

Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA

OPERACIJSKI BLOK
STR. 60 ZABRANJEN ULAZ

**Smjenski i turnusni
rad bolničnih doktora:
kvaliteta rada,
dostupnost usluga,
edukacija**

im pressum

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREDNIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska
GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

Prof. dr. Željko Poljak

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

TAJNIK REDAKCIJE

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
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-Kauzlaric

Doc. dr. Hrvoje Šobat

UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek

Nikolina Budić • Egidio Čepulić

Stella Fatović Ferenčić

Franjo Husinec • Josip Jelić

Željko Krznarić • Slavko Lovasic

Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahovlić

Ingrid Márton • Hrvoje Minigo

Matija Prka • Dražen Pulanić

Ljiljana Puljak • Katarina Sekelj-Kauzlaric

Andreja Šantek • Ivica Vučak

UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:

"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Tuškanova 37,
e-mail: hlk@hlk.hr ili izravno uredniku.

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

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

Temeljem odluke Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi od
12. prosinca 2005. (Klasa: 612-10/05-01/8. Ur. broj: 534-
04-04/10-05/01), za sve oglase lijekova objavljene u ovom
broju "Liječničkih novina", cijelokupni odobreni sažetak
svjestava lijek te cijelokupna odobrenja uputa sukladni su
člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavlje-
šćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvo-
dima (NN br. 62/05).

"Liječničke novine" su glasilo Hrvatske liječničke komore za
stalešku 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

Novinarica Andreja Šantek

01/45 00 848, e-mail: andreja.santek@hlk.hr

Obljekovanje A. Boman Višić

Tiskar "Mediaprint - Tiskara Hrastić d.o.o."

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

kazalo

LIJEĆNIČKE NOVINE 126 • 15. veljače 2014.

RIJEČ PREDSJEDNIKA KOMORE 3

RIJEČ PREDSJEDNIKA ZBORA 4

IZ KOMORE 5

23. sjednica Izvršnog odbora • Pregled aktivnosti • Kako plaćati dodatni rad u PZZ-u
Smjenski rad u bolnicama • Rad poslije umirovljenja • Etičko povjerenstvo u Vinkovcima

IZ HRVATSKOG LIJEĆNIČKOG ZBORA 14

Stručni savjet o smjenskom radu u bolnicama • Iz podružnica Vukovar i Split

IZ MINISTARSTVA ZDRAVLJA 18

Novi pravilnici • Outsourcing nezdravstvenih djelatnosti

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 20

Imunološki zavod • Štrajk u mirovanju • Babić i dalje predsjednik
Nova farmakološka metoda u „Ruđeru“ • Javno-privatno partnerstvo u KBC-u Rijeka
Osnovan HUBOL • Proizvodi s laserom • Dodatak Farmakopeji • Lijekovi za hitnu kontracepciju
Tečaj porodništva • Prvi Cochrane doktorat • Odlikovan njemački oftalmolog
Tim za dermoskopiju • Hitna služba ubuduće: 194

IZ HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 25

Koncesionare ne zanimaju dežurstva? • Honoriranje peer grupe
Veći bolnički limiti • Projekt eSmjernice

ZDRAVSTVENI SUSTAV 30

Hrvatska pala za 2 mjesta u Eurohealth Indexu

MEDICINSKA ETIKA 32

Javno o odnosu liječnika i industrije

IZ AKADEMIJE MEDICINSKIH ZNANOSTI 34

Dies academicus – prof. Barac laureat

ZDRAVSTVO U SVIJETU 35

Dan svjesnosti o antibioticima

FARMAKOTERAPIJSKE TEME 36

Nuspojave lijekova • Rezistencije na antibiotike
Alternativa antibioticima

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA 43 i 57

Algoritmi u GI-endoskopiji i UZV-u • Novosti iz humane genetike

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 47

ALGOLOŠKA TEMA 58

Premalo se uči o boli

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 61

Pušenje u trudnoći

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 65

Karlo i Francesco Lanza

OBLJETNICE 70

Klinika za infektive bolesti • Tx program u KBC-u Zagreb
120 godina HMS-a u Hrvatskoj • 10 godina ambulante za liječenje boli KBC-a Split

INTERVJU 76

Nizozemska obiteljska medicina

IZ POVIJESTI SVJETSKE MEDICINE 78

Naslijeđe Hansa Selyea

ZANIMLJIVE LIČNOSTI 80

Osjesčanin Oscar Nemon i Freud

LIJEĆNICI KNJIŽEVNICI 82

Pjesnik Jure Vujić

PATOBIOGRAFIJE 85

Hrvatski skladatelji, I. dio

BOLJE HUMOR NEGO TUMOR 86

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 88

Slika na naslovnicu: KB Dubrava, snimila Andreja Šantek

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

Zbog smjenskog rada bolnički liječnici traže žurnu reakciju nadležnih institucija

• U 2014. godinu ušli smo sa zebnjom, ali i nadom da će biti bolje. Za bolničke doktore stupanjem na snagu novog Kolektivnog ugovora, koji nije potpisao predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata, dogodile su se značajne promjene. Uveden je rad u smjennama i turnusima. Takva organizacija rada na prvi pogled izgleda povoljna za doktore, jer više ne smiju raditi neprekidno dulje od 16 sati. To znači da će imati više slobodnog vremena. Međutim, svima je jasno da takav rad u većini bolnica nije moguće organizirati bez rizika za održavanje sadašnje kvalitete zdravstvenih usluga. Činjenica je da bolničkih specijalista ima pre malo, a još ih je manje u usporedbi s brojem prije nekoliko godina. Dodamo li k tome odlazak ili namjeru odlaska mnogih bolničkih doktora iz Hrvatske, bit će stanje u bolnicama zbog nedostatka specijalista i subspecijalista još gore. Iako smo svjesni da se moraju poštivati zakoni i propisi koji su usklađeni s onima u EU, Hrvatska liječnička komora, upoznata sa stanjem u našim bolnicama, poduzela je niz mjera za rješavanje ovog problema. O tome možete čitati na našoj web stranici. Na naš poticaj održana je i tematska sjednica Stručnog savjeta HLZ-a na kojoj su predstavnici Komore prikazali trenutačno stanje kako u Hrvatskoj, tako i u nekim zemljama članicama EU-a. O toj sjednici možete čitati u ovom broju LN-a. Nadam se da će odgovorni naći načina da se ukine ovakva neprimjerena organizacija rada bolničkih liječnika koji se, osim odgovorne zadaće liječenja pacijenata, moraju brinuti i o izobrazbi mlađih kolega - studenata, stažista i specijalizanata.

Nedostatak liječnika u Hrvatskoj neugodna je činjenica na koju upozoravamo godinama, a naša prognoza da će ih velik broj napustiti Hrvatsku poslije ulaska u EU, nažalost se ostvaruje. Do kraja siječnja o. g. od nas je 341 član Komore zatražio i dobio dokumente potrebne za rad u državama EU-a i EGP-a. Zabrinjava što su to u prosjeku mlađi članovi, prosječno od 37 godina, među njima oko 60 posto bolničkih liječnika, specijalista i subspecijalisti. Odlazak iz zemlje aktivno im pomažu brojne agencije iz zemalja članica EU-a, nudeći vrlo primamljive uvjete života i rada. S druge pak strane, interes građana



EU-a za rad u Hrvatskoj vrlo je skroman, dok je sveukupni interes liječnika za rad u našoj zemlji oko tri puta manji nego interes za odlazak. Srećom, raste zanimanje građana EU-a za specijalizacije i subspecijalizacije pod mentorstvom naših stručnjaka i na vlastiti trošak.

S ulaskom u EU naša je Komora dobila vrlo značajne nove ovlasti. Jedna je od njih priznavanje svih stručnih kvalifikacija stečenih u drugim državama. U tom složenom i odgovornom poslu nailazimo na potekoće zbog nejasno definiranih zakonskih propisa pa intenzivno surađujemo s Ministarstvom zdravlja da se te poteškoće otklone. Tražimo i imamo obećanje da će u saborski postupak ubrzo ući Zakon o liječništvu s našim prijedlozima što smo ih dali nedavno, a neke još prošlog proljeća. Prim. Katarina Šekelj-Kauzlaric sudjeluje u ime svih hrvatskih zdravstvenih komora i Ministarstva zdravlja, na njihov prijedlog, u Bruxellesu na sastancima fokus grupe pri EU Komisiji koja radi na primjeni nove Direktive 55/13, a posebice na definiranju europske profesionalne kartice za liječnike i ostale regulirane profesije. Rok za preuzimanje ove Direktive u pravni sustav svih zemalja članica je početak 2016.

U našem zdravstvenom sustavu događaju se također značajne promjene o kojima uopće nismo imali prilike dati svoje mišljenje. To se prvenstveno odnosi na tzv. „master plan“ bolnica. Više puta smo zatražili da se u tako važnim stvarima poštuje mišljenje struke. Ministar zdravlja obećao nam je da će zatražiti naše mišljenje kada posao stručne radne grupe bude dovršen.

Nekoliko sam puta pisao da su svi naši članovi dužni poštivati Kodeks medicinske etike i deontologije. Nažalost, svjedoci

smo obračunavanja nekih naših kolega putem medija. To šteti ugledu naše profesije. Bez obzira o čemu je riječ, treba se suzdržavati od javnih sukoba i držati se odrednica Kodeksa koje kažu da se o svim problemima, posebice onima među kolegama, prvo ima izvjestiti Komoru i pokuša naći rješenje među nama. Isto tako, kada se istupa u medijima treba govoriti istinu i iznositi točne podatke, jer se medicina temelji na istini, koju trebamo primjenjivati prema našem bolesniku, kolegi, drugom osobljju i osobito prema javnosti.

S velikom neugodom primili smo vijest o uhićenju predsjednika Hrvatskog liječničkog sindikata kolege Babića. Nikako se ne želimo i ne smijemo miješati niti utjecati na pravosuđe u provođenju svojih zadataka, ali mislim da spektakularan način postupanja prema liječniku nije bio primjeren. U općem je interesu što brže okončanje ovog slučaja.

Ipak, postupno nam stiže proljeće. Počinje sezona simpozija, kongresa i drugih stručnih skupova. U ovoj godini velik broj naših članova mora obnoviti svoju licencu. Novost je da više nećemo izdavati nove licence, nego će slijedom novih propisa svaki naš član koji stekne za to uvjete dobiti rješenje da može samostalno obavljati svoj liječnički rad u sljedećih šest godina. Zbog puno nejasnoća oko trajne medicinske izobrazbe (CME) i kontinuiranog profesionalnog razvoja (CPD), koji nisu samo naš hrvatski problem, aktivno ćemo sudjelovati na Konferenciji koju organizira Europska udruga medicinskih specijalista (UEMS) i njeno samostalno akreditacijsko tijelo (EACCME) u Bruxellesu krajem veljače. Naš ovogodišnji 7. simpozij početkom travnja u Zagrebu bit će posvećen trajnoj edukaciji liječnika, koja je u našoj zemlji zakonski utvrđena obaveza svih licenciranih liječnika. Obavijesti o njemu nalaze se na našoj web stranici i u našem glasilu. Siguran sam da će na njemu biti dosta sudionika jer će sudjelovati kompetentni predavači iz zemlje i inozemstva i jer će program obuhvatiti obilje atraktivnih i aktualnih tema, među kojima su i mogućnosti sponzoriranja stručnih skupova i edukacije općenito.

Ove godine slavimo 140 godina Hrvatskog liječničkog zbora. Na to trebamo biti ponosni. Veseli me naša suradnja, a kao dugogodišnji aktivni član Zbora i predsjednik naše profesionalne organizacije želim jedinstvo svekolikog liječničkog korpusa, svih naših udruga i aktivnosti, jer samo tako možemo značajnije utjecati na položaj liječnika i na poboljšanje zdravstvenog sustava.

Vaš predsjednik,
Prim. Hrvoje Minigo, dr. med.

Ima li alternative zajedništvu?

*Viribus unitis,
kao povijesno sjećanje*



• Doživjeli smo i uzništvo. Nismo to očekivali. Zar je liječništvo uistinu toliko moćno da ga se utišava silom? Ta snaga budi nadu. Pozdravljam mogućnost koja je dana gospodinu primariusu **Ivici Babiću** da svoju nevinost brani sa slobode. Vjerujemo u pravnu državu i ne želimo ulaziti u ocjenu postupka i aktivnosti pravosudnih tijela u ovom predmetu. Hrvatski liječnički zbor će kao i do sada podupirati legitimne i konstruktivne aktivnosti Hrvatskog liječničkog sindikata u cilju poboljšanja statusa liječnika i funkcioniranja čitavog zdravstvenog sustava.

Prije nekoliko dana svjedočili smo sastanku Stručnog savjeta HLZ-a. Bilo je ugodno i lijepo vidjeti skup na kojem su uz HLZ aktivno sudjelovali Hrvatska liječnička komora, predstavnici medicinskih fakulteta iz Osijeka, Rijeke i Zagreba, nekolicina sancijskih upravitelja te brojni predsjednici stručnih društava i zainteresirane kolegice i kolege. Sastanku je čitavo vrijeme nazičio je ministar zdravlja RH prof. dr. **Rajko Ostojić**. Nakon uvodnih predavanja, pokušali smo u konstruktivnoj razmjeni mišljenja naznačiti rješenja za mnoga aktualna i otvorena pitanja, u prvom redu glede nove organizacije rada liječnika.

Predsjednik HLK-a prim. **Hrvoje Mingo** u uvodu je ukazao na sadašnje stanje zdravstvenog sustava, poglavito s aspekta mobilnosti i manjka liječnika, organizacije medicinske službe i zakonskih normiranja u zemljama Europske unije. Prim. **Katarina Sekelj Kauzlaric** pojasnila je na svoj prepoznatljiv i profesionalan način, pitanja regulative i ljudskih resursa u zdravstvenom sustavu. Prof. **Adrijana Vince**, koja je aktivno sudjelovala u organiziranju i vođenju Stručnog savjeta kao njegova predsjednica, argumentirano je i na osnovi svakodnevnog iskustva u organizaciji medicinske službe i nastave u akutnoj specijaliziranoj bolnici, upozorila na brojna otvorena pitanja koja mnogi prepoznaju kao velike i teško rješive probleme. Ne samo da se značajno narušava organizacija stručnoga dnevnog rada, već upitnim postaje i održavanje redovite nastave. U vehemen-tnom stilu iskusnog praktičara i nastavnika

nastupio je prof. **Vukić**, koji je slikovito opisao gotovo absurdno stanje neurokirurške službe u najvećoj hrvatskoj bolnici. Uvaženi kolega prof. Haller iz KBC-a Rijeka pokušao je holističkim pristupom upozoriti na moguće povoljne učinke nove organizacije, ali nije mogao izbjegći i nedostatke. Naglašavanjem realnog stanja državne ekonomije u izlaganju kolege Hallera kao da su se nadvili sivi oblaci nad čitav zdravstveni sustav, kako danas tako i u skoroj budućnosti. Dekan MEF-a u Zagrebu, akademik **Miličić**, održao je sjajan govor o absurdnoj organizaciji studija medicine u okviru nove organizacije rada u kliničkim bolnicama. Pitanje rada nastavnika, rješavanja kumulativnog radnog odnosa, a napose bri-ga o studentima izviralala je iz svake riječi tog uglednog predavača.

U završnom izlaganju čuli smo već dobro znane činjenice o uvjetima za provođenje programa specijalizacije Ministarstva zdravlja, bez jasnih naznaka je li uopće provedivo u ponuđenoj novoj organizaciji rada. Iz svega se moglo zaključiti da će i ovdje biti u najmanju ruku dosta otvorenih pitanja, od pozicioniranja i uloge mentora pa do vremena koji specijalizanti provode u bolničkim hitnim službama, naspram vremena provedenog na nužnoj specijalističkoj edukaciji.

Zanimljiva rasprava bila je, razumljivo, većinom usmjerena na ministra Ostojića, a on je našao dovoljno snage i volje da bude konstruktivnim čimbenikom čitavog skupa. Nismo niti očekivali da se na jednom

skupu mogu rješiti sva pitanja pa smo se na koncu razišli s ambivalentnim osjećajima. Neki odgovori na važna pitanja nisu nas povezadovoljili, ali kao da su se ipak pojavile i naznake mogućih rješenja. To ipak budi nadu i otvara perspektive za nove razgovore.

Nenadano se tijekom rasprave otvorilo pitanje rada mlađih liječnika i njihovog stava prema profesiji. Osjećam se pozvanim kazati da su mlađi liječnici najvažniji dio čitavoga liječničkog korpusa i da njihova legitimna traženja i razmišljanja otvaraju nove perspektive zdravstvenom sustavu, a njihovi dosljedni stavovi svakako pridonose porastu ugleda liječnika u društvu. Struka se ne štiti samo žrtvovanjem, iako je i to neupitno dio našeg poslanja, već i poštivanjem svog umijeća i znanja, osobito kad su predmet poruga i omalovažavanja.

Drago mi je ovom prilikom istaknuti dolazak kolegica iz KOHOM-a te svakako kolega iz Hrvatske udruge bolničkih liječnika i nadam se budućoj intenzivnijoj njihovoj suradnji s HLZ-om. Nije važno slažemo li se uviјek i u svemu, jer bi to bio put u jednomlje, a to smo, nadam se, ostavili daleko za sobom. Razmijena ideja i stavova, ma koliko oni naoko bili nespojivi, neupitno vodi boljitu svekolikog liječništva. Kolega Goluža nas je izvjestio o terminu održavanja osnivačke skupštine Hrvatske udruge bolničkih liječnika, koju sa zadovoljstvom pozdravljamo.

Za nepuna tri tjedna HLZ će obilježiti na svečan način 140 godina postojanja. Značajan trenutak za kulturu, znanost i nadasve hrvatsku medicinu i kulturu. Već 140 godina hrvatsko liječništvo služi svojoj domovini i svojim sunarodnjacima, prolazeći kroz razne sustave, ratove i svekolike nevolje. Vjerujemo da je u tom trajanju bilo mnogo lijepih trenutaka, plemenitosti i nesebičnog davanja, kojem svjedočimo i danas, nevoljama usprkos. Na tom putu HLZ već 140 godina pokušava biti zrnce pameti te branitelj struke i naših bolesnika. Nadamo se da će tako biti i nadalje, jer država koja bi ugrozila zdravstveni sustava ugrozila bi i svoje građane, a to ne može i ne smije biti ničiji interes, osobito ne interes HLZ-a.

Akademici u HLZ-u naziv je skupa na kojem će nas HAZU počastiti izlaganjima svojih eminentnih članova. Dan poslije je izvještajna, ali i svečarska skupština HLZ-a. A navečer Bal liječnika, u prostoru i ambijentu koji priliči ugledu struke i dobi slavljenika. Radujemo se Vašem dolasku.

*Prof. dr. Željko Krznarić,
predsjednik HLZ-a*

23. sjednica Izvršnog odbora

*U travnju simpozij
Komore u Zagrebu*

Andreja Šantek



Predsjednica Povjerenstva za javno zdravstvo prof.dr. Vesna Jureša
i predsjednik Povjerenstva za primarnu zaštitu dr. Senad Muslić

- Na 23. sjednici Izvršnog odbora održanoj 20. prosinca 2013. predsjednik prim. dr. **Hrvoje Minigo** izvjestio je članove o realiziranim aktivnostima u razdoblju od 21. do 23. sjednice. Izvršni odbor raspravljao je i o ukidanju radne obveze liječnicima, a svoj je stav Komora objavila na mrežnim stranicama. Na sjednici je prof. dr. **Željko Krznarić**, predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora, imenovan članom Uredničkog odbora Liječničkih novina.

Prof. dr. **Tatjana Jeren Beus**, predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika, istaknula je da to Povjerenstvo redovito održava sjednice. Osvrnula se i na nedavne prigovore vezane uz održavanje simpozija koji je bodovala Komora vezane uz kvalitetu predavanja. Jedan od prijedloga, kako bi se ubuduće izbjegle takve konotacije, bio je da se Povjerenstvu dostave sažeci predavanja prije održavanja simpozija. Prof. Jeren Beus također je podsjetila da je propisano što se sve budi i s koliko bodova.

Govoreći o aktivnostima Povjerenstva za bolničku djelatnost, predsjednica prof. dr. **Ljiljana Perić** rekla je da Komora treba zatražiti od Ministarstva zdravlja aktivno uključenje u projekt „Master plan hrvatskih bolnica“ koji predviđa reorganizaciju cijelog sustava, što je od važnosti za Komoru i njezine članove. Naime, zanima nas tko je radio projekt, istaknula je prof. Perić, kako su birani konzultanti i na temelju kojih kriterija te koja je metodologija predloženih promjena u bolničkom sektoru koje se ovih dana iščitavaju u novinama.

Prim. dr. **Josip Jelić** podsjetio je da već treći puta imaju nekakav čudan model snimanja i evaluacije stanja u zdravstvu, naročito u bolničkom sustavu, sve jedan lošiji od drugoga.

„Najprije smo imali predstavnike iz Kanade koji su uzeli ogromne novce i u hotelu Internacional ukazivali na tri crvene, zelene i plave strelice, drugi model je bio iz Portugala. Na treći model, na temelju kojeg

će se donijeti master plan ili restrukturiranje, Komora bi svakako morala reći da je ona u to trebala biti uključena od početka, makar kao promatrač“, istaknuo je prim. Jelić. Prim. Minigo je podsjetio da je za Masterplan bolnica raspisan natječaj temeljem kojeg su izabrani eksperti, a financira ga Svjetska banka. Doda je da će uputiti dopis ministru zdravljia u kojem će navesti da se Komoru ignorira i ne pita za mišljenje a s obzirom na tako važnu problematiku koja se tiče njihovih kolega bolničkih doktora i pacijenata, to je suprotno Kodeksu ponašanja Vlade.

Dr. **Senad Muslić**, predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu, istaknuo je da su vrlo aktivni radili na pristiglim zakonskim aktima. Osvrnuo se na posljednju odluku Vlade o izmjenama i dopunama Uredbe o nazivima radnih mjesta i koeficijentima poslova, dodajući kako je hvalevrijedno da su za bolničke doktore vrlo precizno podijelili koeficijente, dok su za PZZ sasvim smetnuli s umu da u njoj rade i liječnici specijalisti obiteljske medicine, pedijatrije, ginekologije, medicine rada i javnog zdravstva.

Dr. **Mario Malnar** je istaknuo problem primjene Kolektivnog ugovora u PZZ-u, navodeći kako su svi privatnici koji su u ugovornom odnosu s HZZO-om i od njega ostvaruju 50 posto prihoda, obveznici poštivanja Kolektivnog ugovora. To znači, doda je, da u ambulantama PZZ-a neće moći plaćati sestrama otpremnine niti ikakva druga posebna prava. Pojasnio je kako su do sada bili obvezni isplaćivati samo plaće po KU-u, a sada se to odnosi na cjelokupni KU.

„Istovremeno niti HZZO niti Ministarstvo zdravlja ne daje dovoljno novca za to, odnosno daju samo za 10 godina staža sestrara. Liječnici koji imaju manja primanja morat će od svoje plaće dobar dio odvojiti za medicinsku sestraru“, rekao je dr. Malnar.

Prof. dr. **Vesna Jureša**, predsjednica Povjerenstva za javno zdravstvo izvjestila je da je održan sastanak Povjerenstva Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo s predstvincima Komore i HZZO-a, a vezano uz dovršeni Program mjera zdravstvene zaštite. Taj će se Program pretvoriti u dokument u kojem će točno biti navedeno što populacija dobiva. To bi zapravo trebala biti „košarica usluga“, dodala je prof. Jureša, i izrazila nadu da će ga Vlada prihvati.

Prof. dr. **Nenad Ilić**, predsjednik Povjerenstva za stručni nadzor, istaknuo je kako su provedena tri stručna nadzora, i to na Kurgiji u općim bolnicama Požega i Nova Gradiška, zatim na objedinjenom Hitnom prijemu KBC-a Zagreb te u dvije ginekološke ordinacije u Slavonskom Brodu. Prof. Ilić je rekao da, nažalost, nisu uspjeli realizirati budžet koji je



Savjetnik predsjednika Komore prim. dr. Danijel Mrazovac, dr. med.
i Predsjednik Povjerenstva za stručni nadzor prof. dr. Nenad Ilić

predviđalo Ministarstvo zdravlja. Jedan od razloga smanjene aktivnosti bio je štrajk liječnika u bolnicama.

Komisije za imovinu

U nastavku sjednici je rizničar Komore prim. dr. **Vjekoslav Mahovlić** istaknuo da se s 31. prosincem 2013. treba obaviti sav popis imovina i obveza Komore, i to dugotrajne i kratkotrajne nefinansijske imovine, finansijske imovine, potraživanja i obveza. Izvršni odbor imenovao je Komisiju za popis i otpis dugotrajne i kratkotrajne nefinansijske imovine. Za predsjednika te Komisije imenovana je **Vesna Gros**, a za članove **Mijo Karaula**, dipl.iur., **Jelena Matošević** i **Tajana Pilko Koštan**.

Rok za popis i otpis dugotrajne i kratkotrajne nefinansijske imovine je od 13. do 18. siječnja 2014. U Komisiju za popis finansijske imovine, popis potraživanja i obveza imenovani su kao predsjednik prim. Vjekoslav Mahovlić, te **Nikolina Budić**, dipl. iur. i mr. sc. **Tatjana Babić**, dipl. iur. Rok za popis finansijske imovine, popis potraživanja i obveza je od 27. do 31. siječnja 2014. godine.

Finansijsko poslovanje

Prim. Mahovlić govorio je i o finansijskom poslovanju Komore te ustvrdio da su finansije stabilne, iako objektivno prihodi padaju zbog manjka oglasa za Liječničke novine

i zbog sve manjih prihoda liječnika iz kojih se generira njihova članarina.

„To su sve objektivni razlozi i teško da se na njih može utjecati“, naglasio je prim. Mahovlić. Dodata je da je prije sjednice Izvršnog odbora održan i sastanak Nadzornog odbora Komore, koji se u cijelosti slaže s finansijskim poslovanjem Komore.

Govoreći o izboru revizorske kuće koja će provesti reviziju finansijskog poslovanja Komore, prim. Mahovlić je istaknuo da su pristigle tri ponude. Kao najpovoljnija među njima izabrana je ona tvrtke Revidab d.o.o..



Strukovni simpozij

Komora će organizirati strukovni simpozij namijenjen liječnicima i zdravstvenim radnicima te organizatorima i provoditeljima stručnih skupova namijenjenih trajnoj izobrazbi liječnika.

Naziv simpozija je „Organizacija trajne izobrazbe liječnika nakon ulaska RH u EU“, a održat će se u Zagrebu, u petak, 4. travnja 2014. godine u hotelu The Westin.

Skup će bodovati Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika sukladno Pravilniku HLK-a, a kotizacija za skup iznosi 500 kuna.

Svi članovi Izvršnog odbora imenuju se članovima Organizacijskog odbora, a poslove tehničkog organizatora obavljat će agencija Spektar putovanja d.o.o. iz Zagreba, uz suradnju sa stručnim službama Komore.

U programski odbor Simpozija imenjuju se prim. dr. **Hrvoje Minigo**, prof. dr. **Tatjana Jeren**, prim. dr. **Katarina Sekelj Kauzarić**, **Nikolina Budić**, dipl. iur., i **Sanja Vukov-Colić**, dipl. oec.

Obavijesti o Simpoziju bit će pravodobno objavljene u „Liječničkim novinama“ i na mrežnoj stranici Komore.

Tehnička organizacija Simpozija, u dijelu koji se odnosi na agenciju Spektar putovanja d.o.o., bit će utvrđena posebnim ugovorom.

Dopsrednjik Komore dr. Mario Malnar i predsjednica Povjerenstva za ostale bolničke djelatnosti prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzarić



Pregled aktivnosti od 23. prosinca 2013. do 14. veljače 2014. (od 23. do 25. sjednice Izvršnog odbora)

20. prosinca

Sastanak radne grupe za web Komore

14. siječnja

Doc. dr. Vladimir Mozetić, Nikolina Budić, dipl. iur. i Andreja Šantek, dipl. nov., u Opatiji su nazočili svečanom obilježavanju 120. obljetnice osnutka prve hitne medicinske službe u Hrvatskoj koja je radom započela 14. siječnja 1894. u Opatiji

Održan je radni sastanak predsjednika Povjerenstva PGŽ-a doc. Mozetića, administrativne djelatnice Astrid Mikac i tajnika HLK-a Nikoline Budić u sjedištu Županijskog povjerenstva u Rijeci

15. siječnja

Prim. dr. K. Sekelj-Kauzarić sudjelovala je u Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi na sastanku radne grupe za izradu druge verzije hrvatskih akreditacijskih standarda za bolničke ustanove (CroS2)

16. siječnja

Na zahtjev HLK-a prim. dr. Hrvoje Minigo sa suradnicima nazočio je zajedničkom sastanku s ministrom zdravlja, prof. dr. Rankom Ostojićem i zamjenikom ministra prim. mr. sc. Marijanom Cesarikom u vezi s aktualnim događanjima u sustavu zdravstva

Prim. Minigo i prim. Sekelj-Kauzarić su u Ministarstvu zdravlja nazočili sjednici Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine

Prim. Sekelj-Kauzarić i N. Budić nazočile su u Hrvatskoj lijekarničkoj komori na sastanku svih komora u zdravstvu u vezi s profesionalnim karticama zdravstvenih radnika

17. siječnja

Prim. Sekelj-Kauzarić je u Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi sudjelovala na sastanku radne grupe za izradu druge verzije hrvatskih akreditacijskih standarda za bolničke ustanove (CroS2)

20. siječnja

Održan je sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina



Radna grupa za web: dr. Krešimir Luetić, Mario Malnar, Nikolina Budić, dipl. iur., dr. Vedran Ostojić i Tajana Pilko Koštan, dipl.fon.

22. siječnja

Dr. I. Marčeta je u HZZO-u nazočio sastanku Povjerenstva za rješavanje prijepornih pitanja u provođenju PZZ-a iz obveznog zdravstvenog osiguranja (ginekološka ordinacija dr. Vesna Kljajo)

23. siječnja

U Vinkovcima je održana tribina Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a „Uloga i značenje Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju“

Prim. Sekelj-Kauzarić, dr. Ž. Rogić i N. Budić nazočile su sastanku u Agenciji za znanost i visoko obrazovanje u vezi s postupkom priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija

Prim. Minigo je u Zagrebu nazočio otvorenju simpozija povodom obilježavanja 30 godina programa transplantacije koštane srži u KBC-u Zagreb

Prim. je kao član Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora nazočio sjednici tog Odbora (prijedlog uredbe Europskog parlamenta o naknadama Europskoj agenciji za lijekove, prijedlozi Zakona o jedinstvenom tijelu vještačenja, Zakona o potvrđivanju ugovora između RH i RH Crne Gore o socijalnom osiguranju i Zakona o životnom partnerstvu)

Prim. Minigo je u Ministarstvu zdravlja sudjelovao u radu Povjerenstva za priznavanje naziva primarijus

Prim. Sekelj-Kauzarić je u Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi sudjelovala na sastanku radne grupe za izradu druge verzije hrvatskih akreditacijskih standarda za bolničke ustanove (CroS2)

24. siječnja

U Komori održan sastanak Programskog odbora simpozija HLK-a

28. siječnja

Na inicijativu HLK-a nazočili su prvi dopredsjednik HLK-a dr. Marijan Malnar, predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. Senad Muslić i Mijo Karaula, dipl. iur., zajedničkom sastanku u Ministarstvu rada i mirovinskog sustava radi dogovora o načinu sudjelovanja liječnika PZZ-a u postupku obrade zahtjeva za ostvarivanje prava na mirovinu

31. siječnja

Prim. Sekelj-Kauzarić u Bruxellesu je nazočila sastanku Fokus grupe Europske komisije za uvođenje Europske profesionalne kartice kao predstavnica svih reguliranih profesija u zdravstvu i Ministarstva zdravlja

5. veljače

Na zahtjev HLK-a nazočile su prim. Sekelj-Kauzarić, N. Budić, dipl.iur., i M. Lacković, dipl.iur., u Ministarstvu zdravlja zajedničkom sastanku s načelnicom sektora za promicanje i zaštitu zdravlja dr. D. Kramarić sa suradnicama radi dogovora o usklađivanju postupka priznanja inozemnih stručnih kvalifikacija, priznavanja subspecijalizacija i provedbe plana i programa subspecijalizacija

Na inicijativu predsjednika Povjerenstva za PZZ HLK-a su dr. S. Muslić i M. Karaula održali radni sastanak sa županom Zagrebačke županije mr. sc. S. Kožićem radi dogovora o izradi ugovora o zakupu poslovnog prostora koncesionara

6. veljače

Na inicijativu HLK-a održan je u Hrvatskom liječničkom domu 2. sastanak Stručnog savjeta HLZ-a na temu „Utjecaj nove organizacije rada na stručni rad i edukaciju studenata i liječnika“, uz aktivno sudjelovanje predstavnika Izvršnog odbora HLK-a

7. veljače

Prim. Minigoje kao član Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog saboranazičio sjednici tog Odbora (prijeđlog

Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i prijedlog Zakona o zaštiti na radu)

11. veljače

Prim. Sekelj-Kauzlaric održala je u Komori predavanje studentima 6. godine MEF-a u Zagrebu u okviru redovite suradnje s tim fakultetom

13. veljače

N. Budić i M. Karaula su u Zagrebu nazočili seminaru „Aktualnosti u radnim odnosima“

14. – 23. veljače

Temeljem odluke predsjednika HLK-a prim. Miniga upućena je N. Budić na pohađanje osnovne obuke za izmiritelje koja se održava u Hrvatskoj udrizi za mirenje u Zagrebu 14. i 15. veljače te 21., 22. i 23. veljače.

.....

Kako plaćati dodatne mogućnosti rada u PZZ-u

Andreja Šantek

- Nakon poziva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) privatnim zdravstvenim radnicima i zdravstvenim ustanovama na primarnoj razini da dostave ponude za ugovaranje dodatnih mogućnosti (posebno dežurstvo, peer grupa, dodatna medicinska sestra/medicinski tehničar) u 2014. godini u djelatnostima PZZ-a, Komora smatra potrebnim dodatno pojasniti način provođenja i plaćanja tih dodatnih mogućnosti, prvenstveno posebnih dežurstava i sudjelovanja u radu peer grupe. U dopisu koji je predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** uputio HZZO-u skreće se pozornost na činjenicu da su posebna dežurstva definirana isključivo odredbama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 156/13 - dalje: Odluka o osnovama), i to na način da ona sadrži odredbe o vremenu provođenja posebnih dežurstava, načinu utvrđivanja lokacija tih dežurstava odnosno plaćanju posebnih dežurstava putem odgovarajućeg dijagnostičko-terapijskog postupka. Svi dodatni elementi posebnih dežurstava precizirani su isključivo naputcima i obavijestima HZZO-a.

Komora stoga predlaže da se u općim aktima HZZO-a jasno utvrdi svrha, odnosno cilj provođenja posebnih dežurstava, kako bi se s tim odredbama upoznali ne samo

pojedini ugovorni subjekti već i nadležna županijska tijela izravno uključena u organizaciju posebnih dežurstava. Naime, Komora je u proteklom razdoblju višekratno upozoravala županije da ugovori o koncesiji ne uvažavaju sve promjene koje su u međuvremenu nastale, kako na zakonodavnem planu, tako i u propisima HZZO-a u pogledu organizacije sustava hitne pomoći, odnosno načina sudjelovanja zdravstvenih radnika privatne prakse (koncesionara) u njima.

Povod za reagiranje Komore bila je činjenica da pojedinim ugovorima o koncesiji

za obavljanje javne zdravstvene službe nije bila regulirana samo obveza koncesionara da zdravstvenu zaštitu na određenom području pružaju sukladno odredbama ugovora o provođenju PZZ-a iz obveznog zdravstvenog osiguranja sklopljenog s HZZO-om, već su oni dodatno sadržavali i odredbu o obvezi sudjelovanja u pružanju hitne medicinske pomoći u obliku pripravnosti, dežurstava kao i posebnog dežurstva. Pritom se, nažalost, nije vodilo računa o činjenici da se zapravo ne radi o obvezi, već samo o mogućnosti koja je ponuđena privatnim zdravstvenim radnicima te da se njihovo sudjelovanje u dežurstvima i posebnim dežurstvima zasniva na dobrovoljnoj osnovi i posebnom ugovoru sklopljenom s nadležnim zavodom za hitnu medicinu. Komora smatra da bi detaljnije i potpunije reguliranje materije posebnih dežurstava od strane HZZO-a svakako otklonilo niz nejasnoća koje se učestalo pojavljuju u praksi.

Kod posebnih dežurstava, navodi se u dopisu prim. Miniga, smatramo ujedno potrebним definirati način njihova plaćanja u slučaju kada u njima sudjeluju radnici domova zdravlja, odnosno pojasniti obavlja li se u tom slučaju plaćanje sukladno odredbama Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Odluka o osnova-

**Predsjednik
Komore
prim. dr.
Hrvoje Minigo,
priji
dopredsjednik
Komore
dr. Mario
Malnar, dr.
med.**



ma propisuje da se plaćanje posebnog dežurstva obavlja putem dijagnostičko-terapijskog postupka (DTP). Kratki pregled u posebnom dežurstvu (OM197; PD164) za koji je predviđeno da se koeficijent ne umanjuje, a koji uključuje sve potrebne dijagnostičke pretrage i ne uračunava se u propisani limit DTP-a (izuzev 11 i svake sljedeće osigurane osobe opredijeljene za dežurnog doktora). Navedene postupke HZZO-u mogu fakturirati privatni zdravstveni radnici kao i zdravstvene ustanove te se opravdano postavlja pitanje na koji način se sudjelovanje u posebnim dežurstvima plaća radnicima domova zdravlja kada u njima sudjeluju izvan propisanog maksimalnog radnog vremena tjedno (op. posebno dežurstvo provodi se subotom od

15 do 20 sati te nedjeljom, praznikom i blagdanom od 8 do 20 sati). Komora smatra da je u spomenutom slučaju nužno osigurati vrednovanje dodatnog rada zdravstvenih radnika zaposlenih u domu zdravlja sukladno odredbama važećeg Kolektivnog ugovora.

Kada je riječ o sudjelovanju u radu peer grupe, ističemo da se ne radi samo o posebnom DTP-u već i elementu dodatnog posebnog vrednovanja tima PZZ-a (pokazatelj kvalitete – QI). U tom slučaju potrebno je također pojasniti radi li se o aktivnosti koja se provodi u redovno radno vrijeme ordinacije/tima PZZ-a te na koji način se vrednuje rad liječnika zaposlenih u domu zdravlja ako u radu peer grupe sudjeluju izvan redovnog radnog vremena. Konačno, pitanje načina

plaćanja sudjelovanja u radu peer grupe otvara i šire pitanje sudjelovanja radnika domova zdravlja u raspodjeli novca ostvarenog pružanjem dodatnih DTP-a osiguranim osobama.

DTP-ovi predstavljaju mogući dodatni prihod timova domova zdravlja te stoga smatramo da je potrebno na odgovarajući način motivirati spomenute timove na pružanje dodatnih postupaka i cijelovite usluge osiguranim osobama, odnosno omogućiti radnicima domova zdravlja da uprihoduju cijelokupan iznos ili dio sredstava koja su domovima zdravlja isplaćena temeljem ispostavljenih DTP-a.

.....

Smjenski rad u bolnicama opasan je eksperiment

Andreja Šantek

• Temeljem naputka ministra zdravlja prof. dr. **Rajka Ostojića**, proteklih se tjedana u bolnicima počela provoditi nova organizacija rada, i to kroz smjenski i turnusni rad. No, ovaj se naputak u praksi vrlo brzo pokazao lošim, i to prije svega zbog premalog broja liječnika potrebnog za ovakav način rada, zbog čega nije moguće pacijentima osigurati kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu skrb.

Na prozivke zbog uvođenja smjenskog rada, za koji i Hrvatski liječnički sindikat tvrdi da ga nije moguće provesti, ministar Ostojić istaknuo je da su time preslikana dobra europska iskustva. Najavio je da će se idućih mjeseci analizirati primjena u praksi te kako "ostaje mogućnost da se u nekim klinikama i odjelima, ako bude potrebno, vrati prethodna organizacija rada". Ono što bi mogla pokazati analiza Ministarstva jest to da je ovakav način rada uzrokovao povećanje plaće zdravstvenih djelatnika, ali i smanjenje broja pruženih usluga, čime ustvari ova odluka ide na štetu pacijenata. Ako imaju bolje plaće a manje rade, kako nam je rekao jedan liječnik koji je želio ostati anoniman, pitali smo ga zašto onda protestira.

"Zato što ne želim da se sustav uruši, a ova odluka upravo vodi u tom smjeru", objasnio je.

Komora je, nakon informacija koje je prikupila iz bolnica, upozorila ministra Ostojića na sve negativnosti koje mogu proi-

steći iz uvođenja smjenskog, odnosno turnusnog rada liječnika, a sada se našla u neprilici da javnosti mora tumačiti kako liječnici ne napuštaju svoje bolesnike već samo poštuju odluke svog poslodavca o radnom vremenu. Komora je ponovno upozorila na nedostatak liječnika, zbog čega brojne ustanove uopće ne mogu organizirati rad u smjenama i turnusima.

U Povjerenstvu za bolničku djelatnost Komore ističu da postupanje prema naputcima Ministarstva zdravlja u praksi znači da je odgovornost ostala ista odnosno individualna, da liječnici manje vremena provode uz bolesnike, da izostaje kontinuirano isvakodnevno praćenje stanja bolesnika te da se povećava bojazan od ishoda liječenja.

U Povjerenstvu postavljaju pitanje opravdava li to cilj Ministarstva u vidu smanjenja izdataka za plaće budući da ove odluke rezultiraju redukcijom kvalitete i slabijeg uspjeha liječenja, što je neminovno na štetu bolesnika. Stoga se Povjerenstvo za bolničku djelatnost na čelu s predsjednicom prof.dr. Ljiljanom Perić protivi smjenskom i turnusnom radu, ali i novoj organizaciji (ustroju) rada na odjelima, zavodima i klinikama, te traži Strukovni kolektivni ugovor, kao i uvid u Master plan bolnica. U Povjerenstvu ističu da žele aktivno sudjelovati u razvojnomy projektu sustava zdravstva, a posebno bolničkog sustava.

I u Hrvatskoj udrudi bolničkih

liječnika (HUBOL) misle da je uvođenje smjenskog rada u bolnicama, isključivo radi finansijskih ušteda, eksperiment Ministarstva koji je osuđen na neuspjeh. Smjenski rad je neprovediv dok oko 25 posto liječnika nedostaje u hrvatskim bolnicama, a broj pojedinih zahvata je prepolovljen od uvođenja smjenskog rada početkom godine.

"Od 1. siječnja ove godine prepolovljen je broj bronhoskopija, kao i broj endoskopskih i drugih terapijskih postupaka. Broj ugrađenih 'pace-maker' smanjen je upola, u KBC-u Sestre milosrdnice u prva tri tjedna bilo je čak 47 posto manje operacija nego u istom razdoblju lani, a svakodnevno rade samo dvije do tri od ukupno pet kirurških sala", rekao je tajnik HUBOL-a dr. **Krešimir Luetić**.

Predsjednik HUBOL-a dr. **Trpimir Goluža** naglasio je da se nova organizacija rada uvodi bez simulacija kako će to izgledati u praksi, ali i bez sudjelovanja onih koji u tom poslu izravno sudjeluju. Naglasio je da je HUBOL izradio simulaciju što uvođenje smjenskog rada znači za jedan multidisciplinarni odjel za intenzivno liječenje. Kao dobre strane smjenskog rada HUBOL ističe manje mjesecnih radnih sati za liječnike u JIL-u, sukladno normalnoj mjesecnoj satnici, kao i ušetu zdravstvenog novca na trošku jedne mjesecne liječničke satnice, te na troškovima koji su umanjeni kao posljedica umanjene kvalitete i kvantitete pruženog liječenja. Kao loše strane smjenskog rada HUBOL navodi gubitak mjesecnih radnih sati na odjelu u visini čitave mjesecne satnice jednog liječnika i značajno smanjenu skrb nad pacijentima u odnosu na dosadašnji način rada, zatim pad 'worked hours per patient day' indeksa za više od jedne petine, što ujedno predstavlja i toliko smanjenje pružanja zdravstvenih usluga, zatim gubitak kontinuiranosti i cijelovito-

sti zdravstvene zaštite, što znači da odjeljni liječnici više ne sudjeluju u svakodnevnom liječenju bolesnika. Negativna strana, dodao je dr. Goluža, ogleda se i u potencijalnoj opasnosti da 10 posto radnih dana u mjesecu (od 8 do 16 sati) JIL bude bez liječnika.

Smjene onemogućuju edukaciju liječnika

Osim pada kvalitete liječničkog rada i slabije usluge za pacijente, novi način organizacije rada izravno utječe i na edukaciju, o čemu je prošlih tijedana također bilo puno govora u stručnoj javnosti. Dekan MEF-a u Rijeci prof. dr. **Alan Šustić** kaže da je bio neugodno iznenaden time što je uprava KBC-a Rijeka uvela smjenski rad bez ikakve pretvodne konzultacije s upravom MEF-a.

„Ovaj je postupak u dubokoj suprotnosti s dosadašnjim dugogodišnjim (dobra) odnosima ovih dviju ustanova, a koje su po prirodi svojih funkcija međusobno ovise i isprepleteni brojnim zajedničkim interesima. KBC je nastavna baza MEF-a te je i u preambuli Statuta KBC-a taj definiran kao visokospecijalizirana javna zdravstvena ustanova u kojoj se planira, organizira i provodi medicinski, nastavni i znanstveni rad. Uvođenjem smjenskog rada praktički je onemo-

gućen kvalitetan nastavni proces na većini studijskih programa (medicina, dentalna medicina, sestrinstvo, fizioterapija, primaljstvo), a znanstveno-istraživački rad izrazito otežan, što će zasigurno imati nesagledive posljedice i za MEF i za KBC”, kaže prof. Šustić, koji je o ovome izvjestio ravnatelja KBC-a prof. dr. **Hermana Hallera**.

Prof. Šustić navodi da su uvođenjem smjenskog rada nastavnici/suradnici u nastavi primorani da dio nastavnih obaveza obavljaju u slobodno vrijeme. Stoga je tako zaključiti, dodaje, da će se zbog odluke uprave KBC-a dio kliničke nastave na jednom javnom i uglednom medicinskom visokom učilištu obavljati na volonterskoj bazi, što je potpuno neprihvatljivo i zasigurno predstavlja europski presedan „par excellence“.

„Osim toga, dio nastave koji je usmjeren stjecanju specifičnih kliničkih vještina i kompetencija isključivo se uči u radu s bolesnicima i naprsto ga nije moguće ostvariti izvan radnog vremena. Također, gubitkom određenog broja nastavnika iz svakodnevнog edukacijskog procesa, a što je neminovna posljedica uvođenja smjenskog rada, primjena Bolonjskog procesa kao temeljnog obrazovanog modela europskih sveučilišta postaje doslovno nemoguća misija. Naposlijetu, određen broj nastavnika uključen je i u strukturirani mentorski sustav specijalističkog usa-

vršavanja, što je uvođenjem smjenskog rada također izrazito otežano; jednostavnom se matematikom može izračunati kako će neki mentori svoje specijalizante osobno moći nadgledati i educirati svega pet do šest dana mjesečno”, navodi prof. Šustić. S druge strane, dodaje, smanjena znanstvena djelatnost, koja će također biti posljedica ovakve organizacijske sheme, dodatno će reducirati ionako razmjerno skroman broj kliničkih istraživanja lijekova ili terapijskih i dijagnostičkih postupaka u KBC-u i imat će izravne stručne i ekonomski posljedice te će samim time padati kvaliteta liječenja bolesnika. Smjenski rad je, kaže, zbog svoje neekonomičnosti ekstremno rijedak oblik organizacije rada u europskim bolnicama i rezerviran je samo za specifične struke.

Prof. Šustić ističe da ne zna niti za jedan primjer akademske medicinske ustanove u kojoj nastavnici/suradnici u nastavi rade u smjenama.

“Naposlijetu, ovakav oblik rada izrazito je u suprotnosti s deklaracijom iz Vilniusa (preporuke glede moderne organizacije zdravstvenih sustava orientiranih prema stanovništvu, održivih i inkluzivnih), dobroj praksi i logici funkcioniranja akademskih medicinskih ustanova u razvijenim zemljama”, zaključuje prof. Šustić.

.....

Dopušten rad poslije umirovljenja

Andreja Šantek

• Novi Zakon o mirovinskem osiguranju (NN 157/13), koji je stupio na snagu 1. siječnja 2014. Godine omogućava osobama koje su ostvarile uvjete za starosnu mirovinu i odlučile nastaviti radni odnos ne više s punim radnim vremenom, nego do polovice punog radnog vremena kojeg su radile prije ispunjenja uvjeta za starosnu mirovinu, da steknu pravo na starosnu mirovinu od dana s kojim su po ispunjenju uvjeta nastavili rad do polovice punog radnog vremena.

Ovom odredbom, kako je pojasnio ministar rada i mirovinskog osiguranja prof. dr. **Mirando Mrsić**, omogućuje se svim radnicima, pa tako i zdravstvenima, koji su ostvarili uvjete za starosnu mirovinu i koji odluče nastaviti raditi do polovice punog radnog vremena, da istovremeno ostvaruju pravo na



Ministar rada i mirovinskog osiguranja
prof. dr. Mirando Mrsić

mirovinu i plaću temeljem ugovora o radu koji će sklopiti s poslodavcem. Ti su liječnici obveznici plaćanja doprinosa i poreza, pojasnio je ministar Mrsić.

No, ostalo je još mnogo nejasnoga, zbog čega je Komora uputila dopis mi-

nistarstvima zdravlja i rada i mirovinskog osiguranja u kojem traži dodatna tumačenja. Primjerice, ispunjavaju li pružatelji zdravstvenih usluga (privatne prakse/zdravstvene ustanove/trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti) koji rade izvan mreže javne zdravstvene službe propisane uvjete u pogledu potrebnih zdravstvenih kadrova u slučaju kada liječnike i druge zdravstvene radnike zapošljavaju na manje od punog radnog vremena? Također se postavlja pitanje mogu li liječnici koji su ostvarili pravo na starosnu mirovinu nesmetano nastaviti obavljati zdravstvenu djelatnost kao nositelji vlastitih privatnih praksi izvan mreže javne zdravstvene službe osnovom rada do polovice punog radnog vremena (dakle, oni koji nisu u ugovornom odnosu s HZZO-om i nisu u mreži budući da se na ostale prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti primjenjuje odredba da se s navršenih 65 godina i 40 godina staža ide u mirovinu po sili zakona?).

Komora smatra kako će odgovarajuća mogućnost dodatnog zapošljavanja umirovljenih liječnika zasigurno pomoći da se ublaži trenutni nedostatak zdravstvenih radnika.

.....

Etičko povjerenstvo u Vinkovcima



Prof. dr. Mirjana Sabljar Matovinović, predsjednica Povjerenstva za etiku i domaćin skupa dr. Marija Švagelj, predsjednica županijskog povjerenstva Vukovarsko-srijemske županije

• Hrvatska liječnička komora, odnosno članovi Povjerenstva za etiku i deontologiju, organizirali su 22. siječnja u Vinkovcima tribinu za tamošnje članove Komore na kojoj se razgovaralo o ulozi i radu Povjerenstva. U svom je predavanju predsjednica Povjerenstva prof. dr. **Mirjana Sabljar Matovinović** naglasila da je vrijeme u kojem živimo teško na svim razinama društva, a posebice za liječnički stalež koji je izložen različitim kritikama sa svih strana, pa i s najviše državne razine. Dodala je da se liječnici osjećaju ugroženima u svojim pravima te da je njihov svakodnevni rad jako otežan. Neki od liječnika, rekla je, svoje opravdano nezadovoljstvo iskazuju mišljenjem da Komora ne radi dovoljno za liječnike te da nije dovoljno prisutna pri rješavanju problema niti dovoljno glasna u obrani liječničkog staleža. S druge strane, istaknula je prof. Sabljar Matovinović, liječnici nisu uvijek potpuno informirani o tome što Komora ustvari radi niti koje su njene zakonske ovlasti.

„Takov zaključak jasno je proizašao iz analize ankete o aktivnostima Komore objavljene u Liječničkim novinama. U toj su anketi prikupljeni podaci u kojih mjeri su članovi Komore upoznati s aktivnostima Komore u okviru njenih zakonskih ovlasti. Zaključak

je da Komora mora poraditi na informiranju članstva o svojim ovlastima pa je stoga organiziran i ovaj sastanak“, rekla je prof. Sabljar Matovinović, koja je 70-oro prisutnih liječnika u nastavku pokušala približiti djelokrug rada jednog od stalnih povjerenstva Komore.

Jedno od područja kojim se bavi ovo Povjerenstvo su odnosi između bolesnika i liječnika. Dopisi, žalbe i predstavke koje stižu u Povjerenstvo najčešće se odnose na nekorektni postupak prema bolesnicima, neljubaznost liječnika, sumnju na pogrešno liječenje (što prvenstveno rješava Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor Komore s kojim ovo Povjerenstvo usko surađuje), povrede privatnosti bolesnika, davanje informacija o pacijentima, neudovoljavanje (prema mišljenju bolesnika) opravdanim zahtjevima za liječenje, za bolovanja, za procjenu radne sposobnosti te uskraćivanje informacija o bližnjima. Povjerenstvo se bavi i pitanjima davanja i primanja mita, no, kako je istaknuto, dokumentiran je samo jedan takav slučaj. Prof. Sabljar Matovinović naglasila je da u slučaju kada temeljem priložene dokumentacije proizlazi utemeljena sumnja da je liječnik tražio mito, a što nije moglo biti dokazano budući da Povjerenstvo ne provodi istražne radnje već se njegina mišljenja temelje na predstavkama podnositelja i očitovanja prozvanih liječnika odnosno na postojećoj dokumentaciji u spisu, tada se potencijalnom počinitelju upućuje osobno pismo u nadi da će, ako je objeda istinita, sam promjeniti svoje ponašanje.

S druge strane, i liječnici traže da ih Komora zaštiti od pacijenata, i to zbog različitih oblika mobinga i maltretiranja na poslu. Najčešće je riječ o slučajevima kada liječnici, držeći se važećih propisa, ne udovoljavaju željama bolesnika za izdavanje recepta

Djelatnice stručnih službi Komore
Ivančica Kalšan, zapisničarka, i Radmila Rumeč-Črne, tajnica Povjerenstva za etiku i medicinsku deontologiju

za lijekove koji nisu na listama HZZO-a ili se ne propisuju za određene indikacije. Liječnici imaju neprilika i kad ne odobravaju veći stupanj invalidnosti od one koju su utvrdili uvidom u zdravstvenu dokumentaciju i pregledom bolesnika, kad ne udovoljavaju željama bolesnika za određenim beneficijama ili ne izdaju mišljenja koja bi bolesnicima trebala poslužiti za neutemeljena traženja odštete. Na tribini je bilo riječi i o fizičkom napadu jednog psihijatrijskog bolesnika na liječnika kada taj nije mogao, temeljem važećih propisa, udovoljiti bolesnikovo želji bolesnika za određenim beneficijama. Zbog tog je slučaju nadopunjeno Kodeks liječničke etike i deontologije pa u slučaju kada bolesnik ima duševnu bolest, liječnik koji za tu bolest zna mora o tome obavijestiti kolegu koji će se vjerojatno susresti s tim bolesnikom.

Povjerenstvo dobiva i pritužbe o odnosu među zaposlenima, odnosno između prepostavljenih i zaposlenika, kao što je, primjerice, obaveštanje kolege da je dobio specijalizaciju, a zatim povlačenje odluke u roku od 24 sata, povlačenje obilazaka na specijalizaciju, nepoštivanje ravnatelja, uskraćivanje prava na dežuranje, uskraćivanje prava na edukaciju i mobing na poslu. Pojedini se predmeti, rečeno je, vraćaju u ustanovu budući da zadiru u sindikalna prava, dok se neki vraćaju i zato što se o njima nije očitovalo Etičko povjerenstvo same zdravstvene ustanove. U slučajevima u kojima su na suprotnim stranama kolege liječnici najčešće su tvrdnje o nestručnosti ili pak prijavama protiv liječnika koji zbog osobne promocije objavljaju slike pacijenata bez njihovog pristanka.

Slijedećeg dana u Vinkovcima je održana redovita sjednica Povjerenstva.

Andreja Šantek

.....



Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Berislav Barbalic**, dr. **Valerija Bartolić**, dr. **Barbara Ravnica**, dr. **Mario Starešinić**, dr. **Vesna Vrban-Sever** prijavili gubitak liječničke iskaznice HLK-a, a dr. Mario Starešinić oštećenje liječničke iskaznice. U roku od 30 dana od objave gubitka, otuđenja ili uništenja liječničke iskaznice u službenom glasilu Liječničkim novinama, Komora, odnosno izdavatelj iskaznice, liječnicima će izdati novu iskaznicu.

Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske lječničke komore i časopisa Medix

Rezultati testiranja za broj 106 (srpanj 2013.)

• Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena lječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu « Depresija - etiologija, dijagnostika i liječenje » objavljenih u časopisu MEDIX broj 106 srpanj 2013. godine. Svi kandidati time su ostvarili 7 bodova, sukladno Pravilniku HLK. Napominjemo da posebne potvrđnice neće biti dostavljene, nego će se kao potvrda koristiti popis objavljen u Lječničkim novinama za veljaču 2014.

Čestitamo svim sudionicima koji su pravodobno odgovorili na postavljena pitanja. Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

Uredništvo

Popis lječnika koji su točno odgovorili na više od 60% pitanja u testu MEDIX-a

| | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Alfirević Helena | Butorac Šegulja Milojka | Janković Iva |
| Antonić Željka | • | Janković Mirjana |
| • | Carić Tanja | Jedvaj Ivana |
| Baboselac Ankica | Cecić Sule Deana | Jelavić Silvana |
| Bačić Anita- Sarah | Cetinić Balent Nataša | Jelić Josip |
| Bajek Marin | Cezner Bačić Jasmina | Jerbić Boris |
| Bajo Dadić Margareta | Cindrić Bošnjak Marjana | Jerbić Cecelja Martina |
| Balković Vanda | Cizler Olga | Jeremić Jasna |
| Balog Sandra | Copić Marija | Jović Milena |
| Bančić Bogoljub | Crtljenko Vesna | Jović Zlatović Josipa |
| Banjac Dijana | Crnković Željko | Jozić Radovan |
| Banjan Ana-Marija | Cvečić Ana | Jurić Banai Sanja |
| Barać Ivan | • | Jurić Ilijia |
| Barać Katija | Čaklovic Marija | Jurin Zdravka |
| Bardač Zelić Sunčica | Čelebić Ilija | Jurkas Dragutin |
| Barišić Anita | Čičak Dejan | Jurković Jakovac Anita |
| Barišić Mirjana | Čičmak Smirnjak Ljiljana | Jurković Krolo Vesna |
| Batagelj Matulja Vesna | Čošić Maja | Jurlina Hrvoje |
| Bator Ivana | Črneli Marija | • |
| Bekavac Mara | Čučak Dubravka | Kajganić Ana |
| Belak Barišin Anita | Čulina Željka | Kajić Marina |
| Belogravić Damir | Čupić Vladislav | Kajić Violeta |
| Benčić Krunoslav | • | Kajić Zvonko |
| Benković Silvija | Ćorić Željko | Kalabrić Babić Silvana |
| Berger Richter Snježana | Ćurković Marica | Kaliterma Mariano |
| Bešlić Gabrijela | • | Kalšan Brkić Sanja |
| Bilić Ivica | Dalmatin Rina | Kandučar Tatjana |
| Biologlav Sanja | Dašić Nada | Karapetić Bolfan Ljiljana |
| Bišćan Sanja | Daus Šebedak Danijela | Katavić Monika |
| Biško Anica | Debelec Sanja | Kelava Kukučka Kata |
| Biškup Jadranka | Didović Deana | Kešin Nenad |
| Bjedov Mirjana | Dijan Irena | Kirchbaum Oskar |
| Boban Silvana | Dlaka Domagoj | Ključević Kristijan |
| Bodulović Mišić Zvjezdana | Dobrić Darko | Knežević Alemka |
| Bonas Paolo | Dobrić Mara | Kocijan Sandra |
| Borić Gordana | Domazet Andrijana | Kokić Marina |
| Borko Ivandić Zdenika | Domović Zlata | Kolarić Blažičko Tanja |
| Bošnjak Branimir | Dondur Višnja | Kolovrat Ana |
| Bošnjak Željka | Dragoja Vesna | Kolundžić Božica |
| Božić Grigić Davorka | Drašinac Kurtagić | Kontić Maša |
| Brala Trtolja Melita | Spomenka | Koprek Ivan |
| Brgić Klara | Dropulić Ljubica | Koprić Branko |
| Brisky Livia | Dropuljić Nediljka | Korić Sanja |
| Brisky Tibor | Dufek Ljiljana | Kovač Retih Brigita |
| Brlić Mirjana | Dujmov Stjepan | Kovač Surjan Ilona |
| Brnjac Lorena | Dumančić Nada | Kovač Štefanija |
| Brodarić Olivera | • | Kovač Zorko |
| Bubić Frtišić Ružica | Džankić Sanja | Krčmar Nevenka |
| Bučević Kristijan | • | Kreber Labaš Petra |
| Budimir Mario | Đerek Petar | Krevatin Morana |
| Bulešić Lončarić Nerina | Đorđević Branko | Krizman Vuhinec Barbara |
| Buljan Miroslav | Duras Velimir | Križan Branka |
| | | Križan Vladimir |

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Krnić Svjetlana | Miočić Juran Anamarija | Rebić Jardas Biserka | Terzić Dragan |
| Krpan Antun | Miše Stjepan | Rendić Željko | Terzić Kristina |
| Krtalić Glorija | Mišetić Marija | Repar Andrina | Tibljaš Maura |
| Krnarić Nikolašević Silva | Mišković Milorad | Rogulja Stanislav | Tičić Marinka |
| Kuftinec Jolić Nella | Mlačić Bojić Nikica | Rojnić Matejčić Roberta | Tomašević Anita |
| Kukovec Tamara | Mladinić Tadin Sandra | Rosandić Piasevoli Rosanda | Topić Silvija |
| Kuncinam Marina | Mladinić Vulić Denis | Rošić Damir | Tošić Goran |
| Kunštek Kučanda Tatjana | Moharić Pranjic Marina | Rožman Ljubica | Treska Pintarić Jasenka |
| Kupinić Rožić Vlatka | Mrgan Tomić Biserka | Ručević Mira | Treščec Tomislav |
| Kutleša Dario | Mujezinović Alija | Rudelić Zadrović Maja | Tuček Mira |
| Kuzmanić Komadina Sanja | Munitić Vjera | Rukavina Opatić Vesna | Tunjić Čaleta Ana |
| • | Muse Danielov Marija | • | Turjak Josip |
| Labura Darko | Musović Martina | Sabo Anica | Turk Gabriele |
| Lajter Marenić Marija | • | Santica Mia | Turković Milica |
| Lakić Teodosija | Nejašmić Bulić Lana | Schubert Tepšić Elizabeta | Turković Veljka |
| Laušin Veronika | Nenadić Zdravko | Schwenner Radovniković | • |
| Lesandrić Nedeljka | Nikolić Ružica | Jelena | Udiljak Ivana |
| Librenjak Dina | Nikšić Dubravka | Sikirić Radmila | Uglešić Lovro |
| Lipovac Mrđen Marija | Ninocoletti Sebastian | Sisek Hrvoje | Ugrinović Nikola |
| Lokin Branka | Novoselnik Dragan | Skender Josip | Uhoda Branko |
| Lolić Irgo Valentina | • | Skočić Danica | Unfirer Sanela |
| Lončar Dalibor | Nježić Radmila | Skopljak Vlasta | Urumović Sonja |
| Lovrinić Đino | • | Slaviček Gordan | • |
| Lušetić Majda | Obrovac Gudelj Jasmina | Slavić Domagoj | Vidović Šehović Heda |
| • | Očić Leljak Melita | Smoljan Ines | Vitasović Grandić Mirjana |
| Macner Koren Zdenka | Ojtović Verica | Softić Jasmin | Vladić Mihajlo |
| Madjarević Mladen | Olujić Danijela | Sorić Maša | Vladislavljević Maja |
| Magerle Ana | Orbanić Sonja | Srbelj Dehljić Biserka | Vodjerek -Matica Zdenka |
| Majić Matija | Orlović Zdenka | Stakor Mirjana | Vujević Miona |
| Majsan Petra | • | Stanečić Kristina | Vukčević Indira |
| Malešević Jasenka | Pajtler Maja | Stanić Jurašin Karmen | Vukelić Ina |
| Mamić Anka | Palaversa Musa Irena | Stanić Marta | Vukić Veljko |
| Mareš Bratko Vera | Palihić Mila | Stanić Rikard | Vukojević Ana |
| Marić Veljko | Pandžić Sakoman Mirna | Staver - Nikолов Elizabetha | Vulas Damira |
| Marić Violeta | Parčetić Kostelac Ida | Staver Dijana | Vuletić Bruno |
| Marinić Tatjana | Paun Tomislav | • | • |
| Marinović Dunatov Snježana | Paver Ivana | Šabić Marina | Winkler Aleksandra |
| Marković Biljana | Pavličević Draženka | Šago Daniela | Winterhalter Zvonar Branka |
| Marković Nada | Pavlović Maja | Šalić Herjavec Dubravka | • |
| Marković Sanda | Pehar Maja | Šamarija Vladimir | Zadravec Miljenko |
| Martinez Ivan | Pelivan Tomislav | Šanjk Mirjana | Zakošek Fulir Maja |
| Martinović Ivo | Penavić Ante | Šestan Katarina | Zavidić Tina |
| Marunčić Simona | Perić Mirjana | Šestan Mario | Žečević Marija |
| Mašković Senka | Petković Sonja | Šimundić Davor | Zekić Božana |
| Matanović Danijela | Petrović Gojko | Šimunović Rajka | Zekić Danijela |
| Matas Tonka | Petrović Vanja | Šimurina Helena | Zlački Račić Sanja |
| Matić Mihaela | Picukarić Zdenka | Širić Ivanka | Zoričić Marina |
| Matić Mirkо | Pivčić Gombović Ana | Škarić Maja | Zorijan Sponza Eva |
| Matković Marinković Tatjana | Pižeta Ivan | Škaro Neven | Zovak Jelena |
| Međedović Denis | Poldrugovac Prcić Nevenka | Škvorc Bojana | Zubak Marić Branka |
| Meister Babić Danijela | Polić Kljajić Iva | Šmider-Knežević Jasmina | Zukić Šaban |
| Mendaš Zvonko | Popijač Slavko | Šoštarić Želalija Vera | • |
| Merkaš Mirica | Popović Branka | Špiranović Željko | Žambok Ivanka |
| Mesaric Ksenija | Posedel Biserka | Špišić Treueršić Davora | Žarković Branimir |
| Mesiček Monika | Prga Bajić Tajana | Štanfel Ivanka | Željeznjak Dubravka |
| Mičić Josipa | Prgeša Snježana | Štanfel Željko | Žić Alemka |
| Mihajlović Natalija | Proštenik Ljerka | Štefančić Vesna | Žić Željan |
| Mihaljević Lea | Prvulović Mirković Tatjana | Šumberac Šaravanja Suzana | Žigić Zorana |
| Mijanović Pavica | Puljiz Božena | Šunjara Dragutin | Živanović Bojana |
| Mijić Melita | Punoš Terezija | Šuperba Martina | Živković Duvnjak Branka |
| Mijić Nenad | Pušelja Željko | Šuperina Branka | Žurić Dražen |
| Mikuš Darko | • | Šupraha Biserka | Žutić Dušanka |
| Milić Marija | Radaković Petar | Šuran Andrea | ***** |
| Milić Ivan | Radanović Davorka | Šuškov Sunčica | |
| Milić Lukrecija | Radić Mihael | Šušnjar Pjera | |
| Milosavljević Gačić Vesna | Radočaj Čavlek Mirna | • | |
| Milovac Silvana | Radovniković Goran | Tafra Nina | |
| Mintas Leo | Raste Sabol Vanja | Telak Jana | |

Stručni savjet raspravlja o smjenskom radu u bolnicama

Liječnike treba izuzeti od ovakvog načina rada jer će u pitanje doći budućnost naše medicine

Andreja Šantek



Rizničar Komore prim.dr. Vjekoslav Mahović, predsjednik Komore prim.dr. Hrvoje Minigo, ministar zdravlja prof.dr. Rajko Ostojić, dekan MEF-a akademik Davor Miličić, predsjednik HLZ-a prof.dr. Željko Krznarić

• Smjenski rad je virtualni egzodus liječnika u hrvatskim bolnicama, rečeno je na sastanku koji su 6. veljače u Hrvatskom liječničkom domu organizirali Stručni savjet HLZ-a, Komora i MEF u Zagrebu. Prisutni su raspravljeni, zajedno s ministrom zdravlja prof. dr. **Rajkom Ostojićem**, o njegovoj odluci o uvođenju smjenskog rada u bolnice i mogućim negativnim posljedicama koje će se ogledati u padu kvalitete zdravstvene zaštite, edukaciji liječnika i njihovom odlasku na rad u inozemstvo.

"Liječnici se moraju abolirati od ovakvog načina rada jer će se sustav pogor-

šati, a budućnost naše medicine bit će poljuljana", upozorio je akademik **Davor Miličić**, dekan MEF-a u Zagrebu, koji je zajedno s kolegama zatražio od ministra da organizaciju rada u bolnicama vrati na staro.

U suprotnom, doda je, zato što smo liječnici, odnosno zbog svog poziva, sigurnosti i dobrobiti bolesnika, upozoravamo hrvatsku javnost da nećemo biti odgovorni za posljedice koje će nastati u liječenju bolesnika i u školovanju liječnika, osobito specijalista.

"Dok u ovoj zemlji svi žele raditi manje, mi želimo raditi više, i to prije svega

zbog naših pacijenata i naše edukacije, ali i zato što volimo medicinu jer, neovisno o visini plaće, nema doktora koji će biti zadovoljan ovakvom organizacijom rada", istaknuo je akademik Miličić.

Ministar Ostojić pozitivno je odgovorio na zahtjeve kolega te najavio da će tražiti izuzimanje bolničkih liječnika od ograničenja radnih sati. Govoreći o organizaciji medicinske službe u zemljama Europske unije, predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** istaknuo je da je organizacija prepuštena nacionalnim zakonodavstvima, uz primjenu EU direktive o radnom vremenu.

Ova je direktiva, dodao je, potpuno u primjeni u Austriji, Češkoj, Estoniji, Litvi, Nizozemskoj, Sloveniji i Hrvatskoj te djelomično u Finskoj, Francuskoj, Irskoj, Italiji, Norveškoj, Portugalu i Španjolskoj. Imo i posebnih oblika rada, primjerice u Mađarskoj doktori mogu raditi 24 sata dva puta mjesечно, dok im je na Malti omogućen izbor pri zasnivanju radnog odnosa. Radno vrijeme, kazao je prim. Minigo, također je raznoliko riješeno od države do države pa i unutar države, a u nekima je definirano i kolektivnim ugovorom.

Primjerice, najkraće radno vrijeme od 35 sati plus dežurstva jest u Španjolskoj, te 38 sati u Italiji. Radno vrijeme od 40 do 48 sati prisutno je u Austriji, Češkoj, Estoniji, Njemačkoj, Mađarskoj, Irskoj, Litvi, Nizozemskoj, Portugalu i Hrvatskoj, a najdulje radno vrijeme imaju u Sloveniji (56 sati), u Norveškoj (60 sati), dok je u Francuskoj i Malti radno vrijeme bez ograničenja.

Ministar Ostojić je naglasio da je smjenski rad uveden upravo zbog poštivanja zakonskih odredbi, da u sustavu nema novaca, ali i da svi prekovremeni sati moraju biti plaćeni. Doda je da će se pratiti kako nova organizacija rada utječe na sve segmente. Sukladno tome, kazao je ministar Ostojić, poduzimat će se i daljnji potezi te je moguće da će neki biti izuzeti od ovakve organizacije rada.

No, unatoč ograničenim bolničkim limitima, sanacijski ravnatelj KBC-a Rijeka prof. dr. **Herman Haller** i ravnateljica Klinike za zarazne bolesti 'Dr. Fran Mihaljević' prof. dr. **Adriana Vince**, ujedno i predsjednica Stručnog savjeta HLZ-a, podastrli su podatke o tome kako je u siječnju u bolnicama održan manji broj radnih sati, a plaće liječnika ostale su iste ili su narasle, kao što je to slučaj u Klinici za zarazne bolesti.

"Plaća su iste za manji rad. Primjerice, u siječnju je u KBC-u Rijeka održano 6000 radnih sati manje", kazao je prof. Haller, dodajući kako se sam odlučio za uvođenje smjenskog rada slijedeći zakonske propise, ali i kako je potrebno šest mjeseci prilagodbe da bi se KBC preustrojio. Sanacijska upravite-

Ijica KBC-a Sestre milosrdnice prof. dr. **Vesna Šerić** demantirala je navode Hrvatske udruge bolničkih liječnika da je u toj bolnici broj kirurških operacija smanjen za 40 posto.

U Klinici za traumatologiju i Institutu za tumore broj operacija smanjen je za 10 posto, a u Vinogradskoj za 23 posto, izjavila je prof. Šerić, dodajući kako se smjene u bolnici uvode postupno. Predsjednik HUBOLA-a dr. **Trpimir Goluža** ministru je podastro analizu smjenskog rada u jednoj zagrebačkoj bolnici i pokazalo se da je riječ o lošoj odluci.

“Ovo ste Vi trebali napraviti prije donošenja odluke o smjenskom radu”, kazao je dr. Goluža ministru Ostojiću.

Prof. Vince iznijela je podatak da su plaće kod 70 posto liječnika porasle od 1000 do 2000 kuna, ali da to ne znači da se ne može i bolje.

“Želimo raditi u dobro organiziranom sustavu s jasnim pravilima, želimo i pristojne plaće te mogućnost nagrađivanja pojedinaca, što sada nemamo”, kazala je prof. Vince, dodajući da bolnici nedostaje 16 liječnika za organizaciju rada u smjenama. Istaknula je da su ministru Ostojiću dali dovoljno argumenata protiv smjenskog rada ili da se barem osigura dovoljno vremena za prilagodbu.

Prim. dr. **Katarina Sekelj Kauzlaric**, članica Stručnog savjeta HLZ-a i članica Izvršnog odbora Komore, upozorila je da ne postoji službeni nacionalni standard potrebnih kadrova u bolničkoj skrbi, osim pojedinačnih preporuka stručnih društava i nekih eksperata te pravilnika o minimalnim uvjetima prostora, opreme i kadrova. Mrežom javne zdravstvene službe definirani su timovi na broj stanovnika, ali je to utemeljena više na finansijskim pokazateljima nego na optimalnim preporukama struke i na epidemiološkim studijama.

Prof. dr. **Miroslav Vukić**, neurokirurg iz KBC-a Zagreb, boravio je i radio u pet zdravstvenih ustanova u svijetu i niti u jednoj rad nije organiziran u smjenama, što znači, zaključio je, da nije nađen dobar razlog za takvu organizaciju posla. Manje sam zabrinut za plaće, rekao je prof. Vukić, a više za ovaj posao.

“Ako specijalist neurokirurg ima jednu smjenu tjedno popodne, znači da mu ostaje jedan dan za rad u ambulanti, jedan dan za edukaciju studenata i specijalizanata i samo dva dana za operacijsku salu.”

Kako mogu u takvom sustavu napraviti 350 operacija godišnje?”, zaključio je prof. Vukić procjenjujući da će se za 50 posto povećati lista elektivnih neurokirurških zahvata. Uz to, doda je, mlade liječnike nećemo moći slati na edukaciju u inozemstvo, a



Zamjenica sanacijskog ravnatelja KBC-a Rijeka prof.dr. Renata Dobrila Dintinjana, sanacijski upravitelj KBC-a Rijeka prof.dr. Herman Haller, zamjenik predsjednika HLZ-a prof.dr. Boris Brklić, predsjednik skupštine Komore prof.dr. Vlado Jukić

bit će teško organizirati i edukaciju specijalizanata u našim ustanovama.

Potprijeđio je to i akademik Miličić, dodajući da je smjenski rad otežao održavanje nastave na klinikama, što bi u konačnici onemogućilo da studenti završe godinu. Ovo otvara i pitanje kumulativnog rada liječnika/nastavnika, dodao je.

Rješenje je, kazao je akademik Miličić, u osnivanju sveučilišne bolnice, čime bi se rad disperzirao na sve liječnike. No, kako za to nemamo novaca, doda je, dopunsko rješenje bilo bi zapošljavanje dodatnih nastavnika i liječnika.

Medicinski fakulteti će, rekao je akademik Miličić, uputiti rezoluciju ministru

Ostojiću, ministru obrazovanja, znanosti i sporta **Željku Jovanoviću**, predsjedniku Sabora Josipu Leku te predsjedniku Republike Ivi Josipoviću u kojoj će se apelirati za povratak na stari način rada, bojeći se, između ostalog i egzodusu liječnika i to ne samo zbog većih plaća već i boljih uvjeta rada.

Prema podacima Komore, od 1. srpnja 2013. do 31. siječnja 2014. potvrdi za odlazak na rad u inozemstvo zatražio je 341 liječnik.

Također, predviđa prim. Sekelj Kauzlaric, 12 posto liječnika će u sljedećih pet godina steći uvjete za odlazak u mirovinu. S druge strane, upozorili su neki od prisutnih, mlađi liječnici danas nisu altruistički raspolo-



Neurokirurg
prof. dr. Miroslav Vukić



Predsjednica Stručnog savjeta HLZ-a i ravnateljica Klinike za zarazne bolesti prof. dr. Adriana Vince, članica Stručnog savjeta HLZ-a i članica Izvršnog odbora Komore prim. dr. Katarina Sekelj Kauzlařić, predsjednica Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine prof. dr. Nada Čikeš

ženi i ne žele poklanjati svoje slobodno vrijeme radeći besplatno. Zbog toga su ravnatelji u pojedinim bolnicama bili neugodno iznenadjeni odlukom mladih liječnika da povuku suglasnost za rad dulji od 48 sati dok su drugi prisutni na skupu istaknuli kako im se to ne može zamjeriti.

SLOVENIJA

Prekovremeni rad – najviše 8 sati tjedno (osim ako liječnik ne da pisani pristanak)

Svi sati provedeni u dežurstvu ubraju se u radno vrijeme; za sate dežurstva koji premašuju puno radno vrijeme – dodatak za rad iznad punog radnog vremena po kolektivnom ugovoru

Za radno vrijeme koje traje dulje od 16 sati bez prestanka potrebna je suglasnost liječnika

Pripravnost se ne ubraja u radno vrijeme; plaća se prema kolektivnom ugovoru; raspored i trajanje pripravnosti provodi se u suglasnosti s radnikom (najviše osam puta mjesечно u šest mjeseci)

NJEMAČKA

Direktiva o radnom vremenu uvedena je i poštije se Maksimalno radno vrijeme 48 sati tjedno; uobičajeno radno vrijeme 40 do 42 sata tjedno dozvoljen je i „opt-out“, ali najviše do 54 odnosno 60 sati, ovisno o kolektivnom ugovoru

Cjelokupno vrijeme provedeno na radnom mjestu ubraja se u radno vrijeme; pripravnost se ne smatra radnim vremenom, osim u slučaju potrebe dolaska u zdravstvenu ustanovu i rada (vrijeme dolaska se također ubraja u radno vrijeme)

Izbjegava se 24-satni radni dan, smjene su kraće, ali to zahtijeva 40 posto više liječnika

ITALIJA

Direktiva o radnom vremenu nije uvedena i ne primjenjuje se

Posljedica je da je Europska komisija pokrenula postupak utvrđivanja prekršaja i obvezivanja Italije na primjenu Direktive

Nacionalni kolektivni ugovor propisuje 13 sati rada i 11 sati odmora



Predsjednik HLZ-a prof. dr. Željko Krznarić, sanacijski upravitelj KBC-a Rijeka prof. dr. Herman Haller, dekan MEF-a u Zagrebu akademik Davor Miličić

Zbog nedostatka liječnika uobičajen je rad duli od 48 sati, ali su bolnički limiti mali pa se taj ne plaća

SRBIJA

Zdravstvene ustanove pružaju zdravstvenu zaštitu radom u jednoj, dvije ili više smjena, a odluku donosi direktor zdravstvene ustanove

Dežurstvo se može uvesti ako se radom u smjenama ne može osigurati zdravstvena zaštita, ali u trajanju od ne više od 10 sati tjedno

Iznimno, dežurstvo može trajati do 20 sati tjedno, uz suglasnost ministarstva zdravlja

2013. godine je oko 850 liječnika napustilo Srbiju, od čega oko 60 posto specijalista starijih od 55 godina

Zakon o budžetskom sistemu zabranjuje zapošljavanje u javnom sektoru, što dovodi do paradoksa jer je nezaposleno 2300 liječnika opće medicine i 60 specijalista

*Podatke o radnom vremenu prikupila je Maja Lacković, dipl. iur., voditeljica Službe općih pravnih poslova Komore

.....

Iz Podružnice Split

• U blagdanskom ozračju, u starom dijelu Splita blizu katedrale a nasuprot crkvi Svetog Filipa Nerija, 18. prosinca 2013. obavljen je svečano su podijeljena odličja HLZ-a nagrađenim lijećnicima iz Splita. Stan koji je HLZ-u ostavio dr. Jakov Miličić preuređen je nakon trideset godina: pod, klavir i stari dijelovi namještaja su restaurirani a ostali dio je prilagođen tako da može služiti održavanju manjih skupova.

Splitski liječnici pjevači otvorili su druženje s nekoliko pjesama: „Tiha noc“, „Vilo moja“, „Ne diraj moju ljubav“. Prisutni su bili članovi Upravnog odbora podružnice Split, dosadašnji predsjednici splitske podružnice, umirovljenici, nagrađeni lijećnici i članovi splitskog povjerenstva HLK-a. Lijećnici su dobili ova odličja HLZ-a:

Zahvalnice

Dr. Jadranka Drnasić Buklijaš,
prim. dr. sc. Lovel Giunio,
doc. dr. sc. Ivan Kovačić, dr. med. dent.,
prim. dr. sc. Željko Kovačić,
mr. sc. dr. Svjetlana Matijević,
mr. sc. dr. Gorana Trgo
i dr. Vladimir Wilhelm

Diplome

Prim. dr. sc. Dobrila Karlica Utrobičić,
prof. dr. sc. Vedran Radonić

Povelju

Prof. dr. sc. Ante Punda
„Ladislav Rakovac“

Prof. prim. dr. sc. Dušanka Martinović
Kaliterna i prof. dr. sc. Tonko Vlak
Začasni član

Prim. mr. sc. Vilma Radica Sorić,
dr. med. dent.

Dio liječnika došao je u pratinji članova obitelji; posebice je bila dirljiva dodjela odličja dr. **Vilmi Radici Sorić** koja je došla u pratinji svojih sinova i donijela veliku tortu za sve prisutne. Liječnici pjevači su se okupili oko klavira i uz svirku maestra Juračića nastavili pjevati. Njima su se pridružili i ostali liječnici tako da je predbožićni ugođaj bio uistinu prekrasan.

Predsjednica HLZ – podružnice Split,
prof. prim. dr. sc.
Dušanka Martinović Kaliterna



Prof. dr. sc. Nenad Ilić
(član splitskog povjerenstva HLK-a),
mr. sc. dr. Kazimir Milostić
(dopredsjednik Splitske podružnice)
i prof. prim. dr. sc.
Dušanka Martinović Kaliterna
(predsjednica Splitske podružnice)

Iz Podružnice Vukovar

Tijekom protekle godine nastavili smo s redovitim stručnim usavršavanjem članova.

U veljači smo imali smo stručni sastanak o temi "Klinička primjena PET/CT dijagnostike u onkologiji", s predavačem **Jasnom Gardašanić**, dr. med., specijalisticom nuklearne medicine i voditeljicom osječke podružnice Poliklinike Medicol. Ustlijedili su stručni sastanci:

14. ožujka

"Ulcerovarikozni sindrom, mogućnosti liječenja", **Dragan Manojlović**, dr. med., spec. opće i vaskularne kirurgije Opće županijske bolnice Vukovar

23. travnja

"Algoritam sveobuhvatnog liječenja hipertenzije", **Ivana Mihajlović**, dr. med., spec. interne medicine Opće županijske bolnice Vukovar i Mirjana Dominiković, dr. med., spec. interne medicine KBC Osijek

7. svibnja

"Hemoroidi i opstipacija", **Tihimir Kekez**, dr. med., spec. Opće kirurgije, subspecijalist abdominalne kirurgije i dr. sc. **Hrvoje Silovski**, dr. med., spec. kirurgije, subspecijalist abdominalne kirurgije KBC Zagreb

28. rujna

Javnozdravstvena tribina o palijativnoj skrb "Što je palijativna skrb, stanje u Hrvatskoj i strateški plan razvoja palijativne skrbe", **Vlasta Vučevac**, dr. med., predsjednica Hrvatskog društva palijativne medicine, "Dokumenti, procedure i alati u palijativnoj skrbi", **Karmen Lončarek**, prof. dr. sc., članica Povjerenstva za palijativnu skrb u Ministarstvu zdravlja "Zadaća medicinske sestre prvostupnice u palijativnoj skrbi od ideje do cilja – hospicij Marija Kozulić Rijeka", **Larisa Miletić**, glavna sestra u hospiciju, Radionica i rasprava – izrada kataloga problema u razvoju palijativne skrbi (voditeljica rasprave prof. dr. sc. Carmen Lončarek)

30. rujna

"Disfagija", **Sanja Svalina**, dr. med., spec. neurologije, voditeljica Odjela za neurologiju Opće županijske bolnice Vukovar

1. listopada

"Menadžment limfedema u praksi", **Tamara Košević**, spec. app., fizioterapeut, limfedema terapeut (Dr. Vodder School International, Austrija) London

1. listopada

Izborna skupština Podružnice, s novim vodstvom.

Liječnici Podružnice najčešće su bili predavači i jednom su mjesечно prezentirali svoj rad, s najnovijim spoznajama vezanim uz odabranu temu. Na stručne skupove su pozivani i naši suradnici: medicinske sestre, farmaceuti, biokemičari, predstavnici medija i drugih organizacija. Nastojali smo biti otvoreni prema javnosti i tako ukazati na veliki potencijal liječnika u rješavanju različitih društvenih pitanja, prvenstveno iz oblasti zdravstva. Stručni sastanci su bili dobro posjećeni, a sudionici nagrađeni zasluženim bodovima Komore.

Članovi su bili aktivni sudionici i na nekoliko stručnih skupova u organizaciji farmaceutskih kuća, a imali su i javne nastupe

u Vukovaru povodom "Dana narcisa" i "Dana ružičaste vrpce" te "Prevencije i liječenja dijabetesa", s prigodnim predavanjima za pučanstvo i aktivnim sudjelovanjem na radiju, televiziji i u novinama.

Upravnom odjelu za društvene djelatnosti grada Vukovara predan je Plan i program rada Podružnice za 2013., s molbom za sufinanciranje naših aktivnosti.

Dražen Karnaš, dr. med.,
spec. pedijatar



140. OBLJETNICA
 HRVATSKE LIJEČNIČKE
 ZBORA I TRADICIONALNI
 HUMANITARNI

Liječnički bal

01.03.2014. / ZAGREB
 HOTEL ESPLANADE

Bal će se održati pod
 visokim pokroviteljstvom
 predsjednika Republike Hrvatske
 prof. dr. sc. Ivo Josipovića.



Cijena ulaznice: 350 kn.

Informacije i kontakt:
 O-Tours d.o.o., Gajevo 6/3, Zagreb
 kontakt osoba: Tatjana Jurčić
 e-mail: tatjana.jurcic@otours.hr
 mobilni: +385 98 9105 716

Novi pravilnici Ministarstva i HZZO-a

Maja Lacković, dipl.iur., voditeljica Službe općih pravnih poslova Komore,
Mijo Karaula, dipl.iur., stručni suradnik

- Ministarstvo zdravlja donijelo je tijekom prosinca i siječnja nekoliko novih pravilnika koji uređuju ustroj zdravstvenih ustanova, organizaciju radnog vremena u mreži javne zdravstvene službe, pitanje dopusnica za sklapanje poslova iz zdravstvene djelatnosti poslodavca te uvjete za stjecanje statusa specijalista uže specijalnosti.

U *Pravilniku o uvjetima za unutarnji ustroj i organizaciju kliničkih zdravstvenih ustanova* (NN 145/13) novost je da se ukidaju dosadašnji niži oblici ustrojstvenih jedinica (klinička jedinica, kabinet, jedinica, odsjek i dr.).

Kriteriji za ustrojavanje pojedinih jedinica su pooštreni pa se, primjerice, odjel može ustrojiti ako ima najmanje 15 postelja, dok zavod može u svom sastavu imati odjele samo ako ima minimalno 35 postelja. Nadalje, pravilnik uvodi model organizacijske jedinice koja ne sadrži elemente ustrojstvene jedinice, ali pojedini organizacijski oblici mogu pod određenim uvjetima postati i ustrojstvene jedinice (poliklinika, dnevna bolница). Time se osigurava veća fleksibilnost u unutarnjem ustrojstvu ustanove uz manji broj rukovodećih mesta. Navedene promjene usmjerene su unapređenju organizacije rada u kliničkim zdravstvenim ustanovama i boljoj iskoristivosti postojećih bolničkih kapaciteta.

Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj i organizaciju općih i specijalnih bolnica (NN 145/13) ukidaju se dosadašnji viši i niži oblici ustrojstvenih jedinica (jedinica djelatnosti, jedinica samostalne djelatnosti, odsjek i dr.), ali se uvode novi oblici kao što su poliklinika i centar.

Kriteriji za ustrojavanje pojedinih jedinica su pooštreni pa se na primjer odjel može ustrojiti ako ima najmanje 15 postelja, a služba ako u svom sastavu ima najmanje tri odjela. Pravilnik znatno pojednostavljuje unutarnju strukturu ustanove, jer se smanjuje broj i vrsta ustrojstvenih jedinica, a uvode se organizacijske jedinice na više razina. Pojedini organizacijski oblici mogu pod određenim uvjetima biti i ustrojstvene jedinice (poliklinika,

ka, dnevna bolница). Navedenim se omogućuje veća fleksibilnost u unutarnjem ustrojstvu ustanove uz manji broj rukovodećih mesta, bolju organizaciju rada u općim i specijalnim bolnicama te povećanje iskoristivosti postojećih bolničkih kapaciteta.

Novi *Pravilnik o početku, završetku i rasporedu radnog vremena zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe* (NN 4/14) propisuje kako svi oblici rada koje radnik obavlja moraju biti evidentirani u skladu s Pravilnikom o sadržaju i načinu vođenja evidencije o radnicima. Nadalje, pravilnik obvezuje zdravstvene ustanove da zdravstvenu zaštitu pružaju radom u jednoj, dvije ili više smjena, pomakom radnog vremena, u turnusima, pripravnošću, dežurstvom i radom po pozivu.

Pravilnik naglašava prvenstveno obvezu samih privatnih zdravstvenih radnika da radno vrijeme organiziraju na način predviđen njegovim odredbama. Izveješta o patronažnim posjetama podnose se sada ne samo voditelju patronaže već i nadležnom izabranom doktoru primarne zdravstvene zaštite kako bi se bolje koordinirao rad navedenih zdravstvenih radnika. Zdravstveni radnici zaposlenici doma zdravlja obvezni su sudjelovati u provođenju hitne medicine, dežurstvu i pripravnosti ako je, na temelju ugovora o poslovnoj suradnji sa zavodom za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave, ugovara dom zdravlja. Naglašeno je kako privatni zdravstveni radnici koji obavljaju djelatnost na temelju koncesije sudjeluju u provođenju hitne medicine temeljem ugovora o poslovnoj suradnji sa zavodom za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave.

Ravnatelj zdravstvene ustanove utvrđuje potrebu za dežurstvom i pripravnošću radnika prema kriterijima osiguravanja pružanja hitne medicinske pomoći, odnosno potrebe zbrinjavanja životno ugrožavajućih stanja, pri čemu se uzima u obzir kategorija zdravstvene ustanove, vrsta djelatnosti i raspoloživi kapaciteti zdravstvene ustanove.

Pravilnik definira pripravnost kao vrijeme u kojem je radnik pripravan odazvati se pozivu poslodavca za obavljanje poslova, a radnik koji je u pripravnosti obvezan je odazvati se na poziv poslodavca bez odgode i doći na radno mjesto najkasnije u roku od jednog sata. Pravilnik propisuje i obvezu vođenja evidencije o pripravnosti.

Novi *Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca* (NN 4/14) mijenja kriterije za izdavanje dopusnica za rad i traži da je zdravstveni radnik u prethodnoj kalendarskoj godini postigao učinak za 20 posto veći u odnosu na prosječan učinak ostalih zdravstvenih radnika iste ustrojstvene, odnosno organizacijske jedinice, a koji obavljaju usporedive zdravstvene usluge ili da je zdravstveni radnik postigao učinak za 15 posto veći u odnosu na svoj učinak u prethodnoj kalendarskoj godini ili da je svojim radom značajno unaprijedio ugled ustanove.

Novost je i da odobrenje zdravstvenom radniku daje poslodavac (ravnatelj odnosno sanacijski upravitelj) uz prethodnu suglasnost ministra zdravlja. Odobrenje se daje na vrijeme od jedne godine. Ukoliko zdravstvena inspekcija utvrdi da je zdravstveni radnik obavljao poslove iz zdravstvene djelatnosti poslodavca bez propisanog odobrenja, tom zdravstvenom radniku poslodavcu ne smije dati odobrenje u razdoblju od dvije godine od dana donošenja rješenja zdravstvene inspekcije.

Pravilnikom o stavljanju izvan snage Pravilnika o stjecanju statusa specijalista uže specijalnosti (NN 145/13) ukinuta je mogućnost da se status uže specijalnosti priznaje bez obavljanje uže specijalizacije. Europska je praksa stjecanje odgovarajućeg naslova uspješnim završetkom programa izobrazbe.

Doktori medicine specijalisti mogu nastaviti svoje usavršavanje putem užih specijalizacija, sukladno programu propisanom u *Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine* (NN 111/09).

.....

Vlada uskoro odlučuje o 'outsourcingu' nezdravstvenih djelatnosti

Andreja Šantek

- U tijeku je obrada podataka prikupljenih iz 2288 institucija iz javnog sektora, među ostalim i zdravstvenih ustanova, koji bi trebali biti podloga za provođenje projekta 'outsourcing' ne-osnovnih djelatnosti.

Riječ je o drugoj mjeri iz dokumenta 'Projektni plan provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje od 2014. do 2015. Godine, koji je Vlada usvojila krajem prošle godine, a u kojem se razmatra izdvajanje ne-osnovnih djelatnosti iz javnog sektora: usluga čišćenja prostora,

pranja rublja, pripreme hrane i pića, održavanja i popravaka (eng. „facility management“), dok će se tijekom procesa razmotriti još i djelatnosti zaštitorskih usluga te usluga prijevoza robe i putnika.

Ovim se poslom bavi međuresorna radna skupina koju vodi Tomislav Mičetić, glavni tajnik Ministarstva uprave, a ispred Ministarstva zdravlja u njoj sudjeluje pomoćnik ministra Luka Vončina.

U Ministarstvu zdravlja kažu da je riječ o iznimno velikom broju tijela i podataka

koji se upravo obrađuju, a preliminarne podatke idućih će dana iznijeti Koordinacijsko tijelo Vlade za provedbu reformskih mjera fiskalne konsolidacije.

Podaci koji su prikupljeni temeljem upitnika trebali bi omogućiti detaljniju i ažurnu analizu stanja koja je preuvjet za provedbu Faze 3. Mjere 2. iz Projektnog plana, odnosno Cost/benefit analize, donošenja odluke Vlade i definiranja dalnjeg plana implementacije mjere odnosno modela "outsourcing-a".

Upravo će cost-benefit analiza, ističu u MZ-u, te sve ono što uz nju ide poput analize opravdanosti, finansijskih i socijalnih učinaka, pokazati ne samo ima li prostora za uštede već u kojoj je mjeri sustav efikasan, te može li se povećati razina efikasnosti, iz čega će onda proizaći i uštede.

U MZ-u ističu da u sustavu zdravstva ima prostora za poboljšanje učinkovitosti jer, primjerice, trošak na pojedine usluge u različitim bolnicama danas varira i do 300 posto. To je neodrživo, kažu, jer se novac umjesto na pacijente troši na neučinkovitosti nezdravstvenih usluga.

.....

paragona[®] EUROPE UNITED

Paragona je jedan od vodećih europskih međunarodnih posrednika u zapošljavanju liječnika specijalista.

Za naše klijente u Švedskoj tražimo Specijaliste **OBITELJSKE MEDICINE**

Također nudimo privlačna zaposlenja za:

- **PSIHJATRE**
- **PSIHJATRE ZA DJECU I MLADEŽ**
- **PATOLOGE**

Ponude dolaze s juga Švedske.

NUDIMO:

- **Intenzivne tečajeve jezika – besplatno**
- atraktivnu plaću
- stalno zaposlenje u centrima javnog zdravstva
- mogućnost profesionalnog razvoja
- besplatne online tečajeve za supružnike
- finansijsku podršku za vrijeme tečajeva
- pomoć pri registraciji i preseljenju

Molimo da nas kontaktirate za više informacija:

ewelina.sawicka@paragona.com

Tel. ++48 22 653 66 81

www.paragona.com

POSJEDUJEMO BOGATO ISKUSTVO:

- pomogli smo u preseljenju i zapošljavanju gotovo 1000 liječnika i zubara
- surađujemo s bolnicama u šest europskih zemalja
- razvili smo vrlo učinkovit sustav edukacije

Također imamo mnogo ponuda iz Njemačke za zapošljavanje **liječnika specijalista opće medicine i oftalmologa!**

Krajnji rok za podnošenje prijava je 9. ožujka 2014.





Rješava se sudbina Imunološkog zavoda

• Nakon što je sada već bivši direktor zagrebačkog Imunološkog zavoda (IMZ) **Davorin Gajnik** zatražio njegov stečaj, rješenje za 200 zaposlenih i proizvodnju virusnih cjepiva i plazme u rukama je Vlade. Ministar gospodarstva **Ivan Vrdoljak** početkom veljače je izjavio da će država u što skorije vrijeme pokrenuti postupak predstečajne nagodbe za IMZ te na taj način omogućiti izradu plana restrukturiranja i otvoriti vrata za dubinsko snimanje potencijalnim investitorima kako bi se završetkom predstečajne nagodbe ostvarili strateški ciljevi, tj. da proizvodnja IMZ-a ostane u Hrvatskoj. Od kada je priča o stečaju ove tvrtke u središtu javosti, nekoliko je tvrtki pokazalo interes za ulazak u IMZ, a sa svojim ponudama javno su izašli grad Zagreb, riječki "Jadran Galenski laboratorij" (JGL) te hrvatski fond rizičnog kapitala „Nexus FGS“ u suradnji s farmaceutskom tvrtkom „PharmaS“ u vlasništvu **Luke Rajića**. Kako prenose mediji, fond „Nexus FGS“ i „PharmaS“ spremni su investirati 30 milijuna eura za nastavak proizvodnje u dva od ukupno tri područja dosadašnjeg poslovanja IMZ-a, u preradu krvne plazme i proizvodnju virusnih cjepiva. Proizvodiće bi se u „PharmaS-ovim“ pogonima u Popovači, a zaposlilo bi se između 150 i 180 radnika IMZ-a.

Gradonačelnik Zagreba **Milan Bandić** smatra da se ne smije dopustiti stečaj IMZ-a i otpuštanje više od 200 zaposlenika. Najavio je kako će Zagreb učiniti sve da bi IMZ proradio još boljim plućima. A da bi u tome uspio, rekao je Bandić, osim proširenja djelatnosti, Zagreb u sljedeće dvije godine u Zavod namjerava uložiti 10 do 15 milijuna eura kako bi IMZ postao visoko profitabilna tvrtka.

Predsjednik Uprave JGL-a **Ivo Usman** poručio je da je JGL načelno zainteresiran za ulaganje u IMZ pod uvjetom da se osiguraju izvori financiranja. Kažu da su zahvaljujući ranoj investicijskoj fazi njihovog Pharma Valley projekta, kao i tržišno dokazanim znanjima iz područja istraživanja i razvoja, strateškog i operativnog marketinga, dugogodišnjeg iskustva u sterilnoj farmaceutskoj proizvodnji i upravljanju kvalitetom, jakoj prodajnoj sili, kao i globalno organiziranoj distribucijskoj mreži, uvjereni da IMZ-u mogu dati dodanu vrijednost. No, preduvjet za daljnji proces je ekspertna analiza razvojnog 'pipelinea', intelektualnog vlasništva, tehnologije, registracijskih dosjea i ostale

proizvodne dokumentacije, budući da ta vremenski bitno determinira vraćanje proizvodnih dozvola IMZ-u. Također naglašavaju da pri tom podržavaju svaku drugu partnerku i promišljenu inicijativu te očekuju da Vlada u što skorijem roku donese strateško rješenje koje će sačuvati i oporaviti jednu od ključnih institucija hrvatskog zdravstva. Novi direktor IMZ-a Mario Meštrović iz Ministarstva gospodarstva, kojeg je Vlada imenovala u četvrtak, 6. veljače, odlučit će zajedno s Upravom i Nadzornim odborom IMZ-a o dalnjim koracima, sukladno Zakonu o upravljanju državnom imovinom. Prvi korak bit će izbor strateškog partnera koji će IMZ-u pomoći da mu se vrati dozvola i licenca.

AŠ

Sindikat odlučio: štrajk u mirovanju

• Hrvatski liječnički sindikat (HLS) je 19. siječnja na svojoj izvanrednoj skupštini odlučio kako će, bez obzira što im je sudska odluka dozvoljen, na tri mjeseca zamrznuti štrajk, odnosno staviti ga u mirovanje. Na taj način, rekao je predsjednik HLS-a dr. **Ivica Babić** na konferenciji za novinare, u iduća će se tri mjeseca pokazati da za loše stanju u zdravstvu te za povećane liste čekanja nije kriv štrajk kao što to tvrdi ministar zdravljia **Rajko Ostojić**, nego loša zdravstvena politika Vlade i Ministarstva.

Ministar Ostojić ustvrdio je da sindikalna odluka o stavljanju liječničkog štrajka u mirovanje pokazuje da nema razloga za štrajk te da je kolektivni ugovor za zdravstvo potpisani krajem prošle godine jedino finansijski održiv.

Sindikalna povjerenica iz KB-a Dubrava dr. **Ljiljana Lovrić** istaknula je da su efekti ministrova plana mnogo pogubniji za

sustav od bilo kojeg štrajka koji bi Sindikat sada mogao reaktivirati.

"Nama to ne treba, dovoljan je sustav koji je osmislio ministar i kolektivni ugovor po kojemu će se sustav sada urušiti. Vidi se da nemaju pojma što rade i da se ni s kim ne savjetuju", istaknula je dr. Lovrić. Na skupštini se, među ostalim, raspravljalo o kašnjenju plaća u kliničkim bolničkim centrima i još nekim bolnicama, o masterplanu bolnica koji se radi u tajnosti te o uvođenju smjenskog rada za koji liječnici smatraju da će urušiti bolnički sustav.

Dr. Babić istaknuo je i da Sindikat čeka odluku Vrhovnog suda o ništetnom kolektivnom ugovoru. Ne želim prejudicirati sudska odluku, dodao je, ali smatram da bi ona mogla "razriješiti trenutačan gordijski čvor u zdravstvu".

AŠ

Dr. Ivica Babić i dalje predsjednik Liječničkog sindikata

• Na izvanrednoj Skupštini održanoj 2. veljače članovi Glavnog odbora Hrvatskog liječničkog sindikata (HLS) jednoglasno su potvrdili da dr. **Ivica Babić** i dalje ostaje predsjednik.

Ova je odluka uslijedila nakon što je dr. Ivica Babić po nalogu Općinskog državnog odvjetništva u Zagrebu uhičen 30. siječnja pod sumnjom da je počinio kazneno djelo prijevare povezane s ratnim profiterstvom, te mu je određen jednomjesečni pritvor. Tužitelji sumnjuju, kako su prenijeli mediji, da je dr. Babić postao ratni profiter tako što je lažirao medicinsku dokumentaciju po kojoj bi 1992. godine bio zdrav. Sumnja se da je dr. Babić od 1995. godine od države uzimao nepripa-

Dr. Ivica Babić,
predsjednik
Hrvatskog
liječničkog
sindikata sa
suradnicima
nakon izvanredne
skupštine





dajući naknadu, koristio porezne olakšice, te kupovao i dionice. Dr. Babić posljednjih se tjedana našao pod optužbama predsjednika Nacionalnog foruma prof. dr. **Nikice Gabrića** koji ga je prozvao 'lažnim invalidom Domovinskog rata'. Uslijedilo je to nakon što je Lječnički sindikat predvođen dr. Babićem u rujnu prošle godine započeo višemjesečni štrajk u bolnicama. Upravo to mnogi, a ponajprije članovi Sindikata, vide kao povod za Babićovo uhićenje. U priopćenju objavljenom 2. veljače na web stranicama Sindikata, koje potpisuje njegov potpredsjednik dr. **Damir Šimunović**, navodi se da je spektakularno privođenje dr. Babića pred kamerama poruka i drugima u društvu, a osobito sindikatima. HLS će o ovim događajima obavijestiti i međunarodnu javnost, uključujući Europsko udruženje bolničkih liječnika (FEMS), sve udruge liječnika i veleposlanike akreditirane u Hrvatskoj.

Dr. Babić je u srijedu 5. veljače pušten iz pritvora u kojem se nalazio zbog bojazni da bi na slobodi mogao utjecati na svjedoce te da bi, s obzirom na to da je državljanin i Bosne i Hercegovine u kojoj je rođen, mogao pobjeći. No, Izvanraspravno vijeće Županijskog suda u Zagrebu prihvatio je žalbu Babićeva odvjetnika **Milenka Umičevića** koji je tražio da se liječnika pusti. Po izlasku iz zatvora dr. Babić je najavio tužbu protiv dr. Gabrića zbog klevete.

AŠ



U „Ruđeru“ razvili novu metodu za prepoznavanje strukture lijekova

• Tim znanstvenika s Instituta Ruđer Bošković (IRB) i Ruđerove spin-off tvrtke Biozyne d.o.o. razvio je inovativni bioinfor-

matički model za prepoznavanje strukture lijekova i potencijalnih kemoterapeutika koji bi trebao pridonijeti boljem odabiru ciljane terapije i sprječavanju nuspojava lijekova. Rezultati istraživanja objavljeni su u vodećem znanstvenom časopisu u području medicinske kemije Journal of Medicinal Chemistry (IF=5.6) u kategoriji istraživačkih radova.

Rad prikazuje razvoj 'in silico' računalnog modela za prepoznavanje strukture lijekova koji su potencijalni supstrati za P-glikoprotein (P-gp ili ABCB1). P-glikoprotein je glavna proteinska 'pumpa' za izbacivanje toksičnih molekula pa samim time i lijekova iz ljudskih stanica. Transport P-gp-om je vrlo važan faktor u raspodjeli farmaceutika po ljudskom tijelu, primjerice, kod krvno-moždane barijere. Upravo zato je poznavanje pojavnosti P-glikoproteina, njegove raspodjele i aktivnosti u različitim tkivima izrazito važno kod odabira pravog lijeka za neku bolest i sprječavanje nuspojava.

S druge strane, tumorske stanice često na svojoj površini posjeduju prekomjernu proizvodnju proteina P-gp, što im pomaže u obrani od kemoterapije. To je vrlo važno kod dizajna novih, potencijalnih kemoterapeutika jer ako dotičnu molekulu prepozna P-gp to je čini lošijim kandidatom za liječenje tumora, posebno onih koji pojačano izražavaju, odnosno, proizvode ovaj protein.

Osnova modela prikazanog u ovom radu jest inovativan pristup stvaranju opsežne, tri puta veće od postojećih, baze molekula supstrata i ne-supstrata koja se temelji na korištenju postojećih eksperimentalnih podataka u okviru baze Nacionalnog instituta za rak (National Cancer Institute-Developmental Therapeutics Program; NCI-DTP). U okviru tog programa testirani su deseci tisuća kemijskih spojeva na panelu od 60 tumorskih staničnih linija i ti se rezultati mogu koristiti u razvoju novih potencijalnih lijekova.

Pored detaljnog pregleda dosadašnjih istraživanja, rad nudi i usporedbu s postojećim modelima i dokazuje da je novi model značajno bolje statistički podržan.

Podaci dobiveni novom metodom pohranjeni su i dostupni putem web poslužitelja (<http://pgp.biozyne.com/>) svim potencijalnim korisnicima. Potrebno je naglasiti da je riječ o jednostavnom, intuitivnom i potpuno besplatnom sučelju za pristup podacima.

Ovaj poslužitelj pogodan je za slobodno korištenje modela na novim spojevima za potrebe znanstvene zajednice, a istovremeno nudi mogućnost korištenja na velikoj skali i za komercijalne korisnike.

Da je riječ o inovativnoj i vrijednoj metodi potvrđuje i činjenica da je rad pod na-

slovom Accurate models for P-gp drug recognition induced from a cancer cell line cytotoxicity screen autora **F. Supeka** (Biozyne), **M. Kralj** (Biozyne, IRB), **T. Šmuća** (Biozyne, IRB), **J. Čurka** (Biozyne), **M. Osmak** (IRB) te **J. Levatića**, vanjskog suradnika tvrtke Biozyne, dobio preporuku i najvišu ocjenu svojih inozemnih kolega, vrhunskih eksperata, i to na uglednom međunarodnom informacijskom servisu Faculty of 1000. Riječ je o međunarodnom forumu koji znanstvenicima omogućava brz uvid u ekspertni odabir i ocjenu najvažnijih znanstvenih članaka s područja biologije i medicine te srodnih znanosti. Radovi se odabiru na temelju preporuke vodećih svjetskih znanstvenika i kliničara koji čine ovaj virtualni znanstveni forum, a koji danas okuplja više od 5.000 članova.



Potpisan Ugovor o javno-privatnom partnerstvu za izgradnju KBC-a Rijeka

• U Rijeci je 18. siječnja potpisana ugovor o realizaciji projekta javno-privatnog partnerstva „Klinički bolnički centar Rijeka“. Uz ministra zdravlja prof. dr. **Rajka Ostojića**, ugovor su potpisali gradonačelnik Rijeke **Vojko Obersnel**, sanacijski upravitelj KBC-a Rijeka prof. dr. **Herman Haller** i predsjednik Upravnog odbora Centra za praćenje poslovanja energetskog sektora i investicija **Josip Borak**. Potpisivanju ugovora prisustvovali su i ministar gospodarstva Ivan Vrdoljak, ministar znanosti, obrazovanja i sporta **Željko Jovanović**, predsjednica saborskoga Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Romana Jerković, pomoćnica ministra zdravlja **Ljubica Đukanović** i župan Primorsko-goranske županije Zlatko Komadina.

Ukupna vrijednost investicije u novi KBC je 3,2 miliarde kuna, a tom je prigodom najavljen i početak gradnje barokomore u sklopu budućeg KBC-a u idućih nekoliko mjeseci te otvaranje novog investicijskog ciklusa u rječki KBC u vrijednosti 30 milijuna eura, u sklopu kojeg će se nabaviti operacijski stolovi, anestezijski uredaji i CT uredaji.

Ovim Ugovorom Grad Rijeka i KBC Rijeka daju Ministarstvu zdravlja ovlasti javnog partnera u realizaciji Javno privatnog partnerstva (JPP) projekta novog KBC-a. Ministarstvo kao javni partner, pak, ovlašćuje Centar za praćenje poslovanja energetskog sektora i investicija da za Ministarstvo koor-



Izvor: cei.hr

Ministar gospodarstva Ivan Vrdoljak i ministar zdravlja Rajko Ostojić potpisali su ugovor o izgradnji nove riječke bolnice s riječkim gradonačelnikom Vojkom Obersnelom i županom Primorsko-goranskim Zlatkom Komadinom

dinira sve aktivnosti za ovaj projekt. U idućih šest mjeseci izradit će se mjerila koja će pokazati razinu prihvatljivosti ovog projekta JPP-a. Procjenjuje se de ce pripreme trajati dvije godine a sama gradnja idućih pet godina.

Privatni partner, koji će biti izabran na javnom nadmetanju, dobit će pravo građenja na rok od 30 do 35 godina bez naknade. Ministarstvo se ugovorom obvezuje da se puni iznos JPP naknade za JPP projekt finančira iz državnog proračuna.

Podloga za realizaciju JPP projekta bit će idejni projekt KBC-a Rijeka koji je tijekom 2005. i 2006. izradila tvrtka ZO INVEST na osnovi izrađenog i prihvaćenog medicinsko-tehnološkog i građevinsko-instalacijskog programa, tehnološkog i idejnog rješenja izgradnje KBC-a, a usklađen s prihvaćenim Detaljnim planom uređenja Sveučilišnog kampusa i KBC-a na Trsatu.

Smještaj KBC-a određen je Generalnim urbanističkim planom grada Rijeke na parceli površine 8,4 hektara, koja obuhvaća postojeću površinu bolničkog kompleksa i dio površine bivše vojarne Trsat. Planirana bruto površina građevine iznosi oko 240 tisuća četvornih metara, a predviđena je podzemna garaža za smještaj oko 1800 vozila. Gradnja novog KBC-a na području današnjeg lokaliteta Sušak uključuje izgradnju novih građevina te dogradnju i rekonstrukciju postojećih. U novoj bolnici planira se smještaj oko 1000 bolesničkih kreveta, organizacija polikliničkih, dijagnostičkih i terapijskih sadržaja. Grad Rijeka do sada je u projekt nove bolnice na Sušaku uložio 45,5 milijuna kuna ustupanjem nekretnina i odricanjem od naplate komunalnog doprinosa za novi

KBC. Tome treba pridodati i ulaganje koje će Grad Rijeka imati putem TD "Energo" u zajedničku energiju za podmirenje potreba za toplinskom energijom Kampus-a i KBC-a, u iznosu od 75 milijuna kuna. Grad Rijeka izgradiće i potrebnu komunalnu infrastrukturu za novu bolnicu u vrijednosti od više desetaka milijuna kuna.

AŠ

Osnovana Hrvatska udruga bolničkih liječnika (HUBOL)

- Na samom kraju turbulentne 2013. godine, na Silvestrovo, u Hrvatskom liječničkom domu u Zagrebu održana je osnivačka skupština Hrvatske udruge bolničkih liječnika (HUBOL).

Ideja o osnivanju takve udruge sazrijevala je već dulje vrijeme u svijesti brojnih bolničkih liječnika, a inicijativni odbor, koji je sačinjavala manja skupina specijalista srednje i mlađe generacije zagrebačkih kliničara, započeo je s radom i pripremama za utemeljenje HUBOL-a u listopadu prošle godine.

Tijekom osnivačke skupštine usvojen je Statut udruge kao temeljni dokument, u kojem se definira struktura te navode zadaci i ciljevi udruge. Izabrana su statutom propisana tijela udruge. Za predsjednika je izabran mr. sc. **Trpimir Goluba**, spec.ginekolog iz KBC-a Zagreb, za dopredsjednike dr. **Ada Barić**, spec. anesteziolog iz KB-a Dubrava te

dr. **Pavo Kostopeč**, spec. kirurg iz KB-a Merkur, dok je za tajnika izabran dr. sc. **Krešimir Luetić**, spec. gastroenterolog iz KB-a Sveti Duh. Za predsjednika Nadzornog odbora HUBOL-a izabran je doc. dr. **Ante Čizmić**, spec. kirurg iz Klinike za dječje bolesti u Klaićevu, a za predsjednika Časnog suda prof. dr. **Darko Chudy** iz KB-a Dubrava.

Osnivači su razloge za osnivanje temeljili na nekoliko bitnih prepostavki. Jedna od najvažnijih jest činjenica da bolnički liječnici, iako predstavljaju najbrojniju skupinu ukupnog liječničkog korpusa u Hrvatskoj, trenutno nemaju odgovarajući utjecaj na procese odlučivanja vezane uz organiziranje i funkcioniranje javnog zdravstvenog sustava. Nezadovoljni takvim statusom, bolnički liječnici odlučili su od pukog objekta postati važan subjekt na svim institucionalnim, ali i izvaninstitucionalnim razinama na kojima se kreira zdravstvena politika. Namjera im je od pasivnih promatrača postati aktivnim sudionicima procesa kojima se izravno određuje njihova profesionalna sudsudbina, sudsudbina bolesnika ali i budućnost hrvatskog zdravstva u cjelini.

Udruga se želi nametnuti kao važan i konstruktivan partner svim državnim institucijama u stvaranju formalnih i neformalnih prepostavki za primjereni pozicioniranje liječnika i liječništva u društvu, kreiranju institucionalnog okvira koji će omogućiti da se unaprijedi ne samo status liječnika, već i zdravlje te prava svih sudionika u procesu zdravstvene zaštite.

Novoosnovana udruga HUBOL namjerava vjerodostojno i dosljedno zastupati teštiti interes liječnika, poglavito onih zaposlenih u javnom bolničkom sektoru, ali isto tako ističu važnost suradnje s drugim strukovnim i stručnim liječničkim udrušnjama, udrušnjama drugih zdravstvenih djelatnika te, od posebne važnosti, s udrušnjama bolesnika, na zajedničkom cilju - unapređenju cijelokupne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med., tajnik HUBOL-a
e-mail: tajnikhubol@gmail.com
kluetic@yahoo.com

S tržišta povučeni proizvodi s laserom

- Sanitarna inspekcija Ministarstva zdravlja obavila je u listopadu i studenom 2013. inspekcijske nadzore nad trgovaćim

društvima koja se bave uvozom proizvoda za hob i rekreaciju te nadzor trgovčkih društava koja se bave uvozom i distribucijom dječjih igračaka.

Tijekom nadzora uzeti su uzorci zračnih pušaka i pištolja, koji osim plastičnih metaka sadrže i izvore optičkog zračenja, odnosno lasere, koji služe kao nišani. Također su uzeti uzorci proizvoda koji sadrže izvore optičkog zračenja (laser), a služe kao pokazivači npr. kod predstavljanja prezentacija. Ti uređaji se na tržištu nalaze u različitim oblicima, kao što su olovke, privjesci za ključeve ili shokeri, a neki sadrže i led lampe pa služe i kao baterije i pokazivači.

Svi proizvodi laboratorijski su ispitani, a analiza je pokazala da laseri predstavljaju opasnost za oštećenje vida (takva svjetlost usmjerenja u oči može biti pogubnija od direktnog gledanja u sunce) i nisu u skladu s Pravilnikom o temeljnim zahtjevima za uređaje koji proizvode optičko zračenje te uvjetima i mjerama zaštite od optičkog zračenja.. Nakon nadzora s tržišta je povučeno i uništeno 1447 komada zračnih pušaka s laserom za uporabu iznad 14 ili 18 godina, 4531 komad ostalih proizvoda (pokazivači, privjesci i sl.) i 275 komada dječjih igračaka. Svi ti proizvodi prijavljeni su i u sustav brze razmjene službenih obavijesti o mjerama i radnjama glede proizvoda koji predstavljaju ozbiljan rizik za zdravlje i sigurnost potrošača (RAPEX).

Sanitarna inspekcija Ministarstva zdravlja i dalje će kontrolirati tržište te nastaviti s uzorkovanjem proizvoda koji sadrže izvore optičkog zračenja (laser).

izdanjem farmakopeje. Godišnju licencu za korištenje svakog izdanja Hrvatske farmakopeje, kao i dodataka koji se redovito objavljaju, izdaje Agencija za lijekove i medicinske proizvode, a cijena jedne licence je 930 kuna plus PDV. Svaku licencu moguće je koristiti na dva računala.



EMA započela procjenu lijekova za hitnu kontracepciju

- Europska agencija za lijekove (EMA) započela je procjenu lijekova za hitnu kontracepciju kako bi se utvrdilo utječu li povišena tjelesna masa i povećan indeks tjelesne mase na smanjenu učinkovitost ovih lijekova u sprječavanju neplanirane trudnoće nakon nezaštićenog snošaja ili zatajenja kontracepcijске metode. Procjenom će biti obuhvaćeni lijekovi odobreni na nacionalnoj razini koji sadrže progesteron levonogestrel (Escapelle i Vikela) te lijek ellaOne koji sadrži ulipristal acetat, a odobren je centraliziranim postupkom u EU od 2009. godine.

Lijekovi za hitnu kontracepciju koji sadrže levonogestrel mogu se koristiti u prva 72 sata nakon nezaštićenog snošaja ili zatajenja kontracepcijске metode, dok se lijekovi koji sadrže ulipristal acetat mogu koristiti do 120 sati nakon toga. Procjenu navedenih lijekova provest će Povjerenstvo za humane lijekove (CHMP) koje je nadležno za sva pitanja vezana uz lijekove za primjenu kod ljudi. Preporuka CHMP-a bit će proslijeđena Europskoj komisiji na donošenje pravno obvezujuće odluke.

AŠ



Dodatak on-line izdanja Hrvatske farmakopeje

- Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) objavila je prvi Dodatak on-line izdanja Hrvatske farmakopeje 3.0 s oznakom 3.1, koji stupa na snagu 1. travnja ove godine. Svaki Dodatak je cjelovito izdanje Hrvatske farmakopeje u koji su unesene sve novosti i korekcije, odnosno izmjene iz odgovarajućeg dodatka Europske farmakopeje te se u njemu farmakopeja može cjelovito pretraživati.

Prema važećim Pravilima dobre ljekarničke prakse, Hrvatska farmakopeja spada u obveznu stručnu literaturu ljekarne. Kako je farmakopeja, zbog unapređivanja prakse, podložna redovitim izmjenama, zadaća je svakog ljekarnika služiti se u radu važećim



na praktičnim vježbama na lutkama, kao što je porođaj zatkom, vakuumská ekstrakcija i zahvati prilikom distocije ramena, a vježbani su na modelu i hemostatske šavi maternice zbog postpartalne hemoragiјe.

Polaznicima su predloženi suvremeni algoritmi kod liječenja pojedinih hitnih stanja u porodaju uz raspravu i dobar „compliance“ polaznika i predavača, a cilj tečaja je i po peti puta uspješno obavljen: temeljna i napredna znanja o indikacijama, kontraindikacijama i tehnički izvođenja temeljnih porodničkih zahvata u svjetlu suvremene perinatologije i dobre kliničke prakse, posebice zato što su neke porodničke operacije u nekim rođilištima nerazumno zapostavljene, a porast carskoga reza kao „jedine“ porodničke operacije prelazi okvire dobre kliničke prakse. Ovaj je trend direktno povezan s manjkavom edukacijom specijalizanata i mladih specijalista iz porodničkih vještina, pa je ovaj tečaj doprinos našoj obvezi trajne edukacije.

Prim. prof. dr. sc. Dubravko Habek



Prvi hrvatski sustavni pregled o dijagnostičkoj točnosti je i prvi riječki Cochrane doktorat

- Na MEF-u u Rijeci je 12. prosinca 2013. Dr. Vanja Giljača obranio doktorsku disertaciju „Dijagnostička točnost različitih metoda u dijagnostici koledokolitijaze“. Prvi je to sustavni pregled na temu dijagnostičke točnosti koji su objavili znanstvenici iz Hrvatske, a ujedno i prvi „Cochrane doktorat“ na riječkom MEF-u. Mentor doktorata je prof. dr. Davor Štimac, ugledan gastroenterolog i pročelnik Zavoda za gastroenterologiju Klinike za internu medicinu KBC-a Rijeka. Prije desetak godina on je sa svojom istraživačkom



Doktorand i povjerenstvo za obranu: prof. dr. Davor Štimac, prof. dr. Livia Puljak, dr. sc. Vanja Giljača, prof. dr. Sandra Milić i prof. dr. Damir Miletić

skupinom počeo izrađivati Cochrane sustavne preglede iz područja gastroenterologije, a danas je i jedan od urednika Cochrane uredničke skupine za hepato-bilijarne bolesti.

Dijagnostička točnost pojedinog postupka znači da točno prepozna prisutnost određenog stanja ili bolesti kada ona kod bolesnika zaista postoji, odnosno da otkloni mogućnost postojanja istog stanja ili bolesti kada je kod bolesnika zaista i nema. Svakodnevna klinička praksa ovisi o dijagnostičkim postupcima, a njihova dijagnostička točnost utječe na preporuke mnogih smjernica za dijagnostiku u medicini utemeljenoj na dokazima.

Sustavni pregledi (engl. systematic reviews) o učinkovitosti različitih intervencija u medicini danas su dobro etablirani, dok su sustavni pregledi na temu dijagnostičke točnosti tek u povoju. Takvi pregledi uključuju istu ključnu metodologiju kao i intervencijski sustavni pregledi – definiranje kliničkog pitanja, pretraživanje literature, procjenjivanje odgovaraju li pronađena istraživanja postavljenim kriterijima uključenja, procjenu kvalitete, vađenje i sintezu podataka. Međutim, istraživanja koja procjenjuju točnost imaju jedinstven ustroj, što zahtijeva i različite kriterije za procjenu kvalitete studija i pristranosti, različite statističke metode za analizu pronađenih rezultata i drugu specifičnu metodologiju. Stoga je osobito pohvalno što se riječka skupina na čelu s prof. Štimcem upustila u izradu sustavnog pregleda o točnosti metoda u dijagnostici koledokolitizaze. Štoviše, temeljem rezultata analiza učinjenih u okviru ovoga sustavnog pregleda, razvijen je dijagnostički postupnik temeljen na dokazima utvrđenim u bolesnika kod kojih se sumnja na koledokolitizazu. Rezultati doktorske disertacije dr. Giljače vrijedni su posebno zato jer se mogu direktno klinički primijeniti i omogućiti racionalnije kliničko rasuđivanje i racionalnije upravljanje finansijskim resursima.

Sustavni pregledi su originalna istraživanja koja su na samom vrhu piramide u hijerarhiji dokaza u medicini, a urađeni u okviru Cochrane kolaboracije smatraju se

zlatnim standardom zbog rigorozne metodologije koja se očekuje od Cochrane autora. Bilo bi lijepo kad bi se više hrvatskih znanstvenika odlučilo na izradu Cochrane sustavnih pregleda jer je to način na koji se Hrvatska može svrstati u „vrh medicine“. Čestitka dr. Giljači i prof. Štimcu!

Prof. dr. sc. Livia Puljak



Predsjednik RH odlikovao uglednog njemačkog oftalmologa

- Predsjednik Republike Hrvatske dr. Ivo Josipović odlikovao je u prosincu uglednog njemačkog oftalmologa i znanstvenika dr. Rolfa Grewea redom Danice za osobite zasluge za znanost. Svečanom prijemu kod predsjednika nazočili su član upravnog odbora Njemačkog oftalmološkog društva prof. Christian Ohrloff, predstavnik Veleposlanstva Republike Njemačke u Zagrebu, predsjednik Hrvatskog oftalmološkog društva prof. Zoran Vatavuk i svi članovi upravnog odbora Društva.

Ovo je prvi put da je takvo odličje dodijeljeno liječniku iz Njemačke. Dr. Grawe je tijekom svog dugog radnog vijeka na Očnom odjelu Clemens bolnice u Münsteru objavio niz važnih istraživanja medikamen-



tnog liječenja glaukoma. Članom Njemačkog oftalmološkog društva, jednog od najstarijih medicinskih stručno-znanstvenih udruženja na svijetu, postao je 1983. Tri godine poslije izabran je za njegovog predsjednika.

Nakon velikih političkih promjena u Europi početkom 90-ih dr. Grawe se kao predstavnik Njemačkog oftalmološkog društva angažirao na stvaranju kontakata i razvoju oftalmologije u zemljama Srednje i Istočne Europe. Naši oftalmolozi posebno su mu zahvalni na stručnoj i znanstvenoj suradnji koja je rezultirala zajedničkim studijama i organizacijama kongresa te podrškom dodatnoj edukaciji nekoliko naraštaja hrvatskih oftalmologa.

Dr. Adrian Lukenda



Osnovan Nacionalni tim za dermoskopiju

- Na poticaj Međunarodnog društva za dermoskopiju (International Dermoscopy Society - IDS) u našoj je zemlji 25. listopada 2013. osnovan je Nacionalni tim za dermoskopiju s nacionalnim koordinatorom za dermoskopiju prim. dr. sc. Leom Čabrijanom. U naš tim uključeno je 24 dermatovenerologa iz Zagreba, Rijeke, Splita, Osijeka i Karlovca.

Uskoro započinje Panoeuropska dermoskopska studija u kojoj sudjeluje i naša zemlja. Zainteresirani mogu detalje naći na web stranicama IDS-a www.dermoscopy-ids.org, gdje se mogu upoznati sa slučajevima objavljenim na diskusiskom forumu, kao i samostalno participirati komentarom i prezentacijom vlastitih slučajeva.

Prim. dr. sc. Leo Čabrijan, dr. med., dermatovenerolog, KBC Rijeka
leo.cabrijan@ri.t-com.hr



Novi broj hitne medicinske službe - 194

- Od ponedjeljka 27. siječnja 2014. potpuno se gasi telefonski broj 94, koji je prije korišten za pozive hitnoj medicinskoj službi. Građani će od ponedjeljka hitnu medicinsku službu moći dobiti isključivo na telefonski broj 194.



Intervju

Novi model upućivanja razjašnjava uloge i odgovornosti u sustavu

Mr. Dubravka Pezelj Duliba, dr. med., pomoćnica ravnatelja HZZO-a, govori za Liječničke novine

Razgovarala Andreja Šantek



Mr. Dubravka Pezelj Duliba, dr. med., pomoćnica ravnatelja HZZO-a za medicinske poslove

••• Godina iza nas je bila dosta burna, uveli ste neka nova pravila koja su izvala dosta komešanja među vašim ugovornim partnerima. Zašto ste reducirali broj ugovora s privatnicima i hoćete li ih sada ponovno uključiti s obzirom na to da ministar zdravlja tvrdi da su liste čekanja četiri puta veće zbog štrajka liječnika?

• Uvođenje reda u hrvatski zdravstveni sustav je nužnost. Jedan od načina je i ugovaranje zdravstvene zaštite u skladu s propisima. Tako je i reduciranje broja ugovora rezultat svodenja broja ugovornih timova u okvire Mreže javne zdravstvene službe. Gospodarska kriza koja je uzrokovala racionalizaciju Državnog proračuna, uzrokovala je i smanjenje proračuna za zdravstvo. U tim je okolnostima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) redefinirao kriterije za

sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite pa su osnovni kriteriji, naravno, uz opće uvjete, bili dužina ugovornog odnosa s HZZO-om i uredno izvršavanje ugovornih obveza tijekom tog ugovornog odnosa.

U ovom trenutku nemamo u planu ponovno ugovaranje s privatnicima za one zdravstvene postupke za koje su se eventualno produžile liste čekanja. Jedan od razloga je i to što su sredstva za provođenje zdravstvene zaštite u Državnom proračunu unaprijed poznata i planiraju se i raspodjeljuju u skladu s ugovorenim sadržajima.

Ove godine smo vjerojatno po prvi put od kada postoji HZZO u samostalnoj Hrvatskoj, proces ugovaranja završili prije početka ugovornog razdoblja i ugovore poslali ugovornim partnerima prije 1. siječnja 2014. Tako znam da u ovom trenutku nema-

mo slobodnih sredstava koje bismo usmjerili u provođenje dodatnih postupaka. Novac koji nam je na raspolaganju usmjerit ćemo prema ugovornim partnerima, prema njihovom izvršenju. Ako iz bilo kojeg razloga taj novac ne budu raspodijeljen, jer zdravstvena zaštita nije provedena, moći ćemo razmišljati o preusmjeravanju novca onim provoditeljima zdravstvene zaštite koji mogu odgovoriti na potrebe pacijenata.

••• Uveli ste i novi model ugovaranja s liječnicima primarne zaštite. Kolik je bio odaziv liječnika?

- Novi model ugovaranja PZZ-a uveli smo nakon gotovo godinu dana priprema. Od prvog javnog predstavljanja u lipnju 2012. pa do prvih ugovora potpisanih 1. travnja 2013., uprava i stručne službe HZZO-a uložile su ogroman napor kako bi stručnu javnost, naravno najviše doktore u primarnoj, upoznale s prednostima novog modela ugovaranja za pacijente i doktore osobno.

Od početnih najava bojkota novog modela, koji su dolazili iz straha od novoga i neprepoznavanja prednosti, došli smo do gotovo 90 posto potpisanih ugovora, računajući sve četiri djelatnosti na koje se novi model odnosio (obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena zaštita žena i dentalna zdravstvena zaštita). Povratne informacije koje dobivamo od uključenih liječnika su pozitivne. Dokaz tome su i potpisani ugovori za 2014. godinu.

••• HZZO je raspisao i natječaj za dežurstva u PZZ-u, a s nekim novinama. O čemu je riječ?

- HZZO je za djelatnosti obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece i dentalne zdravstvene zaštite raspisao natječaj za provođenje posebnih dežurstava, koja se provode u vrijeme kada ne rade izabrani doktori u tim djelatnostima, dakle subotom popodne, nedjeljom, praznikom i blagdanom.

Novina je u odnosu na proteklo ugovorno razdoblje da HZZO neće plaćati dežurstvo kao takvo bez obzira na broj pacijenata, već je ponudio cijenu od 55 kuna po pregledanom, odnosno obrađenom pacijentu, koju će izravno plaćati izvršitelju. Mjesto dežurstva određuje dom zdravlja, odnosno županija, u dogовору s liječnicima koji su podnijeli ponude.

Kako ne bi došlo do zlouporabe dežurstava za pregledavanje vlastitih pacijenata po povećanoj cijeni, HZZO je ograničio plaćanje vlastitih pacijenata doktora koji dežura na deset. Pregled jedanaestog i svakog sljedećeg pacijenta opredijeljenog za dok-

tora koji dežura, bit će mu plaćeni u okviru limita za dijagnostičko-terapijske postupke. Dakle, svi pacijenti koji nisu opredijeljeni za doktora koji dežura bit će tom doktoru plaćeni u cijelosti i u punom iznosu. Mislimo da je to realna i fer cijena, no dobili smo informacije da koncesionari nisu zainteresirani za rad subotom, nedjeljom i blagdanom.

Kako natječaj traje do 31. Siječnja, još se imaju vremena odlučiti. Isto tako mislimo da će na ovaj način postati jasnije gdje je posebno dežurstvo potrebno, a gdje nije, te da će županije racionalizirati punktove.

••• Jeste li razriješili situaciju s Domom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije? Što će biti s onima koji i dalje ne žele potpisati novi ugovor? Naime, ono što vam liječnici zamjeraju jest odredba u novom ugovoru kojom se mijenja način produljenja ugovora, odnosno stari ugovor više neće vrijediti do potpisivanja novog ugovora.

• S Domom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije ovo pitanje nije razriješeno, nažalost se dodatno komplikiralo odbijanjem potpisivanja ugovora za 2014. godinu i to od strane Upravnog vijeća tog DZ-a i jedini je Hrvatskoj koji nije potpisao ugovor za 2013., pa tako ni za 2014.

Ne nalazimo racionalnih objašnjenja ovakvom postupanju. U prosincu je organiziran zajednički sastanak predstavnika Županije, DZ-a, nadležnih komora i Ministarstva zdravlja, nakon kojeg je HZZO predložio dodatna rješenja za timove koji prema navodima ravnatelja DZ-a ne prihoduju dovoljno novca za opstanak, no to je odbačeno.

Sada zbog primjene novog Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju nećemo moći isplatiti novac za provedeni rad u siječnju, jer bi to bilo protuzakonito. Naime, odredba prema kojoj stari ugovor više ne vrijedi do potpisivanja novog, već samo tijekom ugovornog razdoblja, zakonska je odredba.

Mi se još uvijek nadamo da će ravnatelj DZ-a, ali i njegovo Upravno vijeće, pa i cijela županijska uprava, uvidjeti svoju pogrešku. S privatnicima, odnosno koncesionarima, je drugačije jer su koncesijski ugovori i osnovni ugovori s HZZO-om o provođenju zdravstvene zaštite potpisani na razdoblje od deset godina.

••• Uveli ste i nov način financiranja bolnica, onemogućili ste 'preljevanje' novca između stacionarne zaštite i SKZ-a, što ste koncem godine ipak promjenili. Koja je bila ideja vodila za takav način plaćanja i što se u međuvremenu promjenilo?

• U Hrvatskoj je težište previše na bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Ležanje u

bolnici ima za pacijente, ali i liječnike, neko posebno značenje. Dok je u drugim zemljama Europske unije prosječno trajanje hospitalizacije u akutnim bolnicama četiri dana, kod nas se te brojke kreću od sedam do devet dana. Što duže se leži u bolnici to su veći su troškovi, ali i veća je mogućnost dobivanja komplikacija, kao što su bolničke infekcije, padovi i slično. Promjenom načina financiranja želi se preusmjeriti težište na učinkovitije načine liječenja - dnevnu bolnicu i ambulantno liječenje. Ključno je spuštanje zdravstvene zaštite na najniže razine sustava na kojima se potrebna zdravstvena usluga može pružiti.

Nema razloga da pacijent leži u bolnici ako se nešto može provesti tijekom jednodnevног boravka, ali niti da se neki postupci provode u bolnici ako se mogu provoditi u ordinacijama PZZ-a. U konačnici, krajem godine, novac je iz djelatnosti u kojima je postignuto manje ostvarenje preusmjeren u one djelatnosti u kojima je postignuto veće ostvarenje.

••• Kakvo je bilo izvršenje rada u bolnicama s obzirom na štrajk?

• HZZO je tijekom štrajka u rujnu i listopadu organizirao 24-satna dežurstva na "Bijelom telefonu" kako bi se moglo pravovremeno djelovati i osigurati da niti jednoj osiguranoj osobi ne bude uskraćeno pravo na nužnu zdravstvenu zaštitu. Nakon štrajka analizirali smo izvršenja bolnica, no vrlo je nezahvalno izvoditi zaključke iz dobivenih podataka.

Naime, i mnogi pacijenti, znajući da je štrajk u tijeku, nisu tražili zdravstvenu zaštitu. Primjetili smo pad broja posjeta bolnicama tijekom listopada, koji ne možemo nazvati značajnim, no isto tako i porast tijekom studenog u usporedbi s mjesecima u kojima nije bio štrajk. Ukupan broj posjeta (i hospitalizacija) u 2013. na razini je prethodnih godina.

No, ne smijemo zaboraviti da je od 1. rujna 2013. na snazi i novi model upućivanja, čiji je jedan od osnovnih ciljeva upravo bio i smanjeno upućivanje u SKZ i jačanje skrbi za kronične pacijente u okviru PZZ-a pa stoga ne možemo tvrditi da je smanjen broj posjeta posljedica štrajka.

••• Koliko je novaca predviđeno za bolnice u ovoj godini u usporedbi s 2013.-om? I hoće li biti promjena u načinu financiranja s obzirom na masterplan?

• U 2014. je za bolnice predviđen isti iznos novca kao i u 2013. godini, tj. 7,2 milijarde kuna za bolničke limite. Međutim, mješevni limit bit će iz mjeseca u mjesec jednak, i to prosječno oko sedam posto veći nego u

prosincu 2013. U samom načinu financiranja, u odnosu na masterplan, neće biti promjena, ali će se novac preusmjeravati u odnosu na promjenu bolničke mreže. Međutim, utvrdili smo pokazatelje učinkovitosti i kvalitete, koje ćemo pratiti kod bolnica, javno ih prikazati i u konačnici, kada za to budu ostvareni uvjeti, koristiti za stimulativno plaćanje, kao i u PZZ-u.

••• Zašto je HZZO uveo novi model upućivanja pacijenata i preporuku o propisivanju najjeftinijih generičkih lijekova? I kakvi su rezultati tih promjena?

• Razlog za uvođenje novog modela upućivanja jest razjašnjavanje uloga i odgovornosti u zdravstvenom sustavu. Pacijent često "šeta" između doktora PZZ-a i doktora u bolnici i prenosi podatke koje bi liječnici trebali međusobno razmjenjivati. To se ne smije događati jer pacijent mora biti u središtu zdravstvenog sustava, koji je tu zbog njega. Istovremeno, kroz novi model upućivanja naglašena je uloga doktora PZZ-a u skrbi za kroničnog pacijenta.

Pacijent koji boluje od kronične bolesti, koji je reguliran i stabilan, ne mora na redovne kontrole u bolnicu, već se može kontrolirati kod svog obiteljskog liječnika koji poznaje njega, njegovu obitelj, prilike u kojima živi i radno mjesto na kojem radi.

Na taj se način u bolnicama i specijalističkim i subspecijalističkim ordinacijama oslobođa prostor za one pacijente koji su nestabilni, kod kojih je teško regulirati terapiju, a inače ne mogu u medicinski opravданom roku ostvariti potrebnu zdravstvenu uslugu.

Kad govorimo o propisivanju najjeftinijih generičkih lijekova, to nije potputna novost jer se već dugi niz godina prati potrošnja lijekova po doktoru, i to je jedan od pokazatelja učinkovitosti njegovog rada. Međutim, malo se postiglo u smanjenju potrošnje. Preporuka o propisivanju najjeftinijih generičkih lijekova ima za cilj ukazati doktorima na moguće uštede u sustavu bez zakidanja pacijenata za ono što im je potrebno.

U ovom kratkom vremenskom razdoblju od četiri mjeseca koliko je ta preporuka na snazi smanjena je potrošnja lijekova na recept, a da niti jedan pacijent nije zakinut. Uz smanjenje cijena koje će se postići ostalim mehanizmima, kao što su referiranje i izračun cijena, otvorit će se prostor za ulazak novih učinkovitih lijekova na osnovnu ili dopunska listu lijekova HZZO-a.

•••

HZZO će honorirati liječničke peer grupe

• Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje nudi lijećnicima primarne zdravstvene zaštite mogućnost unapređenja njihova rada kroz organiziranje tzv. peer grupa, iako u ovom trenutku nije poznato hoće li im to biti i dodatno honorirano. „Prilagođeni prijevod bio bi stručni sastanak grupne prakse ili grupnih praksi, a najjednostavnije se može usporediti sa stručnim sastankom klinike ili odjela, ali na razini PZZ-a.

U njemu sudjeluju članovi jedne grupne prakse ili više njih, jednakе dodiplomske edukacije, npr. doktori medicine. Moguće ga je održati među stručnjacima više specijalnosti, primjerice, obiteljski doktori, pedijatri i ginekolozi zajedno mogu diskutirati o zdravstvenim problemima devojčica do 18. godine, njihovom zdravom razvoju, rješavanju kontracepcije, nasilju u obitelji ili okolini, dakle o situacijama s kojima se sve tri grupe liječnika jednakom mogu susretati u svojem radu“, kaže specijalist obiteljske medicine dr. **Mario Malnar**. Dodaje kako je osnovni interes, odnosno uvjet za sudjelovanje, mogućnost unapređenja rada, rješavanja dvojbi ili usvajanja novih znanja. Dr. Malnar kaže da bi na takvim sastancima sudjelovalo najmanje troje, a najviše 30-ak sudionika, a optimalno bi bilo 15 kako bi se mogla razviti kvalitetna rasprava s obzirom na zadano vrijeme. „No, tema sastanka ne mora biti vezana za konkretni slučaj ili konkretnog pacijenta, može se raspravljati i o hipotetskim situacijama, slučajevima koji su se drugdje dogodili. Sastanak bi bilo poželjno održati na kraju radnog vremena bilo u jednoj od praksi ili na drugom prikladnom mjestu koje je dostupno svima, a omogućuje jasnu raspravu. Ako se stručni sastanak grupne prakse održava tijekom radnog vremena ordinacija, nužno je o tome obavijestiti pacijente te ostaviti kontakt brojeve mobitela za slučaj hitnosti, i/ili medicinsku sestruru da pruži uslugu ili podatke eventualnim pacijentima. Najčešće se ipak radi o sastanku jedne specijalnosti na kojem se obrađuje primjer pacijenta s određenim zdravstvenim ili drugim problemom koje liječnici susreću u svojem radu, a čije rješavanje može unaprijediti rad ostalih sudionika rasprave. Također, slučaj se može iznijeti kao neriješen ili diskutabilno riješen problem te potražiti mišljenje o postupanju ili mogućnostima drugačijeg pristupa u liječenju od drugih kolega na stručnom sastanku.

Teme skupova mogu biti i novosti o organizaciji, npr. upućivanja, informiranje o ustanovama/djelatnostima koje provode zdravstvenu zaštitu. Ne treba isključiti niti zajedničke stručne sastanke cijelih timova, tj. i liječnika i sestara (tehničara) ako su teme ili prijedlozi organizacijskih promjena bitni za zajednički rad. Gostujući stručnjaci na stručnom sastanku mogu biti specijalisti drugih kliničkih specijalnosti, članovi proširenog tima na nekom području – npr. patronaža, socijalni radnik, ali i svećenik, fizioterapeut, farmaceutski stručni suradnik te drugi čija specifična znanja, vještine i informacije koje donose mogu pridonijeti boljem budućem radu članova.

Dr. Malnar ističe da je za evidenciju stručnog sastanka grupne prakse potrebno voditi kratak zapisnik koji sadrži potpisne sudionika i teme o kojima se raspravljalo. Jednu kopiju zapisnika treba dobiti svaki član grupne prakse radi vlastite evidencije, a original treba čuvati osoba odabrana za to. „Radi izvještavanja HZZO-a o provedenim sastancima trebalo bi uvesti poseban DTP postupak koji ne glasi na ime pacijenta, nego na ordinaciju/tim, kako bi se mogao fakturirati HZZO-u i prikazati u izvještajima. Napominjem da peer grupa ne mora biti vezana za konkretnog pacijenta, jednog ili više, kao što su to naveli u nekim područnim uredima HZZO-a nego predstavlja postupak cijelog tima/ordinacije“, ističe dr. Malnar.

Napominje da se stručni sastanak treba prijavljivati Hrvatskoj liječničkoj komorici kao dio trajne medicinske edukacije putem web obrasca za prijavu dostupnog na www.hlk.hr. Obavezno je korištenje naziva „Stručni sastanak liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“.

Predviđeno je bodovanje sudionika s dva boda, a eventualnog predavača s tri boda. Bodovanje se obavlja odmah nakon prijave i za njega nije potrebno odobrenje Povjerenstva što će biti dostavljenom emailom nakon prijave. HZZO preporučuje najmanje 10 sastanaka godišnje, a ispunjenjem toga se osigurava najmanji potreban broj bodova za relicenciranje u Komori (20 godišnje).

su novi maksimalni iznosi novca za provođenje specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite.

Bolnički limiti utvrđeni su samo za prvi kvartal 2014., dok će se u nastavku godine po potrebi prilagođavati najavljinim promjenama u bolničkom zdravstvenom sustavu koje se prvenstveno tiču pokretanja procesa spajanja bolnica. Novi limiti u siječnju 2014. već su za oko sedam posto nego u prosincu 2013.

UV je prihvatio i odluku o uvjetima ugovaranja provođenja primarne, specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite u 2014. Novost iz sadržaja ugovora o provođenju bolničke zdravstvene zaštite vezana je za račune na kojima će bolnice ubuduće morati iskazati nabavne cijene lijekova koje su primijenile na pacijentima, i to ostvarenih na temelju provedenog javnog nadmetanja za nabavu lijekova, ali najviše do visine cijene lijeka iz Osnovne liste lijekova i cijene lijeka utvrđenoj u Dopunskoj listi lijekova HZZO-a.

Više cijene DTS-a

Usvojena je i odluka o povećanju cijena bolničkog liječenja, i to samo za akutne bolesti, odnosno za bolnička liječenja kod kojih je proveden neki kirurški postupak cijena se povisuje za osam posto, a bez njega, u tzv. internističkim skupinama djelatnosti cijena se povisuje 15 posto. Međutim, jer je maksimalni iznos sudjelovanja osiguranika kod bolničkog liječenja 2000 kuna te da se kod većine hospitalizacija plaća maksimalno sudjelovanje, navedene promjene neće se bitno odraziti na troškove osiguranih osoba. Za ona liječenja kod kojih je sudjelovanje manje od 2000 kuna, iznos će prosječno porasti oko 100 kuna (80 kuna kod kirurških bolesti, a 110 kuna kod nekirurških bolesti). Osobama koje su dopunski osigurane, troškove sudjelovanja snosi njihovo dopunsko zdravstveno osiguranje.

Nakon provedenog Natječaja za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za 2014. godinu, prihváćene su ponude ponuditelja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Na natječaju su prihváćene ponude 65 bolnica, 43 doma zdravlja, 60 poliklinika, 137 specijalističkih ordinacija (zakup i privatni prostor), sedam medicinskih laboratorija, 108 ustanova i privatnih praksi koje provode fizikalnu terapiju u kući te 22 ustanove koje provode posebne programe. Broj prihváćenih ponuda ne razlikuje se znatno od dosadašnjeg broja ponuditelja.

Sjednice Upravnog vijeća HZZO-a

Veći bolnički limiti

- Upravno vijeće HZZO-a je u proteklom razdoblju održalo dvije sjednice. Na 51. redovnoj sjednici 27. prosinca utvrđeni

Za prevenciju 28,5 milijuna kuna

HZZO će, odlučilo je UV, i ubuduće poticati i financirati preventivne programe, jer su dokazani uspješni rezultati u ranom otkrivanju bolesti. Tako je za nacionalne preventivne programe ranog otkrivanja raka vrata maternice, ranog otkrivanja raka debeleg crijeva i prevenciju raka dojke predviđeno 28,5 milijuna kuna. U narednom razdoblju očekuje da se da ravnatelj HZZO-a sklopi ugovore s bolnicama, domovima zdravlja, zavodima za javno zdravstvo i privatnim zdravstvenim radnicima koji su osnovom pregovaračkog postupka izabrani kao provoditelji tih programa.

Nove ovlasti i obveze kontrolora

UV je na 54. sjednici 22. siječnja donijelo Pravilnik o provedbi nadzora i kontrole kojim se utvrđuju nove ovlasti i obveze HZZO-a, osobito u dijelu kontrole privremene nesposobnosti za rad i namjenskog korištenja novca za ugovorenou zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Kontrola privremene nesposobnosti za rad osiguranika obavlja se pregledom medicinske i druge dokumentacije kod izabranog doktora te obveznim pregledom osiguranika u ordinaciji izabranog doktora ili prostorima HZZO-a ili u stanu/kući osiguranika. Ako se osiguranik, koji je uredno pozvan, ne odazove pozivu na pregled, a svoj nedolazak ne opravda ili ne omogući pregled u stanu, kontrolori HZZO-a mogu predložiti obustavu naknade plaće zbog privremene nesposobnosti za rad osiguranika. Pravilnikom je obuhvaćen i postupak unutarnjeg nadzora, odnosno provjera kvalitete rada organizacijskih jedinica HZZO-a.

Pretrage TSH i PSA u primarnoj

Ubuduće će se u primarnim laboratorijima koji za to imaju uvjete na teret HZZO moći kontrolirati TSH (tireotropni hormon za kontrolu rada štitnjače) te PSA (prostata specifični antigen), čime će se značajno povećati dostupnost tih pretraga, tj. skratiti čekanje na njihovo obavljanje, što je do sada bilo moguće samo u bolničkim laboratorijima. Očekujemo da će svi laboratorijski koji imaju za to uvjete tijekom 2014. omogućiti osiguranim osobama obavljanje ovih pretraga.

90 milijuna kuna za pripravnike

UV je donijelo odluku i o finansiranju pripravničkog staža doktore medicine,

doktora dentalne medicine, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije za 2014. HZZO će provesti javni natječaj, a broj slobodnih pripravničkih mjeseta utvrdit će se na osnovi podataka ugovornih zdravstvenih ustanova. Za tu je namjenu osigurano 90 milijuna kuna.

Dodijeljen certifikat ISO 9001

HZZO je dobio međunarodni certifikat ISO 9001, čime je potvrđena učinkovita implementacija sustava upravljanja kvalitetom u HZZO-u. Certifikat ISO 9001 prepoznatljiv je znak kod organizacija koje u svom poslovanju posebnu pozornost posvećuju kvaliteti svojih proizvoda i usluga. Naime, norma sadržava međunarodno primjenjive zahtjeve za kvalitetu proizvoda, usluga i razvoja te pruža smjernice za poboljšanje učinkovitosti organizacije i njenog upravljanje na sustavan način, što je preduvjet za osiguranje stalnog napretka.

Nove liste lijekova

Od 3. veljače u primjeni su nove liste lijekova koje je UV usvojilo na sjednici 22. siječnja nakon provedenog postupka javnog nadmetanja za utvrđivanje cijena lijekova. Ravnatelj HZZO-a **Siniša Varga** istaknuo je da su cijene lijekova u projektu smanjene za oko osam posto, čime će HZZO godišnje uštedjeti oko 300 milijuna kuna. Varga je obećao da će taj novac biti iskorišten za nabavu posebno skupih lijekova. Uostalom, dodao je, HZZO je u Državnom proračunu pa novac koji je na stavci Lijekovi ne može biti preusmjeren na nešto drugo. U HZZO-u ističu da osiguranici i dalje mogu dobivati 3299 oblika lijekova na Osnovnoj listi te 650 oblika lijekova na Dopunskoj listi. Nakon provedenog postupka oko 160 lijekova prebačeno je s liste A na listu B, čime su ušli u režim nadoplate, a prema nekim izračunim pacijenti će za pojedine lijekove nadoplaćivati višestruko veći iznos nego do sada. Varga se pohvalio kako je ovo prvi puta da je postignuto takvo prosječno smanjenje cijena lijekova pa je podsjetio da je do sada smanjenje iznosilo između jedan i tri posto godišnje. Također je najavio da u ovoj godini očekuje dodatna smanjenja cijena, i to između osam i devet posto, te da je pred njima postupak provođenja međunarodnog referenciranja.

Iz redova industrije moglo se čuti da HZZO nije poštovao pravila natječaja te im nije, nakon odbijenih žalbi, ostavio 30 dana vremena da se prilagode novim cijenama već ih je samoinicijativno prebacio na listu B. Ravnatelj Varga pak kaže da je postupak

snižavanja cijena, koji je uslijedio nakon preporuke koju je HZZO izdao liječnicima PZZ-a da prepisuju najjeftinije lijekove, trajao pet mjeseci te da je industrija imala dovoljno vremena da se prilagodi novim uvjetima. Svatko od njih, dodao je Varga, može u bilo kojem trenutku podnijeti zahtjev Povjerenstvu za lijeckove da mu se omogući vraćanje na A listu.

AŠ

HZZO pokrenuo pilot projekt eSmjernice

- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) započeo je krajem siječnja s pilot projektom eSmjernice koji će trajati do 1. travnja, do kada liječnici mogu poslati svoje komentare i prijedloge na mail adresu smjernice@hzzo.hr.

Nakon 1. travnja eSmjernice će se uvesti u svakodnevni rad, s tim da HZZO planira s vremenom povećavati njihov broj.

U ovom je trenutku u suradnji sa specijalistima iz kliničkih bolnica i liječnicima obiteljske medicine definirano šest indikacijskih smjernica za pojedine postupke iz kataloga postupaka naručivanja (KZN) koji će se koristiti prilikom eNaručivanja iz ordinacija primarne zdravstvene zaštite (PZZ).

Inicijalnih šest smjernica prikazivat će se kod postupaka naručivanja za UZV abdomena, UZV urološki, UZV štitnjače, UZV testista, UZV srca i EEG – Elektroenzefalografija. eSmjernice prikazivat će se na ekranu liječnika PZZ-a prilikom kreiranja eNaručžbe, te će liječnik potvrditi da je pročitao eSmjernicu i da su kriteriji iz eSmjernice zadovoljeni. Potvrdom eSmjernice liječnik nastavlja s eNaručžbom.

Tijekom pilot projekta smjernice će biti objavljene na stranicama CEZIH-a (www.cezih.hr) kako bi ih svi stručnjaci, posebice bolnički specijalisti, mogli pročitati, a svi liječnici PZZ-a imat će u svojim informacijskim sustavima u ordinacijama uvedenu mogućnost eSmjernica.

Cilj projekta je, kažu u HZZO-u, do kraja godine uvesti što veći broj smjernica te time olakšati rad liječnicima, podići i unificirati kvalitetu pružanja zdravstvene zaštite, te poboljšati sigurnost pacijenata.

.....

Eurohealth index

Odlični u transplantacijama, slabiji u kliničkim ishodima

Andreja Šantek

- Švedska organizacija za analizu kvalitete zdravstvene zaštite Health Consumer Powerhouse (HCP) već nekoliko godina istražuje i analizira zdravstvene sustave u Europi.

Prate se i analiziraju indikatori kvalitete u pet ključnih područja: poštivanje prava i informiranost pacijenata, dostupnost zdravstvenih usluga odnosno vrijeme čekanja na dijagnostičke i terapijske postupke, rezultati liječenja, prevencija bolesti, obim pruženih usluga i politika lijekova. Od posljednjeg istraživanja dodan je još jedan indikator i to onaj za prevenciju. Ukupno su analizirana 42 indikatora i prema poznatim kriterijima se izračunava broj bodova za svaku

ko od područja; ukupan broj se naziva Evropski indeks zdravstvene zaštite potrošača (EHCI) za svaku od zemalja.

„Indeks je važno mjerilo standarda u zdravstvu europskih zemalja, a omogućava uspoređivanje zdravstvenih sustava i objektivno ukazuje na područja koja bi trebalo poboljšati“, kaže prof. dr. Ana Stavljenić-Rukavina, dr.med., koja je posljednjih nekoliko godina kao konzultant uključena u izradu indeksa. Hrvatska je uključena u analizu kvalitete zdravstvenog sustava od 2008. godine, a podaci se prikupljaju istom metodologijom kao i za ostale zemlje, to jest temeljem javno dostupnih podataka u sustavu, i anketom među korisnicima i stručnjacima. U EHCI-

u za 2013. godinu Hrvatska je zauzela 19. mjesto sa 656 bodova od maksimalnih 1000, što je blagi pad u usporedbi sa 17. mjestom u 2012. godini kada smo imali 655 bodova. Na vrhu je ostala Nizozemska s ukupno 870 bodova, a slijede Švicarska, Island, Danska i Norveška. U studiju je uključeno 35 država; Hrvatska zaostaje za Nizozemskom za više od 200 bodova, a također smo slabiji i od Slovenije.

„Izgleda da se u hrvatskoj zdravstvenoj skrbi nije dogodilo mnogo toga“, kaže dr. Arne Björnberg, predsjedatelj HCP-a i voditelj istraživanja prilikom predstavljanja rezultata u studenom prošle godine, dodajući da su postojale nade u stalni napredak, ali da su ishodi u 2013. godini ponešto razočaravajući. Rekao je i da dok se stanje u drugim zemljama poboljšava, u Hrvatskoj je zastoj.

Uspješni u transplantaciji

„Od pretposlednjeg mjeseca 2008. do 2012. godine bio je EHCI za Hrvatsku u stalnom porastu i to zahvaljujući, s jedne strane, boljem informiranju o sustavu kroz službene web stranice Ministarstva zdravljia, agenciju, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, i s druge strane, realnim poboljšanjima u sustavu kao što su uspjeh programa transplantacije organa i uvođenja eZdravstva odnosno eRecepta“, kaže prof. Stavljenić - Rukavina. Dodaje kako prošlo izvješće za 2013. godinu znači korak unatrag, jer smo na ljestvici zemalja niže za dva mesta.

Analizirajući podatke, kaže prof. Stavljenić-Rukavina, može se zaključiti da je razlog nekoliko. Primjerice, produljene liste čekanja na neke dijagnostičke i terapijske postupke, nedostatak preventivnih mjera i akcija poput borbe protiv pušenja na nacionalnoj razini uz istovremeno značajnu incidenciju raka dišnih organa, te izostanak javno dostupnih podataka o kvaliteti javnozdravstvenih ustanova.

„Ne možemo biti zadovoljni s indikatorima ishoda liječenja, osobito kada je u pitanju infarkt miokarda, preživljivanje pacijenata s malignim bolestima, te postotak hospitalnih infekcija. To su područja koja ne zadovoljavaju kriterije kvalitete i trebala bi biti u prioritetu svih odgovornih u hrvatskom zdravstvenom sustavu.“

Posebno je važno ubrzati vrijeme od dijagnoze do početka kemoterapije ili radioterapije kod malignih bolesti. Procepljenost obveznim cjeplivima nije na zadovoljavajućoj razini, a nije došlo ni do pobolj-



šanja u indikatoru smrtnosti dojenčadi“, pojašnjava prof. Stavljenić - Rukavina. Nadalje, dodaje, i nakon više godina negativnim je ocijenjen i nedostatak osiguranja koje bi pokrivalo naknadu štete prema pacijentima bez sudskih procesa, te nedostatak kataloga zdravstvenih ustanova ili ordinacija rangiranih prema njihovoj kvaliteti.

„Podaci koje generira taj indeks daju određen smjer odgovornim dionicima u zdravstvu kako bi trebalo popravljati stanje“, pojašnjava prof. Stavljenić - Rukavina. Iako smo u sredini tablice zemalja uključenih u projekt, dodaje, mora se ustvrditi da su određena područja od 2008. godine bez pomaka prema boljem i ona bi trebala biti prioritet u sljedećem razdoblju.

Što nam je činiti

„Hrvatska se želi profilirati kao zemlja pogodna za zdravstveni turizam i da bi se to doista ostvarilo potrebno je kategorizirati ustanove i prakse u sustavu prema kvaliteti i riješiti, primjerice, pitanje osiguranja za naknadu štete, te osigurati javno objavljanje indikatora kvalitete ustanova, poliklinika ili privatnih praksi“, zaključuje prof. Stavljenić - Rukavina. Dodaje kako je Nizozemska, koja se već godinama nalazi na prvom mjestu ljestvice, zemlja koju bi vrijedilo kopirati kada je u pitanju kvaliteta i zadovoljstvo zdravstvenom zaštitom.

Nizozemska se stalno nalazi među tri najbolje rangirane zemlje otkada se 2005. godine počeo objavljivati indeks. Nizozemska je 2013. prikupila 870 bodova, što je najviše od kada se indeks objavljuje; kada se analiziraju podaci, navode u HCP-u, ispada da nizozemski zdravstveni sustav gotovo da i nema slabu točku i stoga ga se može s pravom nazvati najboljim u Europi. Nizozemski zdravstveni sustav karakterizira mnoštvo pružatelja zdravstvenog osiguranja, što stvara konkureniju, a i odvojeni su od onih koji pružaju zdravstvene usluge, odnosno bolnica.

Uz to, imaju vjerojatno najbolje strukturiran sustav sudjelovanja udrug pacijenata u donošenju zdravstvenih odluka i utjecaja na zdravstvenu politiku u Europi. Također, Nizozemci su prepoznali pristupačnost kao jednu od svojih slabih točki i nakon toga formirali 160 centara primarne zaštite koji su otvoreni 24 sata dnevno sedam dana u tjednu. I dok su u većini kategorija Nizozemci dobri ili vrlo dobri, rezultati u prevenciji su im osrednji, ali to je slučaj i u većini drugih zemalja. „Tradicionalni“ nizozemski problem je predugo vrijeme čekanja za specijalističke usluge.

Jaz između bogatih i siromašnih raste

Po prvi puta od 2005. godine, kada je mjerjenje počelo, EHCI sada može detektirati rastući jaz u pogledu zdravstvene skrbi između bogatih, financijski jakih dijelova Europe, i manje bogatih, kroz pogodjenih dijelova. U 2013. godini, pokazuje izvješće, jedva da je bilo zemalja sa srednjim prihodima u gornjoj polovici indeksa. Rezultati liječenja vezani, primjerice, za karcinom i preživljavanje novorođenčadi nastavljaju se poboljšavati diljem Europe.

U vremenima štednje, zemlje s visokim prihodima pokazuju veće poboljšanje, uzrokujući proširivanje jaza između njih i europskih zemalja s niskim i srednjim prihodom. No, i dodavanje novog polja u indeks, indikatora za prevenciju, objašnjava neka zaostajanja na primjeru Hrvatske.

„Potrebno je poboljšanje prevencije u područjima kao što su pušenje, fizička aktivnost u školama i cijepljenje“, kaže dr. Bjornberg. A ako Hrvatska zaista želi privući dolazak inozemnih pacijenata na liječenje, upozoravaju, vrijeme čekanja se mora značajno skratiti, kao i kvaliteta ishoda liječenja. Možda to nije problem u privatnom sektoru,



koji pruža usluge medicinskim putnicima, ali zbog čega bi prosječni Hrvati bili zadovoljni uslugama koje nisu tako dobre? - navodi se u izvješću.

Izvješće je također pokazalo i da su sustavi zdravstvene skrbi koji se financiraju putem osiguranja (tzv. Bismarck model) bolji nego oni koji se financiraju iz poreza (tzv. Beveridge model).

Postoje uspješni sustavi zdravstvene skrbi koji se financiraju iz poreza, ali uglavnom u malim, bogatim zemljama kao što su Danska, Island i Norveška. U većini zemalja koje postižu najveći učinak u zdravstvenoj skrbi sustav je zasnovan na osiguranju, kao što je to slučaj u Nizozemskoj, Švicarskoj, Belgiji, Njemačkoj i Francuskoj.

Kasne lijekovi

U prošlom izvješću objavljenom 2012. godine Hrvatska se nalazila na 17. mjestu s prikupljena 663 od mogućih 1000 bodova, dok je prva Nizozemska imala 885 bodova, druga Danska 837, a treći Island 810 bodova. Hrvatska je prema rezultatima za tu godinu, prema HCP-u, već bila na razini Njemačke i Velike Britanije, no slabe su nam točke bile liste čekanja i pristup suvremenim lijekovima.

Stanje na ta dva polja danas je još i lošije jer su liste čekanja u bolnicama i do četiri puta veće nego prošle godine. I dok u Ministarstvu tvrde da je razlog tome štrajk bolničkih liječnika, zaposleni u sustavu tvrde da je razlog u lošoj zdravstvenoj politici. Niti pristup lijekovima nije bolji, a dodatno će biti pogoršan nakon uvođenja novih listi HZZO-a.

Naime, HZZO je proveo natječaj za snižavanje cijena lijekova što će, kažu, dovesti do uštede od 300 milijuna kuna godišnje. No, s druge strane, prebacivanjem inovativnih lijekova s A na B listu za nekoliko će se puta povećati participacije koje će ubuduće plaćati pacijenti.

Sve ovo ne ide u prilog poboljšanju dostupnosti i kliničkih ishoda jer je dokazano da inovativni lijekovi značajno doprinose kvaliteti zdravstvenih ishoda i s više od 70 posto doprinose ukupnom produljenju života od 1,74 godine zabilježenom u evropskim državama od 2000. do 2009.

S druge strane, troškovi za lijekove čine svega 16 posto u ukupnim troškovima za zdravstvo pa kad bi uštede ostvarene isključivo kroz sniženje cijena lijekova bile iskorištene za poboljšanje zdravstvene usluge u segmentu lijekova, možda bi se utjecalo i na trenutnu istinu prema kojoj hrvatski bolesnici na inovativne lijekove u projektu čekaju šest godina dulje nego u ostalim članicama EU-a.

Vilnius deklaracija

Zdravlje i zdravstveni sustavi sve više zaokupljaju pažnju političara pa se o njima raspravlja i na vrlo visokim razinama budući da su svi svjesni kako je upravo zdravlje uvjet za ekonomski prosperitet i socijalnu koheziju, a zdravstvo ključni pokazatelj pravog bogatstva društva.

Tako je u prosincu prošle godine održana ministarska konferencija »Održivi zdravstveni sustavi za uključiv rast u Europi» na kojoj su, pod predsjedanjem litvanskog ministra, sudjelovali europski ministri zdravstva, visoki predstavnici ministarstava i ključni dijionici zdravstvenih politika u Europskoj uniji i šire.

Konferenciju je podržala i Svjetska zdravstvena organizacija, a naziv konferencije »Poziv na akciju» svjedočio je o tome da su zdravstveni sustavi pred ozbiljnim izazovima i pritiscima zbog oštřih rezova prouzročenih krizom, što za posljedicu ima nejednakost u pristupu zdravstvenoj skrbi, ali i gore od toga, dovodi u pitanje finansijsku održivost zdravstvenih sustava.

Na konferenciji je usvojena i Vilnius deklaracija, čije su osnovne poruke da treba povećati ulaganja u promicanje zdravlja i prevenciju, osigurati jednakost i dostupnost kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi u čijem je središtu pacijent, te osigurati provođenje reformi. Sve to preduvjeti su za stvaranje europskih zdravstvenih sustava usmjerenih prema građanima, koji su i održivi i uključivi, odnosno osiguravaju zdravlje za sve.

„Vilnius Deklaracija je krovni dokument, koji sadrži sav posao obavljen za vrijeme litvanskog predsjedanja, a koji će omogućiti održivost zdravstvenih sustava u budućnost“, rekao je Tonio Borg, europski povjerenik za zdravstvo i potrošačku politiku delegatima na konferenciji po objavlјivanju Deklaracije.

„Zdravstvo se ne bi trebalo smatrati «tegjom oko vrata», kao što je to sada slučaj, i to je jedan od predstojećih zadataka: promijeniti percepciju o zdravstvu kao o trošku“, rekao je Borg, dodajući da je zdravlje vrijednost samo po sebi pa čak i onda kada nema pozitivnih ekonomskih učinaka, a ako još i oni postoje, tim bolje. Borg je dodao da su naši zdravstveni sustavi održivi, ali samo ako će se provesti reforme, i to u zakonskim okvirima i uz alate koji su postavljeni na razini EU-a kako bi se zemljama članicama olakšao taj posao.

.....

Etički kodeks farmaceutske industrije

Od 2016. objavlјivat će se sve interakcije između liječnika i industrije

Razgovor s dr. Jelkom Draškovićem, predsjednikom Inovativne farmaceutske inicijative

Tekst i slike: Andreja Šantek

- Inovativna farmaceutska inicijativa (IFI), odnosno udružica koja okuplja 24 strane farmaceutske kompanije, nadopunila je i izmjenila neke odredbe Kodeksa ponašanja inovativnih proizvođača lijekova koji je na snazi već više od deset godina. Najvažnija promjena je da će se od 2016. javno objavlјivati sve interakcije između tvrtki i zdravstvenih djelatnika. O tome kako je regulirano poslovanje kompanija, o trenutnom stanju i novostima koje nas očekuju razgovarali smo s dr. Jelkom Draškovićem, predsjednikom IFI-ja.

••• Kako je trenutno reguliran odnos farmakoindustrije i liječnika?

- Odnos zdravstvenih radnika i kompanija koje otkrivaju i razvijaju nove lijekove trenutno je u Hrvatskoj, kao i u drugim državama članicama Europske unije, reguliran zakonskim propisima, i to Zakonom o lijekovima i Pravilnikom o načinu oglašavanja o lijekovima i homeopatskim proizvodima koji primarno uređuju uvjete i način oglašavanja dopušten u neposrednom kontaktu predstavnika farmaceutske industrije i zdravstvenih radnika. Nadalje, Hrvatska je jedna od rijetkih država u kojima je odnos liječnika i farmaceutske industrije i dodatno reguliran, i to putem posebnog Ugovora o etičkom oglašavanju potpisanih tijekom 2010. godine između Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i svakog pojedinog nositelja odobrenja za stavljanje lijeka u promet, prema osiguravatelju, odnosno Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje. Ugovor o etičkom oglašavanju obvezuje farmaceutsku industriju na ograničenje trajanja promotivnih posjeta, ograničenje godišnje vrijednosti sponzorskog materijala, darova te reprezentacijskih i sličnih troškova po svakom ugovornom liječniku HZZO-a te prijavu HZZO-u svih troškova vezanih uz oglašavanje o lijekovima. Ovi troškovi, između ostalog, uključuju sponzorstvo za sudjelovanje na stručnim

laciju odnosa prema zdravstvenim radnicima putem Kodeksa kojeg se pridržavaju, a koji značajno detaljnije i opsežnije regulira sve aspekte ovog odnosa. Kodeks naše udruge je potpuno usklađen s Kodeksom Europskog udruženja inovativne farmaceutske industrije (EFPIA) i vrlo detaljno regulira sadržaj i način oglašavanja prema zdravstvenim radnicima, organizaciju stručnih skupova, sve oblike gostoprimstva i darovanja, sponzoriranje zdravstvenih radnika i pružanje bilo kakve vrste usluga zdravstvenih radnika. Premda je odnos farmaceutske industrije i liječnika opsežno reguliran, smatrali smo da još uvijek ima područja za unapređenje, prvenstveno kroz proširenje zahtjeva za etičkim oglašavanjem na sve sudionike u prometu i promociji lijekova i medicinskih proizvoda, na sve lijekove i medicinske proizvode u prometu i sve vrste interakcija.

••• Kakve su obveze industrije vezane uz obaveštavanje regulatornih tijela o tim odnosima?

- U ovom trenutku obveza obaveštavanja postoji isključivo u smislu Ugovora o etičkom oglašavanju, i to od strane farmaceutske industrije, tj. svakog pojedinog nositelja odobrenja za stavljanje lijeka u promet, prema osiguravatelju, odnosno Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje. Ugovor o etičkom oglašavanju obvezuje farmaceutsku industriju na ograničenje trajanja promotivnih posjeta, ograničenje godišnje vrijednosti sponzorskog materijala, darova te reprezentacijskih i sličnih troškova po svakom ugovornom liječniku HZZO-a te prijavu HZZO-u svih troškova vezanih uz oglašavanje o lijekovima. Ovi troškovi, između ostalog, uključuju sponzorstvo za sudjelovanje na stručnim

skupovima i honorare liječnicima za obavljenе usluge, ali i pokriće troškova edukacije, sudjelovanja u kliničkim ispitivanjima te sve donacije i dobrotvorne priloge koji nisu povezani s oglašavanjem o lijekovima.

••• *Kakav je stav IFI-ja prema javnom objavljanju interakcija industrije i liječnika?*

• IFI se zalaže da etičnost u poslovanju svih sudionika zdravstvenog sustava i u tom smislu pozdravlja i podupire aktivnosti usmjerene na povećanje transparentnosti odnosa svih djelatnika u zdravstvu i farmaceutske industrije. Suradnja zdravstvenih djelatnika i farmaceutske industrije nužna je za napredak moderne medicine i napredak zdravstvene skrbi za bolesnike. Ova suradnja s jedne strane omogućuje sudjelovanje najboljih stručnjaka u zdravstvu u razvoju novih lijekova i drugih tehnologija, a s druge strane osigurava ulaganje značajnog novca u medicinsku edukaciju zdravstvenih djelatnika, što u konačnici rezultira boljom zdravstvenom skrbi za bolesnike. Transparentnost ove suradnje, osobito u uvjetima ograničenog budžeta za zdravstvo i lijekove, iznimno je važna. Udruga inovativnih proizvođača lijekova usvojila je izmjene Kodeksa, kao dio inicijative EFPIA-a kako bismo zajedno s inovativnom farmaceutskom industrijom u drugim državama EU-a 2016. bili spremni na javnu objavu podataka o interakcijama naših članica i zdravstvenih radnika u 2015. godini.

Ovakva javna objava svih vrijednosnih transakcija prema zdravstvenim radnicima i institucijama daljnji je značajan iskorak prema još boljim i transparentnijim odnosima svih strana u zdravstvenom sustavu, što će u konačnici zasigurno pozitivno utjecati i na povjerenje i dobrobit pacijenata.

••• *Možete nam pojasniti što znači "javna objava"?*

• Javna objava znači da se svaka kotizacija, put, smještaj, naknada za predavanje, stručno mišljenje ili druga vrsta stručne usluge, ili transakcije između pojedine tvrtke i liječnika moraju javno objaviti. Ti podaci objavljivat će se jednom godišnje na web stranici kompanije ili udruge. Prva objava bit će početkom 2016. kada će se javno objaviti svi prijenosi vrijednosti provedeni u 2015. godini.

••• *Jesu li svi proizvođači lijekova podložni ovakvoj regulativi?*

• Ovo je prije svega inicijativa inovativnih proizvođača lijekova na razini EU-a. Proizvođači generičkih lijekova za sada nemaju takvu odredbu u svom kodeksu. Nadamo se da će i oni uskoro krenuti u tom smjeru jer nam je svima u sustavu, tj. i proizvođačima i liječnicima, u interesu transparentno

poslovanje. Na ovaj će se način izbjegći sve sive zone zbog kojih su industriju godinama, u većini slučajeva neopravданo, prozivali.

••• *Koje su pretpostavke nužne da bi se ovakvi podaci mogli javno objavljivati, pri čemu mislim na Zakon o zaštiti osobnih podataka?*

- Svaki liječnik morat će dozvoliti da se takvi podaci javno objave. Na taj će način sa sebe skinuti bilo kakvu sumnju o nekoj nečasnoj ili koruptivnoj radnji. Naime, upravo to je do sada bio najveći problem jer su podaci bili zaštićeni, što je otvaralo prostor za različite sumnje i medija i javnosti da se radi o zloporabi ili korupciji. Javnim objavljanjem ovaj će odnos postati transparentan i izbjegći će se bilo kakva mistifikacija o velikim

nim društvima u organizaciji stručnih skupova. To znači da inovativna industrija neće podržavati niti sudjelovati u organiziranju stručnih skupova u hotelima s pet zvjezdica. Druga važna izmjena odnosi se na darove liječnicima. Drugim riječima, zabranjeno je давanje, nuđenje ili obećanje darova, pod čim se podrazumijeva novac, stvari bez obzira na njihovu vrijednost, i drugi primici u naravi.

Zabranjeno je poklanjati i predmete koji smanjuju ubičajene troškove poslovanja kao što su rukavice, zavoji, manžeta za mjerjenje krvnog tlaka. No, ono što liječnicima možemo dati jesu informativni ili edukativni materijali simbolične vrijednosti, koji uključuju olovke i blokove za pisanje tijekom sastanaka, pod uvjetom da nisu obilježeni

**Dr. Jelka Drašković,
predsjednica IFI-ja**



iznosima što ih industrija daje liječnicima. Još jednom naglašavam da je suradnja industrije i liječnika nužna zbog dobrobiti pacijenata i napretka medicinske struke. Taj častan posao mora biti oslobođen svake sumnje.

••• *Znači li to da će industrija objaviti cjenik usluga?*

• Ne, nipošto. Dogovaranje razine cijena pojedinih vrsta usluga bilo bi protivno odredbama Zakona o zaštiti tržišnog natjecanja.

••• *Postrožili ste još neke odredbe Kodeksa. O čemu je riječ?*

• Zbog percepcije javnosti da su odlasci na neke kongrese ustvari luksuzni turistički izleti, a ne primarno edukacija, razmjena iskustava i stjecanje novih znanja, maksimalno smo postrožili uvjete u kojima će industrija i dalje pomagati liječnicima i struč-

oznakama vizualnog identiteta proizvoda, zatim znanstvene članke i materijale u kojima se daju podaci o lijeku, edukativne materijale namijenjene pacijentima.

••• *Koji je sljedeći korak do primjene novog kodeksa?*

• Za potpunu primjenu odredbi ovog kodeksa tražit ćemo pomoći i suradnju stručnih društava i udruga, zdravstvene administracije, pacijenata i javnosti. Ono što nam predstoji jesu razgovori sa svim zainteresiranim stranama kako bismo ih upoznali s novim odredbama Kodeksa.

•••

Dies academicus – prof. Barac laureat

Prof. dr. Željko Poljak



- Tradicionalni Dies academicus, svečanost sjećanja na osnutak Akademije, prošle je godine održan 11. prosinca u Hrvatskom liječničkom domu. Kao i uvijek, središnja točka bila je dodjela Diplome laureatu «za osobit doprinos razvitu medicinske znanosti u Hrvatskoj i promicanju ugleda Akademije» u 2012. godini.

Sjednicu je vodio je dopredsjednik AMZH-a prof. **Štimac**, a prisustvovao je novozabrani počasni član prof. **Đikić**, kojem je uručena Diploma. Usljedio je izvještaj o radu Akademije tijekom protekne godine u kojem je prof. Štimac naglasio brojne simpozije, tribine, kongrese, ljetopis, publikacije, znanstvene projekte i inicijativu za osnivanje podružnica u Rijeci, Splitu i Osijeku.

Nagrada „Ante Šcerer“ za najbolji znanstveni rad objavljen u 2012. godini dodijeljena je prof. dr. **Mariji Rosandić Pilaš**.

Na kraju je predsjednik Povjerenstva za nagrade prof. **Mihatov** pročitao je odluku da je za laureata u 2012. izabran **Boško Barac**, redoviti član i predsjednik Sejma AMZH-a. Laudatorica akademkinja **Vida Demarin** naglasila je u svojoj ocjeni laureata

tova rada da «je on uspijevaо ne samo primijeniti nove spoznaje i nove metode liječenja u hrvatskoj medicinskoj praksi, nego je to uspješno prezentirao u međunarodnim medicinskim forumima». Kada je kao stipendist Švedskog instituta dovršio 1965. disertaciju na engleskom u Uppsalu, nije iz emocionalnih razloga prihvatio ponudu da nastavi rad u tamošnjem institutu i obrani ju u Uppsalu, već se vratio u domovinu i obranio ju u Zagrebu.

Započevši uz prof. **Dogana** voditi poslijediplomski studij neurologije, Barac ga je nakon njegove tragične smrti vodio 22 godine. Taj je studij završilo 290 liječnika. Barac je 1971. uveo je u Hrvatsku neurointenzivno liječenje, podnijevši o tome jedini neurološki referat na Prvom svjetskom kongresu o intenzivnom liječenju u Londonu 1974. Izdao je prvi hrvatski sveučilišni neurološki udžbenik u suradnji s hrvatskim akademskim neurolozima 1989. Knjiga je stekla nagradu HAZU-a «J. J. Strossmayer».

Kao predstojnik neurološke klinike u KBC-u Zagreb i poslije u Osijeku, brinuo se za klinički i znanstveni pomladak te bio mentor 14 radova za magisterij i 9 doktorskih di-

sertacija. Objavio je, dijelom sa suradnicima, preko 220 radova i 100 sažetaka u domaćim i inozemnim publikacijama. Internacionalizirao je naš časopis «Neurologija» povezujući hrvatsku neurologiju s neurolozima Europe i SAD-a. Kao glavni tajnik Međunarodnih neuropsihijatrijskih kongresa u Puli (1985–2007) osigurao im je, s istaknutim predavačima, međunarodni ugled i naslov «Pulska škola znanosti i humanizma».

Bio je gost-profesor na fakultetima u Houstonu (Baylor), Gracu i Chandigarhu (Indija). Među uglednim neurolozima Europe i SAD-a bili su izabrani za počasne članove AMZH-a profesori **Gilbert Glaser** (Yale) i **Helmut Lechner** (Grac).

Potaknuvši raspravu o racionalnoj organizaciji neurološke službe u Svjetskoj neurološkoj federaciji (WFN), koordinirao je kao predsjednik Istraživačke grupe za organizaciju neurologije (1989–2009) skupove u zemljama istočne i zapadne hemisfere.

Na početku Domovinskog rata potaknuo je donošenje «Apela neurologa Jugoslavije za mir i ljudsko dostojanstvo, protiv rata, mržnje i nasilja», koji su potpisali vodeći neurolozi tadašnje države.

Nastavio je s takvim inicijativama u Svjetskoj neurološkoj federaciji i drugdje. Niz uglednih osoba i Ured glavnog tajnika UNO podržali su prestanak agresije protiv Hrvatske.

Dojmljiv odgovor poslao je kardinal **Franjo Kuharić** sa zahvalom i blagoslovom, te ministri **Šeparović**, **Hebrang** i mnogi uglednici.

Primio je mnoga priznanja za svoje znanstveno, stručno i humanističko djelovanje, npr. Republike Austrije, Pokrajine Štajerske, Svjetske neurološke federacije, Nagradu «R. Bošković» i Odlikovanje «Reda Danice Hrvatske s likom Katarine Zrinske».

Akademkinja Demarin završila je riječima: «Dragi profesore Barac, vašom erudicijom, golemim stručnim znanjem i iskuštvom te vašim izuzetnim pedagoškim sposobnostima odgojili ste generacije neurologa u Hrvatskoj i čitavoj regiji.

Vaši znanstveni uspjesi i eksperti za promovirali su hrvatsku neurologiju i našu hrvatsku državu u međunarodnoj znanstvenoj zajednici.»

Profesor Barac se zahvalio laudatorici i svima koji su davali podršku njegovu radu na unaprjeđenju zdravlja i kvalitete života ljudi u domovini i svijetu.



Prof. Barac
i prof. Đikić

Tribine AMZH-a u 2014. godini

•
28. siječnja
Prof. Adriana Vince
i prof. Davor Štimac:
Novosti u liječenju virusnih hepatitisa

•
25. veljače
Prof. dr. sc. Alekса Bjeliš,
rektor Sveučilišta u Zagrebu:
Sadašnje stanje i daljnji razvoj
Sveučilišta u Zagrebu“

•
25. ožujka
Akademik Zvonko Kusić,
predsjednik Hrvatske akademije
znanosti i umjetnosti:
Aktivnosti HAZU-a

•
29. travnja
Prof. dr. sc. Dražen Vikić-Topić,
dipl. ing.:
Primjene nuklearne
magnetske rezonancije“

•
27. svibnja
Prof. dr. sc. Mirko Koršić:
Debljina, pandemija koja traje

•
17. lipnja
Prof. dr. sc. Alemka Markušić:
Bioterorizam u suvremenom svijetu

•
30. rujna
Akademik Željko Reiner:
O čemu govore Europske smjernice o
prevenciji kardiovaskularnih bolesti?

•
28. listopada
Prof. dr. sc. Vladimir Andročec, pred-
sjednik Akademije tehničkih znanosti
Hrvatske:
Medicina i tehnika

•
25. studenoga
Prof. dr. sc. Nada Božina:
Kako predvidjeti nuspojave lijekova
- uloga farmakogenomike

•
10. prosinca:
Dies Academicus

Tribine se održavaju u Velikoj dvorani
Hrvatskog liječničkog doma,
Šubićeva 9, u 18 sati.

.....

Europski dan svjesnosti o antibioticima



Prof. dr. sc. Arjana Tambič Andrašević,
predsjednica ISKRA

• U svim europskim zemljama obilježava se 18. studenoga Europski dan svjesnosti o antibioticima (European Antibiotic Awareness Day, EAAD) kojim se želi istaknuti da je gubitak djelotvornosti antibiotika jedan od vodećih problema suvremene medicine. Tim povodom u Hrvatskoj se, sad već tradicionalno, održava simpozij u zajedničkoj organizaciji Akademije medicinskih znanosti Hrvatske i raznih stručnih društava i institucija koji se posebno bave uporabom antibioticima. Simpozij je okupio više od 300 liječnika i farmaceuta.

Mnoga postignuća današnje medicine zasnovana su na djelotvornosti antibioticika i našoj mogućnosti sprječavanja i liječenja infekcija. Zahvaljujući postojanju antibioticika bolesnika možemo svjesno uesti u rizik od nastanka infekcije, primjenjujući sve invazivnije dijagnostičke i terapijske zahvate i sve radikalniju imunosupresiju pri kemoterapiji i transplantaciji. Široka uporaba antibioticika dovela je, međutim, do pojave otpornosti bakterija na antibioticike i gubitka djelotvornosti ovih dragocjenih lijekova. Toga su postale svjesne i vlade mnogih zemalja članica Europske unije te je brojnim rezolucijama Europske komisije i SZO-a ukazano da se u sprječavanju širenja rezistencije na antibioticike trebaju uključiti svi, oni koji antibioticike propisuju, oni koji ih izdaju, ali i građani koji ih konzumiraju.

Niti u jednoj državi Europske unije nije dozvoljeno izdavanje antibioticika bez liječničkog recepta no u mnogim zemljama, prvenstveno južne Europe, antibioticici se lako izdaju bez recepata i u mnogima je samoinicijativno uzimanje antibioticika vodeći uzrok njihove neracionalne potrošnje. Prepoznato je, također, da očekivanja pacijenata uvelike utječu na liječnike te je i to razlog zašto se u Europi, pa tako i Hrvatskoj, od 2008. g. vodi javna kampanja usmjerena na edukaciju građana. Ta će edukacija svakako pomoći racionalizaciji konzumiranja antibioticika, no ostaje činjenica da liječnici snose najveću odgovornost za neracionalno propisivanje antibioticika.



U skladu sa zahtjevima Europske unije osnovana je 2006. pri Ministarstvu zdravlja Interdisciplinarna sekcija za kontrolu rezistencije na antibioticike (ISKRA), interdisciplinarno tijelo (engl. "intersectorial coordination mechanism", ICM) koje koordinira sve aktivnosti vezane za borbu protiv rezistencije. Jedna od prvih nacionalnih aktivnosti usmjerena na kontrolu širenja rezistencije koja se kontinuirano odvija od 1996. g. je praćenje stopa rezistencije u Hrvatskoj. Ova aktivnost se odvija u okviru rada Odbora za praćenje rezistencije u RH pri Akademiji medicinskih znanosti Hrvatske koji usko surađuje s Referentnim centrom Ministarstva zdravlja za praćenje rezistencije pri Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“.

Poznavanje lokalnih stopa rezistencije postalo je osnova za izradu nacionalnih ISKRA smjernica o primjeni antibioticika u najčešćim kliničkim indikacijama. Održavanje simpozija povodom EAAD samo je jedan od načina upoznavanja liječnika sa stopama rezistencije u Hrvatskoj, razini potrošnje antibioticika, brojnim zabludama, ali i novostima u svakodnevnoj primjeni antibioticika.

.....

Nuspojave lijekova - izazovi i rješenja*

Klinička ispitivanja i nuspojave lijekova u Hrvatskoj

Prof. dr. sc. Josip Čulig, prim. dr. med.,
Zavod za javno zdravstvo „Dr A. Štampar“, Zagreb

- Svrha kliničkog ispitivanja lijekova na ljudima nije samo otkrivanje ili provjera farmakoloških djelovanja tvari (farmakodinamska, farmakokinetska, toksikološka) u pojedinim kliničkim indikacijama, nego i utvrđivanje sigurnosti primjene lijeka, tj. otkrivanje do tada nepoznatih ili manje poznatih nuspojava. Nuspojava lijeka se najčešće definira kao svaka štetna i neželjena reakcija na primjenu lijeka u odobrenoj dozi.

Predma se pojedine neželjene reakcije mogu naslutiti tijekom pretkliničkog razvoja lijeka, tek se prvom primjenom na ljudima, tj. tijekom kliničkih ispitivanja, potvrđuju neželjene reakcije, otkriva se njihov mehanizam, uvjeti pojavljivanja, vjerojatna učestalost i prijetnja za pacijenta kojemu je potreban upravo određeni lijek. Prosječno trajanje razvoja jednog lijeka je oko 14 godina, a troškovi se procjenjuju do milijardu dolara!

Ako se kliničkim ispitivanjima pože da je korist od nove tvari veća od moguće štete za pacijenta, lijek će biti registriran i dostupan svima kojima je dijagnosticirana bolest na koju djeluje. Dokumentacija na temelju koje se određuju dozvoljene indikacije za primjenu i preporuča djelotvorna doza, rezultat su upravo randomiziranih kliničkih ispitivanja, u kojima se nova tvar uspoređivala sa standardnom terapijom ili placeboom. Prigodom prihvaćanja registracije ključnu ulogu ima analiza koristi i rizika.

U rizike se ubraju negativne karakteristike molekule koje su identificirane

tijekom pretkliničkih laboratorijskih istraživanja, ali bitne su informacije stečene tijekom kliničkih ispitivanja prve faze (zdravi dobrovoljci), druge faze (traženje djelotvorne doze) i treće faze, randomiziranih kontroliranih kliničkih pokusa. U trećoj fazi kliničkih ispitivanja obično sudjeluje nekoliko tisuća pacijenata, pokusi se provode u nekoliko centara i uglavnom su međunarodni. Dobra klinička praksa osigurava iste uvjete za sve pacijente i sve ispitivače, pa je karakteristika kliničkih ispitivanja da ne postoji nacionalna ili lokalna specifičnost u dijagnostičkom i terapijskom pristupu pacijentu koji ispunjava kriterije za uključivanje. Hrvatski pacijenti i doktori često sudjeluju u međunarodnim kliničkim ispitivanjima lijekova.

Osim stjecanja znanja o karakteristikama novih tvari, kandidata za potencijalne nove lijekove, svaki ispitivač može svojim zapažanjima pridonijeti kvaliteti zaključaka o odnosu koristi i štete novog lijeka za pacijenta. Jedan od važnih dokumenata koji prati novi lijek u medicinskoj praksi je uputa o primjeni lijeka. Takva uputa sadrži osnovne podatke o molekuli, o farmakološkim karakteristikama, indikacijama za primjenu, odobrenim dozama, ali i podatke o mogućim nuspojavama i interakcijama novog lijeka. Ovi su podaci sažetak rezultata kliničkih ispitivanja. Procjenjuje se da informacije o nuspojavama koje se pojave tijekom kliničkih ispitivanja predstavljaju manje od 50% rizičnog potencijala lijeka, dok se druga polovica otkrije tek tijekom višegodišnje primjene. Ova činjenica

ne začuđuje uzme li se u obzir da je vjerojatnost neke pojave koja će se javiti u 1 : 50.000 slučajeva tijekom kliničkog ispitivanja razmjerno mala - 5.000 pacijenata! Stoga je važno nastaviti praćenje nuspojava lijekova nakon registracije, osobito sustavnim farmakoepidemiološkim metodama.

Klinička ispitivanja se u Hrvatskoj provode pod nadzorom Središnjeg etičkog povjerenstva Ministarstva zdravlja (SEP). Prema posebnom pravilniku regulirana je potrebna dokumentacija i postupak odobrenja za provođenje kliničkog ispitivanja. Središnje etičko povjerenstvo se u svom radu vodi načelima prihvaćenim na međunarodnoj konferenciji o harmonizaciji (ICH) koja su u cijelosti dio hrvatske legislative o lijekovima. Tijekom postupka odobravanja za provođenje ispitivanja u Hrvatskoj ključni su dokazi o stručnoj opravdanosti ciljeva ispitivanja, o dokazima čuvanja pacijentovog zdravlja i osobnog integriteta, o kvalificiranosti odabranih ispitivača, o pravnom i materijalnom osiguranju sudionika u pokusu.

Kada su ovi temeljni zahtjevi ispunjeni, druge okolnosti pridonose pozitivnoj odluci i strpljivosti SEP-a u pružanju prilike za ispravljanje određenih nedostataka, kojih ponekad nije malo. Potrebno je dati šansu pacijentima, osobito kod uznapredovalih bolesti, da pod kontroliranim uvjetima isprobaju novo liječenje, koje ponekad može imati pozitivan ishod na tijek bolesti. Prisjetimo se nedavnog primjera vemurafeniba kod pacijenta s melanomom kod kojih je prisutna mutacija BRAF enzima. Lijek je 2011. odobren za primjenu nakon samo jednog randomiziranog kliničkog ispitivanja, budući su ishodi bili toliko upečatljivi da su za pola skratili uobičajeno vrijeme do registracije novog lijeka! Prema podacima SEP-a u Hrvatskoj se godišnje odobrava blizu 100 novih kliničkih pokusa, uglavnom u trećoj fazi (Tablica 1.), dakle kad su neke karakteristike nove molekule već prilično poznate, što etičke argumente čini prihvatljivijim.

Istaknuli smo važnost bilježenja nuspojava lijekova tijekom kliničkog ispitivanja. U 2012. godini hrvatski kliničari su sudjelovali u 85 kliničkih pokusa u kojima je zabilježeno 260 ozbiljnih nuspojava na različitim organskim sustavima (Tablica 2.). Podsjetimo li se na definiciju ozbiljne nuspojave kao „svaki štetan događaj koji uključuje smrt pacijenta, po život opasno stanje, potrebu za adekvatnim bolničkim liječenjem, trajni ili teški invaliditet i ostala medicinska značajna stanja“, uvidjet ćemo važnost sudjelovanja naše medicinske zajednice u međunarodnim kliničkim ispitivanjima, osobito novih lijekova.

* Kolegij javnog zdravstva Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, u suradnji s HALMED - Agencijom za lijekove i medicinske proizvode i Referentnim centrom za farmakoepidemiologiju Zavoda za javno zdravstvo „dr. A. Štampar“, organizirao je 22. studenoga 2013. simpozij o stalnoj temi primjene lijekova, o nuspojavama, definiciji, organizaciji praćenja s povijesnim osvrtom na Hrvatsku, nove izazove zbog polifarmacije i značajne upotrebe dodataka prehrani. O kliničkim ispitivanjima lijekova i prepoznavanju nuspojava u Hrvatskoj izlaganje su pripremili članovi Središnjeg etičkog povjerenstva, sveučilišni profesori Dinko Vitezić i Josip Čulig.

Randomizirana kontrolirana klinička ispitivanja bitna su za vrijednosti medicine utemeljene na dokazima. Sudjelovanje hrvatskih kliničkih centara u međunarodnim ispitivanjima novih lijekova ima višestruku korist: pacijenti imaju šanse primiti besplat-

no liječenje prije službene registracije lijeka za masovnu uporabu, liječnici stječu iskustvo dobre kliničke prakse i sudjeluju neposredno u razvoju novog lijeka, a ustanove postaju međunarodno priznati centri izvrsnosti. Informacijama koje su stečene kliničkim is-

pitivanjima nije razvoj novog lijeka završen. Važno je pratiti upotrebu lijeka u realnoj praksi, što će definirati njegovu konačnu ocjenu odnosa koristi i rizika.

••••

josip.culig@stampar.hr

Tablica 1. Klinička ispitivanja u Hrvatskoj koja je razmatrao SEP u razdoblju od 2005-2012 prema ocjenama podnesene dokumentacije

| Ocjena dokumentacije | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Pozitivno mišljenje | 16 | 12 | 8 | 4 | 6 | 2 | 1 | 1 |
| Uvjetno pozitivno mišljenje | 60 | 70 | 52 | 38 | 38 | 28 | 46 | 46 |
| Odgođeno s traženim dopunama | 14 | 9 | 33 | 53 | 52 | 49 | 47 | 38 |
| Negativno mišljenje | 2 | 1 | 3 | 4 | 0 | 2 | 2 | 2 |
| Ukupan broj podnesenih zahtjeva | 92 | 92 | 96 | 99 | 96 | 81 | 96 | 87 |

Tablica 2. Ozbiljne nuspojave u kliničkim ispitivanjima tijekom 2012. godine koja su provođena u Hrvatskoj prema MedRA klasifikaciji

| Ozbiljne nuspojave u kliničkim ispitivanjima prema MedDRA – klasifikaciji organskih sustava | |
|--|----|
| Infekcije i infestacije | 22 |
| Dobroćudne, zločudne i nespecificirane novotvorine (uključujući ciste i polipe) | 15 |
| Poremećaji krvi i limfnog sustava | 38 |
| Poremećaji imunološkog sustava | 0 |
| Endokrini poremećaji | 7 |
| Poremećaji metabolizma i prehrane | 5 |
| Psihijatrijski poremećaji | 6 |
| Poremećaji živčanog sustava | 27 |
| Poremećaji oka | 3 |
| Poremećaji uha i labirinta | 0 |
| Srčani poremećaji | 5 |
| Krvžilni poremećaji | 5 |
| Poremećaji dišnog sustava, prsišta i sredoprsja | 16 |
| Poremećaji probavnog sustava | 20 |
| Poremećaji jetre i žući | 2 |
| Poremećaji kože i potkožnog tkiva | 15 |
| Poremećaji mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva | 10 |
| Poremećaji bubrega i mokraćnog sustava | 11 |
| Stanja vezana uz trudnoću, babinje i perinatalno razdoblje | 0 |
| Poremećaji reproduktivnog sustava i dojki | 0 |
| Prirođeni, obiteljski i genetski poremećaji | 1 |
| Opći poremećaji i reakcije na mjestu primjene | 42 |
| Pretrage | 6 |
| Ozljede, trovanja i proceduralne komplikacije | 3 |
| Operativni i medicinski postupci | 1 |
| Socijalne okolnosti | 0 |



Rezistencije na antibiotike u Hrvatskoj

Prof. dr. sc. Arjana Tambić Andrašević,
Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"

- Širenje rezistencije na antibiotike među bakterijama značajno suzuje izbor antibiotika raspoloživih za liječenje infektivnih bolesti.

Europska unija ističe rezistenciju na antibiotike kao globalni problem i svake godine 30 EU/EEA zemalja podnosi podatke o stopama rezistencije i količini potrošnje antibiotika europskim mrežama The European Antimicrobial Resistance Surveillance (EARS-Net) i The European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC-Net) pri Europskom centru za kontrolu i prevenciju bolesti (engl. „European Center for Diseases Control and prevention“, ECDC).

Antibiotici se često koriste nepravilno ili nepotrebno i u humanoj i u veterinarskoj medicini. Racionalizacija uporabe antibiotika je najbitnija mjera usporavanja razvoja i širenja rezistencije na antibiotike među bakterijama.

Potrošnja antibiotika se razlikuje među europskim zemljama s tim da zemlje visoki potrošači (Italija, Grčka) troše i do tri puta više antibiotika negoli zemlje niski potrošači (Nizozemska). U 2012. g. niti jedna europska zemlja nije prijavila značajnije smanjenje potrošnje antibiotika u bolnicama, a čak osam zemalja je prijavilo povećanje bol-

ničke potrošnje. Hrvatska se s izvanbolnički potrošenih 22,26 definiranih dnevnih doza na tisuću stanovnika dnevno (engl. „defined daily doses per thousand inhabitants daily“, DDD/TID) i 1,98 DDD/TID potrošenih u bolnicama svrstava u zemlje srednje visoke potrošnje uz mnogo prostora za poboljšanje.

Više od 90% antibiotika se potroši izvanbolnički, najčešće za infekcije dišnih puteva koje su u 90% slučajeva virusne etiologije i samoograničavajućeg tijeka. Pri tome najčešće se neodgovarajuće koriste širokospetralni antibiotici ko-amoksiklav i cefalosporini (slika 1) (1). Iako je zadnjih godina izvanbolnička potrošnja antibiotika pokazivala trend smanjenja, u 2012. g. ponovno se bilježi njezin porast.

Razina potrošnje antibiotika jasno korelira sa stopama rezistencije u nekoj zemlji te visoki potrošači imaju i puno veće stope rezistencije. Najčešće izvanbolničke bakterijske infekcije su infekcije mokraćnih puteva dominantno uzrokovane enterobakterijom *Escherichia coli*.

Najučinkovitiji antibiotici u eradijaciji osjetljivih bakterija iz urotrakta su ko-trimoxazol, na koji je rezistencija u Hrvatskoj preko 20%-ta već dugi niz godina, i kinoloni na koje se rezistencija razvija postupno od

10% 2006.. do 14% 2012. g. (2). Rezistencija na nitrofurantoin je još uvijek ispod 5%, a na gentamicin, ko-amoksiklav i cefalosporine druge i treće generacije ispod 10% (2). Rezistencija *E. coli* na cefalosporine treće generacije je u zadnjih pet godina narasla s 1% na 5% (2) i ovi antibiotici bi se trebali čuvati za bolničko liječenje.

Rezistencija na cefalosporine treće generacije mnogo je veća među bolničkim patogenima. Preko 50% invazivnih *Klebsiella pneumoniae* izolata u Hrvatskoj rezistentno je na cefalosporine (3) te se najčešće takve infekcije moraju liječiti karbapenemima. Rezistencija na karbapeneme je veća visoka među *Pseudomonas aeruginosa* (21%-na među invazivnim izolatima) (3), (slika 2) te naročito među *Acinetobacter baumannii* (više od 70%) (2).

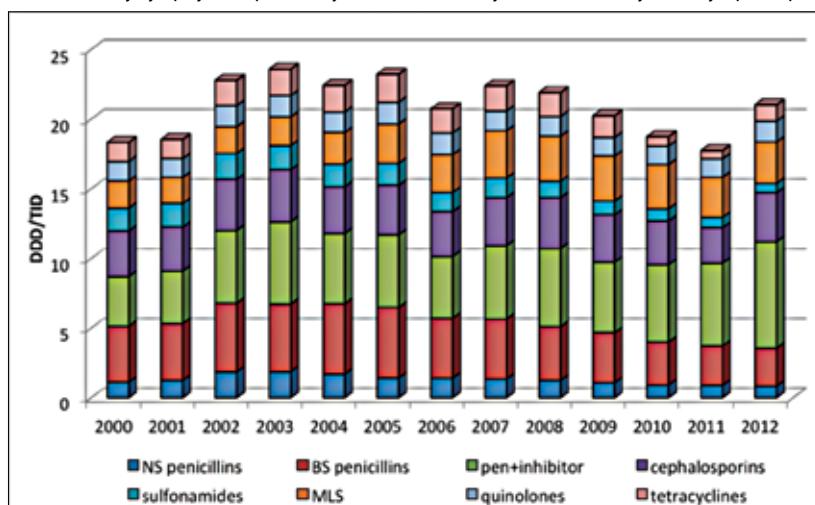
Jedini multiplorezistentni uzročnik koji je posljednjih godina u opadanju u Europi, pa tako i u Hrvatskoj, je meticilin rezistentni *Staphylococcus aureus* (MRSA), iako MRSA još uvijek predstavlja značajnog bolničkog patogena.

ECDC posljednjih godina najviše upozorava na brzo širenje karbapenem rezistentnih enterobakterija od kojih najveći epidemijski potencijal pokazuje *Klebsiella pneumoniae* koja proizvodi karbapenemazu KPC. KPC *K. pneumoniae* je prvi put opisana početkom 2000-tih u Americi, u Europi je dugo bila ograničena na Grčku. Posljednjih godina se pojavila u nekoliko europskih zemalja, uz naglo širenje u Italiji (slika 3).

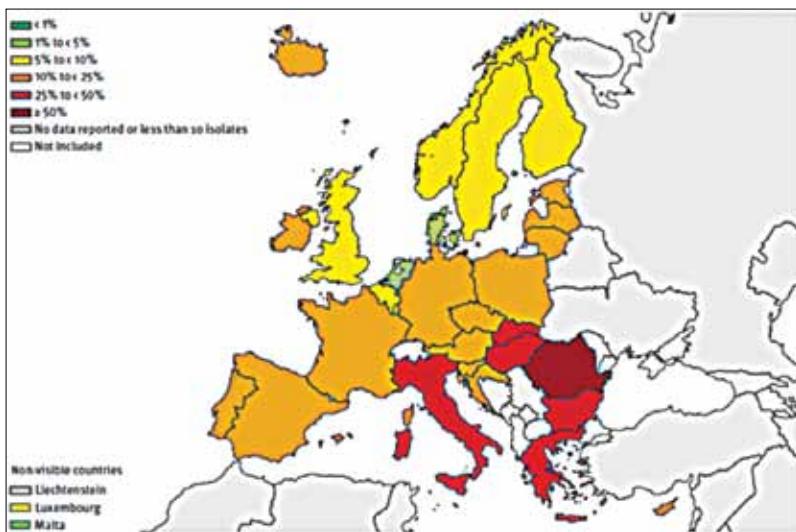
U Hrvatskoj je KPC *K. pneumoniae* prvi put uočena 2011., a kroz sustavno praćenje ovakvih uzročnika do danas je ovaj uzročnik registriran u nekoliko bolnica u Zagrebu i sjeverozapadnoj Hrvatskoj. Opća bolnica Zabok je pokazala da se energičnom akcijom može zaustaviti epidemija te u toj bolnici nakon višemjesečne epidemije tijekom 2012. već dugo vremena nisu evidentirani novi slučajevi.

Nekoliko bolnica je pokazalo da se dosljednom primjenom kontaktne izolacije kod index pacijenta može uspješno spriječiti širenje ovog soja po bolnici. Za uspješno kontroliranje ovog multiplorezistentnog soja velikog epidemijskog potencijala, koji s pravom može nositi oznaku superbakterije, iznimno je važna dobra međubolnička suradnja, upozoravanje na status kloničnosti pri premještanju takvog bolesnika u drugu ustanovu te uzimanje nadzornih brijeva svim pacijentima koji se premještaju iz zagrebačkih bolnica ili ustanova sjeverozapadne Hrvatske.

Pri tome treba upozoriti da kliničkošto multiplorezistentnog uzročnika nije ni indikacija niti kontraindikacija za premje-



Slika 1.
Izvanbolnička potrošnja antibiotika u Hrvatskoj



Slika 2. *Pseudomonas aeruginosa*. Postotak (%) invazivnih izolata rezistentnih na karbapenemu. EARS-Net report 2012.

štaj bolesnika i da pacijent bez obzira na kli-
conoštvo rezistentne bakterije treba primiti
pravodobno svu potrebnu medicinsku skrb,
uključujući i fizičku rehabilitaciju. Značenje
rezistencije na antibiotike sve je veće jer se
do novih antibiotika sve teže dolazi. Procje-
nuje se da u Europskoj uniji godišnje 25 000
pacijenata umire zbog infekcije uzrokovane
multiplorezistentnim uzročnikom. Posljedice
širenja rezistencije među bakterijama uklju-
čuju i kašnjenje s odgovarajućom antimikro-
nom terapijom, dulji boravak u bolnici, porast
troškova bolničkog liječenja i muntilirajući is-
hod liječenja. Iako se većina antibiotika troši
izvanbolnički, problem rezistencije najveći je
u bolničkim sredinama gdje se multiplorezi-
stentni uzročnici lako šire.

U borbi za očuvanjem djelotvor-
nosti antibiotika iznimno je važna, stoga, i
dobra kontrola bolničkih infekcija. Pravilna
primjena antibiotika u hospitaliziranih bole-
snika vrlo je zahtjevan zadatak kojem se je-
dino može pristupiti kroz multidisciplinarnu
suradnju.

Zemlje u kojima je primjena antibi-
otika u nadležnosti timova za antimikro-
nije liječenje, koje sačinjavaju infektoholozi, klinički
mikrobiolozi i klinički farmakolozi (farmaceu-
ti), pokazuju racionalniju primjenu antibiotika
i posljedično niže stope rezistencije.

U Hrvatskoj takvi timovi nisu uo-
bičajeni iako se puno radi na unaprjeđenju
suradnje između infektologa, mikrobiologa,
kliničkih farmakologa i drugih liječnika.

Dinamične promjene u svijetu bak-
terija nameću potrebu za stalnim medicin-
skim usavršavanjem i edukacijom u području
antimikrobnog terapije. U nadolazećoj sezoni
gripe i virusnih infekcija dišnih puteva treba
imati na umu da nepotrebno davanje antibi-
otika potiče stvaranje rezistentnih bakterija
među fiziološkom mikrobiotom cijele zajed-
nice.

Ove bakterije najčešće prospeli-
raju nezamijećene u sklopu fiziološke mikro-
biote, no u određenom trenutku invazivnih
zahvata ili smanjenih obrambenih snaga do-
maćina mogu izazvati životno ugrožavajuće
infekcije. Toga trebaju biti svjesni i građani
koji često samoinicijativno uzimaju antibio-
tike te je ECDC potaknuo i javnu kampanju
usmjerenu na educiranje građana. Edukativni
letci za građane / pacijente (slika 4) mogu se
naći na www.iskra.bfm.hr.

••••

Reference:

- Payerl Pal M, Tambić Andrašević A. Potrošnja antibiotika u Hrvatskoj. U: Tambić Andrašević A, Tambić T, ur. Osjetljivost i rezistencija bakterija na antibiotike u Republici Hrvatskoj u 2012.g. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, 2013:133-156.
 Tambić Andrašević A, Tambić T, ur. Osjetljivost i rezis-
tencija bakterija na antibiotike u Republici Hrvatskoj u 2012.g. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, 2013:11-104.
 Tambić Andrašević A, Šoprek S. Praćenje rezistencije na antibiotike u invazivnih izolata. U: Tambić Andrašević A, Tambić T, ur. Osjetljivost i rezistencija bakterija na antibiotike u Republici Hrvatskoj u 2012.g. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, 2013:113-124.



Slika 3. *Klebsiella pneumoniae*.
Postotak (%) invazivnih izolata rezistentnih
na karbapenemu. EARS-Net report 2012.

Alternativa antibioticima – realan pogled

Ivan Kosalec*

- Iako neprestano slušamo iz raznih izvora kako su antibiotici sve manje učinkoviti, trebalo bi ipak racionalizirati taj strah. To možemo učiniti jednostavnim pogledom unazad.

Naime, od prve šire kliničke upotrebe penicilina (i njegove proizvodnje) tijekom i nakon II. svjetskog rata te pronalaskom novih skupina antimikrobnih lijekova, molekularna paradigma u etiološkom liječenju odnijela je pobjedu nad infektivnim bolestima. Može se reći da smo, kao rezultat primjene te paradigmе, produžili životni vijek čovjeka te njegov učinili život kvalitetnijim.

Zarazne bolesti nisu više glavni uzrok smrtnosti. Stoga treba pozdraviti sva nastojanja koja su u prošlosti vodila k eradicaciji zaraznih bolesti, bilo preventivno aktivnom imunizacijom, bilo terapijom. No, kakva je budućnost? Je li crno-bijela ili ipak s tisuću nijansi sive? Znamo li kojim putem trebamo kročiti?

Ovo nas podsjeća na pitanje koje je postavila Mačka Alisi u Carrollovoј zemlji čudesa: "Alisa upita: Možete li mi reći, molim vas, kojim putem da krenem odavde? - To dobrim dijelom ovisi o tome kuda želiš ići, reče Mačka - Nije me briga kuda, reče Alisa - Onda nije bitno kojim putem ideš, reče Mačka".

U liječenju zaraznih bolesti putovi su različiti, a svi vode istom cilju. Ta metafora putova govori da je u znanosti prisutno nekoliko različitih pristupa s ciljem eradicacije, odnosno uništavanja uzročnika zaraznih bolesti. Antibiotici i aktivna imunizacija samo su dio u toj strategiji.

Naime, svjedoci smo sve većeg i većeg broja znanstvenih informacija, npr. o metaboličkim putovima unutar mikrobne stanice, međustanične komunikacije, dinamike u sustavu kao što je biofilm te interakcije mikrobnih metabolita ili dijelova stanice s nositeljem (domaćinom).

Upravo velik broj spoznaja omoguće da se pristupi komplementarnom liječenju, kombinirajući antibiotik(e) npr. s inhibitorima virulentnih čimbenika mikroba (primjena enzima koji razgrađuju vanstanični matriks, što oslabljuje biofilm i povećava šanse djelovanja antibiotske terapije, npr. inhalacijska primjena rekombinirane ljudske DNaze u pacijenata sa cističnom fibrozom), primjena neutralizirajućih protutijela, primjena inhibitora adherencijskih čimbenika mikroba ili primjena molekula koje se upliču u mikrobnii metabolizam.

Zanimljivo je da se poznatim antibioticima također ispituju svojstva koja bi pridonijela strategiji smanjenja virulencije ili inhibicije tvorba biofilma. Primjeri su azitromicin unutar makrolida, ceftazidim unutar β-laktama i ciprofloxacin kao predstavnik fluorokinolona.

Nadalje, poznatu zbirku sintetskih molekula moguće je kemijski „osnažiti“ uvođenjem kemijskih skupina koje će pojačati antimikrobnii učinak ili djelovati protiv rezistentnih sojeva.

Takov pristup je moguć kreiranjem svojevrsnih modela povezanih s kemijskom strukturom biološki aktivne molekule (engl. Structure-Based Drug Design, SBDD) za specifičnu upotrebu, npr. za ciljna mjesta u bakterijskoj stanici kao što su DNA giraza ili topoizomeraza IV.

Modifikacija već postojećih antibiotika je nasuprot strategiji koja je željno očekivana u farmaceutskoj industriji a to je pronalazak novih skupina antibiotika s novim, za bakterije nepoznatim mehanizmima inhibicije. Također valjda napomenuti da je poraslo znanje o do sada nepoznatim metaboličkim putovima u bakterijskoj stanici, što daje također veliku šansu za otkriće novih mehanizama inhibicije bakterija, dakako selektivnog u odnosu na biosintetske putove nositelja.

U 21. stoljeću registrirani su antibiotici, koji do tada nisu bili u humanoj primjeni, iz skupina oksazolidinona, lipopeptida i pleuromutilina. Oko 19 novih djelatnih tvari s antimikrobnim učinkom zadovoljilo je registracijske uvijete te se nalaze na tržištu, odnosno u kliničkoj primjeni od 2000. godine.

Osim novijih kinolona prisutni su i novi karbapenemi, cefalosporini 5. generacije i druge djelatne tvari kao što su telitromicin, tigeciklin, telavancin i fidaksomicin. Neki od njih se ubrajaju u starije antibiotike sa znanstvenim podacima objavljenim do 1987. Znači li to da od 1987. godine nema novih antibiotika?

No, ono što je obećavajuća vijest jest da su u 2. ili 3. fazi kliničkih ispitivanja ili u pretkliničkim studijama djelatne tvari s novim mehanizmima antimikrobnog učinka, a da se ne ubrajaju u klasične skupine antibiotika, npr. antimikrobi kationski peptid pod nazivom omiganan koji depolarizira citoplazmatsku membranu bakterija, a aktivan je i protiv gljiva te se nalazi u 3. fazi ispitivanja, posebice kod primjene katetera.

Nove ili alternativne strategije uključuju primjenu litičkih enzima iz bakteriofaga. Tako se s visokoselektivnom SASPject™ tehnologijom može ubaciti SASP-gen u bakterije koji zatim kodira širokospikalni SASP protein, a posljedica je inhibicija bakterijske DNA.

Također se istražuje i klinička primjena živih bakteriofaga specifičnih na određenu bakterijsku vrstu ili određen soj bakterija ili komplementarna terapija bakteriofaga s antibioticima. Terapija bakteriofagom, kao živim organizmom, bila je velik kamen spoticanja u regulatornim tijelima, no na pomolu je pozitivno rješenje primjene bakteriofaga, posebice lokalno, u Europskoj agenciji za lijekove (EMA).

Od alternativnih strategija koje otvaraju sasvim novu paradigu u liječenju infekcija su:

- inhibicija mikrobine adherencije kao prvog koraka u infekciji, npr. kod uropatogenih p-fimbrija pozitivnih *E. coli* sojeva (UPEC) putem inhibicije FimH adhezina kojima se bakterija veže na manozilirane receptore luminalnog dijela površine epitela mokraćnog mjeđura,

- inhibicija transportnih mehanizama između bakterijske stanice i nositeljeve stanice putovima, npr. inhibicijom prokariotskog tipa III. sekretornog sistema (engl. T3SS) u klamidiju, *E. coli*, pseudomonasa, salmonela, šigelu, jersiniju,

- inhibicija mehanizma efluks-pumpi s molekulama koje će zatim potencirati djelovanje antibiotika (iz skupina fluo-

rokinolona ili tetraciklina). Samo korištenje naoko bezopasnih biocida (dezinficijensa i antiseptika) ima za cilj stvaranje efluks-pumpe u bakterija koje pokazuju zatim križnu otpornost s nekim skupinama antibiotika, a što ukazuje da ekološki sustav s mikrobiotama ili članovi vlastitog mikrobioma imaju svojevrsno pamćenje i informaciju kako se oduprijeti biocidima, ali time i antibioticima,

- inhibicijom egzogenih uvjeta koji doprinose većoj otpornosti, kao što je stvaranje biofilma i anaerobijaza,

- interferencija s metabolizmom željeza u bakterija koristeći kombinacije siderofora sa ili bez antibiotika (npr. kompleks deferoksamina s galijem),

- primjena nanočestica,

- primjena specifičnih protutijela s ciljem inhibicije virulentnih čimbenika kao što su bakterijski nisko- ili visokomolekularni metaboliti

Ova potonja kombinacija pokazala se uspješnom u pacijenata s cističnom fibrozom koji su stekli protutijela na kromosomalnu β -laktamazu. Primjena visoko afintetnih β -laktamaza protutijela korelirala su s poboljšanjem funkcije pacijentovih pluća.

Sve moguće strategije izrazito se intenzivno istražuju protiv mikrobnih biofilmova. Poznato je da svega oko 0,1% svih mikrobnih vrsta koje mogu uzrokovati infek-

cije u ljudi (njih oko 1200) žive u neudruživim zajednicama, odnosno planktonski. Svi drugi mikrobi stvaraju trodimenzionalnu strukturu živih i uginulih stanica s vanstaničnim matriksom. Poznato je da sa zrelošću raste i otpornost biofilma na antibiotike za više od 1000 puta.

S druge strane, strategija prevencije stvaranja biofilma putem oblaganja implantanata (npr. umjetni kuk) s antibioticima, kao i oblaganje katetera s kombinacijama antiseptika i antibiotika (npr. klorheksidin uz srebrov sulfaziadin) pokazalo se kao relativno uspješno, ali u vremenu ograničavajuće rješenje. Kateteri se mogu zaštititi ultraljubičastim (UV) C zrakama, ako su fizički dostupni, dok su UV-A zrake fotokatalitički aktivatori titanijeva oksida koji se može ugraditi u biomaterijale na površini implantanata ili katetera.

Uništavanje biofilma moguće je i molekulama koje ne samo da razgrađuju matriks već i povećavaju pokretljivost mikroba u sustavu, a što je suprotan učinak od ukotvljenog sustava biofilma.

Može se reći da su četiri osnovne strategije uključene protiv biofilma: prevencija samog nastanka (antibiotička profilaksa i drugi postupci), oslabljenje sustava biofilma (razgradnja sustava enzimima i dr.), uništavanje biofilma (mehanički, inhibicija međustanične komunikacije, odn. inhibicija QS engl.

qourum-sensing molekula i dr.) i ubijanje mikrobne zajednice (kombinacijom antibiotika).

Arthuro Casadevall i Liize-anne

Pirofski dobro su zapazili da porastom informacija i znanja o interakciji između mikroba i nositelja, rastu i moguće strategije inhibicije tih odnosa. Međutim, ono što smo iz prošlosti naučili a potom zaboravili, jest da je liječenje zaraznih bolesti zapravo započelo preventivnom imunizacijom i da smo ulaskom u drugu fazu ere liječenja zaraznih bolesti sve adute stavili na antibiotike. Porastom otpornosti mikroba, kao dokaz tipičnog darvinizma, posljeko naslućujemo i 3. fazu u kojoj će se pažnja usmjeravati na oba člana u tom odnosu, odnosno osnaživanje imunološkog sustava nositelja i paralelno oslabljivanje mikrobnih funkcija različitim pristupima.

Upravo taj pogled, u kojem su oba člana u interakciji a odjednom ih moduliramo, daje nadu u bolju budućnost eradicacije zaraznih bolesti, koju svi željno iščekujemo.

.....

Literatura:

Silver L. L.. Challenges of Antibacterial Discovery, Clin Microbiol Rev. 24; 2011: 71-109.
Bjarnsholt T. i sur., Applying insights from biofilm biology to drug development-can a new approach be developed?, Nature Rev. 12; 2013: 791-808.



Algoritmi u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku

Povodom 10. jubilarne endoskopske radionice u KBC-u Zagreb

Hrvoje Ivezović, Roland Pulanić, Jadranka Brljak, Nadan Rustemović

- U Zagrebu je 15. studenog 2013. u KBC-u Zagreb, pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja održana radionica „Algoritmi u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku: hibridni laparo-endoskopski postupci“. Kako smo ovom radionicom proslavili vrijednu godišnjicu organiziranja ovakvih skupova – ovo je name bila 10. radionica po redu – i pritom uveli niz noviteta, predočit ćemo sadržaj i tehnološke aspekte radionica iz gastrointestinalne endoskopije u našoj sredini.

Algoritmi u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku

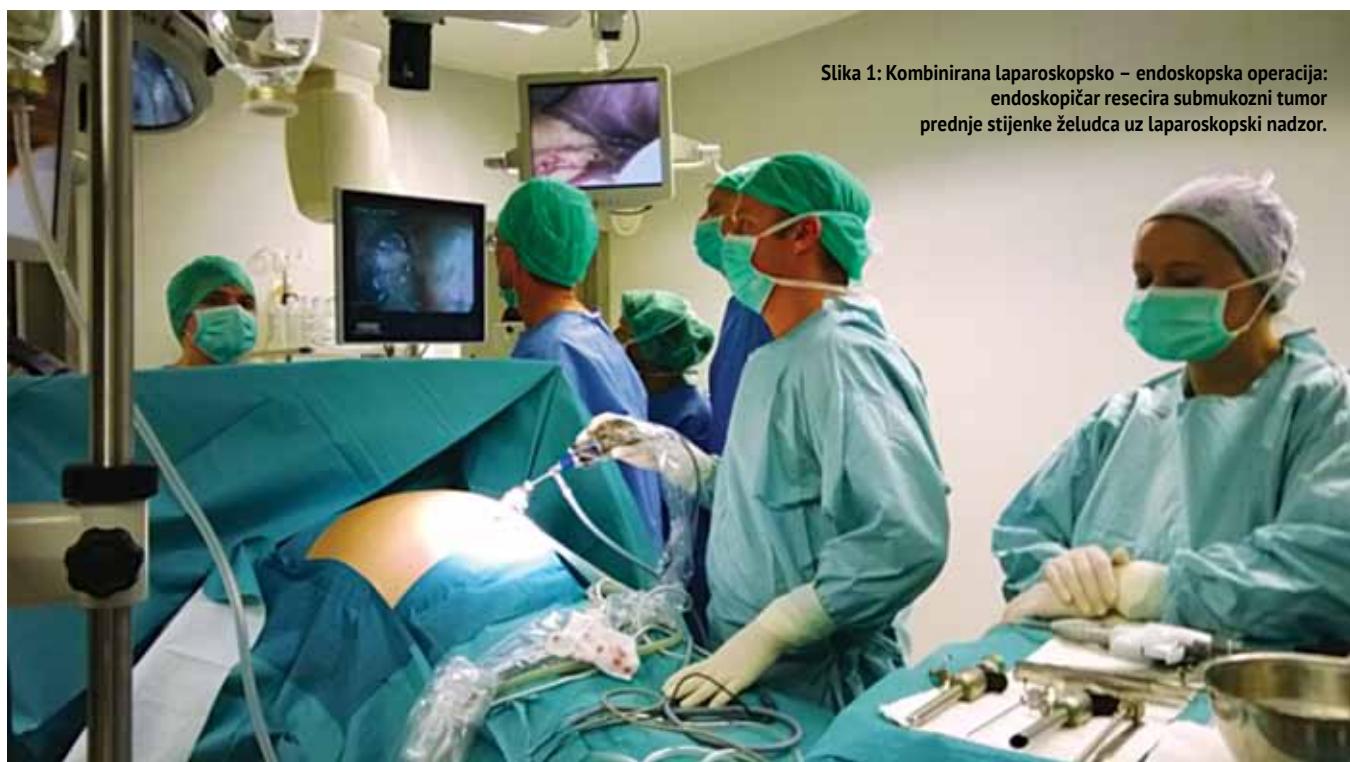
Nova dostignuća u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku te nova saznanja o patogenezi i terapiji mnogih probavnih bolesti dovode do potrebe stalnog usavršavanja i praćenja novih dostignuća. Radi lakšeg transfera znanja te endoskopskih postupaka i tehnologija, Centar za

intervencijsku gastrointestinalnu endoskopiju KBC-a Zagreb, sukladno svojoj zadaći Referentnog centra MZ-a za intervencijsku gastroenterologiju, zajedno s Endoskopskom sekcijom Hrvatskog gastroenterološkog društva (HGD), te Udrugom medicinskih sestara i tehničara u gastroenterologiji i endoskopiji Hrvatske, od 2000. godine organizira radionice posvećene upravo novim tehnologijama u gastrointestinalnoj endoskopiji.

Cilj je ovih radionica prikazati ne samo napredak endoskopskih tehnologija nego i njihovo stvarno mjesto u svakodnevnoj praksi, uz prihvatljivo upravljanje rizikom pri izvođenju endoskopskih postupaka.

S druge strane, u organizaciji ovih skupova susreli smo s nekoliko tehničkih izazova jedinstvenih endoskopskim radionica. Naime, za razliku od radionica - kao oblika interaktivne edukacije – koje se organiziraju i provode u drugim područjima interne medicine, osobitost je radionica iz područja GI endoskopije kompleksan tehnološki proces koji uključuje audio-vizualni prijenos iz udaljenih endoskopskih sala; time sudionici imaju priliku uživo pratiti postupke u salama i postavljati pitanja operaterima. K tomu, audio-vizualni prijenos treba sinkronizirati sa sadržajem klasičnih stručnih predavanja u predavaonici u jednu zaokruženu cijelinu ili tematski blok. Protekle četiri godine radionice posvećujemo algoritmima u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku kako bismo racionalno pristupili endoskopskim pretragama i zahvatima i ujednačili kriterije u Hrvatskoj.

Slika 1: Kombinirana laparoskopsko – endoskopska operacija: endoskopičar resečira submukozni tumor prednje stijenke želudca uz laparoskopski nadzor.



Predložene algoritmove i upute, usuglašene nakon rasprave sudionika pojedinih radionica, publicirali smo pod istoimenom egidom u izdanju Medicinske naklade iz Zagreba (1-3). Treba istaknuti, da smo pored stručnih tema u endoskopskoj diagnostici i liječenju bolesti i stanja probavne cijevi, obradili i tehnološke aspekte u gastrointestinaloj endoskopiji, poput dezinfekcije, sterilizacije i skladištenja fleksibilnih endoskopa i endoskopskog pribora, što je rezultiralo publiciranjem istoimenog Nacionalnog vodiča (4).

10. Radionica: hibridne laparoskopsko – endoskopske operacije

Za razliku od dosadašnjih, ovaj je skup ponudio nekoliko noviteta, do sada nezabilježenih u praksi organiziranja endoskopskih radionica u našoj sredini. Ovi noviteti ne odnose se samo na sam sadržaj radionice, već i na praktičnu primjenu naučenog na animalnim modelima, kao i na emitiranje uživo demonstracijskih postupaka iz kirurških sala i stručnih predavanja primjenom suvremenih informacijsko-komunikacijskih rješenja.

Za sadržaj radionice izabrana je izazovna tema koja nije bila predmet rada na dosadašnjim skupovima. Radi se o hibridnim endoskopsko-laparoskopskim postupcima, koji predstavljaju budućnost u vertikalnom povezivanju endoskopskih i kirurških struka.

Naime, razvoj endoskopskih i laparoskopskih tehniki i pripadajućeg pribora, omogućava minimalno invazivni pristup u liječenju podsluzničkih tumora stjenke probavne cijevi (5,6). Također, ovakav pristup nudi uštede u zdravstvenom sustavu (smanjeno trajanje hospitalizacije, manja uporaba anestezije) u bolesnika s bilijarnom litijazom (7,8). Ipak, za usvajanje ovakvog pristupa u našoj sredini nužni su organizacijski kompromisi poput fleksibilnosti kirurga i endoskopičara, transporta opreme te blokiranja kirurških sala postupcima s neutvrđenim vremenskim rokom trajanja, odnosno nedostupnošću endoskopičara u endoskopskoj sali.

U praktičnom dijelu radionice uživo se prenosi dijagnostičko-terapijski postupak laparoskopski asistiranog - endoskpskog uklanjanja gastrointestinalnog tumora prednje stjenke želudca (slika 1) te laparoskopsko-endoskopsko liječenje bilijarne litijaze u jednom aktu. Kao što je bio slučaj i prethodnih radionica, imali smo sreće ugostiti renomirane stručnjake iz inozemstva. U ovoj radionici postupke su izvodili prof dr. Pierre Deprez, voditelj endoskopskog kabi-

neta klinike za internu medicinu Sveučilišne bolnice „Sv. Luka“ iz Brisela, te dr. Ivo Bošković iz edukacijskog centra Svjetske gastroenterološke organizacije pri Sveučilišnom kliničkom centru Gemelli u Rimu.

Vježbanje endoskopskih tehnika na animalnim modelima

Drugi dio radionice organiziran je za sve zainteresirane sudionike, kao trening vještina na animalnim modelima (slika 2). U okviru ovog dijela, sudionici radionice imali su prilike upoznati se s opremom i uz nadzor mentora samostalno vježbati naprednije endoskopske tehnike poput endoskopske hemostaze, endoskopske mukozne resekcije i radiofrekventne ablacija na svinjskim želudcima. Također, sudionici radionice mogli su vježbati osnovne endoskopske dijagnostičke postupke (ezofagogastroduodenoskopiju i kolonoskopiju) na kompjuterskim simulatorima. Vrijednost animalnih modela i kompjuterskih simulatora u GI endoskopiji dobro je potkrepljena stručnim dokazima iz literature (9-12), i sretni smo što smo imali prilike prvi put u našoj zemlji organizirati ovakav način edukacije mlađih kolega i kolega.

Web-streaming i videokonferencijski prijenos radionice

Na temelju prethodnih skustava u primjeni suvremenih informatičko-komuni-

kacijskih tehnologija u našoj sredini (13-17) te kao rezultat suradnje Sekcije za telegastroenterologiju HGD-a i Hrvatskog zavoda za telemedicinu (ZTM), sadržaj radionice bio je uživo emitiran na webu kao i u 6 općih bolnica (OB Virovitica, OB Našice, OB Ogulin, OB "Hrvatski ponos" Knin, ŽB Čakovec, OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica) video konferencijskim putem. Ovime smo omogućili kolegama zainteresiranim za edukaciju, praćenje stručnih sadržaja radionice, a koji joj uslijed finansijskih ili organizacijskih razloga nisu mogli nazočiti.

Kompletan sadržaj radionice (operacijski postupci i stručna predavanja) dostupan je na web sjedištu ZTM-a (slika 3) (18). Za pregled sadržaja dovoljno je prijaviti se kao gost.

Ovime smo sudionicima radionice i ostalim zainteresiranim omogućili pregledavanje stručnih sadržaja iz udobnosti vlasnitog doma ili ordinacije u vrijeme kada im to najviše odgovara („na zahtjev“). Čvrsto vjerujemo da će ovakav način distribucije stručnih sadržaja zaživjeti u bliskoj budućnosti i postati standard među stručnim društvima HLZ-a, pri čemu već postoje pozitivni primjeri, poput Hrvatskog endokrinološkog društva (19). Na koncu, ali ne manje bitno, pored renomiranih predavača ovaj je skup polučio i rekordan broj sudionika (235), gdje smo imali sreću i zadovoljstvo ugostiti naše kolege iz Slovenije, Srbije, Bosne i Hercegovine, Makedonije i Crne Gore. Time smo se još jednom dokazali kao vodeće mjesto GI endoskopije u regiji, što će, pored časne obaveze same po sebi, predstavljati i podstrek u dalnjem radu.

.....



Slika 2: Vježbanje endoskopske mukozneresekcije na životinjskom modelu

The screenshot shows a web interface for 'e-Usavršavanje' (Program stručnog usavršavanja za zdravstvene radnike). The top navigation bar includes links for 'Naslovnička', 'Log in', and 'Upisati se/Log in'. A sidebar on the right is titled 'NAVIGACIJA' and lists various user profile and session-related links. The main content area displays a 'Video materijali' section for a seminar on 'X. Radionica - Program'. Below this, a list of 8 video clips is provided, each with a thumbnail and a brief description. The clips cover topics such as endoscopic resection of gastrointestinal stromal tumors, endoscopic ultrasound, laparoscopic cholecystectomy, and endoscopic rendezvous for choledocholithiasis.

Slika 3: Tele-edukacijsko sjedište Hrvatskog zavoda za telemedicinu s dostupnim videokonferencijskim sadržajem

Literatura

Pulanić R, ur. Algoritmi u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku: gastrointestinalno krvarenje, dijagnostički pristup bolestima tankog crijeva i gušterice, endoskopski ultrazvuk u gastrointestinalnim bolestima. Medicinska naklada Zagreb, 2010.

Pulanić R, ur. Algoritmi u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku: od gastroezofagealne bolesti do adenokarcinoma jednjaka. Medicinska naklada Zagreb, 2012.

Pulanić R, Čukov Čavka S, ur. Algoritmi u gastrointestinalnoj endoskopiji i endoskopskom ultrazvuku: endoskopska dijagnostika, liječenje i praćenje kroničnih upalnih bolesti crijeva. Medicinska naklada Zagreb, 2012.

Brđak J, Pulanić R, Ostojić R, Kalenić S. Dezinfekcija, sterilizacija i skladištenje fleksibilnih endoskopa i endoskopskog pribora: nacionalni vodič za endoskopske dvorane u bolnicama i privatnim praksama. Medicinska naklada Zagreb, 2010.

Tsujimoto H, Yaguchi Y, Kumano I, Takahata R, Ono S, Hase K. Successfull gastric submucosal tumor resection using laparoscopic and endoscopic cooperative surgery. World J Surg, 2012; 36(2): 327-30.

Hikki N, Yamamoto Y, Fukunaga T i sur. Laparoscopic and endoscopic cooperative surgery for gastrointestinal stromal tumors. Surg Endosc, 2008; 22(7):1729-35.

Cavina E, Franceschi M, Sidoti F, Goletti O, Buccianti P, Chiarugi M. Laparoendoscopic „rendezvous“: a new technique in the choledocholithiasis treatment. Hepatogastroenterology 1998; 45(23): 1430-35.

Morino M, Baracchini F, Miglietta C, Furlan N, Ragona R, Garbarini A. Preoperative sphincterotomy versus laparoendoscopic rendezvous in patients with gallbladder and bile duct stones. Ann Surg 2006; 244(6): 889-96.

Desilets DJ, Banerjee S, Barth BA, i sur. Endoscopic simulators. Gastrointest Endosc 2011; 73(5): 861-7.

Ende A, Zopf Y, Konturek PJ, sur. Strategies for training in diagnostic upper endoscopy: a prospective, randomized trial. Gastrointest Endosc 2012; 75(2): 254-60.

Ansell J, Mason J, Warren N, i sur. Systematic review of validity testing in colonoscopy simulation. Surg Endosc 2012; 26(11): 3040-52.

Liao WC, Leung JW, Wang HP i sur. Coached practice using ERCP mechanical simulator improves trainees' ERCP performance: a randomized controlled trial. Endoscopy 2013;

45:799-805.

Iveković H, Božikov J, Mladinić-Vulić D, Ebling Z, Kern J. Electronic health center (eHC): Integration of continuing medical education, information and communication for general practitioners. Stud Health Technol Inform 2002;90:788-92.

Iveković H. Uporaba računala među liječnicima primarne zdravstvene zaštite u Vukovarsko-srijemskoj županiji. Liječ Vjesn 2002;124:228-31

Pulanić R, Iveković H, Pulanić D i sur. Prva „on-line“ trajna tele-edukacija iz gastroenterologije u Hrvatskoj. Liječ Vjesn 2003; 125:271-73.

Pulanić R, Ostojić R. Telegastroenterologija. U: Telemedicine u Hrvatskoj. Dostignuća i daljnji razvoj. Ur: Kurjak A i Richter B. Akademija medicinskih znanosti 2001:201-7.

Margan A, Rustemović N. Telemedicine on the Mediterranean Islands. U: Telemedicine. Ur: Klapan I, Čikeš I. Telemedicine Association Zagreb, 2005:264-74.

Hrvatski Zavod za telemedicinu: program stručnog usavršavanja za zdravstvene djelatnike. Dostupno na: <http://eusavrsavanje.ztm.hr/login/index.php>, datum pristupa: 15. siječanj 2014.

Poljak Ž. Revolucionarni e-kongres ukida monopol na znanje. Liječničke Novine, 2013;122:60-61.



Sonja Fruk Mundorfer (gjurkica@gmail.com)



novosti iz medicinske literature

Ometana vožnja i rizik od prometnih nesreća među početnicima i iskusnim vozačima

Randomizirana studija o prolongiranoj profilaktičkoj primjeni kotrimoksazola kod HIV-om zaražene djece u Africi

Dominantno negativna GFI1B mutacija u Sindromu sivih trombocita

Povezanost epigenetskih promjena metilacije DNA i fizičke agresije

Zdravstvena veleučilišta u SAD-u ponudila organizaciju tečajeva o palijativnoj skrbi

Postavljanje proširnice kod opstrukcije descendantog i sigmoidnog kolona ima lošiji ishod

Fertilitet bolji nakon laparoskopske nego nakon otvorene restorativne proktokolektomije

Operativna fiksacija rebara uspješna kod traumatskog nestabilnog prsišta

Von Willebrandov faktor - novi biljeg praćenja fiboze i ciroze kod kroničnog hepatitisa C

Osobitosti upalnih bolesti crijeva kod starijih osoba

Utjecaj alternativne i komplementarne medicine na kvalitetu života kod upalne bolesti crijeva

AKR1B10 - novi prognostički indikator karcinoma želuca

Je li učinkovitija bidirekcionala endoskopija ili zasebna gornja i donja endoskopija?

Helicobacter pylori i anemija u trudnoći

Definicija terminske trudnoće

Dovršenje blizanačke trudnoće planiranim carskim rezom ili planiranim vaginalnim porođajem
- randomizirano istraživanje

Spontano zanošenje nakon 40. godine; utjecaj dobi i indeksa tjelesne mase na ishod trudnoće

Usporedba intrauterinog balona, intrauterinog uloška
i hijaluronskog gela u prevenciji nastanka intrauterinih adhezija

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

Ometana vožnja i rizik od prometnih nesreća među početnicima i iskusnim vozačima

- Ometana, nekoncetrirana vožnja, kao posljedica izvođenja sekundarnih radnji tijekom upravljanja vozilom, glavni je uzrok prometnih nesreća i među početnicima i među iskusnim odraslim vozačima. **Sheila G. Klauer** i suradnici načinili su dvije studije na temu povezanosti između obavljanja dodatnih radnji tijekom vožnje automobila, poput uporabe mobilnih telefona i rizika od sudara ili zamalo izbjegnutih sudara.

Kako bi se osigurala objektivna procjena, u automobile 42 početnika i 109 iskusnih odraslih vozača instalirani su različiti uređaji, poput kamera, GPS-a, akcelerometra i sličnih senzora.

Tijekom istraživanja dogodila su 167 sudara ili zamalo izbjegnutih sudara populaciji vozača početnika i 518 iskusnih vozača. Rizik od prometnog incidenta među početnicima značajno je rastao ako su na mobilnom telefonu pozivali broj, posezali za mobitelom, slali ili primali tekstualnu poruku, posezali za nekim drugim predmetom, gledali na stranu u objekte pored ceste ili se hranili.

Među iskusnim vozačima pozivanje broja mobitelom značajno je povisilo rizik sudara, međutim, u ovoj populaciji nije zabilježen rizik vezan uz slanje SMS poruka ili pretraživanje interneta.

Pojavnost visokorizičnog pojava usmjeravanja pažnje na sekundarne radnje u vožnji među populacijom vozača početnika s vremenom je rasla, dok među iskusnim promjena nije zabilježena.
(*N Engl J Med*. 2014;370:54-59)

Ana Tečić Vujačić dr. med.

- • • • • • • • •

- Randomizirana studija o prolongiranoj profilaktičkoj primjeni kotrimoksazola kod HIV-om zaražene djece u Africi

- U zanimljivoj studiji **Mutsawashe Bwakura-Dangarembizi** i brojnih suradnika istražena je eventualna šteta od prekida terapije kotrimoksazolom kod djece i adolescenata zaraženih HIV-om u Subsaharskoj Africi, koji su bili na dugotrajnoj antiretroviralnoj terapiji (ART).

Studija je provedena nad starijima od 3 godine, koji su bili na ART-u više od 96 tjedana, koji su koristili insekticidne mreže za spavanje (u endemskim područjima malarije) te koji nisu imali *Pneumocystis jirovecii* pneumoniju, i to podjelom na dvije grupe, od kojih je jednoj kotrimoksazol ukinut, a drugoj nastavljen na dnevnoj bazi. Uz završeno razdoblje istraživanja kraj su predstavljale i hospitalizacije, smrt ili neželjeni učinci višeg stupnja ozbiljenosti (3 ili 4).

Od ukupno 758 pacijenata u 382 ukinuta je terapija kotrimoksazolom, a u 76 je nastavljena. U ispitanika s obustavljenom terapijom zabilježene su veće stope hospitalizacija i smrti nego u onoj grupi koja je nastavila primati kotrimoksazol. Nije dokazana varijacija u odnosu na dob pacijenata (razlika u dobnim skupinama).

Ukupno su dva preminula pacijenta u skupini s prekinutom profilaksom, što čini 1%, kao i 3 preminula u skupini na kontinuiranoj profilaksi (također 1%). Hospitalizacije su uglavnom bile posljedične malariji ili drugim infekcijama, poput pneumonije, sepsa ili meningitisa.

Također, i neželjeni učinci javljali su se jednakom učestalošću u obje skupine, iako su u skupini s prekinutom profilaksom bili ozbiljniji i teži, a najčešće sejavljala anemija.

Pokazalo se da je nastavak profilakse kotrimoksazolom nakon 96 tjedana ART blagovoran u usporedbi s prekidom profilakse, i to s manje hospitalizacija uvjetovanih malarijom i drugim infekcijama.

4;370:41-53.)

- ## • Dominantno negativna GFI1B mutacija u Sindromu sivih trombocita

- Sindrom sivih trombocita na sljedni je, obično autosomno recesivni, krvni poremećaj uzrokovani deficijencijom alfa granula u trombocitima, koje su odgovorne za pohranu proteina za adhezivnost trombocita, hemostazu i cijeljenje rana. Poremećaj karakterizira smanjen broj trombocita, koji su oblikom veći od normalnih, a na svjetlosnom mikroskopu im se uočava siva obojenost. Konačna dijagnoza definira se elektronskim mikroskopom, kada se uočava nedostatak alfa granula u trombocitima.

Poremećaj klinički karakterizira tendencija krvarenju različite težine, a prateći poremećaji su fibroza koštane srži te emperipoleza, fenomen zaglavljivanja čitavih neutrofila unutar megakariocita. Autosomno recessivnu, bolje poznatu formu sindroma, izaziva mutacija NBEAL2. Međutim, proučen je slučaj jedne velike obitelji s autosomno dominantnom formom trombopatske trombocitopenije karakterizirane različito teškim epizodama krvarenja, a s niskim brojem trombocita, povećanom veličinom trombocita i malo alfa granula.

Nakon naprednije analize utvrđena je dijagnoza Sindroma sivih trombocita. Detektirana je, naime, nonsense mutacija na genu koji kodira za transkripcijski faktor GFI1B (faktor rasta nezavisni 1B), koja uzrokuje ovaj autosomno dominantnim obrascem nasljeđivanji Sindrom sivih trombocita.

U ovom slučaju i sivi trombociti i megakariociti imali su abnormalnu ekspresiju markera. Megakariociti su bili displastičnih oblika i abnormalno raspodijeljeni po koštanoj srži. GFI1B mutirani protein inhibirao je nemutiranom GFI1B transkripcisku aktivnost na dominantno negativan način.

Studije su, dakle, pokazale, da je GFI 1B, osim što je uzročno vezan uz sam Sindrom sivih trombocita, preciznije, njegovu autosomno dominantnu formu, zapravo i ključan u prirodnim procesima razvoja samih megakariocita i trombocita.

Ang. Tečić Vučer dr. med.

- •
•
•

• Povezanost epigenetskih promjena metilacije DNA i fizičke agresije

- Nekoliko do sada objavljenih radova ukazalo je na povezanost citokina i agresije. Dvadesetdvogodišnja studija znanstvenika s McGill sveučilišta u Montrealu pokazala je smanjene koncentracije citokina poput IL-1α, IL-4, IL-6, IL-8 i IL-10 u muškaraca koji su tijekom djetinjstva pokazivali znakove sklonosti prema fizičkoj agresiji.

Znanstvenike je zanimalo kojim se to mehanizmima regulacije ekspresije gena za navedene citokine služi naš organizam. Stoga su započeli opsežnu analizu imunoprecipitacije metilirane DNA kao i analizu perifernih limfocita mikročipovima visoke gustoće. Bili su potaknuti činjenicom da je DNA metilacija važan čimbenik prilikom diferencijacije stanica tijekom embrionalnog razvoja jer osigurava pravilnu aktivaciju ili inaktivaciju gena.

Međutim, ti obrasci DNA metilacije koji se u našim stanicama uspostavljaju intrauterino podložni su i mnogim vanjskim utjecajima u kojima živi majka, uključujući ovdje i socijalnu okolinu. Važno je napomenuti kako promjene metilacijskih obrazaca na molekuli DNA koje nastaju kao posljedica socijalnih čimbenika nisu ograničene samo na stanice mozga već su prisutne i u bijelim krvnim stanicama.

Poznavajući ove činjenice, moglo se očekivati da bi DNA metilacija mogla biti jedna od ključnih regulatora ekspresije gena za navedene citokine, ali i za transkripcijske faktore koji ih reguliraju. Rezultati su pokazali ne samo značajnu razliku u DNA metilaciji gena za citokine u pacijenata s kroničnom fizičkom agresijom u usporedbi s kontrolnom skupinom, nego su otkrili i nova diferencijalno metilirana mjesta u kojima su se navedene dvije grupe razlikovale.

Autori su naveli i osnovne nedostatke istraživanja, koje nije odgovorilo na pitanje u kojem se trenutku života uspostavljen takav hipermetilacijski obrazac DNA molekule koji je doveo do smanjenja koncentracije analiziranih citokina unutar proučavane skupine. Jednako tako, iako je dobivena povezanost između DNA metilacije i kronične fizičke agresije nedovjedna, sama studija ne odgovara na pitanje što je uzrok, a što posljedica. Točniji odgovor na ovo pitanje moglo bi

dati tek naredne longitudinalne studije koje bi uključivale paralelne analize ponašanja i metilacije.
(PLOS ONE. 2013; 8(8):e71691.)

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

• Zdravstvena veleučilišta u SAD-u ponudila organizaciju tečajeva o palijativnoj skrbi

- Palijativnu skrb definirao je i prepoznao SZO još 90-ih godina prošlog stoljeća ukazujući pri tome na važnost razumijevanja skrbi o bolesnicima u završnoj (terminalnoj) fazi svoje bolesti. No, i nadalje nakon toliko godina u američkim zdravstvenim školama i veleučilištima palijativnoj se skrbi ne posvećuje dovoljna pozornost u nastavnim kurikulima kako medicinara tako i medicinskih sestara. Zamjera se što javno-zdravstveni profesionalci do sada nisu proveli ni organizirali kvalitetnu edukaciju. Stoga je provedeno istraživanje kroz organizaciju tečaja o palijativnoj skrbi i „end-of-life care“ u školama javnog zdravstva i zdravstvenim veleučilištima a proveli su ga zdravstveni profesionalci.

Upotrijebljena je lista s ključnim riječima o palijativnoj skrbi i istraživački tim je organizirao javno dostupne internetske stranice svih akreditiranih američkih škola za javno zdravstvo koje su sadržavale listu s relevantnim sadržajem o palijativnoj skrbi.

Provđeno istraživanje rezultiralo je time da je u akademskoj godini 2011/12. i 2012/13. tek 3 (6%) od 49 akreditiranih američkih javno-zdravstvenih škola ponudilo kontinuirane tečajeve o organizaciji javnog zdravstva u pogledu edukacije i uvođenja palijativne skrbi u svoje kurikume. 6 (12%) javno-zdravstvenih škola ponudilo je samo dio relevantnih nastavnih sati o palijativnoj skrbi kroz npr. gerontološke predmete. Iz navedenog se zaključuje da američke škole javnog zdravstva nisu spremne za organizaciju palijativne skrbi i palijativne medicine jer nemaju niti osnovno znanje o toj sastavničici medicine te se trebaju ozbiljno pozabaviti implementacijom kolegija palijativne skrbi i „end of life care“ skrbi na kraju života u kurikule svojih javno-zdravstvenih škola i zdravstvenih veleučilišta.

(J. Pall. Med. 2013;16(12):1582-1587.)

Dr. sc. Morana Brklijačić, dr. med.

• Postavljanje proširnice kod opstrukcije descendantog i sigmoidnog kolona ima lošiji ishod

- Nova studija tvrdi da postavljanje samošireće metalne proširnice (stenta) (engleski self-expanding metallic stents - SEMS) kod pacijenata s malignom opstrukcijom lijevog kolona nakon čega uslijedi elektivna operacija imaju lošiji ishod nego hitna kolektomija. S obzirom na rezultate studije, *Regimbeaua* i sur. (Sveučilište Julesa Vernea, Pikardy, Amiens, Francuska) kažu da su prestali s postavljanjem SEMS-a. Desetljećima je hitna kolektomija standardni tretman za ovakvo stanje, ali je postavljanje SEMS-a kroz opturirajući tumor bilo obećavajuća alternativa. *World Society of Emergency Surgery* preporučilo je SEMS kao opciju u svojim smjernicama - iako su randomizirane kliničke studije usporedbe SEMS i hitne operacije prekinute zbog izrazitog morbiditeta uzrokovanoj perforacijom kolorektuma u bolesnika liječenih SEMS-om.

U ovoj studiji su bolesnici kod kojih je pokušano postavljanje SEMS-a uspoređeni sa skupinom koja je podvrgnuta standardnoj hitnoj operaciji. Svi pacijenti kojima je postavljen SEMS tretirani su u istoj bolnici, a većina onih koji su podvrgnuti hitnoj operaciji tretirani su u drugoj bolnici. Kad je SEMS uspješno postavljen, kolektomija s anastomozom učinjena je nakon 5 do 10 dana.

U skupini standardnog liječenja saстојao se hitni kirurški zahvat od resekcije s anastomozom ili bez nje nekoliko sati nakon dijagnoze, ili samo stome, nakon čega je slijedila u drugom aktu planirana resekcija.

Ukupno, tijekom 12-godišnjeg razdoblja studije pokušano je kod 48 bolesnika postavljanje SEMS-a kod 39 hitna bolesnika. Osnovne karakteristike pacijenata bile su slične, osim što je skupina s hitnom operacijom imala viši French Association of Surgery mortality score ($p=0.04$) i više perforacija cekuma tijekom te inicijalne prezentacije i hospitalizacije ($p=0.006$), a SEMS pacijenti su imali više sinkronih metastaza ($p=0.006$).

Nemogućnost prolaska žice vodilje značio je da postupak postavljanja SEMS-a ne može biti učinjen, i to u četiri bolesnika. U još dva bolesnika perforiran je tumor, što čini stopu uspjeha 87,5 %. Stopa uspjeha u ovoj

studiji zapravo je bolja od stopa iskazanih u prethodnim randomiziranim kontroliranim studijama, navode autori.

Istaknuli su da je 2012 meta analiza **Tan** i sur. u časopisu *British Journal of Surgery* pokazala stopu uspjeha od 70,7%. Tri pacijenta kod kojih je uspješno postavljen SEMS naknadno su razvili perforacije kolona i bile su potrebne hitne operacije prije planirane elektivne operacije odstranjenja tumora. Ukupno je tih devet pacijenata bilo uključeno u SEMS skupinu s obzirom na to da je SEMS-om pokušan terapijski pristup. Trajanje praćenja iznosilo je u prosjeku oko 30 mjeseci u obje skupine.

Prosječan broj izvađenih limfnih čvorova je 22 u SEMS pacijenata prema 15 u skupini hitne kolektomije ($p=0,002$). Autori tvrde da je razlika vjerojatno zbog činjenice da je uspješno stentiranje pretvorilo hitnu situaciju (operaciju) u elektivnu, kada su bolesnici bolje pripremljeni za operaciju.

Nažalost, petogodišnje preživljjenje znatno je lošije u SEMS skupini nego u skupini hitno operiranih: 25% prema 62% ($p=0,0003$). Karcinom-specifični mortalitet bio je i lošiji u istoj skupini: 48% prema 21% ($p=0,02$). Čak i kada su pacijenti koji nisu imali sinkrone metastaze ili perforaciju kolona uključeni iz analize, prednost neposredne hitne operacije u ukupnom petogodišnjem preživljajuštu bila bolja: 67% naprama 30% za SEMS skupinu ($p=0,001$).

Autori su analizirali i druge čimbenike te nisu pronašli niti jedan drugi koji bi mogao utjecati na ishod. Analiza sklonosti rezultata (propensity score analysis) pomogla je izbjegći pristranost (engleski bias). No, Ihemelandiju se čini da su SEMS pacijenti bili bolesniji tijekom inicijalne prezentacije. Također objašnjava da je selekcijska pristranost prisutna jer ustanova koja je nudila hitnu operaciju nije mogla izvoditi SEMS, odnosno, SEMS se postavljao u sasvim odvojenoj bolnici.

Autori, koji su izvorno zagovornici postupka SEMS, sada ga preporučuju samo u palijativnim situacijama i kod bolesnika s izrazito visokim operativnim rizikom. Kažu da su prije početka studije zagovarali postavljanje SEMS-a ali nakon što su vidjeli rezultate svog istraživanja neće sudjelovati na randomiziranim kontroliranim studijama jer smatraju da su neetičke. Ihemelandu se složio da randomizirana studija koja uključuje SEMS ne bi bila dovoljno vrijedna.

(Ann Surg. 2013;258:107-15.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• Fertilitet bolji nakon laparoskopske nego nakon otvorene restorativne proktokolektomije

• Veća je vjerojatnost da će žene zatrudnjeti nakon restorativne proktokolektomije s kreiranjem ileoanalnog rezervoara (ileal pouch anal anastomosis – IPAA) ako su podvrgnute laparoskopskoj operaciji umjesto otvorenoj. Zaključak dolazi iz male studije, ali istraživači kažu da je teško naći velik broj žena koje su podvrgnute gore navedenoj laparoskopskoj operaciji te posljedičnim pokušajima žena da zatrudne. U studiji objavljenoj u časopisu *Annals of Surgery*, 4 od 15 žena koje su podvrgnute laparoskopskoj restorativnoj proktokolektomiji s kreiranjem IPAA nisu uspjele zatrudnjeti nakon operacije.

Ova stopa neplodnosti od 27% povoljna je u usporedbi s rezultatima meta analize koja pokazuje stope postoperativne neplodnosti nakon otvorene IPAA operacije, od 43% do 63%. **Panis** i sur. objašnjavaju da su rezultati jednak rezultatima **Bemelmana** i sur. iz Nizozemske koji su objavili rezultate krajem 2012. Rad je retrospektivno analizirao bazu podataka od 2000-2011. U njoj su 63 žene u fertilnoj dobi kontaktirane telefonom u prosjeku 68 mjeseci (raspon 6-136) nakon laparoskopske IPAA radi procjene njihovog statusa plodnosti. Žene su podvrgnute restorativnoj proktokolektomiji u jednom ili dva akta zbog ulceroznog kolitisa kao najčešćoj indikaciji za operaciju. Ileostomije su učinjene kod 58 (92%) bolesnica. Budući da se otvorena IPAA ne izvodi niti na jednoj od dvije bolnice, skupina žena koje su podvrgnute laparoskopskoj apendektomiji, postupak koji nije povezan s postoperativnom neplodnosti, služila je kao kontrola. Pedeset i šest bolesnica ispunilo je upitnike i 15 njih se izjasnilo da su pokušale zatrudnjeti. Od tih 15 je 11 (73%) uspješno zatrudnjelo. Dijagnoza ulceroznog kolitisa, životna dob, prethodna imunoterapija i postoperativne infekcije zdjelice nisu bile povezane s neplodnošću. Incidencija neplodnosti smanjivala se tijekom vremena te je iznosila nakon prve godine 41, nakon dvije 21 i nakon tri 10%. Kontrolna skupina od 61 bolesnice nakon laparoskopske apendektomije uspoređena je s IPAA skupinom prema dobi i trajanju praćenja. Od 25 žena koji su odgovorile na upitnik 14 ih se izjasnilo da

su pokušale zatrudnjeti; od njih je 12 uspješno, što čini opću stopu neplodnosti od 14% i stopu neplodnosti nakon tri godine od 14%, stope koje se nisu bitno razlikovale od IPAA skupine.

Rajaratnam drži da s obzirom na mali broj pacijentica može doći do pogreške tipa II. Panis priznaje da su brojevi bili mali, ali tvrdi da je vrlo teško uključiti velik broj žena podvrgnutih laparoskopskoj IPAA i pokušaju trudnoće. Primjerice, u Bemelmanovoj su studiji sudjelovala tri centra i ukupno je bilo samo 27 laparoskopskih IPAA pacijentica. Ta studija, objavljena u *Annals of Surgery*, uspoređivala je stope trudnoće nakon otvorene i laparoskopske IPAA i otkrila da su žene koje su podvrgnute laparoskopskoj operaciji imale stopu od 70% spontanih trudnoća, znatno više od 39%, stopu nakon otvorene operacije. Rajaratnam je istaknuo neka ograničenja u novoj studiji. Idealna kontrolna skupina bila bi pacijentice podvrgnute otvorenoj IPAA. Upitnik vezan uz plodnost primjenjivao se retrospektivno, što omogućuje prisutnost prisjećanja (recall bias). Ovi nedostaci, istaknuo je, prisutni su u mnogim prijašnjim istraživanjima na tu temu. Glavno je ograničenje nedostatak randomizacije, tvrdi Panis, ali na temelju njegovih rezultata i onih nizozemske skupine, on smatra da randomizirano istraživanje nije potrebno. Rezultati ove studije svakako će biti važni kod objašnjavaanja kirurga svojim pacijenticama koje će biti podvrgnute IPAA kirurgiji, kaže Rajaratnam.

Dodata je da, iako se čini da postoje prednosti laparoskopske IPAA, to je tehnički zahtjevan postupak, a potpuno laparoskopski pristup se ne koristi u velikom obimu širom svijeta. Mnogi kirurzi su usvojili hibridni postupak koji, kako kaže, kombinira laparoskopsku kolektomiju, mobilizaciju tankog crijeva s otvorenom disekcijom rektuma i kreiranjem IPAA. Hibridni postupak ima prednosti laparoskopske operacije, međutim utjecaj na plodnost nije poznat. Ako je neplodnost nakon otvorene IPAA nastala zbog prirastica u zdjelici, onda se može očekivati da je tako i nakon hibridnog postupka, drži Rajaratnam. On smatra da bi studija Panis i sur. mogla potaknuti kirurge da potpuno usvoje laparoskopski pristup. (Ann Surg. 2013;258:275-82.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• Operativna fiksacija rebara uspješna kod traumatskog nestabilnog prsišta

- Operativna fiksacija rebara poboljšava ishod kod traumatskog nestabilnog prsišta u randomiziranoj studiji. *Flail chest* je povezan sa stopom mortaliteta do 33%. Do sada nije bila uobičajena operativna fiksacija rebara u ovakvim situacijama, no Marasco i sur. sada su uvjereni da je dovoljno dokaza da to postane standardna mjera liječenja bolesnika ovisnih o mehaničkoj ventilaciji s traumatskim nestabilnim prsištem, naravno, uzimajući u obzir pacijentovo opće stanje, pogodnost za operaciju i stručnost u izvođenju ove fiksacije.

Ne slažu se svi stručnjaci s ovom temom. **Robert Martyn Cannon** (University of Louisville, Louisville, Kentucky, USA) kaže da operativna fiksacija rebara kod nestabilnog prsnog koša ostaje intervencija u ranim fazama evaluacije i ne treba je postavljati kao standardnu skrb. Prema njegovom iskustvu, samo manji broj pacijenata su zapravo dobri kandidati za fiksaciju prijeloma rebara i obično se operacija izvodi nakon akutne faze ozljede. Marasco i sur. (Alfred Hospital, Prahran) randomizirali su 46 pacijenata s traumatskim nestabilnim prsištem za operativnu fiksaciju ili neoperativno liječenje. Svi su podvrnuti mehaničkoj ventilaciji, bez izgleda za uspješno odvajanje u idućih 48 sati.

Kako je i objavljeno u časopisu *Journal of American College of Surgeons*, operirani bolesnici imali su značajno kraći boravak u JIL-u nego neoperativno liječeni bolesnici (medijan 285 prema 359 sati, p=0,03). Nisu, međutim, imali manje sati mehaničke ventilacije (medijan 152 prema 181 sati, p=0,37). Ta dva rezultata bili su primarni ishodi studije. Operirani pacijenti imaju manju potrebu za neinvazivnom ventilacijom nakon što su ekstubirani (medijan 3 prema 50 sati, p=0,01). Također su značajno rjeđe podvrnuti traheotomiji (38 prema 70%, p=0,04). Prisutan je trend više stope pneumonije u neoperiranoj skupini (74 prema 48%, p=0,07). Prosječna cijena zahvata iznosila je 6,800 \$ po bolesniku i, kažu autori, da je to zanemarivo u odnosu na uštete s obzirom na JIL i neoperativno trajanje ventilacije od 21,243 \$ po pacijentu. Tako je kod operiranih ušteda od 14,443 \$. Nije bilo značajnih razlika između skupina u rezultatima spirometrije nakon tri mjeseca ili

kvalitete života nakon šest mjeseci. Trenutno postoje RCT (randomizirane kontrolirane studije) koje pokazuju korist operativne fiksacije prijeloma rebara kod nestabilnog prsišta u bolesnika ovisnih o mehaničkoj ventilaciji. Tako postoje čvrsti dokazi da to postane standardno liječenje u trauma centrima diljem svijeta.

Što se tiče nestabilnog prsišta koje nije ovisno o mehaničkoj ventilaciji, kao i višestrukom prijelomu rebara koje nije nestabilno, nije jasno ima li operativno liječenje prednost. Jednako kao i Cannon, **Gerard Slobogean** (Department of Orthopaedics, University of British Columbia, British Columbia, Canada) više je suzdržan u svojoj potpori operativnoj fiksaciji. Mjesec dana ranije njegova skupina objavila je meta-analizu na tu temu, također u časopisu *Journal of American College of Surgeons*. On smatra da operativnu fiksaciju rebara možemo podržati u bolesnika koji zahtijevaju invazivnu mehaničku ventilaciju i s pravim nestabilnim prsištem. I dok je literatura na ovu temu u porastu, što je vrlo ohrabrujuće, to je još uvijek u ranoj fazi i postoji krivulja učenja kod većine trauma centara. Stoga su potrebne veće studije kako bi se smanjila potencijalna pristranost (engleski bias), i kako bi se operativna fiksacija rebara proglašila standardom skrbi za ove pacijente. Čak i u ovim malim RCT-ima, nekoliko ograničenja studije sugerira da liječnici moraju ostati oprezni prije raširene primjene kirurške fiksacije te da indikacije za fiksiranje u drugim srodnim populacijama bolesnika još treba utvrditi, zaključio je dr. Slobogean. Konačno, optimalno vrijeme za operativnu intervenciju još se ne zna. (*J Am Coll Surg.* 2013;216:924-32.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med

• Von Willebrandov faktor - novi biljeg praćenja fibroze i ciroze kod kroničnog hepatitisa C

- Procjena stadija fibroze kod pacijenata s kroničnim hepatitism C potrebna je u kliničkoj praksi prije početka antivirusne terapije. Von Willebrandov faktor (vWF) poznati je prediktor portalne hipertenzije, dekompenzacije i mortaliteta kod pacijenata s jetrenom cirozom. **Maier A.** sa suradnicima iz Austrije, Division of Gastroenterology and

Hepatology, Elisabeth Hospital Linz, Austria i Medical University Vienna, Beč, proveo je ovo istraživanje sa ciljem utvrđivanja uloge vWF u predikciji različitih stupnjeva fibroze, kao i njegove komparacije s drugim skalama stupnjevanja fibroze. U studiju su uključena n=294 ispitanika s kroničnim hepatitism C kojima je učinjena biopsija jetre radi histološke analize. Istraživači su procjenjivali stadije fibroze koristeći Metavir, određivali vWF-Ag (antigen) te izračunavali različite stupnjeve fibroze koristeći APRI, FCI, FORNS, FI, Fib-4 indeks te ih potom uspoređivali s AUCs. Također su izračunavali novi indeks predikcije fibroze: vWF-Ag/trombociti (VITRO „score“). Rezultati istraživanja su pokazali povećanu razinu vWF-Ag sa stupnjem fibroze: kod stadija F0 medijan je bio 136.5%, FI 140.6%, FII 157.5%, FIII 171.0%, FIV 252.0%; P < 0.001. vWF-Ag i VITRO „score“ uspoređivan s AUCs bio je 0.7 i 0.72 za \geq F2, a uspoređujući s indeksima APRI, Fib-4, FORNS je bio 0.75, 0.65 i 0.64 (P > 0.05). Za stadij fibroze \geq F3 AUCs bio je 0.79 i 0.86 za vWF-Ag i VITRO skalu, uspoređujući s AUCs indeksi APRI, Fib-4 i FORNS bili su 0.79, 0.86, 0.87.

Autori ovog istraživanja zaključuju kako von Willenbrandov faktor i VITRO indeks pružaju lagunu mogućnost evaluacije stupnja fibroze i dijagnoze subkliničke fibroze kod pacijenata s kroničnim hepatitism C. vWF antigen i VITRO indeks predstavljaju jednake prognostičke skale uspoređujući ih s drugim indeksima procjene fibroze. (*Aliment Pharmacol Ther.* 2014;39(3):331-8.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Osobitosti upalnih bolesti crijeva kod starijih osoba

- Prema novijim podacima sve je veći broj pacijenata starije životne dobi koje boluju od upalnih bolesti crijeva, pa stoga bolesnici stariji od 60 godina predstavljaju značajan udio oboljelih od upalnih bolesti crijeva.

Cilj ovog istraživanja koje je predvodio **Gisbert JP.**, gastroenterolog iz Španjolske, bio je pregledni članak na temu upalnih bolesti crijeva kod starije populacije, pretraživanjem baze podataka MEDLINE. Rezultati istraživanja su pokazali da se 10-15% slučajeva upalnih bolesti crijeva dijagnosticira kod bolesnika starijih od 60 godina, a prevalenca ove bolesti kod osoba iznad 60 godina

iznosi 10-30%. Kod populacije starije dobne skupine, upalne bolesti crijeva se često vrlo lagano zamijene s drugim češćim bolestima, posebno ishemijskim kolitisom i divertikulozom. Klinička obilježja upalnih bolesti crijeva se ne razlikuje uvelike s ovim kliničkim entitetom kod mlađe populacije. Crohnova bolest kod starijih dobnih skupina je karakterizirana predominantno koloničkom lokalizacijom i nekomplikiranim tijekom. Proktitis i lijevostrani ulcerozni kolitis se češće javljaju kod starijih osoba iznad 60 godina. Infekcije su učestalije sa starenjem i predstavljaju značajan mortalitet kod bolesnika s upalnim bolestima crijeva. Liječenje starije populacije od ovih bolesti je općenito slično s ostalim dobnim skupinama. Međutim, terapijski pristup bi trebao biti manje agresivan. Benefit od tiopurina kod starije populacije ostaje diskutabilan. Iako su indikacije za primjenu antitumor nekrotizirajućeg čimbenika slične kao kod mlađih pacijenata, u literaturi se navodi slabiji odgovor na terapiju te veća učestalost nuspojava.

Također se operativno liječenje ne razlikuje od ostalih bolesnika. Ileo-analna anastomoza se uspješno izvodi s dobrom prezervacijom funkcije analnog sfinktera. Imajući u vidu sve navedene činjenice, istraživači savjetuju modifikaciju praktičnih algoritama kod bolesnika s upalnim bolestima crijeva starije dobne skupine.

(Aliment Pharmacol Ther. 2014 Jan 9. doi: 10.1111/apt.12616. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Utjecaj alternativne i komplementarne medicine na kvalitetu života kod upalne bolesti crijeva

- Komplementarna i alternativna medicina naširoko se primjenjuju kod bolesnika s upalnim bolestima crijeva. Do sada je publicirano nekoliko istraživanja glede utjecaja alternativne i komplementarne medicine na kvalitetu života ovih bolesnika.

Abitbol V. Iz Francuske sa suradnicima istraživao je važnost i karakteristike alternativne i komplementarne medicine kod pacijenata sa upalnim bolestima crijeva te njihov utjecaj na kvalitetu života. Glede metodologije istraživanja, svi ispitanici su odgovarali na upitnike o sociodemografski

prilikama, liječenju bolesti, tipu alternativnog i komplementarnog liječenja i kvaliteti života.

U istraživanje je uključeno n=936 ispitanika s upalnim bolestima crijeva; 82.4% (n=767) ispitanika je potpuno odgovorilo na upitnik. 503 ispitanika su koristili alternativno i komplementarno liječenje, a 172 nisu nikad koristili ove metode terapije. Rezultati istraživanja su pokazali da je 30.7% ispitanika koristilo dijetetske mjere liječenja, 25.1% različite načine vježbanja, 19.6% homeopatsku i tradicionalnu medicinu, 15.2% naturopatsku medicinu (bioenergija; ovaj princip liječenja favorizira holistički pristup bez korištenja kirurgije i farmakoterapije) te 9.1% mentalne metode liječenja. Ispitanici s alternativnom i komplementarnom medicinom češće su bolovali od ulceroznog kolitisa (OR=1.78, P=0.018), češće su bili u kliničkoj remisiji (OR=1.42, P=0.06), bili su većeg stupnja obravnavanja (OR=1.51, P=0.02), te su primali konvencionalnu terapiju (OR=2.03, P=0.003). I ispitanici s alternativnom i komplementarnom medicinom imali su bolju kvalitetu života i poboljšanje simptoma.

Autori zaključuju kako se alternativna i komplementarna medicina naširoko koristi među bolesnicima s upalnim bolestima crijeva. Ovaj pristup poboljšava simptome bolesti i kvalitetu života, međutim povećava tendenciju prekida konvencionalne terapije. Bolje informiranje glede alternativne i komplementarne medicine može poboljšati njenu primjenu, ali svakako uz primjenu konvencionalnih metoda liječenja.

(Eur J Gastroenterol Hepatol. 2014 Jan 7. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• AKR1B10 - novi prognostički indikator karcinoma želuca

- Cilj ovog istraživanja, koje je predvodio **Yao HB** sa suradnicima iz Kine bio je ispitati povezanost između ekspresije AKR1B10 (gen koji kodira enzim aldo-keto reduktazu obitelji 11 član B10) i kliničko-patoloških obilježja želučanog karcinoma.

Lančanom reakcijom polimeraze (engl. real-time polymerase chain reaction) određivala se AKR1B10 mRNA ekspresija, a razina AKR1B10 proteina se mjerila imunohistokemijski. PCR je pokazao kako je ekspresija AKR1B10 značajno smanjena kod karcinoma

želuca u komparaciji s kontrolnim uzorkom zdrave sluznice. Imunohistokemijska analiza je pokazala niži postotak AKR1B10-pozytivnih uzoraka kod ispitanika s gastričnim karcinomom u komparaciji sa zdravim ispitanicima. Učestalost AKR1B10-pozytivnih uzoraka sa želučanim karcinomom bila je veća ako su bolesnici imali tumor manji od 5 cm, bez prisutnih presadnica u limfne čvorove i udaljenih metastaza te manjeg stupnja uznapredovalosti bolesti. Prosječno vrijeme preživljivanja AKR1B10 pozitivne skupine bilo je značajno veće u komparaciji s AKR1B10 negativnom skupinom. Petogodišnje preživljivanje je također bilo veće kod AKR1B10 pozitivne skupine.

Autori istraživanja naglašavaju da je ekspresija AKR1B10 kod karcinoma želuca značajno povezana s veličinom tumora, TNM stadijem, i presadnicama u limfne čvorove, kao i udaljenim metastazama. Stoga može biti dobar prognostički indikator karcinoma želuca.

(Eur J Surg Oncol. 2013 Dec 31. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Je li učinkovitija bidirekcionala endoskopija ili zasebna gornja i donja endoskopija?

- Sigurnost, učinkovitost i ekonomска isplativost kombinacije ezofagogastroduodenoskopije (EGDS) i kolonoskopije učinjenih istog dana tijekom sedacije (tzv. bidirekcionala endoskopija, BDE), nasuprot gornjoj i donoj endoskopiji učinjenih tijekom dva zasebna dana i dva puta aplicirane sedacije propofolom, nije se do sada ispitivala.

Gastroenterolog **Lucendo AJ.** sa suradnicima iz Španjolske imao je za cilj svojim istraživanjem odgovoriti na gore postavljena pitanja. U istraživanje je uključeno 1500 ispitanika (51.5% osoba ženskog spola), a EGDS je učinjen kod 449 ispitanika, kolonoskopija kod n= 702, te BDE kod 349 ispitanika. Svima je apliciran propofol, te su se pratile nuspojave, vrijeme oporavka i troškovi postupka. Svi ispitanici su izravno otpušteni kući iz endoskopske jedinice. Nisu uočene statističke razlike glede spola ispitanika i dobi, indeksa tjelesne mase ili tipa metode. Prosječna dob ispitanika bila je 54.4 godine (18-96 godina).

Doza propofola je kod BDE bila 25.9% manja nego kada su se izvodila gornja i donja endoskopija zasebno ($P<0.001$). Nuspojave, uključujući tranzitorni pad saturacije kisikom ispod 90%, bradikardija (<50 otkucanja/min) javili su se kod 10.7% ispitanika kod pojedinačne EGDS, 8.6% ispitanika kod EGDS u okviru bidirekcionale endoskopije, 8.6% ispitanika kod pojedinačne kolonoskopije, a 9.5% kod kolonoskopije u okviru BDE, što je signifikantna razlika.

Vrijeme oporavka do otpusta nakon BDE bilo je 47.9% kraće nego li kod EGDs i kolonoskopije učinjenima zasebno. Troškovi su također bili značajno niži kod BDE, tj. 28.1% manji ($P<0.001$).

Autori istraživanja zaključuju da BDE učinjena istog dana uz sedaciju propofolom rezultira manjom dozom propofola, kćim vremenom oporavka te nižim ekonomskim troškovima, u komparaciji s gornjom i donjom endoskopijom obavljenima zasebno u druge dane, bez razlike u pojavnosti nuspojava.

(Eur J Gastroenterol Hepatol. 2013 Dec 21. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

•

Helicobacter pylori i anemija u trudnoći

- Pojava sideropenijske anemije česta je tijekom trudnoće, stoga je **Nashaat EH.** sa suradnicima iz Egipta, Kairo, proveo istraživanje u Ain Shams University Hospitalu s 100 trudnih ispitanica koje su imale dokazuju sideropenijsku anemiju. 50 slučajeva je imalo infekciju s Helicobacterom pylori, a ostala polovica ispitanica bila je negativna. Slučajevi sa simptomatskim gastritism ili gradivitetnom hiperemizom nisu uključeni u istraživanje. Svim pacijenticama su učinjene sljedeće analize: razina hemoglobina, željeza i ukupni kapacitet vezanja željeza iz seruma (TIBC), antitijela na *H. pylori*, analiza stolice kako bi se isključila parazitarna infekcija koja može biti u podlozi anemije, stolica na okulno krvarenje, ultrasonografija fetusa za potvrdu srčanih pulzacija i ekspluziju pridruženih abnormalnosti. Terapija željezom je aplicirana svim ispitanicama tijekom jednog mjeseca, te je praćen terapijski odgovor. Eradikacijska terapija za *H. pylori* je ordinirana kao trojna terapija u 2. trimestru trudnoće, a potom je slijedila terapija preparatom željeza. Odgovor na liječenje nakon eradicacije kompariran je s odgovorom na terapiju željezom

prije *H. pylori* eradicacije. Rezultati studije su pokazali da je razina serumskog hemoglobina, željeza i feritina bila niža, a vrijednosti TIBC viša kod *H. pylori* inficiranih trudnica, za razliku od *H. pylori* negativnih ispitanica. Kod *H. pylori* negativnih trudnica bio je prosječan porast vrijednosti hemoglobina viši nego li kod *H. pylori* pozitivnih. Kod *H. pylori* pozitivnih trudnica glede učinka terapije željezom prije i poslije eradicacije, uočen je veći porast vrijednosti hemoglobina nakon eradicacijske terapije za *H. pylori*.

Autori zaključuju da je odgovor na terapiju željezom kod trudnica sa sideropenijskom anemijom slabiji, komparirajući s *H. pylori* negativnim trudnicama. Eradicacija *H. pylori* kod inficiranih trudnica poboljšava odgovor na terapiju željezom. Ove činjenice trebalo bi imati u vidu u kliničkoj praksi ginekologa te konzilijarnih specijalista.

(Arch Gynecol Obstet. 2013 Dec 28.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

●

Definicija terminske trudnoće

- Trajanje jednoplodne trudnoće u prosjeku iznosi 40 tjedana (280 dana) od datuma prvog dana zadnje menstruacije do očekivanog datuma porođaja. Donedavno se razdoblje od 3 tjedna prije do 2 tjedna poslije očekivanog datuma porođaja smatralo terminom, s mišljenjem da će neonatalni ishod porođaja u tom intervalu biti jednak dobar. Međutim, novija istraživanja dokazala su da se neonatalni ishod, osobito respiratori morbiditet, razlikuje ovisno o vremenu porođaja unutar navedenog raspona od 5 tjedana u terminu. Učestalost nepovoljnog neonatalnog ishoda najniža je među nekomplikiranim trudnoćama dovršenim između 390/7 i 406/7 tjedana. Stoga su projekti poboljšanja kvalitete usmjereni na izbjegavanje nemedicinski indiciranih porođaja prije navršenih 390/7 tjedana.

U studenom 2013. je radna skupina sastavljena od predstavnika Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) i Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) preporučila da se uvriježeni pojam „termin“ zamjeni oznakama „rani termin“ (engl. early term, 370/7-386/7 tjedana), „puni termin“ (engl. full term, 390/7-406/7 tjedana), „kasni termin“ (engl. late term, 410/7-416/7 tjedana) i „prenošenje“ (engl. postterm, $\geq 420/7$

tjedana). ACOG i SMFM podržavaju i potiču predstavnike javnog zdravstva, kliničare i znanstvenike na istovrsno korištenje nove klasifikacije terminske trudnoće, a radi točnijeg prikaza podataka, pružanja kvalitetnije zdravstvene skrbi i poboljšanja budućih istraživanja.

Istovrsne oznake terminske trudnoće utvrđene su na istovrsnoj metodi određivanja gestacijske dobi. Radna skupina odredila je metodu određivanja gestacijske dobi koja je usmjerena na hijerarhiju kliničkih i ultrazvučnih kriterija, međutim, cilj njihovog rada nije bio utvrditi prioritet jednih kriterija nad drugima.

(Obstet Gynecol. 2013;122:1139-40., JAMA. 2013; 309:2445-6.)

Matija Prka, dr. med.

●

Dovršenje blizanačke trudnoće planiranim carskim rezom ili planiranim vaginalnim porođajem - randomizirano istraživanje

- Porođaj blizanaca povezan je s višim rizikom za nepovoljan perinatalni ishod u usporedbi s jednoplodnim porođajem. Nije jasno može li dovršenje blizanačke trudnoće planiranim carskim rezom rezultirati nižim nepovoljnim perinatalnim ishodom u odnosu na planirani vaginalni porođaj.

U randomizirano istraživanje, koje je pokušalo odgovoriti na ovo pitanje, **Jon F. Barrett** i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Sunnybrook Health Sciences Centre, University of Toronto, Toronto, ON, Canada, uključili su 106 perinatalnih centara u 25 država. Trebalo je 7.5 godina da bi se uključio traženi broj ispitanica s bikorijatnim ili monokorijatnim/biamnijatnim blizanicima (od kojih je prvi trebao biti u stavu glavicom) između 320/7 i 386/7 tjedana. Elektivni porođaj bio je planiran između 375/7 i 386/7 tjedana. Primarni cilj istraživanja bila je fetalna/neonatalna smrt ili ozbiljan neonatalni morbiditet.

Ukupno 1398 ispitanica (2795 plodova) bilo je randomizirano odabранo za dovršenje trudnoće planiranim carskim rezom (skupina 1), te 1406 ispitanica (2812 plodova)

planiranim vaginalnim porođajem (skupina 2). Približno 47% svih porođaja blizanaca zbio se prije 37. tjedna trudnoće. Drugi blizanac nije bio u stavu glavicom kod 39% ispitanica u skupini 1, te kod 36.4% ispitanica u skupini 2. Stopa carskog reza u skupini 1 bila je 90.7%, dok je u skupini 2 iznosila 43.8%. U skupini 1, 89.9% ispitanica rodile su carskim rezom oba blizanca. U skupini 2 rodilo je 56.2% ispitanica oba blizanca vaginalno, a 39.6% ispitanica rodile su oba blizanca carskim rezom (29.6% tijekom porođaja i 14.1% prije početka porođaja). Ispitanice iz skupine 1 rađale su ranije nego one iz skupine 2 (prosječan broj dana od randomizacije do porođaja: 12.4 vs. 13.3, p=0.04). Nije nađena statistički značajna razlika u primarnom cilju istraživanja između skupina 1 i 2 (2.2% vs. 1.9%, p=0.49).

U uvodniku je **Michael F. Greene** iz Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Boston, USA, istaknuo da rezultati ovog istraživanja sugeriraju kako je planirani vaginalni porođaj kod prikladnih pacijentica s blizanačkom trudnoćom razuman i siguran odabir u rukama vještog opstetričara.

(N Engl J Med. 2013;369:1295-305., 1365-6.)

Matija Prka, dr. med.

• Spontano zanošenje nakon 40. godine; utjecaj dobi i indeksa tjelesne mase na ishod trudnoće

- Ugledni časopis *Journal of Perinatology* u broju od prosinca prošle godine objavio je uistinu zanimljiv rad Bartona i suradnika na temu spontanih trudnoća u dobi od ≥40 godina života, analizirajući ishod novorođenčadi u korelaciji s dobi majke i indeksom tjelesne mase majke. Studija je uključivala ukupno 53 480 nulipara podijeljenih u dvije dobne skupine: jednu od 20-29 godina i drugu od ≥40 godina. Radilo se isključivo o jednoplodnim, spontano začetim trudnoćama. Kolege su analizirali razdoblje od 1. srpnja 2006. do 1. kolovoza 2011. Iz studije su isključene trudnice koje su začele nekom od metoda asistirane reprodukcije, koje su pušile tijekom trudnoće ili imale bilo koji ozbiljniji medicinski poremećaj koji bi zahtijevao neku vrstu intervencije. Trudnice su grupirane u ovisnosti o indeksu tjelesne mase (pretilje osobe vs idealna i prekomjerna tjelesna te-

žina) i prema doboj skupini (20-29 vs ≥40g). Ishod trudnoće uspoređivan je između istih i različitih skupina tjelesne mase, a različite dobi. Rezultati su pokazali da su prvorotkinje dobne skupine ≥ 40 godine, unutar svake skupine tjelesne mase, rađale djecu statistički značajno manje gestacijske dobi te da su imale veću incidenciju gestacijskog dijabetesa, prijevremenog poroda, rađale djecu niske ili vrlo niske porođajne težine, a porođaji su statistički su značajno češće bili dovršeni carskim rezom u usporedbi s nuliparama dobne skupine od 20 do 29 godina. Za prvorotkinje starosti 40 i više godina, debljina je u strogoj povezanosti s povećanim rizikom od komplikacija.

Autori zaključuju da u zdravim žena starija dob prvorotkinje i prekomjerna tjelesna težina negativno utječu na ishod trudnoće. Žene koje odgađaju svoju trudnoćuiza 40. godine života mogu modificirati rizik od carskog reza, prijevremenog porođaja, porođaja djece niske i jako niske porođajne težine reduciranjem svoje težine u okvire idealne ili barem prekomjerne težine prije začeca.

(Am J Perinatol 2013)

Dr. sc. Ingrid Marton, dr.med.

• Usporedba intrauterinog balona, intrauterinog uloška i hijaluronskog gela u prevenciji nastanka intrauterinih adhezija

- European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology objavio je iznimno zanimljiv rad Lina i suradnika; top tema ginekološke endoskopije, a odnosi se na moguće načine sprečavanja nastanka intrauterinih adhezija.

Naime, endoskopičari su davno zapazili da se nakon opsežnih histeroskopskih zahvata, poput dugotrajnih miomektomija ili miomektomija u više aktova, u nekim pacijentica formiraju intrauterine sinehije, odnosno Ashermanov sindrom. To je posebno je problematično i zahtjevno u pacijentica koje se u postupku liječenja primarne ili sekundarne sterilnosti. Godinama se pokušava na različite načine sprječiti stvaranje intrauterinih sinehija ordiniranjem estrogena, apliciranjem intrauterinih uložaka, balona, a u novije vrijeme hijaluronskim gelom.

Iskustva su različita, a ovdje donosimo iskustva kolega, koji su uspoređivali djelotvornost intrauterinog balona, intrauterinog uloška i hijaluronskog gela za prevenciju od intrauterinih adhezija nakon već učinjene histeroskopske adheziolize. Studija je dizajnirana kao retrospektivna, u kohortu je uključeno 107 bolesnica s Ashermanovim sindromom podvrgnutih histeroskopskoj adheziolizi. Skupini od 20 bolesnica inseriran je po adheziolizi intrauterini balon, u 28 intrauterini uložak, a u 18 hijaluronski gel. Kontrolna grupa brojala je ukupno 41 bolesnicu, i nikakvo dodatno liječenje nakon operacije u kontrolnoj skupini nije provedeno. Sve su bolesnice podvrgnute tzv. second-look histeroskopiji, a efekt adhezioloze bodovan je prema klasifikacijskom sustavu Američkog društva za neplodnost.

Skupine bolesnica s intrauterinim balonom i uloškom pokazale su statistički značajnu (p<0.001) redukciju u stvaranju adhezija u usporedbi s hijaluronskim gelom i kontrolnom skupinom. Također, uočena je statistički veća efikasnost balona negou intrauterinog uloška (p<0.001). Nije nađena statistički značajna razlika između grupe bolesnica tretiranih hijaluronskim gelom i kontrolne skupine.

Autori zaključuju da je insercija intrauterinog balona ili intrauterinog uloška efikasnija od hijaluronskog gela u prevenciji ponovne formacije intrauterinih adehezija. (EJOGRB 2013;170(2):512-516)

Dr. sc. 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 inozemstvenim i stručnim medicinskim časopisima indeksiranim u CC, SCI ili SCOPUS.

Santak G, Santak M, Forčić D. Low concentration of PDGF-AB shows synergism with IFN- α in induction of IFN- β and - γ in MRC5 fibroblasts. Cytokine. 2013;64(2):494-6.

Department of Surgery, County Hospital Požega, Požega, Croatia.

Salkovic-Petrisic M, Osmanovic-Barilar J, Knezovic A, Hoyer S, Mosetter K, Reutter W. Long-term oral galactose treatment prevents cognitive deficits in male Wistar rats treated intracerebroventricularly with streptozotocin. Neuropharmacology. 2013;77C:68-80.

Department of Pharmacology, School of Medicine University of Zagreb; Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine, University of Zagreb, Croatia.

Trsan T, Busche A, Abram M, Wensveen FM, Lemmermann NA, Arapovic M, Babic M, Tomic A, Golemac M, Brinkmann MM, Jäger W, Oxenius A, Polic B, Krmpotic A, Messerle M, Jonjic S. Superior induction and maintenance of protective CD8 T cells in mice infected with mouse cytomegalovirus vector expressing RAE-1 γ . Proc Natl Acad Sci U S A. 2013;110(41):16550-5.

Department of Histology and Embryology, Faculty of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.

Williams KM, Hnatiuk O, Mitchell SA, Baird K, Gadalla SM, Steinberg SM, Shelhamer J, Carpenter A, Avila D, Taylor T, Grkovic L*, Pulanic D*, Comis LE, Blacklock-Schuver B, Gress RE, Pavletic SZ. NHANES III equations enhance early detection and mortality prediction of bronchiolitis obliterans syndrome after hematopoietic SCT. Bone Marrow Transplant. 2014 Jan 13. doi: 10.1038/bmt.2013.222.

*Division of Hematology, Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

Augustin G, Bruketa T, Korolija D, Milosevic M. Lower incidence of hepatic metastases of colorectal cancer in patients with chronic liver diseases: meta-analysis. Hepatogastroenterology. 2013;60:1164-8.

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

Ladic A, Petrovic I, Augustin G, Puretic H, Skegro M, Gojevic A, Nikolic I. Hemoptysis as an early symptom of abdominal actinomycosis with thoracic extension ten years after cholecystectomy with retained gallstone. Surg Infect (Larchmt). 2013;14:408-11.

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

Reiner Ž. Guidelines, position papers and critical reviews: differences and similarities. Eur J Prev Cardiol. 2013;20:3-5.

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

Reiner Ž. Statins in the primary prevention of cardiovascular disease. Nat Rev Cardiol 2013; 10:453-64.

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

Reiner Ž. Statins for primary prevention: problems with cardiovascular-risk estimation? Nat Rev Cardiol. 2013; 10:547.

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



Sonja Fruk Mundorfer (gjurkica@gmail.com)

Novosti iz humane genetike

Prvi dani humane genetike

„Prof. dr. Ljiljana Zergollern- Čupak“

Dr. Ljubica Boban, tajnica Hrvatskog društva za humanu genetiku

- Održani su od 15.-16. studenoga 2013. u organizaciji Hrvatskog društva za humanu genetiku HLZ-a i MEF-a u Zagrebu. Bili su posvećeni osnivačici humane genetike u Hrvatskoj prof. dr. **Ljiljani Zergollern-Čupak**, prvoj ženi profesoru emeritusu u hrvatskoj medicini. Okupili su 170 sudionika iz zemlje i inozemstva različitih profila.

Prof. Zergollern-Čupak osnivačica je Zavoda za medicinsku genetiku KBC-a Zagreb u kojem je osnovala laboratorij za citogenetiku, genetičko savjetovalište i odjel na kojem su zbrinjavani mali bolesnici od naslijednih bolesti. Uz svoj bogat stručni, nastavni i znanstveni rad, koji obuhvaća opus od preko 300 znanstvenih članaka i 13 knjiga, većinom užbenika MEF-a u Zagrebu, osnivačica je i Hrvatskog društva za humanu genetiku HLZ-a.

Prvoga dana su predstavljeni rezultati istraživanja. U sekciji citogenetike prikazana su nova istraživanja u području Downovog sindroma. Ova najčešća kromosomska abeacija još uvijek patogenetski nije razjašnjena. Zahvaljujući radu znanstvenica sa Zavoda za biologiju MEF-a u Rijeci dobivene su nove spoznaje o povezanosti globalne DNA metilacije i nepravilnog razdvajanja kromosoma 21 tijekom oogeneze, pri čemu je nađena značajno niža ukupna DNA metilacija u majki djece s regularnim oblikom Downovog sindroma nego u majka zdrave djece. Posebno niske vrijednosti metilacije nadene su u majki starijih od 35 godina. Ustanovljena je i značajna povezanost genotipa MTHFR 677CT+TT s nerazdvajanjem kromosoma tijekom prve mejotske diobe.

Zahvaljujući razvoju molekularne genetičke dijagnostike omogućena je dijagnoza velikog broja novih razvojnih poremećaja. Dr. sc. **Leona Morožin-Pohovski** iz Klinike za dječje bolesti Zagreb pokazala je kako je metodom MLPA (metoda višestrukog umnažanja vezanih sondi) moguće postaviti dijagnozu kod značajnog broja djece s razvojnim zaostajanjem/intelektualnim poteškoćama ili autističkim spektrom poremećaja, posebice kod one djece koja uz to imaju dismorfične crte i/ili pridružene kongenitalne anomalije. Kod takve djece otkrivaju se razlike u broju kopija genoma - mikrodelekcije ili mikroduplicacije koje dovode do karakterističnog fenotipa. Tako je

posljednjih godina otkriveno i opisano nekoliko desetaka novih kliničkih entiteta koji se mogu uspješno dijagnosticirati i u nas.

Downov sindrom obilježen je nizom muskuloskeletnih poteškoća koje nerijetko iziskuju kirurško-ortopedsko liječenje. Istraživanjem terapijskih postupaka kod takve djece, koje je u našoj zemlji proveo prof. dr. **Darko Antičević**, ustanovljena je njihova značajno niža uspješnost, što se tumači osobitostima neuromišićnog sustava i građe veziva djece sa Downovim-sidromom.

U novije vrijeme je gotovo posve izmijenjena pretpostavka o patogenetskoj osnovi cerebralne paralize kao stanju prvenstveno uzrokovanom hipoksičnim oštećenjem mozga. Analizirajući povezanost polimorfizma gena za citokine IL-6, IL-1beta, IL-18, TNF-alfa, IL-8 i IL-10 s razvojem cerebralne paralize, dr. sc. **Helena Kapitanović-Vidak** je ustanovila da su polimorfizmi gena za TNF-alfa i IL-6 odgovorni za genetičku podložnost razvoju cerebralne paralize u skupini veoma nezrele nedonoščadi.

U svom istraživanju kongenitalne adrenalne hiperplazije u Hrvatskoj dr. sc. **Katica Dumić** je utvrdila genotip svih registriranih bolesnika i usporedila ga s kliničkom slikom.

Otkriveno je i nekoliko novih, dosad nepoznatih mutacija, koje mogu uzrokovati ovu bolesti. Kako je prevalencija kongenitalne adrenalne hiperplazije 1/14 000 poroda i kako se, ako je rano otkrivena, može uspješno liječiti, neophodno je ovu bolest uvrstiti u novorođenački probir u Hrvatskoj. U prilog tomu govori i činjenica da je kongenitalna adrenalna hiperplazija u svijetu treća po redu po učestalosti bolesti uvedenih u novorođenački probir, odmah iza fenilketonurije i hipotireoze.

Metode nove generacije sekvensiranja (engl. next generation sequencing) te njihove prednosti i nedostatke predstavio je dr. **Aleš Maver** iz Instituta za medicinsku genetiku u Ljubljani. Primjena metoda nove generacije sekvensiranja u kliničkoj praksi moguće je sekvensiranje panela gena za koje se smatra da su odgovorni za određeni poremećaj ili sekvensiranje kodirajućih regija genoma. Prvim pristupom moguće je brzo ustanoviti dijagnozu genetički heterogenih pore-

mećaja (epilepsije, kardiomiopatija, razvojnog zaostajanja/intelektualnih poteškoća), dok je drugim pristupom moguće ustanoviti ne samo uzrok bolesti već i identificirati nove potencijalno patogene alteracije genoma. Analiza genoma omogućuje dobivanje rezultata koji se ne odnose isključivo na pitanja nasljedne podloge ispitivanog poremećaja pojedinca, pri čemu se otvara niz etičkih pitanja.

Forenzična DNA analiza je unaprijeđena korištenjem kratkih ponavljajućih slijedova, STR-a (engl. short tandem repeats), tetranukleotidnih ponavljanja i polimorfizama jednog nukleotoda - SNP-ova (engl. single nucleotide polymorphism). Prof. dr. **Dragan Primorac** prikazao je tijek razvoja različitih tehnika koje su koristile ove biljege u zadnjih 20-ak godina, čime je ostvaren značajan napredak u utvrđivanju identiteta ljudi i različitih mikroorganizama i biljaka. Zahvaljujući navedenome uspješno je okončan velik broj kaznenih procesa u sudskej praksi. Najnoviji trend u forencici predstavlja DNA fenotipizacija koja genotipizacijom SNP-ova utvrđuje pojedine fenotipske karakteristike: boju kose, očiju, visinu. Spinalna mišićna atrofija uzrokovana je mutacijama u genima SMN1 i SMN2. Otkrića regulacije transkripcijskih mehanizama dovela su do novih terapijskih mogućnosti za oboljele. Trenutno su u tijeku multicentrična klinička i eksperimentalna istraživanja nekolicine lijekova poput riluzola, inhibitora presinaptičkog oslađanja glutamata, gabapentina, olesoksimu i albuterola.

Novorođenački probir nastoji se proširiti uvođenjem tandemske spekrometrije masa, kojom bi bile u Hrvatskoj osim fenilketonurije i konatalne hipotireoze obuhvaćene i neke druge metaboličke bolesti koje su dostupne djelotvornom liječenju

Na tečaju su prikazani i drugi zanimljivi radovi, pa je tako prof. dr. Ingeborg Barišić prikazala kliničku sliku i genetičku osnovu novoopisanih kliničkih entiteta: mikrodelekcionskog sindroma 17q21.31, sindroma Phelan-McDermid, sindroma Kleefstra i mikrodelejkog sindroma 15q24.

Prvi dan skupa okončan je dodjelom nagrade za najbolji rad mladih, znanstvenika dr. **Ivana Babić Božović** i dr. **Jadranki Vraneković** koje su prikazale istraživanja o patogenezi regularnog oblika Downovog sindroma, a drugi dan je održan poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije „Suvremene spoznaje u kliničkoj genetici“. Uspjeh sastanka potakao je članove HD-a za humanu genetiku HLZ-a da planiraju njegovo redovito održavanje, kako bi se liječnici trajno informirali o novostima u ovoj dinamičnoj disciplini.

Medicina boli – nova djelatnost

Budući liječnici ne uče dovoljno o boli

Andreja Šantek

- Bol i kontrola boli postaju jedan od vodećih zdravstvenih problema razvijenog svijeta koji češće pogađa žene, starije i osobe s nižom naobrazbom.

U Europi se bol pojavljuje kod svakog petog odraslog stanovnika (19 posto), a prosječno trajanje boli je sedam godina. Dvije trećine bolesnika podnosi umjerenu bol (jakost 4 do 6 na ljestvici VAS*), a trećina jaku bol (jakost viša od 7 na ljestvici VAS). Procjenjuje se da neposredni i posredni troškovi kronične boli dosežu 1,5 do tri posto BDP-a.

„Gospodarske i socijalne službe pod pritiskom su zbog poduzimanja mjera za smanjenje troškova te je još značajnije upozoriti na gospodarski utjecaj kronične boli“, istaknuo je prof. dr. **Hans Georg Kress**, predsjednik Europske udruge za liječenje boli (EFIC) na 8. Europskom kongresu o boli koji je krajem prošle godine održan u Firenci.

Dodao je da se ovdje ne govori samo o golemom teretu liječenja kronične boli za zdravstveni proračun već i o posrednim troškovima koji proizlaze iz izgubljene produktivnosti i radne nesposobnosti.

„Kronična bol najčešći je uzrok ranog odlaska u mirovinu ili nesposobnosti za rad i zato bol jako utječe na gospodarstvo koje zbog kronične boli godišnje izgubi čak 500 milijuna radnih dana i 34 milijuna eura godišnje“, naglasio je prof. Kress.

Prim. dr. **Mira Fingler**, predsjednica Hrvatskog društva za liječenje boli (HDLB) HLZ-a ističe da Društvo kao redoviti član europskog i svjetskog udruženja za istraživanje i liječenje boli svojim brojnim aktivnostima

*Ljestvica VAS (vizualno-analogna ljestvica) dužine je 10 centimetara. Radi mjerenja boli na njoj su točke od 0 (nema boli) do točke 10 (najveća moguća bol). Bolesnik pokaže točku sam procjenjujući koliko je jaka njegova bol.

njegovom društvenom okruženju.

Na taj način, kronična bol nosi ogroman teret i za pojedinca, ali i za društvo koje je uključeno u pokrivanje velikih gospodarskih troškova za zdravstveni sustav, naglašava prim. Fingler, dodajući da je, s aspekta prava bolesnika, važno naglasiti da je liječenje boli temeljno ljudsko pravo.

Podsjeća kako je EFIC, kao član Međunarodnog udruženja za istraživanje boli (IASP), na posljednjem zasjedanju u Kopenhagenu, donio jasne i čvrste dokaze o kroničnoj boli kao zasebnoj bolesti i potrebi uvrštenja u novu Međunarodnu klasifikaciju bolesti 2011.

Prema definiciji Svjetskog udruženja za bol (IASP), navodi prim. Fingler, bol je neugodan emocionalni i osjetni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva.

“IASP je osnovan 1973. godine u SAD-u sa zadatkom promicanja boli kao entiteta, odnosno bolesti i ukazivanje na nužnost pravilnog i pravovremenog pristupa njenom liječenju. Preporuke IASP-a prihvatio je velik broj europskih zemalja a EFIC vrlo energično potiče razvoj medicine boli kao nove djelatnosti. S tim ciljem je EFIC 2001. godine pokrenuo globalni projekt Europa protiv boli (EAP) koji je prihvatiло 26 europskih zemalja.

Godine 2002. i HDLB postaje član ovih velikih svjetskih udruženja i prihvata njihov program razvoja koji se usmjerava u tri osnovna pravca; to su: proučavanje boli, edukacija stručnjaka i pacijenata te politika razvoja mreže organiziranih jedinica za liječenje boli“, kaže prim. Fingler.

Sve ove aktivnosti usmjerene su na

pokušava nametnuti sveukupnoj javnosti, regulatornim tijelima i Ministarstvu zdravlja bol kao prvorazredni zdravstveni prioritet.

„Nove spoznaje u bazičnoj i kliničkoj znanosti u polju boli iznjedrile su novu akademsku i kliničku disciplinu – medicinu boli, koja je multidisciplinarna i multimodalna. Nedvojbena je, naime, činjenica da je bol prvorazredni pokazatelj kvalitete zdravlja.

Dok je akutna bol, poput one koja nastaje nakon ozljede ili operacije, izravna posljedica štetnog događaja i kao takva koristan signal pojedincu o opasnosti, kronična bol obično postoji dulji vrijeme, kada je korisnost alarmirajućih simptoma davno prošla.

Nadalje, kronična bol uzrokuje kompleksan sklop fizičkih, psiholoških, ali i društvenih promjena pojedinom pacijentu i



Prof. dr. Višnja Majerić Kogler, dr. med., specijalistica anestezijologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja, i specijalistica opće medicine prof. dr. Milica Katić, dr. med., sa Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, prim. Mira Fingler, predsjednica Hrvatskog društva za liječenje boli (HDLB) HLZ-a

provođenje učinkovite i racionalne terapije, a suvremeno liječenje boli podrazumijeva kontinuiranu analgeziju, titriranu prema intenzitetu boli, uravnoteženu primjenu lijekova i tehnika uz minimalan broj komplikacija.

Za sve ovo, kaže prim. Fingler, potrebno je poznavanje i razumijevanje neuroanatomije boli, složenih patofizioloških mehanizama, nastanka i prijenosa bolnih impulsa, te multimodalni i multidimenzionalni pristup liječenju.

S druge strane, kaže, nedostatna i netočna primjena znanja i raspoloživih terapijskih postupaka među osnovnim je činiteljima neučinkovitog liječenja boli.

Na Europskom kongresu o boli predstavljena je prva europska studija o trenutačnom stanju i metodama dodiplomske edukacije o boli i studijskim planovima medicinskih fakulteta u Europi, koja je pokazala da je edukacija manjkava.

U istraživanju su sudjelovala 242 medicinska fakulteta iz 15-ak europskih država. Čak 82 posto fakulteta u planu nema poseban obavezan predmet o boli, a studenti za proučavanje boli prosječno imaju 12 obaveznih i izbornih sati koji su uglavnom razdrobljeni po različitim predmetima i čine samo 0,2 posto cijelokupnog edukacijskog programa.

„Rezultati su pokazali da se edukacija provodi stihiski, u minimalnom obimu, s vrlo malim brojem sati edukacije, oko 10 sati tijekom šest godina studija medicine. Nažlost, rezultati studije u Europi mogu se u cijelosti primijeniti na Hrvatsku. Prema našim podacima, oko 30 posto bolesnika javlja se obiteljskom liječniku zbog boli.

Istovremeno, na četiri medicinska fakulteta u Hrvatskoj koji ospozobljavaju te liječnike, obavezna edukacija boli provodi se nesustavno i nekonzistentno, broj sati nastave je minimalan, vezana je uz neke kliničke specijalnosti, uglavnom anesteziologiju“, ističe prof. dr. **Višnja Majerić Kogler**, specijalistica anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja. Na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, dodaje, u okviru predmeta Anesteziologija i reanimatologija na petoj godini studenti imaju tri sata predavanja o akutnoj i kroničnoj boli, četiri sata seminara, ukupno sedam sati.

Sadržaj nastave je uglavnom vezan za akutnu bol (postoperacijsku, bol u traumatologiji, ginekologiji i opstetriciji), dok u okviru ostalih kliničkih predmeta nema nastavnih sadržaja koji bi bili posvećeni boli kao kliničkoj disciplini.

Problemi kronične boli (neuropatske, maligne) ne obrađuju se nigdje sustavno u dodiplomskoj nastavi, objašnjava prof. Ma-

jerić Kogler, dodajući i da se izborni predmet liječenja boli koji je u curriculumu imao 25 sati više ne održava, tako da budući liječnici tijekom dodiplomske nastave ne steknu gotovo nikakvo teorijsko znanje o suvremenoj patofiziologiji nastanka boli, vrstama boli, mogućim dijagnostičkim i terapijskim postupcima.

„Liječenje boli danas je posebna klinička disciplina i entitet i kao takvo trebalo bi dobiti mjesto u studentskoj edukaciji. Nažlost, spoznaja o tom problemu ograničena je na mali broj stručnjaka – nastavnika, te stoga takva inicijativa sporo prodire u fakultetske curriculume. Prema inicijativi i predloženom programu EFIC-a, predmet bi trebao imati najmanje 25 sati teorijske i praktične nastave, koju trebaju provoditi stručnjaci različitih kliničkih disciplina, multidisciplinarno“, ističe prof. Majerić Kogler.

Iako u većini bolničkih zdravstvenih ustanova postoje ambulante za liječenje boli, do njih dolazi samo manji broj bolesnika, a razlog tome je, kaže, neprepoznavanje boli kao problema i neinformiranost o mogućnostima liječenja kod velikog broja kolega liječnika.

Aktivnosti HDLB-a, ističe prim. Fingler, do sada su bile usmjerenе na edukaciju i podsticanje otvaranja organiziranih jedinica za liječenje boli, u čemu nas podržava Ministarstvo zdravlja i HZZO.

“Budući da algologija i u nas, kao i u brojnim europskim zemljama postaje smostalna klinička disciplina, uviđa se hitna potreba za provođenjem cijelovite, organizirane, kontrolirane te verificirane nastave u vidu uže specijalizacije prema europskim i svjetskim standardima“, ističe prim. Fingler.

Dodata je kako je HDLB u suradnji s Katedrom za anestezioligu i reanimatologiju MEF-a u Zagrebu pripremilo program edukacije kroz koji bi se multidisciplinarnim pristupom liječenju boli upoznalo liječnike s najnovijim spoznajama neuroanatomije, neurofiziologije te primjenom neinvazivnih i invazivnih protokola liječenja pojedinih bolnih sindroma, psihosocijalnim aspektom problema, te suvremenim modelom organiziranog liječenja boli.

Specijalistica opće medicine prof. dr. **Milica Katić** s Katedre za obiteljsku medicinu ŠNZ-a „Andrija Štampar“ ističe kako je bol jedan od najčešćih simptoma s kojim se bolesnici javljaju liječniku obiteljske medicine.

Prema rezultatima brojnih istraživanja provedenih u obiteljskoj medicini oko 30 posto bolesnika koji se javljaju liječniku imaju bol, odnosno problem u kojem se bol mora medicinski zbrinjavati, a polovica njih i

dobije lijek za suzbijanje bolova. Više od dvije trećine bolova zbog kojih se bolesnici javljaju nastaju zbog bolesti mišićno-koštanog sustava, no bol je također simptom i drugih bolesti, a nekad je kronična bol bolest.

„Liječnici obiteljske medicine kao liječnici prvog kontakta moraju znati dijagnosticirati i liječiti bol i bolest koja je tu bol izazvala. U obiteljskoj medicini radi više od 2300 liječnika, u vrlo raznolikim uvjetima i s različitim iskustvom i izobrazbom.

Stoga neki liječnici pridaju puno pozornosti dijagnosticiranju i liječenju boli i u tome su vrlo uspješni, a nasuprot tome neki neće tako postupiti jer nemaju dovoljno iskustva ili znanja.

Nažlost, u Hrvatskoj manje od polovice, točnije 47 posto onih koji rade u službi obiteljske medicine nema završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine.

A bez specijalizacije i trajne izobrazbe liječnici ne mogu slijediti stručni napredak niti nova saznanja primjenjivati u svom svakodnevnom radu u skribi za bolesnika“, navodi prof. Katić. Smatra da Hrvati pate od boli kao i svi drugi, no mnogi čimbenici utječu na to kako će osoba doživjeti bol i kako će se prema njoj odnositi.

„U nekim je sredinama uobičajeno mišljenje: kad si bolestan moraš trpjeti bol, kad si star normalno je da te nešto boli, barem kosti. Osim toga, u prilikama kad se osoba suočava s brojnim socijalnim, emocionalnim i psihološkim problemima bol se jače osjeća jer oni zapravo potiču nastanak boli.

Za uobičajene boli, poput, primjeric, glavobolje, zubobolje, boli nakon udarca i lakše ozljede, bolesnici kupe lijek u ljekarni; danas postoji velik izbor lijekova protiv boli koji su učinkoviti i mogu značajno ublažiti tegobe“, navodi prof. Katić, dodajući da u liječenju akutne, odnosno naglo nastale boli liječnici obiteljske medicine u pravilu uspijevaju dobro zbrinuti bolesnike.

Najveći broj bolesnika koji se upućuju u ambulantu za bol su oni koji pate od kronične nemaligne boli. Oni dugotrajno uzmaju analgetike različitih vrsta i kod kojih je potrebno vrlo pažljivo pratiti učinak lijekova te koristiti i druge metode liječenja boli.

„No, poseban pristup liječenju boli potreban je u bolesnika koji boluju od raka. Iako se na tom području provodi intenzivna trajna izobrazba, još uvek se u terapiji boli takvih bolesnika nedostatno i nepravilno primjenjuju preporučeni lijekovi.

Poznato je da će oko 75 posto bolesnika s rakom u nekom razdoblju bolesti imati bolove. Također, uz današnje mogućnosti suzbijanja boli primjereno liječenje boli moguće je postići u 80 posto bolesnika s ra-

kom. Prema podacima iz literature, najmanje 40 posto bolesnika s rakom navodi da nemaju odgovarajuću analgeziju, navodi prof. Katić.

Ističe da je SZO još 1986. izradio preporuku za liječenje karcinomske boli i da je trostupanjska ljestvica i nadalje prevladavajući princip za njeno liječenje.

U liječenju boli se primjenjuju nesteroidni antireumatici, paracetamol, slabiji opioidi, jaki opioidi te adjuvantni lijekovi. Primjerice, pokazuju da je manje od polovice liječnika u svom radu primjenjivalo taj princip u liječenju boli u bolesnika s rakom. I istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju da liječnici u praksi ne primjenjuju principe niti stručne preporuke", kaže prof. Katić.

Kako je karcinomska bol miješana, objašnjava, onda se primjenjuju i antidepressivi i antikonvulzivi, koji su lijek izbora za neuropatsku bol.

„Istraživanja provedena u Finskoj, primjerice, pokazuju da je manje od polovice liječnika u svom radu primjenjivalo taj princip u liječenju boli u bolesnika s rakom. I istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju da liječnici u praksi ne primjenjuju principe niti stručne preporuke", kaže prof. Katić.

Hrvatska ima nacionalne smjernice za liječenje karcinomske boli koje su izradili stručnjaci okupljeni u HDLB-u, te se kroz specijalističku izobrazbu liječnika obiteljske medicine i kroz trajnu izobrazbu značajno poboljšalo znanje liječnika obiteljske medicine

o terapiji boli kod bolesnika s rakom kojima treba trajna terapija i koji pretežito borave u svom domu.

Ne postigne li se odgovarajući učinak lijekova mogu se primjeniti i drugi postupci za kupiranje boli, primjerice akupunktura ili fizikalna terapija (Tens).

Prof. Katić ističe i da je bol glavna tema 5. Kongresa Društva nastavnika opće/obiteljske medicine koji će se održati u ožujku ove godine u Zagrebu.

.....



- Cochrane knjižnica objavljuje sustavne pregledne članke koji se bave procjenom djelotvornosti intervencija u medicini.
- Na mrežnoj stranici www.thecochranelibrary.org mogu se pretraživati sažetci ovih članka. 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.
- Na ovoj stranici potrebno je izabrati pretraživačko sučelje Ovid SP, unutar kojeg se nalazi poveznica na Cochrane Database of Systematic Reviews. Kad u tražilici ove baze pronađete članak koji vas zanima, punom tekstu pristupate preko poveznice EBM Topic Review.

Prof. dr. sc. Livia Puljak
Medicinski fakultet u Splitu
livia@mefst.hr

Psihosocijalne intervencije koje pomažu ženama da prestanu pušiti tijekom trudnoće

Sažetak

Pušenje tijekom trudnoće povećava rizik od komplikacija kod majke tijekom trudnoće i rađanja djece s niskom porođajnom težinom te prijevremenog porođaja (prije 37. tjedna). Pušenje duhana tijekom trudnoće relativno se često viđa, ovaj trend se smanjuje u zemljama s visokim prihodima, a povećava u zemljama s niskim i srednjim prihodima.

Cochrane sustavni pregled pokazuje da psihosocijalne intervencije povećavaju broj žena koje su prestale pušiti u kasnoj trudnoći te da smanjuju broj djece s niskom porođajnom težinom i prijevremene porođaje. Čini se da psihosocijalne intervencije nisu povezane ni s kakvim štetnim posljedicama, a tri istraživanja analizirala su i poboljšanje psihološkog zdravlja. U sustavni pregled je uključeno 86 randomiziranih kontrolira-

nih istraživanja, s preko 29.000 ispitanica. Gotovo sve studije provedene su u zemljama s visokim prihodima. Intervencija koja je većini žena pomogla da prestanu pušiti uključivala je različite poticaje.

Međutim, ti se rezultati temelje na svega četiri studije s malim brojem ispitanica, od kojih su sve provedene u SAD-u, a čini se kako pomažu ženama jedino ako se provode intenzivno (tri studije). Savjetovanje je također bilo učinkovito kao potpora prestanku pušenja, ali samo ako se kombinira s drugim strategijama (27 studija). Učinkovitost savjetovanja bila je manje jasna kad su žene u kontrolnoj skupini primale manje intenzivne intervencije protiv pušenja (16 studija).

Povratna informacija također je pomogla ženama da prestanu pušiti, ali tek kad se usporedi s uobičajenom skribi i kad se kombinira s drugim postupcima (2 studije). Nije jasno može li edukacija o zdravlju sama za sebe pomoći trudnicama da prestanu pušiti, ali broj žena uključen u ova istraživanja bio je malen. Dokazi o učinkovitosti društvene potpore bili su neujednačeni; primjerice, ciljana vršnjačka potpora (engl. peer support) pomogla je ženama da prestanu pušiti (5 studija), ali u jednom istraživanju potpora partnera nije bila učinkovita. Žene su također navele da potpora vršnjaka i partnera može pomoći, ali i odmoći.

Ne čini se da povećavanje učestalosti i trajanja intervencija povećava njihovu učinkovitost. Intervencije su bile jednakom učinkovite u žena koje su bile siromašne kao i u onih koje to nisu, ali nema dovoljno dokaza da su istražene intervencije učinkovite kod pojedinih etničkih skupina. Istraživanja u kojima su analizirane intervencije postale dio rutinske skribi o trudnicama nisu pokazala da takvi postupci pomažu većem broju žena u prestanku pušenja, što ukazuje na potencijalne probleme u translaciji ovih dokaza u kliničku praksu.

Rizici povezani s pušenjem u trudnoći

Pušenje duhana tijekom trudnoće i dalje je jedan od svega nekoliko preventabilnih čimbenika povezanih s komplikacijama u trudnoći, kao što su prijevremeno ljuštenje posteljice, pobačaj, niska porođajna težina, nedonošenost, mrтvorođenost i neonatalna smrt. Pušenje duhana također uzrokuje i ozbiljne dugoročne posljedice za zdravљje žene i dijeteta. Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da 5,4 milijuna ljudi godišnje umre od posljedica pušenja duhana, a očekuje se porast ovoga broja na 8 milijuna

godišnje u sljedećih 30 godina. Nikotin i drugi štetni sastojci cigareta predstavljaju razvojne toksine, koji negativno utječu na mozak u kritičnoj fazi razvoja, smanjujući opskrbu kisikom i drugim esencijalnim nutrijentima nužnim za rast ploda i razvoj organa, uključujući razvoj pluća i neurološki razvoj.

Mlade žene počinju pušiti iz brojnih razloga, između ostalog zato jer se vjeruje da je to ritual koji ih uvodi u „život odrastih“, ili kao prkosna gesta protiv autoriteta, pokušaj da se prikažu modernima i imućnima, ili da se bolje uklape u društvo. Ovisnost o duhanu nastaje zbog nikotina koji ima niz učinaka, uključujući i otpuštanje dopamina koji stvara osjećaj ugode, čime se pojačava povezanost između pozitivnih osjećaja i pušenja, što je u podlozi svih ovisničkih ponašanja.

Opis intervencije

U ovom Cochrane sustavnom pregledu procijenjen je učinak individualnih psihosocijalnih intervencija čiji je cilj motivirati i poduprijeti žene da prestanu pušiti u trudnoći, ili da spriječe ženu da ponovno počne pušiti ako je spontano odlučila prestati. Psihosocijalne intervencije definiraju se kao ne-farmakološki postupci koji koriste kognitivne, bihevioralne, motivacijske i potporne terapije kojima se pomaže ženama da prestanu pušiti, a uključuju savjetovanje, zdravstvenu edukaciju, povratnu informaciju, financijske poticaje i društvenu potporu vršnjaka i/ili partnera.

Drugi sustavni pregledi o prestanku pušenja

U vrijeme obnavljanja ovoga sustavnog pregleda, u Cochrane knjižnici bila su objavljena još 73 druga sustavna pregleda koji su procijenili učinkovitost različitih postupaka za prestanak pušenja duhana u svim populacijama, uključujući:

- Mjere usmjerene na cijelu populaciju, kao što je zakonsko ograničavanje gdje se smije pušiti, masovne medijske kampanje, organizacijske intervencije (na radnom mjestu i u školi), financiranje zdravstvenih sustava u smislu povećanog izdvajanja sredstava za liječenje ovisnosti o duhanu, oglašavanje i promoviranje kako bi se smanjilo korištenje duhana, zabrana pušenja duhana na javnim mjestima i utjecaj oglašavanja na pušenje kod adolescenata.

- Intervencije u zajednici koje uključuju obiteljske programe, skupne bihevioralne intervencije, obiteljske i poslovne

intervencije za smanjenje pušenja u okolišu, školske programe i školska pravila.

- Individualne psihosocijalne intervencije, uključujući averzivno pušenje, akupunkturu, hipnozu, samopomoć, tjelevježbu, individualno bihevioralno savjetovanje, motivacijske razgovore, intervencije koje se temelje na stupnjevima, natjecanja i poticaje, telefonsko savjetovanje, intervencije preko mobitela, intervencije preko interneta, savjete medicinske sestre i liječnika, jačanje potpore partnera, povratnu informaciju, intervencije koje se provode u ljekarnama, educiranje zdravstvenih djelatnika o prestanku pušenja, korištenje elektroničkih zapisa, prevenciju debljanja nakon prestanka pušenja, povećanje broja osoba koji se uključuju u programe za prestanak pušenja, smanjenje štete, smanjenje u usporedbi s prestankom pušenja, procjenu biomedicinskih rizika, elektroničke cigarete, poticaje za sprječavanje pušenja među mladima, prevenciju ponovnog početka pušenja i intervencije kojima se smanjuje uporaba duhana na druge načine, primjerice intervencije za prestanak pušenja vodenih lula.

- Individualne farmakološke intervencije, u kojima se koriste lijekovi – anti-depresivi, anksiolitici, nadomjesci nikotina, klonidin, mekamilamin, nikobrevin, agonisti nikotina, opioidni agonisi, agonisti kanabinoidnog receptora tipa 1, srebro-acetat, lobelin, nikotinska cjepiva. Postoje i sustavni pregledi u kojima je analizirano kako poboljšati suradljivost pacijenata tijekom uzimanja lijekova za ovisnost o nikotinu, učinkovitost bihevioralnih intervencija kao dodataka farmakoterapijama i učinkovitost kombinacije bihevioralnih i farmakoloških intervencija.

- Intervencije u specifičnim populacijama, uključujući osobe koje boluju od shizofrenije i ozbiljnih duševnih bolesti, depresije, bolesti ovisnosti, kardiovaskularnih i plućnih bolesti, pre-operativne i hospitalizirane bolesnike.

Kako bi intervencija mogla djelovati

Trudnoća se često opisuje kao pogodna prilika za prestanak pušenja. Trudnoća kod žene povećava svijest o štetnosti pušenja, zbog čega mogu nastati snažni osjetni i emocionalni odgovori. Trudnoća također kod žene mijenja osjećaj o vlastitoj ulozi u društву, osobito ako se zbog pušenja osjeća društveno stigmatizirana. Psihosocijalne intervencije uključuju niz socijalnih i psiholoških komponenti kojima je cilj povećati motivaciju ili osjetne ili emocionalne odgovore

koji će poduprijeti trudnice da prestanu pušiti te im pomoći da ne počnu ponovo pušiti jednom kad prestanu. Primjerice, savjetovanje, povratna informacija i finansijski poticaji su osmišljeni tako da motiviraju ženu da prestane pušiti. Psihosocijalne intervencije koje ženama pomažu da prestanu pušiti tijekom trudnoće obuhvaćaju teorijske okvire kojima je cilj pružiti informaciju i utjecati na ponašanje.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Postoje mnoge psihosocijalne intervencije kojima se pokušava potaknuti žene da prestanu pušiti tijekom trudnoće. U ovom je sustavnom pregledu napravljena sinteza dokaza iz tih istraživanja kako bi se prikupili dokazi koji su važni liječnicima, istraživačima i donositeljima odluka u zdravstvu. Sinteza dokaza omogućuje usporedbu učinkovitosti intervencija u pojedinim studijama i procjenu je li taj rezultat postignut u različitim sredinama. Pojedinačne studije obično nemaju dovoljnu snagu za procjenu učinka intervencije na perinatalne ishode ili ne omogućuju analizu podskupina kako bi se procjenio učinak intervencije na pojedine ranjive populacije. Na koncu, sinteza dokaza kakvu omogućuje sustavni pregled omogućuje stvaranje preporuka za buduća istraživanja.

Ovaj je sustavni pregled peta obnovljena inačica Cochrane sustavnog pregleda, prvi put objavljenog 1995. godine. Rezultati prethodnih inačica ovoga Cochrane sustavnog pregleda bili su ključni za uvođenje psihosocijalnih intervencija u rutinski skrb o trudnicama u brojnim zemljama s visokim prihodima tijekom zadnjih deset godina. Inicijalno je sustavni pregled razmatrao sve intervencije za prestanak pušenja tijekom trudnoće, ali je s vremenom razdvojen u dva Cochrane sustavna pregleda, od kojih se jedan bavi isključivo psihosocijalnim, a drugi farmakološkim intervencijama. One su odvojene zbog određenih razlika između psihosocijalnih i farmakoloških postupaka.

Rezultati važni za kliničku praksu

Psihosocijalne intervencije mogu pomoći trudnicama da prestanu pušiti te su povezane sa smanjenjem nedonošenosti i porođajne težine. Stoga bi se psihosocijalne intervencije trebale ponuditi trudnicama ili ženama koje planiraju začeće. Postoji bojazan da bi se žene mogle uvrijediti ako im se ponu-

di potpora za prestanak pušenja, ali rezultati ovog sustavnog pregleda pokazuju da žene takvu potporu očekuju i cijene te da će takve intervencije poboljšati psihološko zdravlje žena.

Kvalitativni dokazi pokazuju da potpora treba biti pozitivna i poticajna. Dokazi također pokazuju da zdravstvena edukacija i savjetovanje o rizicima nije dovoljno te da psihološka potpora treba uključiti višestruku intervenciju, individualno prilagođene, koje omogućuju pomoći u prestanku pušenja, ohrabruvanje te da su korisni poticaji, povratne informacije i vršnjačka potpora.

Treba razmotriti i uključivanje potpore usmjerene na dojenje i prevenciju debljanja kao dio intervencija vezanih za pušenje u trudnica jer je debljina premašila pušenje kao glavni čimbenik povezan s prijevremenim porođajem u zemljama s visokim prihodima. Istraživanja uključena u ovaj sustavni pregled pokazuju da brojne žene nastave pušiti nakon porođaja pa bi trebalo poruke oblikovati tako da se naglase i korisni učinci nepušenja na majku, a ne se fokusirati isključivo na koristi za dijete.

S obzirom na velik broj žena koje puše tijekom trudnoće, vrlo je važno provoditi i populacijske mjere za prestanak pušenja, uključujući zabranu pušenja na javnim mjestima, regulaciju prodaje duhana maloljetnicima, povećanje poreza na duhan, i slično.

Preporuka za buduća istraživanja

Psihosocijalne intervencije nesumnjivo su korisne za smanjenje pušenja, prijevremenih porođaja i rađanja djece s malom porođajnom težinom. Međutim, ono što je manje jasno jest koje su intervencije učinkovite, kako one djeluju, za koga su najučinkovitije i kako bi ih trebalo osmislići, širiti i provoditi u ustanovama. Budući da se pušenje smanjuje u zemljama s visokim prihodima, važno je istražiti izvodljivost i učinkovitost psihosocijalnih intervencija u zemljama s niskim i srednjim prihodima. Nadalje, važno je istražiti kako na najbolji način te intervencije ugraditi u rutinski skrb, kako s tim intervencijama pomoći ženama koje boluju od duševnih bolesti, istražiti kad treba početi s tim intervencijama – u kojem razdoblju trudnoće – da bi bile najuspješnije.

Cochrane sustavni pregled

Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, Thomas J. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub4.

Pearls

Pitanje broj 297

Rađanje u alternativnom institucionalnom okruženju može biti ugodnije

Kliničko pitanje

Koliko je rađanje u alternativnom institucionalnom okruženju ugodnije u usporedbi s konvencionalnim institucijama?

Srž problema

U usporedbi s rađanjem u konvencionalnom institucionalnom okruženju, alternativno institucionalno okruženje je povezano s manjom vjerojatnosti korištenja medicinskih intervencija (epiduralna anestezija, indukcija porođaja oksitocinom i epiziotomija), povećanom vjerojatnosti spontanog vaginalnog poroda, zadovoljstvom majke i većom vjerojatnosti nastavka dojenja jedan do dva mjeseca nakon poroda, bez vidljivog rizika za majku ili dijete. Nema čvrstih zaključaka o učincima varijacija u kadrovskim, organizacijskim ili arhitektonskim karakteristikama prilikom rađanja u alternativnom okruženju.

Ograničenja

Iako je više od 10.000 žena sudjelovalo u randomiziranim ispitivanjima koja su istražila rađanje u alternativnim ustanovama, zapravo je mali broj žena kojima su osigurani alternativni uvjeti za rađanje i koje su rodile u takvim uvjetima što umanjuje potencijalne prednosti i rizike. Drugi važni čimbenici koji otežavaju tumačenje rezultata su razlike u organizacijskim modelima skrbi u istraživanjima, uključujući mogući utjecaj prenatalne skrbi, kontinuitet dolaska njegovatelja i primanja.

Kontekst

Rađanje u alternativnom institucionalnom okruženju namijenjeno je trudnicama koje zahtijevaju malo ili nimalo liječničkih intervencija. Takvi uvjeti za rađenje nude skrb tijekom cijele trudnoće i samog poroda te mogu biti u sklopu bolnice ili kao samostalni entiteti. Posebno dizajnirane prostorije

uključuju rađaonice nalik na spavaće sobe, sobe s posebnim ambijentom i Snoezelen sobe (u kojima su korisnice izložene brojnim osjetilnim stimulacijama uključujući optička svjetla, slušne podražaje i aromaterapiju).

Literatura

Hodnett ED et al. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Reviews, 2010, Issue 9. Article No. CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub3.

Sustavni pregled sadrži 8 studija s ukupno 10.392 ispitanice.

Izvornik:

PEARLS broj 297, veljača 2011.

Autor: Brian R McAvoy

Prevela

Ana Vuica, dr. med.

Pitanje broj 298

Učinkovitost terapije magnezijevim sulfatom u eklampsiji

Srž problema

U usporedbi s fenitoinom, magnezijev sulfat znatno smanjuje rizik pojavnosti recidiva konvulzija, upale pluća, ventiliranja i zbrinjavanja novorođenčeta na jedinici intenzivnog liječenja (JILD), vjerojatno smanjuje i rizik od smrtnosti majki i poboljšava ishod za dijete (manje smrtnih slučajeva, hospitalizacija i boravak < 7 dana na JILD-u). Budući da je magnezijev sulfat sigurniji za dijete, smatra se da bi uporabu fenitoina trebalo napustiti.

Ograničenja

Većina istraživanja u ovom sustavnom pregledu obuhvatila je bolnice zemalja nižeg i srednjeg standarda, gdje se bilježi 99% svih smrtnosti majki rođilja u svijetu. Ni jedno od istraživanja uključenih u sustavni pregled nije provedeno na razini primarne zdravstvene zaštite, niti je uključilo procjenu kvalitete prijenosa skrbi na višu razinu.

Kontekst

Smatra se da je 15% smrti žena u trudnoći povezano s eklampsijom. U zemljama visokog standarda, s incidencijom od 2-3 na svakih 10.000 trudnica, eklampsija je rijekost, dok u zemljama niskog i srednjeg standarda pogađa 16-69 od 10.000 trudnica.

Literatura

Duley L et al. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia. Cochrane Reviews, 2010, Issue 10. Article No. CD000128. DOI: 10.1002/14651858.CD000128.pub2.

Sustavni pregled sadrži 7 istraživanja s ukupno 972 ispitanice.

Izvornik:

Pearls broj 298, siječanj 2011., napisao Brian R McAvoy

Prevela

Milka Jerić, dr. med.

.....

Zanima li vas medicina utemeljena na dokazima?

Pratite stranicu Hrvatskog Cochrane ogranka na

Facebooku:

[http://www.facebook.com
/pages/Hrvatski-Cochrane
-ogranak/163424700478175
?ref=stream](http://www.facebook.com/pages/Hrvatski-Cochrane-ogranak/163424700478175?ref=stream)

Karlo i Francesco Lanza

• HAZU je 2013. objavila knjigu „Ogled Francesca Lanze o zdravstvenim i prirodoslovnim prilikama antičkog grada Narone iz 1842. godine“. Riječ je o kulturno-povijesnom, gospodarsko-ekološkom i zdravstvenom opisu Donjeg Poneretvљa iz prve polovine 19. stoljeća koji su pretisku i prijevodu s talijanskog izvornika na hrvatski jezik priredile ornitologinja Jasmina Mužinić i povjesničarka medicine Stella Fatović-Ferenčić.

Knjiga je nastala kao izdavački projekt dvaju Akademijinih razreda (Razreda za medicinske znanosti i Razreda za prirodne znanosti te izdavačke tvrtke Urednik d.o.o.).

Djelo ima 314 stranica te osim pretiska i izvrsnog prijevoda, koji je sa staro-talijanskog napravio Josip Balabanić, sadrži stručne rasprave koje pridonose razumijevanju i analizi originalnog Lanzinog djela. Liječnik Francesco Lanza (1808.-1892.) spada u one istaknute ličnosti koje su svojom erudicijom i djelovanjem snažno pridonosile razvoju područja u kojem su živjeli, a koji su tijekom vremena postupno pali u zaborav. Bio je to povod za povratak ovog djela u hrvatsku znanstvenu zajednicu koji će u prijevodu i pretisku biti znatno prihvatljiviji za daljnja istraživanja.

Knjiga se može nabaviti u Knjižari HAZU, Hebrangova 1, Zagreb. U nastavku donosimo dio iz te knjige, pripremljen za čitatelje Liječničkih novina.

Urednik

Karlo Lanza (1781.- 1834.)

Neki od naših liječnika dali su prirodnim znanostima takav zamah da ih danas smatramo korifejima tih disciplina u Hrvatskoj. Među njima je zasigurno bio Francescov otac Karlo, rođen 1781. u talijanskom mjestu Roccasecca sjeverno od Napulja.

Nakon završenog fakulteta u Napulju odlazi u Milano, a potom putuje po Italiji i Francuskoj upoznajući se s organizacijom

zdravstvene službe. Godine 1804. nalazi se u Mantovi gdje objavljuje knjigu-prijevod s engleskog „Sull'azione de' rimedi nel corpo umano ossia saggio di un nuovo sistema da medicina“ koja mu je pribavila pohvale stručnjaka, pa dobiva ponudu preuzimanja katedre na Medicinskom fakultetu u Padovi i Paviji. Željan dinamičnijeg posla, odbija prestižan akademski angažman pa kao liječnik (medico primario) s francuskim trupama dolazi u Split. Ovdje će pronaći svoje životne interese te djelovati kao liječnik sve do kraja života. Karlo Lanza je ovdje uživao velik ugled te je često bio biran za člana različitih povjerenstava.

Posebno poglavje u Karlovu životu predstavlja rad na polju arheologije. Formirao je lijepu numizmatičku zbirku koju su 1818. godine razgledali austrijski car Franjo Josip I (1830. -1916.) i carica Karolina Augusta. Tom je prilikom Karlo Lanza poklonio nekoliko komada novca za carsku numizmatičku zbirku u Beču.

Posjet cara Franje I. Splitu i Solinu bio je povod za osnivanje Arheološkog muzeja što je i uslijedilo 1820. godine. Na temelju dekreta Dalmatinske vlade od 22.08.1820. godine Karlo Lanza je imenovan za počasnog doktora muzeja i iskopina. Istraživanja u Saloni započeo je već iduće godine, a paralelno sakuplja i raznu dokumentaciju kao što su planovi, crteži i drugo, te knjige za muzejsku knjižnicu. Kao priznanje za njegov rad Instituto di corrispondenza archeologica u Rimu imenovao ga je dopisnim članom. Preminuo je u Splitu 29.01.1834. godine u 53. godini života.

Karla Lanza ubrajamo u one prominentne osobnosti kulturnog razvoja koje su poput Julija Bajamontija, Ivana Banovca, Andrije Borelli, Ivana-Luke ml. Garagnina, Ivana Mollera, Petra Nutrizia Grisogona, Radoša Antonija Michielija-Vitturija svojim radom Dalmaciju upisali u europsku kartu prosvjetiteljstva, otvarajući i proces intelektualnog otkrića ove pokrajine Evrope.



Francesco Lanza

Francesco Lanza (1808.-1892.)

Život Francesco Lanze (Split 30. 08.1808. – Santa Maria della Rovere 1892.), njegov svjetonazor kao i djela koja je stvarao ocrtavaju profil liječnika i prirodoslovca prosvjetiteljskog tipa. U svojim je opažanjima sveobuhvatan promatrajući čovjeka u sprezi s prirodom i okolišem te kulturom u kojoj živi, ne ispuštaći iz vida društveno-gospodarski okvir.

Zakoniti sin Karla Lanze i njegove supruge Girolame, Francesco rođen je 30. kolovoza 1808. Prvu godinu svog školovanja proveo je u Splitu, a potom 1817./1818. pre-



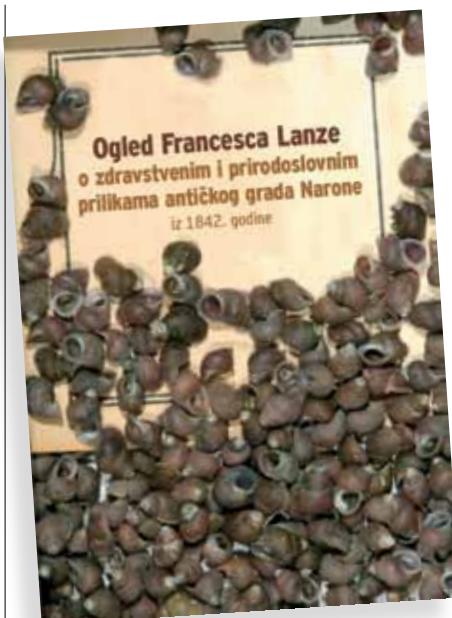
lazi u gimnaziju gdje je maturirao 1822. godine. Po svom opredjeljenju prema medicini i svojem afinitetu prema arheologiji mladi je Francesco krenuo očevim stopama. Filozofiju i medicinu studirao je u Padovi, Beču i Paviji, gdje je 1831. doktorirao disertacijom o kemikalijama i farmakološkim svojstvima kalijeva feri-cijanida. Po završetku fakulteta vraća se u Split gdje obnaša liječničku službu u razdoblju od 1832. do 1838. Bilo je to, ujedno i razdoblje njegovih obiteljskih tragedija: 1833. umire mu kći Ruža od sedam mjeseci, 1834. otac, 1835. sin Karlo u dobi od godinu i tri mjeseca, a 1836. drugi sin Edvard Jerolim koji je imao tek deset mjeseci. Poslije je dobio drugog sina Karla i kćer Karolinu, po svoj prilici iz drugog braka s Virginijom Purkardhofer. Prva žena, Marietta Precht, također je prenovo umrla.

U razdoblju od 1839. do 1840. djeluje u okviru okružne liječničke službe. Tijekom 1841. i 1842. radi kao kotarski liječnik u Opuzenu, kada i nastaje njegovo djelo «Povijesno-statističko-medicinski ogled o antičkom gradu Naroni i o današnjem stanju njegova područja». U 1843. odlazi na dužnost u Herceg-Novi, gdje ostaje do 1848. Uz spomenuto, ovdje obnaša i dužnost kotarskog liječnika Pomorske zdravstvene komisije za kotarski okrug, kojoj je bila pridružena uprava pomorskog i kopnenog lazareta u Meljinama u razdoblju od 1846. do 1848.

Revolucionarne 1848. bio je jedan od kandidata za poslanika splitskog izbornog okruga u bečki parlament. Prelaskom u Zadar započinje s nastavničkom karijerom. Školske godine 1848./1849. predaje na tamošnjem liceju, a potom u razdoblju od 1849. do 1852. na gimnaziji, gdje predaje prirodopis i seosko gospodarstvo. Kroz to vrijeme on je i direktor tamošnjeg zadarskoga Narodnog muzeja. Po nalogu ministara od 10. V 1852. prelazi za profesora u splitsku gimnaziju, gdje školske godine 1852./1853. predaje razne grane prirodopisa, povijest, zemljopis i fiziku. Po povratku u Split 1852. počinje njegovo političko djelovanje.

Nakon što je po nalogu ministarstva od 9. VII 1864. smijenjen splitski načelnik A. Bajamonti, zamjenjuje ga Francesco Lanza. Budući da je općinsku blagajnu zatekao u veoma lošem stanju, na sjednici općinske uprave 30. srpnja oštro napada Bajamontija, što će činiti u još nekoliko uzastopnih prigoda. Unatoč svemu Lanza nije ostao dugo na čelu gradske uprave, jer je na izborima održanim 17. IX 1865. ponovno izabran Bajamonti.

To je bilo razdoblje kada je Dalmacija razlomljena oprečnim stajalištima između onih koji teže njenom ujedinjenju s ostalom Hrvatskom i onih koji zagovara-



ju autonomaštvo. Ni sam nije bio potpuno opredijeljen ni dosljedan u političkom smislu, neprekidno kolebajući između narodnjaka i autonomaša.

Francesco Lanza kao prirodoslovac i sastavljač florističkog i faunističkog inventara donjoneretvanskog kraja

Poplavno područje delte Neretve danas obuhvaća 24.915 ha s 14% udjela vodenih i močvarnih staništa te predstavlja područje zimovanja i proljetno-jesenskog prolaza mnogih vrsta ptica, iako danas više ne u tako velikom broju. Lanzin popis ptica u njegovu djelu, koji sadrži 225 vrsta, predstavlja prvi ornitofaunistički inventar porječja donje Neretve.

Lanza je, kako kaže, na Neretvi kratko boravio jer je obolio od «konstitucionalne bolesti» toga kraja te je ovo područje stoga morao napustiti. Ipak, za vrijeme svoga kratkog boravka od 1841. do 1842. često je poduzimao izlete u različite dijelove kotara donje Neretve te je promatrao, istraživao i popisivao biljke, rive, rakove, slatkvodne i kopnene školjkaše, vodozemce, gmazove, kukce, ptice i sisavce.

To bi svakako zahtjevan posao i u današnjem načinu istraživačkog rada kada svaku od životinjskih grupa istražuje po jedan ili više znanstvenika. Samostalno radeći na terenu, Lanza, dakle, promatra prirodu u cijelosti, sakupljajući pri tom prirodni materijal i ne samo na Neretvi već i u okolici Splita

gdje se rodio i duže živio.

Lanzin popis ptica Dalmacije koji sadrži 254 vrste, a objavljen je u zadarskom časopisu «La Dalmazia» 1846. Prema Katuriću pretisnut je iz Carrarinog djela «La Dalmazia descritta» (također objavljenog 1846. u Zadru), uz opasku da su «neki naučenjaci odavle popisu nadodali još vrsta».

Lanza također prati ornitološke rasprave, kao što je bila ona na skupu organiziranom u Firenzi.

Tu su moderni ornitolozi, kako ih Lanza naziva, raspravljali o značenju različitog izgleda bjeloglavih supova. Prikupljena je znanja objavljivao u knjigama koje su mu služile i kao udžbenici dok je od 1852. do 1853. bio profesor splitske gimnazije. Ta će literatura ostati u uporabi u zadarskoj i splitskoj gimnaziji sve do početka osamdesetih godina 19. stoljeća.

Lanza je kao stručnjak prirodoslovac bio poznat i cijenjen širom Europe, što potvrđuje i njegovo članstvo u Zoološko-botaničkom društvu u Beču, a kako je zabilježeno na listi članova iz 1855. godine. U bogat knjižni fond koji je sadržavao knjige rukopise i inkunabule, Lanza posjeduje mineralošku, malakološku i numizmatičku zbirku te zbirku antiknih predmeta. Već je na svome prvom znanstvenom putovanju u Dalmaciju 1868.

Spiridion Brusina u Splitu posjetio Lanzu i njegov muzej i tada je zapisao: »Vrativ' se s puta preporučio sam bio nabavu njegovih zbirka, koje bi za naš muzej bile vrlo važne i potrebne, napomenuo sam nekoliko riednosti što sam vidio, te zagovarao, neka se sva pozornost toj stvari obrati.

Lanza je neumornim trudom sačinio muzej mineraloško-geognostički i paleontologički kako domaćih tako inozemskih prirodnina i nabavio si naravoslovnu knjižnicu te struke, kakove nijedan pojedinac ne posjeduje, kakove neima nijedan javni naš zavod, jer njegove zbirke daleko nadkriljuju one nar. zem. muzeja, koje se toliko godina skupljaju, toliko su novca zemlju stajale. [...] njegove su zasluge za nas velike, te ako nisu gotovo nikakvoga priznanja stekle od bečkoga ministarstva, od spljtske občine, to je meni kao strukovnjaku sveta dužnost izraziti moje osjećanje i podpuno uvjerenje, da je naš narod, imenito dalmatinski, dužan ovomu mužu vječnu zahvalnost«.

Dalje Brusina piše kako je poduzeo korake kod zemaljske vlade i u Akademiji i kako su stvari oko otkupa dijela Lanzinih zbirki i knjižnice dobro krenule. **Gjuro Pilar** (1846. – 1893.) koji je od 1878. do 1893. bio upravitelj Odsjeka za mineralogiju i geologiju Prirodoslovnog razdjela Zemaljskog narodnog muzeja u Zagrebu (danasa Hrvatski priro-

doslovni muzej), otkupio je za Muzej Lanzinu mineralošku zbirku iz koje je izdvojio tisuću primjeraka kao okosnicu buduće sistematske mineraloške zbirke. Dio Lanzinog knjižničnog fonda te dio ostalih spomenutih zbiraka otkupio je 1875. Narodni muzej u Zagrebu za 14 000 forinti u vrijeme kada je upravitelj muzeja bio Brusina.

Odlazeći u Italiju oko 1875. u Santa Maria della Rovere nedaleko od Trevisa, Lanza piše Brusini kako Hrvatskoj ostavlja svoj inventar prirodnina. Brusina ga je nedugo poslije toga u svom pregledu zoološke literature uključio u popis dalmatinskih zoologa, čime je dana prva Lanzina kvalifikaciju kao hrvatskog prirodoslovca. I poslije, Brusina u popisu zoološke bibliografije od 1842. do 1885. od 357 naslova, navodi četiri Lanzina djela, od kojih je jedno i *Saggio-storico-statistico-medico sopra l'antica città di Narona*.

Tako je Lanza bio i ostao hrvatski prirodoslovac koji je, doživljavajući prirodu i kao izazov i kao potrebu da je upozna, gradio temelje hrvatske biološke znanosti.

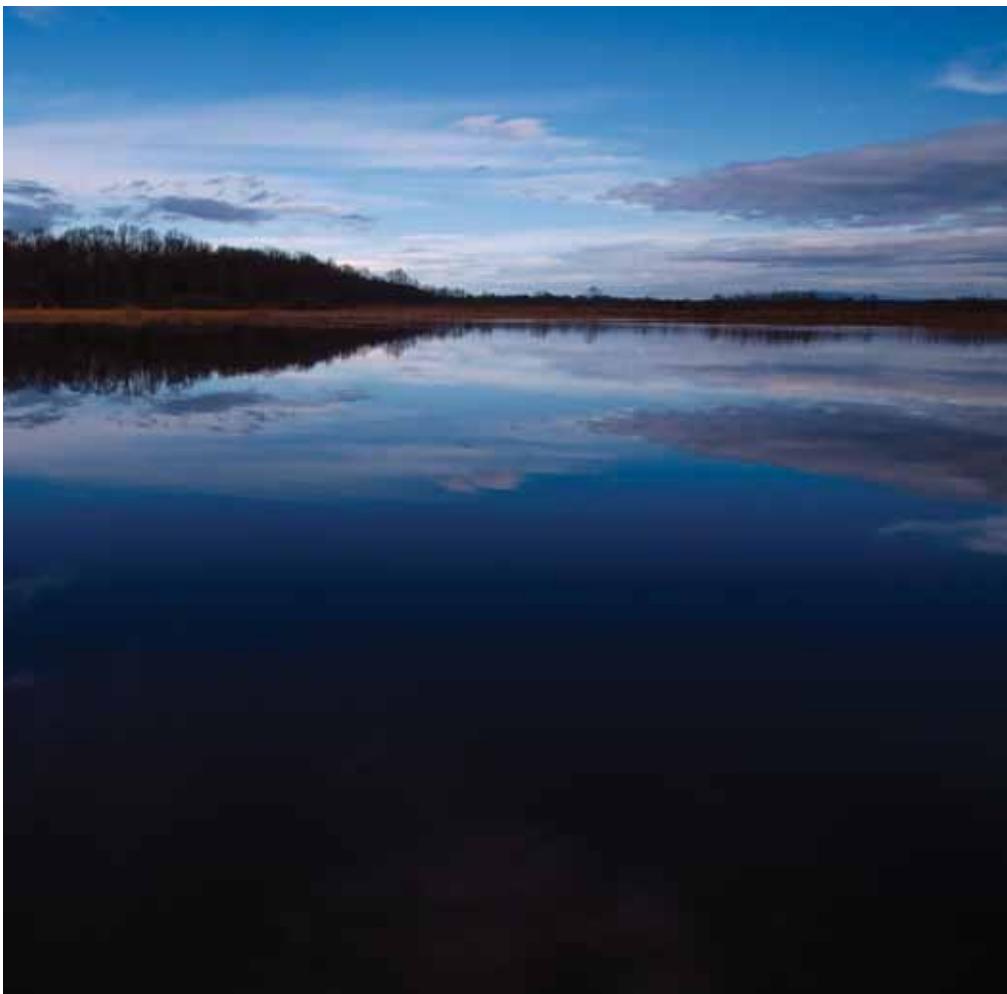
Francesco Lanza kao arheolog i gospodarski prosvjetitelj

Poput nekih drugih svojih prethodnika dalmatinskih prosvjetitelja, i Lanza je imao obilježja univerzalnog i svestarnog intelektualca čiji je interes bio usmjeren jednak snažno prema prirodnim kao i prema društvenim znanostima. Pritom mu je antika služila kao polazište i inspiracija.

Baš kao i Julije Bajamonti, njegov prethodnik i kolega po struci, svoj interes usredotočuje na primjenu prirodnih znanosti u poljodjelstvu i uopće u gospodarstvu. Bio je ravnatelj Arheološkog muzeja u Splitu u razdoblju od 1863. do 1872., obogaćujući njegovu knjižnicu i zalažući se za njegov primjereni smještaj.

Osim o antičkoj Naroni pisao je o solinskim iskopinama te o Dioklecijanovoj palači i mauzoleju. Članke je ponavljajući objavljivao u časopisu *Bulletino dell' Istituto di corrispondenza archeologica* u Rimu, a objavljuje i knjige, kao npr.: *Antiche lapidi salonitane inedite* (Spalato, 1848; Zara, 1859), *Sulla topografia e scavi di Salona dell' ab. F. Carrara* (Trieste, 1850), *Dell' antico palazzo di Diocleziano in Spalato...* (Treviso, 1888).

U knjizi *Doveroso tributo di un figlio* (Torino, 1846) brani prvenstvo svog oca Karla kao otkrivača nekih arheoloških nalaza u Solinu. Od 1867. do 1872. bio je konzervator za splitski okrug.



Lanzino ime vezano je i uz djelatnost Centralnog poljoprivrednog društva osnovanog u Zadru 1850., a bio je i urednikom lista "L' Agronomo raccoglitore" do studenog 1850., uredivši dvadesetak brojeva.

Zahvaljujući objavljenim radovima, postao je poznat i u Engleskoj, odakle mu je 1855. stigao poziv kraljevskog Britanskog kolledža za poljoprivredu da dođe na sastanak Britanskog društva za unapređenje znanosti, koji se te godine održavao u Glasgowu.

Prihvata poziv i uz subvenciju Dalmatinske vlade kreće na put upoznajući tako Englesku, Škotsku, Njemačku, Belgiju i Francusku. U Beču, Parizu, Glasgowu i Gloucesteru održao je nekoliko predavanja koja su bila zapažena i pohvaljena. Godine 1865. zbog svekolikih mu je zasluga dodijeljeno plemstvo s pridjevom "di Casalanza".

U Parizu je razgledao Svjetsku industrijsku izložbu. Kao stručnjaka za tu oblast Dalmatinski sabor ga je 21. XII 1866. izabrao za delegata na Međunarodnu izložbu u Parizu (održane 1867.), što je rezultiralo još jednom njegovom knjigom o razvoju poljoprivredne proizvodnje.

Bio je počasni član Društva za jugoslovensku povjesnicu u Zagrebu, član Acca-

demia cesarea Leopoldina Carolina u Bratislavi, dopisni član Atenao veneto u Veneciji, član Societa storica u Koruškoj te član brojnih drugih agrikulturalnih i prirodoznanstvenih društava.

Godine 1871. kao član inicijalnog odbora osniva Prvo dalmatinsko enološko društvo u Splitu, koje je počelo s radom iste godine. Njegovim predsjednikom bio je do 1873. godine.

Od ostalih Lanzinih aktivnosti na polju gospodarstva treba istaknuti da ga je vrla u razdoblju od 1872. do 1874. imenovala u Pokrajinsku komisiju za reguliranje zemljarine sa sjedištem u Zadru, te da je od 1873. do 1879. jedan od savjetnika splitske trgovačko-industrijske komore.

Djelo prevedeno na hrvatski njegov je najreprezentativniji tekst upravo po sveobuhvatnosti i širokom interesu za različite teme.

Vjerujemo da će ono približiti onaj dio duha vremena i mentaliteta u okviru kojeg se oblikovao specifičan identitet pojedinaca i u okviru kojeg su istaknuti javni intelektualci, poput članova obitelji Lanza, djelovali promičući kulturu i znanost na našim prostorima.

Sonja Fruk Mundorfer (gjurkic@gmail.com)

120 godina Klinike za infektivne bolesti “Dr. Fran Mihaljević” u Zagrebu

Prof. dr. sc. Adriana Vince, prim. dr. Rok Čiviljak

- Klinika za infektivne bolesti “Dr. Fran Mihaljević” u Zagrebu obilježila je 120 godina rada znanstveno-stručnim simpozijem 13. prosinca 2013. Na njemu su istaknuti stručnjaci iz Klinike prikazali povijesni pregleđ njenog razvoja i najsvremenija dostignuća hrvatske infektologije.

Simpozij je održan pod pokroviteljstvom predsjednika RH prof. dr. **Ive Josipovića**, a skup je u njegovo ime otvorio osobni izaslanik prof. dr. **Izet Aganović**.

Klinika je osnovana u proljeće 1893. na Zelenom briještu kao prva bolnica za kužne bolesti na ovim prostorima. Godinama se potom izgrađivala i rasla kao bolnica, u kojoj su se uspješno ispreplitale tradicija te suvremena medicinska tehnologija i dostignuća, uz posvemašnju otvorenost i posvećenost bolesniku.

Danas je Klinika visokospecijalizirana moderna zdravstvena ustanova i krovna institucija infektologije u Hrvatskoj u kojoj se provodi medicinski, nastavni i znanstveni rad. Nastavna je i znanstveno-istraživačka baza Medicinskog i Stomatološkog fakulteta u Zagrebu, a sastoji se od osam zavoda i 16 odjela.

U Klinici radi 44 liječnika specijalista infektologa, sedam specijalista mikrobiologa, četiri radiologa, jedan citolog, a trenutno se na specijalizaciji iz infektologije nalazi 12 liječnika te dva liječnika na specijalizaciji iz pedijatrijske infektologije. U Klinici radi 29 djelatnika s doktoratom znanosti.

Njeni djelatnici godišnje objave pedesetak radova u međunarodno vrednovanim časopisima. Klinika je kolaborativni centar Europskog društva za kliničku mikro-

KLINIKA ZA INFЕKTIVNE BOLESTI
“DR. FRAN MIHALJEVIĆ”
Zagreb

120
1893

biologiju i infektologiju (ESCMID) te MEF-a u Galvestonu, Teksas, SAD.

Klinika je izuzetno ponosna na tradiciju i prepoznatljivost kvalitetnog sestrinskog rada, koji danas u Klinici obavlja 220 medicinskih sestara, od toga 48 s bakalaureatom.

U Klinici je sedam referentnih centara. Kroz Referentni centar za dijagnostiku i liječenje zaraze HIV-om, utemeljen 1993., Klinika skrbi i provodi centralizirani oblik dijagnostike i liječenja svih osoba s HIV/AIDS-om u Hrvatskoj. Za vrijeme pandemijske gripe

2009/2010. Uvedena je u Jedinici za intenzivno liječenje, uz sversdno zalaganje cjelokupnog osoblja, izvantjelesna oksigenacija (ECMO) za bolesnike s teškim oblicima pneumonitisa i od tada su tim postupkom spašeni brojni životi.

Slijedom toga Klinika je u studenom 2013. proglašena Referentnim centrom za izvantjelesnu oksigenaciju akutno respiratorno ugroženih bolesnika.

U Klinici djeluje i izuzetno važan Referentni centar za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike, što predstavlja jedan od najvećih izazova suvremene medicine. Tačkođer su vrlo aktivni u dijagnostici i liječenju specifičnih populacija bolesnika referentni centri za virusne hepatitise, infekcije mokraćnih puteva i tropsku medicinu.

S ukupno 650 djelatnika i 232 bolničke postelje (od toga 60 za dječju populaciju), u Klinici se godišnje hospitalizira oko 7.500 bolesnika, a u središnjoj prijamnoj ambulantni obavi oko 55.000 pregleda te još 17.000 u specijalističkim ambulantama.

U dnevnoj bolnici za djecu i odrašle godišnje se hospitalizira 8.000 pacijenata. U centralnom dijagnostičkom laboratoriju napravi se godišnje dva milijuna različitih dijagnostičkih pretraga.

Ravnateljica Klinike, prof. dr. sc. **Adriana Vince** istaknula je u pozdravnom govoru na otvorenju Simpozija da su infektolozi hrabri ljudi koji se prvi suočavaju s opasnim uzročnicima te da je misija Klinike brza i kvalitetna dijagnostika i liječenje infektivnih bolesti prema načelima suvremene medicine

Sanacijska
upraviteljica
Klinike
prof. dr.
Adriana
Vince



temeljene na dokazima, uz pružanje učinkovitih zdravstvenih usluga visoke kvalitete koje osiguravaju maksimalnu skrb za bolesnike. „Želimo i dalje biti bolnica u kojoj se ljudi žele liječiti, bolnica u kojoj se vrednuje rad i potiče mlade znanstvenike.

Da bismo to mogli postići moramo poboljšati infrastrukturu, a nadamo se da ćemo to i ostvariti kroz strukturne fondove nekoliko sljedećih godina“, rekla je profesorica Vince.

Skup je u ime MZ-a pozdravio zamjenik ministra dr. **Marijan Česarik**, ističući kako unatoč tomu što Klinici nedostaje moderna infrastruktura, ona ima kvalitetne stručnjake koji svojim radom i požrtvovnošću nadomeštaju nedostatke.

Pomoćnik pročelnice gradskog Ureda za zdravstvo, dr. **Slavko Antolić**, obećao je pomoći Grada Zagreba u izgradnji novih bolničkih kapaciteta.

Dekan MEF-a u Zagrebu akademik **Davor Miličić** ocijenio je kako je "Zarazna" uvek prepostavljala sadržaj formi, a to je razlog zašto je unatoč infrastrukturnim nedostacima uspjela razvijati i održati uspješnost.

„U Klinici rado borave mnogi domaći i inozemni stručnjaci i znanstvenici, što je dokaz je da se hrvatska medicina gradila sustavno, često i kontra društvene struje“, istaknuo je Miličić.

Skup su također pozdravili i predsjednik HLZ-a prof. dr. **Željko Krznarić**, predsjednik HLK-a prim. dr. **Hrvoje Minigo**, dekan Stomatološkog fakulteta prof. dr. **Hrvoje Brkić** te u ime AMZH-a prof. dr. **Tatjana Jeren**,

predsjednica Kolegija internističkih znanosti.

Nakon toga su održana su kraća predavanja o razvoju Klinike (prof. dr. Tatjana Jeren), Klinici danas (prof. dr. Adriana Vince), nastavnom radu u Klinici (prof. dr. **Bruno Baršić**), znanstvenoistraživačkoj djelatnosti Klinike (prof. dr. **Aleksa Markotić**) i o suvremenim izazovima infektologije (prof. dr. **Josip Begovac**).

Među najvažnijim događajima u razvoju Klinike u posljednjih pet godina istaknuto je uređenje zgrade Centralnog dijagnostičkog laboratorija (CDL), uređenje suvremenog Odjela za izolaciju bolesnika sa sumnjom na visoko-kontagiozne infekcije te uređenje Odjela za opću infektologiju s dnevnom bolnicom.

U prizemlju CDL-a nalazi se BSL3 laboratorij za dijagnostiku najopasnijih uzročnika, uređen u suradnji sa stručnjacima iz Centra za kontrolu bolesti (CDC) u Atlanti, SAD.

Klinika je tijekom 2013. izradila projektnu ideju pod nazivom „Unaprjeđenje ambulantne i bolničke skrbi za djecu i odrasle s infektivnim bolestima“ te dostavila MZ-u arhitektonsko-građevinski projektni zadatak i prijavila ga na obrascu „Prijava projektnih ideja u sektoru zdravstva“ za EU fondove.

Tijekom 2014. trebalo bi izraditi izvedbeni projekt kako bi se Klinika kvalificirala za financiranje projekta iz strukturnih fondova EU-a.

Izgradnjom nove zgrade u slijedećih pet godina bitno bi se unaprijedili uvjeti rada zaposlenika kao i uvjeti smještaja bole-

nika s infektivnim bolestima svih dobi.

Povodom 120. obljetnice tiskana je i prigodna monografija s tekstovima navedenih predavanja i fotodokumentacijom.

Sve pojedinosti o radu i djelatnostima Klinike mogu se naći na web stranici www.bfm.hr.

Znanstveno-stručni dio proslave, simpozij "Dostignuća hrvatske infektologije", održan je u suradnji s Hrvatskim društvom za infektivne bolesti HLZ-a, tijekom kojeg su istaknuti stručnjaci Klinike prezentirali najsvremenija dostignuća svojih znanstveno-istraživačkih timova u područjima: intenzivno liječenje, pedijatrijske infektologije, virusni hepatitis, infekcije dišnog sustava, infekcije mokraćnog sustava, HIV-infekcije, zoonoze te laboratorijske dijagnostike infektivnih bolesti.

.....



Tx program u KBC-u Zagreb

Četrdeset godina nakon prve transplantacije

Dr. Jasna Stoić Brezak, spec. anesteziolog, koordinator eksplantacijsko-transplantacijskog programa KBC-a Zagreb

- Svečanim skupom u Edukacijskom centru KBC-a Zagreb obilježen je 23. siječnja početak dvodnevног simpozija kojim su obilježene značajne godišnjice transplantacija organa i tkiva u KBC-u Zagreb: 40 godina programa transplantacije bubrega, 25 godina programa transplantacije srca, 24 godine programa transplantacije jetre i 30 godina programa transplantacije koštane srži / krvotvornih matičnih stanica. Simpozij je okupio više od 40 stručnjaka iz susjednih zemalja, a održan je pod visokim pokroviteljstvom predsjednika Hrvatske prof. dr. Ivo Josipovića, ministra zdravlja prof. dr. Rajka Ostojića, dekana MEF-a u Zagrebu akademika Davora Miličića te ravnatelja KBC-a Zagreb doc. dr. Zlatka Giljevića.

Prisutnim je gostima svoju priču ispričao i Luka Vugrač (19) kojemu je 2011. godine, nakon što je doživio kliničku smrt te proveo šest dana u komi, uspješno transplantirano srce. Danas se Luka rekreativno bavi sportom te je jedan od najperspektivnijih domaćih mladih informatičara i vlasnik informatičke firme za razvoj web i mobilnih aplikacija.

Uzvanike i kolege su pozdravili transplantacijska koordinatorica KBC-a Zagreb dr. Jasna Brezak i sanacijski upravitelj dr. Giljević koji je naglasio da je od 1973. godine, kad je u KBC-u Rebro obavljena prva transplantacija bubrega, do danas niz uvaženih liječnika, vrhunskih stručnjaka, medicinskih sestara i tehničara te ostalog zdravstvenog osoblja dao svoj doprinos da bismo mi danas bili prepoznati kao mjesto izvrsnosti transplantacijske medicine.

„Ponosni smo da je upravo eksplantacijsko-transplantacijski program naše bolnice pridonio činjenici da je Hrvatska danas najuspješnija članica Eurotransplanta i prva zemlja po broju transplantacija bubrega i jetre te na drugom mjestu po broju transplantacija srca“, naglasio je dr. Giljević. (AS)

Najveći dar je spasiti nekome život, posebno nepoznatom, i to bezuvjetno. To se posebno odnosi na darivanje ljudskih organa (srca, jetre, bubrega) koji se svakodnevno presuđuju potrebnima. Neovisno o tome radi li se o vjernicima, nevjernicima, različitim svjetonazorima, rasama i nacijama, vrijedi misao koju je izrekao pokojni papa Ivan Pavao II.: „Sve što može poslužiti životu grijeh je pokopati“. Gotovo sve religije vide u darivanju organa čin ljubavi i plemenitosti. Odluka o darivanju dijelova tijela poslije smrti odluka je velike etičke vrijednosti, plemenit čin, izraz solidarnosti i ljubavi prema bližnjemu. Upravo takav stav zaživio je kod naših učitelja koji su prije 40 godina u KBC-u Zagreb napravili prvu tx bubrega. Mogu samo zamisliti kakve su sve prepreke tada morali premostiti da bi utemeljili transplantacijski program koji smo mi naslijedili i unaprijedili.

U KBC-u Zagreb prvi je presadio bubreg akademik Ljubomir Čečuk sa suradnicima 10. listopada 1973. Prethodno su na Klinici za urologiju formirani i educirani interdisciplinarni timovi urologa, nefrologa, imunologa, anesteziologa itd., a na Klinici su osnovana dva nova odjela - Centar za hem-

dijalizu kroničnih bubrežnih bolesnika (osnovan 1972.; utemeljitelj i voditelj prof.dr. Ante Smetiško) te Centar za tipizaciju tkiva (osnovan 1973.; utemeljitelj i voditelj akademik Andrija Kaštelan).

Prva transplantacija sa živog davača učinjena je 10. listopada 1973., a nakon toga i prva transplantacija bubrega s kadavera. Centar za tipizaciju tkiva ubrzo postaje Referalnim centrom Republike Hrvatske, a i šire, za tadašnju cijelu Jugoslaviju.

Na temelju imunoloških i medicinskih podataka stvarala se jedinstvena Lista čekanja bolesnika za transplantaciju bubrega. Bolesnici su odabirani s Liste kompjutorski, pa je u tu svrhu u Centru za tipizaciju tkiva instaliran terminal Sveučilišnog računalnog centra, s prvim informatičkim timom u KBC-u Zagreb. Zahvaljujući njemu, uslijedila je razmjena podataka i organa za transplantaciju u zemlji i s inozemstvom. Sve ovo bio je jak podstrek razvitku transplantacijskih programa drugih organa - srca, jetre i koštane srži - koji su se poslije razvili u drugim klinikama KBC-a Zagreb.

Pored 40. obljetnice prvog presađivanja bubrega, ove se godine u KBC Zagreb obilježava 30. obljetnica prvog presađivanja koštane srži (prof. dr. Boris Labar, 8. veljače 1983.) te 25. obljetnica prvog presađivanja srca (prof. dr. Josip Sokolić, 30. rujna 1988.).

Ujedno želimo obilježiti i 24. godinu od prve tx jetre koja je učinjena 1990. pod vodstvom prof. dr. Vuka Borčića, no zbog ratnih zbijanja u Republici Hrvatskoj odlučeno je da nije moralno i etički prihvatljivo u jeku ratnih zbijanja provoditi transplantacijski program. Program tx jetre nastavljan je 1998. godine. Ujedno je KBC Zagreb jedini tx centar u kojem se u djece radi tx jetre, tx bubrega u djece i tx srca. Od 1973. do danas dao je svoj doprinos niz uvaženih liječnika, vrhunskih stručnjaka, medicinskih sestara i tehničara te ostalog zdravstvenog osoblja da bismo mi danas bili prepoznati kao mjesto izvrsnosti transplantacijske medicine. Iako imamo puno razloga za slavlje moramo i dalje naporno raditi, sve dok postoje bolesnici koji čekaju na tx nekog solidnog organa, jer nemamo dovoljan broj donora.

Kao što je poznato našim čitateljima, posljednjih nekoliko godina Hrvatska je vodeća zemlja u svijetu po broju donora organa i po broju tx bubrega s umrlih darivatelja na milijun stanovnika. Na prvom je mjestu po broju tx jetara i tx gušterice na 1 milijun stanovnika te na drugom mjestu po broju tx srca.

Tu vodeću poziciju postigli smo iz nekoliko važnih i različitih razloga. Hrvatska ima izvrstan zakon o doniranju organa poslije

Predsjednik
Hrvatske
prof. dr.
Ivo Josipović



smrti, ima transparentan sustav raspodjele organa za transplantaciju, Hrvatska je članica ET-a koji je pridonio da usvojimo kvalitetan program ET-a u naš zdravstveni sustav.

Hrvatska je zemlja plemenitih ljudi koji razumiju što znači dati i spasiti nekom život, a ima dugu tradiciju izvrsnog liječništva i dobrog zdravstvenog sustava te trajnu podršku Ministarstva zdravlja. Nakon priznavanja nezavisne Hrvatske izmijenilo se nekoliko ministara zdravlja, no svi su u svojim manda-tima podržali daljnji razvoj tx programa.

Prema SZO-u je mjera civilizacijske razine neke zemlje broj donora na milijun stanovnika i uspješnost tx programa. Važno je istaknuti kao bitan faktor uspjeha etičnost rada u području tx medicine svih zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj.

Izuzetno je važna i podrška predstavnika javnih medija, koji su uvek našli razloga da našim građanima prenesu vijest o svemu što je pozitivno i dobro u tx programu u Hrvatskoj. Na taj u nam način stalno pomagali, takli su srca mnogih naših građana koji su temeljem svega što su čuli postali dio te plemenite priče.

Hrvatska je tako postala prepoznatljiva u svijetu ne samo po vrhunskim rezultatima sportaša, nego i po vrhunskim re-



Ravnatelj KBC-a Zagreb
doc. dr. Zlatko Giljević

zultatima transplantacijske medicine. Upravo je zbog svoje složenosti i zahtjevnosti transplantacijska medicina pokazatelj uređenosti cijelog zdravstvenog sustava. To je za sve nas zdravstvene djelatnike u Hrvatskoj velika nagrada. Time je priznato naše znanje, naš uređen sustav, ali i naš entuzijazam koji nas potiče na obavljanje toliko zahtjevnog posla. Dostupni smo u bilo koje doba dana, noću, vikendima i blagdanima. Dolazimo u bolnicu i radimo ono što nam je dužnost - liječimo bolesnike.

Hrvatska je 2012. godine dobila službeno priznanje - proglašena je, u području transplantacijske medicine, regionalnim cen-

trom za jugoistočnu Europu, a KBC Zagreb za mentorsku ustanovu u toj regiji. Tim priznanjem ukazana nam je čast, ali dana nam je i obveza da pružamo potporu kolegama iz regije koji su redoviti naši gosti na edukaciji. Sigurna sam da ćemo im i dalje prenositi stečeno znanje i iskustvo.

Temelj transplantacijske medicine je razvijen donorski program jer bez donacije nema transplantacije. Nužno je i dalje povećavati broj darivatelja i za to je potrebno iskoristiti sve mogućnosti koje postoje u 21. stoljeću. Sve više se afirmira inicijativa da se preko društvene mreže Facebook njezini korisnici izjasne i obzname svoju odluku o darivanju vlastitih organa. Nitko od nas ne zna što nosi sutra. Možda će netko od nas biti na listi čekanja za tx nekog organa ili tkiva, a netko darovati organ. Stoga recimo: U slučaju moje smrti želim darovati život osobi/koja se može spasiti.

Ovo je prilika da obiteljima svih donora kažemo hvala. Hvala što ste u trenutcima svoje najveće boli smogli snage i pokazali svoju plemenitost.

jbrezak@kbc-zagreb.hr

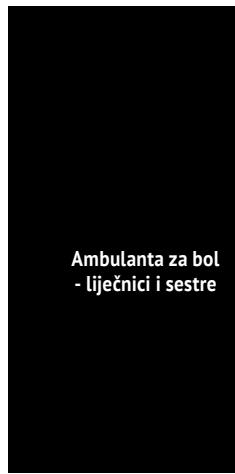
.....

Deset godina rada Ambulante za liječenje boli KBC-a Split

- Ambulanta deset godina liječi bolesnike te educira liječnike, zdravstvene djelatnike i građanstvo. Njezini djelatnici sudjelovali na raznim stručnim sastancima, sudjelovali su pri izradi smjernica HDLB-a o liječenju boli te pišu stručne članke. Godišnje se obavi 850 do 900 prvih i 450 do 500 kontrolnih pregleda. Provode se transkutana elektronervna stimulacija (TENS-a), laserska terapija, akupunktura i invazivni postupci kao što su epiduralne injekcije, postavljanje epiduralnih katetera i injekcije bolnih točaka.

Godišnje se obavi više od 4000 TENS-a i 6800 postupaka laserom i akupunkturom te 30-40 invazivnih. Do 2011. bilo je godišnje oko 3000 terapija ultrazvukom i 2800 magnetoterapija, što je prestalo 2012. zbog nedostatka prostora i osoblja. Ambulanta radi svakodnevno puno radno vrijeme i u njoj se izmjenjuje 6 liječnika. Anketirani bolesnici su zadovoljni i rad djelatnika ambulante ocijenili ocjenom 9,39 (ocjene od 1

do 10). Voditelj ambulante organizirao je uz potporu HDLB-a, HLK-a i MEF-a u Splitu pet poslijediplomskih tečajeva o liječenju kronične boli, simpozij o farmakoterapiji boli itd. U ambulanti se educiraju specijalizanti obiteljske medicine i anesteziologije.



Na Zdravstvenim studijima je organiziran izborni kolegij Psihologija boli.

Suradnja s kolegama MEF-a u Splitu je stalna. I medicinske sestre su aktivne, sudjeluju na kongresima, održavaju predavanja i sudjeluju u edukaciji studenata. Povodom 10 godina djelovanja održat će se 19. ožujka u 18 sati u Velikoj predavaonici KBC-a Split stručni simpozij.

*Osnivač i voditelj Ambulante
doc. dr. Marko Jukić*

.....

120 godina hitne medicinske službe u Hrvatskoj

Tekst i slike: Zavod za HMP Promorsko-goranske županije
i Primorsko-goranska županija

- U Opatiji je 14. siječnja svečano obilježeno 120 godina postojanja hitne medicinske službe (HMS) u Hrvatskoj, uz nazočnost ministra zdravlja prof. dr. **Rajka Ostojića**, ministra obrazovanja, znanosti i sporta dr.sc. **Željka Jovanovića**, primorsko-goranskog župana **Zlatka Komadine**, opatijskog i riječkog gradonačelnika **Ive Dujmića** i **Vojka Obersnela** te brojnih stručnjaka iz područja zdravstva.

Ministar Ostojić naglasio je da su zdravstveni radnici ključ ove Županije, koja je imala HMS samo 13 godina nakon Beča, a prije Zagreba i Beograda, što dokazuje da je Opatija bila rasadnik dobrih ideja.

"Hitna medicina je zrcalo triju stvari - organiziranosti, stručnosti i humanosti", rekao je ministar Ostojić, dodajući da je korjenitom reorganizacijom HMS-a izjednačena dostupnost i poboljšana kvaliteta usluge hitne medicine na cijelom području Hrvatske. Ministar Jovanović prisjetio se vremena kada je i on radio kao liječnik u hitnoj službi i posebno je naglasio da je ovo područje dugo bilo inovativno i napredno, te da je zdravstvo u Primorsko-goranskoj županiji (PGS) iznadprosječno, kao i edukacija u zdravstvu kroz riječko sveučilište.

U Hrvatskoj danas djeluje 20 županijskih zavoda za hitnu medicinu. Zavod za hitnu medicinu PSG-a ima deset ispostava i



Ministar zdravlja prof. dr. Rajko Ostojić na svečanosti u Opatiji

zapošljava 205 djelatnika, a vodi ga ravnatelj dr. **Davor Vukobrat**, spec. hitne medicine. Tijekom prošle godine obavili su gotovo 23.000 intervencija na terenu te 16.500 ambulantnih pregleda.

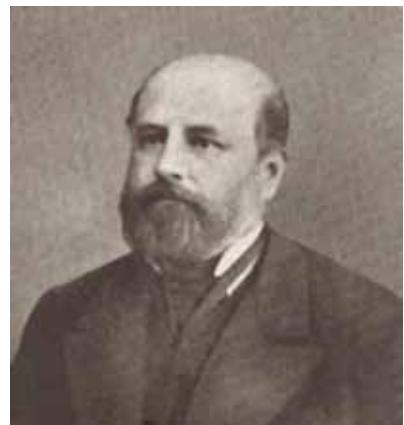
Ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu prim. dr. mr. **Maja Grba-Bujević** izrazila je zadovoljstvo što je kroz Projekt unapređenja HMS-a i investicijskog planiranja u zdravstvu u ovoj Županiji obnovljen edukacijski centar, dodijeljeno devet novih potpuno opremljenih vozila te je modernizirana medicinska prijavno-dojavna jedinica u vrijednosti većoj od četiri milijuna kuna. Na svečanosti je prikazan film o povijesti HMS-a te su dodijeljene zahvalnice Policijskoj upravi PGS-a, Vatrogasnoj zajednici PGS-a i doajenu riječke hitne medicine dr. mr. **Fredu Zeidleru**.

Kako se u Opatiji razvijala hitna medicina

Prva HMS na svijetu osnovana je u Beču 9. prosinca 1881., i to nakon požara u Ringteatru, kada je uslijed kvara na sustavu plinske rasvjete izbio požar. Nespretno „spasavanje“ i manjkave ili nepostojeće procedure (vrata koja se otvaraju u krivom smjeru i sl.) učinile su da se broj žrtava popeo na 384. Odmah sutradan nakon tog događaja osnovano je Spasilačko društvo.

Glavni osnivači bili su grof **Johann Nepomuk Wilczek**, **Eduard Lamezan-Salins** i barun dr. **Jaromír Mundy**.

Najvjerojatnije imamo upravo von Mundyju, popularnom humanitarcu, zahvaliti i osnivanje prve pomoći u Opatiji 1894., dakle samo 13 godina nakon bečke. Von Mundy, inače čest posjetitelj Opatije, tada već poznatog lječilišta Monarhije, inicijativu za osnivanje HMS realizirao je uz svesrdnu potporu tadašnjeg predstojnika opatijskog Lječilišnog povjerenstva, lakonjičkog pukovnika Guida Wachtera.

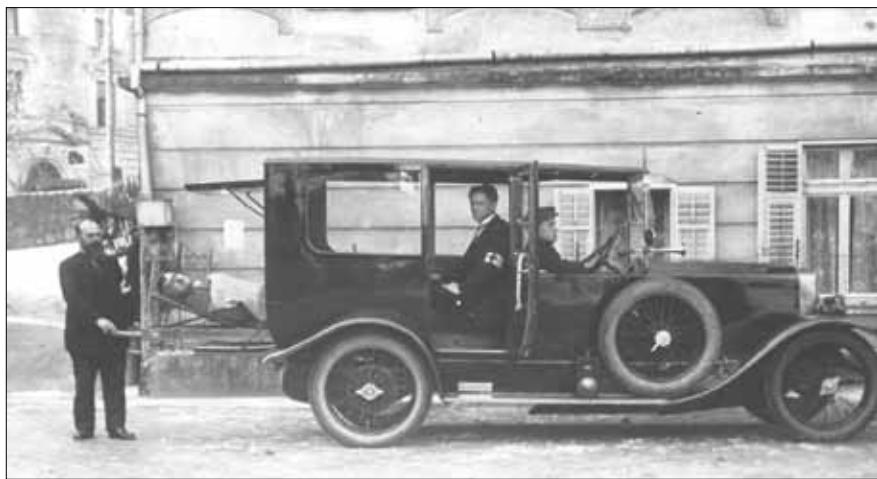


Jedan od osnivača Hitne u Opatiji
barun Jaromír Mundy

Grof Wilczek je, pak, novoformiranoj HMS u Opatiji poklonio kompletну potrebnu medicinsku opremu, a Bečko dobrovoljno spasilačko društvo doniralo je vozilo za prijevoz ozlijedenih osoba.

Svečano otvaranje HMS-a u Opatiji održano je 14. siječnja 1894. Svečanosti je nazočila bivša prijestolonasljednica Štefanija (koja je redovito pohodila najvažnija zbivanja u gradu), grofica **Paulina Pálffy**, glavni liječnik bečke HMS dr. **Wilhelm von Vragassy** i brojni drugi uzvanici. Ustanova je tada dobila naziv Dobrovoljno spasilačko društvo lječilišnog mjesa Opatija. Prva njena lokacija bila je u tadašnjoj vili Slatina (danasa više ne postoji, a izvorno se nalazila na mjestu sadašnjeg hotela Palace).

Za prvog voditelja HMS-a u Opatiji imenovan je dr. **Franz Tripold**, liječnik Dobro-





Prvi voditelj hitne medicinske službe u Opatiji
dr. Franz Tripold

voljnog vatrogasnog društva Opatija. Zbog ove je činjenice opatijska HMS od samoga početka vrlo tijesno surađivala s opatijskim vatrogascima. To je s vremenom dovelo i do njihovog formalnog ujedinjenja pa od 26. prosinca 1901.

HMS Opatije i vatrogasno društvo djeluju pod zajedničkim imenom Dobrovoljno vatrogasno i spasilačko društvo Lječilišta Opatija. Kada je vila Slatina postala pretjernom (tu je tada bilo i sjedište Lječilišnog povjerenstva), 1906. je započela gradnja novog vatrogasnog doma (nazvanog po caru Franji Josipu I.), u koji će opatijske službe useliti 18. prosinca 1910.

Prvi voditelj HMS-a u Opatiji, dr. Tripold, godinama se brinuo i o maloj meteoroškoj stanici u Opatiji, pažljivo svakodnevno bilježeći podatke o blagotvornoj opatijskoj klimi i objavljivajući ih u više knjiga i časopisa. Postigavši titulu carskog savjetnika imenovan je glavnim liječnikom časničkog sanatorija (na mjestu današnjeg hotela Zagreb).

U Tripoldovo je vrijeme opatijska HMS bila vrlo moderno opremljena. Imala je ukupno četiri vozila na benzinski pogon, od kojih je jedno bilo s gumenim kotačima.



Hitna u vatrogasnem domu

Ovo je vozilo imalo jedna nosila, dva sjedeća mjesta i tada najmodernejšu medicinsku opremu. Danas možemo reći da je to zapravo bila preteča suvremenih reanimobila. Osim ovog vozila, postaja je imala i jedna slična kola sa željeznim kotačima, jedna manja kola predviđena za uske brdovite ulice i kola za izolaciju zaraženih, zatvorena u emajlirani limeni oklop. Kako je u novoj zgradi Vatrogasnog doma bilo dovoljno prostora, HMS-u Opati-

ja pripalo je više od polovine partera. Dakle, tada je HMS raspolagala ambulantom, operacijskom dvoranom, sobom za sterilizaciju, dvjema bolesničkim sobama s nekoliko kreveta za nuždu, posebnom sobom za duševne bolesnike i kompletnim sanitarnim čvorom.

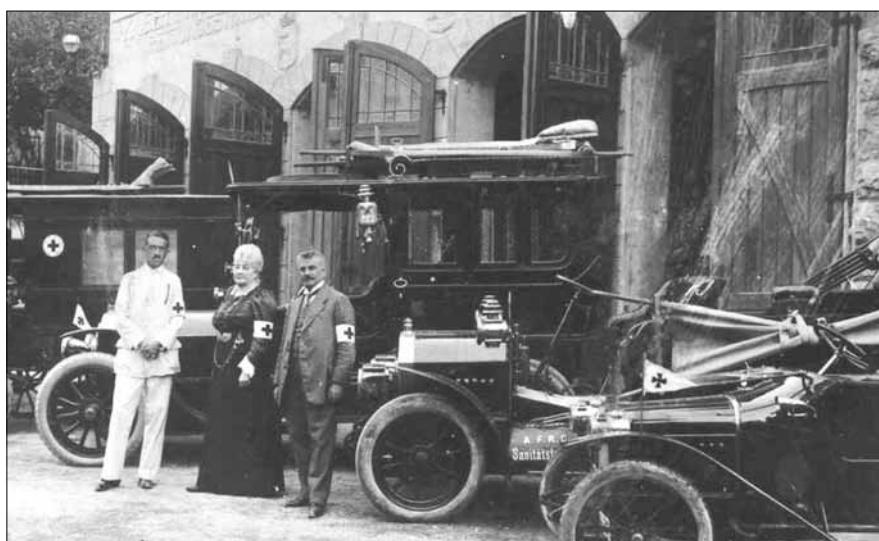
U ambulanti su pacijente čekali solidno opremljen instrumentarij, stolica za pregledne, dva sklopljiva kreveta, uređaj za sterilizaciju, a odvojena operacijska sala



raspolažala je vlastitim instrumentima, stolom, ormarama i autoklavom. Između dvaju svjetskih ratova Tripold je nastavio praksu u Vatrogasnem domu (kamo se njegova obitelj u jednome času i preselila), obogativši je biokemijsko-mikroskopskim laboratorijem. Doduše, dvadesetih godina Dom se našao u finansijskoj krizi i ukinuo medicinski dio službe; brzo potom dobročinitelji su ipak uspjeli osigurati nekakvu ambulantnu opremu i kola od Gradske bolnice u Voloskom.

Opatijska hitna pomoć doživjet će sljedeći renesansu tek 1970. kada će joj novi dom izgraditi onih 50.000 dolara koje su povratnici iz Amerike Mate i Katarina Lučić poklonili gradu.

*zahvaljujemo Primorsko-goranskoj županiji na ustupljenim fotografijama



Susret liječnika hrvatske i nizozemske obiteljske medicine

Jesu li iste ili potpuno različite?

Razgovarala dr. Ines Zelić Baričević, specijalist obiteljske medicine, članica Povjerenstva za međunarodnu suradnju HLK-a

• U Šibeniku je u listopadu 2013. održan kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine. Kao gosti su sudjelovali i mlađi specijalizanti iz Europe, njih 21. Za njih je postojao poseban program radionica na engleskom jeziku.

Hrvatske obiteljske liječnice i liječnici ugostili su mlade kolegice i kolege dva dana prije kongresa kako bi upoznali hrvatski zdravstveni sustav. Dvije mlade kolegice iz Nizozemske, **Wendeline Alderlieste i Jet Timmermans**, bile su u Slavonskom Brodu i provele jedan radni dan u ordinaciji u Bukovlju. Nakon boravka u Hrvatskoj zamolila sam ih da iznesu svoje dojmove o Hrvatskoj.

••• Kakvi su vaši dojmovi o Hrvatskoj općenito? Wen, ti si rekla da si već bila prije u Hrvatskoj?

Wen: Moj doživljaj Hrvatske je da postoje velike razlike između različitih dijelova zemlje. Na obali i jugu nalaze se predivno more i plaže kao i jako dobro održavane ceste, kuće, gradovi i javne ustanove. Idući u seoske udaljene krajeve još uvijek su vidljivi ožiljci iz devedesetih godina. Jedino što je zajedničko svim dijelovima Hrvatske jest gostoljubivost i ljubaznost ljudi!

••• Kakav je bio osjećaj raditi u ordinaciji obiteljske medicine u Hrvatskoj?

Wen: bilo je to jedinstveno iskušto. Imate jako dobar informatički sustav povezan s ljekarnom i laboratorijem, što je vrlo praktično.

••• Što je slično radu u Nizozemskoj?

Wen: Sličnost je u načinu rada u timu sa sestrom koja pomaže u radu. Imate oko 10 minuta za pacijenta, što je slično. Koristimo isto tako i online pomoć kod dilema oko dijagnoze.

••• Što bi bila glavna razlika između hrvatskog i nizozemskog zdravstvenog sustava na temelju onoga viđenog u mojoj ordinaciji?

Wen: Ima puno razlika. Vi nosite

uniformu, obiteljski liječnici u Nizozemskoj ne. Pacijenti dolaze k vama tražeći bolovanje, u Nizozemskoj obiteljskom liječniku nije dozvoljeno davati mišljenje o stanju njegovog pacijenta vezano za rad, vožnju i slično. Samo neovisni doktor može davati takva mišljenja. Jedino što mi možemo jest dati nalaz o tome što je pacijentu, a onda ovlašteni liječnik daje mišljenje o njegovoj sposobnosti. Komunikacija između obiteljskih liječnika i bolničkih specijalista znatno je drugačija u Nizozemskoj. Kod vas pacijent dolazi po lijek koji je preporučio bolnički liječnik. Tako vi znate točno što se dogodilo s pacijentom kojega ste poslali po mišljenje na sekundarnu razinu. U Nizozemskoj bolnički specijalist nakon pregleda izda pacijentu recept za lijek i šalje obiteljskom liječniku nalaz elektronskim putem, za što je potrebno od nekoliko tjedana do čak nekoliko mjeseci. Ako se radi o nečem važnom i hitnom, bolnički liječnici nazovu telefonom. Mi znamo da su bolnički kolege oko nas i možemo ih uvijek nazvati ako nam je potrebna informacija ili pomoći oko našeg pacijenta.

••• Vi nemate problema s privlačenjem mlađih liječnika u obiteljsku medicinu kao Hrvatska i puno europskih zemalja. Što mislite zašto je to tako, radi li se o novcu ili uvjetima rada, i što misliš zašto mlađi liječnici u drugim europskim zemljama radije biraju bolničke specijalnosti nego obiteljsku medicinu?



Wen: mi imamo oko 700 specijaliziranih obiteljskih medicine godišnje na 18 milijuna stanovnika. Za 2014. je točan broj 720. U centru Nizozemske ima dovoljno specijaliziranih i obiteljskih liječnika. Ruralni dijelovi imaju problema s nalaženjem liječnika pa je odlučeno da će se prijavljivanje za posao obavljati na nacionalnoj razini, a liječnici se onda šalju diljem zemlje, čime se postiže ujednačena distribucija. Mlađi liječnici odabiru bolničke specijalnosti jer žele ući dublje u neku materiju i vole raditi u timu.

••• Kakvo je radno vrijeme vas specijalizirata i koje je uobičajeno radno vrijeme obiteljskih liječnika u Nizozemskoj?

Wen: Specijalizant s punim radnim vremenom radi oko 38 sati tjedno, a postoji mogućnost i djelomičnog radnog vremena. Obiteljski liječnik radi 40-60 sati tjedno ovisno o veličini ordinacije i o tome je li ordinacija samostalna ili dio grupne prakse.

••• Tko skrbi za pacijente nakon radnog vremena i vikendom?

Wen: Postoji centralni ured obiteljske medicine u kojem rade svi obiteljski liječnici s određenog područja. Stariji obiteljski liječnici i oni koji ne žele raditi te smjene mogu ih prodati mlađim liječnicima, većinom onima koji su tek završili edukaciju i koji žele dodatno zaraditi.

••• Odabiru li pacijenti svog obiteljskog liječnika isto kao u Hrvatskoj i postoje li limiti broja pacijenata za jedan tim?

Wen: Pacijenti mogu izabrati svog liječnika u Nizozemskoj i zamijeniti ga ako nisu zadovoljni. Službeno nije limitiran broj pacijenata za ordinaciju obiteljskog liječnika, prosječan broj je oko 2300. Neke ordinacije imaju više obiteljskih liječnika, koji rade puno ili djelomično radno vrijeme. Tako postoje ordinacije s 1800 ali i s 20 000 pacijenata.

••• Postoji li uvjet da obiteljski liječnik s više pacijenata mora imati više medicinskih sestara?

Wen: ako je broj pacijenata veći od standardnog, kao u ordinaciji u kojoj sam ja radila prije, uobičajeno je da ima više medicinskih sestara. U ordinaciji u kojoj sada ra-

dim ima 2900 pacijenata tri su medicinske sestre, koje rade nepuno radno vrijeme. Sve rade po tri dana tjedno.

••• Koliko pacijenata prosječni obiteljski liječnik u Nizozemskoj vidi dnevno i je li obavezno naručivanje?

Wen: Prosječan obiteljski liječnik u Nizozemskoj vidi dnevno oko 30 pacijenata "face to face". Osim toga bude i 15-20 telefonskih poziva dnevno. Naručivanje na preglede ovisi o liječniku i nije obavezno.

••• Koje postupke radi prosječan obiteljski liječnik u Nizozemskoj? U Hrvatskoj je intencija da se u ordinacijama obiteljske medicine radi više sofisticiranih dijagnostičkih postupaka, poput ultrazvuka. Je li u Nizozemskoj uobičajeno da obiteljski liječnici imaju ultrazvučne aparate za dijagnostiku?

Wen: Tu također postoje velike razlike između ordinacija. Neki liječnici nemaju niti set za šivanje, dok drugi rade sve - od EKG-a i ultrazvuka do vazektomije! Općenito govoreći, u ordinacijama u ruralnim dijelovima više je dijagnostičkih i kurirških postupaka nego u gradovima.

••• U Nizozemskoj obiteljski liječnici rade pedijatriju i ginekologiju. Postoje li neki posebno educirani liječnici za to ili svi obiteljski liječnici to rade?

Wen: Mi u Nizozemskoj imamo tzv. urede za konzultacije koje financiraju lokalne zajednice. Oni provode bazičnu skrb i prevenciju za djecu do 4 godine. Za djecu od 5-14 godina postoje „školski doktori“ koji isto tako rade samo prevenciju.

Za akutne probleme djeca idu obiteljskom liječniku, a ako je potrebno obiteljski liječnik ih šalje pedijatru. Trudnoću vode posebno educirane sestre, a ostalu ginekologiju obavljaju obiteljski liječnici i ginekolozi.

••• Dakle, postoji velika razlika u sistemu upućivanja između Hrvatske i Nizozemske. Molim te opiši prvi korak i opciju kada ti trebaš savjet od bolničkog specijalista. Rekla si da možeš nazvati telefonom i tražiti savjet. Tko točno radi na takvoj liniji i jesu li bolnički doktori plaćeni za takve razgovore?

Wen: Mi uvijek možemo nazvati bolničke specijaliste radi savjeta. U svim bolnicama postoji po jedan liječnik na svakom odjelu koji je dežuran taj dan. U nekim bolnicama postoji jedan liječnik koji samo odgovara na pozive obiteljskih liječnika taj cijeli dan.

Osim toga on je dostupan specijalistima u bolnici koji trebaju nešto pitati. U nekim bolnicama liječnici odgovaraju na te pozive uz uobičajeni rad.

Ako su zauzeti, reći će ti da će te nazvati poslije ili možeš ostaviti poruku njihovoj tajnici da te nazove. Oni su plaćeni za



davanje savjeta od osiguranja pojedinog pacijenta.

••• Ako savjet koji dobiješ nije dovoljan ili smatraš da trebaš poslati pacijenta bolničkom specijalistu, kakav je postupak? Kako se dogovara termin za pregled?

Wen: Ako bolnički specijalist ili obiteljski liječnik misli da pacijent trebaći u bolnicu i da je stanje hitno, šaljemo ga u hitnu službu. Trebaju li obaviti pregled idućih nekoliko dana pregled će dogovoriti obiteljski liječnik jer pacijent neće sam dobiti tako brz termin. Ako pak pregled nije hitan, pacijent si može sam tražiti termin.

••• Upućivanje je samo elektronsko, pacijent ne dobije papirnatu uputnicu?

Jet: Upućivanje je elektronsko ali pacijent dobije u ruke popratno pismo. To se razlikuje i ovisi o bolnici u koju se upućuje.

••• Što se događa ako bolnički specijalist treba neki dijagnostički postupak za postavljanje dijagnoze, šalje li vam pacijenta nazad po uputnicu za te pretrage ili on to može obaviti bez vas?

Jet: Treba li bolnički kolega neku pretragu, pošalje pacijenta bez obavještavanja obiteljskog liječnika. Tako se štedi vrijeme pacijentu, čime je i manja šansa da će se zakanititi s postavljanjem dijagnoze.

••• Znači, vi dobijete nalaz u elektronski karton pacijenta. Koliko nalaza stigne u jednom danu?

Jet: Ovisi. U ordinaciji obiteljske medicine u kojoj sam ja radila prošle godine primali smo oko 50 mailova dnevno. Većina od njih su rendgenološki nalazi ili slične pretrage koje smo mi tražili. Mislim da su oko polovine od tih mailova nalazi pregleda bolničkih kolega.

••• Što vi točno radite s tim nalazima? Imate li posebno vrijeme u danu kad ih pregledavate, kako postupate s njima i niste li zabrinuti da ćete propustiti nešto bitno ako ih sve ne pročitate?

Jet: Čitamo ih nakon završetka radnog dana i stavljamo u dosjewe pacijenata. To zahtijeva puno vremena. Svaki obiteljski

liječnik u Nizozemskoj to radi drugačije. Kada se nađe nešto što zahtijeva daljnje postupanje, ponovno zahtijeva dodatno vrijeme.

••• Postoji li neki sustav upozorenja ako neki nalaz zahtijeva hitan postupak?

Jet: Ne postoji, a ako se radi o nečemu važnom bolnički kolega nas nazove.

••• Zovete li onda pacijenta kući da biste mu objasnili njegov nalaz?

Jet: Da, a ako je nešto važno, zovemo pacijenta kući makar to bilo i u večernjim satima.

••• Mora li vam se pacijent vratiti s bolničkim nalaz da bi vi zaključili epizodu bolesti i znali što je s njim bilo?

Jet: Ne, i to je šteta. Ovisi o pacijentu. Neki se javе tek nakon nekoliko mjeseci, a neki dođu reći što je bilo.

••• Uočili smo i razlike u kriterijima za propisivanje statina. U Hrvatskoj su kriteriji preboljele kardiovaskularne bolesti, dob te ukupan kolesterol i trigliceridi. Kakve su vaše smjernice?

Jet: U Nizozemskoj je fokus na kardiovaskularnom riziku, LDL-u i komorbiditetnim bolestima.

••• Vi često radite 24-satno mjerenje krvnog tlaka radi revidiranja terapije. Koliko to često radite i koji rezultati zahtijevaju promjenu terapije?

Jet: Ne smatramo objektivnim niti kućna mjerenja krvnog tlaka niti jednokratna mjerenja tlaka u ordinaciji. Kod reguliranih hipertenzije jednom ili dvaput godišnje radimo 24-satno mjerenje i procjenjujemo postoji li negdje problem, npr. jutarnji skokovi ili padovi. Treba li mijenjati terapiju ili je pacijent ne-reguliran, to radimo i češće, ali nema smjernica. Svaki obiteljski liječnik radi na svoj način.

••• Vidjela sam tijekom naših diskusija da imate zanimljivu web stranicu kao pomoć pri postavljanju dijagnoze, s puno slika.

Jet: Da, njezina je adresa www.huidinfo.nl or www.fk.cvz.nl

••• Išle ste sa mnom u kućne posjete. Obavljate li vi često kućne posjete u Nizozemskoj?

Jet: Da, naravno. Ovisi o ordinaciji – u prosjeku 2-3 posjeta dnevno. Neke ih ordinacije imaju i manje, 2-3 puta tjedno, jer imaju manje starijih pacijenata.

Na kraju, hvala vam puno objema na vašem vremenu i nadam se da je boravak u Hrvatskoj proširio vaše horizonte, barem u nekim stvarima. Nadam se da ćemo to ponoviti ako dođete ponovo u Hrvatsku ili se možemo naći u Nizozemskoj i vidjeti uživo kakav je vaš zdravstveni sustav.

Naslijede Hansa Selyea i koncept biološkog stresa

Jelena Šuran, Sven Seiwerth, Predrag Sikiric*, Sandor Szabo

- **Hans Selye**, poznat kao „otac stresa“, opisao je u svojem kratkom pismu uredniku časopisa *Nature* 1936. godine „generaliziranu alarmantnu reakciju organizma“, reakciju nespecifičnog adaptivnog odgovora na razne agense. Takvu reakciju čine promjene poput involucije timusa, limfnih čvorova, želučani ulkusi, otpuštanje lipida iz nadbubrežne žljezde i gubitak kromafinosti srži te žljezde.

Selye je riječ „stres“ upotrijebio tek četrnaest godina poslije u istoimenoj monografiji, da bi narednih pet godina nastavio sa serijom „Godišnjih izvješća o stresu“. Svoja istraživanja provodio je na životinjskim modelima, a budući da nikada nije ignorirao neočekivane rezultate, otkrio je u kontekstu istraživanja stresa i prvi opisao kalcifilaksu, anafilaktoidni edem, nove uloge mastocita, nove eksperimentalne modele kardiovaskularnih bolesti i anestetička svojstva steroida.

Svoja istraživanja zaokružio je prepoznavanjem „katatoksičnih“ i „sintoksičnih“ učinaka steroida i razlike između eustresa (pozitivnog, korisnog stresa) i distresa (negativnog i štetnog stresa).

Tko je bio Hans Selye?

Janos (Hans) Hugo Bruno Selye (mađarski: Selye János) (Slika 1.) bio je endokrinolog mađarskog porijekla. Rođen je u Beču 1907., a odrastao u Mađarskoj, u Komoranu. Školovao se u Parizu, Rimu i Njemačkom sveučilištu u Pragu. Na potonjem 1929. postaje doktorom medicine, a 1931. doktorom kemije.

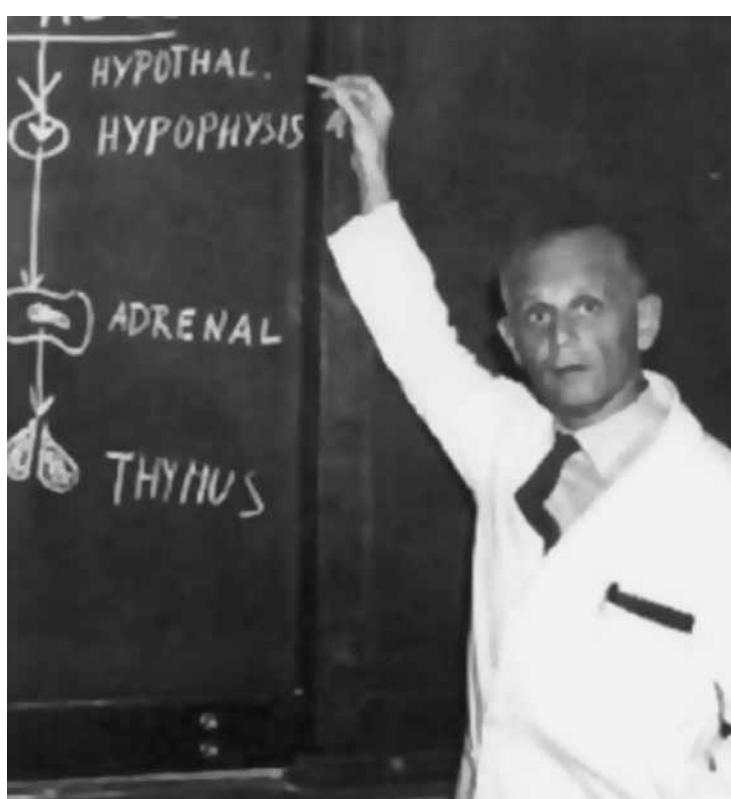
Nakon dobivanja stipendije Rockefellerove fundacije odlazi na Sveučilište John Hopkins, a istraživanje stresa započeo je 1936. na Sveučilištu McGill u Montrealu. Poslije je prešao na Montrealsko sveučilište, na kojem ostaje do kraja svojeg djelovanja.

da, iako je on otkrio „biološki odgovor na stres“, nije prvi upotrijebio riječ „stres“.

Što je stres?

Selye je prvotno definirao stres kao „nespecifični neuroendokrini odgovor organizma“. Poslije je, shvativši kako su u taj odgovor uključeni drugi organski sustavi, a naročito kardiovaskularni, dišni i mokračni, iz te definicije izbacio pojам neuroendokrinog. Odgovor na stres može odvijati kroz nekoliko stadija: alarmiranje, otpor i iscrpljenost. Stres uzrokuju stresori, različiti nespecifični agensi koji mogu biti fizički (npr. hladnoća i vrućina), kemijski (npr. formalin i eter) ili psihološki.

U pravilu, stresori djeluju zajedno, odnosno stres nastaje zbirnim utjecajem dva ili više stresora na organizam. Najvažnije promjene koje nastaju kao rezultat djelovanja stresora vidljive su i makroskopski a poznate su kao „trijada stresa“: povećanje nadbubrežne žljezde, ulkusi želuca i crijeva te atrofija timusa i limfnih čvorova (Slika 2.). Nespecifičnost je važna karakteristika svih stresora, a da bi to potkrijepio Selye je kao primjer stresora često koristio inzulin koji u malim količinama djeluje specifično na razinu glukoze u krvi, dok u većim količinama nespecifično potiče sekreciju katekolamina i kortikoida, s posljedičnom „trijadom stresa“. Hans Selye je prvi opisao ulkuse u probavnom sustavu izvane stresom i lijekovima na laboratorijskim



Hans Selye
(iz: Szabo i sur., 2012.)

glodavcima. Sa svojim mlađim kolegom **Arpadom Somogyiem** opisao je ulkuse u tankom crijevu uzrokovane davanjem nesteroidnog protupaljnog lijeka, indometacina, a sa **Sandrom Szabom** je dokazao i uspostavio modele za doudenalne ulkuse izazvane sa propionitrilom, cisteaminom te kronične želučane antralne ulkuse kod hrčaka potaknute s indometacinom

Kritike i nerazumijevanje

S obzirom na svoju originalnost, Selye je 40-ih i 50-ih godina prošlog stoljeća bio izložen kritikama zbog toga što je u konceptu stresa stres bio i uzrok i posljedica promjena u organizmu. Osim toga, nakon što je 40-ih godina prošlog stoljeća jedva prihvaćen, termin „stres“ se počeo sve više nekritički i kolokvijalno koristiti. Selye je smatrao je da se o odgovoru na stres može govoriti samo kada je taj stres izazvalo više različitih stresora te da je važno razlikovati taj nespecifični odgovor, stres, od specifičnog odgovora organizma na jedan izdvojeni podražaj, primjerice, na hladnoću.

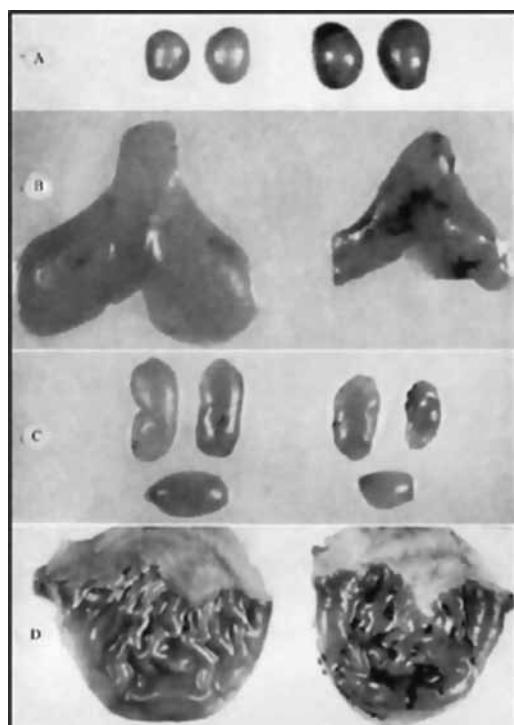
Danas je „stres“ sveprisutan; taj se izraz koristi vrlo nekritički u svakodnevnom govoru i medijima, a posebno u marketingu. Laici nastanak i razvoj raznih bolesti neutemeljeno pripisuju „stresu“, i to ponajprije onom uzrokovanim životom u „modernom, užurbanom vremenu“. No sve to ne umanjuje važnost Selyeovog doprinosa medicini i razumijevanja koncepta biološkog odgovora na stres.

Razjašnjavanje uloge kortikosteroida u odgovoru na stres

Cannonov koncept „fight or flight“ odgovora bio je 30-ih i 40-ih godina prošlog stoljeća široko prihvaćen i znalo se da su za nj zasluzni katekolamini koje proizvodi i luči srž nadbubrežne žlijezde. Selye je dokazao da su, osim katekolamina, u taj odgovor uključeni i kortikosteroidi, odnosno, kortikoidi koje proizvodi i luči kora nadbubrežne žlijezde pod utjecajem adrenokortikotropnog hormona (ACTH) i otpuštajućih čimbenika/hormona hipotalamus. Selye je prvi objasnio važnost povezanosti djelovanja hipofize i kore nadbubrežne žlijezde u odgovoru na stres. Nažalost, unatoč tome što su ove spoznaje značajno nadopunile objašnjenje Cannono-vog koncepta, Cannon ih nikada nije potvrdio.

Selye je klasificirao i imenovao steroidne hormone prema njihovom podrijetlu;

Slika 2. Trijada „generalizirane alarmantne reakcije“; (A) nadbubrežne žlijezde, (B) timus, (C) ilični limfnih žljekovi, (D) sluznica želuca normalnog štakora (lijevo) i štakora izloženog mentalnom stresu uslijed 24-satne imobilizacije na metalnoj podlozi. Vidljivi su povećanje i hiperemija nadbubrežnih žlijezda, atrofija timusa i limfnih žljekova i hemoragične erozije u želucu štakora izloženog stresu (desno) (Iz: Selye, 1952., prilagodili Szabo i sur., 2012.)



kortikoidi, glukokortikoidi i mineralokortikoidi iz kore nadbubrežne žlijezde, testoidi iz testisa (dan danas se nazivaju androgenima), a folikuloidi i luteolidi iz folikula i žutog tijela, danas poznatiji kao estrogeni. Budući da je Selye bio i doktor kemije, njegova je klasifikacija proizašla iz kemijske strukture tih spojeva te time predstavlja prvi molekularni pristup istraživanju mehanizama odgovora na stres. Jedno od najvažnijih Selyeovih otkrića bilo je da glukokortikoidi i mineralokortikoidi, osim što reguliraju metabolizam ugljikohidrata i elektrolita, djeluju i pro- ili protu-upalno. Ova su otkrića objavili najprestižniji časopisi onog, ali i našeg vremena: *Lancet*, *Nature* i *Science*.

Unatoč tomu, Nobelovu nagradu iz područja fiziologije i medicine 1950. dobiva **Philip Hench** koji je dokazao protuupalni učinak ACTH kod pacijenata s reumatoidnim artritom, što je zapravo bio logičan, ali ne toliko originalan nastavak Selyeovih istraživanja. Zanimljivo je da Hench u svojem predavanju povodom Nobela nije uopće spomenuo Selyeovog doprinosa svojim istraživanjima.

Selyeovo naslijeđe i autentična ljetna škola stresa

Svojim radom, originalnošću i kreativnošću Selye je zadužio mnoge generacije istraživača, liječnika ali i pacijenata. Inspirirani svojim velikim mentorom, njegovi nekadašnji doktorandi danas osnivaju *Međunarodni Selyeov institut za napredne studije* u koji je,

uz institucije iz SAD-a i Mađarske, uključen i MEF u Zagrebu.

Velika je čast za grad Zagreb i Hrvatsku to što će se pod okriljem novog Instituta, ali i *Međunarodne unije za temeljnu i kliničku farmakologiju* (IUPHAR – GI sekcije), ovog ljeta baš na Medicinskom fakultetu održati prva Autentična ljetna škola stresa, koju će voditi nekadašnji Selyeovi studenti i kolege prof. Sandor Szabo, Yvette Tache i Arpad Somogyi, ali i profesori MEF-a u Zagrebu prof. **Predrag Sikirić i Sven Seiwert**.

Ova se ljetna škola naziva autentičnom baš zbog sudjelovanja Selyeovih najbližih suradnika, koji su svi redom ugledni znanstvenici. Održat će od 22.-26. srpnja, i zapravo predstavlja okupljanje pridruženo (satelite meeting) Svjetskom kongresu farmakologa u Cape Townu. Cilj je škole razmjena znanja o stresu, njegovim mehanizmima i kliničkim manifestacijama, te postupcima kojima bi se neželjene manifestacije sprječile. Bit će to izvrsno mjesto za učenje od najboljih stručnjaka iz područja biomedicine, posebno farmakologije, kroz predavanja ali i interaktivnije oblike nastave, rasprave i okrugle stolove.

Sudionici su dobrodošli predstaviti svoja istraživanja putem kratkih usmenih prezentacija i postera. Vjerujemo da će interakcija sudionika na ljetnoj školi rezultirati originalnim idejama i entuzijazmom, jer su to, prema Hans Selyeu, pravi pokretači znanosti.

*Literatura kod autora
sikiric@mef.hr*

Osječanin Oscar Nemon – posljednji portretist Sigmunda Freuda

Darija Alujević



Freud pozira Nemonu 1931.

• Ime i djelo kipara **Oscara Nemon-a** (Osijek, 1906. – Oxford, 1985.) rođenog Osječanina, široj je, a čak i dijelu stručne javnosti slabo poznato. Ta činjenica ne čudi, jer domovinu je napustio odmah nakon gimnaziskog školovanja te je svojim umjetničkim djelovanjem postao više dio engleske i belgijske povijesti umjetnosti nego naše. Većina se njegovih djela danas nalazi u inozemstvu, a tek mali broj u Hrvatskoj. Boljem poznавanju Nemonova životnog i umjetničkog puta i ponovnom interesu za ovog našeg i svijetu poznatog umjetnika zasigurno je doprinjela i izložba u Galeriji Milan i Ivo Steiner u Zagrebu od 29. rujna do 22. listopada ove godine. Svakako najviše po tom pitanju čini njegov rodni grad Osijek i stručnjaci iz Galerije likovnih umjetnosti.

Životni put Oscara Nemon-a (izvornog prezimena Neumann), već se na prvi pogled doima kao filmski scenarij. Iz rodnog je Osijeka, krenuo put europskih središta pre-

ko Pariza, Venecije, Beča, Bruxellesa gdje od 1925. pohađa Akademiju lijepih umjetnosti, sve do Londona i Oxforda gdje će provesti najveći dio svoga života. Na samim početima svoje umjetničke afirmacije portretirao je neke od najznačajnijih osoba svjetske povijesti dvadesetog stoljeća kao što su primjerice **Charles Lindbergh** i **Sigmund Freud**. Boraveći tijekom godina u europskim kraljevinama, Belgiji i Velikoj Britaniji postajao je gotovo službeni portretist kraljevskih obitelji. Osim svom talentu da u glini ili kamenu vjerno dočara psiho-fizičke karakteristike portretiranih osoba, mnogo toga može zahvaliti i susretima sa izuzetnim osobama uz čiju pomoć će mu se otvoriti jedan sasvim osebujan umjetnički i životni put.

Boravak u Beču dvadesetih godina prošlog stoljeća, između ostalog donosi mu i poznanstvo sa dr. **Paulom Federnom** Freudovim učenikom koji je veoma cijenio Nemonov kiparski rad. Dugogodišnja želja i na-

mjera dr. Federna i ostalih Freudovih učenika bila je ovjekovječiti svoga učitelja kiparskim portretom. Na ovu ideju Federna je između ostalog potakla i jedna Freudova maštarija koju je imao kao student. Naime Freud je šetajući aulom Sveučilišta u Beču, koju su krasile biste znamenitih profesora, još kao student maštalo kako će tu jednog dana biti i njegova bista. Nadahnut Freudovim „snom“ Federn je odlučio učiniti sve da do realizacije portreta dođe, no sam Freud je tu ideju uporno odbijao. Dr. Federn je obećao Nemonu, da će ako ikad uspiju u svojoj nakani, upravo on biti taj koji će portret izraditi.

Tako je i bilo, godine 1931. povodom 75. obljetnice Freudova rođenja, sa samo 25 godina, Nemon dobiva izuzetnu priliku, da pred njim kao model sjedi i sam Sigmund Freud. Dr. Federn uvjerivši Freuda da pristane na portretiranje nije zaboravio Nemonu koji tada već godinama živi u Bruxellesu. Rijetka je to bila čast koju je dobio samo Nemon. Freud, tada već u zreloj životnoj dobi, bolujući od maligne bolesti čeljusti i grla nerado je pristajao na portretiranja, no nakon prvotnog negodovanja u kojem je dozvolio umjetniku da ga samo vidi, vidjevši skicu, ipak je pristao i pozirao mu u nekoliko navrata te su razvili prijateljski odnos. Tako je nastao posljednji Freudov portret rađen uživo, prema modelu. Trenutak u kojem Freud pozira Nemonu u kolovozu 1931. u Beču, je i fotografski ovjekovječen, a sam događaj prenijele su brojne novine. Nemon je izradio nekoliko verzija Freudova portreta, a iz Freudove korespondencije saznajemo da je bio vrlo zadovoljan portretom. Za vrijeme dok mu je Freud pozirao, Nemon je izradio vrlo uspjelu portretnu bistu. Brončani odljev ove natauralistički modelirane biste nalazi se, zahvљujući Nemonovim nasljednicima koji su je 2006. darovali, i u stalnom postavu zagrebačke Moderne galerije. Razrađujući Freudov portret upravo je ova bista poslužila kao osnova za spomenik u sjedećem stavu, izrađen povodom Freudova 80. rođendana 1936. Taj je portret bio predviđen za Bečko psiholo-



Oskar Nemon s bistom Winstona Churchila i vlastitim portretom, rad W. Churchila

Nemon s
modelom za
spomenik
Freudu



uglednika. Nemon će izraditi nekoliko Churchillovih portreta, a zasigurno najpoznatiji je impozantan spomenik otkriven 1969. u britanskom parlamentu u predvorju Donjeg doma. Osim toga portretirao je i kraljicu **Elizabetu II**, Margaret Thatcher i mnoge druge.

Rijedak je ovo primjer u našoj povijesti umjetnosti da smo imali vrsnog portretista kojem su kao modeli pozirali brojni svjetski uglednici, stoga je i ovo još jedna prigoda da se to ne zaboravi.

dalea@hazu.hr

Freudova
bista u
Modernoj
galeriji,
Zagreb



litičko društvo, a danas se između ostalog taj spomenik nalazi i u Hampsteadu, nedaleko od Freudova muzeja u Londonu. Mali sadreni model za taj spomenik nalazi se i u osječkoj Galeriji likovnih umjetnosti. Freud i Nemon su na neki način dijelili i istu sudbinu, obojica židovskog porijekla pred rastućim antisemitsmom našli su utočište u Engleskoj.

Engleska će od kraja tridesetih do kraja života ostati Nemonov drugi dom te će ovde zasnovati i obitelj. Zemlja sa jakom tradicijom portretnog slikarstva i kiparstva, bila je dobar odabir, unatoč svojoj samozatajnoj prirodi i velikoj konkurenciji, vještina svoga rada uspijeva se afirmirati i kao portretist uči u najviše društvene krugove. U tome mu je svakako pomoglo i poznanstvo s **Winstonom Churchillom** 1950. u Maroku. Boraveći u Marrakechu u istom hotelu, Nemon prvo bitno krišom radi skice za Churchillov portret, svojevrsne mentalne bilješke u glini koje će se toliko svidjeti Churchillovoj supruzi da će ih željeti otkupiti. S vremenom, tijekom tog boravka, Nemon razvija prijateljski odnos s **W. Churchillom**, koji je i sam bio umjetnički nadaren. Zanimljivost je svakako i podatak da je uz brojne slike, jedini kiparski rad koji je sam Churchill izradio bio upravio portret kipara Nemon-a.

Rezultat ovog prijateljstva sklopljenog u Maroku bila je i službena narudžba za izradu Churchillova portreta koju je Nemon izradio za kraljevski dvorac u Windsoru, kao i portreti brojnih političara, državnika i

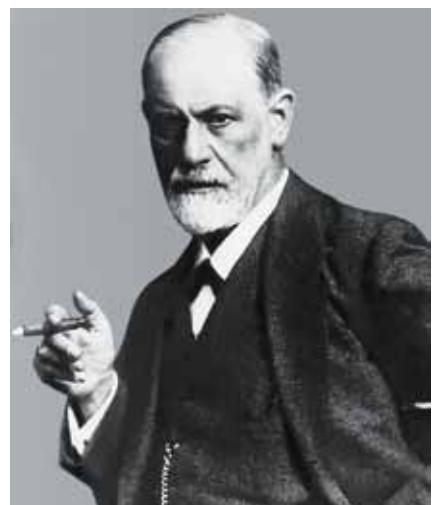
Kratka

Freudova patografija

Milijuni pušača diljem svijeta pokušali su prestati pušiti. Neki su uspjeli, mnogi nisu. Jedan od ovih bio je dr. Sigmund Freud.

O nizu njegovih neuspjeha napisao je dr. **Ernest Jones**, i sam psihanalitičari i jedan od Freudovih najbližih suradnika, biografiju u tri sveska. Ovdje je sažeta u nekoliko redaka. Godine 1894., kada je Freudu bilo trideset osam godina, njegov najbolji prijatelj, dr. **Wilhelm Fleiss**, opomenuo ga je na srčanu aritmiju zbog pušenja i naredio mu da prestane pušiti. Freud je pokušao prestati ili barem smanjiti količinu svojih cigara, ali nije uspio. «On je uvijek bio strastveni pušač, dvadeset cigara dnevno bio mu je uobičajeni obrok» piše dr. Jones. U korespondenciji između Freud-a i Fleissa često se o tome piše. Na Fleissov savjet Freud je jedanput prestao, ali su mu nakon toga depresija i drugi apstinencijski simptomi postali nepodnošljivi.

On je sam vrlo živo opisao svoje simptome: «Ubrzo nakon prestanka pušenja iznenada sam dobio težak osjećaj oko srca, gore nego što sam ikada imao dok sam pu-



šio, a usto osjećaj umiranja i fantazije. Organske smetnje su se smanjile nakon nekoliko dana, ali sam i dalje bio hipomaničnog raspoloženja. Nakon sedam tjedana opet sam nastavio pušiti. Jedanput sam prestao pušiti četrnaest mjeseci, ali je to bilo takvo mučenje kakvo čovjek ne može podnijeti.» Poslije, u dobi od pedeset i pet godina, Freud je i dalje pušio dvadeset cigara dnevno i još uvijek se borio protiv svoje ovisnosti. Stalno je imao srčane smetnje a usto je strast za pušenjem ometala njegove psihanalitičke studije. Ipak je ostao pušač.

U veljači 1923., u dobi od šezdeset sedam godina, Freud je dobio ulkus na desnoj strani nepca i na čeljusti. Bio je to karcinom, koji je i operiran, ali ga nikada nije uspio izlijечiti. Tijekom 16 preostalih godina života bio je još 33 puta zbog recidiva operiran na čeljusti i u usnoj šupljini. Osim toga trpio je od anginoznih napada. Pokušao je denikotinizirati cigare, ali su čak i takve izazivale anginoznu bol i druge srčane simptome. Nastavio je i dalje pušiti i u 73. godini mu je savjetovan sanatorij zbog lošeg stanja srca. Opet je donio čvrstu odluku da će prestati pušiti i izdržao je dvadeset i tri dana. Zatim je počeo pušiti jednu cigaru dnevno, pa zatim dvije, tri, četiri....

Godine 1936., u dobi od 79 godina, nakon beskrajnog niza operacija u ustima i čeljusti, imao je sve jače srčane poteškoće. Čeljust mu je tada već bila potpuno uklonjena i nadomještена protezom. Stalno je imao bolove tako da često nije mogao govoriti, žvakati ili gutati. Ipak, i u dobi od 81 godine još uvijek je pušio. Umro je od raka u 1939., u dobi od 83 godine.

Urednik

.....

Jure Vujić

Pirovačko polje

• Dr. Jure Vujić rođen je 1955. u okolini Našica kao dijete dalmatinskih doseđenika. Od 1963. živi u Zagrebu, gdje je završio III. gimnaziju i studij medicine.

Nakon specijalizacije iz opće medicine završio je poslijediplomski studij iz onkologije na MEF-u Zagrebu.

Radio je u DZ-u Ivanić-Grad na hitnoj službi, zatim u Stanici za hitnu pomoć Zagreb te u DZ-u Sesvete, u ambulanti opće/obiteljske medicine Sesvetski Kraljevec, gdje i sada radi.

Objavio je više znanstvenih i stručnih radova te aktivno sudjelovao na pojedinim kongresima s područja hitne i obiteljske medicine. Beletristikom se bavi od osnovne škole.

U gimnaziji je bio u uredništvu lista "Mi mladi", gdje je objavio publicističke tekstove.

O Vujićevu pjesništvu

Pjesničko stvaralaštva Jure Vujića snažno je obilježeno intelektualnošću, utjecajem profesionalnih liječničkih izazova i misli iz svakodnevne ordinacije. Dualnost ljudskoga bića, njegova tjelesna i duhovna dimenzija, i ovdje predstavlja snažan poetski motiv.

Perspektiva konačnosti, tjelesnosti, bolesti, medikamentnosti, liječničke moći niti u jednome aspektu njegova izričaja nije zahvatila u naturalizam, razočaranost ili depresivnost – upravo suprotno, njegova je misao mirna, izrazito optimistična i vedra.

Zanimljivo je uočiti dimenziju pjesništva koja se sve rjeđe susreće – pjesništvo intelektualne utjehe i poezija s porukom kao odgovor na hermeneutičku poeziju dovoljnoj samoj sebi s visokim artističkim stremljenjima.

Na svoja postavljena pitanja u jednoj pjesmi pjesnik izravno odgovara u drugoj, čime se uočava narativna linearnost i smjer čitanja: na egzistencijalna previranja odgovara radošću življena, obiteljskom utjehom i nostalgijom za mladošću. Spoj ljetnih, pej-



Dr. Jure Vujić

zažnih, pastoralnih, arkadijskih, sjetnih i obiteljskih motiva kod čitatelja budi optimizam, a na autora djeluje iscijeljujuće i nadahnjujuće.

Karakterizacija stilskih figura, žanrovska perspektivnost i autorsko samopropitkivanje govore o autentičnoj i iskreno intimnoj poeziji u kojoj se svatko može naći.

*Tomislav Stojanov,
Institut za hrvatski
jezik i jezikoslovje, Zagreb*

Pirovačko polje

*Ljetnom ranom zorom
hodam pirovačkim poljem
opijen mirisima
koromača – mente,
gospine trave,
trave ive,
drača,
lavande,
bora,
smilja i bosilja –
raskoš života!
Na kraju puta –
znoj, trud i muku
ispire voda –
voda života –
more*

Racio

*Sunce izlazi i zapada
krug vječit.
Ja u njemu
bezbrojni svjedok
koji ne može objasniti razloge prolaznosti,
spoznaju o sebi, o suncu, o svemiru,
o životu i smrti.*

*Razlog svemira je zbog života,
a život prolazi
za sada
u ovoj fazi – fazi čovjekove bolesti –
smrtnosti.*

*Sposobnost rasuđivanja –
ljudska bezgraničnost je u njegovu razumu
koji će ga dovesti do spoznaje
živoga i neživoga,
vremena i prostora,
tijela i duha
početka, a kraja –
kraja neće biti.
Čovjek je prepoznao problem smrti,
a riješit će ga klica besmrtnosti
koja je u čovjekovu razumu –
dar bogova.*

Raj

*U rano ljetno jutro
zavaljen sam na žalu
More miruje
Po koji galeb u daljini
mirno plovi
U daljini izmaglica
Lagani fluid struji po meni
Syježinu i lakoću udišem
Gledam u daljinu i otapa se
nemir i napetost prethodnog dana i teških
snova
Raj na zemlji
Preuzima me mir, sreća i zadovoljstvo
Duše i tijela
U raju sam – jer osim ovog ovdje u meni i
oko mene nema drugog.*

U Danskoj

*Plovim pogledom preko bezgraničnih
valovitih ravnica danskih
kojima je horizont granica,
a svježa trava i zelena žita tepih
koji me vodi u prostranstva djetinjstva:
Krave po pašnjacima, strnjaci, slama –
okrilje u koje se vraćam sa sjetom i toplinom
u duši –
na vrijeme koje živi u meni,
a kojega više nema*

Bit ili esencija

Od rođenja tražio sam bit postojanja
 Kad sam kao dijete čuvaо krave i svinje
 nisam bio zadovoljan
 Manjkalo mi je nešto – nešto bitno
 Govorili su mi da je bit u učenju –
 da znam, da budem obrazovan, da budem
 pametan.
 Učio sam sa zanimanjem i bio odličan,
 ali nedostajalo mi je nešto – nešto bitno.
 Postavljao sam pitanje zašto učiti?
 – da bi radio
 – bit je u radu.
 Radio sam s voljom, puno i dobro –
 od jednostavnog do složenog posla –
 ali manjkalo mi je nešto – nešto bitno
 Rad je nestalna varijabla,
 a bit je trajna konstanta!
 Uostalom, rođen sam da bih radio?
 Govorili su – boraviti u prirodi, družiti se sa
 životinjama – to je bitno.
 Boravio sam u prirodi, boravio sam među
 životinjama –
 bilo je lijepo, ali opet sam bio nezadovoljan.
 Imati bit – moraš biti i zadovoljan.
 Manjkalo mi je nešto – nešto bitno –
 manjkao mi je odgovor na pitanje:
 što je bit?
 Govorili su da je bit biti ljubljen od ljubljene,
 u ekstazi ljubavi.
 Ali to je trenutno stanje, prolazno.
 Manjkalo mijе nešto neprolazno – manjkala
 mi je bit.
 Govorili su mi:
 Imaj potomstvo, to je bit.
 Imam djecu, unučad, to je velika sreća i
 ljepota,
 ali oni su svoje ličnosti,
 a ja ostajem sam u prolaznosti i vjetrometini
 vremena i prostora.
 Bit je neprolazni život jedinke,
 ali život prolazi a bit je neprolazna.
 Život – kvalitetan, svjestan sebe,
 sretan, nikad prolazan, vječan –
 to je bit –
 to je vjekovna čovjekova težnja
 Čovjekov ideal
 Taj ideal će ostvariti čovjekov razum
 Eoni evolucije ljudskog razuma su pred
 nama!
 Realnost i ideali su različite kategorije.
 U ovom času svog života
 Bit je i u učenju i u radu i u ljubavi i u sreći,
 U životu našem svagdanjem.
 Životu prolaznom i nesavršenom,
 Ali ipak životu.

Grade moj

Kad pogled bacim z' brega
 i tvoje konture se bjelasaju
 na bstrom vjetrom okupanom jutru.
 "Tu se vinu sva sjećanja, kola, sijela i opijela"
 Tu je djetinjstvo moje –
 bako i deda moji.
 Tu je moje mlađenacštvo –
 roditelji moji.
 Tu je moje muževno doba –
 ženo moja.
 Tu je moje očinstvo –
 djeco moja.
 Tu je sva sreća, briga i patnja moja –
 grade moj.
 Tu je moj dom, gniazdo –
 ognjište moje.
 Od tud krećem i vraćam se
 u zagrljaj tvoj.
 Ne dam te, grade moj.
 Ne dam te iz duše i srca
 iz misli i tijela.

Prolaznik

Dan za danom
 Val za valom
 Život za životom
 Zvijezda za zvjezdom
 Svetmir za svemirom
 Vječiti prolaznici u povijesti vremena i
 prostora
 Od kada?
 Do kada?
 Zašto?
 Samo znam – ja jesam – sad i ovdje
 Svjestan svega, ali bespomoćan u ovom
 času –
 času čovjeka u svemiru koji prolazi.

Ljetna kiša

Sjedim pod strehom i
 gledam sitnu ljetnu kišu kako sipi
 rashlađujući srpanjsku zaparu,
 žegu duše i tijela,
 trave i lista,
 zraka i asfalta –
 donoseći mir i spokoj,
 optimizam,
 radost i vedrinu mojih dana!
 Radost življenja –
 svježina života.

Prigorju

To maleno, lijepo i
 zeleno boštvo ovo
 u duši nosim.
 I po bregu i po dolu
 toga boštva hodim
 kuda hodim
 prijatelje prosim
 da mrvu svoga sunca,
 polja, livade,
 šume i prijateljstva
 podare ovom sebru,
 robu od rođenja,
 a njemu treba samo
 mrvu pažnje, dobrote i
 ljubavi pokazati,
 ovom nesretniku od rođenja.

.....



Od čega su bolovali i umirali hrvatski skladatelji

I. dio: Od XVI do XIII stoljeća

Marija Živković, Marina Vuksanović,
Darko Breitenfeld, Boris Ilić, Filip Bacan, Matija Majić

• U prikazu hrvatskih skladatelja nalazimo u daljoj prošlosti velik broj malih pisanih ili tiskanih glazbenih ostvarenja na našem području, ali prva sačuvana djela hrvatskih skladatelja, prema Andreisu, potječe iz XVI stoljeća. Upravo u tim starim podacima vidjet ćemo da ima malo jasnih biografskih podataka, a još manje patografskih, uz neke iznimke koje ćemo spomenuti.

Prva značajnija imena u XVI stoljeću su **Mihailo Bogotić**, zatim **Franciscus Bossinensis**, **Andrea de Antiquis**, **Istranin**, **Andrije Patricij**, **Julije Skjavetić**, **Federik Grisogono** i **Pavao Skalić**. Zbog nedostatnih podataka oni nisu prikladni za bilo kakve patografske zaključke osim da su, kao i većina ostalih skladatelja u svijetu i u to doba, u nas živjeli često do u starost.

U XVII stoljeću imamo već pouzdano podatke o **Ivanu Lukačiću**, Šibenčaninu (?1587-1648). Pomičiye proučavajući njegov život saznaće se više o produkciji vina i maslinovog ulja nego o njegovu zdravlju (bio je prior franjevačkog samostana). Po godini smrti nije isključeno da je umro u kužnim okolnostima, tj. od epidemije kuge, ili zbog nemira, ratova, gladi, seljenja i ostalog.

Tu pretpostavku možemo primijeniti i kod nekih drugih skladatelja iz kasnijeg srednjeg vijeka. Malo znamo u **Juliju Albertiju**, a samo malo više o **Tomi Cecchiniju** koji je živio oko 65 godina te je možda umro od neke staračke bolesti. O **Inocenciju Jerkoviću** također malo znamo, a nešto više o Sebenicu - Šibenčaninu koji je živio također oko 65 godina. Umro je 1705. u Cividale nel Friuli, bez jasnih naznaka o uzrocima smrti (nismo imali uvid u tamošnji kaptolski arhiv o mogućem uzroku smrti, koji se najčešće u to vrijeme još nije bilježio).

Vinko Jelić (?1596-1632?) poznati je Riječanin koji je kao glazbenik djelovao diljem Europe a uglavnom je kao svećenik živio u njemačko-francuskom Alzasu. Izgleda da je zaglavio u Zabernu (Savernu) u okviru grozota 30-godišnjeg rata, tadašnje gladi ili, još vjerojatnije, od kuge koja je tada tamo vladala.



Lukša Sorkočević

U Hrvatskoj su djelovali **Bono Razvalić** i **Frano Divdić** (1616-1693) koji je doživio visoku starost. Nikola Krajačević (1585-1653) bio je svećenik, kao i Atanazi Grgičević (?1590-1640?), inače vrlo učen čovjek. U to doba ubraja se i **Juraj Križanić** (1617-1683), poznati svećenik, crkveno-politički pisac, misionar i skladatelj, a poslije i svećenik-dominikanac. Živući u Varšavi pri-družio se vojski poljskoga kralja Jana Sobieskog i poginuo pri turskoj opsadi Beča.

XVIII stoljeće prolazi u našim krajevima razmjerno mirno, osim još nekoliko širih razdoblja kužne poštasti. Tu imademo imena **Đorđa Matteia** (1675-1728), te drugog Dubrovčanina **Vladislava Menčetića** (?1700-1748) koji je umro u dalekom Carigradu kao poslanik dubrovačke republike.

Veliko dubrovačko ime bilo je ono **Lukše Sorkočevića** (Sorgo) (1734-1789), koji je dugi bolovanje od žučnih kamenaca, koji su inače povremeno povezani s depresijama. Bolujući od obojega nožda je to bio uzrok što je počinio samoubojstvo bacivši se kao dubrovački knez s prvog kata svog dvora (otada je taj prozor na dvoru zazidan).



Julije Bajamonti

Njegov sin, također darovit skladatelj, bio je **Antun Sorkočević** (1775-1841), koji je kao posljednji poslanik svoga grada umro od kronične bolesti u Parizu. Obitelj Sorkočević dala je više glazbenika, među inim i dvije žene, **Marinu i Jelenu**.

Toma Resti umro je 1830., možda od tuberkuloze. **Angiolo Maria Frezza** bio je vjerojatno operiran pri kraju života.

Veliki hrvatski skladatelj, liječnik i polihistor, Spličanin **Julije Bajamonti** (1744-1800), djelovao je manje kao liječnik a više kao glazbenik. To mu je liječnički stalež spominjavao pa je napisao i u Italiji objavio svjetski poznati esej o liječniku i glazbi, tvrdeći vrlo suvremeno i argumentirano da medicina nije matematika i da je ljudski, human i nužan i artistički pristup bolesniku. Umro je možda razmjerno prebrzo i neočekivano od upale pluća. Razmjerno poznat bio je Hvaranin **Jo-sip Raffaelli** (1767-1843), koji je umro u posljednjoj dobi.

Petar Knežević (1701-1768), franjevac iz okolice Knina, bio je aktivan gotovo do svoje smrti u starijoj dobi. Franjevac **Petar Nakić** (1694-1769?) bio je prvenstveno graditelj orgulja i svjetski uglednik među orguljari-ma. U starijoj dobi teško se razbolio (1761.) ali je umro tek poslije 1769. Amando Ivančić iz Primorja djelovao je u pavlinskom samostanu u Austriji, a umro je u vrijeme kužne poštasti. Stjepan Spadina bio je, izgleda, dalmatinski plemić, no o njemu nema podataka.



Ivan Mane Jarnović

Ivan Mane Jarnović (Giornovicchi) (?1745-1804) živio je vjerojatno preko 60 godina i bio svjetski poznat violinist i skladatelj. Umro je naglo igrajući biljar pa se pretpostavlja da je nagla srčana smrt ili moždano krvarenje. Isusovac **Juraj Mulih** (1694-1753), pisac, glazbenik i skladatelj, općenito učen čovjek, umro je naglo, vjerojatno od srčane bolesti. **Mihajlo Širobold-Bolšić** (1724-1787), pjesnik, matematičar i glazbenik, umro je - pretpostavlja se - od upale pluća.

U kontinentalnoj Hrvatskoj djelomično je u nas djelovao **Ivan Krstitelj Vanhal** (1739-1813). U starosti je imao duševne smetnje, od kojih se oporavio, a umro je od naglog srčanog zatajenja.

Ivan Werner (1752-1786) umro je vjerojatno od tuberkuloze, a Leopold Ebner (1769-1830) u starijoj dobi od neke kronične bolesti.

.....

„Doktore, dajte mi potvrdu!“

Sabao dr. Senad Muslić

• *Ordinacije obiteljske medicine vrlo su zanimljivo i nadasve inspirativno mjesto za mnoge pacijente koji, osim zbog bolesti, dolaze i po raznovrsne potvrde i „potvrde“ o svom zdravstvenom stanju. Da bi izdao potvrdu lječnik treba pregledati pacijenta i zdravstveni karton pa zatim ispisati potvrdu. Ali, prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja potvrdu ne smije naplatiti bez obzira u koje svrhe će je osiguranik HZZO-a koristiti. Osim svakodnevnih zahtjeva za "rutinske" potvrde, ovdje možete pročitati s kojim sve zahtjevima osiguranici dolaze, a za neke od njih zasigurno se može reći „vjerovali ili ne“.*

- Molim vas potvrdite mi da mi je majka živa radi primanja strane mirovine.
- Poslali su me iz županije da mi napišete potvrdu da nisam sposobna za nikakav rad da bi mi mogli dalje давати zdravstveno.
- Poslali su me iz zavoda za zapošljavanje da mi date potvrdu da ne mogu raditi kako me ne bi stali na uređivanje javnih površina.
- Trener biciklizma me je poslao da mi napišete da sam zdrav i da mi izvadite feritin kako bih mogao na natjecanje.
- Sindikalni povjerenik mi je rekao da od vas uzmem potvrdu da više nisam sposobna obavljati posao (službenica je u pošti) kako bi me oni mogli predložiti za tehnološki višak.
- Treba mi potvrda da ne bolujem od duševnih bolesti jer idem na tečaj za kuhara i rekli su mi da mi vi to morate ispisati.
- Doktorice, dižem kredit u banci pa mi treba vaša potvrda.
- Evo, došao sam da mi napišete potvrdu pa da me oslobođe od plaćanja TV pristojbe.
- Hoćete li mi ispisati potvrdu za smještaj roditelja u dom?



- Poslali me iz medicine rada da mi ispišete potvrdu da sam zdrav.

- Ja sam vam u lovačkom društvu pa mi treba potvrda za obnavljanje dozvole.

- Idem na mjesec dana u inozemstvo pa mi treba potvrda od kojih bolesti bolujem i što pijem.

- Ispišite mi potvrdu za CZZS za tuđu njegu i pomoći!

- Treba mi potvrda da je roditelj živ za podignuti mirovinu na banku.

- Molim putni nalog s pratnjom jer se ne znam snaći u bolnici.

- Napišite mi potvrdu da je moj sin zdrav da može ispred udruge za maligne bolesti ići u Makarsku (umjesto sestre koja je izlječena pa na to više nema pravo).

- Treba mi potvrda da sam Vaš pacijent? Za što? Za policiju, da mogu dobiti dozvolu za nošenje oružja. Pa valjda Vam onda treba potvrda za medicinu rada? Ne, tu ste mi već dali nekidan, zar se ne sjećate? Sada mi treba potvrda da sam vaš pacijent, da bi vam mogli poslati obavijest da imam dozvolu za nošenje oružja.

- Doktorice ja bih htio biti nogometni sudac, ali ne mogu ništa bez vaše potvrde.

- Meni treba potvrda da sam živ da bih mogao dizati inozemnu penziju. Znate, kod bilježniku se to plaća, a ovi na šalteru su mi rekli da je kod vas besplatno.

- Doktorice, trebam potvrdu da je baka dobro, znate, trebamo za bilježnika, radi se o naslijedstvu (prošli mjesec su tražili smještaj u bolnicu jer s njom više ne mogu doma).

- Ako mi vi napišete potvrdicu da je moj sin nek bolestan, ne budi trebala platiti puni cijenu za vrtić. Znam da dosad nije bil bolestan, ali mi ipak to napišite!

- Znate, ja imam neko osiguranje pa su oni tamo rekli da mi vi morate napisati neku potvrdu.

- Treba mi potvrda da mogu automobilom do groba na Mirogoju. Rekli su mi da vi dajete takvu potvrdu.

- Molim vas potvrdu da sam bila bolesna od ... do pa nisam mogla ići na fitnes World Class Health Academy, inače moram platiti.

- Molim te daj mi potvrdu za stipendiju za sina. Raspisa se natječaj pa bi sin preda! Reka mi je da bi bilo dobro i na engleskom. - Molim vas da pošaljete dopis u Zapovjedništvo kopnene vojske i tražite moj ratni put.

- Molim da mi ispunite (na engleskom) potvrdu da sam zdrava jer idem u Indiju studirati.

- Treba mi potvrda sa smijem biti navijačica (možda bi zbog Dinamovih rezultata mogla dobiti infarkt?)

- Treba mi potvrda da sam zdrav da mogu dignuti kredit (poslije je tražio potvrdu da je bolestan pa zato kredit ne može otpaćivati).





- Moram imati potvrdu za lijekove kad idem u inozemstvo jer ne plaćam carinu ako vide da je to sve za mene.
- Napišite mi da ja moram imati Helex kod sebe, ako me na moru uhvati policijska racija u kafiću.
- Ne mogu nositi lijekove u avion bez vaše potvrde (možda bi s kutijom Brufena izveo teroristički napad?).
- Molim vas potvrdu da smijem nastupiti na natjecanju ribiča s udicama (valjda može ako ima dvije ruke i nije slijep).
- Potvrda da ima hemoroide i da zato može voziti autobus samo u jutarnjoj smjeni.
- Potvrda da je prije četiri godine slomio klavikulu pa ne može raditi sklekove na tjelesnom.
- Potvrda za tatu da ne boluje od duševnih niti zaraznih bolesti jer će dobivati ručak iz kuhinje doma za stare i nemoćne.

- Potvrda da je duže od tri mjeseca na bolovanju, pa od HŽ-a dobiju naknadu za dugotrajno bolovanje.
- Treba mi potvrda za kćer jer bi htjela ići u mažoretkinje.
- Potvrda da je alergičan na sintetsku kapu Djeda Mraza jer ga vlasnik trgovine tjera da je nosi u božićno vrijeme.
- Potvrda da je zdrav da bi kod medicine rada mogao dobiti potvrdu za vozačku dozvolu i dozvolu za nošenje oružja.
- Potvrda da djelatnik vojske može obavljati motoričku provjeru.
- Potvrdu za mamu i tatu da su živi, kako bi mogli i dalje dobivati inozemnu mirovinu.
- Molim potvrdu za ženu da nemrem više od dvaput odjedanput.
- Poslao me odvjetnik da mi napišete potvrdu da sam bio bolestan i nisam mogao

na ročište, i potvrdu da ni slijedeći put ne mogu doći.

- MUP telefonom radi dozvole za nošenje oružja: Stranka je potpisala da je vaš pacijent, naknadno je utvrđeno da nema liječnika, upišite ga, izdajte potvrdu pa da to riješimo!

- Bila sam na socijalnom, poslali me k vama, ako mi napišete potvrdu da sam ne-pokretna, dat će mi jednokratnu pomoć.

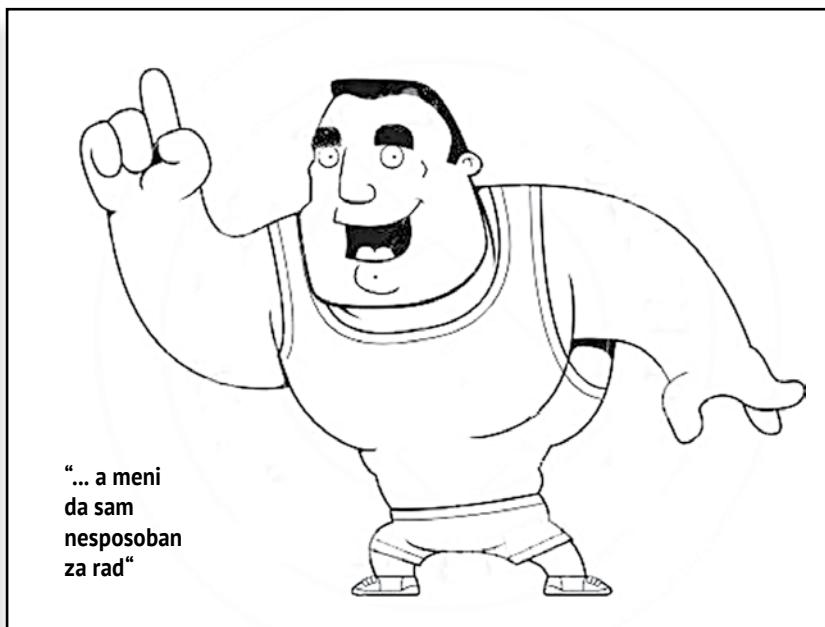
- Roditelji traže ispričnicu za srednjoškolca da je taj dan imao proljev (bio je pijan i policija ga je prijavila za narušavanje javnog reda).

- S fakulteta ga poslali po potvrdu da je bio teško bolestan da ne bi dalje morao plaćati školarinu.



- Za brod poslali me kod vas po potvrdu da sam zdrav, tamo mi liječnički rekli da neće potpisat...rekli su da ne smijete napisati da bolujem od...(GIST! hitna op., stao cijeli brod u inozemstvu). Nastavak slijedi!

.....



Kongresi, simpoziji i predavanja

Upućujemo organizatore da stručne skupove prijavljuju isključivo putem web stranice Hrvatske lječničke 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 gđe Tatjane Babić, dipl.iur. i gđe 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 lječničku komoru, Povjerenstvu za medicinsku izobrazbu lječnika, Šubićeva 9, Zagreb ili na fax: 01/4655-465.

Za prijavu stručnog skupa u Kalendaru "Lječničkih novina" molimo organizatore da na gornje brojeve telefona ili na e-mail dostave slijedeće podatke: naziv skupa, organizatora, mjesto i datum održavanja skupa, kontakt osobu, telefon, fax, e-mail i kotizaciju.

Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak "Lječničkih novina", pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju isto dogovoriti s poduzećem za marketing "Bonamark" (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01 4922 952, tel 01/4818 600) i to po postojećem cjeniku za oglašavanje u "Lječničkim 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 lječnička komora

HLZ, gen. HLZ-a - Hrvatski lječnički zbor

HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KB - Klinička bolница

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 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
 Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijedenog bolesnika
 – Evropski trauma tečaj (ETC – European Trauma Course)
 Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AVD) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS – Immediate life support)
 Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku
 Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2014. 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 anestezijologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci

Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2014. godine

Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: djavor@medri.hr

Hrvatsko psihijatrijsko društvo – Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga lječnika PZZ - 140 radionica
 Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

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

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

Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju

Zagreb, jednom mjesечно

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

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran

Lovran, tijekom cijele godine

Nataša Možetić, tel.: 051/710-212

200,00kn

Gerontološke tribine za lječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije

Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728

Tijekom 2014. god.

Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

Klinika za neurologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb,
Referentni centar MZRH za epilepsiju
Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju
od 30 radnih dana
Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-344, 2388-374
e-mail: centar-za-epilepsiju@net.hr

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb
Mjesečno, tijekom 2014. 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 2014.god.
Helena 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 2014.god.
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830
10.500,00kn

Farmakoepidemiološka tribina "Lijekovi i ..."

Referentni centar za farmakoepidemiologiju MZ RH, Nastavni zavod
za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"
Tijekom 2014., 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 2014. – trajna edukacija
Prof.dr.sc. Vjeran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937
12.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

Hrvatsko društvo za akupunkturu (HLZ)
Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesečno (18 sati)
Dr.Dalibor Veber, e-mail: dr.thew@yahoo.com, GSM: 091/4748493
<http://www.medicinska-akupunktura.com/>
15.000,00 kuna

Endokrinološki bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za endokrinologiju,
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, tijekom cijele godine
Dr.sc. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014, www.endokrinologija.com.hr
250,00kn

**Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog
vanjskog defibrilatora**

HLZ, HD za reanimatologiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Pandak Tatjana, mob.: 091/5618-814
500,00kn

Smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

30. hrvatska proljetna pedijatrijska škola - on-line tečaj

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, HD za školsku i sveučilišnu
medicinu, KBC Split
on-line – 02.05.2013. – 28.02.2014.
Prof.dr.sc. Vjekoslav Krželj, tel.: 021/556-793,
e-mail: krzelj@kbsplit.hr, <http://hpps.kbsplit.hr>
700,00kn

MSD akademija on-line

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line – 09.10.2013. – 31.01.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905

Erektilna disfunkcija

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.02.-01.06.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Respiratori kontinuum

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line 20.12.2013. do 01.05.2014.
www.plivamed.net
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

**Ultrazvučna dijagnostika razvojnog poremećaja kuka kod
djece**

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, trajanje 20 dana, tijekom cijele godine
Prim.dr.sc. Gordana Miličić, dr.med., mob.: 091/4600-108, e-mail:
gmilicic55@gmail.com
9.000,00kn

**Osnovni i napredni tečaj endoskopije gornjeg i donjeg
dijela probavnog trakta**

KB Merkur
Zagreb, 02.12.2013.-31.12.2014., kontinuirano
Dr. Bruno Škurla, mob.: 098/238-337

**Kontinuirani tečaj 2014. – Nove smjernice u liječenju
akutnih i kroničnih rana**

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Suvremenih tretman rana i osnove zbrinjavanja stoma

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 01.01.-31.12.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905, www.e-medikus.com

On-line tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka I dio

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 27.01.-22.12.2014.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-920

On-line tečaj za autore sustavnih preglednih članaka II dio

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 27.01.-22.12.2014.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-920

Edukacija i znanost u onkologiji

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 27.01. – 30.06.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905

Respiratorna medicina

C.T. Poslovne informacije d.o.o. Zagreb, Časopis Medix
Časopis Medix prosinac 2013.; siječanj-ožujak 2014.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083; mob.: 098/289-819

Tečaj kontinuirane edukacije zbrinjavanja akutnih i kroničnih rana

KB „Merkur“
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob: 098/9829-360

Tečaj kontinuirane edukacije zbrinjavanja akutnih i kroničnih rana

KB „Sveti Duh“
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob: 098/9829-360

VELJAČA

Hipertenzija i dalje vodeći uzrok smrtnosti u svijetu

Servier Pharma d.o.o.
Zagreb, 20.02.2014.
Marija Bobinac, mob.: 091/6551-551

Najnovije spoznaje, vještine i tehnike uspostave dišnog puta

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 20.-21.02.2014.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
1.875,00kn

3. hrvatski rinološki kongres s međ.sud.

HLZ, HD za ORL
Zagreb, 20.-22.02.2014.
Andrea Dragičević, Spektar putovanja d.o.o., tel.: 01/4862-615,
e-mail: andrea@spektar-holidays.hr
1.500,00kn

Kontrola sterilizacije u zdravstvenim ustanovama

Hrvatski zavod za telemedicinu
Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 20.02.2014.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Ultrazvuk štitnjače i površinskih struktura glave i vrata

HLZ, Hrv. senološko društvo
Zagreb, 20.02.-26.04.2014.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
6.500,00kn

Biomedical informatics

MEF Sveučilišta u Osijeku
Osijek, 21.02.2014.
EOQ QM Mišo Debeljak, univ.bacc.oec.
200,00kn

Primjena zofenoprila u liječenju hipertenzije i liječenju nakon infarkta miokarda

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Krapina, 21.02.2014.
Ivana Dugandžić, mob.: 099/2110-164

Prevencija kardiovaskularnih bolesti

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 21.-22.02.2014.
Duška Glavaš, mob.: 091/5345-088

Posttraumatski stres i/ili posttraumatski uspjeh

Udruga Breza
Brodski Stupnik, 21.-22.02.2014.
Dr. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920,
e-mail: salutogeneza1@gmail.com; www.breza.hr
do 15.12.2013. – 550,00kn, poslije 15.12.2013. – 650,00kn

Simpozij – Hepatitis vikend

HLZ, HD infektologa
Beli Manastir, 21.-23.02.2014.
Nevenka Jakopović, mob.: 091/4012-681

Hepatitis vikend 2014

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Beli Manastir, 21.-23.02.2014.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/4651-214

SUTRA – Samoliječenje u trudnoći i tijekom dojenja (Primjena bezreceptnih lijekova i ostalih bezreceptnih pripravaka u trudnoći i dojenju – sigurnost i rizici)

Hrvatsko farmaceutsko društvo
Osijek, 22.02.2014.
[http://www.sutra.com.hr/vijesti/tecajevi-strucnog-usavršavanja-za-zdravstvene-djelatnike-novi-termini-diljem-hrvatske;](http://www.sutra.com.hr/vijesti/tecajevi-strucnog-usavršavanja-za-zdravstvene-djelatnike-novi-termini-diljem-hrvatske)
tel.: 01/4872-849

Zbrinjavanje kronične rane

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Sisak, 22.02.2014.
Marina Lokner, mob.: 098/220-406

Terapijska afereza

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Zagreb, 22.02.2014.
Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045, www.hdnat.org; e-mail:
tajnik@hdndt.org
500,00kn

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb
Zagreb, 22.02.2014.
Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964
750,00kn

Liječenje glaukoma jučer, danas, sutra

HLZ, Hrvatsko oftalmološko društvo
Rijeka, 22.-23.02.2014.
Katia Novak Lauš, mob.: 091/4009-077

Primjena zofenopril u liječenju hipertenzije i liječenju nakon infarkta miokarda

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Vukovar, 24.02.2014.
Ivan Žunec, mob.: 099/2696-726

Urinarne infekcije – prepoznavanje i liječenje

Udruga Medikus
Zagreb, 24.02.2014.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 24.-28.02.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Sadašnje stanje i daljnji razvoj Sveučilišta u Zagrebu

AMZH
Zagreb, 25.02.2014.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

Suvremeni pristup u liječenju hipertenzije i šećerne bolesti tipa 2

Novartis Hrvatska d.o.o.
Osijek, 25.02.2014.
Iva Kovačić, mob.: 091/4550-779

Važnost liječenja kronične venske bolesti u svakodnevnoj liječničkoj praksi

Servier Pharma d.o.o.
Čakovec, 25.02.2014.
Jelena Polimac, mob.: 091/6551-526

Hitna stanja u ginekologiji

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije
Zadar, 26.02.2014.
Ines Tudor, mob.: 098/537-076

Primjena zofenopril u liječenju hipertenzije i liječenju nakon infarkta miokarda

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Županja, 26.02.2014.
Ivan Žunec, mob.: 099/2696-726

Važnost liječenja kronične venske bolesti u svakodnevnoj liječničkoj praksi

Servier Pharma d.o.o.
Zagreb, 26.02.2014.
Jelena Polimac, mob.: 091/6551-526

Kontrola sterilizacije u zdravstvenim ustanovama

Hrvatski zavod za telededicinu
Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 27.02.2014.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Novine u oživljavanju

HLZ, Podružnica Split
Split, 27.02.2014.
Mare Radman, tel.: 021/348-033, e-mail: hlz-split@st.t-com.hr

Research Course “Implementing and publishing your rural research in biomedical journals”

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Zagreb, 27.02.-02.03.2014.
Anja Aleksić, Conventus Credo d.o.o., mob.: 099/4406-728
1.800,00kn

Fiberoptička intubacija u zbrinjavanju otežanog dišnog puta

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 27.-28.02.2014.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
1.875,00kn

Nove dijagnostičke pretrage u citologiji i mikrobiologiji karcinoma vrata maternice

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 28.02.2014.
Ivana Lukšić, mob.: 091/4678-026

Odabrane teme iz dijalize

KB „Merkur“
Zagreb, 28.02.2014.
Vesna Mlinarić, Poliklinika Avitum, tel.: 01/2399-290

Primjena bilastina u liječenju sezonskog i cjelogodišnjeg alergijskog rinokonjuktivitisa i urticarija

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Pula, 28.02.2014.
Vjekoslav Rade, mob.: 099/2696-727

Grand Course: The Cardiovascular Disease Continuum in the Era of Evidence Based Medicine

Hrvatsko kardiološko društvo

Zagreb, 28.02.-01.03.2014.

Spektar putovanja d.o.o., Marina Štefanac, tel.: 01/4862-611

OŽUJAK

Osnovno održavanje života i upotreba vanjskog defibrilatora

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 01.03.2014.

Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

450,00kn

Najnovije terapijske i dijagnostičke smjernice u pedijatriji

Klinika za dječje bolesti Zagreb

Zagreb, 01.03.2014.

Ivan Pavić, tel.: 01/4600-237, e-mail: ipavic01@gmail.com

Kronična rana

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine

Dubrovnik, 01.03.2014.

Sonja Barać, mob.: 091/5199-563

Obojeni dopler u ispitivanju ekstrakranijske moždane cirkulacije

HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje

Zagreb, 03.-08.03.2014.

Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282

5.000,00kn

Tečaj obnove znanja i vještina liječnika izvanbolničke hitne medicinske pomoći

Zavod za hitnu medicinu grada Zagreba

Zagreb, 03.-04.03.2014.

Tatjana Pandak, mob.: 091/4100-261

Primjena bilastina u liječenju sezonskog i cjelogodišnjeg alergijskog rinokonjuktivitisa i urtikarija

Berlin Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.

Maruševec, 05.03.2014.

Ana Begović, mob.: 099/7342-156

Kako liječnik i ljekarnik suradnjom mogu unaprijediti skrb za svog pacijenta

MEF Sveučilišta u Splitu

Varaždin, Zadar, Split, Dubrovnik, Osijek, Slavonski Brod, Bjelovar, zagreb, Rovinj – 05.-31.03.2014.

Rane – principi i postupci liječenja

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 06.-07.03.2014.

Marina Mamić-Pavelić, tel.: 01/2902-569

700,00kn

Ultrazvuk u jedinici intenzivnog liječenja

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta

Zagreb, 06.-07.03.2014.

Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194

1.875,00kn

Rane – moderni postupci liječenja

Sekcija za rane HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju (HDPREK) i KL. za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB „Dubrava“

Zagreb, 06.-07.03.2014.

Marina Mamić-Pavelić, dr. S. Budi, tel.: 01/2902-569, fax.: 01/2901-451

Lasersko liječenje glaukoma

MEF Sveučilišta u Osijeku

Osijek, 07.03.2014.

EOQ QM Mišo Debeljak, univ.bacc.oec.ec., tel.: 031/399-612

600,00 i 400,00kn

Personalizirana medicina: novi medicinski i društveni izazovi

HAZU

Rijeka, 07.03.2014.

Jelena Lončarek, tel.: 051/334-542

Zbrinjavanje karotidne bolesti

HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje

Zagreb, 07.-08.03.2014.

Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282

500,00kn

Transkranjska dopler sonografija u djece

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Kl. za dječje bolesti Zagreb

Zagreb, 07.-08.03.2014.

Lana Lončar, mob.: 091/5015-619

2.000,00kn

Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u hitnoj medicini

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 07.-09.03.2014.

Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

1.200,00kn

SUTRA – Samoliječenje u trudnoći i tijekom dojenja (Primjena bezreceptnih lijekova i ostalih bezreceptnih pripravaka u trudnoći i dojenju – sigurnost i rizici)

Hrvatsko farmaceutsko društvo

Rijeka, 08.03.2014.

<http://www.sutra.com.hr/vijesti/tecajevi-strucnog-usavrsavanja-za-zdravstvene-djelatnike-novi-termini-diljem-hrvatske;>
tel.: 01/4872-849

Dopler sonografija intrakranijske cirkulacije

HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje

Zagreb, 10.-15.03.2014.

Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282

5.000,00kn

Ultrasound in primary, emergency and critical care medicine, USLS BL-1 provider

HLZ, HD za internu medicinu

Zagreb, 10.-11.03.2014.

Prof.dr. Radovan Radonić, tel.: 01/2767-477; mob.: 091/5491-930, e-mail: rradonic@gmail.com

1.000,00kn

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 12.03.2014.

Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 12.03.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Utapanje

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije

Zadar, 12.03.2014.

Ines Tudor, mob.: 098/537-076

Osnovno održavanje života i upotreba vanjskog defibrilatora

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 14.03.2014.

Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877
450,00kn

Primjena načela HACCP sustava u domovima za starije i nemoćne osobe u Istarskoj županiji

ZJZ županije Istarske

Pula, 14.03.2014.

Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

Bubrežna bolest – čimbenici rizika od djetinjstva do starosti

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju

Zagreb, 14.03.2014.

Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045, www.hdnat.org; e-mail: tajnik@hdndt.org

Tečaj Primarna obrada rane i šivanje

Aesculap akademija d.o.o.

Klinika za ortopediju KBC Zagreb 14. i 15. 3. 2014.

Hondlova 2/9, 10000 zagreb

Sonja Šikić, sonja.sikic@bbraun.com

091 2356 748

Bol – Peti vitalni znak – 5. kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine s međ.sud.

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine

Zagreb, 14.-16.03.2014.

www.dnoom.org

2.000,00kn

Uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite u otkrivanju i liječenju virusnih hepatitisa C

HULOH Hepatos

Split, 15.03.2014.

Marijana Spahija, tel.: 021/459-988

Vrijednog UVZ doppler dijagnostike aterosklerotskih promjena krvnih žila

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 17.03.2014.

Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592

Suvremeno liječenje kardiovaskularnih bolesti

Pliva Hrvatska d.o.o.

Zagreb, 17.03.2014.

Matej Herceg, mob.: 099/2530-320

Laboratorijska dijagnostika parazitarnih infekcija

HLZ, HD za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju

Zagreb, 17.-18.03.2014.

Dr. Mario Sviben, tel.: 01/4863-269

2.000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 17.-21.03.2014.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718

3.500,00kn

190. Gerontološka tribina – Nove spoznaje u prevenciji, dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji moždanog udara u starijih osoba

Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 18.03.2014.

Marica Lukic, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164, e-mail: marica.lukic@stampar.hr; gerontologija@stampar.hr

Simpozij 20 godina IVF-ICSI u KB Sveti Duh

KB „Sveti Duh“ – Klinika za ginekologiju

Zagreb, 18.03.2014.

Dr. Renato Bauman, Biserka Milić, tel.: 01/3712-317

Apoptoza i novotvorine

HAZU

Zagreb, 18.03.2014.

Vesna Očak-Sekulić, tel.: 01/4895-171

200,00kn

Simpozij – Klinička uporaba opioida

HLZ, HD za liječenje boli

Split, 19.03.2014.

Dr. Marko Jukić, mob.: 091/5739-049

Multipla skleroza i neurorehabilitacija

Spec.bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik

Lipik, 19.03.2014.

Dr. Oto Kraml, mob.: 098/497-575,

e-mail: oto.kraml@bolnica-lipik.hr

6. hrvatski kongres hematologa i transfuziologa s međ. sud.

HLZ, HD za hematologiju i transfuziologiju

Rovinj, 20.-23.03.2014.

Dr. Ana Hećimović, tel.: 01/4600-334

Do 20.02. – 1.700,00kn, nakon 20.02. – 2.100,00kn

Ultrazvuk abdominalnih organa

HLZ, Hrv. senološko društvo

Zagreb, 20.03.-31.05.2014.

Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677

9.500,00kn

Dijagnostika bolesti stražnjeg segmenta oka

MEF Sveučilišta u Osijeku

Osijek, 21.03.2014.

EOQ QM Mišo Debeljak, univ.bacc.oec., mob.: 091/2241-420

500,00 i 350,00kn

OSI – dijagnostika i terapija

OB „Dr. Josip Benčević“

Slavonski Brod, 21.-22.03.2014.

Ana Đanić Hadžibegović, tel.: 035/201-440

500,00 i 250,00kn

Sekundarna prevencija u pedijatriji

OB „Dr. Josip Benčević“

Slavonski Brod, 21.-23.03.2014.

Mario Blekić i Blaženka Kljajić Bukvić, tel.: 035/201-335

700,00kn

**SUTRA – Samolječenje u trudnoći i tijekom dojenja
(Primjena bezreceptnih lijekova i ostalih bezreceptnih pripravaka u trudnoći i dojenju – sigurnost i rizici)**

Hrvatsko farmaceutsko društvo

Split, 22.03.2014.

<http://www.sutra.com.hr/vijesti/tecajevi-strucnog-usavršavanja>

-za-zdravstvene-djelatnike-novi-termini-diljem-hrvatske;

tel.: 01/4872-849

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb

Zagreb, 22.03.2014.

Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964

750,00kn

Oncologic challenges in endocrinology

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 22.-24.03.2014.

Maja Radman, mob.: 091/1556-274

Aktivnosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti

HAZU

Zagreb, 25.03.2014.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

25. znanstveno-stručno-edukativni seminar s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom - DDD i ZUPP'14

Korunić d.o.o.

Split, 25.-28.03.2014.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

1.000,00kn

**Model donorskog programa KBC Sestre milosrdnice –
Prikaz multidisciplinärne prakse u JIL**

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta

Zagreb, 27.-28.03.2014.

Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194

1.875,00kn

Suvremeni pristupi u dijagnostici i liječenju tumora dojke

MEF Sveučilišta u Osijeku

Osijek, 28.-29.03.2014.

EOQ QM Mišo Debeljak, univ.bacc.oec., tel.: 031/399-601

800,00 i 400,00kn

Poslijediplomski tečaj Klinička endokrinologija

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 28.-29.03.2014.

Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja

Ravna Gora, 28.-30.03.2014.

Dr. Tvrtko Pervan, tel.: 01/3313-031

2.500,00kn

**SUTRA – Samolječenje u trudnoći i tijekom dojenja
(Primjena bezreceptnih lijekova i ostalih bezreceptnih pripravaka u trudnoći i dojenju – sigurnost i rizici)**

Hrvatsko farmaceutsko društvo

Zadar, 29.03.2014.

<http://www.sutra.com.hr/vijesti/tecajevi-strucnog-usavršavanja>

-za-zdravstvene-djelatnike-novi-termini-diljem-hrvatske;

tel.: 01/4872-849

TRAVANJ

Organizacija trajne izobrazbe liječnika nakon ulaska Republike Hrvatske u EU

Hrvatska liječnička komora

Zagreb, 04.04.2014.

Tajana Pilko Koštan, tel.: 01/4500-830, www.simpozijhlk2014.org

500,00kn za sudionike i izlagače (600,00kn na dan održavanja simpozija); 400,00kn za umirovljenike i specijalizante; 300,00kn za

prateće osobe (350,00kn na dan održavanja simpozija)

Osnove kirurškog šivanja rane

Adria Med j.d.o.o.

Pazin, 05.04.2014.

Tomislav Furlan, mob.: 091/4861-001

500,00kn

**Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad
u izvanbolničkoj hitnoj službi**

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 07.04.2014.

Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

**191. Gerontološka tribina – Značenje prevencije
i dijagnostike infekcija koje prenose vektori u starijoj
dobi**

Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 07.04.2014.

Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164,

e-mail: marica.lukic@stampar.hr; gerontologija@stampar.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 07.-11.04.2014.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,

mob.: 098/235-718

3.500,00kn

Hrvatska proljetna pedijatrijska škola

HLZ, Hrv. pedijatrijsko društvo, HD za školsku i sveučilišnu medicinu, KBC Split

Split, 07.-11.04.2014.

Prof.dr.sc. Vjekoslav Krzelj, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590,

e-mail: krzelj@kbsplit.hr; http://hpps.kbsplit.hr

1.000,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 09.04.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

7. hrvatski onkološki kongres

HLZ, Hrvatsko onkološko društvo

Rovinj, 10.-13.04.2014.

Ines Rosandić, Penta d.o.o., tel.: 01/4628-608

2.300,00kn

Najčešće neuropatije i miopatije

KBC Zagreb, Kl. za neurologiju, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLK, HLZ

Zagreb, 11.04.2014.

Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408;

e-mail: predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr; ervina.bilic@mef.hr

600,00kn specijalisti, 300,00kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

**Uloga zdravstvenih djelatnika u redu predškolske
ustanove**

ZJZ županije Istarske

Pula, 11.04.2014.

Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

**1. hrvatski neuroradiološki sastanak
sa međunarodnim sudjelovanjem**

HLZ, Neuroradiološka sekcija Hrvatskog radiološkog društva Split, 11.-13.04.2014.

Tatjana Mrzljak, tel.: 01/4616-520

1.100,00kn

**IX Adriatic Vascular Ultrasound Society Meeting about
Vascular Ultrasonography and Imaging**

Jadransko vaskularno ultrazvučno društvo

Opatija, 11.-13.04.2014.

Novacon d.o.o., Javor Vučić, mob.: 091/5075-134

1.500,00kn

Poslijeoperacijska rehabilitacija ortopedskog bolesnika

Akromion

Zagreb, 12.04.2014.

Elvira Gospočić Pavetić, tel.: 049/587-489, mob.: 095/2587-489

Tumori mozga u dječjoj dobi

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 14.04.2014.

Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592

Patološki nalazi u EKG-u

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije

Zadar, 16.04.2014.

Ines Tudor, mob.: 098/537-076

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb

Zagreb, 19.04.2014.

Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964
750,00kn

Suvremeno liječenje kardiovaskularnih bolesti

Pliva Hrvatska d.o.o.

Zagreb, 21.04.2014.

Matej Herceg, mob.: 099/2530-320

2. kongres hitne medicine s međ.sud.

HLZ, HD za hitnu medicinu i HUMS, Društvo hitne medicinske pomoći

Starigrad Paklenica, 24.-26.04.2014.

361° d.o.o., tel.: 01/8892-361, fax.: 8892-362, e-mail:
info@361events.hr, www.hdhm.com.hr

Liječnici članovi HDHM 1.300,00kn, ostali 1.600,00kn, MS/MT,
specijalizanti 900,00kn

XXI. kongres obiteljske medicine

HUOM

Split, 24.-26.04.2014.

Dr. Marion Tomičić, mkob.: 091/5429-293
1.500,00kn

IV. Požeški infektološki dani, s međ.sud. – Hitna stanja i najčešći infektivni sindromi u infektologiji

HD za infektivne bolesti HLZ-a, HD za kl. mikrobiologiju HLZ-a, Hrv. epidemiološko društvo HLZ-a, ZJZ Požeško-slavonske županije, OŽB Požega, DZ Požeško-slavonske županije, Zavod za hitnu medicinu Požeško-slavonske županije Požega, 25.-27.04.2014.

Za stručni dio: zdravko.andric@po.t-com.hr; smještaj i kotizacije: Zoa Tours – zoa-tours@po.t-com.hr 800,00kn za specijaliste, 500,00kn za specijalizante te med.sestre i tehničare

Polytrauma Symposium

HLZ, Hrv. traumatoško društvo Zagreb, 26.-27.04.2014. Tatjana Mrzljak, tel.: 01/4616-520 1.200,00kn

SVIBANJ

Anorexia nervosa, Bulimia

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11 Zagreb, 07.05.2014. Tajništvo, tel.: 01/4862-501 60,00kn

5. kongres hrvatskih dermatovenerologa s međ.sud.

HDVD HLZ-a Zagreb, 08.-11.05.2014. Andrea Dragičević, tel.: 01/4862-615, 4862-622, www.croderma2014.org za članove HDVD-a 1.500,00kn do 31.01.; 2.000,00kn nakon 01.02.; specijalizanti 500,00kn do 31.01., 750,00kn nakon 01.02. za ostale 1.700,00kn do 31.01.; 2.200,00kn od 01.02.; specijalizanti 600,00kn do 31.01.; 850,00kn od 01.02.

6. hrvatski kongres o debljini s međ.sud.

HLZ, HD za debljinu Šibenik, 08.-11.05.2014. Ljubica Grbić, dipl.oec., Studio Hrg, tel.: 01/6110-449 1.875,00kn

Suradnja Grada Pule i ZZJZ IŽ u implementaciji HACCP sustava u pulske osnovne škole i unapređenju kvalitete prehrane

ZJZ županije Istarske Pula, 09.05.2014. Lorena Lazaric Stefanović, tel.: 052/529-000

8. međunarodni kongres HD za nuklearnu medicinu

HD za nuklearnu medicinu, O-tours d.o.o. Šibenik, 09.-12.05.2014. Prof.dr.sc. Dražen Huić, KBC Zagreb, tel.: 01/2388-587 O-tours d.o.o., Tatjana Jurčić, tel.: 01/4831-444, mob.: 098/9805-716, e-mail: tatjana.jurcic@otours.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb Zagreb, 12.-16.05.2014. Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718 3.500,00kn

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije Pula, 14.05.2014. Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 14.05.2014. Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Osnove obiteljske terapije

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11 Zagreb, 14.05.2014. Tajništvo, tel.: 01/4862-501 60,00kn

Ugrizi zmija te ostalih životinja

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije Zadar, 14.05.2014. Ines Tudor, mob.: 098/537-076

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (DDD trajna edukacija)

Korunić d.o.o. Zagreb Zagreb, 15.05. – 16.06.2014. Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341 700,00kn

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrv. senološko društvo Zagreb, 15.05.-19.07.2014. Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677 9.500,00kn

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb Zagreb, 17.05.2014. Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964 750,00kn

13. lošinjski dani bioetike

Hrvatsko bioetičko društvo, Hrvatsko filozofsko društvo, Grad Mali Lošinj Mali Lošinj, 18.-21.05.2014. Hrvoje Jurić, tel.: 01/6111-808, fax.: 01/6170-682, e-mail: bioethics.lozinj@gmail.com 1.500,00kn

Uloga ultrazvuka u dijagnostici akutnog abdomena

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 19.05.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592

Suvremeno liječenje kardiovaskularnih bolesti

Pliva Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 19.05.2014.
Matej Herceg, mob.: 099/2530-320

192. Gerontološka tribina – Značajke termoregulacije u gerijatriji

Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 20.05.2014.
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164, e-mail: marica.lukic@stampar.hr; gerontologija@stampar.hr

3. hrvatski kongres iz liječenja boli s međ.sud.

HLZ, HD za liječenje boli
Osijek, 22.-24.05.2014.
Andrea Mršo, tel.: 031/511-531, fax.: 031/512-237, e-mail: mrsso.andrea@kbo.hr
2.000,00kn specijalisti, 1.500,00kn specijalizanti

5. kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

Conventus Credo d.o.o.
Šibenik, 22.-25.05.2014.
01/4854-696, fax.: 01/4854-580, e-mail: info@conventuscredo.hr
Rana za članove 1.300,00kn (do 15.03.2014.); Kasna za članove 1.600,00kn (od 16.03.2014.); Rana za ne članove 1.600,00kn (do 15.03.2014.); Kasna za ne članove 1.800,00kn (od 16.03.2014.); Za studente 500,00kn; Za specijalizante 1.000,00kn

Život nakon totalne laringektomije

KBC Zagreb, Kl. za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata
Zagreb, 23.-24.05.2014.
Dr. Mario Bilić, mob.: 098/614-183

Internationale satellite symposium health kinesiolog

Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Opatija, 24.05.2014.
Natalija Babić, tel.: 01/3658-645
380,00kn

Kronična bolest i dišni sustav

KBC Split, Kl. za dječje bolesti, Kl. za plućne bolesti Komiža, 29.-31.05.2014.
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-286, 556-303;
fax.: 021/556-590, e-mail: npavlov@kbsplit.hr
1.000,00kn

1. simpozij infektologa BiH i Hrvatske, s međ.sud.

Asocijacija infektologa BiH i HD za infektivne bolesti HLZ-a Tuzla, 29.-31.05.2014.
refija-pozegic@ukctuzla.ba; arnela.nuhanovic-smrko@ukctuzla.ba; humera.jahic@ukctuzla.ba
Specijalisti 100,00EUR, specijalizanti 75,00EUR, med.sestre i osobe u pratnji 50,00EUR

IV. balneološki skup „Dr. Ivan Šreter“

Spec.bol.za med.rehab. Lipik i HD za balneoklimatologiju i prirodne ljekovite činitelje HLZ-a
Lipik, 30.05.2014.
Dr. Oto Kraml, mob.: 098/497-575,
e-mail: oto.kraml@bolnica-lipik.hr
100,00kn

LIPANJ

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 02.-06.06.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 04.06.2014.
Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

AKS i reanimacija odraslih

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije
Zadar, 04.06.2014.
Ines Tudor, mob.: 098/537-076

Besplatna pomoć organizatorima medicinskih kongresa!

Kongresni ured Turističke zajednice Zagreba

• Ured pruža nepristranu i savjetodavnu potporu svim liječničkim stručnim društvima, organizatorima domaćih i međunarodnih kongresa, te pomaže prilikom procesa kandidature, od pomoći prilikom pripreme dokumentacije - izrade tzv. *bid book* dokumenta i, prema potrebi, sudjelovanja u pripremi posebne prezentacije.

Osim toga osigurava promotivne materijale predstavniciima nacionalnih udruga, koji imaju namjeru podnijeti kandidaturu, kao i odgovarajuće promotivne materijale za sudionike skupova koji se održavaju u Zagrebu, ali i šire.



• Za sve obavijesti i konkretnu pomoć zainteresirani organizatori skupova mogu se obratiti Kongresnom uredu Turističke zajednice grada Zagreba, 10000 Zagreb, Kaptol 5

Zlatan Muftić

- 01/4898 525 • zmufitic@zagreb-convention.hr
- Aleksandra Mandić-Kauzlaric
- 01/4898 520 • amandic@zagreb-convention.hr
- Martina Csiffary
- 01/4898 521 • mcsiffary@zagreb-convention.hr
- Jadranka Čubrić Drnjević
- 01/4898 523 • jcubric@zagreb-convention.hr
- ili na mrežnu stranicu

www.zagreb-convention.hr

Seminar za liječnike i fizioterapeute

HLZ, Podružnica Rijeka
Vodice, 08.-09.06.2014.
Aleksandar Stošić, tel.: 051/334-542

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 11.06.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb
Zagreb, 14.06.2014.
Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964
750,00kn

Radiološka dijagnostika patoloških promjena skrotuma

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 16.06.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592

KPR djece

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije
Zadar, 18.06.2014.
Ines Tudor, mob.: 098/537-076

SRPANJ

Akutna psihijatrijska stanja

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije
Zadar, 16.07.2014.
Ines Tudor, mob.: 098/537-076

KOLOVOZ

Trauma kralježnice i vrata

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije
Zadar, 13.08.2014.
Ines Tudor, mob.: 098/537-076

RUJAN

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 10.09.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

24. Znanstveni sastanak – Bolesti dojke

HAZU, Razred za medicinske znanosti, Odbor za tumore
Zagreb, 11.09.2014.
V. Sekulić, dr. Ivan Prpić, tel.: 01/4895-171
300,00kn

Dijagnostika i prevencija HPV infekcije

ZJZ županije Istarske
Pula, 12.09.2014.
Lorena Lazarac Stefanovic, tel.: 052/529-000

CT medijastinuma

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 15.09.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 22.-26.09.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Akutni abdomen

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije
Zadar, 24.09.2014.
Ines Tudor, mob.: 098/537-076

LISTOPAD

7. hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međ.sud.

HD za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi HLZ-a i HD za neuroznanost
Brela, 01.-04.10.2014.
Studio Hrg d.o.o. Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-450, fax.: 01/6110-452,
e-mail: kongres@studiohrg.hr; ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr;
www.alzheimer2014.com

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 08.10.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

2nd International Congress of hepatobiliary and Pancreatic Surgery

Udruga za promicanje kirurgije jetre, gušterića i žučnih vodova – HPV
Split, 08.-12.10.2014.
www.2nd-hpb-split.conventuscredo.hr
Conventus Credo d.o.o., marin@conventuscredo.hr, tel.: 01/4854-696, mob.: 099/3406-728

Infektivni rizici u turističkoj medicini

ZJZ županije Istarske
Pula, 10.10.2014.
Lorena Lazarac Stefanovic, tel.: 052/529-000

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb
Zagreb, 11.10.2014.
Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964
750,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 13.-17.10.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (DDD trajna edukacija)

Korunić d.o.o. Zagreb
Zagreb, 15.10. – 17.11.2014.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Mobility and Infection: Diagnosis and Management, ESCMID Postgraduate Education Course

ESCMID Study Group for Infections in Travellers and Migrants (ESGITM)
ESCMID Study Group for Infections int he Elderly (ESGIE)
Croatian Society of Infectious Diseases (CSID) oft he Croatian Medical Association
Infectious Diseases and Clinical Microbiology Specialty Society of Turkey (EKMUD)
University of Zagreb, School of Medicne Andrija Stampar School of Public Health
WHO Collaborating Centre for Occupational Health Dubrovnik, 16.-17.10.2014.
Nevenka Jakopović, e-mail: njakopovic@bfm.hr

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrv. senološko društvo
Zagreb, 16.10.2014.-03.01.2015.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
9.500,00kn

Anatomske varijante karotidnih i vertebralnih arterija s osrvtom na njihovu embiologiju i kliničko značenje

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 20.10.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592

STUDENI

Simpozij – Astma u djece

Sekcija za alergologiju i kliničku imunologiju Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a
Zagreb, 08.11.2014.
Darko Richter, tel.: 01/2376-521, mob.: 091/5076-396

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb
Zagreb, 08.11.2014.
Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964
750,00kn

Anksiozni poremećaj kod djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 10.11.2014.
Tajništvo, tel.: 01/4862-501
60,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 10.-14.11.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 12.11.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Konzervansi u hrani s posebnim osvrton na određivanje sorbata i benzoata

ZJZ županije Istarske
Pula, 14.11.2014.
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

Individualna psihoterapija djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 17.11.2014.
Tajništvo, tel.: 01/4862-501
60,00kn

Radiološki prikaz patologije paranasalnih šupljina

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 17.11.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592

7th Congress of the Croatian Neurosurgical Society

HLZ, Hrvatsko neurokirurško društvo
Zagreb, 20.-22.11.2014.
Studio Hrg d.o.o., Ljubica Grbić, dipl.oec., tel.: 01/6110-450
3.000,00kn

PROSINAC

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 01.-05.12.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 10.12.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Neurointervencijski postupci – prva iskustva u Kliničkom zavodu za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 15.12.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592