju.

SZO insistira na integraciji palijativne skrbi u zdravstvenu zaštitu na nacionalnoj razini, tim više što ove jedinice nisu skupe u usporedbi s drugima u koje se ulaže. Glavno je ulaganje u ljudе, manje u lijekove i opremu. Ako se palijativna skrb počne smatrati integralnim dijelom zdravstvenog sustava, javlja se otpor stvaranju specijalizacija poput onih u Britaniji, Kanadi, Australiji, Poljskoj, a vjerojatno i u SAD-u. Ovaj otpor nije opravдан, ako se zna da postoje skupine bolesnika s posebno kompleksnim krajem. Ovaj traži posebno znanje i vještine, koje se razvijaju uz vrlo strogo vođeno istraživanje. S ovim ciljem specijalizacija postaje neophodna. U Velikoj Britaniji je definirano što mora dati specijalistička palijativna skrb, a što radi bilo tko drugi. Svakako će socioekonomska i kulturna rješenja biti jednakovo važna kao i medicinski napor kako bi se postiglo značajno proširenje palijativne skrbi (Stjernsward i Clark)." (kraj citata !)

U istom Zborniku tiskan je i članak Michaela Wrighta, uskoga Clarkovog suradnika, „Palijativna skrb u globalnom kontekstu: pogled iz Međunarodnog opservatorija o skrbi za kraj života“. Citirala bih bitne rečenice. "Skrb za umiruće postala je globalni problem, tjedno na svijetu umire više od milijun ljudi. U devetnaestom stoljeću se put do smrti produžio. Oblikovala se nova socijalna skupina - skupina umirućih. U vezi s time oblikuju se posebne ustanove i skupine ljudi koji se za njih skrbe".

Interes za međunarodni razvitak palijativne skrbi povećao se kad je Kathleen Foley (OSI, NY) zatražila od Clarka da pokrene pregled razvitića hospicija i palijativne

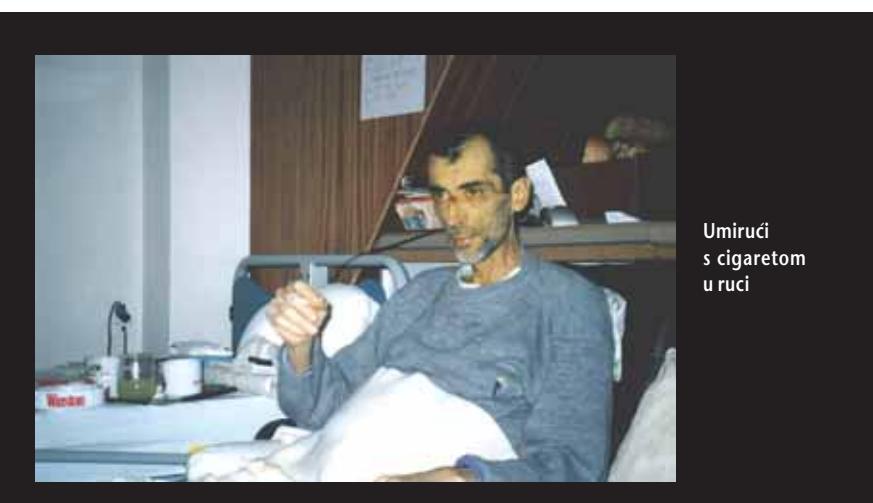
Ono što bih posebno istaknula jest citat iz Luczakovog predavanja s "Prvog konгресa" pod naslovom "Integracija palijativne skrbi u službeni sistem politike nacionalne zaštite zdravlja u tranzicijskim zemljama". Govorio je o NGO (Nongovernmental Organisation) i njihovoj integraciji u NHS (National Health System) u Poljskoj. U svom nabranju zakonskih dostignuća kaže: „2006 - palijativna, hospicijska skrb - specifična je zdravstvena služba, koju treba odijeliti od dugotrajne skrbi kronicara i mora se bezuvjetno financirati iz zdravstvenih fondova.“ Nažalost, brkanje ovih pojmljova jedna je od osnovnih zabluda aktualne politike u tzv. palijativnoj medicini.

Mi u Hrvatskoj

Nažalost, nakon svih promidžbenih akcija članova hospicijskog pokreta, ovog ili onog oblika, aktualno se govori/predaje uglavnom o suportivnoj i palijativnoj terapiji kronicara i njihovoj rehabilitaciji. Razlog je vjerojatno neriješen problem vlastitog stava spram tabuizacije smrti i nedostatka vlastitih iskustava s umiranjem. Suportivno i palijativno liječenje sigurno je važno, i mi smo ga od davna primjenjivali u većini aktualnih medicinskih struka pod imenom "simptomatska terapija" i "psihološka podrška"- u tada mogućem opsegu. Danas, s neusporedivo većom ponudom i lijekova (posebno analgetika) i postupaka te dodataka prehrani, ovo se područje značajno proširilo. Proširilo se i područje bolesti u kojima se može čak i uzočno liječiti ili barem radikalno zaliječiti (najnoviji oblici kemoterapije, zračenja ili transplantacija, encimska supstitucija itd.). Ima i sve veći broj psihoterapeuta za psihološku potporu, jer ima više psihoterapeuta-psihijatara, a i psiholozi se sve više uključuju u psihoterapiju. Osim toga se i pojmom palijacije jako udaljio od prvotnog tumačenja Balfoura Mounta, tvorca

skrbi duž Centralne/Istočne Europe i država nekadašnjega Sovjetskog saveza, područja koje obuhvaća više od 400 milijuna ljudi. Cilj "International Observatory on End of life Care", Sveučilište Lancaster, UK, bio je da se odredi razina palijativne skrbi, identificira edukacija iz palijativne skrbi, ustanovi je li palijativna skrb prihvaćena unutar zdravstvene politike ili nije te da se identificiraju "lučonoše" dobre prakse. Među 28 država Poljska je imala toliko službi palijativne skrbi kao ostalih 27 zajedno. U 17 od 28 država bila je 221 služba za kućne posjete, 172 službe s krevetima bile su u 13 država, 5 bolničkih potpornih timova (hospicijski mobilni timovi) registrirani su u 4 države, od njih 28. Od 50 službi za djecu u 9 država, bilo ih je 30 u Poljskoj, a 10 u Rumunjskoj.

Jacek Luczak, jedan od vodećih poljskih pionira i stručnjaka palijativne skrbi i profesor onkologije i palijativne medicine u Poznanju, bio je nekoliko puta gost predavač na našim palijativnim konferencijama/sastancima/simpozijima u Zagrebu ili Karlovcu i, konačno, na "Prvom kongresu palijativne skrbi Hrvatske", 2006, u Zagrebu. S druge strane, niz suradnika hospicijskog pokreta u Hrvatskoj bio je na jednotjednim tečajevima iz palijativne skrbi u Poljskoj, i to na nekoliko mjeseta.



Umirući
s cigaretom
u ruci

uspomene i sjećanja



Na prvoj sjednici Povjerenstva za palijativnu skrb MZ-a, u Hotelu Dubrovnik, članovi iz inozemstva:

David Clark na čelu, desno Karl Johan Fuerst (Švedska), voditelj CEE i CIS odjela EAPC-a, i David Oliver (Rochester, UK)

naziva i osnivača prve kanadske palijativne službe 1975.

U Hrvatskoj se npr. govori "o našoj obavezi pobrinuti se o 80.000 oboljelih od Alzheimerove bolesti". Sigurno je to vrlo važan problem, problem su i tolike neurološke bolesti koje uzrokuju nepokretnost, kao i niz bilo kardioloških ili pulmonalnih ili renalnih kroničnih bolesti. Ali to je zaseban i jedan od mnogih u Hrvatskoj neprimjereno riješenih zdravstvenih problema. Na već citiranom "Prvom kongresu" rekla je **Svetlana Čala**, poznati stručnjak za dijalizu, da je "u Hrvatskoj paradoksalna činjenica da je lako doći do dijalize - skupog postupka, ali je praktički nemoguće doći do razmjerno jeftine palijativne skrbi, za one, koji iz ovih ili onih razloga nemaju indikaciju".

Sve je to vrlo važno, ali to nije osnovni problem hospicijskog pokreta i palijativne medicine. Njihov je osnovni problem - umiranje, osnovni je problem vezan uz novu bolesničku skupinu - skupinu umirućih.

Dijagnoza je ovdje sporedna, zajedničko je suočavanje pojedinca i obitelji s gubitkom/krajem života. Ova novo nastala skupina bolesnika traži specijalan pristup, u mnogočemu bitno različit od skupine kroničara. Metabolicke promjene su tu kompleksne, a o mentalnim da i ne govorimo. U svjetlu se opetuje činjenica, da kronično oboljeli od progresivnih neuromuskularnih bolesti mogu, uz primjerene postupke, doći i do svjetskih paralimpijskih medalja. Naravno, u našim prilikama, gdje se mnogi bore za golemo preživljavanje, nema smisla ni raspravljati o primjerenum "kronikajima" za manje/više nepokretne, uz mogućnost fizičke i psihološke rehabilitacije.

Komunikacija je osnova društvenog uredenja svih zajednica živih bića, a posebno ljudi. Među ljudima ona međutim mora imati jednu dodatnu dimenziju, koja je

osnova za trajanje. Ona se mora osnivati na iskrenosti, povjerenju i poštovanju. U protivnom, to će biti samo manje ili više uspješna tehnika manipulacije drugih članova ljudske zajednice/društva.

Za one, koji su češće u tišini prisustvovali umiranju, smrt je nešto što krije premnogo tajni. Umirući čitaju naše misli, to je nevjerojatan doživljaj. Znajući pravo stanje, neki od njih opetovano glume optimizam kako bi utješili ukućane. Znaju mnogo toga što se obično ne zna, pa su sposobni da predvide vrijeme svoje smrti ili ga čak i odgode, dok npr. ne dode unuk ili posebno voljena osoba. A sposobni su i psihološkim putem skratiti čekanje, naravno, ne svaki od njih. Tajna je još uvijek uprkos toliko toga napisanog- kad zapravo smrt nastupa. Je li to, kako je na toliko mjesta prihvaćeno, trenutak "cerebralne smrti" bez obzira na zadрžanu srčanu akciju? Otkrivaju se savršeniji dijagnostički postupci i činjenice. Dokle će nas one dovesti? Što je prividna/reverzibilna smrt? Hoćemo li morati revidirati naše kriterije za eksplantaciju organa?



Domjenak u Gundulićevu 49 uoči sjednice o palijativnoj skrbi na Prvom onkološkom kongresu u Hotelu Westin. Lijevo u sredini Kathleen Foley (SAD), neurolog-algolog, prva predsjednica Svjetskog udruženja za hospicij i palijativnu skrb. Uz nju prema sredini Nessa Coyle (SAD), čelnica Servisa za bol i palijativnu skrb Memorial Sloan-Kettering centra za rak, u New Yorku

Dodatak

Lukas Radbruch, sada bivši predsjednik EAPC-a, zamolio me još 19. travnja 2011. za pomoć kao "stručnjaka i ključnu osobu u razvitku palijativne skrbi u Hrvatskoj". Radilo se o prijevodu Upitnika na hrvatski. Pod njegovim vodstvom sastavila ga je istraživačka grupa čiji su članovi sa Sveučilišta Bonn (Njemačka), Lancaster Sveučilišta (UK), Semmelweis Sveučilišta (Mađarska) i Ruskog društva za palijativnu skrb (Rusija), uz finacijsku podršku Open Society Foundations. Cilj je Upitnika priskrbiti pregled potreba za

informacijama o palijativnoj skrbi na području CEE (Central and Eastern Europe) i CIS (Commonwealth of Independent States). Rezultati će omogućiti ciljano planiranje informiranja, edukacije i razvijati strategiju potpore daljnjem razvitu palijativne skrbi u CEE i CIS državama.

Ovaj upitnik ima i dodatno značenje za one koji ga pažljivo čitaju. On ujedno daje i prikaz aktualnog doseg, mogućnosti i zahtjeva palijativne skrbi u Europi i svijetu. Obuhvaća 12 stranica. Hrvatski prijevod je stavljen na specijalni "link" EAPC-a i može ga se vidjeti i ispuniti posredstvom adrese <http://atome-project.eu/survey/index.php?sid=39196&lang=hr>

Ispunjavanje je već uspješno počelo - očito je elektronička pismenost u Hrvata napredovala. Molim čitatelje Liječničkih novina, da ga svakako i oni ispunite. Oni koji vrate ispunjeni upitnik dobit će online pretplatu na "European Journal of Palliative Care". (www.ejpc.en.com)

(anica.jusic1@zg.t-com.hr)

.....



65

U pauzi Prvoga kongresa Jacek Luczak i Piotr Krakowiak (duhovnik poljskog hospicijskog pokreta) dogovaraju raspravu

Poznate ličnosti u zrcalu bolesti

Dokle lječnik treba kriti bolest utjecajnog čovjeka?

Zvonka Zupanić Slavec



Prof. dr. Zvonka Zupanić Slavec, lječnica, medicinska humanistkinja i povjesničarka medicine, rođena je 1958. u Mariboru, a u Ljubljani je diplomirala na MEF-u, magistrirala i doktorirala. Od 1984. radi u Institutu za povijest medicine u ljubljanskog sveučilišta, a od 1992. ga i vodi te predaje povijest za medicinu i dentalnu medicinu slušačima na MEF-u u Ljubljani. Dvadeset godina je potpredsjednica Znanstvenog društva za povijest zdravstvene kulture Slovenije, u kojem popularizira povijest medicine.

Radi i u Međunarodnom društvu za povijest medicine. Od 1993. vodi Kulturno-umjetničko društvo MEF-a i KB-a u Ljubljani (500 članova!); dosad je organizirala oko 400 priredaba. Živi u Kranju i majka je troje djece. Objavila je oko 900 (!) radova. Nedavno smo je imali prilike upoznati u Hrvatskom lječničkom domu gdje je 22. ožujka, u prigodi obilježavanja Svjetskog dana protutuberkulozne borbe u organizaciji Hrvatskog pulmološkog društva i Hrvatskog društva za povijest medicine, predstavljena njezina knjiga „Tuberkuloza (1860-1960) - Slovenski sanatorij Golnik i tuberkuloza u srednjoj Europi“.

Njezin članak koji ovdje donosimo prvi put je objavljen u ISIS-u, glasili Slovenske lječničke komore (kolovoz-rujan 2011.). Na našu molbu prevela ga je na hrvatski prim. dr. Vlasta Vince i ovdje se tiska s dozvolom autrice i uredništva ISIS-a.

Uvodni dio, u kojem se govori o značenju patografija i koja nam je od njih korist, može poslužiti i kao motto našoj standardnoj rubrici „Patografije“.

Urednik

• Patografija kao medicinska biografija pojedinca proučava njegove tjelesne, ali prije svega psihičke različitosti i bolesti. Ona govori o tome kako duševna ili tjelesna bolest utječe na život i rad oboljelih. Put do uspjeha nije lak, a bolest ga još otežava ili čak i sprječava. Neke je slavne ličnosti bolest pobijedila, a neke su pobijedile nju. Studij biografija ličnosti koje su obilježile čovječanstvo ujedno je i studij njihovih patografija, jer pruža mnoge zanimljive spoznaje. Životopisi velikana našeg vremena naglašuju značenje samodiscipline. Koliki su geniji uspjeli jedino čeličnom voljom, napornim radom i tvrdo-glavom ustrajnošću. Rad i samodisciplina najosnovniji su recept za uspjeh. Među izvanredno radišnim ličnostima su imena najvidenijih političara koji su krojili sretnu ili manje sretnu povijest.

Otto von Bismarck, Napoleon Bonaparte i Vladimir Iljič Lenjin radili su oko dvadeset sati dnevno, odspavali nekoliko sati te bili opet posve koncentrirani. Napoleonu je prevladavanje tjelesne slabosti vlastitom voljom još kao dijetetu bio jedini način da se izdigne iz skromnog korzikanskog doma u Ajacciju i završi vojnu školu te usprkos niskom



Vladimir Iljič Lenjin

rastu („napoleonski kompleks“) kao izabranik postigne sve časti tadašnjega svijeta. Njegovo je djelovanje vodila nezaustavljiva težnja za najvišim ciljevima koji su, na žalost, prečesto bili pogrešni. Poznate su ličnosti uvijek bile u središtu zanimanja široke javnosti.

Njihove odlike i slabosti često su u ljudima izazivale suprotne osjećaje: poštovanje, odobravanje, divljenje i sučut, ali i nepovjerenje, osuđivanje i obojnost. Posebno je to vidljivo kod vrijednosti na koju smo svi osjetljivi: na zdravlje. Osobito su vladari, u nastojanju da ozdrave ili da ublaže bolest, pokušavali podanicima prikriti stanje svoga zdravlja. U lječenju ili prikrivanju bolesti odlučujući riječ imali su lječnici. Sukob između prava vodećih na zaštitu osobnosti i prava građana da poznaju zdravstveno stanje svojih voda još je i danas poseban problem. U hijerarhiji slavnih ličnosti nesumnjivo su na samom vrhu vladari, državnici, vodeći političari i vojskovode, jer donose odluke važne za sav narod. S gledišta obolijevanja ovaj prilog osvjetljuje poneke svjetske moćnike. Bile bi zanimljive i patografije crkvenih vladara, ali bi za to bilo nužno temeljito izučavanje.

Naglasila bih proširenost teških akutnih i kroničnih bolesti slavnih ličnosti i ukazala na njihovo junačko svladavanje, ali i nemoć kad im je duševni pritisak bio pretežak zbog bolesti i smrti koja se približavala.

U prvom redu zanimalo me utjecaj bolesti na važne odluke. U ovome su radu spomenute poznate ličnosti o kojima nalazimo podatke u najrazličitijim pristupačnim izvorima te odnos lječnika prema istaknutim osobama. Zanimljivo je saznati kako su lječnici doživljivali odgovornost za zdravlje svojih zasluznih pacijenata. Morali su ih poštovati, a nužno je bilo vjerovati u vlastito znanje i sposobnost trezvenog razmišljanja u odlučnim trenutcima. Usto su i sami morali biti zdravi, sposobni izdržati psihofizičke napore i biti moralno i etički ugledni. Bilo je lakše lječnicima koji su se brinuli za zdrave ličnosti ili su liječili njihove bolesti koje su bile izlječive, dok je teže bilo onima koji su se susretali s nepovoljnim dijagnozama, kao na primjer kod Evite Peron. Što su sve doživljivali kod svojih bolesnika više ili manje objektivno je zabilježeno u rijetkim autobiografijama lječnika, njihovim dnevnicima, pismima i drugim zapisima. Zbog političkih se motiva, međutim, pokušava medicina i zlorabiti za uništenje protivnika. Iz sličnih se namjera oduvijek pokušavalo vladare otrovati hransom ili pićem, zbog čega su obroke prije njih uvijek probavali „kušatelji hrane“

Više su o svojem lječenju slavnih ljudi posredno ili neposredno zapisali lječnici s književničkim darom, npr. francuski huma-

nist **François Rabelais** (1494-1553), osobni liječnik kardinala **Du Bellaya**, i Švedanin **Axel Munthe** (1857-1949), osobni liječnik švedske kraljice **Viktorije**. Liječnici književnici tankocutno su i s izrazitom snagom riječi dali uvid u svoje doživljavanje bolesti povjerenih im bolesnika, u teškoće odluka i teret liječničke šutnje. Liječnik je bolesnikov ispovjednik. Povjerene mu misli, djela i intima štićenika trebale bi biti pohranjene jedino u njegovim uspomenama i u zdravstvenoj kartoteci te možda u posmrtno napisanoj povijesti poznatih ličnosti. Često se na liječnike velikih ljudi vrši pritisak kako bi javnosti odali tajne, koje bi zatim bile zloupornabljene. Oni su morali, i još uvijek moraju, objavljivati liječničke obavijesti o zdravstvenom stanju pacijenata. Još su u starom vijeku liječnici vladara bili istovremeno i njihove najbliže osobe povjerenja i savjetodavci koji su brižno čuvali istinu o njihovoj bolesti. Vjest o bolesti za susjedne je države obično značila ratnu spremnost. Povjesnica zato pohranjuje spomen na liječnike velikih ljudi kao sudionike povijesti.

Liječnici poznatih državnika

Osobni su liječnici bili oduvijek privilegiji i nužnost moćnika. U egipatskim papirusima sačuvani podaci o civilizaciji na Nilu govore o liječniku i arhitektu **Imhotepu**, osobnom liječniku faraona **Zosera** (2600. p.n.e.).

Umješošću svoga zanimanja izlijedio je faraonovu kćer od sljepoće te bio uzvišen u boga, zaštitnika medicine. Liječnici nisu mogli vladarima osigurati tjelesnu besmrtnost, ali su balzamiranjem njihovih tijela sačuvali njihovu slavu do današnjih dana i u to-



Avicenna

me su kasnije imali brojne naslijednike. Balzamirani su bili boljevički vođa Vladimir Iljič Lenjin i argentinska zaštitnica siromaha **Evita Peron**, supruga argentinskog predsjednika Juana Perona.

U starom Rimu najviše se istaknuo liječnik gladijatora **Galen** (130. - 200.) iz Pergamona, koji je opsežnim znanjem, darom za pisanje i osobnom preporukom postao liječnik na dvoru cara **Marka Aurelija**. Među arapskim liječnicima bio je najznamenitiji **Avicenna** (980-1037), koji je svojevremeno bio među najuglednijim filozofima Srednjeg vijeka i osobni liječnik vladara na perzijskom dvoru u Hamadanu (današnjem Iranu).



Nostradamus

Znameniti **Nostradamus** (1503-1566), jedan od najpoštovanijih proroka svih vremena, bio je osobni liječnik kralja **Karla IX.** Renesansni reformator anatomije Belgijanac **Andreas Vesalius** (1514-1564) postao je osobnim liječnikom španjolskih kraljeva **Karla V.** i **Filipa II.**, a znameniti otkrivač cirkulacije krvi (1628.) **William Harvey** (1578-1657) bio je osobni liječnik engleskoga kralja **Karla I.** i lorda **Francisa Bacona**. Francuski kirurg **Guillaume Dupuytren** (1777-1835) bio je osobni liječnik francuskoga kralja **Luja XVIII.** Osobni liječnik ruskog cara **Petra Velikoga**, **Gregor Voglar - Carbonarius** (1651-1717.) porijeklom je iz Nakla kod Kranja, a preporučio ga je austrijski car **Leopold I.** pa je 1689. s obitelji preselio u Moskvu. Dvadeset i šest godina služio je caru, pratilo ga na velikom putovanju po Europi i na brojnim ratnim pohodima. Među znamenite liječnike spada i flamanski reformator habsburškog zdravstva **Gerhard van Swieten** (1700-1772), osobni liječnik vrlo zdrave i odlučne austrijske carice **Marije Terezije**. Habsburški prestolonasljednik princ **Rudolf** bolovao je od sifilisa i tražično umro 1889. u Mayerlingu u Donjoj



Luj XVIII.

Austriji. Zbog posljedice kapi, nakon Drugoga svjetskog rata američki predsjednik **Franklin D. Roosevelt** u pregovorima na Jalti gotovo da i nije sudjelovao, pa je Staljin dobio bitno bolje uvjete za pregovaranje.

Povijesno su posebno bili važni liječnici koji su bili u ratištu s vojskovođama. U Homerovoj Iljadi zabilježeni su liječnici grčkoga kralja **Agamemnona**, sinovi liječnika **Asklepija**, koji su bili u bitci kod Troje i s tolikom umješnošću spašavali ranjenike da se bog podzemlja Had pritužio gospodaru Olimpa Zeusu zbog Asklepijevog znanja, jer da u podzemlje nije više dobivao nove duše.

Nagovorio je Zeusa da munjom ubije Asklepija. Zeusa je uskoro počela peći savjest pa je pokušao popraviti svoju pogrešku i Asklepija uzvisio u boga medicine. U Iljadi je Homer napisao zanimljivu tvrdnju da jedan liječnik vrijedi kao mnoštvo ljudi jer spašava živote. Besmrtnim je postao u Novom vijeku francuski renesansni kirurg **Ambroise Paré** (1510-1590), liječnik četiriju kraljeva, koji je u doktrinu ratne obrade rana uveo nekoliko važnih novosti. **Napoleonov** kirurg Domini-



Napoleon Bonaparte

que **Jean Larrey** (1766-1842) u njegovim je ratnim pohodima uveo operiranje u neposrednoj blizini ratišta i „leteće ambulante“ - odnošenje ranjenika s ratišta još za vrijeme bitke, a ne tek nakon nje, jer su mnogobrojni ranjenici zbog dugotrajnog čekanja iskrvarili.

Vladari kao žrtve bolesti

Teške kronične bolesti smanjuju radne sposobnosti i sigurno uzrokuju invalidnost. Bolesti srca i cirkulacije, srčane i moždane kapi i ateroskleroza, što jako oštećuju ljudsko pamćenje, ostaju i kao najozbiljnije smrtnе bolesti. Često su to najčešći pratioci ljudi na stresnim položajima. Današnje je vrijeme uspješnim lijekovima, prenosnicama na koronarnim žilama i stimulatorima srca donijelo veliku pomoć srčanim bolesnicima, ali usprkos tome ostaje nepromijenjeno stajalište da je srce najvažniji organ za život. Srčane poteškoće djeluju na opće osjećanje i utječu na ponašanje bolesnika. Od političara je bolesno srce, među ostalima, opterećivalo njemačkoga »željeznog kancelara« **Otta von Bismarcka**, Napoleona Bonapartea, američkog političara i četiri puta izabranog predsjednika Franklina Delana Roosevelta i britanskog premijera **Winstona Churchilla**. Uslijed posljedica moždane kapi Roosevelt u pregovorima na Jalti nakon drugog svjetskog rata gotovo da i nije sudjelovao, pa je Staljin dobio bitno bolje polazne položaje. Boljševičkog je ideologa Vladimira Iljiča Lenjina dobivao je tri godine moždane udare, od kojih je zadnjemu i podlegao. Usprkos tome um mu je ostao priseban do kraja. Ne posredno prije smrti pokušao je spriječiti da Staljin postane njegov naslijednik, ali je Staljin presreo njegovu „oporuču“ naslovljenu na Centralni komitet. Danas se također zna da je Lenjin bio i žrtva sifilisa. Bolesti metabolizma, među njima u prvom redu šećerna bolest, a katkad i podagra, snažno utječu na radne sposobnosti čovjeka.

Od gihta su u vrijeme prije poznavanja lijekova patili ponajprije oni gospodari koji su imali na raspolaganju prehranu bogatu bjelančevinama, na primjer brojni članovi poznatih europskih vladarskih obitelji (obitelj Hohenzollern i druge). Ciroza jetre, zatajenje bubrega koje zahtijeva hemodializu, psihosomatske bolesti, neurološke bolesti, na primjer multipla skleroza, Parkinsonova bolest, bolna stanja, migrene, nesanica, bolesti ovisnosti, npr. alkoholizam - sve one slabe radnu sposobnost čovjeka. **Staljin** (1878-1953) bio je među ostalim i teški alkoholičar. Kubanski revolucionar i liječnik **Che Guevara** bio je teški astmatičar.



Ronald Reagan

Produljenje životnog vijeka podrazumijeva također povećanje broja kroničnih i starošću uvjetovanih degenerativnih bolesti kao što su demencija (Alzheimerova bolest - **Ronald Reagan**) i različite onkološke bolesti (**F. Mitterand, V. Havel**). U slavnih ljudi uzela je neslavan udio također i tuberkuloza. Uzročnika te stare bolesti otkrio je pruski liječnik **Robert Koch** (1843-1910), a izlječiva je postala tek nakon otkrića streptomicina i anti-tuberkulotika nakon Drugoga svjetskog rata. Ona je među najvećim ubojicama ljudi koji su imali zbog nje loš običaj pljuvanja, poslije i veliku uporabu pljuvačnica i maramica. Od vladara od nje su bolovali hunski kralj **Atila**, francuski ministar **Richelieu**, francuski kralj **Luj XII.**, venezuelski vojskovoda **Simón Bolívar** i drugi. Od poznatih je vojskovoda tuberkulozu imao austrijski admiral **Wilhelm von Tegetthoff** koji je rođen u Mariboru. Manje je česta bolest astma, koja bolesniku veoma otežava život. Poznati su astmatičari bili na primjer Napoleonov sin **vojvoda od Reichenstada**, američki predsjednik Roosevelt, argentinski liječnik i revolucionar **Che Guevara** i filipinska predsjednica **Corazon Aquino**.

Josip Visarionovič Staljin (1878-1953) bio je, među ostalim, teški alkoholičar



Luj XII.

Sifilis je danas bolest koja pripada povijesti, jer ga medicina uspješno liječi od otkrića salvarzana početkom 20. stoljeća, poslije pak i otkrićem penicilina. Ona spada među spolno prenosive zaraze, a najgore jest to što u kasnijim stadijima donosi duševne promjene sve do pomračenja uma (progressivna paraliza i tabes dorsalis). Nakon što se sifilis iz Novoga svijeta proširio u Europu, a još nije bila poznata njegova zaraznost, njime je inficirano mnogo ljudi iz svih društvenih slojeva, iako je tada prvenstveno bio poznat kao bolest oficira. Budući da je bolest uzrokovala propadanje tkiva, oko bolesnika se širio neugodan vonj, pa su zbog toga počeli upotrebljavati različite parfeme. Bolest je također prouzročila i čelavost koja je oboljele označila, pa su to pokušali prikriti perikama od kose, što je prešlo u opću modu. Od sifilisa su oboljeli npr. turski pirat i admirал **Hajredin Barbarossa**, engleski kralj **Henrik VIII.**, francuski „kralj sunca“ **Luj XIV.**, habsburški **princ Rudolf** i drugi.

Gozbe grčkog Dionisa i rimskego Bacchusa prastari su običaj kojem nije izbjegla nijedna civilizacija. Dok veselje i razbibriga uzdižu pojedinca nad ispraznost svakodnevice, prisutnost alkohola mu ne smeta. Kada pak alkohol zagospodari čovječjim tijelom i dušom, počinje ovisnost. Ona kod mnogih znamenitih ličnosti nije dobro završila. Ne samo da je neke genije potisnula u kut i da su se izjavile nade u uspjeh, nego je često uništila i cijelu obitelj. Poznati su biografski podaci o znamenitim ličnostima kojima je upravljao alkohol. **Aleksandar Veliki** bio je među prvim znamenitim ličnostima koji je javno priznao da ima poteškoće zbog alkohola. **Ulysses Grant** bio je zbog alkoholizma privremeno izbačen iz vojske, ali je nedugo zatim postao predsjednikom SAD-a. Previše je takvih bilo u povijesti čovječanstva da bismo ih mogli na brojiti! Ako se osvrnemo čak i na rimske baka-



Ulysses Grant

naliye koje se slavilo pijančevanjem i prekomjernom razuzdanošću iako promotrimo sadašnjost, gorka je spoznaja koliko iznimnih i nadarenih ljudi nije sačuvalo razuman odnos prema piću. Alkohol kao namirnica, alkohol kao sredstvo za traženje „istine“, alkohol kao „spiritus agens“ za opušteno vladanje i asocijativno razmišljanje poticaj je, ali je opasnost u količini pića, kako je već davno zapisao veliki engleski dramatičar **William Shakespeare**. Alkohol je ovladao mnogim vladarima: pored Aleksandra Velikog, tu je i engleski kralj **Henrik VIII.**, američki predsjednici **Grant** i **Johnson**, a među slavenskim vladarima **Petar Veliki**, Staljin i **Boris Jeljin**. Alkohol je također bio i ostaje sredstvo za uvjerenje birača, čak je i vojnici utapao svijest pred strašnim bitkama.

Ni duševne bolesti nisu mimoilazile vladarske kuće. Rimski car **Kaligula** nije ostao u svjetlim povijesnim uspomenama. Smatrali su ga ludim jer je tražio da njegovu umrлу sestru smatraju božicom, a htio je i svoga kojna imenovati konzulom. Bolovao je od epilepsije kao i makedonski kralj Aleksandar Veliki i rimski car **Gaj Julije Cezar**. Epileptičari su se jako bojali sramote kad bi ih iznenada zadesio napad te bolesti na javnom mestu. Ruski car **Ivan Grozni** (1530-1584), je na primjer, dobio svoj neslavni nadimak zbog svojeg groznog bijesa i nasilja, jer je u navali bijesa



Španjolskoj kraljici Juani la Loca ili Ivani Ludoj (1497-1555), kćeri Izabele Kastiljske oduzeli su prijestolje zbog patološke ljubomore i emotivne opsjedenosti

ubio vlastitog sina! Kasniji ruski car **Petar Veliki** također je bio poznat kao veoma okrutan čovjek. Bez razmišljanja dao je usmrtiti svoga sina i nekadašnjeg protivnika, a ženu mu dao zatvoriti u samostan. Njemački car **Wilhelm** svojom je čvrstom rukom u tadašnjoj je povijesti bio uzor njemačkog državnog vojnog stroja, ali je zastranio i doveo do svjetskog rata. Španjolskoj kraljici **Juani** s nadimkom la Loca (1497-1555), kćeri Izabele Kastiljske, poznatoj po nadimku Ivana Luda, oduzeli su prijestolje zbog patološke ljubomore i duševnog poremećaja. O posebnoj poremenosti možemo govoriti i kod ruske carice **Katarine Velike** jer nije mogla spavati sama, a njezin je zadnji ljubavnik bio od nje čak 40 godina mlađi!

Agresija koja povremeno prelazi granice normalnosti i postaje patološkom također je dio strukture ličnosti nekih vodećih ljudi. Već je rimski car **Neron** bio primjerom za pojam nasilnika. U svom kratkom životu ubio je brata i majku, vlastitu ženu, poubijao brojne ugledne Rimljane te završio samoubojstvom. Zauvijek će ostati neriješena zagonetka je li Neron godine 64. dao zapaliti Rim. Svakako, ostala je sumnja da je požar iskoristio za progon kršćana. Nasilni su također bili neki tjelesno unakaženi vladari; o tome govorio još starorimska izreka »caveat signatum«, boj se označenog! Mnogo su nam bliži slučajevi nekih nasilnih političkih voda i diktatora 20. stoljeća: Španjolac general **Franco**, Austrijanac **Adolf Hitler**, Talijan **Benito Mussolini**, Rusa (opravno rođeni Gruzijac) Staljin, Rumun **Nicolau Ceausescu**, Kubanac **Fidel Castro**, Čileanac August **Pinochet Ugarte**, Kinez **Mao Ze Dong**, Sjevernokorejac **Kim Il Sung**, Kambodžanac **Pol Pot**, Ugandijac **Idi Amin** i drugi. Zanimljivo je da Hitler, osim na izrežiranim javnim nastupima, nije pokazivao nasilničke osobine. Rado se igrao s djecom, imao je čudne hobije i bio ovisnik o mnogim lijekovima.

Zaključak

Hoće li čovječanstvo moći što naučiti iz proučavanih patografija? Hoće li prema njima moći propisati kakve ličnosti ne bi trebale biti na vodećim, naročito na političkim i vojnim položajima? Hoće li osobni liječnik ikada imati pravo da takvom bolesniku namereni „spasonosnu injekciju“ i tako sprijeći zlo? Usprkos tako radikalno izraženoj misli, možemo li zamisliti kako bi bilo da je tako bilo zauzavljeno teško bezumlje 20. stoljeća? Sjetimo se pri tome liječnika koji su u nacističkom bezumlju bili primorani na golem eutanazijski program, a s druge strane ne možemo izbjegnuti činjenicu da je na optuženičkoj klupi poslijepodnevno

ratnog procesa u Nürnbergu bilo i nekoliko liječnika, koji su pod krinkom medicinskih pokusa mučili i ubijali zarobljenike i internirane! Postojala su također razdoblja medicine, kada je tadašnja doktrina donosila više lošega nego dobrog, npr. puštanje krvi u srednjem vijeku, zbog čega je umrlo i nekoliko okrunjenih glava. Welška princeza **Charlotte Augusta** (1796-1817) bila je tako „liječena“ za vrijeme trudnoće, pa je umrla dan poslije porođaja. Čak je i **George Washington** vjerovao u taj postupak: kod infekcije grla (vjerojatno se radilo o peritonzilarnom apscesu ili o epiglotitisu) izgubio je puštanjem krvi oko 1700 ml te dragocjene tekućine!

To što je zapisano nudi čitatelju na razmišljanje mnoštvo dilema. Bolest vodećih ljudi u mnogim je slučajevima značajno utjecala na tijek povijesti. Bi li povijest bila drugačija da među vladarima nije bilo bolesnika? Jesu li bolesnici na visokim položajima svjesni da im njihova bolest ne smanjuje odgovornost? Jesu li samokritični prema ograničenjima koja im ona donosi? Bolest naime ne može biti opravdanje ni za kakve pogreške. S druge strane, iza vodećih ljudi stoje moćni lobiji koji umanjuju značenje stvarnih voda i njihovog zdravlja, jer ih oni često upotrebljavaju kao svoje orude. Često ti lobiji žele da budu izabrani ljudi „kratke pameti“, jer njima lakše manipuliraju.

Kad se bavimo patografijama, ne možemo a da ne spomenemo vodeće svjetske gospodarstvenike i bankare, koji svojom finansijskom hegemonijom i agresivnom politikom ugrožavaju ljudski prirodnji okoliš i prebivaliště.

Tjelesno i duševno zdravlje najvažnijih svjetskih državnika i drugih vodećih ljudi, npr. gospodarstvenika, moralno bi biti pod budnim okom njihovih liječnika koji su položili Hipokratovu prisegu, ali i javnosti. Nije nužno da javnost zna da neznatne bolesti državnika, ali bi morala biti upoznata s onim sudbinskim bolestima koje bi mogle psihofizički utjecati na njihovo djelovanje. Različite, u prvom redu kronične bolesti, ako ih liječnici dobro nadziru i ne prouzrokuju ozbiljnih teškoća, mogu se spojiti i s najodgovornijim djelovanjima vodećih ljudi. Iako brojne među njima slabe radne sposobnosti i stvaralaštvo, one iscrpljuju bolesnikovu energiju i vremenski ga odvajaju od rada pa koće odgovorno odlučivanje. Znanje i mudrost liječnika trebala bi biti vodećim ljudima pomoći, a njihov savjet vrijedan poštovanja. Velika je odgovornost liječnika također da zna prosuditi do kada treba kriti bolest utjecajnog čovjeka. Antička uzrečica „*Mens sana in corpore sano*“ još uvijek vrijedi, posebno za ljudе na visokim položajima!

(zvonka.slavec@gmail.com)

Duži život za samo 700 kuna mjesечно!

**Intervju s
Miroslavom Radmanom**

Razgovarao (virtualno) Željko Poljak



• Zagrebački dnevnik *Večernji list* od 27. rujna objavio je epohalno otkriće **Miroslava Radmana**. Naslovom preko dvije stranice, od točno pola metra, daje nam na znanje da je otkrio antioksidantni koktel koji će nam produžiti život za samo 700 kuna mjesечно. Dakako da smo se odmah, ljubomorno, pitali zašto je kolega Radman preskočio Liječničke novine i to objavio u Večernjem listu. Znajući da je lakše doći do Obame nego do njega, nema nam druge nego da potkradimo Večernji list i konstruiramo intervju na temelju onoga što tamo piše i onoga što smo načuli. Pa evo ga!

Liječničke novine: Kolega Radman, zašto ste svoje otkriće objavili u Večernjem listu a ne u Liječničkim novinama?

Miroslav Radman: Zar ste zbilja očekivali da će se spustiti na razinu Liječničkih novina, pa jedva sam pristao i na Večernji list koji ima triput veću nakladu od vas.

LN: Ljutite li se još uvijek što je Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti odbila vašu molbu da vas izabere za člana?

MR: Krivo ste obaviješteni, oni su mene gotovo na koljenima molili da se učlanim, ali ja nisam pristao.

LN: Zašto, zabogamloga? Ja bih se ovog časa učlanio, ali me neće.

MR: Razlog je isti kao i kod Liječničkih novina: ne mogu se spustiti na tako nisku razinu.

LN: U Večernjem listu doslovno ste objavili, među ostalim, da je hrana izvor energije. Kako ste došli do toga genijalnog otkrića?

MR: Mukotrpnim desetogodišnjim istraživanjem gomile vrhunskih znanstvenika sa mnom na čelu.

LN: Fantastično! Pa to otkriće zaslužuje Nobelovu nagradu.

MR: Bar tri Nobelove nagrade, molim vas da me ne podcjenjujete.

LN: A kako ste otkrili da koktel od paradajza, čaja i koštice od grožđa produžuje život?

MR: Uzeo sam jednu dozu i odmah sam se osjećao bolje.

LN: A što je s minimumom od stotine ispitanika i kontrolnom grupom?

MR: Pa ja sám vrijedim najmanje kao stotina ispitanika, uza svu svoju poslovičnu skromnost.

LN: Čekajte malo, da se možda ipak ne radi o placebo efektu?

MR: Nemojte biti bezobrazni jer ću odmah prekinuti ovaj intervju.

LN: Oprostite, neću više. Nego, recite, što je glavna zapreka da ljudi ne žive barem stotinu godina?

MR: Kisik.

LN: Kako molim?

MR: Zato jer bez kisika oksidansi ne mogu djelovati.

LN: Zar je vaš koktel ADR od paradajza i koštice od grožđa doista jači antioksidans od svjetski poznatog Troloxa i vitamina C?

MR: Dokazao sam da je jači više tisuća puta (ovo nije tiskarska pogreška - op. ur.).

LN: Lijepo, lijepo, ali zašto mjesечно doza ADR-a košta čak 700 kuna? Nije li to za koštice i paradajz previše?

MR: Zaboravili ste na ambalažu i troškove marketinga.

LN: A možete li meni, kao kolegi, dati popust jer, znate, star sam i bojam se za svoje zdravlje?

MR: Može, uz uvjet da u Liječničkim novinama reklamirate moj ADR.

LN: Naravno, za vaš eliksir mladosti isplati mi se zaboraviti etiku. Na kraju, imate li neku poruku za naše čitatelje?

MR: Navalni narode na moj ADR ako želiš doživjeti stotu. I neka se vaši neuki čitatelji prihvate Večernjeg lista ako ozbiljno misle na permanentnu edukaciju.

LN: Hvala što ste nam poklonili toliko svog dragocjenog vremena.

MR: Ništa, ništa, budite sretni i ponosni što živate u Radmanovoj eri.

.....

TARENJE

produljuje život stanica

Novi antioksidans nekoliko je tisuća puta jači od vitamina C. Radman ga je testirao na sebi i kaže da se osjeća bolje

Zato, braćo, pijmo ga...! 
(op. ur.)

Kongresi, simpoziji i predavanja

Upućujemo organizatore da stručne skupove prijavljuju isključivo putem web stranice Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr) na kojoj se nalazi aplikacija za postupak trajne izobrazbe. U navedenoj aplikaciji potrebno je ispuniti sve obvezatne rubrike.
Za sva pitanja vezana uz pristup aplikaciji možete se obratiti kod gde Tatjane Babić, dipl.iur. i gde Fulvie Akrap u Komoru, na telefon: 01/45 00 830 i fax 01/46 55 465.

- Organizatori koji stručne skupove još uvijek prijavljuju na obrascima Komore, moraju ispunjene obrasce poslati izravno u Hrvatsku liječničku komoru, Povjerenstvu

za medicinsku izobrazbu liječnika, Tuškanova 37, Zagreb ili na fax: 01/4655-465.

- Za prijavu stručnog skupa u Kalendaru «Liječničkih novina» molimo organizatore da na gornje brojeve telefona ili na e-mail dostave slijedeće podatke: naziv skupa, organizatora, mjesto, sat i datum održavanja skupa, kontakt osobu, telefon, fax, e-mail i kotizaciju. Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak «Liječničkih novina», pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju isto dogоворити s poduzećem za marketing «Bonamark» (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01 4922 952, tel 01/4818 603) i to po poslovnim cjenikom za oglašavanje u «Liječničkim novinama».

UREDNIŠTVO NE ODGOVARA ZA PODATKE U OVOM KALENDARU JER SU TISKANI ONAKO KAKO SU IH ORGANIZATORI DOSTAVILI

• edukacija tijekom cijele godine •

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske izobrazbe nalazi se na web stranici: www.hlk.hr

KRATICE

AMZH - Akademija medicinskih znanosti
HAZU - hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a - Hrvatsko društvo
HLK, gen. HLK-a - Hrvatska liječnička komora
HLZ, gen. HLZ-a - Hrvatski liječnički zbor
HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo
KB - Klinička bolnica
KBC - Klinički bolnički centar
MEF, gen. MEF-a - Medicinski fakultet
MZSS - Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH
OB - Opća bolnica
PZZ - Primarna zdravstvena zaštita
SB - Specijalna bolnica

Tečajevi iz kardiopulmonalne reanimacije

Tijekom 2011. godine
Split, doc.dr.sc. Mladen Rakić, mob.: 098/423-455, fax.: 021/556-580, e-mail: mladen.rakic@st.htnet.hr, dr. M. Lojpur, mob.: 091/5242-806
Rijeka, koordinator tečaja dr. Fred Zeidler, tel.: 051/217-223, e-mail: red.zeidler@ri.htnet.hr
Osijek, koordinator tečaja dr. Zlatko Hura, tajnica Dobrila Beljakov, tel. 031/511-502
Slavonski Brod, tajnica tečaja sr. Draženka Nikolovska, tel. 035/447-122/229 1.200,00kn

Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a
Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požeži i Šibeniku
Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Stručna izobrazba i obnova znanja iz područja zaštite od ionizirajućih zračenja pri radu s rendgen uređajima

Hrvatski zavod za zaštitu od zračenja
Hrvatska - permanentno
Dr.sc. Dragan Kubelka, dipl.ing., tel.: 01/660-1031 1.400,00kn

Ultrazvučna dijagnostika dječjeg kuka

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, Klinika za dječje bolesti
tijekom 2011. god.
Nevenka Valičević, tel.: 01/4600-214
5.200,00kn

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2011.god.

BLS (Basic life support - Osnovno održavanje života), kotizacija 300,00kn
Opskrba dišnog puta u CPR-u, kotizacija 400,00kn
Venski put i lijekovi u CPR-u, kotizacija 300,00kn
Defibrilacija i monitoring, kotizacija 400,00kn
Katedra za anestesiologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF
Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2011. godine
Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: dijavor@medri.hr

Hrvatsko psihijatrijsko društvo - Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja - uloga liječnika PZZ - 140 radionica

Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Edukacija iz neurofiziološke tehnike - Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro - Klinika za neurologiju
Kontinuirana individualna edukacija
Papo Željka, tel.: 01/2388-352
200kn po danu edukacije

Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine
Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481
1.200,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, tijekom cijele godine
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju
Zagreb, jednom mjesečno
Dr. D. Milošević, tel.: 4920-013, mob.: 091/7213-113

EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju
Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu
Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731, e-mail: hecimovic@inet.hr

Painmanagement - nove smjernice liječenja boli

12 mesta i gradova u Hrvatskoj
«Belupo» d.d.
Jadranka Jančić Babić, tel.: 01/2481-237

Prave mjere za GERB

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, Nova Gradiška, Sisak, Duga Resa, Varaždin, Čakovec, Zabok, Krapina, Osijek, Lipik, Vinkovci
Jasna Krupica, tel.: 01/3778-896

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran
Lovran, tijekom cijele godine
Nataša Možetić, tel.: 051/710-212
200,00kn

Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

Klinika za neurologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb, Referentni centar MZSS RH za epilepsiju
Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju od 30 radnih dana
Doc.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-374, 2388-358
e-mail: centar-za-epilepsiju@net.hr
200kn po danu edukacije

Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728
Tijekom 2011. god.

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb
Mjesečno, tijekom 2011. god.
Dr. Ivan Pristaš, tel.: 01/4863-243, e-mail: ivan.pristas@hzjz.hr, www.hzjz.hr

Unapređenje zdravlja ljudi treće životne dobi (gerontološke radionice)

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije
Grad Cres, tijekom 2011.god.
Helen Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

Trajna pedijatrijska edukacija - Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti
Rijeka, jednom mjesečno
Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

Izobrazba kandidata za stalne sudske vještak

HLK
Zagreb, tijekom 2011.god.
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830
10.500,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...”

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Tijekom 2011., druga srijeda u mjesecu
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Tečaj trajne edukacije iz ehokardiografije

KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za internu medicinu - Zavod za kardiovaskularne bolesti
Zagreb, tijekom 2011. - trajna edukacija
Prof.dr.sc. Vjeran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937
12.000,00kn

Tečaj iz medicinske akupunkture

HD za akupunkturu HLZ-a
Zagreb, tokom 10 mjeseci, jedna subota i nedjelja mjesečno (po 8 sati)
Dr. Dalibor Veber, e-mail: dr.thew@yahoo.com, mob.: 095/3254-267
http://www.medicinska-akupunktura.com
15.000,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera i osobe u nadzoru - DDD trajna edukacija

Korunić d.o.o.
Zagreb, tri termina tijekom jeseni 2011.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Osnovni principi provedbe DDD mjera u praksi (stanje-mjere-rokovi- obrada-tehnika-zaštita-prosudba)

Korunić d.o.o.
Zagreb, tri termina tijekom proljeća 2011.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Dijabetes mellitus tip 2, epidemiologija, rizici i liječenje

Novo Nordisk Hrvatska d.o.o.
Zoran Milas, tel.: 01/6651-925
on-line

Učinci inkretina izvan gušterića

Novo Nordisk Hrvatska d.o.o.
Zoran Milas, tel.: 01/6651-925
on-line

Inkretini i njihovo djelovanje u dijabetesu tipa 2

Novo Nordisk Hrvatska d.o.o.
Zoran Milas, tel.: 01/6651-925
on-line

Web konferencija - Zbrinjavanje moždanog udara

Bayer d.o.o.
on-line, 10.05. - 10.09.2011.
Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

Komunikacija i komunikacijske vještine u medicini

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. (Časopis Medix)
svibanj - rujan 2011.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819, www.medix.com.hr
test u časopisu

Urogenitalne i spolno prenosive infekcije

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. (Časopis Medix)
Lipanj - rujan 2011. Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819,
www.medix.com.hr
test u časopisu

Obiteljska medicina u Hrvatskoj - Sadašnje stanje i iskustvo u planiranju i provođenju specijalizacije

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. (Časopis Medix)
rujan-studeni 2011. Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819,
www.medix.com.hr
test u časopisu

LISTOPAD

Smjernice za dijagnostiku, konzervativno i invazivno/operacijsko liječenje križobolje

Hrvatsko vertebrološko društvo u suradnji sa Klinikom za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i Klinikom za neurokirurgiju KBC "Sestre milosrdnice"

Zagreb, 18.10.2011.

Marijana Bregni, tel.: 01/3787248, e-mail: marijana.bregni@kbcsm.hr.
150,00kn

Nove smjernice ESC/EAS za liječenje dislipidemija - primjena u svakodnevnoj praksi

PharmaS d.o.o.

Osijek, 18.10.2011.

Snježana Tkalić Pisk, tel.: 044/295-900

Projekt podizanja razine svijesti o važnosti postizanja ciljnih vrijednosti lipidnih parametara u bolesnika s visokim kardiovaskularnim rizikom u Republici Hrvatskoj

Hrvatsko kardiološko društvo

Rijeka, 18., 19., 20., 25., 26.10.2011.

„Penta“, Petra Andrić, mob.: 091/2015-939

Dijagnostika disfunkcije Meibomovih žlijezda - MGD

Hrvatsko oftalmološko društvo HLZ-a

Osijek, 19.10.2011.

Lana Dobrić, dipl.ing., tel.: 01/4611-988

Power of fungi and mycotoxins in health and disease

Hrvatsko mikrobiološko društvo

Primošten, 19.-22.10.2011.

Dr.sc. Maja Šegvić Klarić, tel.: 01/6394-493

240EUR

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Nutrigenomika u prevenciji prekomjerne težine i pretilosti

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 20.10.2011.

Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

Reanimacija u djece

Hrvatski zavod za telemedicinu

Korčula, Vela Luka, Mljet, Supetar, Metković, Lastovo, 20.10.2011.

Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/588-5698

International Congress on Head and neck Tumors

HD za tumore glave i vrata

Zagreb, 20.-22.10.2011.

Dr. Lana Kovač Bilić, tel.: 01/2367-610

sudionci 200EUR, članovi društva 150EUR, specijalizanti 100EUR

4th European School of Social Pediatrics

HLZ, HD za preventivnu i socijalnu pedijatriju

Dubrovnik, 20.-22.10.2011.

Melani Marković, tel.: 01/2442-660

100-300EUR

CroEcho 2011- Hrvatski ehokardiografski skup s međunarodnim sudjelovanjem

Thalassotherapia Opatija

Opatija, 20.-22.10.2011.

Daniel Lovrić, mob.: 091/2724-823

2.000,00kn specijalisti, 1.400,00kn specijalizanti

Tečaj osnova ehokardiografije

Thalassotherapia Opatija

Opatija, 20.-22.10.2011.

Daniel Lovrić, mob.: 091/2724-823

13. godišnji kongres Hrvatskoga reumatološkog društva HLZ-a

HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo

Cavtat, 20.-23.10.2011.

www.reumatologija.org; g_ivanisevic@hotmail.com

500,00kn

44. stručno-znanstveni skup hrvatskih pulmologa s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, Hrvatsko pulmološko društvo

Osijek, 20.-23.10.2011.

Dr. Neven Miculinić, tel.: 01/2385-242, mob.: 091/7923-085
do 15.09. - 1.500,00kn, poslije 15.09. - 1.800,00kn, sponzorsko osoblje
1.500,00kn, osobe u pratnji/umirovljenici 500,00kn

Hitna stanja u ginekologiji, opstetriciji i anestezologiji

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Kl. za ženske bolesti i porode

Zagreb, 21.-22.10.2011.

Dr. Josip Juras, mob.: 091/1668-305
700,00kn specijalisti, 400,00kn specijalizanti

Neuropatska bol - dijagnostika i liječenje

MEF Sveučilišta u Osijeku, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju, KBC Osijek, Odjel za anesteziologiju i intenzivno liječenje, HD za liječenje boli Osijek, 21.-22.10.2011.

Prim. Mira Fingler, dr.med., tel.: 031/511-532, e-mail: fingler.mira@kbo.hr
Dobrila Beljakov, tel.: 031/511-502, e-mail: beljakov.dobrila@kbo.hr
1.000,00kn

Suvremena medicinska nastava obiteljske medicine

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 21.-22.10.2011.

Davorka Vrdoljak, tel.: 021/557-823
250,00kn

10. Simpozij HDML: Medicinska informatika 2011.

HD za medicinsku informatiku

Varaždin, 21.-22.10.2011.

Dražen Pomper, tel.: 042/393-077
500,00kn

Advanced Paediatric life support

KB Split

Osjek, 21.-23.10.2011.

Prof.dr.sc. Julije Meštrović, tel.: 021/556-686
2.400,00kn

XV kongres hitne medicine sa međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći

Novi Vinodolski, 21.-23.10.2011.

Dr. Miro Benčić, mob.: 099/2124-336, 098/470-559
500,00kn

Ultrazvukom vođena regionalna anestezija

MEF Sveučilišta u Rijeci

Rijeka, 21.-23.10.2011.

Dr. Josip Ažman, mob.: 098/878-372

Volite svoje dojke

Hrvatska liga protiv raka

Zagreb, 22.10.2011.

Ilona Sušac, mob.: 091/1955-409

kalendar stručnog usavršavanja

Odabrane teme iz kliničke prakse

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije
Vukovar, 22.10.2011.
Arijana Pavelić, e-mail: apavelic@bfm.hr

Međunarodna škola akupunkture, elektroakupunkture i akupresure i Tuina terapije

HUPED - Hrvatsko udruženje za prirodnu, energetsku i duhovnu medicinu i Međunarodno društvo za tradicionalnu medicinu „Belladona“ u suradnji sa Akademijom za tradicionalnu kinesku medicinu Zagreb, 22.10.2011. - 02.2013.
Prof. Slavica Kraljević, mob.: 099/6772-540,
e-mail: slavica.kraljevic@gmail.com
2.200EUR, predujam 700,00kn prije prvog predavanja

Tecaj iz osnova muskuloskeletalnog UVZ

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 24.-28.10.2011.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Ssimpozij o osteoporosi

HD za kalcificirana tkiva
Zagreb, 25.10.2011.
Romana Blažek, tel. 01/4566-812/822

Okrugli stol

MEF Sveučilišta u Rijeci, Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, Hrv.bioetičko društvo - podružnica Rijeka, Poliklinika Medico Rijeka, Jadran - Galenski laboratorij d.d. Rijeka
Rijeka, 26.10.2011.

Profd.r.sc. Nada Gosić, tel.: 051/651-220

8. simpozij distrofičara Iste - Ususret zdravlju 2011

Društvo distrofičara Iste
Pula, 26.-28.10.2011.
Davor Komar, mob.: 091/6652-222, tel.: 052/217-242

Kronične rane - lokalno liječenje - izazov za kliničare

Hrvatska udruga za rane
Primošten, 26.-29.10.2011.
Dunja Hudoletnjak, mob.: 091/3713-091, e-mail: dhudolet@kbsd.hr
1.500,00kn

Edukacija za predavače na trudničkim tečajevima

KBC Zagreb
Zagreb, 27.10.2011.
Lili Retek Živković, tel.: 01/2442-660

Reanimacija u djece

Hrvatski zavod za telemedicinu
Korčula, Vela Luka, Mljet, Supetar, Metković, Lastovo, 27.10.2011.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/588-5698

VII. hrvatski kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem

Zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba i HLZ, HD za reanimatologiju Zagreb, 27.-28.10.2011.
Dubravka Nemet, tel.: 01/6302-920, fax.: 01/6302-894
e-mail: uhmp-zg@zg.t-com.hr
Od 31.07. liječnici 180,00EUR, med.sestre, tehničari, studenti, stažisti, umirovljenici 100,00EUR - protuvrijednost u kn

5. hrvatski endokrinološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo
Pula, 28.09. - 02.10.2011.
Vesna Borisavljević, A.T.I. d.o.o., mob.: 091/1255-170
500,00kn

Autoimmune bullous diseases - What's new?

HLZ, Hrvatsko dermatovenerološko društvo
Zagreb, 28.-29.10.2011.
Gordana Dučkić, tel.: 01/2368-915
350,00/700,00kn

1. međunarodna konferencija Saveza psihoterapijskih udrug (SPUH)
Savez psihoterapijskih udrug Hrvatske
Zagreb, 29.-30.10.2011.
Dr. Jadran Morović, mob.: 091/2139-962
200,00kn

STUDENI

Zaštita zdravlja adolescenata - tjelesno zdravlje

on-line, 01.11.2011.-01.03.2012.
Pliva Hrvatska d.o.o.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925, www.plivamed.net

Dijagnostika disfunkcije Meibomovih žlijezda - MGD

Hrvatsko oftalmološko društvo HLZ-a
Split, 03.11.2011.
Lana Dobrić, dipl.ing., tel.: 01/4611-988

1. Osnovni tecaj ultrazvuka u hitnim stanjima u djece

MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLZ, HD za perinatalnu medicinu Zagreb, 03.-05.11.2011.
Dr. Boris Filipović Grčić, tel.: 01/2367-602, mob.: 098/1759-087
3.000,00kn

Workshop-Anestezija kod operacija srčanih premosnica na kucajućem srcu, aktualne teme kod kardioanestezije

Magdalena - Klinika za kardiovaskularne bolesti MEF Sveučilišta u Osijeku Krapinske Toplice, 04.11.2011.
Dr. Vlado Juranko, tel.: 01/3360-453, mob.: 099/2529-536, 098/9115-773

Dišni put i mehanička ventilacija u hitnoj medicini

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju i Hrvatski zavod za hitnu medicinu Begovo Razdolje, 04.-06.11.2011.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362, fax.: 01/4677-180,
e-mail: administrator@hzhm.hr, web: www.hzhm.com.hr
Liječnici 1.500,00kn, MS/MT 1.000,00kn

Napredna obuka iz područja zrakoplovne medicine

Agencija za civilno zrakoplovstvo
Zagreb, 04.-26.11.2011.
Dr. Zoran Lolić, mob.: 098/449-522
5.000,00kn

Merck akademija 2011.

Merck d.o.o.
Zagreb, 05.11.2011.
Dr. Jadranka Jancić Babić, tel.: 01/4864-127, mob.: 099/3117-082

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije: Vjerodostojnost idkaza u vještačenjima seksualnog zlostavljanja djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11 Zagreb, 07.11.2011.
Dr. Enes Kušimić, tel.: 01/4862-524
60,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 07.-11.11.2011.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Primjena transkranijskog doplera u procjeni cerebralnog cirkulatornog aresta

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za neurologiju, Ref. centar za neurovaskularne poremećaje MZSS, Ref. centar za glavobolju MZSS
Zagreb, 07.-12.11.2011.
Barnarda Nikić, tel.: 01/3768-282

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“, Kl. za ginekologiju i porodništvo Zagreb, 07.11.-02.12.2011.
Smiljka Mačvanin, Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
10.000kn

Lijekovi i ...

Lijekovi i migrena
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 09.11.2011.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Zbrinjavanje medicinskog otpada - zakonska regulativa i pravilno postupanje

Ekoplanet d.o.o.
Rovinj, 09.11.2011.
Karmen Virč, tel.: 052/213-892
350,00kn

Osnovni tečaj laparaskopske kirurgije Aesculap Akademije

Aesculap akademija d.o.o.
Zagreb, 09.-11.11.2011.
Sonja Šikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2356-772
2.200,00kn specijalizanti, 3.000,00kn specijalisti

Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju 2011.

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 09.-12.11.2011.
Dr. Irena Zakarija-Grković, tel.: 021/557-823,
e-mail:izakarijagrkovic@yahoo.com
2.000,00kn

80

Sanitarno inžinerstvo - Sanitary Engineering

Hrvatska udruga za sanitarno inžinerstvo - Komora sanitarnih inženjera i tehničara (Komora HUSI)
Opatija, 10.-12.11.2011.
Mihaela Staver, dipl.san.ing., tel.: 051/345-609
poslije 20.09. - sudionici 1.200,00kn, studentska kotizacija 500,00kn, osobe u pratnji 500,00kn

Regionalna anestezija i analgezija - primjena ultrazvuka u kliničkoj praksi

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju Šalata 3, KB „Sveti duh“ Zagreb, Kl.za anestezijologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje Zagreb, 11.-12.11.2011.
Iva Kapović, tel.: 01/4566-933, fax.: 01/4566-701, e-mail: ikapovic@mef.hr;
prof.dr.sc. Kata Šakić, tel./fax.: 01/3712-049, mob.: 098/318-317,
e-mail: anestezija@kbsd.hr, www.mef.hr/hdraa
1.000,00kn do 05.03.2012., za specijalizante i članove HDRAA-HLZ 500,00kn

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, 11.11.2011.-28.01.2012.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
9.500,00kn

Prilog spoznajama o značenju prehrane u prevenciji i liječenju bolesti

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 12.11.2011.
Prof.dr.sc. Ivančica Delaš, tel.: 01/4566-757
500,00kn

Radionica postizometričke relaksacije - PIR

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 12.11.2011.
Tonći Štitić, dipl.physioth., fizioterapeut@fizioterapeut.net
800,00kn

Odabrane teme iz kliničke prakse

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije
Dubrovnik, 12.11.2011.
Arijana Pavelić, e-mail: apavelic@bfm.hr

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije: Značaj transfera i kontratransfera u psihoterapiji djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11

Zagreb, 14.11.2011.

Dr. Enes Kušimić, tel.: 01/4862-524
60,00kn

Ultrasound enhanced critical management course USCMS - BL1 (Basic level1) provider - Ultrazvuk u primarnoj, hitnoj i intenzivnoj medicini (Ultrasound life support - USLS - BL1 (Basic Level 1) Provider)

KBC Zagreb, Zavod za intenzivnu medicinu /WINFOCUS/, HLZ, Internističko društvo
Zagreb, 16.-17.11.2011.
Doc.dr. Radovan Radonić, tel.: 2367-478 ili 2367-481
1.000,00kn

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Uloga pravilne prehrane i redovite tjelesne aktivnosti u prevenciji pojave šećerne bolesti
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 17.11.2011.
Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

Simpozij Suvremene spoznaje o ortofacialnim bolestima u Hrvatskoj

Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
Zagreb, 18.11.2011.
Dr. Darko Macan, mob.: 091/4664-075

Suvremena dijagnostika i liječenje bolesti paratiroidnih žlijezda

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC „Sestre milosrdnice“
Zagreb, 18.11.2011.
Dr. Draško Pavlović, mob.: 099/3787-024
300,00 - 350,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

Influenca: Uvijek aktualna i nepredvidiva bolest

Sekcija za respiratorne infekcije HD za infektivne bolesti HLZ-a
Zagreb, 18.-19.11.2011.
Jasminka Blaha, tel.: 01/2826-191
1.000,00kn

Statistička obradba podataka u biomedicinskim istraživanjima

MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 18.-19.11.2011.
Vedrana Marinac Topić, tel.: 051/651-255, e-mail: mi@medri.hr
2.100,00kn

Transfuzijska medicina i koagulacija kod onkoloških bolesnika

HLZ, HD za hematologiju i transfuziologiju
Zagreb, 19.11.2011.
Barbara Baćić, tel.: 01/4600-343
300,00/150,00kn

Odabrane teme iz kliničke prakse

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije
Gospic, 19.11.2011.
Arijana Pavelić, e-mail: apavelic@bfm.hr

Intravenska kontrastna sredstva: prošlost, sadašnjost i budućnost

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 21.11.2011.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Dijagnostika disfunkcije Meibomovih žljezda - MGD

Hrvatsko oftalmološko društvo HLZ-a
Zagreb, 21., 25., 28.11.2011.
Lana Dobrić, dipl.ing., tel.: 01/4611-988

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UVZ

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 21.-25.11.2011.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

12. hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za ginekološku endoskopiju
Zabok, 21.-25.11.2011.
Doc.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: miroslav.kopjar@zg.t-com.hr, igor.maricic2@gmail.com
7.900,00kn

Ultrazvučna dijagnostika abdominalnih i torakalnih organa u dječjoj dobi

Klinika za dječje bolesti, Zavod za dječju radiologiju, Kliačeva 16, Zagreb
Zagreb, 23.-25.11.2011.
Prof.dr.sc. Goran Roić, tel.: 01/4600-100, 098/0998-886

69. dani dijabetologa

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma
Sveti Martin na Muri, 24.-26.11.2011.
Vesna Borisavljević, A.T.I., mob.: 091/1255-170
500,00kn

Plućna funkcionska dijagnostika

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Dječja bolnica Srebrnjak
Zagreb, 24.-26.11.2011.
Aida Begović, tel.: 01/6391-206
1.500,00kn

IX. kongres HD za maksilofacialnu kirurgiju;

III. kongres HD za oralnu kirurgiju HLZ-a
HLZ, HD za maksilofacialnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata, HD za oralnu kirurgiju
Split, 24.-26.11.2011.
Dr. Darko Macan, mob.: 091/4664-075
1.000,00kn

Racionalna farmakoterapija bolesti bubrega i uroloških bolesti u tzv. starijoj dobi

HLZ, HD za medicinsku antropologiju
Zagreb, 25.11.2011.
Dr. Zijad Duraković, tel.: 01/5535-118

Program promicanja dojenja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - Savjetovališta za djecu prijatelji dojenja

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“
Zagreb, 25.-26.11.2011.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
300,00kn po timu zdravstvene zaštite (liječnik i sestra)

Mjesto i uloga kolposkopije u ranoj dijagnostici i prevenciji neoplastičkih promjena vrata maternice i donjeg genitalnog trakta

HLZ, HD za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Zagreb, 25.-26.11.2011.
Blaženka Povšić, tel.: 01/3787-361
4.000,00kn

P.A.I.N. COURS - osnovni

HD za liječenje boli HLZ-a
Rijeka, 26.11.2011.
Gabrijela Šelendić, 01/3764-111

HRCT pluća

Hrvatsko torakalno društvo
Zagreb, 26.-27.11.2011.
Dr. Ante Marušić, mob.: 098/357-213
3.000,00kn

PROSINAC

Znanstveni simpozij "Poremećaji pigmentacije"

HDVD HLZ-a i Kl. Za kožne i spolne bolesti KBC "Sestre milosrdnice"
Zagreb, 02.12.2011.

Dr. Nives Pustišek, g. Hrvoje Beclin, tel.: 01/3787-422
Za simpozij: 400,00kn za specijaliste, 200,00kn za specijalizante
Za radionice: 500,00kn za specijaliste, 400,00kn za specijalizante

Simpozij povodom preseljenja Odjela audiologije i fonijatrije

KBC Zagreb, KL. za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata
Zagreb, 02.12.2011.

Dr. Lana Kovač Bilić, tel.: 01/2367-610, 2367-586

Liječenje boli djece, palijativna skrb

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sestre milosrdnice“, Klinika za dječje bolesti,
HD za liječenje obli, Hrv. pedijatrijsko društvo, Hrv. društvo za palijativnu
medicinu
Zagreb, 02.-03.12.2011.
Dr. Filip Jadrijević Cvrlje, mob.: 091/4600-345
specijalisti 600,00kn, specijalizanti 300,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

Kvalifikacijska obuka za kategoriju 3

Agencija za civilno zrakoplovstvo
Zagreb, 02.-03.12.2011.
Dr. Zoran Lolić, mob.: 098/449-522
1.500,00kn

Hiperimuni gamaglobulini u liječenju zaraznih bolesti

HLZ, Hrvatsko epidemiološko društvo
Zagreb, 03.12.2011.
Dr. Branka Gebauer, mob.: 098/9810-385

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UVZ

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 05.-09.12.2011.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Porodničke operacije

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“, Kl. za ginekologiju i porodništvo
Zagreb, 05.-09.12.2011.
Smiljka Mačvnin, Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
3.000,00kn

Lijekovi i ...

Farmakogenomika - individualizacija terapije
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.12.2011.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Uloga novih MR tehnika u dijagnostici multiple skleroze

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 19.12.2011.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

2012. VELJAČA

2. hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji s međunarodnim sudjelovanjem - Kako medicinu usmjeriti čovjeku

HD za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja HLZ-a i CEPAMET
Zagreb, 09.-11.02.2012.
Ana Jurašić, "Penta", tel.: 01/4628-615, www.psihijatrija-prevcijacija-rehabilitacija.com
za specijaliste do 15.12.2011. 1.850,00kn, nakon 16.12.2011. 2.220,00kn
za specijalizante do 15.12.2011. 1.100,00kn, nakon 16.12.2011. 1.480,00kn

82

HLZ oslobodio umirovljene članove od kotizacija

Nakon tri godine upornog nastojanja Hrvatskog društva umirovljenih liječnika HLZ-a (HDUL HLZ), Glavni odbora Hrvatskog liječničkog zbora jednoglasno je na 10. sjednici pod točkom 8 prihvatio preporuku da članovi HDUL HLZ-a budu oslobođeni kotizacije na stručnim skupovima (to se ne odnosi na društveni dio skupa, izlete i slično). Malo, ali pristojna gesta radno aktivnih članova HLZ-a prema kolegama umirovljenicima, čije mirovine ne omogućuju plaćanje kotizacija! Adresa za eventualna pitanja: tajnistvo@hlz.hr ili kaiczonimir@gmail.com.

Prim. mr. sc. Peter Brinar, dr. med

TORCH i druge infekcije u trudnica i novorođenčadi: epidemiološka i klinička slika, dijagnostika, terapija i prevencija
Hrvatski zavod za javno zdravstvo Republike Hrvatske, KBC Zagreb, HD za mikrobiologiju i parazitologiju
Zagreb, 23.-24.02.2012.
Mario Sviben, 01/4863-268, 4863-269, e-mail: mario.sviben@hzjz.hr
300,00kn specijalizanti, 600,00kn specijalisti

OŽUJAK

Autotransfuzija, tromboprofilaxa i perioperacijsko krvarenje
MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju
Šalata 3, KB „Sveti duh“ Zagreb, Kl.za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje i Klinika za ortopediju KBC Zagreb
Zagreb, 09.-10.03.2012.
Iva Kapović, tel.: 01/4566-933, fax.: 01/4566-701, e-mail: ikapovic@mef.hr;
prof.dr.sc. Kata Šakić, tel./fax.: 01/3712-049, mob.: 098/318-317,
e-mail: anestezija@ksbd.hr, www.mef.hr/hdraa
1.000,00kn do 05.03.2012., za specijalizante i članove HDRAA-HLZ 500,00kn

Neuromuskularne komplikacije šećerne bolesti

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za neurologiju KBC-a Zagreb, HLZ, HD za neuromuskularne bolesti i kliničku elektromioneurografiju
Zagreb, 30.03.2011.
Milica Jug, vrt, doc.dr.sc. Ervina Bilić, e-mail: ervina.bilic@mef.hr,
predbilježbe.poliklinika.nrl@kbc-zagreb.hr, tel.: 01/2376-488,
mob.: 091/5772-725, fax.: 01/2376-564
600,00kn specijalisti, 300,00kn specijalizanti

TRAVANJ

1. Kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za hitnu medicinu i HUMS Društvo hitne medicinske pomoći
Trogir, 19.-21.04.2012.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362, fax.: 01/4677-180,
e-mail: administrator@hzhm.hr, web: www.hzhm.com.hr
Liječnici članovi HDHM 1.300,00kn, ostali 1.600,00kn; MS/MT 1.000,00kn;
specijalizanti, studenti, umirovljenici 500,00kn

RUJAN

22. znanstveni sastanak - Bolesti dojke

HAZU - Razred za medicinske znanosti
Zagreb, 11.09.2012.
Gđa. Sekulić, dr. Prpić, tel.: 01/4895-171
300,00kn

