

Ljekničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA



“Mediji i zdravlje
u Grožnjanu”

Str. 9

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 19.000 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 19.000 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 Mahović
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. sc. Vladimir Mozetić
Dr. Senad Mušić
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 Lovasić
Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahović
Ingrid Márton • Hrvoje Minigo
Matija Prka • Dražen Pulanić
Livija 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@hlc.hr ili izravno uredniku.
Članci ne podliježe recenziji i uredništvo
se ne mora slagati s mišljenjem autora.
Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.
Mali oglasnik je za članove Komore besplatan.

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

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

Preplatnička služba HLK-a
Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465
Redakcija
Novinarka Andreja Šantek
01/ 45 00 848, e-mail: andreja.santek@hlc.hr

Oblikovanje A. Boman Višić
Tisak "Mediaprint - Tiskara Hrastić d.o.o."

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

RIJEČ PREDSJEDNIKA HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE 3
Zajedničkim istupom svih naših organizacija borimo se za bolji položaj liječnika

RIJEČ PREDSJEDNIKA HRVATSKOG LIJEĆNIČKOG ZBORA 4
Promišljanja HLZ-a o nekim temama stranom jeziku unatoč

IZ KOMORE 5
Liječnici protiv izmjena Zakona o reprezentativnosti • Tribina „Eutanazija danas“
Održana Motovunsko ljetna škola

MEDIJI I ZDRAVLJE 9
Tečaj u Grožnjanu

IZ HRVATSKOG LIJEĆNIČKOG ZBORA 26
Odsad MSD priručnici i u online verziji

IZ HRVATSKOG ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO 27
Borba protiv epidemija na području ugroženom poplavama

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA 33
„Tast the Mediterranean“ Šibenik 2014. • Pelvoperineologija • Dijabetes u PZZ-u i CroDiabGP

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 37
Posjet njemačkim liječnicima • Klinika za traumatologiju KBC-a „Sestre milosrdnice“
Sastanak akademika Kusića s prof. dr. Marijom Andersson u HAZU-u
3. Hrvatski kongres o liječenju boli

ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE SLUŽBE 39
Task shifting – prepuštanje liječničkog posla medicinski manje obrazovanima

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 43

ZAGREBAČKI MODEL UTVRĐIVANJA ETIOPATOGENEZE 52
Primjena etiopatogenetskih čvorova u kliničkoj praksi
Poremećaj hidracije i elektrolita u tijelu – II. dio

IZ AKADEMIJE MEDICINSKIH ZNANOSTI 57
Znanstvena djelatnost AMZH-a

NUTRICIONIZAM 60
Višak fruktoze – otrov!

FARMAKOEKONOMIKA 63
Racionalno liječenje i dugoročno planiranje zdravstvene potrošnje

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 65
Davanje željeza darivateljima krvi

FARMAKOVIGILANCIJA 67
Ibuprofen

KOLONOSKOPIJA 68
Probir na kolorektalni karcinom

OTOČNA MEDICINA 70
Projekt „Brod – poliklinika“

PISMO UREDNIŠTVU 72
Nitko neće u opću medicinu

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 73
Oftalmolog prof. dr. Andrija Španić

HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI 75
Prim. dr. Alma Butia-Car

LIJEĆNIČKA RATNA PRIČA 77
Jure Vujić: Borongajka je pala

USPOMENE I SJЕĆANJA 80
Tragom Frana Gundruma u Bugarskoj

UREDNIKOV KUTAK 82
Encomium Moriae

NOVE KNJIGE NAŠIH LIJEĆNIKA 83

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 84

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

Zajedničkim istupom svih naših organizacija borimo se za bolji položaj liječnika

- Prošlo je godinu dana od ulaska Hrvatske u EU. I dalje smo u recesiji. Naši članovi traže od Komore dokumente koji su im potrebni za zapošljavanje izvan domovine. Do 30. lipnja 2014., dakle tijekom prve godine našega punopravnog članstva u EU, 600 hrvatskih doktora medicine, mahom zaposlenih u bolničkom sustavu, dobilo je potrebne dokumente za odlazak na rad u inozemstvo. Odlazak na školovanje u inozemstvo posebno se evidentira, a možemo reći da se i smanjio zbog recesije u zemljama koje su ranijih godina stipendirale naše liječnike. Prema nekim izvorima već je oko stotinu uglavnom mlađih liječnika dalo otkaz i napustilo Hrvatsku. Uzimajući u obzir ukupnu populaciju liječnika, neki smatraju da ova brojka predstavlja samo uobičajenu migraciju na tržištu rada u EU, te da će se točna statistika moći prikazati tek nakon tri, pet i deset godina nakon ulaska naše zemlje u na otvoreno EU tržište rada. Jer, prema iskustvima nekih zemalja, brojni stručnjaci se nakon desetak godina vrati u matične zemlje. Međutim, s obzirom na dugogodišnji nedostatak liječnika u sustavu zdravstvene zaštite, na činjenicu da nam odlaze mlađi visokoeducirani i kompetentni kadrovi, te na činjenicu da odvode i svoje mlade obitelji, ovi podaci nas moraju zabrinuti. Bojimo se da ćemo uskoro imati ozbiljne poteškoće u zdravstvenoj zaštiti zbog nedostatka kadra, posebno mlađeg. Komora godinama upozorava na potrebu poduzimanja sustavnih mjera kako bi se ova loša pojava ublažila, a trend zaustavio. Istraživanja su pokazala da nisu samo materijalna primanja motiv odlaska u bogatije države. Uvjeti života i rada su bitni za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite. Osjećaj da svojem pacijentu niste u mogućnosti pružiti ono što mislite da je najbolje, iako imate znanja i vještine, vrlo je neugodan i frustrirajući. Iako su naši doktori svjesni činjenice da u okviru raspoloživih sredstava trebaju raditi najbolje što mogu, smeta im i žalosti ih činjenica da svom pacijentu ne mogu pružiti blagovremenu i najkvalitetniju skrb. Znamo da 472 eura godišnje za zdravstvo po stanovniku, koliko izdvaja Hrvatska, nije uopće usporedivo s EU prosjekom od 2700 eura, ali ponosni smo na činjenicu da su svi zdravstveni pokazatelji i sama kvaliteta zdravstvene skrbi začuđujuće dobri. Ipak, povećavaju se liste čekanja na dijagnostičke i terapijske postupke u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, a zadovoljstvo korisnika se smanjuje. Jasno nam je da bez gos-



podarskog oporavka neće biti više sredstava za zdravstvenu zaštitu, ali zbog toga treba odati priznanje našim doktorima i nastojati učiniti ono što se može kako bi bili zadovoljniji. Štrajk liječnika je u mirovanju. Nije potpuno riješen rad u smjenama i turnusima, iako znamo da je to neodrživo, posebice u sezoni godišnjih odmora. Nadam se da će novi ministar zdravlja, kako je najavio, poduzeti niz mjera da se poboljša položaj liječnika. Prema našim podacima najveće zanimanje za odlazak iz Hrvatske imaju mlađi bolnički specijalisti, a među njima prednjače anesteziolozi i kirurzi. Novi Zakon o reprezentativnosti, koji je u postupku u Saboru, još više slabi položaj liječnika, jer im praktički onemogućuje ravnopravno kolektivno pregovaranje, pa čak i legitimna sredstva iskazivanja nezadovoljstva, kao što je to štrajk. Zajedno s Hrvatskim liječničkim zborom, HUBOL-om i KoHOM-om poduzeli smo niz aktivnosti, koje smo odmah objavili na našoj web stranici i u newsletteru, a održali smo i zajedničku tiskovnu konferenciju. Iskazali smo svoj jedinstven stav, dali punu podršku Hrvatskom liječničkom sindikatu i zatražili od svih relevantnih čimbenika da se našim liječnicima kao nositeljima djelatnosti u zdravstvenom sustavu omogući puna zastupljenost u pregovorima sa svojim poslodavcem, Vladom RH. Zalažemo se i za strukovni kolektivni ugovor, za koji mislimo da bi najbolje zaštitio sva naša prava iz radnog odnosa, a u zemljama EU-a mogu se naći primjeri na koji način se ovakvi ugovori definiraju.

Kao na početku svakog ljeta, tako smo i ovog puta bili aktivni sudionici skupova u Grožnjanu i Motovunu u sklopu tradicionalnih tečajeva „Mediji i zdravlje“ te „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“. O svim pojedinstvima možete više pročitati u ovom i sljedećem

broju LN. Jedna od tema u Grožnjanu bila je izlazak HZZO-a iz Državnog proračuna RH. Ministar Vraga nas je svojom prezentacijom i na „okruglom stolu“ uvjерavao da je to jedan od ključnih poteza koje će učiniti i da će to doprinijeti boljoj zdravstvenoj zaštiti. Osobno sam izrazio poznati stav Komore, ponovio našu preporuku od prije nekoliko godina, ali uz uvjet da se osiguranici mogu dobiti iz osnovnog zdravstvenog osiguranja i što ne mogu dobiti, kako se ne bi stekao dojam da zdravstveni radnici nekom uskraćuju zdravstvenu zaštitu. Tema „Vrednovanje rada profesionalaca u zdravstvu - stručni, organizacijski, pravni i ekonomski aspekti“ o kojoj se uz aktivno sudjelovanje zamjenika ministra zdravlja, prim. mr. **Marijana Cesarića**, i v.d. ravnatelja HZZO-a, gđe. **Tatjane Prendić Trupić**, mag.ing. el. MBA, raspravljalo u Motovunu, odlično se uklopila u sve rasprave ovoga srpnja. Više o zanimljivim izlaganjima na ovu temu u rujanskom broju Liječničkih novina.

Ljeto je kao što vidimo puno događanja značajnih za našu profesiju. Moje je osobno mišljenje da pri donošenju važnih odluka treba dobro procijeniti korist i moguću štetu. Mislim da žurba s donošenjem Zakona o reprezentativnosti nije potrebna, tim više što će izazvati još veće nezadovoljstvo liječnika i zbog toga doprinijeti odluci za odlazak na rad u države Europske unije. Egzodus naših doktora nije se još dogodio u većim razmjerima i sad je krajnje vrijeme da se nešto poduzme kako bi se sprječio. Često govorim o jedinstvu liječničkog korpusa, a sada nam je to najpotrebnije. Poznato je da naši liječnici nikad nisu iznevjerili svoje pacijente, pa neće niti sada, ali isto tako očekuju da ih ne iznevjeri naša vlast.

Jesen će brzo doći, a nadam se da ćemo do tada „napuniti baterije“ za kvalitetno obavljanje svojih svakodnevnih zadataka na dobrobit naših korisnika. Oni koji to mogu, neka se dobro odmore i bar malo zaborave svakodnevnicu, prepustajući se čarima ljeta.

Podsjecam vas da krajem godine velik broj naših članova treba obnoviti svoje Odobrenje za samostalan rad (licencu). Provjerite koliko ste bodova skupili prema Pravilniku o trajnoj medicinskoj izobrazbi i jesu li vam ti bodovi upisani u vašu karticu. Poznato nam je da neki organizatori stručnih skupova nisu redovito slali popis sudionika, pa sudionicima tih skupova možda nisu registrirani bodovi. Srecom, još ima vremena. Možete skupiti bodove, ako vam nedostaju. Pogledajte našu web stranicu preko koje možete pratiti naš simpozij održan u travnju, nešto zanimljivo naučiti o trajnoj izobrazbi i dobiti 10 bodova.

Do sljedećeg uvodnika u rujnu ove godine srdačno vas pozdravljam i želim vam mirno ljetno.

**Vaš predsjednik,
prim. dr. Hrvoje Minigo**

Promišljanja HLZ-a o nekim temama stranom jeziku unatoč

• Ušli smo u ljeto no nema naznaka smirivanju aktivnosti u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Dapače, stanje iz dana u dan postaje sve zanimljivije. Dobili smo novog ministra zdravlja i novu ravnateljicu HZZO-a te održali nekoliko uvodnih sastanaka s novoizabranim čelnicima. Želimo im puno sreće i uspjeha na dobrobit svih nas u sustavu zdravstva. Očekivanja su kao i obično velika, a vremena baš i nema previše. Najavljeno je izdvajanje HZZO-a iz riznice i nadopuna nedavno usvojenog Master plana. Ako regulatori i finansijske institucije vjeruju da je izdvajanje HZZO-a iz riznice najbolje rješenje, nema razloga za oponiranje. Drugo je pitanje Master plan oko kojeg očekujemo konstruktivnu suradnju te možda ipak i uvažavanje nekih od prijedloga koji dolaze iz podružnica ili stručnih društava HLZ-a.

Održan je i vrlo zanimljiv tradicionalni skup u Grožnjanu pod nazivom Mediji i zdravlje na kojem su prorađene obje teme. Nesumnjivo se radi o važnim pitanjima i dobro je da postoje naznake političkog konsenzusa o ovim temama. Hrvatski liječnički zbor zbog svoje povijesti, ali i temeljne zadaće, ima obavezu promišljati sveobuhvatno položaj svojih članova i njihove interese, kao i interese struke u cjelini. HLZ treba promišljati puno dalje od ovoga trenutka i upozoravati na promjene koje nailaze, a kojih možda i nismo potpuno svjesni. Ponekad državni dužnosnici u obilju dnevnih obaveza i problema ne uočavaju predstojeće promjene.

Promišljujući skoru budućnost, HLZ ima obavezu ukazati i na neke od promjena koje se spremaju u zajednici kojoj pripadamo, a to je da se ne zaboravi Europska unija.

U prvom redu upozoravamo na „Transatlantic Trade and Investment Partnership“ kao nov oblik odnosa Europske unije i Sjedinjenih Američkih Država. Pojednostavljeno govoreći, radi se o spajaju tržišta i uklidaju velikog djela trgovinskih barijera. Ono što nas zanima svakako je sustav zdravstva, a promjene koje nailaze u nekim dijelovima su u najmanju ruku kontroverzne i mogle bi nas neugodno iznenaditi. Promjene koje takav ugovor donosi otvaraju ulazak krupnog kapitala u socijalne sustave zdravstva, koji su temelj većine zdravstvenih sustava u Europi. Dozvoljava se tržišna utakmica i u tom segmentu poslovanja, a uklidaju brojna lokalna pravila i ograničenja. Iako zdravstvo nije bilo predmet pristupnih pregovora i ostavljeno je regulativi država članica, ubuduće to ne bi više tako. Lista promjena koju ovaj sporazum zahtijeva od lokalnih zdravstvenih sustava dugačka je i u najmanju ruku dvojbenja. Pojednostavljeno,



stranim investitorima mora se omogućiti ulaz u sustav organizacije zdravstva kao i ulaz u sustav naplate po učinjenim uslugama dijelom i iz nacionalne riznice. Sve zvuči jasno i razumljivo, pitanje je samo koliko to utječe na sve aktere u sustavu zdravstva, od zdravstvenih djelatnika pa do primatelja usluga.

Još malo engleskog jezika, „Sunshine act“, simpatična je kovanica koja bi mogla do kraja ogoljeti odnose liječnika i farmaceutske industrije. I opet prekomorski proizvod, nastao s idejom smanjenja koruptivnih aktivnosti u sferi politike. Prema njoj se sva primanja djelatnika u zdravstvu, ustvari liječnika, transparentno prikazuju javno i tako da svima dostupna na uvid. Kao da već nisu dostupna Poreznoj upravi, HZZO-u i Ministarstvu zdravstva! Preliminarne pripreme ovog programa prolaze u našoj liječničkoj zajednici gotovo neprimjetno. U njihovim pripremama sudjeluju kolege predstavnici krupnog kapitala, bez značajnijih kontaktata s liječničkim udrušama. Opet smo, onako sluganski i ne po prvi put „Veći pape od pape“. A radi se o zadiranju u temeljna ljudska prava i privatnost, s velikim rizikom javnog linča s obzirom na stapanj društvenog razvoja ali i na medijsku praksu prisutnu u našoj sredini. Srećom, izgleda da ovaj akt za sada podliježe lokalnoj regulativi i zakonodavstvu i ne može se uesti bez suglasnosti pravosudnog sustava, ali i pristanka pojedinaca. HLZ će na obje navedene teme organizirati sastanke Stručnog savjeta, uz nadu da će kolegice i kolege prepoznati važnost ovih naoko dalekih tema te se aktivno uključiti u njihovo rješavanje, od Saborskog odbora za zdravstvo, Ministarstva zdravstva i HZZO-a do stručnih društava i HLK-a. Edukacija je temeljna djelatnost HLZ-a i odvija se kroz brojne oblike aktivnosti stručnih društava i podružnica, a u suradnji i u vrednovanju HLK-a. U trenutku dok je većina upravnih struktura zdravstvenog sustava, ali i liječničkih strukovnih udruženja, sudjelovala na sastanku Mediji i zdravlje u Grožnjanu, u Zagrebu je održan sastanak s jednim od vodećih ljudi internetske platforme

„UpToDate“ s idejom njezina preuzimanja kao edukacijske baze na nacionalnoj razini. Bilo je tu puno otvorenih pitanja koja smo svi zajedno trebali proraditi, ali iz nama nepoznatih razloga nije nam pružena prava prilika za to. Da ne bude zablude, radi se o vrlo kvalitetnoj bazi (osobno sam na nju preplaćen), ali koja je gotovo posve amerikanizirana, uključivo dijagnostičke i terapijske algoritme te stoga nije prihvatljivo da bude temelj vrednovanja struke u nacionalnim okvirima, osobito ne u zemljama članicama EU-a. Sve to pomalo podsjeća na „guske u magli“ ili možda na neke nama skrivene namjere i interese.

Puno je engleskog jezika u prvom dijelu teksta i puno otvorenih pitanja i potrebe za kvalitetnim promišljanjem i rješenjima. Ne želimo jurišati na vjetrenjače, ali moramo biti oprezni kad se nekritički prihvaćaju izvanjski modeli ma koliko naoko bili šarmantni i privlačni. Molim za buđenje i razgovor svih zainteresiranih sudsionika u zdravstvenom sustavu, HLZ-u, ali i HLK-ću sigurno biti spreman da katalizira procese koji se otvaraju.

Opet, po tko zna koji put, otvorena je hajka na „kumulativne“ nastavnike, njihov položaj i njihove prihode. Podsjeća to na priču o nekadašnjoj „poštenoj i nepoštenoj inteligenciji“ i Aliji Sirotanoviću kao paradigmu poštenja. Ne zaboravimo da ta mala skupina kumulativnih nastavnika predstavlja samo oko pet posto svih liječnika u zdravstvenom sustavu i da oni sudjeluju u formiranju danas najtraženijeg hrvatskog izvoznog brenda - hrvatskih liječnika. Kvaliteta naše edukacije očito je prepoznata izvan Hrvatske, naši su mladi liječnici na sreću, ali i na veliku žalost, traženi širom Europe i svijeta. Izgleda da to ne umanjuje želju pojedinih interesnih skupina da unište sustav visokoškolskog obrazovanja u zdravstvu. Krije li se i iza toga želja za formiranjem privatnih medicinskih fakulteta zasad ostaje otvoreno pitanje. No, naša je obaveza trajna edukacija studenata i liječnika te nalaženje konstruktivnih načina za njihov ostanak u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske.

Neka od naših promišljanja gleda pišanje dijagnostičko-terapijskih smjernica, osnivanja „peer“ grupe (opet taj novovjekovni latinski!) na razinama podružnica i stručnih društava ostaviti će za neki naredni uvodnik, ali bih jednu važnu inicijativu ipak sada spomenuo. Na poticaj naših kolega iz HUBOL-a počelo se razgovarati o pripremi Deklaracije o položaju liječnika u RH. Svakako je poželjno poslati poruku urbi et orbi o stanju u kojoj se nalazi hrvatsko liječništvo. Prijedlog HLZ-a je da jasan i usklađen prijedlog pripremimo kao podlogu za razgovore sa svim relevantnim političkim akterima u predizbornom vremenu koje nailazi.

I kao što sam kazao na početku, ljeto je, ali obaveze samo naviru. Bilo bi dobro da rješenja promišljamo svi zajedno, ako je ikako moguće i na našem materinjem hrvatskom jeziku.

Vaš Željko Krznarić, predsjednik HLZ-a

Liječnici protiv izmjena Zakona o reprezentativnosti

*Oduzima nam se pravo
na kolektivno pregovaranje i štrajk*

Andreja Šantek

• Nezadovoljni trenutnim stanjem u kojem se nalazi liječništvo u Hrvatskoj te zabrinuti zbog mogućih posljedica krajnje ne-povoljnog učinka prijedloga Zakona o reprezentativnosti koji se sredinom srpnja našao pred usvajanjem u hrvatskome Saboru, Komora i ostale liječničke udruge obratili su se javnosti i predstavnicima zakonodavne vlasti. Prijedlog Zakona isključuje liječnike kao nositelje zdravstvenog sustava iz socijalnog dijaloga i kolektivnog pregovaranja, rečeno je na konferenciji za novinare koju su 14. srpnja u Hrvatskom liječničkom domu održali predsjednici HLK-a prim. dr. **Hrvoje Minigo**, HLZ-a prof. dr. sc. **Željko Krznarić**, KOHOM-a dr. **Ines Balint** i HUBOL-a mr. sc. **Trpimir Goluža**.

Prije toga su predsjednici organizacija uputili i priopćenje za javnost te pismo saborskim zastupnicama i zastupnicima u kojem od njih traže pomoći i razumijevanje. Zastupnicima se predlaže da se kao uvjet za reprezentativnost sindikata odredi 10 posto umjesto predloženih 20 posto od ukupnog broja sindikalno organiziranih radnika na području za koje se sindikalno pregovara te da se zadrži dosadašnje rješenje u Zakonu vezano za reprezentativnost strukovnih sindikata. Predsjednici organizacija time su izrazili podršku Hrvatskom liječničkom sindikatu koji je o tome progovorio na konferenciji za novinare 8. srpnja te smatraju kako bi strukovni kolektivni ugovor liječnika bio legitimno i održivo rješenje, prihvatljivo svim udrugama te da se kroz takav ugovor rješavaju sva pitanja statusnih i materijalnih prava liječnika. Kako su istaknuli na konferenciji za novinare, kada se govori o ovom Zakonu u pitanju nisu primanja liječnika nego statusno pozicioniranje jer ako Zakon bude izglasan u predloženom obliku liječnici neće moći sudjelovati u kolektivnim pregovorima s poslodavcem osim u slučaju ako im to dopusti reprezentativni sindikat, a to je Sindikat zdravstva i socijalne skrbi.

Prim. Minigo podsjetio je da je Zakonom o liječništvu određeno i da Komora čuva i unapređuje društveni položaj i ugled liječništva.

„I zbog toga smo ovdje jer se događaju neke stvari koje bi itekako mogle našteti ugledu i položaju liječnika u Hrvatskoj, a dokaz je i činjenica da je do danas 625 liječnika zatražilo potvrde za odlazak na rad u inozemstvo, a prema nekim podacima ih je stotinu i otišlo. Ne poduzme li se sada nešto, bojimo se da će se ta brojka povećati i da će nas zahvatiti tzv. poljski sindrom. Znamo da plaće doktora ne mogu biti kao u europskim zemljama jer nemamo novaca, međutim isto tako znamo da s 472 eura po glavi stanovnika godišnje u Hrvatskoj pružamo dobru zdravstvenu zaštitu iako je europski projek 2700 eura po stanovniku. Dakle, izdvajamo šest puta manje, a sigurni smo da hrvatsko zdravstvo nije šest puta lošije. Zdravstveni sustav se temelji na zdravstvenim radnicima, a nositelji sustava su liječnici. Ovo je za nas krajnji čas da se nešto poduzme, a mi ćemo, kao i do sada, podržavati Hrvatski liječnički sindikat u svim legitimnim aktivnostima kako bi se položaj doktora u Hrvatskoj poboljšao“, rekao je prim. Minigo.

Prof. Krznarić rekao je da se Zbor u svojih 140 godina postojanja čitavo vrijeme bavi zaštitom naroda, unapređenjem stručnog i znanstvenog rada, njegovanjem liječničke etike i zaštite staleških interesa. „Sa zabrinutošću pratimo minorizaciju i, na neki način, diskriminaciju hrvatskog liječničkog staleža kao važnog segmenta društva koji se prema prijedlogu Zakona gura na marginu i ne da mu se mogućnost artikulacije strukov-

nih interesa. Upravo stoga će svi sudionici konferencije dati podršku HLS-u, koji je jedini legitimni predstavnik u pregovorima kada govorimo o radnom zakonodavstvu i eventualnom strukovnom kolektivnom ugovoru za koji se zalažemo“, rekao je prof. Krznarić.

Dr. Balint je rekla da su liječnici primarne zaštite i kroz ovaj, ali i prijašnje kolektivne ugovore, bili degradirani u odnosu na ostale kolege u sustavu jer nikada nisu dobivali dodatke na plaću. Posljednji primjer diskriminacije je vladina Uredba o plaćama u javnim službama u kojima je koeficijent, unatoč istom obrazovanju, rekla je, u PZZ-u drastično manji.

„Problem kolega u domovima zdravlja jest i što ravnatelji domova zdravlja u njihovo ime potpisuju ugovore, određuju kada će i gdje tko dežurati, u uvjetima koji nisu primjereni radu PZZ-a, a na što oni ni na koji način ne mogu utjecati. Tako se ne stimulira PZZ kao nositelj sustava. Spremni smo podnijeti sav teret teškoća u ovoj državi i isto tako smo spremni podnijeti sve ono što se pred nas stavlja da bismo rasteretili sekundarnu zaštitu. Želimo zaštiti svoje kolege, stimulirati rad u PZZ-u, reagirati na samovolju pojedinih ravnatelja, želimo da ulazi u PZZ, da šalju kolege na edukaciju i da vrednuju njihov rad kako je to primjereno njihovoj stručnoj spremi“, rekla je dr. Balint.

Dr. Goluža naglasio je kako su lijećnicima podršku dale i udruge pacijenata, što pokazuje da je šire društvo primijetilo da je pozicija zdravstvenog sustava ugrožena.

„Bojimo se da konačni prijedlog Zakona vodi hrvatski zdravstveni sustav na stranputicu. Krajnje je neprimjerno da o našem statusu u društvu odlučuju oni koji ne dijele naše kompetencije, ne dijele našu odgovornost i zapravo nisu naši legitimni predstavnici. Hrvatska je dio EU-a, i određena prava i način ponašanja koja vrijede u EU-u trebaju napokon vrijediti i u Hrvatskoj. Ne trebamo ništa izmišljati, ali trebamo EU standarde preslikati na naše društvo i siguran sam da će to biti prvi korak za stabilizaciju zdravstvenog sustava“, rekao je dr. Goluža.

.....



Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednik HLZ-a prof. dr. sc. Željko Krznarić, predsjednica KOHOM-a dr. Ines Balint, predsjednik HLS-a mr. sc. Ivica Babić i predsjednik HUBOL-a mr. sc. Trpimir Goluža

Treća tribina Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju

„Eutanazija danas“

Prof. dr. Mirjana Sabljar-Matovinović

- U organizaciji Povjerenstva za etiku i deontologiju HLK-a 6. lipnja održana je tribina s temom: „Eutanazija danas“ u prelijepoj dvorani Katoličkog bogoslovnog fakulteta u Đakovu. Kao što se moglo vidjeti iz najave objavljene u LN broj 129, kao predavači sudjelovali su filozof, teolog, sudac te liječnici raznih specijalnosti: anesteziologinja, hematologinja, psihijatar i nefrolozi. Takav je odabir predavača osigurao pristup temi iz različitih kutova gledanja - liječničkog, teološkog, sociološkog i pravnog.

Postavlja se pitanje zašto je Povjerenstvo za etiku i deontologiju po treći put (Dubrovnik 2001., Zagreb 2010., Đakovo 2014.) odlučilo održati tribinu s istom temom? Ta sve je jasno i poznato. Eutanazija je u Hrvatskoj kažnjivo djelo i sukladno članku 112. Kaznenog zakona može se kazniti zatvorenim do tri godine, liječnici se zaklinju da će se pridržavati odredbe Hipokratove priskege („Nikome ne ču, makar me za to i molio, dati smrtonosni otrov, niti ču mu za nj dati savjet.“), Kodeks medicinske etike i deontologije HLK-a i HLZ-a jasno kaže da je eutanazija u suprotnosti s medicinskom etikom a stav je Crkve da ljudski život treba čuvati od početka do kraja.

Odgovor na postavljeno pitanje relativno je jednostavan. Stavovi prema potpomognutom samoubojstvu (inačici eutanazije) i eutanaziji mijenjaju se i vrlo su različiti u pojedinim zemljama svijeta. Stoga su u kontekstu tih različitih pogleda i pristupa, rasprava i događanja vezanih za eutanaziju članovi Povjerenstva za etiku i deontologiju smatrali primjerenim da se održi nova tribina i čuju stavovi pojedinih struka kako bi se ustanovilo mijenjaju li se i u Hrvatskoj ti stavovi.

Konkretno, eutanazija je dekriminalizirana u pojedinim zemljama Europe (Nizozemskoj, Belgiji i Luksemburgu) i u SAD-

u (Washington, Oregon, Vermont). Provedba zakona o eutanaziji u nekim se slučajevima pokazala dvojbenom. Primjerice, u Belgiji izvršena je eutanazija nad blizancima gluhim od rođenja koji su počeli gubiti vid i koji su smatrali da im život više ne pruža željenu kvalitetu jer neće moći međusobno komunicirati. Ili, ugledni flamanski autor zatražio je eutanaziju jer je obolio od Alzheimerove bolesti. Posebno je pitanje eutanazije djece. U veljači 2014. Donji dom Belgijskog parlementa izglasao je zakon kojim se dopušta eutanazija maloljetnika (86 poslanika za, 44 protiv, 12 suzdržanih) uz uvjet da dijete razumije što je eutanazija i da roditelji - skrbnici daju privolu. Belgijski pedijatri nisu se s tim složili i potpisali su peticiju sa zahtjevom za se zakon još raspravi.

Potpomognuto samoubojstvo dozvoljeno je u Švicarskoj, što je dovelo do pojave turističkog pohoda (engl. suicide tourism) očajnih ljudi iz različitih zemalja svijeta, kako bi uz zakonom dozvoljenu pomoći izvršili samoubojstvo. U tu svrhu organizirana je posebna ustanova Dignitas a osnivač planira organiziranje lanca „Centara smrti“ gdje bi depresivni i terminalno bolesni ljudi mogli okončati svoj život. U izravnom obraćanju predsjedniku Francuske putem televizije, bolesnica kojoj je tumor unakazio lice zatražila je da joj se pomogne izvršiti samoubojstvo. Pod pritiskom javnosti predsjednik Hollande obećao je donošenje zakona o eutanaziji.

Rasprave o eutanaziji i potpomognutom samoubojstvu vode se u mnogim zemljama i zagovornici jedne ili druge opcije (za i protiv) navode različite argumente. Kao što je to prof. dr. Žarko Puhovski istaknuo u svojem predavanju, suvremena rasprava o eutanaziji polazi od pitanja o potpunoj pri-padnosti života svakoj individui. Zagovornici eutanazije smatraju da autonomija pojedinca

znači ne samo pravo na odabir načina života već i načina smrti. Ljudi ne žele biti izvrgnuti nepodnošljivoj болji i patnji, eutanazija ne mora nužno voditi do zlouporabe kao što je to bio slučaj u povijesti, dekriminalizacija eutanazije i odgovarajući zakoni mogli bi urediti odnose u tom osjetljivom etičkom problemu. Razmišlja se čak o tome da bi se sredstva oslobođena eutanazijom nekog „skupog“ pacijenta (u smislu održavanja života skupim postupcima) oslobođena eutanazijom terminalno bolesnog čovjeka mogla upotrijebiti na korist drugima. Ankete koje se provode u različitim zemljama pokazuju da liječnici dobivaju zahtjeve za skraćivanjem patnje i boli proizašle iz terminalne bolesti. Protivnici eutanazije s druge strane smatraju da autonomija pojedinca ne uključuje i pravo na odluku o vremenu završetka života (eutanasije ili potpomognutog samoubojstva). Princip dobrovornosti (dobrohotnosti) prema samom sebi ne znači nužno da su eutanazija i potpomognuto samoubojstvo prihvatljivi kao sredstvo za poboljšanje osobne dobrobiti u smislu smanjenja patnje. Dobra palijativna skrb većini bolesnika omogućava smanjenje patnje i boli. Razlikovanje eutanazije od odustajanja od primjene mjera za produženje života u slučaju kada su te mjere medicinski neutemeljene, razumno je i točno. Datu letalnu injekciju ili tvar nije isto što i odustajanje od medicinski neutemeljenih postupaka održavanja života (neki taj postupak zovu pasivna eutanazija). Namjera sadržana u ta dva postupka potpuno je različita. Odustajanje od mjera reanimacije i produljenja života koje nepovoljno djeluju na kvalitetu života i ne pružaju šansu za boljšak ne znači nužno namjeru skraćenja života već dozvoljavanje da stvari (bolest) idu svojim tijekom. Dozvoliti eutanaziju može značiti mogućnost da se „skupi“ i zahtjevni pacijenti prisile na taj čin. Dekriminalizacija eutanazije mogla bi unijeti nove poremećaje u odnose između liječnika i bolesnika zbog uplitelanja pravnika, sudova ili zakona. U svojem predavanju prof. dr. sc. **Vladimir Dugalić** rekao je da je od iznimne važnosti izbjegavati utilitarizam i pretjerani subjektivizam koji teži ozakonjenju eutanazije. Konačno, u Kodeksu medicinske etike i deontologije HLK i HLZ u članku 4, stavak 3. jasno piše: „3. Nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u ireverzibilnom terminalnom stanju medicinski nije utemeljeno i istjučuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt“.

Prof. dr. **Ana Peraica-Planinc** istaknula je da u svojoj dugogodišnjoj praksi hematologinje nikada nije susrela bolesnika s malignom bolesti koji je tražio da mu se skrati život. Stoga, ako se takvog bolesnika ne može

izlijiceći, terapijski je cilj omogućiti podnošljiv život s tumorskom bolesti uz pomoć mjera palijativne medicine. Naime, u vremenu kada su na raspaganju vrlo djelotvorni lijekovi protiv bolova i drugih smetnji koje narušavaju kvalitetu života onkološkog bolesnika i kada postoje postupci koje nudi palijativna medicina, eutanazija je ustvari izraz nemoći da pomognemo bolesniku. U kontekstu novih bioetičkih izazova vezanih za eutanaziju prof. dr. Vesna Veger-Brozović osvrnula se, između ostalog, na praksu da se neke odluke vezane za kraj života donesu unaprijed u vrijeme, kada je čovjek potpuno sposoban donositi odluke. Konačno, i u našem Kodeksu stoji u članku 4. stavak 2.: „Želju dobro informiranog pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu pri punoj svijesti u pogledu umjetnog proizvodnja njegova života, treba poštivati primjenjujući pozitivne zakonske

propise“. Dr. Jadran Morović, psihijatar, otvorio je pitanje sposobnosti donošenja odluka vezanih za kraj života psihičkih bolesnika u kojih je svijest o stvarnom stanju često sužena i promijenjena. Doc. dr. Draško Pavlović, nefrolog, osvrnuo se na pitanje treba li započeti liječenje dijalizom bolesnika, za kojeg je sigurno da primjenom tog oblika liječenja ne može doći do poboljšanja zbog osnovne bolesti, općeg lošeg stanja, uznaredovalo dobi s promjenama na krvnim žilama, pridruženih drugih bolesti i psihoorganskih promjena. Naime, u slučaju pozitivne odluke, koja ustvari znači neprimjerenu terapeutsku upornost kojom se produžava život bez ikakve nade u ozdravljenje (distanazu), bolesniku se, a i njegovim najbližima, produljuju agonija i patnje. Stoga u takvog bolesnika treba nastaviti s konzervativnim liječenjem s njim u dogovoru (ako je priseban) i njegovim najbližima.

Na kraju tribine je dipl. iur. Drago Grubeša pojasnio je odredbe zakonodavnog sustava vezane za eutanaziju i potpomognuto samoubojstvo.

Najvažnija poruka koja je poslana sa sastanka jest da usprkos dekriminalizaciji eutanazije i dozvoli za provedbu potpomognutog samoubojstva u više zemalja svijeta, u Hrvatskoj su eutanazija i potpomognuto samoubojstvo kaznena djela i protive se liječničkoj etici. Svakom je liječniku ljudski život najveća vrijednost. Stoga su eutanazijska u rukama liječnika, kao i potpomognuto samoubojstvo u kojem je liječnik egzekutor, najgrublje rušenje temelja medicine, o čemu ne smije biti dvojni.

.....

Održana Motovunska ljetna škola „Vrednovanje rada u zdravstvu“



Dr. Adis Keranović (Zavod za hitnu medicinu Varaždin), Nika Pavić (Ministarstvo zdravljia), prof. dr. Luka Kovačić i doc. dr. Aleksandar Džakula (Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar), prof. dr. sc. Antoinette Kaić Rak (WHO), prim. dr. Katarina Sekelj Kauzlaric (HLK), Karmen Lončarek (KBC Rijeka)

• U sklopu Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja od 2. do 5. srpnja je u Motovunu održan tečaj „Zdravstveni sustav i zdravstvena politika“ koji zajednički organiziraju Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i Komora, a ovogodišnja tema bila je „Vrednovanje rada u zdravstvu“.

Kako su naveli direktori tečaja doc. dr. Aleksandar Džakula i prim. dr. Katarina Sekelj Kauzlaric, premda se na prvi pogled čini da je riječ o posve malom segmentu uku-

pnog upravljanja zdravstvom, zapravo se radi o strateškom određenju.

Naime, iz njega se moraju generirati odgovori na dva ključna pitanja: prvo, kakav zdravstveni sustav (i s kojim tehnologijama) moramo razvijati kako bismo pokazali da smo sposobni uspješno angažirati profesionalce u zdravstvu, te drugo, kako doista utemeljeno vrednovati sve ono što tisuće zdravstvenih djelatnika, ali i volontera u zdravstvenom sustavu svakodnevno rade.

Ove je godine Komora imala čak osam predavača, a izlaganja su imali prvi dopredsjednik Komore dr. Mario Malnar, predsjednik Vijeća HLK, prim. mr. sc. Marijan Cesarik, tajnik Komore Nikolina Budic, dipl. iur., predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. Katarina Sekelj Kauzlaric, članice tog Povjerenstva mr. Dubravka Pezelj Duliba i dr. Vesna Sitar Srebočan te predsjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost prof. dr. Ljiljana Perić i članica Vijeća HLK dr. Sandra Čubelić.

Izlaganja s ovog tečaja bit će opširno objavljena u rujanskom broju Liječničkih novina.

AŠ

.....

Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da je dr. Milenko Praljak prijavio gubitak liječničke iskaznice HLK-a, a dr. Marijan Jedvaj uništenje 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.

.....

Tečaj "Mediji i zdravlje" u Grožnjanu

*Ministar Varga pozvao sve
da se aktivno uključe
u poboljšanje sustava zdravstva*

Tekst i slike: Andreja Šantek

- U sklopu 21. Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja u Grožnjanu je od 19. do 22. lipnja održan tečaj Mediji i zdravlje pod nazivom "Recite DA kampanji".

Organizatori su bili Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ MEF-a u Zagrebu, Hrvatska mreža zdravih gradova, Zbor zdravstvenih i medicinskih novinara Hrvatskog novinarskog društva i udruge Difrakcija.

Skup je i ove godine bio mjesto za susret i predstavljanje gorućih tema u zdravstvu te otvorene rasprave o budućnosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Na

skupu su sudjelovali i ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**, dr. dent. med., v. d. ravnateljice HZZO-a **Tatjana Prenda Trupec**, mag. ing. el., predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo**, predsjednik HLZ-a prof. dr. **Željko Krznarić**, predsjednik HLJK-a mag. pharm. **Mate Portolan**, predsjednik HDZ-ovog odbora za zdravstvo prof. dr. **Ante Čorović**, bivša ministrica zdravstva prof. dr. **Ana Stavljenić Rukavina**, bivši ravnatelj HZZO-a dr. **Tihomir Strizrep**, ali i ravnatelji zdravstvenih ustanova, vodeći hrvatski novinari koji prate zdravstvo, predstavnici farmaceutskog sektora, zdravstvene administracije i nevladinih udruga.

Ove se godine susret u Grožnjanu sastojao od dva dijela te su tako obrađene dvije teme: zdravstvena komunikacija i finančiranje zdravstva. Tijekom prva dva dana na programu su bile teme: Utjecaj komunikacijske revolucije na zdravlje (doc. dr. **Ognjen Brborović**, MEF u Zagrebu), Procjena težine pisanih materijala za pacijente (dr. sc. **Sanja Brangan**, MEF u Zagrebu), Zdravstvena pismenost javnosti: hrvatsko iskustvo (**Željko Bajić**, Biometrika), Zdravstvena pismenost i razumljivost portala zdravstvenih institucija (**Selma Mijatović**, Zbor zdravstvenih i medicinskih novinara HND-a), Službe za odnose s javnošću i glasnogovornici u zdravstvu – prepreka ili pomoć? (**Andreja Šantek**, Zbor zdravstvenih i medicinskih novinara HND-a), Medijski položaj hrvatskog zdravstvenog sustava i HZZO-a (dr. **Nenad Korkut**, HZZO), Komunikacija između liječnika i pacijenata (**Anja Kladar**, Hrvatski savez za rijetke bolesti), Pridružite nam se u zajedničkoj borbi protiv raka dojke (doc. dr. sc. **Vesna Ramljak**, Europa Donna Hrvatska), Meta jezik u zdravstvu – razumiju li pacijenti zdravstvene djelatnike? (**Mario Harapin**, Zbor zdravstvenih i medicinskih novinara HND-a) te Temelji socijalnog marketinga u zdravstvenim kampanjama (dr. sc. **Tea Vukušić Rukavina**, MEF u Zagrebu). Održane su i dvije radionice: Kako poboljšati



razumijevanje pacijenata i Recite DA kampanji, u kojem su sudionici mogli birati među temama kao što su promicanje obavezognog cijepljenja, rano otkrivanje dijabetesa, smanjenje konzumacije alkohola, poremećaji prehrane i promicanje zdravstvenih učinaka Cannabis-sativa-e.

U sklopu tečaja održan je i osmi susret sudionika Dječjeg filmskog i videotvaralaštva u funkciji javnoga zdravstva, na kojem su osnovnoškolci predstavili svoje filmove. Sudjelovale su filmske grupe OŠ Marija Jurić Zagorka iz Zagreba, OŠ Strahoninec, OŠ Eugena Kumičića iz Velike Gorice, OŠ Rudeš iz Zagreba, OŠ Ivanovec iz Čakovca, predstavnici Hrvatskog filmskog saveza te voditelj projekta **Duško Popović**.

Procjena težine pisanih materijala za pacijente

Zdravstvena pismenost pokazala se najčašćim prediktorom očuvanja zdravlja i liječenja, značajnija od dobi, obrazovanja, prihoda zaposlenosti, rekla je dr. sc. Sanja Brangan s MEF-a u Zagrebu. Zdravstvena pismenost, najkraće rečeno, uključuje sposobnost da se pronađu, razumiju i koriste informacije o zdravlju. U pitanju su osobne, kognitivne i društvene sposobnosti pojedinca, ali i zajednička odgovornost zdravstvenog osoblja da komunicira na takav način kakav omogućuje međusobno razumijevanje.

Prema hrvatskim zakonima pacijent ima pravo biti obaviješten i educiran o svojem zdravstvenom stanju. Pokazalo se da u Hrvatskoj razmjerno visok postotak pacijenata, njih 40 posto, ne razumije ili pogrešno shvaća i tumači informacije koje im je dalo zdravstveno osoblje.

Inače, u zemljama poput Velike Britanije i Irske značajno raste broj pritužbi na komunikaciju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ali za razliku od Velike Britanije, gdje gotovo 80 posto bolesnika želi informacije i aktivno odlučivati u vezi sa svojim zdravljem, u Hrvatskoj to želi tek oko 57 posto stanovništva. Naši bi građani, pokazuje istraživanje, to radije prepustili svojim liječnicima.

Prema testovima koji se primjenjuju, a tiču se razumijevanja teksta, tj. sadržaja razgovora ili zdravstvenih uputa (tiču se učestalosti riječi, dužine riječi i konteksta u kojem se pojavljuju), potvrđeno je kako značajno odstupanje između jezika zdravstvenih profesionalaca i laičkog načina izražavanja utječe na sposobnost razumijevanja dobivenih zdravstvenih informacija. Posebne formule za čitkost koje uključuju težinu vokabulara, brzinu prepoznavanja riječi, broj



Prim. Siniša Varga, dr. dent. med., ministar zdravlja,
Tatjana Prenda Trupec, mag. ing. el. v. d. ravnateljice HZZO-a

slogova u riječima i dužinu rečenice pokazuju da ne postoji dovoljna jednostavnost pisanih materijala za pacijente koja bi im omogućila potpuno razumijevanje. Stoga bi u pripremu materijala za pacijente, u cilju razumijevanja i jednostavnosti, trebalo uz medicinare uključiti i psihologe, sociologe i lingviste te same pacijente, što bi pridonijelo razumijevanju bolesnika i općoj razini zdravstvene pismenosti.

Meta jezik u zdravstvu

Medicinski nazivi temelje se na latinskom i grčkom jeziku, što ima svoje prednosti u većoj preciznosti i točnosti definiran-

nja dijagnoze, dok je nedostatak loše razumijevanje pacijenata. Stajalište je Vijeća za normu hrvatskoga standardnog jezika da se uz latinsku dijagnozu (koju ne treba ukidati) piše i hrvatska, s obzirom na pravo pacijenta na obavijest, ali i radi njegovanja hrvatskoga nazivlja u medicini, rekao je Mario Harapin iz Zbora zdravstvenih i medicinskih novinara u sklopu predavanja Meta jezik u zdravstvu. U komunikacija liječnik – pacijent prisutan je princip nadređenosti (dominacija liječničke uloge), a česti su nesporazumi zbog nepreciznosti upotrijebljenih naziva te zbog nedostatka povjerenja prema novim nazivima. Polazište je i prepostavka da je jezična kompetencija sugovornika jednaka, ali ona



Dr. sc. Sanja Brangan, MEF u Zagrebu

to u stvarnosti nije. Liječnici često koriste ne razumljiv jezični kod (moguće ga je koristiti na razini struke), a i sami pacijenti nerijetko koriste medicinske izraze iako su medicinski nekompetentni. Česta je i upotreba internacionalizama i kratica koje se koriste zbog ekonomičnosti i uštede vremena, a gotovo uvijek su nerazumljive pacijentima, a prisutan je i utjecaj engleskog jezika (strani se nazivi prihvataju kada se pojavi potreba za označavanjem nekog novog pojma).

Meta jezik u zdravstvu u suprotnosti je s principima bioetike jer pacijent ima pravo na potpunu informiranost (informed consent), a pacijenti i liječnici ne govore istim jezikom.



Andreja Šantek, predsjednica Zbora zdravstvenih i medicinskih novinara HND-a

U čl. 2 Kodeksa medicinske etike i deontologije jasno se određuje obveza liječnika u poštivanju "prava svakog bolesnika da dobro obaviješten slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika, odnosno preporučenu liječničku pomoć". Liječnici bi trebali prilagoditi jezik pacijentima (personalizirani pristup), birati najprihvatljivije medicinske izraze (opi-



Mario Harapin,
Zbor zdravstvenih
i medicinskih
novinara HND-a

sati ih) i izbjegavati višežnačnosti. S druge strane, novinarski jezik u zdravstvu trebao bi biti neutralan, razumljiv, jednostavan, precizan, objektivan u iznošenju činjenica i umjeren u korištenju internacionalizama.

Glasnogovornici i službe za odnose s javnošću u zdravstvu

Kako u sustavu zdravstva danas funkcioniра institut odnosa s javnošću i glasnogovornika, odnosno postoje li ti pojmovi uopće i u kojoj mjeri, i koliko od toga svi, dakle i novinari pa preko njih opća javnost, i s druge strane zdravstvene institucije, imaju koristi ili štete, bila je tema o kojoj je govorila Andreja Šantek, predsjednica Zbora zdravstvenih i medicinskih novinara Hrvatskog novinarskog društva.

Odnosi s javnošću podrazumijevaju komunikaciju organizacije s njezinim javnostima. Cilj odnosa s javnošću je njegovanje odnosa s dionicima (stakeholderima) koji čine okruženje organizacije i to radi pridobivanja

potpore njenim ciljevima te izgradnje povjerenja i ugleda.

Odnosi s javnošću itekako poboljšavaju cjelokupan imidž organizacije (bez obzira je li riječ o kompaniji, političkoj stranci ili instituciji) u javnosti i time doprinosi dugoročnoj učinkovitosti i profitabilnosti poslovanja. Odnosi s javnošću predstavljaju umijeće rada i govora koji će stvoriti povoljno mišljenje kod ljudi o nekoj organizaciji, instituciji ili pojedincu. Osnovna uloga odnosa s javnošću je da na adekvatan način pripremaju i osiguraju objavljivanje određenih informacija o organizaciji. (Izvor: Wikipedia)

Dio odnosa s javnošću su i odnosi s medijima koji imaju važnu ulogu u formiranju javnog mnijenja te su upravo zbog toga privlačni područje za stručnjake koji se bave odnosima s javnošću jer putem medija mogu informirati poslovne partnere, klijente ili glasače te tako pridonositi stvaranju imidža klijenta u javnosti. Za odnose s medijima zadužen je glasnogovornik organizacije koji profesionalno komunicira s novinarima i urednicima.

Iako je za svaku ozbiljniju tvrtku ili ustanovu važna prisutnost u medijima jer je pravilo da ono čega nema u medijima i ne postoji ili se nije niti dogodilo, posljednjih godina često sam se susretala s ljudima koji odbijaju govoriti o svojim uspjesima ili dobrim rezultatima jer uopće ne žele dospjeti u javnost. Što bi se reklo, draže im je držati se 'ispod radara' jer ne žele ni na koji način na sebe skretati pozornost. Pa makar i po dobrome. Osim što to dovoljno govori o položaju medija danas u Hrvatskoj, mislim da je to i odraz cjelokupnog stanja u našoj zemlji.

Kako to izgleda u praksi kada je u pitanju zdravstveni sustav? Krenemo li od krovnih institucija, ovakve službe postoje samo u Ministarstvu zdravljva, Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje i Hrvatskoj agenciji za lijekove i medicinske proizvode.



Radionicu o osmišljavanju kampanje za smanjenje konzumacije alkohola vodila je dr. Tea Vukušić Rukavina (MEF Zagreb)

U bolnicama, domovima zdravlja ili zdravstvenim zavodima takve službe ne postoje.

A Zakon o pravu na pristup informacijama kaže da je tijelo javne vlasti (u što primjerice spadaju zavodi) dužno radi osiguravanja prava na pristup informacijama odrediti posebnu službenu osobu ili službenika za informiranje mjerodavnog za rješavanje ostvarivanja prava na pristup informacijama.

Što je uloga službenika za informiranje? Između ostalog, da redovito objavljuje informacije, sukladno unutarnjem ustroju tijela javne vlasti, da rješava pojedinačne zahteve za pristup informacijama i ponovne uporabe informacija te da osigurava neophodnu pomoć podnositeljima zahtjeva u vezi s ostvarivanjem prava utvrđenih ovim Zakonom i pravom na informaciju.

čekanja te je li netko u sustavu pogriješio. I sada zamislite stanje u zemlji u kojoj imate 64 bolnice, 21 zavod za javno zdravstvo, privatne ustanove... Da ste ne znam kako sposoban novinar nema šanse da poznajete baš svakog ravnatelja ili šefa odjela. A informacija je procurila u javnost i vi uredniku morate isporučiti tekst ili prilog.

Dakle, osuđeni ste na improvizaciju, pomoći kolega, snalazite se kako znate i umijete. Služimo se mi i internetom, ali na stranicama ustanova nećete pronaći ime osobe koja vam treba jer takva ne postoji. A ravnatelj se ne javlja na telefon, broj njegovog mobitela nemate. Pri tom je važno reći i to da je u zdravstvu ostalo vrlo malo specijaliziranih novinara i da je sve više onih „opće prakse“.

nove koja ima osobu zaduženu za kontakte s medijima i ta da će lakše plasirati vijesti koje su joj važne. Naime, ako je izabrana prava osoba za taj posao, kontakt s novinarkom nerijetko preraste možda ne baš u prijateljski, ali zasigurno pun uvažavanja i poštivanja. Pa tako, kada se primjerice dogodi neki incident, glasnogovornik uvijek može od novinara za tražiti da pričeka s objavljivanjem informacije dok se ne istraže sve okolnosti koje su uzrokovale taj događaj. Ili može tražiti od novinara, u ime dobre suradnje, da bude korektan i ne preuvečava priču. S druge strane, kada novinar ima neku sjajnu priču može je u ime dobrih odnosa 'progurati' u svoj medij pa ustanova na taj način može postići bolji imidž u javnosti i kotirati kao vrhunska. Takav odnos se gradi, ali u konačnici je dobar za sve.

Dakle, kada govorimo o odnosima s javnošću i glasnogovornicima mislim da je važno i za jedne i za druge da budu informirani, objektivni, nikako ne zlonamerni i, iznad svega, profesionalni.

U drugom dijelu tečaja govorilo se o izlasku HZZO-a iz Riznice i likvidnosti zdravstvenog sustava te je održan i okrugli stol na tu temu. Financiranje zdravstvenog sustava, zbog važnosti zdravlja i rastućih dugova, zaslužuje pažnju koja nadilazi sam sektor, a ovako velike promjene moraju biti detaljno planirane i minuciozno provedene kako ne bi dovelo do stvaranja još većih nejednakosti u zdravlju građana.

Na skupu je ministar **Varga**, i to samo 72 sata nakon što je prisegnuo u hrvatskom Saboru, govorio o strateškom planu Ministarstva od 2014. do 2016. godine te je pozvao sve da se aktivno uključe svojim prijedlozima i komentarima da sustav zdravstva bude što bolji za pacijente.

Jedan od velikih izazova su, smatra ministar Varga, liste čekanja, što je povezano s dostupnosti zdravstvene zaštite pacijentima. Najavio je i konačan početak procesa akreditacije bolnica koje bi trebala voditi Agencija za akreditaciju i kvalitetu u zdravstvu, budući da je to sastavni dio projekta Master plana bolnica, ali i novog modela ugovaranja. Ministar smatra da je loše stanje u zdravstvu koje predugo traje, a za što su najmanje krivi zdravstveni radnici, prije svega povezano s nedostatkom novca. To je djelomično prouzročeno finansijskom krizom, a dijelom lošom raspodjelom novca unutar Državnog proračuna. Ciljevi izlaska iz Riznice vrlo su jednostavni, naglasio je Varga, i to se prije svega odnosi na finansijsku održivost sustava.

Prema procjenama, model održivog zdravstva u Hrvatskoj stajao bi na godišnjoj razini 20,66 milijardi kuna, a v.d. ravnate-



Izuzetak u sustavu su pojedine farmaceutsk tvrtke koje imaju osobe zadužene za odnose s medijima. A to je ono što nam je nasušno potrebno.

S druge strane, imamo različite PR (public relations) agencije koje nas obasipaju informacijama koje nama u medijima, u pravilu, nisu zanimljive. Stoga te agencije, kada žele plasirati neku informaciju, sve češće od novinara dobivaju odgovor: obratite se u odjel prodaje oglasa. O kvaliteti ili nekvaliteti jednih i drugih također bi se dalo raspravljati.

Što nedostatak obrazovanih i stručnih PR-ovaca i glasnogovornika znači za novinare, a što za institucije? Odgovor je: vrlo mnogo. Naime, zdravstvo je djelatnost koja zanima najširu javnost. I to od informacija poput onih što je novoga kada govorimo o terapijskim metodama ili lijekovima, pa do onoga što od toga nedostaje, kolike su liste

A isto je tako činjenica da se informacija stvara sama tamo gdje se od informacije bježi i, li da to plastično objasnim, ako novinar ne dobije odgovarajuću informaciju, otvara se puno prostora za razne insinuacije i špekulacije, neprovjerene informacije, nepouzdane izvore i slično.

Zbog toga bi svaka zdravstvena ustanova trebala imati stručnu i školovanu osobu koja može u svakom trenutku iznijeti kako pozitivnu tako i negativnu informaciju na najbolji mogući način. Ako već za to nemaju prostora u svojim proračunima, a znamo da oni nisu dovoljni niti za njihovu osnovnu djelatnost, što sprečava ravnatelje da imenuju osobu koja bi se barem javila ne telefon i u najkraćem mogućem roku spojila novinaru s odgovornom osobom koja bi mu mogla dati tražene podatke? Naravno, one koje smije.

S druge je strane prednost usta-

Ijice HZZO-a **T. Prendić Trupec** rekla je kako očekuje da se novac od trošarina na duhan preusmjeri u sustav zdravstva, što dosad nije bio slučaj.

Najave novog modela financiranja pozdravio je i prof. **Ćorović**, rekavši da će HDZ-ovi saborski zastupnici podržati prijedlog izdvajanja HZZO-a iz Riznice.

Prim. **Minigo** rekao je da Komora podržava plan izdvajanja HZZO-a iz Riznice, ali s jasno definiranim "košaricom usluga na koje će pacijent imati pravo i jasnom procjenom dostupnog novca". Također je ustvrdio da je za ovaku važnu reformu, uz politički, potreban i strukovni konsenzus.

Ministar Varga osvrnuo se i na negativan utjecaj iz medija i farma industrije govoreći da je na EU ministarskom skupu u Luksemburgu Francuska otvorila pitanje visoke cijene lijekova i što države članice EU-a moraju zajedno kroz svoju koordinaciju napraviti da bi se zaustavio rast cijena farmaceutskih proizvoda. S druge strane, kazao je ministar, bez farma industrije nema sustava zdravstva.

„Mora se uspostaviti ravnoteža i pronaći način da se financiraju svi troškovi istraživanja i razvoja koji se ulazu u novi lijek. Rasprava se vodila oko semantike, odnosno govori li se o fer, realnoj ili minimalnoj cijeni. Usuglasili smo se da je to affordable (dosljedna) cijena, a ona pak ovisi od države do države. Ako je europski prosjek 2171 eura po glavi stanovnika, a u Hrvatskoj 472 eura, pitanje je što je za nas pristupačna cijena u



Doc. dr. Vesna Šendula, ravnateljica psihijatrijske bolnice Rab i prof. Gordan Bošković, zamjenik

odnosu na ono što si mogu priuštiti Njemačka ili Danska. Također se moramo zahvaliti farma industriji u Hrvatskoj koja je u pregovorima za listu skupih lijekova prepoznala stanje u Hrvatskoj i izašla nam je u susret s određenim finansijskim aranžmanima“, rekao je ministar Varga.

Prim. Minigo je naglasio da unatoč manjem izdvajaju hrvatsko zdravstvo nije lošije od europskog i da toga trebamo biti svjesni.

Ministar Varga je dodao da i na participacije ne gleda kao na način prikupljanja novca nego kao na kontroliranje ponašanja pacijenata i zdravstvenih radnika. U ovom nam trenutku povećanje participacije nije pitanje, doda je ministar, ali u narednom razdoblju i o tome trebamo razgovarati.

Na primjedu kako bolnice ne mogu doseći izvršenje limita prema cijenama koje im plaća HZZO, ministar Varga je rekao da je cijena usluge kao ekonomski pojam izuzet-



Radionicu o osmišljavanju kampanje za promicanje obavezognog cijepljenja vodila je Selma Mijatović, bivša glavna urednica Doktora u kući

Najboljom kampanjom proglašena je ona za poremećaje u prehrani koju je vodio dr. Hrvoje Handl



no relativna stvar. „Od 61 bolnice njih 28 je fakturiralo limit, a što je veća bolnica, to je slabija fakturacija. Problem je što se veliki broj ljudi fokusirao na cijenu pojedine usluge.

Kad izađemo iz Riznice i kada dođe do značajnog povećanja proračuna bolnica, onda će i po trenutnim cijenama biti lakše fakturirati proračun, a posebno onim bolnicama koje imaju visoke cijene.

Izraz limit također odlazi u „ropotarnicu povijesti“. Dakle, ugovarat ćemo broj usluga i programe rada, a limiti i avansi se više neće spominjati“, najavio je ministar Varga.

.....

Predsjednik Hrvatske ljekarničke komore Mate Portolan, mag. pharm., i predsjednik Hrvatske komore medicinskih biokemičara Goran Bulatović, dipl. ing., spec. med. biokemije



Radionicu o osmišljavanju kampanje za promicanje zdravstvenih učinaka Cannabissativa-e vodio je doc. dr. Ognjen Brborović

Ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**, dr. dent. med.:

Sustav mora postati financijski održiv

Tekst i slika Andreja Šantek

„Ministarstvo zdravlja ostaje pri viziji koja je utrđena u načelima Strategije razvoja zdravstva od 2012. do 2016. godine. Želimo za sve naše građane unapređenje kvalitete života, ali i da hrvatsko zdravstvo bude sastavnica gospodarskog rasta u receziji koja nas tišti već deset kvartala. Misija je Ministarstva, kao dijela državne uprave, koristiti svu političku i administrativnu moć i kohezivne faktore da dovede do onih mera koje mogu stvarati i pravni i ekonomski okvir za poboljšanje zdravstvenog sustava. Važno je definirati ga financijski održivim za naredno razdoblje, što će biti izuzetno zahtjevno“, naglasio je ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**, dodajući da su opći ciljevi zaštita, očuvanje i unaprjeđenje zdravlja stanovništva.

„Mnogi to olako shvaćaju i ne vide sastavnice koje trebaju biti naša svakodnevica. U svakom trenutku trebamo znati što smo učinili za naše pacijente, što smo napravili za zdravstvene djelatnike i što za gospodarstvo da bi sustav zdravstva bio bolji“, dodao je ministar Varga.

Kvaliteta i akreditacija

Jedan su od velikih izazova liste čekanja koje su povezane s dostupnosti zdravstvene zaštite.

Dostupnost je ustvari dvosjekli mač za one koji upravljaju zdravstvenim sustavom - treba biti taman onoliko dostupno koliko je oportuno za unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite i da ne bude prekomjerne potrošnje, ali i da ona ne bude uskraćena onima kojima je potrebna.

Kvaliteta je zakonski regulirana i vrijeme je da Agencija za akreditaciju i kvalitetu u zdravstvu, koja postoji već sedam godina, započne s ozbilnjim procesom akreditacije bolnica.

To je ujedno i sastavni dio projekta koji se zove Master plan bolnica, ali i novog modela ugovaranja. Bolnice moraju biti akreditirane prije svega radi sigurnosti pacijenata, a onda i radi kontinuiranog unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite.



Prim. Siniša Varga, dr. dent. med., ministar zdravlja

Trenutno stanje u zdravstvu

Loše stanje koje predugo traje (a najmanje su tu krivi zdravstveni radnici) prije svega je povezano s nedostatkom novca, što je djelomično prouzročeno financijskom krizom, a dijelom lošom raspodjelom novca unutar Državnog proračuna. Naime, Proračun je definiran kroz zakone koji utvrđuju izvore financiranja i način agregacije, a tu smo, žalost, gubitnici kao sektor jer se za zdravstvo puno više prikupi nego što mu se uplati. Dakle, zbog lošeg načina financiranja padaju prihodi zdravstvenih ustanova i nedostaje novca za lijekove i medicinski materijal, zbog čega se u konačnici uskraćuju usluge pacijentima. To je imalo za posljedicu i liste čekanja, koje nisu problem zdravstvenih radnika niti upravljača u sustavu nego posljedica premašnog izdvajanja za zdravstveni sustav.

Gdje god se pojavim, Hrvatska se spominje kao ekonomsko čudo jer nije moguće ostvariti ovu razinu zdravstvene zaštite, s očekivanim trajanjem života i poboljom, sa stopama liječenja i stopama izlječenja kakve imamo, a samo s 472 eura po glavi stanovnika koliko izdvajamo. Ta 472 eura u usporedbi s prosjekom Europe od 2171 eura po glavi stanovnika, nije razmjerna ni s prosječnom plaćom. Naime, u Europi je prosječna plaća 1494 eura, a u Hrvatskoj samo 712 eura. Us-

poredimo li to s brojkama za izdvajanje za zdravstvo, onda se vidi koliko je velik taj nesrazmjer.

Činjenica da je HZZO u sustavu Državne riznice imala za posljedicu derogaciju Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, temeljnog zakona kojim se definira finansiranje sustava te zbog toga nastaje značajan poremećaj u sustavu. Zbog nedovoljno definiranih uloga upravljača u sustavu, velika je koncentracija moći u Ministarstvu zdravlja, dok su svi ostali stavljeni u drugi plan u pogledu komunikacije kod pružatelja zdravstvenih usluga. To je nešto što će se u narednom razdoblju mijenjati i značajnije će se emancipirati HZZO, HZJZ, Zavod za hitnu medicinsku pomoć i Zavod za transfuzijsku medicinu, koji će dobiti veću ulogu u upravljanju novcem u svom području rada.

Problem je i izuzetno kratkoročno planiranje, koje je propisano zakonima, ali i nesrazmjer između prihoda i rashoda. Primjerice, dva članka (72. i 82.) Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju već se 11 godina ne primjenjuju kako bi trebali.

Sada dolazimo i do fenomena koji se zove sanacija sustava zdravstva, u kojem se točno vidi rezultat lošeg planiranja i podplaniranja sustava zdravstva, što ne traje od jučer nego od 1994., dakle punih 20 godina. To je u konačnici imalo za posljedicu sanaciju od 17 milijardi kuna što, kada se isključe porodiljne naknade i bolovanja, iznosi gotovo jednogodišnji proračun zdravstva (slika 1). S novim modelom financiranja i izdvajanjem HZZO-a iz Riznice pokušavamo postići da novac koji namjeni pripada sustavu zdravstva tu i završi, ali tada paziti da se taj novac dobro koristi i da se ne stvaraju novi dugovi.

Izlazak HZZO-a iz Riznice

Ciljevi izlaska iz Riznice vrlo su jednostavni; oni se prije svega odnose na financijsku održivost sustava. Iako to na papiru izgleda jednostavno, u stvarnosti zahtijeva izuzetno puno planiranja i definiranja. Fiskalna transparentnost i disciplina traži se i od Ministarstva, i od HZZO-a, i od zdravstvenih ustanova, pa u konačnici i od pacijenata. Mora se točno znati koliko nam je novaca na raspolaganju i kako se on troši. Kroz to, naravno, želimo i određene rezultate, pravilno adresiranje novca i pravno plasiranje u sustav zdravstva; smatram da je to vrlo važan segment koji utječe i na liste čekanja.

Primjerice, do sada se bolnicama plaćalo unaprijed (a taj je sustav još uvijek na snazi) i u 2013. godini su zdravstvene ustanove od HZZO-a do bile 650 milijuna kuna za posao koji nisu obavile. HZZO je na zahtjev Ministarstva zdravlja bolnicama otpisalo taj

dug. Iako sam osobno negodovao protiv toga, politika je učinila svoje.

Premda nam svi govore da moramo smanjiti izdatke za zdravstvo, problem je što imamo izuzetno velik broj socijalnih transfera koji se ne tiču zdravstvenog sustav i to stvara krvu sliku o pretjeranoj potrošnji. Kad se govori o smanjenju troškova, Ministarstvo financija to uvijek posluša, ali se smanjuju samo izdaci za zdravstvenu zaštitu, a naknade koje proizlaze iz zakona o rodiljnim naknadama, braniteljima, nezaposlenima, ostaju na istoj razini. Tako nastaje prividno smanjenje u ukupnoj potrošnji, a ustvari je u pitanju izuzetno visoka stopa smanjenja za zdravstvenu zaštitu. Na državi je sada da izlaskom iz Riznice definira što točno pripada zdravstvu kroz HZZO, a što kroz transfere iz poreza; država se mora jasno odrediti je li to spremna finansirati ili nije te da se ne daju lažna obećanja. Jer i do sada smo imali zakonski zajamčen novac, koji je bio prikupljen, ali nam nije dan.

Primjerice, smanjenje stope doprinosu s 15 na 13 posto značilo je na godišnjoj razini smanjenje od 1,8 milijardi kuna. Vraćanjem stope na 15 posto zdravstvo taj novac nije vidjelo jer je istodobno državnim rebalansom zdravstveni proračun smanjen za 710 milijuna kuna.

SWAT analiza izlaska HZZO-a iz Riznice

Snaga

Nakon izlaska iz Riznice više nećemo biti vezani uz godišnju fiskalnu politiku i imat ćemo bolji pregovarački položaj s našim ugovornim partnerima. Time ćemo postići i veću vrijednost novca, a pojam sanacija odlaže u ropotarnicu povijesti. Na koordinacijskom tijelu Vlade za smanjenje deficit-a dogovoren je da ćemo s izlaskom iz Riznice i dobivanjem onog novca koji nam pripada, sami sanirati gubitke. Time jamčimo centralnoj vlasti da nećemo kucati na vrata Ministarstva financija tražeći novac za sanaciju. Na nama je da to poštujemo i da već 2017. imamo više novca.

U pogledu povećanja učinkovitosti i kvalitete, napravili smo određene studije definiranja ključnih indikatora kvalitete i bolnice su već dobitne rezultate, tako da se sada mogu uspoređivati s drugima. Te će brojke krajem jeseni biti i javno objavljene.

Slabosti

Postoje i određene slabosti izlaska iz Riznice, a to je prije svega uljuljanost ljudi u postojeći sustav 11-godišnjeg života u Riznici i razmišljanja da je riječ isključivo o transferu novca od točke A do točke B. To se mora promjeniti i mora se aktivno upravljati novcem, a time se onda preuzima i struktura i indivi-

dualna odgovornost. I to je slabost jer će svi oni koji nisu navikli preuzimati odgovornost pružati otpor. Suočavamo se i s nesigurnošću prihoda jer svi znamo da je prihod to slabiji što je veća nezaposlenost. No, ono što sigurno znamo jest da će ova finansijska kriza proći, ali i da će biti velikog političkog pritiska jer će HZZO imati povećane priljeve, agregirat će novac u fond i spremati se za eventualne nove recesije.

U slabosti još spadaju i neučinkovost pružanja zdravstvenih usluga, nepridržavanje kliničkih smjernica i prilično veliki sudski troškovi za odštete pacijentima zbog loše pružene usluge. Zakon kaže da osiguranje mora biti kod privatnih kuća, a naša je namjera da po uzoru na skandinavske zemlje napravimo sistem 'non fault insurance'.

Prilike

Da bismo kontrirali svemu tome, prilike su u aktivnom upravljanju listama čekanja, za što imamo niz mjera. Odjel za upravljanje listama čekanja u MIZ-u već danas će biti preusmjeren na druge segmente rada, a njihove ovlasti prenijet ćemo na HZZO koji će sa svojih 2400 zaposlenika aktivno i neposredno sudjelovati u smanjivanju listi čekanja.

Svaki ravnatelj ima sanacijski program koji je usvojen na koordinaciji i to već postupno donosi poboljšanja. U bolničkom sustavu su napravljene velike uštede i provedena je racionalizacija, ali ni približno onoliko za koliko je smanjen novac u sustavu. Posljedica su gubici koji se stvaraju ove godine.

Napravili smo i projekt 'cash pololinga' u kojem niti jedna ustanova ne gubi pravnu osobnost ni vlastiti žiro račun, već grupa bolnica na određenom teritoriju koriste svoj ekonomski potencijal da 'ucijene' banke kako bi dobitne bolje uvjetne poslovanja.

Kroz pregovore s bankama više su se nego prepolovili troškovi transakcija u bankama, avista kamata je narasla s 0,26 na 3,1 posto, a kamata na kredite je pala s 9 na 3,7 posto. Prema našim izračunima, bankama je oduzet ekstra profit, koji ostaje bolnicama, a riječ je o oko 350 milijuna kuna godišnje.

Velik će izazov biti i svođenje rokova plaćanja prema dobavljačima na 60 dana. Ustanovama ćemo maksimalno pomoći da uđu u taj okvir, kao i HZZO-u.

Jedno je od obećanja iz Plana 21 i ukinanje doprinosa na mirovine, i to je u našim planovima za 2015. godinu. Imamo uređeno zdravstvo koje je jedno od najcenjenijih u Europi. Znamo koji su nam problemi, ali oni nisu nepremostivi i moramo uložiti još malo naporu za njihovo rješavanje. U konačnici imat ćemo zadovoljne korisnike, naše građane, ali i zadovoljne zdravstvene radnike.

Prijetnje

Puno je preklapanja nadležnosti. Mislim da MIZ neće provoditi političke transfere na sustav zdravstva te da će se poštivati stručno-medicinski i finansijsko-ekonomski postulati.

Iako su promjene propisa dosta česte kada se provode reforme, Europa nas ipak sprečava da se propisi mijenjaju češće od šest mjeseci pa će tako biti manje promjena na tjednoj ili mjesečnoj razini. Strah od promjena je normalan, ali i ovakvi forumi su dobrati da se taj strah prevlada, da razgovaramo, da iskažemo sumnje, da kažemo što mislimo da nije dobro i da s argumentima dođemo do zajedničkih rješenja.

Moguće prijetnje dolaze i od različitih međunarodnih institucija koje traže smanjenje potrošnje, ali i u vidu nastavka mogućih negativnih ekonomskih trendova.

.....

Sanacije 1994 - 2014

Godina	Sanacije	Iznos (kn)
1994	Sporazum o sanaciji s zdravstvenim ustanovama	214.840.653
1994	Sporazum s veleprodajlerima – plaćene obvezе za lijekove	62.133.075
1998	Podmirjenje dospjelih obvezа prema zdrav. ustanovama – iz proračuna	593.000.000
1999	Preuzeće obvezе dobavljača bol. zdrav ustanova	845.369.748
1999	Prihod od proračuna za dobavljače	792.019.272
1999	Kratkoročna pozajmica od banke	120.000.000
1999	Izdane mjenice za dug lijekarnama stariji od 90 dana	244.976.450
1999	Plaća preuzima dug HZZO prema lijekarnama	375.205.694
2000	Obveznice (kredit)	1.668.666.276
2000	Kratkoročni kredit	115.000.000
2001	Naplate potraživanja od HZMO	750.366.505
2001	Kratkoročni kredit	108.000.000
2002	Kredit	820.000.000
2003	Kredit	410.000.000
2004	Zdrav. ustanove – bolnice od Ministarstva finacija za dobavljače	533.013.285
2005	Ugovor s Zagrebačkom bankom o preuzimanju dospjelih potraživanja za lijekove	808.700.000
2007	Prezakupljanje fonda za privatizaciju prodaja dionica HZZO - plaćeni ortopedski uredaji i pomagala	90.000.000
2007	Obvezе prema dobavljačima HZZO	1.200.000.000
2008	Obvezе bolničkih zdravstvenih ustanova prema dobavljačima za lijekove i potrošni med. Materijal	500.000.000
2012	Ugovori o asignaciji	465.026.201
2013	Ugovori o asignaciji	3.062.058.859
2014	Ugovori o asignaciji	3.200.000.000
	UKUPNO:	16.978.376.018

Tatjana Prenda Trupec, mag. ing. el., v.d.
ravnateljice HZZO-a:

S milijardu kuna više, u 2017. će zdravstvo biti na nuli

Andreja Šantek



Tatjana Prenda Trupec, mag. ing. el., v. d. ravnateljice HZZO-a

- „Prihodi, odnosno izvori finansiranja obveznog zdravstvenog osiguranja koje provodi HZZO, utvrđeni su čl. 72. i 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (ZOZO), ali se oni ne uplaćuju u cijelosti. Trenutno nam je velik problem upravljanje budžetom, morali smo čekati na njegov rebalans za svaku promjenu koju smo željeli napraviti i nismo mogli preusmjeravati sredstva unutar pojedinih stavki.“

Isto tako, smo neiskorišten novac na nekim pozicijama morali vraćati u Državni proračun pa smo tako prošle godine ostali bez 200 milijuna kuna, a s druge strane smo imali veliki deficit“, rekla je **Tatjana Prenda Trupec, mag. ing. el. i v.d. ravnateljice HZZO-a**, dodajući kako se cijelo vrijeme bore za održivo zdravstvo i za prihode koji su određeni zakonom (slika 1).

Smanjenja nam je bila mogućnost utjecaja na nužne legislativne izmjene, a HZZO je morao provoditi važne reforme na koje nije mogao utjecati čak niti u nekim dijelovima koji se tiču samog financiranja. Na taj su bili smanjene i mogućnosti pregovaranja s pružateljima usluga.

Iako zdravstvu iz godine u godinu nije uplaćivan novac koji je trebao biti uplaćen, jer novaca nije bilo, u konačnici se pokazalo da sanacija od 17 milijardi kuna iznosi točno onoliko koliko bi zdravstvu pripalo da smo se pridržavali zakona.

Neprišlika je bilo i s bolnicama jer oni ravnatelji koji su poslovali s nulom ili su bili u plusu, na koncu nisu dobili ništa, a onima koji su stvarali gubitke taj se dug u konačnici platio. U tim slučajevima se postavlja pitanje kako motivirati ravnatelje da dobro obavljaju svoj posao.

U 2013. je zdravstvo imalo na raspolaganju 18,52 milijarde, u 2014. 18,02 milijarde, a u 2015. smo planirali 20,66 milijardi. Da se potpuno primjenjivao Zakon imali bismo u 2013. godini 19,31 milijardu, u 2014. godini 21 milijardu, a u 2015. godini 21,7 milijardi kuna. Vratimo li se na brojku prije, t. j. na 20,66 milijardi koliko bi nas stajalo održivo zdravstvo, s onime što bismo zakonski trebali dobiti bili bismo milijardu kuna u plusu.

U planu za 2015. godinu predviđeno je, primjerice, povećanje izdataka za posebno skupe lijekove na 800 milijuna, a u trogodišnjem razdoblju na milijardu kuna.

Bolnice danas imaju 6,9 milijardi, a u 2015. smo iznos povećali na 8,2 milijarde, što je značajno veliki pomak, kojim bi se postiglo to da bolnice više ne bi stvarale dugove. Pogleda li se primarna zaštita i SKZZ, jasno je vidljivo da je zdravstvo potplaćeno i

Trenutno stanje – 2014.

RASPODJELA	SREDSTVA
RASHODI	
ZDRAVSTVENU ZAŠTITU	15.423.663.146
NAKNADE I OSTALE ISPLATE KOJE NE PRIPADAJU ZDRAVSTVU	2.283.921.526
ADMINISTRACIJA (HZZO)	288.365.202
UKUPNO	18.026.900.532
SANACIJA	3.200.000.000
PRIHODI	
PRIHODI TEMELJEM DOPRINOSA ZA OZO I ZZ	17.210.000.000
PRIHODI TEMELJEM OPĆEG POREZA	816.300.532
PRIHOD PREDVIĐEN PO ZOZO-U	21.027.332.000
RAZLIKA (NEUPLAĆENA SREDSTVA PREMA ZOZO-U (čl. 72. i 82.))*	3.000.431.468

*dio neuplaćenih sredstava je s pozicija ostalih TDU, a dio iz općeg poreza npr. trošarina na duhan

Rashodi koji iz HZZO-a prelaze u druge institucije (HZJZ)



Šifra	Aktivnost	Nadležna institucija	Plan 2014.
A690001	PRIMARNA ZDRAVSTVENA ŽAŠTITA		
	PATRONAŽNA ZZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	127.367.530
	HIGIENSKO-EPIDEMIOLOŠKA ZDRAVSTVENA ŽAŠTITA	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	50.941.359
	PREVENTIVNO-ODGOJNE MIJERE ZA ZZ ŠKOLSKE DJECE I STUDENATA	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	74.625.392
	JAVNO ZDRAVSTVO	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	10.364.904
	ZZ MENTALNOG ZDRAVJA, PREVCENCE I IZVANBOLN. LJEĆENJA OVISNOSTI	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	18.616.500
A690034	CJEPOV	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	60.300.000
A690049	PROGRAMI VEZANI ZA ZDRAVSTVENU ŽAŠTITU DJECE I MLADEŽI	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	904.230
A690056	PROGRAMI VEZANI ZA UNAPRUJEĐENJE ZDRAVSTVENE ŽAŠTITE	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	12.805.000
A690071	RANO OTKRIVANJE ZLOCUDNIH BOLESTI	Hrvatski zavod za javno zdravstvo	25.500.000
	UKUPNO		384.424.915

Hrvatski zavod za
zdravstveno
osiguranje Croatian
Health
Insurance
Fund 2.7.2014.



Rashodi koji iz HZZO-a prelaze u druge institucije (MZ i HZHM)



Šifra	Aktivnost	Nadležna institucija	Plan 2014.
A650054	SPECIALIZACIJE	Ministarstvo zdravja	35.000.000
A690055	ZDRAVSTVENA ŽAŠTITA OSOBAČJE JE PРЕВАЛУШTE NEPOZNATO	Ministarstvo zdravja	7.100.000
A690050	ZDRAVSTVENA ŽAŠTITA HRV. DRŽAVLJANA S PРЕВАЛУШTEM U BH	Ministarstvo zdravja	9.850.000
A690056	UMJETNE PUŽNICE	Ministarstvo zdravja	3.000.000
A612001	NAKNADA STETE - PROFESIONALNE BOLESTI (azbestozika)	Ministarstvo zdravja	9.535.000
	UKUPNO		64.485.000

Hrvatski zavod za
zdravstveno
osiguranje Croatian
Health
Insurance
Fund 2.7.2014.



Rashodi koji iz HZZO-a prelaze u druge institucije (ostali)



Šifra	Aktivnost	Nadležna institucija	Plan 2014.
A690035	DOBROVOLJNO DAVALAŠTVO KRV	Hrvatski zavod za transfuziju med.	12.432.670
A690085	TRANSFUZUŠKA MEDICINA	Hrvatski zavod za transfuziju med.	90.000.000
	UKUPNO		102.432.670

Hrvatski zavod za
zdravstveno
osiguranje Croatian
Health
Insurance
Fund 2.7.2014.



Šifra	Aktivnost	Nadležna institucija	Plan 2014.
A690016	NAKNADE ZA RODILINI DOPUST*	Ministarstvo socijalne politike i mlađih	900.000.000
A690038	PRUŽANJE TOKSIKOLOŠKIH INFORMACIJA	Hrvatski zavod za toksikologiju	197.000
A690040	NAKNADE BRANiteljima	Ministarstvo branitelja	22.000.000
A690052	PRIPRAVNIČKI STAZ ZA ZDRAVSTVENE DJELATNICE	Hrvatski zavod za zapošljavanje	87.000.000
	UKUPNO:		909.197.000
	SVEUKUPNO		2.229.683.866

Hrvatski zavod za
zdravstveno
osiguranje Croatian
Health
Insurance
Fund 2.7.2014.



da ne može biti održivo dok se stavke ne podignu na razinu koju smo predviđeli za 2015. godinu.

Također se postavlja i pitanje trebaju li se neke stvari poput, primjerice, specijalizacija, i dalje financirati iz zdravstvenog proračuna (slika 2, 3 i 4). Također postoji i niz izdataka koje treba prebaciti institucijama nadležnim za to i koje bi moglo na puno bolji način upravljati tim novcima.

Izlazak HZZO-a iz Riznice

Utvrđili smo model izlaska iz Riznice koji sadrži nekoliko faktora. Prvi je puna primjena Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, zatim povećanje dijela rashoda za zdravstvenu zaštitu (lijekovi, bolnice) a naknade za bolovanje i rodiljne naknade svesti na stupanj finansijske održivosti.

S milijardu kuna više i s dobrim upravljanjem vlastitim ćemo novcem sanirati do-spjela dugovanja iz 2013. i 2014. godine i do sredine 2017. svesti sve dugove na nulu. Nakon toga slijedi daljnje unapređenje sustava. Prilikom našeg zahtjeva za izlazak iz Riznice predočili smo fiskalni učinak na Državni proračun i dokazali da smo, zbrojili se ono što smo dobivali kroz proračun i kroz sanacije, uštedu od 198 milijuna kuna.

Prednosti su izlaska iz Riznice bolji pregovarački položaj HZZO-a kao platitelja zdravstvenih usluga, omogućavanje uspješnijeg (višegodišnjeg) ugoveranja, plaćanje po izvršenju (puno bolja motivacija - onaj tko je radio više i dobit će više), osiguranje dugoročne održivosti financiranja zdravstvenog sustava (bez stvaranja dugova i sanacija), te fiskalna transparentnost i disciplina.

Kroz sve to povećat će se učinkovitost sustava i smanjiti liste čekanja.

.....



Anja Kladar,
Hrvatski savez za rijetke bolesti

Prof. dr. **Ante Ćorušić**,
predsjednik HDZ-ovog Odbora za zdravstvo

Reforma zdravstva je posao za dvije, tri vlade

Andreja Šantek

- Iako bih kao oporbenjak trebao bio protiv izlaska HZZO-a iz Riznice, rekao je predsjednik HDZ-ovog Odbora za zdravstvo prof. dr. **Ante Ćorušić**, pozdravljam taj potez ali sam skeptičan prema najavama ravnateljice HZZO-a **Tatjane Prenđe Trupec** da će u zdravstvenoj blagajni ostati više novaca.

Zdravstveni sustav svake zemlje sukladan je tradiciji i tako se i Hrvatska mora osloniti na vlastite snage.

Problem je što novaca uvijek manjka, a medicina napreduje iz godine u godinu što poskupljuje liječenje, a i ljudi žive sve dulje i tada su i bolesniji. I u takvim je prilikama potrebno sve više izdvajati za zdravstvo.



Prof. dr. Ante Ćorušić,
predsjednik HDZ-ovog odbora za zdravstvo

Nećemo moći iznaći lagana finansijska rješenja, volio bih da je gđa. Trupec u pravu, ali nije.

Neki dan mi je kolegica **Martina Dalić** rekla da sve naše probleme u zdravstvu rješava 120 tisuća novih radnih mjesta.

Dakle, prvo trebamo srediti ekonomiju pa se onda možemo baviti zdravstvom jer bez novih radnih mjesta nećemo imati dovoljno novaca. Arthur Schopenhauer je rekao 'Zdravlje nije sve, ali bez zdravlja sve je ništa' i to je činjenica. Zdravstveni sustavi koji su odgovorni za zdravlje populacije počivaju na fondovima solidarnosti i to je važan nacionalni, sigurnosni i ekonomski problem.

Bez zdravstvenog sustava nemate stabilnu državu niti stabilno društvo. A ključ je u tome, o čemu svi moramo razmišljati, da zdravstvenu reformu ne može provesti jedna vlada već je to posao za dvije, tri vlade koji traje i 12 godina, i zato je nužan politički konzensus.

Isto tako, zdravstvo mora počivati na tri stupa: solidarnosti u zdravlju i bolesti, solidarnosti po plaćaju i solidarnosti po odgovornosti, što znači da i građani moraju sudjelovati u odgovornosti za svoje zdravlje.

.....



Na osmom susretu Dječje filmsko i videostvaralaštvo u funkciji javnoga zdravstva prikazani su animirani film *Tajno prijateljstvo* (NS Dubrava, Zagreb), dokumentarni film *Pasji život*, (Filmska skupina OŠ Strahoninec),igrani filmovi *Bettina* (FKV Zaprešić) i *Jutro* (Filmska družina ZAG, OŠ Marije Jurić Zagorke, Zagreb), TV-reportaže *Prek tri bregi* (OŠ Ivanovec, Čakovec) i *Moji prijatelji kao ja* (Udruga Hodači po žici, OŠ Rudeš, Zagreb) te dokumentarni film *Zorica K. (77)* (OŠ Eugena Kumičića, Velika Gorica)

Prim. dr. **Hrvoje Minigo**, predsjednik Komore:

Potreban nam je politički konsenzus, ali i konsenzus struke, zdravstvenih radnika, korisnika i lokalne zajednice

Andreja Šantek



Prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednik Hrvatske liječničke komore

„Komora već godinama očekuje izlazak HZZO-a iz Riznice, ali to se treba provesti uz dobru procjenu dostatnosti prikupljenih sredstava iz doprinosa za zdravstveno osiguranje. Osiguranici moraju znati što mogu, a što ne mogu dobiti iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, što prepostavlja usvajanje programa mjera i definiranje „košarice usluga”, jer zdravstveni radnici ne žele biti krivi za ne pružanje usluga izvan prava iz osiguranja. Još prije šest godina rekao sam upravo u Grožnjanu da je uspješnu reformu zdravstvenog sustava moguće provesti samo uz aktivno sudjelovanje struke te uvažavajući sugestije onih koji neposredno pružaju zdravstvenu zaštitu i imaju iskustva s negativnostima neprimjerenih modela“, rekao je prim. dr. **Hrvoje Minigo**, predsjednik Komore.

Ulogu i važnost Komore važno je ponavljati jer mnogi ne znaju koja je naša

uloga, niti da mi nismo ni Zbor niti Sindikat. Komore u Europi imaju dugu tradiciju, a prva komora na ovim područjima osnovana je 1903. godine u Splitu. Zadatak joj je bio da daje mišljenje kada su u pitanju promjene u zakonodavstvu. Danas imamo pet javnih ovlasti, a očekujemo da ćemo imati šestu koja je izuzetno bitna, a odnosi se na priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija, što Komora već i provodi.

Osim javnih ovlasti, Komora obavlja i druge poslove: čuva i unapređuje društveni položaj i ugled liječnika, u suradnji s medicinskim fakultetima i stručnim medicinskim društvima organizira, nadzire i vrednuje trajno stručno usavršavanje liječnika, daje mišljenje u postupku osnivanja, preseljenja i prestanka rada privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi, zastupa liječnike kod sklapanja ugovora s HZZO-om te društvima za osiguranje u cilju vrednovanja liječničkog rada u postupku formiranja cijena zdravstvenih usluga, predlaže osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti, predlaže i daje stručna mišljenje kod pripreme propisa koji utječu na razvoj medicinske struke, zdravstvene zaštite i liječničkog zvanja.

Ono što uvijek pokazujemo jest tablica koja se mijenja iz godine u godinu, a govori o strukturi liječnika, kojih je danas gotovo 20 tisuća i koji su članovi Komore, a od kojih 19.628 ima licencu (slika 1). Problem je što se za gotovo tisuću smanjio broj bolničkih specijalista, a i velik je broj umirovljenih liječnika (slika 2).

Govoreći o Nacionalnoj strategiji važno je reći da je dokazana povezanost zdravlja, sustava zdravstva i razvoja gospodarstva, da je zdravje potrošno, ali i kapitalno dobro te da se zemlje sa slabije razvijenim

Broj liječnika u RH i struktura (na dan 1.06. 2014.)

- Ukupan broj članova Hrvatske liječničke komore: **19.882**
- Ukupan broj licenciranih liječnika u RH: **19.628 (100%)**
- Broj doktora medicine zaposlenih u sustavu zdravstva RH: **13.640 (69% od ukupnog broja licenciranih liječnika)**
- Specijalisti u bolničkom sustavu: **5766 (29% lic.dr.med.)**
- Privatnici u ugovornom odnosu s HZZO-om: **3315 (17%)**
- Privatnici u svojoj ordinaciji, bez ugovora s HZZO-om: **277 (1,5%)**
- Doktori medicine u poliklinikama, privatnim bolnicama i trgovačkim društvima: **719 (4%)**
- Doktori medicine u zavodima za hitnu medicinu: **607 (3%)**
- Doktori medicine (specijalisti i opća medicina) izvan zdravstvenih ustanova (ostale djelatnosti), ubrajaju se i zaposleni u Zavodima, MORH-u, HZZO, farmaceutika, dr. med. na radu u inozemstvu, državna i javna uprava, fondovi i sl.: **2245 (11%)**
- Umirovljeni liječnici koji povremeno rade (licencirani): **3505 (18%)**
- Doktori medicine na specijalizaciji: **1745 (9%)**
- Doktori medicine, stranci, na radu u RH: **110 (0,8% u sustavu)**

obrazovnim i zdravstvenim sustavima teže razvijaju. Istraživanja su pokazala i da 10-postotno poboljšanje očekivanog životnog vijeka jamči gospodarski rast od 0,3 do 0,4 postotna boda na godišnjoj razini. Visokim troškovima zdravstvenog sustava doprinose neprimjereno dizajnirana infrastruktura, neučinkovito upravljanje, zastarjela tehnologija, neiskorištenost resursa i osoblja, ali i visoka očekivanja građana od zdravstvenog sustava jer svi misle da imaju pravo na sve pa se zdravstveni radnici nalaze u nemogućem položaju.

Ključni problemi modela financiranja zdravstva su, prema Strategiji, raspodjela sredstava, nejasan način financiranja, premala izdvajanja za preventivnu i primarnu zaštitu, preduzi rokovi plaćanja i nedostatak nadzora.

Prostor, oprema i kadrovi

U bolnicama je registrirana 381 operacijska sala, a njih 152 (40 posto) nisu obnovljane od 2000. godine. Prema izvješću Vlade, ukupna potrošnja energije u promatranim bolnicama više je od dvaput veća nego u EU zemljama s racionalnom energetskom potrošnjom. Materijalni izdaci čine više od 30 posto ukupnih izdataka zdravstvenih ustanova. Od 2000. do 2011. zabilježen je velik porast materijalnih izdataka posebice za energente, a 2011. utrošena energija dosegnula je devet posto ukupnih materijalnih izdataka. Stoga je nužna obnova infrastrukture i racionalizacija troškova.

Teškoće su i s primjenom procjena zdravstvenih tehnologija i to zato jer je ne-



dovoljno prepoznata potreba za procjenom, nemamo dobar zakonski okvir niti dovoljno kvalificiranih kadrova. A znamo da procjena zdravstvenih tehnologija pomaže racionalizaciji zdravstvenog sustava i poboljšanju učinkovitosti.

U pogledu kadrova stanje se nešto popravilo u odnosu na europski projek, no pogledamo li strukturu kadrova ne možemo biti zadovoljni. Pa ipak, makar Hrvatskoj nedostaje doktora, postavlja se pitanje što bismo da ih imamo tisuću više. Vjerojatno bi bili nezaposleni i na burzi ili bismo ih zaposlili, ali svima smanjili plaće.

U razdoblju od 1. srpnja 2013. do 30. lipnja ove godine čak je 600 liječnika za tražilo dokumente za odlazak na rad u inozemstvo, a nije dobro što su to sve mlađi ljudi i specijalisti. (slika 3)

Iako su mnogi mislili da će nam doći doktori iz trećih zemalja, mogu reći da nema navale i da je puno veće zanimanje za odlazak naših doktora nego dolazak stranih u Hrvatsku. (slika 4)

Master plan bolnica

Komora je tražila na uvid analizu i preporuke konzultanata te metodologiju izrade studije, što nismo dobili, a nakon objave dokumenta su gotovo sva naša županijska povjerenstva imala konkretnе primjedbe, kao i članovi Izvršnog odbora i ja osobno, ali one nisu uvažene niti su nam dostavljeni protuargumenti.

Dnevne bolnice su dobre za podizanje kvalitete zdravstvene zaštite jer je tu velika koncentracija stručnosti, ali potreban je oprez, valja osigurati dobar i brz prijevoz, nadzor nad pacijentom izvan ustanove i mrežu patronažne službe.

Govoreći o ukidanju kreveta nužno je valorizirati usluge, a ne samo smanjiti broj akutnih kreveta, a palijativnu skrb treba puno bolje definirati nego što je to učinjeno u ovom dokumentu. Tražimo da se osiguraju uvjeti za siguran i kvalitetan rad profesionala u zdravstvu, da se vrednuje rad, i to ne samo kroz novčane naknade, te da se osigura trajna izobrazba liječnika i sustav napredovanja.

Govoreći o konsenzusu ne mislim samo na politički konsenzus, nego i na konsenzus struke, zdravstvenih radnika, korisnika i lokalne zajednice.

Primjerice, ako je netko dobio posao u Novoj Gradišci, tamo kupio stan ili kuću te osnovao obitelj i sad mu netko dođe i kaže da više ne radi tamo nego u Slavonskom Brodu bit će u neprilici. To je vani normalno jer

Liječnici koji su od 1.07.2013. do 30.06.2014. zatražili potvrde za odlazak na rad u inozemstvo

- **Ukupno: 600 (30 - 70 mjesечно, u travnju 54)**
- **Prosječna dob: 39 godina**
- **Radni status : zaposleni u bolnicama,u hitnoj med. pomoći, nezaposleni ili već rade u inozemstvu**
- **Titule: mr. sc. 25 (5%), dr. sc. 62 (12%)**
- **Specijalisti: 65%**
- **Specijalizacije: anesteziologija 11%, , ginekologija 6%, radiologija 5%, interna medicina 5%, kirurgija 6%, opća/obiteljska 0,7%**
- **Njemačka 27%, Velika Britanija 11%, Irska 7%, Austrija 5%, Švedska 7%**

Liječnici koji su od 1.07.2013. do 30.06.2014. zatražili priznavanje stručne kvalifikacije

- Ukupno: 85
- Državljeni RH školovani u trećim zemljama: 36
- Državljeni EU, školovani u EU: 6
- Državljeni drugih zemalja:
- Rusija 6
- Srbija 6
- Ostali: Makedonija, Crna Gora i dr.
- uglavnom bez specijalizacije i mlađi od 30 godina

kad sklapaš ugovor svjestan si da te mogu poslati negde drugdje. Uz to, u europskim zemljama ljudi unajmljuju stanove i to im je uračunato u rashode. Mora li tko putovati, radije će putovati po Engleskoj gdje su željeničke veze bolje, za razliku od naših uvjeta putovanja.

Zaključci

Komora upozorava na potrebu reforme zdravstvenog sustava još od izrade Nacionalne strategije razvitka zdravstva 2006. godine. Aktivno smo preko svojih članova i stručne službe sudjelovali u izradi svih

zakonskih i podzakonskih akata, posebice u provođenju projekata kao što su reforma hitne medicinske pomoći, harmonizacija liječničkih specijalizacija, uvođenje akreditacije u sustav zdravstva, informatizaciji sustava te izradi nove Strategije.

Stalno ističemo važnost povećanja priljeva novca u sustav zdravstva, potrebu za što racionalnijom potrošnjom i finansijskom neovisnošću državnih zavoda koji se bave osiguranjem.

Stalno ističemo i potrebu za utvrđivanjem jasnih kriterija i standarda rada liječnika na svim razinama, uz istodobno poštivanje svih propisa i postupka njihova donošenja i izmjene. Neprekidno ukazujemo i na

neprimjereno vrednovanje rada liječnika, na veliku odgovornost i izloženost liječnika (ne) utemeljenim progonima ne samo suda, nego i medija, što loše utječe na odnos liječnik - pacijent i na odluku mladih da za svoj poziv izaberu medicinu

Zalažemo se za sigurnost i kvalitetu pružanja usluga u zdravstvu pa smo još 2009. godine održali niz stručnih skupova o osiguranju od profesionalne odgovornosti zdravstvenih profesionalaca, koje je sada zakonom utvrđena obaveza poslodavca.

Prvi smo inaugurirali 'no fault compensation', ali smo odustali od toga jer je analiza pokazala da je to u Hrvatskoj teško provedivo. Prvo zbog činjenice da je standard između skandinavskih zemalja i Hrvatske vrlo različit, kao i mentalitet pa bi nam se još moglo dogoditi i da moraš prijaviti grešku (što je potrebno zbog sustava kvalitete), a nakon toga će pacijent dobiti odštetu i još će tužiti doktora sudu.

Nemamo ništa protiv toga, ali je to potrebno zakonski jako dobro urediti. Na koncu, zalažemo se za to da doktor mora biti osiguran od profesionalne odgovornost što je danas vrlo loše regulirano.

.....



Sudionici okruglog stola

prim. Hrvoje Minigo,
predsjednik Komore,
prof. dr. Ante Čorušić,
predsjednik HDZ-ovog
odbora za zdravstvo,
prof. dr. Ana
Stavljenić Rukavina,
bivša ministrica zdravstva,
Tatjana Prenda Trupec,
v. d. ravnateljice HZZO-a,
prim. Siniša Varga,
ministar zdravljia,
prof. dr. Željko Krznarić,
predsjednik HLZ-a
i dr. Tihomir Strizrep,
bivši ravnatelj
HZZO-a

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

Edukacija je obaveza i ne završava na fakultetu

Andreja Šantek



Prof. dr.
Željko Krznarić,
predsjednik HLZ-a

„U našem Statutu piše da je uloga Hrvatskog liječničkog zbora unapređenje zdravlja naroda, stručnog i znanstvenog rada, njegovanja liječničke etike i zaštite liječničkog staleža. Zbor traje 140 godina, a u ovom trenutku ima 10.567 članova, uglavnom liječnika, ali i oko 2000 doktora dentalne medicine, što je važno jer pokazuje sinergiju kompletne struke. Imamo 26 podružnica i 135 stručnih društava“, rekao je prof. dr. Željko Krznarić, predsjednik HLZ-a, dodajući kako je biti liječnik cijeloživotni, vrlo zahtjevan i neprimjereno honoriran posao.

Ulaskom Hrvatske u EU HLZ je postao punopravni član UEMS-a (fran. *Union Européenne des Médecins Spécialistes*), krovne stručne udruge liječnika specijalista. HLZ okuplja oko 5000 bolničkih doktora i specijalista različitih grana medicine. Zbor održava kontakte s HUBOL-om koji nije član HLZ-a i koji u ovom trenutku oko 500 članova. HUBOL izražava svoje aktivnosti na vrlo specifičan, medijima vrlo drag način. Zbor pak, kao institucija sa 140 godina iskustva, radi na istim problemima, pokušavamo se koordinirati i dogovorati s drugim liječničkim udrugama koliko je to moguće, kako bismo pridonijeli stabilizaciji i poboljšanju čitavog sustava zdravstva.

Centralno pitanje sljedećih godina, koje će politika, a posebno hrvatska zdravstvena politika morati promišljati, jest kontroverzni Transatlantski trgovinski sporazum

(engl. *Transatlantic Trade and Investment Partnership*). To nije samo zdravstveno pitanje već i centralno političko pitanje jer predmjene znatno smanjenje državnih ovlasti u brojnim segmentima funkcioniranja društva. Sukladno sporazumu investitorji slobodno ulaze u kompletnu u strukturu bolničkih odjela, načine plaćanja te odnos s nacionalnom osiguravajućom kućom. Otvara se potencijalni prostor da na primjer moćna farmaceutska kuća kupi bolnicu i tražit će od države da joj plati za učinjene usluge. To nije nužno loše, ali o tome treba razgovarati jer i u Europi brojni socijalni zdravstveni sustavi nisu skloni takvom radikalnom sjevernoameričkom modelu privatizacije zdravstva.

Sunshine act“

Sunshine act je nešto o čemu se dosta govori pa ga je spomenuo i ministar Varga u posljednjem broju Liječničkih novina. Liječnici su skloni transparentnom prikazu svih prihoda, i danas se svi prihodi prijavljuju HZZO-u, MIZ-u i Poreznoj upravi. Inzistiranje na još jednom koraku, da svi prihodi postanu vidljivi široj javnosti, povlači pitanja sigurnosti pojedinaca i privatnosti i sigurno neće ostati bez odgovara stručnih udrug, prije svega Zbora, a vjerujem i Komore. Bude li se to zahtijevalo od liječnika tada to mora postati obaveza svih djelatnika u RH jer su svi sustavi podložni kodeksima etike i antikoruptivnim aktivnostima.

Znači, svi državni i politički dužnosnici, svi djelatnici farmaceutske industrije, jer oni su u izravnom sukobu interesa, ali i za sve ostale sudionike u procesu pa onda možemo krenuti i prema svim drugim djelatnicima u Hrvatskoj. Dakle, to je vrlo šakaljivo pitanje, tri puta se deklariramo, tri puta govorimo što smo i kako prihodovali, sada se traži i četvrti put. Sve to dolazi iz jedne sjevernoameričke priče, gdje je ovaj model bio način na koji se kontrolirao prihod političara. No mi nismo Sjeverna Amerika, mi smo tek nedavno ušli u ozbiljan kapitalistički sustav i novu integraciju i trebamo biti svjesni stanja u kojem se kao zajednica nalazimo. Zahvaljujući inicijativi Hrvatske liječničke komore imali smo čast ugostiti glavnog tajnika UEMS-a dr. Edwina Bormana, koji je ukazao da je isti takav problem na sceni u većini zemalja Europske zajednice. Neke članice, kao što su Nizozemska, Velika Britanija pa i Njemačka, pružaju velik otpor ovoj inicijativi i pitanje je kako će i hoće li ona zaživjeti. Ono što je neobično, izgleda da bi Hrvatska bila jedna od prvih zemalja u EU koja bi to prihvatala. To je zaista naš hrvatski mazohizam. Naš „hrvatski sindrom“, sluge pokornog, koji voli biti „papski i od pape“. Mislim da u primjeni ove priče moramo biti vrlo oprezni i ne dozvoliti sitnim sluganskim interesima da ponižava liječnike.

Edukacija

UEMS također akreditira edukaciju, bilo da se radi o klasičnoj ili online edukaciji, i tu postoje vrlo jasna pravila. Ne otkrivamo toplu vodu otvarajući ove teme jer smo vrlo aktivni sudionici procesa u UEMS-u i nadam se da će to biti vrlo jasno prepoznato u našim idućim aktivnostima.

Edukacija zdravstvenih djelatnika obaveza je prema zakonu i Ustavu. Svi smo svjesni da medicina nije jedina struka koja ima cijeloživotno učenje, ali zdravstveni sustav je ipak specifičan zbog skrbi o zdravlju ljudi. Idealno bi bilo da HZZO i MIZ mogu osiguravati trajnu i ažuriranu edukaciju zdravstvenih djelatnika. Dana 6. veljače organizirali smo skup „Utjecaj nove organizacije rada na stručni rad i edukaciju studenata i liječnika“ jer nismo bili zadovoljni smjenskim radom i ponuđenim aktivnostima koje su urušavale strukturu edukacije na medicinskim fakultetima, ali i specijalističku i poslijediplomsku edukaciju. Našli smo se u neprilici da su naši specijalizanti zbog dežurstva i smjenskog rada temeljnu edukaciju imali jedan ili nijedan dan u tjednu, što je absurd. Tako bismo dobili kao gotov ‘proizvod’ specijalista koji nije proveo potreban broj sati na specijalizaciji. O tome smo govorili puno, uputili svoje prigovore MIZ-u, ali nije bilo percipirano u medijima iako je tema bila vrlo ozbiljna.

Suradnja sa Liječničkim novinama nam je od osobite koristi, i u zadnjih godinu dana gotovo da postaju zajedničko glasilo Zbora i Komore. I drago mi je da ih mogu citirati i da je ministar anticipirao, ali naravno i uredništvo, neke od vrlo važnih tema kao što je i edukacija liječnika. Ona je važna, a odlasci liječnika na kongrese i predavanja nisu kriminal pa o tome moramo vrlo otvoreno razgovarati i naći održive načine. Uloga stručnih društava HLZ-a je pružanje osnove za takve aktivnosti.

Prihvatali smo inicijativu HZZO-a, a sada, nadam se, i MIZ-a, da aktiviramo peer grupe u kojima će se po podružnicama, ali i kroz stručna društva, omogućiti edukaciju o najčešćim pitanjima u medicini, neovisno ili ne izravno vezanih na farmaceutsku industriju.

U Zagrebu se održava vrlo važan sastanak s g. Gregom Adamsom, zamjenikom predsjednika online servisa 'UpToDate'. Iako smo ga pozvali da dođe u Grožnjan kako bi razgovarao s relevantnim ljudima iz sustava zdravstva, organizatori njegova dolaska su insistirali na održavanju sastanka u Zagrebu. Ovdje je važno naglasiti da je RH članica EU-a, da baštinimo europsku tradiciju edukacije liječnika, a da je 'UpToDate' američka platforma. Radi se o vrlo dobroj i iskoristivoj bazi, ali ne za edukaciju na nacionalnoj razini, niti osnovi za certificiranje ili bodovanje u Hrvatskoj zbog značajne razlike u terapijskim i dijagnostičkim algoritmima. Stav je Izvršnog odbora Zbora da, ako se donese odluka o široj suradnji, tada se UpToDate mora početi prilagođavati našim lokalnim prilikama, uključivo akceptiranje dijagnostičkih i terapijskih specifičnosti. I da ne zaboravio hrvatski jezik. Mislim da to nije nemoguća misija i da bi to i za njih bio dobar iskorak. Trenutno taj sustav na nacionalnoj razini imaju Saudijska Arabija i Norveška pa nema razloga za žurbu.

Pripravnički staž

I Komora i Zbor aktivno sudjeluju i u edukaciji i sastavljanju specijalističkih programa. Drago mi je da se govori o specijalizacijama i pripravnosti, ali nije mi drago da količina novaca ostaje ista jer mi smo svi na neki način stimulirali fakultete da upisuju više studenata, upozoravali smo da nam je dobna struktura specijalista loša i da imamo potrebu za novim obrazovanim ljudima. A tri godine zaredom imamo na raspolaganju istu sumu novaca.

Nadam se da će MiZ omogućiti pravovremeno ostvarivanje pripravničkog staža. Vjerujem se da se absurdno višemjesečno čekanje staža iz prošlih godina neće ponavljati. S druge strane, važno je istaknuti da liječnici nisu suficitarna struka i nema razloga zašto bi

dobivali minimalnu naknadu za pripravnički staž po tzv. Mrsićevom modelu. Takav pristup je prvi korak u ponižavanju mlađih liječnika, a na njihovu reakciju sigurno nećemo dugo čekati.

Zbor je vrlo aktivan kada su u pitanju različiti oblici edukacije, na našim web stranicama možete pronaći aplikaciju za liste lijekova HZZO-a, za smartphonove i neke priručnike. Nisu izravno vezani uz industriju, ali ona potpomaže njihov razvoj. Naša višegodišnja tradicija u poticanju i organiziranju edukacije i dalje je vrlo aktivna i na tom ćemo tragu širiti svoje aktivnosti.

Dijagnostičko-terapijske smjernice

Puno smo govorili o manjku finansijskih sredstva u sustavu i stoga, da bismo ih racionalno koristili, moramo poticati razvoj i publiciranje dijagnostičko-terapijskih smjernica. Pitanje koje se možda mnogima od nas ne čini važnim, ali je ta distinkcija itekako važna, jest idemo li za smjernicama koje su sukladne spoznajama problema sukladno studijama i evidence based medicine ili ćemo za smjernicama koje su orijentirane na lokalnu situaciju. Medicina je univerzalna i moramo se zalagati za smjernice koje su univerzalne. Ipak, živimo u zemlji ograničenih resursa i izlažemo se riziku velikog broja tužbi za korištenje terapija koje nisu registrirane, a u smjernicama su navedene kao terapija izbora ili kao terapija koja će nekome spasiti život. To možemo pokušati prevenirati na način da u smjernicama posebno označimo hrvatske specifičnosti i mogućnosti te time kolegama omogućimo uvid u sadašnju zbilju.

U zadnjem broju Liječničkog vjesnika, koji izlazi na hrvatskog jeziku od 1877. Godine, izšlo je pismo uredniku prof. emeritusu Rumboldtu 'Trebaju li nam smjernice o smjernicama?'. Primjetili smo, naime, da nam smjernice 'skreću' i pomalo se ipak povezuju s industrijom ili postaju predmet nerealnih očekivanja. Mislim da moramo biti malo kritičniji, i bit ćemo kritični, pa će naši urednički odbori biti vrlo restiktivni primijete li nešto takvoga.

Master plan i HZZO

O master planu smo govorili puno. Dana 3. travnja održali smo Stručni savjet, imali na nju puno prigovora i dodataka, ali nismo primijetili da je to urođilo nekim plodom. Možda smo bili u krivu, ali riječ je o Stručnom savjetu na koji su došli ljudi iz različitih krajeva Hrvatske i dali svoje primjedbe i prijedloge. Mislimo da su reorganizacija i master plan potrebiti, ali se nadamo da će se više

surađivati sa strukom, s podružnicama Zbora, a možda manje sa stranim konzultantima, što nam je svima na neki način bila crvena kropa koju nismo dokučili do kraja.

Suglasni smo sa ostalim udrugama da se HZZO izdvoji iz Riznice. Imali smo i broj LN-a posvećen toj temi. Zahvaljujem se uredništvu i prim. Minigu, argumentirano se iznosilo za i protiv takve odluke. U konačnici, svi mislimo da ako će sustav zaista bolje poslovati s izdvojenim sredstvima, logično je da ćemo podržati takvu odluku i radovat će nas jer svaki višak novca koji će se moći prelit u zdravstvo, u skupe lijekove i novu terapiju, a na korist naših bolesnika.

Kumulativni radni odnos

Ovih se dana ponavljaju napadi se na tzv. profesorsku elitu koja zarađuje jako puno novaca. Prihod se uspoređuje sa plaćom premijera, koji svakako obavlja važnu dužnost, kao i ministri iz Vlade. No, u razvijenom svijetu nitko se ne uznemirava ako netko ima veću plaću od Baracka Obame ili Angele Merkel, jedino je pitanje kako je obavljen posao za koji se dobiva plaća. Ne smije biti sramota ako netko zarađuje puno više od drugoga, nije sramota da direktori ili predsjednici uprava velikih korporacija imaju milijunske iznose u plaćama, naravno, ako to opravdavaju njihovi poslovni rezultati. Nažlost, političke strukture mogu imati ono što im politički trenutak dozvoljava.

Muslim da nije opravданo napadati kolege koji rade vrlo odgovoran posao u edukaciji liječnika, i to ne samo u dodiplomskoj nego i u poslijediplomskoj nastavi. Oni su, na neki način, oslonac sustava, vrlo ih je malo, navodi se podatak od oko 800 kumulativnih nastavnika. To su, budite uvjereni, dokazano sposobni liječnici i edukatori ljudi koji će vrlo lako preorientirati i na druge aktivnosti i druge poslove, samo je pitanje tko će tada educirati našu djecu. U jednom od uvodnika napisao sam da je atraktivno studirati u Beču, Berlinu, Amsterdamu ili Londonu. Ako smo dovoljno bogata država da svoje studente šaljemo na edukaciju u inozemstvo, ja ću to prvi pozdraviti jer će to možda jamčiti još bolju edukaciju. Ipak, molim, nemojmo rušiti sustav, radije se dogovorimo kako ga unaprijediti.

.....



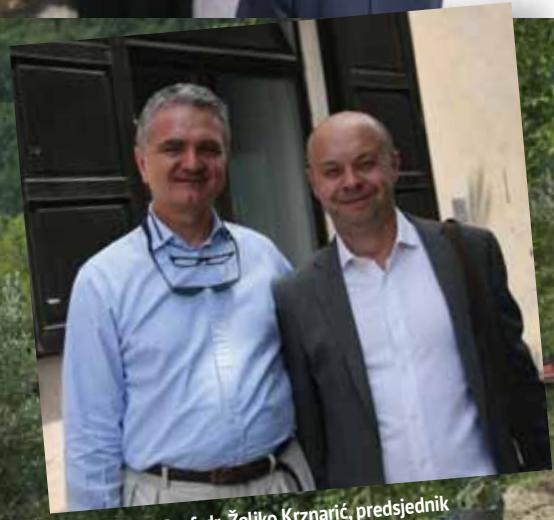
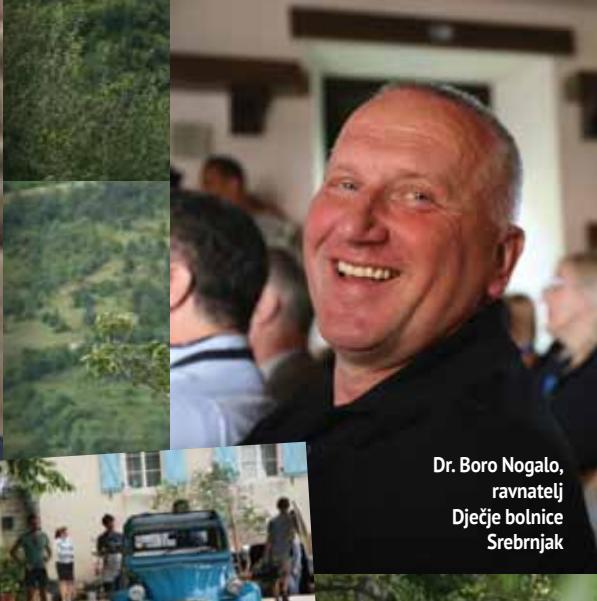
Novinarka Petra Neuner (HTV)



Glasnogovornik Nenad Korkut
i ministar zdravljia Siniša Varga



Dr. Boro Nogalo,
ravnatelj
Dječje bolnice
Srebrnjak



Prof. dr. Željko Krznarić, predsjednik
HLZ-a i novinár Mario Harapin



Novinarka Vedrana Larva (HINA) i
Romana Kovačević Baraćić (Večernji list)

Odsad MSD priručnici i u online verziji



Na predstavljanju online verzije MSD priručnika (slijeva): dr. Tomislav Božek (glavni tajnik HLZ-a), dr. Željko Ivančević (glavni urednik hrvatskog izdanja MSD priručnika), prof. dr. Adriana Vince (predsjednica Stručnog savjeta HLZ-a) i dr. Denis Vujičić (direktor tvrtke MSD)

• U svakodnevnom radu liječnici kliničari suočavaju se s brojnim nazivima lijekova, tako je primjerice u Republici Hrvatskoj registrirano „svega“ oko 150 antihipertenziva iz skupine ACE inhibitora - je li moguće sve to znati u svakom trenutku?

Dana 11. lipnja održano je u velikoj dvorani Hrvatskog liječničkog doma predstavljanje dvaju vrlo značajnih projekata razvijenih pod pokroviteljstvom Hrvatskog liječničkog zabora, u suradnji s farmaceutskom tvrtkom MSD d.o.o. iz Zagreba te izdavačkom kućom Placebo d.o.o. iz Splita. Riječ je o online verziji triju MSD priručnika te mobilnoj aplikaciji LLHZZO (Lista lijekova HZZO-a). Pozvani su bili predsjednici stručnih društava i podružnica HLZ-a, vodstvo HLK-a, ravnatelji bolnica i predstojnici klinika te drugi visoki uzvanici.

Uvodni govor održala je prof. dr. sc. **Adriana Vince**, predsjednica Stručnog savjeta HLZ-a, istaknuvši povjesnu ulogu HLZ-a u edukativnim procesima liječnika tijekom 140 godina postojanja.

MSD priručnike predstavio je dr. **Željko Ivančević**, od ranije nam dobro poznat kao glavni urednik hrvatskog izdanja MSD priručnika dijagnostike i terapije, a ujedno i idejni

začetnik projekta - online dostupnosti MSD priručnika te aplikacije LLHZZO-a.

MSD priručnicima može se pristupiti na web adresi: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/>. Ponosni smo da su u online

izdanju dostupna sva tri MSD priručnika, i to na hrvatskom jeziku, i da su kao i dosad potpuno besplatni!

Dr. Ivančević je sve nazočne kolege i kolege podsjetio da je riječ o

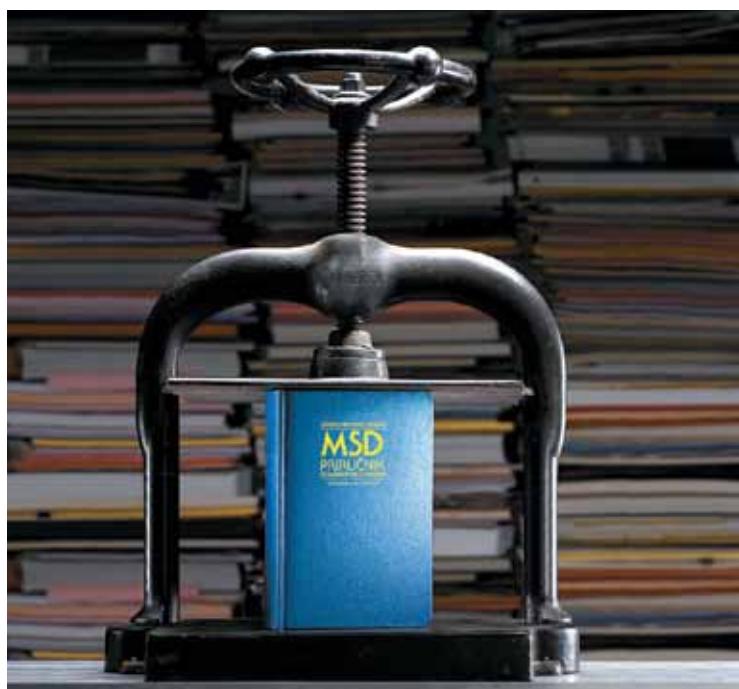
- MSD priručniku dijagnostike i terapije
- MSD priručniku simptoma bolesti i
- Medicinskom priručniku za pacijente.

Online pristup priručnicima prilažeđen je i pristupu s pametnih telefona i tableta, čime ostajemo ukorak sa suvremenim tehnološkim dostignućima.

LLHZZO aplikaciju predstavio je dr. **Tomislav Božek**, glavni tajnik HLZ-a, a može joj se pristupiti na web stranici izdavačke kuće Placebo, gdje ćete pronaći postupnik preuzimanja aplikacije LLHZZO-a namijenjene mobilnim uređajima koji sadrže Android ili iOS operativni sustav. Aplikacija se koristi na način de se provodi pretraživanje prema nazivu lijek, farmaceutskoj skupini kojoj lijek pripada i prema proizvođaču. Ujedno se može pristupiti indikacijama koje je definirao HZZO, a zahvaljujući HALMED-u, za svaki pojedini lijek dostupan je i opis njegovih svojstava, uz nuspojave i kontraindikacije. Link: <http://placebo.hr/>.

Na kraju predstavljanja nazočnima se obratio direktor tvrtke MSD dr. **Denis Vujičić**, ne skrivajući zadovoljstvo potencijalnog značenja prikazanih projekata, koji će od iznimne pomoći biti u svakodnevnom radu liječnika-kliničara, a prije svega zbog dobrobiti naših bolesnika.

.....



Borba ZJZ-a protiv epidemija na području ugroženom poplavama – naših prvih šest tjedana

Pripremili: Kata Krešić, Svjetlana Ančić-Birač, Nediljko Landeka, Diana Nonković, Vanja Slavić-Vrzić, Marijan Ercegi Ivana Pavić Šimetin

- Razmjeri poplave koja je u svibnju pogodila više županija i njihova prekoogranična područja uz sлив rijeke Save bili su neuobičajeno veliki. Više tisuća kuća i dvořišta bili su poplavljeni, više od 9000 ljudi moralo je izbjegći iz svojih domova, a nakon povlačenja zaostale su velike količine mulja i drugog otpada. Uginuo je i velik broj domaćih životinja koje se nije uspjelo spasiti i njihove lešine trunule su do povlačenja vode i njihova sigurnog uklanjanja tijekom asanacije. Voda i površine bile su zagađene bakterijama koje su uobičajeni uzročnici crijevnih zaraznih

bolesti poput Ešerihije koli, Kampilobaktera, Salmonelle i uzročnika dizenterije. Porastao je rizik za pojavu Leptospirose koja se inače u mirnim uvjetima rijetko javlja. Među uginulim životinjama u okolišu nalazio se i veći broj uginulih glodavaca, a preživjeli su se približili ljudskim nastambama u potrazi za skloništem i hranom tako da je porastao rizik od pojave hemoragijske groznice s bubrežnim sindromom, ali i drugih bolesti zbog kojih je prije povratka ljudi bilo važno provesti deratizaciju kojom će se broj glodavaca smanjiti na najmanju moguću mjeru. Velike količine

vode i visoke temperature pogodovale su pojavi velikog broja komaraca koji su prijenosnici bolesti. Brojnost komaraca i njihovi ubodi, pored toga što predstavljaju neugodu za ljude, povećavaju i rizik pojave za neke bolesti poput groznice zapadnog Nila koja se zadnjih godina u Hrvatskoj i okolnim zemljama javlja krajem ljeta. Bilo je važno provesti dezinfekciju na širokom području. Veliki razmjeri poplave, koja je istovremeno zahvatila više županija i pogranična područja u okolišu, stvorili su preduvjete za pojavu zaraznih bolesti koje se mogu prenijeti vodom, hranom i vektorima te su povećali rizike za pojavu epidemija zaraznih bolesti.

Razmjeri elementarne nesreće bili su takvi da je Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) prvi put u 20 godina 21. svibnja predložio ministru zdravlja donošenje Odluke o proglašenju stanja opasnosti od epidemije zaraznih bolesti za područje Vukovarsko-srijemske i Brodsko-posavske županije i za dijelove Požeško-slavonske i Sisačko-moslavačke županije. Tom je odlukom utvrđena obaveza provođenja mjera radi sprječavanja i suzbijanja zaraznih bolesti koje su propisane člankom 57. Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (NN br. 79/07, 113/08 i 43/09), što je za cijelu mrežu zavoda za javno zdravstvo značilo aktivno uključivanje u borbu protiv epidemija.



Dr. sc. Toni Žitko (ZZJZ Splitsko-dalmatinske županije), san. ing. Roko Novak (ZZJZ Varaždinske županije), san.teh. Andrija Bazina (ZZJZ Splitsko-dalmatinske županije), zdr. teh. Dalibor Radolović (ZZJZ Splitsko-dalmatinske županije), dr. med. Kata Krešić (ZZJZ Vukovarsko-srijemske županije), dr. med. Krinoslav Sokol (ZZJZ Vukovarsko-srijemske županije), san. ing. Antun Badžek (ZZJZ Vukovarsko-srijemske županije) i san. ing. Tonko Maleš (ZZJZ Splitsko-dalmatinske županije) ispred ZZJZ-a Vukovarsko-srijemske županije



Dr. Ankica Ilić (ZZJZ Vukovarsko-srijemske županije), Sven Grujić, san.teh, dr. Sanja Palić spec.epid (ZZJZ „Dr. Andrija Štampar“), dr. Kata Krešić, spec.epid. Ilić (ZZJZ Vukovarsko-srijemske županije), Tomislav Pismarović, san.ing., (ZZJZ „dr. A. Štampar“)

Opći plan sanacije popavljenih područja

Na temelju Odluke ministra zdravlja, a na prijedlog HZJZ-a, donesen je Opći plan sanacije popavljenih područja koji je predviđao provođenje preventivnih mjera tijekom poplave te sanaciju terena nakon povlačenja vode.

Njihovim provođenjem bili bi uklonjeni mogući izvori i putovi prijenosa uzročnika zaraznih bolesti s konačnim ciljem osiguranja sigurnog okoliša za život stanovništva. Proglašavanje opasnosti od epidemija olakšalo je koordinaciju i provođenje potrebnih mjera na području zahvaćenih županija i osiguranje prekogranične suradnje u rješavanju stanja.

Predložene preventivne mjere predviđale su provedbu kontrole i osiguranja sigurne vode za piće, osiguranje konzumiranja zdravstveno ispravne hrane (konzervirane ili dobro termički obrađene), nošenje zaštitne odjeće i obuće, temeljite osobne higijene, dezinfekciju objekata i javnih površina, deratizaciju i dezinfekciju.

Prema Općem planu mjera sanacije provedena je sanacija terena koja je podrazumjevala uklanjanje lešina uginulih životinja i sve zagađene zdravstveno neispravne hrane

za ljudе i životinje te njihovo uklanjanje na siguran način.

Uklonjen je krupni otpad, mulj nataložen u objektima i oko njih te provedeno temeljito mehaničko čišćenje i dezinfekcija javnih površina i objekata. Provedene su mjere deratizacije objekata i okoliša.

Mjerama dezinfekcije radilo se, i još uvijek se nastavlja raditi, na uništavanju larvi komaraca i njihovih adultnih oblika. Izrađene su detaljne Upute za čuvanje zdravlja pri asanaciji i Upute za građane nakon poplave te su podijeljene stanovništvu. U njima su opisane mјere koje trebaju provoditi povratnici u poplavljena područja kako bi sačuvali svoje zdravlje.

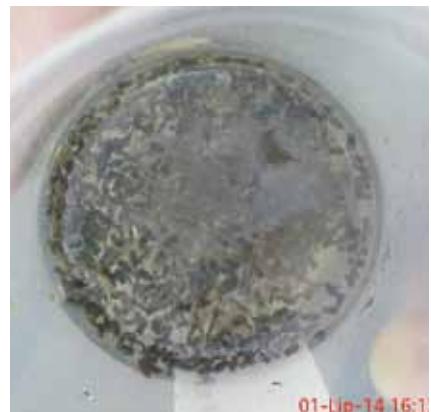
U provedbu mјera predviđenih planom, pod koordinacijom Državnog stožera na terenu u Županji i Kriznog stožera Ministarstva zdravlja, bili su uključeni brojni stručnjaci iz institucija države i lokalne samouprave, ali i volontera okupljenih oko nevladinih udruga koje su djelovale na terenu.

Bili smo svjedoci suradnje svih sektora Vlade i civilnog društva, a o njenoj uspješnosti svjedoči činjenica da nije došlo do pojave epidemija zaraznih bolesti i da se postupno ostvaruju preduvjeti za povratak ljudi u svoje domove.

Mreža zavoda za javno zdravstvo u borbi protiv epidemije

Nezaobilazan doprinos smirivanju cijelokupnog stanja dali su HZJZ i cijela mreža županijskih zavoda za javno zdravstvo.

Obaveza provođenja mјera radi sprječavanje i suzbijanja zaraznih bolesti koje su propisane člankom 57. Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti bio je za mrežu zavoda za javno zdravstvo poziv na aktivno uključivanje u borbu protiv epidemija i na taj poziv svi su se zavodi spremno odazvali. Svojim aktivnostima osigurali su stručne podloge za planiranje potrebnih mјera, trajan epidemiološki nadzor te provedbu općih i posebnih mјera prevencije i sprečavanja širenja zaraznih bolesti.



Uzorci ličinki komaraca *Culex pipiens* zadnjeg stadija razvoja - selo Đurići , slikao mr. sc. N. Landeka ZZJZ Istarske županije

Svi stručnjaci iz mreže zavoda iskazali su od prvog dana svoju želju za odlazak u poplavljena područja i podršku kolegama u županijskim zavodima na zahvaćenim područjima. Pod koordinacijom HZJZ-a, na terenu su se smjenjivali timovi javno-zdravstvenih stručnjaka iz cijele Hrvatske i provodili mјere predviđene planom.

Od 17. svibnja započeo je epidemiološki nadzor nad stanovništvom koje je



Uzimanje uzorka vode i pretraga na prisutne ličinke komaraca, dr. sc. Toni Žitko, član povjerenstva za nadzor nad provedbom DDD mјera na poplavnom području

moralo napustiti svoje domove i nad objektima u koje su bili smješteni. Tijekom cijelog razdoblja provedeno je više od 370 epidemioloških izvida, obavljeno više od 200 monitoringa vode za piće i u skladu s rezultatima izdane su potrebne preporuke. Stručnjaci iz mreže zavoda sudjelovali su u provedbi i nadzoru nad dezinfekcijom više od 4800 kuća i objekata. Planiran je i proveden monitoring komaraca i u skladu s rezultatima provedeno je više desetaka postupaka dezinfekcije larvi (18000 m³) i adulta komaraca (9000 ha) u zahvaćenim županijama, ali i u njihovim prekograničnim područjima. Cijepljeno je više od tisuću ljudi koji su radili na sanaciji terena.

U provedbi mjera sudjelovali su stručnjaci zavoda za javno zdravstvo zahvaćenih županija. Njihov doprinos još jednom je istaknuo nezaobilaznu ulogu i važnost mreže zavoda za javno zdravstvo na čelu s HZJZ-om u rješavanju kriznih stanja. Do 30. lipnja bilo je upućeno na rad u poplavljena područja 80 djelatnika iz cijele Hrvatske, prvenstveno liječnika epidemiologa (dr. Sanja Zrilić, dr. Ljiljana Bačun Ivček, dr. Sanja Prlić i dr. Goran Perko iz ZZJZ-a „Andrija Štampar“ Zagreb; mr. sc. Dobrica Rončević, dr. Avelino Baretić, dr. Davor Čorak i dr. sc. Danijela Lakošeljac iz Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije; dr. Ivan Stipanov iz ZZJZ-a Zadar; dr. Joško Maras iz Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije; dr. Damir Leka iz ZZJZ-a Istarske županije; dr. Igor Piskač iz ZZJZ-a Dubrovačko-neretvanske županije; dr. Višnja Smilović

Tretman
srušene kuće
u Račinovcima,
koja se nalazila
u blizini legla
komaraca,
Dario Vrhovec,
sanit. teh.
ZZJZ Krapinsko-
zagorske županije



iz ZZJZ-a Međimurske županije te dr. Vanja Slavić Vrzić iz ZZJZ-a Zagrebačke županije), sanitarnih inženjera i tehničara te biologa.

Uz djelatnike županijskih zavoda za javno zdravstvo, na poplavljrenom području prvenstveno u smislu nadzora i koordinacije bili su stalno prisutni i epidemiolozi HZJZ-a, i to naizmjenično dr. sc. Marijan Erceg, dr. Aleksandar Šimunović, dr. Vesna Višekruna Vučina, dr. Pavle Jeličić, dr. Davor Plažanin i ravnateljica dr. sc. Tamara Poljičanin.

Vukovarsko-srijemska županija

Vukovarsko-srijemska županija najteže je stradala u poplavama. Kad je 20. lipnja ukinuto proglašenje opasnosti od epidemije

zaraznih bolesti za druga područja, za dijelove ove Županije proglašenje opasnosti i dalje je ostalo na snazi, i to za mjesta Račinovci, Gunja i Rajevo Selo. Epidemiološka služba ZZJZ-a Vukovarsko-srijemske županije cijelo ovo vrijeme i nadalje je angažirala sve svoje snage i dr. Kata Krešić i dr. Ankica Ilić bili su stalno na terenu. Dr. Krešić, epidemiologinja i ravnateljica ZZJZ-a Vukovarsko-srijemske županije, održavala je i stalnu koordinaciju sa Kriznim stožerom Ministarstva zdravlja i ostalim kolegama na terenu. Epidemiolog dr. Kruno Sokol brinuo se o redovitom radu epidemiološke službe i bio pomoć svojim kolegicama, sudjelujući i u terenskom radu, dr. Danijel Lipovčević i dr. Vedrana Lanc-Čurdinjaković su pomagali u cijepljenju, svi sanitarni tehničari i inženjeri su predano radi-





Prikupljeni uzorci komaraca u mrežicama
CDC klopki, doc. dr. Mirta Sudarić,
Odjel za biologiju, Osijek

li svoj posao. Dragocjenom i nezamjenjivom se u ovoj katastrofi pokazala iznimna organiziranost i funkcionalnost mreže zavoda za javno zdravstvo. Oni su od prvoga dana poplave ponudili pomoć svojim kolegama u Slavoniji. Pomoći u ljudstvu, opremi i sredstvima za provedbu DDD mjera je, uz koordinaciju HZJZ-a, ubrzo počela pristizati u Županju.

Broj timova upućenih na rad u ovu županiju iz drugih dijelova Hrvatske mijenja se, a najveći je bio sredinom lipnja kada je u Kriznom stožeru u Županji bio uz epidemiologe domaćeg zavoda po jedan tim stručnjaka iz zavoda za javno zdravstvo Istarske, Split-sko-dalmatinske, Primorsko-goranske, Karlovačke, Dubrovačko-neretvanske, Zagrebačke, Varaždinske i Zadarske županije te iz Grada Zagreba, kao i tri stručnjaka iz HZJZ-a, ukupno 25 ljudi iz cijele Hrvatske. Predviđa se da će potreba za najmanje četiri tima iz drugih zavoda za javno zdravstvo postojati sve do 20. srpnja, ako ne i dulje.

Kako dr. Kata Krešić voli istaknuti osjećaj zajedništva, zadovoljstva s učinjenim i potvrdu spremnosti na međusobnu pomoći, profesionalnost i stručnost stručnjaka iz cijele zemlje koji su kroz mrežu zavoda za javno zdravstvo pružali pomoći njenom Zavodu. To je ublažilo osjećaj tuge svih svjedoka ove katastrofe i nesreće ljudi koji su je doživjeli. Bilo je doista ohrabrujuće vidjeti tu prijateljsku suradnju i nesobičnu spremnost davanja sebe i pomoći u provođenju svih protuepidemijskih mjera kojima je zadaća osigurati stabilno epidemiološko stanje.

Na visokoj profesionalnoj, ali i ljudskoj razini, i prema svim pravilima epidemiološke struke provođene su sve mjere koje su predviđene u takvim katastrofama. Kolege su svakodnevno svojim stručnim savjetima i preporukama bili na raspolaganju svima onima i izvan sustava zdravstva kojima je bila potrebna pomoći brzim i učinkovitim rješava-

njem svakodnevnih i neočekivanih problema. Spremno su surađivali sa svima koji su bili na terenu i istovremeno imali i njihovu pomoći u obavljanju svoga posla; pokazali su kako funkcioniра liječnik u zajednici i koliko je to važno, posebice u ovakvim prilikama.

Kako se radilo u ostalim županijama u kojima je proglašena opasnost od epidemija

Iako je Vukovarsko-srijemska županija najviše stradala u ovoj elementarnoj negoci, Brodsko-posavska županija i dijelovi Požeško-slavonske i Sisačko-moslavačke županije stradali su također do mjere da je bilo neophodno proglašiti opasnost od epidemije. Primjerice u Sisačko-moslavačkoj županiji voda je te subote 17. srpnja rano ujutro brzo počela rasti te nije bilo vremena za uspješnu obranu, razina vode dizala svakog sata za četrti do šest centimetara te je skoro dosegla 500 centimetara.

Bila je to jedna od najvećih razina u povijesti mjerjenja vodostaja ove rijeke na dvorskem i kostajničkom području od 1955. godine. Poplavljeno je više od 130 kuća u Kostajnici, više od 30 kuća u Dvoru te su pod vodom bili mnogi gospodarski objekti i velike poljoprivredne površine.

Prekinut je promet cestom H. Dubica - H. Kostajnica - Dvor, a sav putnički promet za BiH prebacivan je na Jasenovac.

Za razliku od Vukovarsko-srijemske županije, ovdje nije bilo potrebe za evakuacijom ljudi i životinja. Prvi epidemiološki izvid poplavljennog područja obavili su djelatnici ZZJZ-a Sisačko-moslavačke županije u nedjelju 18. svibnja. Najvažnije je bilo provjeriti način vodoopskrbe i utvrditi zdravstvenu ispravnost vode. Preporuke za stanovništvo poplavljennih područja o zaštiti zdravlja, sanaciji kuća, bunara i sl. distribuirali su načelnicima, DVD-ima, ambulantama hitne pomoći i dr.

Nije bilo zaraznih bolesti, a ljudi su se držali uputa i preporuka koje su dobili od sanitarnih inženjera i epidemiologa. Ravnateljica ZZJZ-a Sisačko-moslavačke županije, epidemiologinja dr. **Svetlana Ančić-Birač**, više je puta istaknula da su stanovnici bili zadovoljni ovako brzom reakcijom svih mjeđuvadnih, a pogotovo s našim zdravstvenim intervencijama.

Posebno je istaknula dobru suradnju epidemioloških timova s lokalnim pčelarima jer su tijekom provedbe dezinfekcije adulticidnim tretmanom na području Dvora, H. Kostajnice i H. Dubice, uz pomoći predsjednika pčelarske udruge, znali točno gdje su smještene košnice pčela i tu nisu obavljali dezinfekciju. Na provođenju protuempijskih mjera radili su zajedno s domaćim Zavodom, uključujući epidemiologinu **Sonju Pajtlar**, dr. med. i **Svetlanu Ančić-Birač**, dr. med. spec. epidemiolog i djelatnici iz ZZJZ-a Karlovačke, Varaždinske, Krapinsko-zagorske, Bjelovarsko-bilogorske, Splitsko-dalmatinske, Istarske, Požeško-slavonske i Zagrebačke



Gunja, tretman slijepih ulica ručnim termozamagljivačima,
Ante Ivanović, sanit. terhn. NZJZ Spitsko-dalmatinske županije

županije te Grada Zagreba, zajedno s djelatnicima HZJZ-a.

Predani rad više od 20 ljudi na visokim ljetnim temperaturama, izvrsna organizacija aktivnosti i nadzor provedbe omogućio je da se sav posao DDD mjera u Pounju obavi u rekordnom roku. U Sisačko-moslavačkoj županiji moglo se čuti da je, kao i prije 20 godina kad se radilo na sanaciji ratom zahvaćenih područja, zajednički rad ljudi iz cijele Hrvatske donio još čvršću povezanost mreže ZZJZ-a i sigurnost da ćemo jedni drugima pomoći u svakom trenutku.

Sličan scenarij odvio se u Požeško-slavonskoj i Brodsko-posavskoj županiji, gdje su se uz domaće epidemiološke timove (doc. prim.dr. sc. **Ante Cvitković**, dr. med., **Zorana Marić**, dr. med., **Igor Ivić Hofman**, dr. med. i doc. dr. sc. **Marica Miletić Medved**, dr. med., ZZJZ Brodsko-posavske županije; **Ante Vitalija**, dr. med. ZZJZ Požeško-slavonske županije) okupili timovi iz pet i više ZZJZ-a. Uz prethodno navedene ZZJZ-e u ove dvije županije svoje djelatnike uputili su ZZJZ-a Međimurske, Virovitičko-podravske i Šibensko-kninske županije te su u nekoliko dana proveli sve potrebne protuepidemijske mjere.

Odred za komarce“

Svi koji su tih dana prolazi poplavljnim područjem svjedočili su o najezdi komaraca koja je nadilazila sva njihova dotadašnja iskustva s neugodnim kukcima, mogućim vektorima zaraznih bolesti.

Glavna je aktivnost koja se cijelo vrijeme provodi kontrola brojnosti komaraca na navedenim područjima, što ispred mreže ZZJZ-a provode mr. sc. **Nedeljko Landeka** iz Istarskog zavoda i dr. sc. **Toni Žitko** iz Split-sko-dalmatinskog zavoda.

Nakon monitoriranja legla i procjene brojnosti adulta obavljeni su različiti postupci suzbijanja ličinki u leglima i suzbijanje adulta toplim i hladnim postupkom. Posebna je pozornost bila usmjerena prema vrsti *Culex pipiens*, urbanom komarcu, prijenosniku groznice Zapadnog Nila.

Najveća brojnost i molestiranje poplavnih vrsta komaraca zamijećeno je uz naselja koja graniče sa šumskim područjem. Radi smanjivanja najezde iz šume učestalije su tretirana naseljena područja koja graniče sa šumom. Kako bi smanjili najezdu iz šume učestalije su tretirana naseljena područja koja graniče sa šumom.

Sva naselja poplavnog područja su tretirana metodom ULV hladnog zamagljivanja a mjesto na kojima su pronađena žarišta komaraca tj. legla sa brojnim ličinkama, dodatno su obrađena ručnim termalnim zamagliji-



Rezultati izlova krilatica metodom čovjek-aspirator, mr. sc. Nedeljko Landeka, ZZJZ Istarske županije, Strošinci 1.6. 2014.

vačima (okolna vegetacija, dvorišta, gospodarski objekti, srušeni objekti, kanalski tuneli i sl.).

Upornim i redovitim postupcima populacija komarca vrste *Culex pipiens* održana je na prihvatljivom minimumu, čime je smanjen rizik od opasnosti koje on nosi. Uz to su timovi ZZJZ-a iz cijele Hrvatske tijekom ovog vremena stekli vrijedna iskustva u načinu djelovanja u izvanrednim okolnostima, međusobno su se upoznali i pokazali da mogu djelovati kao jedan tim.

Sretna je okolnost bila i ta da su neki zavodi imali već uhodanu DDD djelostnost, imali su kapacitete u kadrovima, opreme i zalihamama sredstava za dezinfekciju te su mogli odmah pristupiti provedbi mjera po dolasku na poplavljeno područje.

Zaključno

Rezultat je svih provedenih aktivnosti mirno epidemiološko stanje. Rizik opa-



Priprema radne otopine larvicida, Andrija Bazina, sanit. teh., ZZJZ Split-sko-dalmatinske županije

nosti od mogućeg razvoja epidemija iz dana u dan vraća se onom koji je uobičajen za zahvaćeni prostor u ovo doba godine. Vrijeme visokog rizika je prošlo, ali epidemiološki posao tu ne staje, rizik je promijenio samo svoj intenzitet i karakter, a prema tome se uskladjuju i mjere koje se provode. Epidemiolozi su liječnici koji su među prvima prisutni u svim katastrofama u kojima postoji neposredna ili posljedična ugroza za ljudsko zdravlje, za to se pripremaju tijekom svoga školovanja i tijekom cijelog svoga profesionalnog rada. Oni su prisutni na početku, tijekom trajanja neposredne ugroze i još dugo nakon što se čini kako je sve „prošlo“ i kako se život polako vraća u „normalu“. Tako je to bilo i tijekom ovih poplava, katastrofe koja je zadesila na pačenu, ali ponosnu Slavoniju i Pounje. Tijek katastrofe, kako to obično i biva, odvijao se munjevitom brzinom, odluke je trebalo donositi brzo i staloženo, predviđajući tijek događaja i biti tako korak ispred ugroze za ljudsko zdravlje. Epidemiolozi su upravo trenirani za takve prilike, cijeli svoj profesionalni rad temelje na spremnosti za brzu i učinkovitu intervenciju. Cijela mreža ZZJZ-a uputila je svoje djelatnike da pomognu sanirati posljedice poplave te im omogućiti sigurne uvjete za život bez ugroze njihovog zdravlja.

Poplave kao posljedica ekstremnih padalina možemo očekivati i ubuduće pa se stoga svi trebamo dobro pripremiti, biti spremni na mobilizaciju i znati pružiti potrebnu stručnu pomoć stanovništvu te kolegijalnu pomoć unutar mreže ZZJZ-a kako bi se što brže saniralo stanje i sprječile epidemije i druge neželjene masovne pojave.

Koliko razorne posljedice mogu biti vidjeli smo i ove godine, a bez organiziranog i brzog djelovanja svih ZZJZ-a sanacija bi bila nezamisliva.

Opći plan sanacije poplavljениh područja HZJZ, 2014

1. Asanacija terena

Nakon povlačenja vode sa poplavljениh područja komunalne službe, veterinarski servisi i druge službe zadužene za sanaciju područja moraju provesti, odvoz krupnog i drugog otpada, zbrinjavanje lešina životinja, ostataka hrane, uklanjanje nanesenog mulja u naseljima i objektima, te čišćenje i pranje komunalne infrastrukture i javnih, gospodarskih i stambenih objekata.

2. Pranje, sušenje i dezinfekcija svih objekata koji se trebaju vratiti u funkciju

Komunalne službe i druge organizirane službe koje obavljaju javne radove trebaju provoditi i pomagati građanima u provođenju čišćenja stambenih i svih drugih objekata. Potrebno je provesti organizirano sušenje za to predviđenom aparaturom. Sav namještaj koji ostaje se treba iznijeti na otvoreno i dobro oprati i osušiti. Nakon sušenja zidova potrebno je provesti tretman protiv gljivica algicidima (posebno uputstvo).

Nakon što je sve očišćeno i osušeno potrebno je provesti dezinfekciju prostora zidova, podova i površina od strane stručnih i za to ovlaštenih osoba. Dezinfekciju je potrebno provesti prskanjem ili hladnim zamagljivanjem s nekim od dezinficijens regristriranih u RH. Preporučljivo je da to budu kvarterni amonijevi spojevi ili njihove kombinacije s drugim dezinficijensima uz doziranje prema uputama proizvođača.

3. Čišćenje i dezinfekcija individualnih vodoopskrbnih objekata te pražnjenje septičkih jama

Nakon povlačenja voda iz individualnih vodoopskrbnih objekata/zdenaca potrebno je potpuno ispumpati vodu, stjenke zdenaca dobro oprati šmrkom pod visokim tlakom ili mehanički, te ponovo ispumpati vodu.

Nadošlu vodu potrebno je hiperklorirati i nakon 24 sata provjeriti koncentraciju klora i ukoliko je ista uredna voda je spremljena za upotrebu.

Septičke jame je potrebno ispumpati i sadržaj zbrinuti na odgovarajući način. Navedeno je potrebno provesti od strane stručnih ili za to obučenih osoba.

4. Deratizacija

Potrebno je provesti deratizaciju parafiniziranim raticidnim mamacima s antikoagulantima druge generacije sukladno pravilima struke, a okvirno prema sljedećim normativima:

Stambeni objekti

300 grama po objektu

Gospodarski objekti (štale, skladišta i spremišta)

500 g po objektu

Kanalizacija

1000 g na 1000 m kanalizacije raspoređenih na 10 mesta

Obale vodotokova

100 g svakih 100 m rubne dužine

Javna površina

100 g na 50 m² tlocrtnе površine

Škole, vrtići, javni prostori

100 g na 50 m² tlocrtnе površine (zaštićeno) i oko objekta 50 g na 10 m dužnih

Trgovine i ugostiteljstvo

50 g na 10 m²

Navedeno je potrebno provesti od strane stručnih ili za to ovlaštenih osoba.

Pri izradi lokalnih operativnih planova treba voditi računa o tome da se obuhvati širi pojas objekata izvan poplavljениh područja, zbog migracije glodavaca sa poplavljениh na nepoplavljena područja.

5. Dezinfekcija

Povlačenju vode potrebno je obaviti larvicidni tretman svih otvorenih vodnih površina stajačica, posebno zaostalih poplavnih voda izvan i u području inundacije, te taložnice kanalizacijskog sustava i septičke jame. Tretman trebaju obaviti stručne i za to ovlaštene osobe, sredstvima registriranim u RH, dozama i količinama prema uputstvima proizvođača, svakih 14 dana, kontinuirano do završetka sezone. Adulticidni tretman sa zemlje ili iz aviona treba obaviti po procjeni brojnosti komaraca koju će obaviti stručne službe županijskih zavoda za javno zdravstvo.

6. Objekti za prihvat evakuiranih

U objektima za prihvat evakuiranih potrebno je osigurati opskrbu zdravstveno ispravnom vodom, sanitaciju i uvjete za obavljanje osnovne higijene, opskrbu zdravstveno ispravnom hranom (suhom ili pripremljenim u kontroliranim i nadziranim objektima), kontinuiranu medicinsku skrb (hitna medicinska pomoć i liječnik obiteljske medicine), lijekove

i medicinska pomagala, kontinuirani epidemiološki i sanitarni nadzor.

7. Osobe koje provode asanaciju na terenu

Za osobe koje borave na terenu radi obavljanja asanacije potrebno je osigurati oskrbu zdravstveno ispravnom vodom, zdravstveno ispravnom hranom i osigurati im adekvatni smještaj sukladno higijenskim standardima. Također, potrebno im je osigurati zaštitnu opremu (gumene rukavice, gumene čizme, radna odijela, zaštitne naočale, jednokratne kirurške maske) i upoznati ih s mjerama zaštite zdravlja pri poslovima na asanaciji te provjeriti cijepni status i po potrebi docijepiti protiv tetanusa i eventualno drugim cijepivima prema epidemiološkoj indikaciji.

8. Bolnički smještaj

U općim bolnicama ugorženih županija potrebno je osigurati mogućnost smještaja, odnosno dodatne kapacitete za smještaj i liječenje (izolaciju) eventualno oboljelih od zaraznih i drugih bolesti i ozljeda.

9. Osiguravanje prostora za rad liječnicima primarne zdravstvene zaštite

Za liječnike primarne zdravstvene zaštite čije su ambulante poplavljene odnosno čija je populacija evakuirana/izmještena potrebno je u okviru doma zdravlja osigurati prostor za rad i prihvat pacijenata.

10. Županijski zavodi za javno zdravstvo

Županijski zavodi za javno zdravstvo dužni su osigurati pojačani rad i kontinuiranu pripravnost te dnevno izvještavati Hrvatski zavod za javno zdravstvo o situaciji na terenu koja bi mogla imati utjecaja na zdravlje ljudi uključujući pojavu zaraznih bolesti (uključujući nulto izvještavanje) kao i provedene mјere.

11. Privremeno raspoređivanje epidemiologa i sanitarnih inspektora na ispoluo u ugrožena područja

Radi pojačane potrebe za radom epidemioloških službi i sanitarnih inspekcijskih na terenu, potrebno je predvidjeti privremeno raspoređivanje dodatnih epidemioloških timova u ugrožena područja. Predlaže se da u pripravnosti za premještaj budu po dva epidemiologa (ili epidemiološka tima) za županije sa ugroženim područjem i po tri sanitarna inspektora.

••••

Prva međunarodna konferencija i festival „Taste the Mediterranean“ - Šibenik 2014.

Prof. dr. Željko Krznarić



Na slici slijeva: doc. dr. Darija Vranešić Bender, prof. dr. Hans Gulbrand, prof. dr. Jose Alfredo Martinez, prof. dr. Antonia Trichopoulou, prof. dr. Željko Krznarić, prof. dr. Euphrosyne Rizopoulou-Egoumenidou i prof. dr. Laura Di Renzo

- Prva međunarodna konferencija i festival „Taste the Mediterranean“, održani u Šibeniku od 29. svibnja do 1. lipnja u suradnji s organizacijom Hrvatskog liječničkog zbornika, znanstveni je skup i gastronomski festival na kojima smo imali prilike upoznati se s rezultatima bogatog istraživačkog rada na području mediteranske prehrane te svjedočiti kulturi, tradiciji, proizvodima i stilu života tipičnima za Mediteran. Ta je jedinstvena manifestacija održana povodom nedavnog uvrštenja mediteranske prehrane hrvatskog Jadranu na UNESCO-ovu Reprezentativnu listu nematerijalne kulturne baštine čovječanstva.

Konferencija je okupila preko stotinu stručnjaka s područja medicine, farmacije i nutricionizma koji su prisustvovali predavanjima istaknutih domaćih i inozemnih stručnjaka te sudjelovali u raspravama o odabranim aktualnim temama.

Mediteranska prehrana – pogled u prošlost, sadašnjost i budućnost

Konferenciju je otvorila istaknuta nutricionistica prof. dr. **Antonia Trichopoulou**, potpredsjednica Helenske zaklade za zdravlje, profesor emeritus Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Ateni te bivša članica Odbora Svjetske zdravstvene organizacije odlikovana nagradom za „karrieru izvanrednog nutricionista“. Slobodno možemo kazati da je upravo ona osoba koja je najzaslužnija za promociju Mediteranske dijete širom svijeta. Svojim je izlaganjem istaknula odlike tradicionalne mediteranske prehrane svima poznatih karakteristika, s naglaskom na važnost uzivanja u sezonskoj i lokalno uzgojenoj hrani („Koncept od polja do stola“), tradiciji zajedničkog

objedovanja te kulturi karakterističnoj za Mediteran, a koja uključuje i popodnevni odmor.

Predstavila je dio rezultata iz bogatog opusa dugogodišnjih epidemioloških istraživanja koji opetovano potvrđuju da je mediteranska prehrana povezana sa smanjenjem stope oboljelih od krvožilnih bolesti srca, smanjenjem rizika od različitih oblika karcinoma te duljim životnim vijekom starijih osoba.

Koncept tradicionalne mediteranske prehrane te prehrambene navike populacije drastično su se izmijenili posljednjih godina, istaknula je **Sara Cobal**, mag. nutr., djevatnica Hrvatskog liječničkog zbornika na projektu EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants).

Trendovi prehrambenih navika u Europi postali su jednolični i kontradiktorni – sjeverna Europa naginje prehrani sličnoj mediteranskoj, a južna Europa tzv. zapadnjackoj prehrani. Posljedice na zdravlje vidljive su iz poražavajućih rezultata istraživanja prema kojem građani Republike Hrvatske imaju ne samo najlošiju kvalitetu prehrane, već i najvišu stopu smrtnosti od krvožilnih i srčanih bolesti u usporedbi s ostalim zemljama Mediterana.

Hrvatska nije izdvojen slučaj. Povećane stope smrtnosti od kroničnih nezaraznih bolesti diljem svijeta upozoravaju da pred nama stoe brojni izazovi. Moguće rješenje barem djeliča problema jest inovativna metoda dijagnosticiranja različitih bolesti putem genetske karte, o čemu je govorila prof. dr. **Laura Di Renzo** sa Sveučilišta Tor Vergata u Rimu. Istaže kako će u skorijoj budućnosti kompletan katalog ljudskog genoma biti temelj preventivne i personalizirane medicine, kao i proaktivnog nutricionizma u sklopu kojeg će uloga mediteranske prehrane biti neizostavna.

Doc. dr. **Darija Vranešić Bender** s KBC-a Zagreb i predsjednica Hrvatskog društva nutricionista navela je dodatan razlog zbog kojeg mediteranska prehrana zaslužuje posebno mjesto u prevenciji i liječenju bolesti. Važnost mediteranskog načina prehrane leži u njegovom protuupalnom djelovanju na organizam.

Oleokantal, resveratrol i antocijani samo su neki od fitokemikalija karakterističnih za mediteransku prehranu čije sinergističko djelovanje, unutar mikroklimne namirnice, ima ključnu ulogu u prevenciji te snižavanju razine upale u organizmu povezane s rizikom od kroničnih bolesti. Ovo je značajan iskorak, koji ukazuje na mogućnost da nutrigenomika modulira akutna i kronična upalna zbijanja sa značajnim utjecajem na kvalitetu života i zdravo starenje.

Mediteranska prehrana u brojnim ulogama

Drugi dan kongresa bio je posvećen ulozi mediteranske prehrane kao dijetoterapije kod različitih bolesti. Znanstveni skup otvorio je prof. dr. **Jose Alfredo Martinez**, predsjednik Španjolske federacije nutricionizma, hrane i dijetetičara te jedan od glavnih istraživača istaknute PREDIMED studije (Prevencion con Dieta Mediterranea). Njegovo je predavanje naglasilo ključnu ulogu mediteranskog načina prehrane te životnog stila u prevenciji metaboličkog sindroma te posljedično kardiovaskularnih bolesti.

Nadalje, značajnu ulogu mediteranskog koncepta u nutritivnoj njezi najugroženijih bolesnika istaknuo je prof. dr. **Željko Krznarić**. Naime, većina pripravaka za parenteralnu prehranu temeljena je na sojinom ulju, no od 2007. godine uvode se pripravci temeljeni na maslinovom i ribljem ulju te kombinaciji navedenih lipidnih komponenti. Konačnu odluku o primjeni pojedinih pripravaka u bolesnika donosi nutritivni tim, u prvom redu liječnik specijalist te klinički farmaceut.

Studije temeljene na dokazima potvrđuju da parenteralne otopine temeljene na maslinovom i ribljem ulju pokazuju povoljne kliničke, u prvom redu protuupalne učinke pa ovaj koncept nazivamo još i mediteranski koncept parenteralne prehrane.

S druge strane, gost iz Švedske prof. dr. **Hans Guldbrand** predstavio je pomalo provokativan model prehrane osoba oboљelih od šećerne bolesti tipa 2. Istaknuo je da se bolja kontrola postprandijalne razine glukoze u krvi postiže prehranom s niskim udjelom ugljikohidrata, a povećanim udjelom masnoća, u usporedbi s niskim udjelom masti ili mediteranskom prehranom, pri čemu je u jednom dijelu ispitivanja izbačen doručak te uveden samo jedan, ali obilan obrok. Istraživanje je provedeno na malom broju ispitanika, a definicija različitih tipova prehrane značajno se razlikovala od njihova poimanja u ostatku Europe.

Brojni utjecaji nutrijenata i cjelokupne prehrane na zdravlje još nisu razjašnjeni, što je dodatno potvrdila prof. dr. **Tea Bilušić** sa Sveučilišta u Splitu. Istaknula je kako je još uvijek nedovoljno istražena bioraspoloživost pojedinih komponenti mediteranske prehrane u organizmu. Istovremeno naglašava kako je različit sastav enzima i mikroflore gastrointestinalnog sustava samo jedan od segmenata koji otežavaju otkrivanje stvarnog utjecaja fitokemikalija in vivo.

Mediteranska prehrana predstavlja mnogo više od obrasca prehrabnenih navika, podsjeća prof. dr. **Euphrosyne Rizopoulou-Egoumenidou**, antropolog hrane sa Cipra. Važnost ovog načina prehrane očituje se kroz promicanje kulture socijalne interakcije za stolom, načina života ukorijenjenog u teritorij mediteranskog bazena te očuvanjem

tradicionalnih aktivnosti i obrta. Sa sudionicima manifestacije podijelila je i rezultate dugogodišnjeg istraživačkog rada koji uključuje studiju etnografskog materijala, kulturne baštine Cipra, narodne umjetnosti, arhitekture te kulture, prvenstveno Cipra, ali i šireg Mediterana.

Promocija, očuvanje i zaštita mediteranske prehrane

Izuvez znanstvenog skupa, o aktualnim se temama mediteranske prehrane raspravljalo i za Okruglim stolom iz različitih perspektiva, s posebnim osvrtom na nastajanje tradicionalnog koncepta mediteranske prehrane, kulture druženja i objedovanja te vrednovanja starih običaja. Različitim enogastronomskim manifestacijama, mediteranskim tržnicom i brojnim radionicama težilo se oživljavanju gotovo zaboravljenih obrta, proizvoda, tradicionalnih specijaliteta i načina života tipičnih za Mediteran, s ciljem pozivanja tradicionalnog sa suvremenim.

Zaključno se može reći da je potrebno uložiti brojne napore za promociju, očuvanje i zaštitu mediteranskog obrasca prehrane i načina života, pogotovo imamo li u vidu da je riječ o nematerijalnoj baštini s brojnim blagovornim učincima na cjelokupno ljudsko zdravlje, koju je doista potrebno njegovati.

.....

Inauguralni workshop o pelveoperineologiji Hrvatskoj

• U pitoresknom krajobrazu Hrvatskog zagorja, u Hotelu „Dvorac Gjalski“ pokraj Zaboka, održan je 23. i 24. svibnja znanstveni, stručni i edukacijski skup tzv. PEERS grupe (*Perineal Trauma - Prevention, Education, Evaluation, Repair and Scanning*).

Radi se o prvom međunarodnom skupu ovakvog tipa u organizaciji PEERS grupe, koju čine ugledni uroginekolozи i opstetričari iz više zapadnoeuropskih zemalja. Stručni i znanstveni interes PEERS grupe je pelveoperineologija. Skup je zamišljen i održan kao dvodnevna radionica, točnije četiri tečaja namijenjena primaljama, te specijalizantima i specijalistima ginekologije i porodništva. Kombinacija teoretskog i praktičnog

rada s ograničenim brojem polaznika iz četiri države (Bosna i Hercegovina, Srbija, Ukrajina i Hrvatska), uz interaktivni pristup, posebnost je ovog skupa, što je uostalom vidljivo na pratećim fotografijama. Prvi dan održani su tečajevi iz manualne perinealne protekciјe, što je ujedno bio jedini tečaj namijenjen i primaljama, te tečaj iz transperinealnog i endoanalnog ultrazvuka. Drugi dan održani su tečajevi iz kirurškog zbrinjavanja epiziotomije

Članovi organizacijskog odbora i predavači PEERS Workshop-a (slijeva nadesno): dr. Matija Prka, prof. dr. Renaud de Tayrac, dr. sc. Ingrid Márton, prof. dr. Dubravko Habek, dr. sc. Katarina Laine, prim. dr. sc. Rajko Fureš, doc. dr. Katharina Jundt, prof. dr. Khaled M. K. Ismail, dr. sc. Jan Willem de Leeuw, doc. dr. Vladimir Kališ



i opstetričkih ozljeda analnog sfinktera (engl. *obstetric anal sphincter injuries*, OASIS).

Vježbe iz manualne perinealne protekciјe na simulatorima vodili su norveška opstetričarka dr. sc. **K. Laine**, priznata u svjetskim razmjerima jer je popularizacijom određenih tehniku porađanja uspjela u zadnjih desetak godina na nacionalnoj razini značajno spustiti stopu OASIS-a, i doc. dr. **V. Kališ** iz Češke - koautor nove klasifikacije epizioto-



Vježbanje manualne perinealne protekcije uz superviziju dr. sc. K. Laine

mije iz 2012 godine. Uz važnost restriktivne epiziotomije (koja se izvodi isključivo uz medicinsku indikaciju i individualnu procjenu), u svojim predavanjima istaknuli su i važnost prepoznavanja tri najrizičnija čimbenika za OASIS, a to su: primiparitet, fetalna makrosomija i instrumentalni porođaj. Tečaj iz transperinealnog i endoanalnog ultrazvuka vodili su prof. dr. R. de Tayrac, respektabilni francuski uroginekolog koji zajedno s prof. dr. B. Fattonom organizira sljedeći kongres Mediteranskog društva za inkotinenciju i zdjeličnu kirurgiju (MIPS; održat će se u studenom mjesecu u Nîmesu), te doc. dr. K. Jundt, također ugledna njemačka uroginekologinja. Oboje su naglasili važnost endoanalnog ultrazvuka u postpartalnoj diagnostici tzv. okultnih OASIS-a, kod kojih oštećeni rubovi analnog

sfinktera nisu bili vidljivi golim okom. Lider PEERS grupe prof. dr. K. M. K. Ismail iz Velike Britanije (koautor desetak Cochrane meta-analiza, između ostalog one o zbrinjavanju razdora međice II. stupnja i epiziotomije), te dr. sc. JW de Leeuw iz Nizozemske, vodili su radionice o kirurškom zbrinjavanju epiziotomije i OASIS-a. Praktični dio radionice provodio se na animalnim svinjskim modelima, na kojima su polaznici uspješno svladali zlatni standard u zbrinjavanju epiziotomije (produžni non-locking supkutani šav), te principe end-to-end i overlapping tehnike zbrinjavanja OASIS-a.

Sa zadovoljstvom možemo zaključiti da su i polaznici i voditelji tečaja vrlo pozitivno ocijenili inauguralni PEERS Workshop. Uspjehu svih tečajeva pridonijela je vrlo

ugodan i intiman ugođaj Hotela „Dvorac Gjalski“. Slični interaktivni tečajevi u inozemstvu predstavljaju etabiran i popularan način učenja, i zaista se nadamo da će ih ubuduće u Lijepoj Našoj biti sve više.

*Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.
Matija Prka, dr. med.*



Liječenje dijabetesa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i CroDiabGP

XIII International Primary Care Diabetes Europe Conference, Barcelona

• U Barceloni je 23. i 24. svibnja održana 13. konferencija Europskog udruženja primarne zaštite za skrb o šećernoj bolesti, Primary Care Diabetes Europe (PCDE).

PCDE je osnovana 1995. kao ne-profitna organizacija na temeljima San Vincent deklaracije iz 1989. godine. Udruženje je profesionalnih interesnih skupina u primarnoj zaštiti u zbrinjavanju šećerne bolesti (ŠB). Kroz niz uspješnih aktivnosti u Europi (a u zadnjem desetljeću i u Kanadi i Australiji), ima vodeću ulogu u promicanju kliničkog zbrinjavanja bolesnika sa šećernom bolešću kao i promicanju suradnje primarne, sekundarne i tercijarne zaštite.

PCDE je članica WONCA-Europe. Također je, preko Primary Care Research Group, članica European Association for the Study of Diabetes (EASD) od 2007., International Diabetes Federation (IDF), European Nurses in Diabetes (FEND), EGPRN i druge.

Zajedno je s navedenim grupacijama aktivno participirala u nekoliko europskih projekata, kao što su: SWEET, EUCLID, APRES, IMAGE, DIAMAP, TRANSFORM i drugim. Zajedno s EASD-om započinje projekt CKD - prevalencija bubrežne bolesti u osoba sa šećernom bolesti u primarnoj zaštiti.

PCDE ima vlastiti časopis *Primary Care Diabetes*, publiciran preko izdavača Elsevier, indeksiran u Pubmed, PsycInfo, Skopus.

Konferencija PCDE je iznimno važna za obiteljsku medicinu. Zadnjih 40-ak godina bilježi pomak u zbrinjavanju šećerne bolesti tipa 2 sa sekundarne na primarnu zaštitu u Europi i razvijenom dijelu svijeta. Zadnjih je godina administrativno učinjen pomak i u Hrvatskoj, što obiteljsku medicinu stavlja



Kirurško zbrinjavanje OASIS - praktični dio. Sprijeda i lijevo stoji prof. dr. Dubravko Habek

u vrlo zahtjevnu, odgovornu, a istovremeno izazovnu poziciju. Razlog ovoj tranziciji je epidemijska pojavnost kroničnih bolesti, napose šećerne. Ovaj snažan zamah bolesti u velikoj mjeri može usporiti obiteljski liječnik sa specifičnim načinom rada u zdravstvenom sustavu. Tim obiteljskog liječnika na jednom mjestu, u izravnom kontaktu s pacijentom i obitelji, populaciju pruža jedinstvo postupaka po strukturiranom modelu:

- prevencija i rano otkrivanje
- farmakološko i nefarmakološko liječenje
- rano otkrivanje, liječenje i zbrinjavanje komplikacija
- procjena kvalitete zaštite (1).

PCDE je po svakom segmentu ovog strukturiranog modela donio smjernice i, što je posebno važno, smjernice se stalno u nizu istraživanja evaluiraju, znanstveno i stručno. Na temelju „evidence based“ rade se njihove prilagodbe.

Nakon nekoliko tematskih sastanaka održanih diljem Europe, na ovoj XIII. konferenciji sažeto su prikazane „top“ teme.

Šećerna bolest u multimorbiditetu

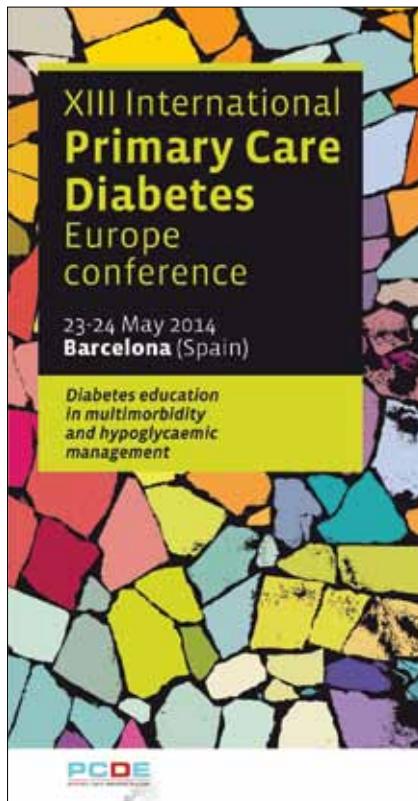
Svega 17,6% pacijenata ima samo ŠB. Pacijent sa ŠB-om prezentira se obiteljskom liječniku ne samo s bolesti jednog organa ili sustava organa, nego kao multimorbidni pacijent, s dvije i više bolesti, patofizioloških povezanih ili nepovezanih.

Dodata složenost je u zbrinjavanju ŠB-a s pridruženim bolestima kod starijih osoba. Kritički su raspravljeni stavovi i kontroverze oko ciljnih vrijednosti tlaka i glikemije kada se inzistira na nižim vrijednostima kod osoba sa ŠB-om (JNC smjernice 2013. god.).

Novi su zahtjevi obiteljskom liječniku u zbrinjavanju multimorbiditeta.

Novosti su u dokazanim spoznajama češće pojavnosti nekih bolesti u osoba sa ŠB-om u odnosu na iste dobro spolne skupine bez ŠB-a. U multimorbiditetu sa ŠB-om je naglašena veća pojavnost osteoartritisa bez inflamatorne i degenerativne komponente zglobova, vjerojatno zbog kroničnog inflamacijanskog stanja i sistemne metaboličke komponente, više kod osoba s dugotrajnim ŠB-om i lošom regulacijom glikemije. Češće je ovaj tip osteoartritisa povezan s neuropatijom.

Dokazana je biološka poveznica ŠB-a i rizika za pojavnost neoplazmi. Rizici su hiperglukemija u tipu 2, odnosno utjecaj inzulina kao anabolnog hormona. Sve više se



kristaliziraju dokazi - egzogeni inzulini i veća pojavnost neoplazmi, ORIGIN studija (2).

Obiteljski liječnik mora, nadalje, razmišljati o skupinama hipoglikemika koje mogu biti povezane s rizikom pojavnosti neoplazme (naglašeno je kratko vrijeme praćenja): pioglitazon s karcinomom mokraćnog mjehura, neki inkretini s neoplazmom gušterića i pankreatitom. S druge strane, metformin, najčešće primjenjivana peroralna terapija u ŠB-u, u odnosu na druge hipoglikemike povezan je sa smanjenim rizicima za neoplazme.

U području ranog otkrivanja nepoznatog ŠB-a, naglasak je na njegovom što ranijem otkrivanju; 30% komplikacija već je razvijeno u trenutku otkrivanja bolesti po kliničkim simptomima. Oportunistički probir ili skrining (liječnik poznajući pacijenta razmišlja o prisutnosti rizika za šećernu bolest prigodom njegova dolaska, iako to nije bio razlog dolaska) prihvaćena je metoda u ordinaciji obiteljskog liječnika ali i u drugim segmentima zdravstvenog sustava. Još nema univerzalno prihvaćenog modela oportunističkog skrininga u Europi.

Zahtjevi za oportunistički probir su ovi: mora biti jednostavan, lako izvediv, jeftin postupak koji ima visoku specifičnost, mora biti kontinuiran da dodatno ne opterećuje konzultaciju niti pacijenta i može se obaviti u raspoloživim mogućnostima prakse. Drugim riječima, može se uklopiti u svakodnevnu praksu.

CroDiabGP

Poseban doprinos ovoj stavci u strukturiranom modelu dala je Nacionalna studija CroDiabGP grupe: Identifying a risk population for blood testing for diabetes mellitus in family practice via opportunistic screening – CrDiabGP study (4).

Naša studija je provedena 2010./2011. u 19 od 21 županije, u skupini od 45 do 70 godina. Jedina je do sada prikazana studija koja je ujedinila American Diabetes Association (ADA) smjernice, predloženi matematički model „cost-effectiveness procjene“ i mogućnosti obiteljske medicine, koristeći elektroničku medicinsku dokumentaciju i kontinuitet zaštite pacijenta.

Mjerni ishodi: najspecifičniji rizik (skupina rizika) kao prediktor za ŠB, broj novootkrivenih asimptomatskih pacijenata, potreban broj testiranih pacijenata za jedan novootkriven ŠB i oštećenu glukozu natašte.

U godinu dana provođenja studije (prve od ukupno 3 faze studije) novootkrivene bolesti je 15,3%, doprinos novootkrivene bolesti ukupnoj prevalenciji je 2,3% (9,4 na 11,7%), 22% je oštećene glukoze natašte. Za jedan ŠB potrebno je testirati 7 rizičnih pacijenata (u dosadašnjim istraživanjima potrebno je testirati najmanje 50). Daljnji je doprinos u odnosu na druga istraživanja pomicanje određivanja rizika iz konzultacije u prekonzultacijsku fazu koristeći elektroničku medicinsku dokumentaciju.

Studija je ukazala na niz prilagodbi koje je potrebno usavršiti u elektroničkoj dokumentaciji kod obiteljskog liječnika u svrhu provođenja probira na kronične bolesti. Slijede daljnje faze istraživanja oportunističkog probira u Hrvatskoj.

Literatura

1. Vrca Botica M, Pavlić Renar I. Šećerna bolest u odraslih, Šk. knjiga, Zagreb 2012.
2. Gerstein HC, Bosch J, Dagenais GR, Diaz R, Jung H, Maggioni AP, et al. ORIGIN Trial Investigators. Basal insulin and cardiovascular and other outcomes in dysglycemia. N Engl J Med. 2012;367(4):319-28.
3. Halldanarson TR, Pannala R. Incretins and risk of neoplasia. An association exists but causality has not yet been proved. BMJ. 2013;346:f3750.
4. Vrca Botica M, Pavlić Renar I, Zelić I, Katić Milošević I. Identifying a risk population for blood testing for diabetes mellitus in family practice via opportunistic screening – CrDiabGP study. Primary Care Diabetes. 2014; (Suppl.): 49.

*Dr. sc. Marija Vrca Botica,
specijalistica obiteljske medicine,
Clanica skupine za istraživanje u
Primary Care Diabetes Europe
(vrcabotica@yahoo.com)*

•••••



U posjetu njemačkim liječnicima

• U Düsseldorfu je od 27. do 30. svibnja održana godišnja skupština Njemačkog liječničkog društva i Savezne liječničke komore. Kao što je uobičajeno na takvom skupu, delegati ih svih dijelova Njemačke iznosili su probleme, od organizacije i stručnih pitanja, do financija.

U tijeku sjednica isticalo se da je liječenje u bolnicama preskupo, da se premašilo izdvaja za bolničko liječenje te se pledira za njihovim povećanjem. Osim toga, imaju previše bolnica kod kojih kapaciteti nisu iskorišteni onako kako bi bilo ekonomično tako da nekim predstoji svojevrstan „Master plan“ smanjivanja kapaciteta.

Pri tome ne bi smjelo dolaziti do smanjivanja kvalitete liječenja. Opaženo je da pojedine bolnice teške bolesnike, koji zahtijevaju dulje i skuplje liječenje, šalju u druge bolnice da izbjegnu povećanje svojih troškova.

U pitanju preventive naglasak je na sprječavanju pojave dijabetesa kod starijih ljudi ali i kod mlađih. S tim u vezi potrebno je izbjegavati prehrambene proizvode na kojima nisu ispravno deklarirane količine šećera i masti.

U Njemačkoj je bilo nekoliko manjih epidemija već dobro suzbijenih zaraznih bolesti kao npr. ospica, mumpsa i drugih. To se pripisuje agresivnjem izbjegavanju propisanih cijepljenja protiv pojedinih zaraznih bolesti, pri čemu aktivnu ulogu imaju razne udruge za promicanje prava ljudi a angažirani su čak i liječnici.

Kao infektolog sudjelovalo sam u razgovoru s mnogim kolegama a dao sam i intervju za Deutsche Medicinische Ärzte Blat na njihovo traženje, u kojem sam iznio da je čudno da se svi pozivaju na prava, a ne i na pravo na zdravlje, a zapravo se cijepljenjem štite pojedinac i društvo od zaraznih bolesti koje mogu biti i smrtonosne.

Bilo je govora i o aktivnoj pomoći liječnika umiranju teških bolesnika, što je u Njemačkoj strogo zabranjeno. Postoje, doduše, neke zemlje u Europi, kao npr. Nizozemska, Belgija, Švicarska a u SAD-u u državi Oregon, gdje je ta pomoć uz određena pravila dozvoljena.

Mladi liječnici se i dalje bune zbog premalih plaća i zbog toga odlaze iz Njemačke na rad u druge za njih finansijski povoljnije zemlje.

U Njemačku dolaze raditi liječnici iz drugih zemalja, pa tako i iz Hrvatske, što primjećujemo i u našoj Komori po traženjima dokumenata za odlazak.

Prema svemu, vidi se da i u Njemačkoj imaju mnogo problema u financiranju zdravstvene službe pa se zalaže da ekonomiske mjera ne smiju uzrokovati pad kvalitete usluga.

Prim. dr. Dražen Borčić

66 godina Klinike za traumatologiju KBC-a „Sestre milosrdnice“

• U petak, 16. svibnja u prostorijama Hrvatskog liječničkog doma održana je proslava 66. obljetnice Klinike za traumatologiju KBC-a Sestre milosrdnice i najavljena je 130. godišnjica organizirane kirurške djelatnosti u Gradu Zagrebu.

Skup je vodio predstojnik prof. dr. **Aljoša Matejčić**, opisujući njezin rad i razvoj od osnivanja te o povijesnom značenju Klinike kao prve kirurške klinike MEF-a u Zagrebu, u razdoblju od 1921. – 1941. Danas je Klinika sveučilišna institucija u kojoj se provodi nastava MEF-a, Zdravstvenog veleučilišta i srednjih medicinskih škola u Zagrebu, edukacija u okviru specijalizacije iz kirurgije, ortopedije i traumatologije te traumatoških subspecijalističkih programa.

Izneseno je kako je Klinika vrhunska specijalna bolnica za kirurgiju mišićno-koštanog sustava te jedina ustanova koja sveobuhvatno zbrinjava sve vrste ozljeda lokomotornog sustava, bolesti lokomotornog sustava odraslih, pretežno osteoartritisa i tumora, uporabom najsuvremenijih endoproteza, te isto tako najteže stupnjeve opeklina u Zavodu za opeklina. U sastavu Klinike nalazi se i Banka tkiva za bankiranje koštanih presadaka živih darivatelja te uzgoj i bankiranje ljudske kože.

Prisutnima se obratio prof. dr. **Hrvoje Pintarić**, pomoćnik sanacijske upraviteljice KBC-a Sestre milosrdnice za kvalitetu te istaknuo kako je Klinika još 2009. uvela ISO 9001 normu upravljanja kvalitetom u području traumatoške struke, specificiranu za zbrinjavanje politraumatiziranih pacijenata, posttraumatskih stanja, degenerativnih promjena lokomotornog sustava te liječenje pacijenata s najtežim stupnjem opeklina. Predavanjem „Traumatologija danas i sutra“, prof. dr. **Redi**

Cicvarića, predsjednika Hrvatskog traumatoškog društva, dotaknule su se aktualne teme vezane uz djelatnost traumatologije i odnose sa srodnim strukama.

U stručnom dijelu održana su predavanja na temu prijeloma proksimalnog dijela nadlaktične kosti, u kojem su prim. dr. sc. **Srećko Sabalić**, prim. mr. sc. **Dragan Đurđević** te dr. **Ivan Benčić** vrlo temeljito i sistematično iznijeli epidemiologiju, klasifikaciju, algoritam konzervativnog i kirurškog liječenja, tipove ramenih implantata, indikacijama za ugradnju te općenito uspješnosti liječenja.

Završno izlaganje «Rehabilitacija nakon prijeloma proksimalnog humerusa» održala je prim. dr. **Tatjana Nikolić** govoreći o uspješnosti rehabilitacije pacijenata na Klinici. Po završenim prezentacijama provedena je rasprava u kojoj su razmijenjena iskustva i stavovi o navedenoj tematiki.

*Stipe Čorluha, dr. med., specijalizant ortopedije i traumatologije
Petric Jurina, dr. med., specijalizantica ortopedije i traumatologije*



Tajnica ICCIDD-a prof. dr. **Maria Andersson** kod predsjednika HAZU-a akademika **Zvonka Kusića**

• Predsjednik Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti akademik **Zvonko Kusić** primio je u utorak 8. srpnja tajnicu Izvršnog odbora Međunarodnog vijeća za kontrolu poremećaja uzrokovanih nedostatkom joda (*International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders – ICCIDD*) prof. dr. **Mariu Andersson**.

Ova istaknuta znanstvenica rodom iz Švedske djeluje u Švicarskom federalnom institutu za tehnologiju ETH iz Zuricha u kojem su djelovali i hrvatski kemičari-nobelovci Lavoslav Ružička i Vladimir Prelog.

Akademik Kusić svoju je gošću upoznao s povješću, ustrojem i djelovanjem HAZU-a, a budući da ujedno obnaša i dužnost koordinatora ICCIDD-a za Hrvatsku, razgovaralo se i o hrvatskim uspjesima u rješavanju nedostatka joda u organizmu.

Prof. Andersson pohvalila je hrvatski model rješavanja jodne deficijencije i



Akademik Zvonko Kusić i prof. dr. Maria Andersson

istaknula da je hrvatska, što je ICCIDD i priznala, prošla put od stanja teške endemske gušavosti s kretenizmom pedesetih godina 20. stoljeća do njene potpune eliminacije.

Jednu deficijenciju nisu potpuno riješile ni mnoge razvijene zemlje, poput Njemačke, Velike Britanije, Italije i Belgije, a radi se o važnom problemu jer niz istraživanja potvrđuje da je jedni deficit važan uzrok nižeg kvocijenta inteligencije.

Prof. Andersson sudjelovala je i na sastanku Hrvatskog društva za štitnika HLZ-a održanom u palači HAZU-a, gdje je održala predavanje Unos joda u dječjoj dobi.

Marijan Lipovac

Organizacioni odbor uspješno je predvodila predsjednica HDLB-a prim. **Mira Fingler**. Uz strane i domaće eksperte iz područja boli kongresu su nazočili liječnici različitih kliničkih disciplina, anesteziolozi, neurolozi, onkolozi, fizijatri, a osobito su bili brojni liječnici obiteljske medicine.

Nekoliko važnih inicijativa i projekata predstavljeno je na svečanom otvaranju

Svečano otvaranje Kongresa s predstavljanjem nacionalnih smjernica o uporabi opioida u liječenju kronične nemaligne boli



3. Hrvatski kongres iz liječenja boli

- U organizaciji Hrvatskog društva za liječenje boli HLZ-a (HDLB) od 22.-24. svibnja u Osijeku je održan 3. hrvatski kongres iz liječenja boli s međunarodnim sudjelovanjem.

kongresa. Od iznimne kliničke važnosti predstavljene su nacionalne Smjernice za primjenu opioida u liječenju kronične nemaligne boli. O smjernicama su govorili autori doc. dr. **Marko Jukić**, prof. dr. **Milica Katić** i prof. dr. **Livija Puljak**. Vrijednost donesenih smjernica je tim veća što su donesena konsenzusom dvaju stručnih društava, HDLB-a i Društva nastavnika opće/obiteljske medicine.

Drugi velik i važan projekt predstavljen na kongresu bio je multidisciplinarni program za liječenje kronične boli koji se provodi u KBC-u Osijek, a prezentirali su ga doc. dr. **Ivan Radoš** i psiholog prof. **Tomislav Pučić**.

Takov pristup liječenju kronične boli predstavlja krunu organiziranog kliničkog pristupa njezinog liječenja. Uz potporu farmaceutske kompanije Pliva predstavljen je novi broj znanstveno-stručnog časopisa *Medicus* posvećen fenomenu boli, a koji je uredila prim. Mira Fingler.

U stručnom dijelu kongresa kroz plenarna predavanja, oralne prezentacije, radio-nice i poster sekciju izmjenjivale su se novosti i zanimljivosti iz područja akutne, kronične, mišićno-koštane, karcinomske, neuropatske i orofacialne te boli kod djece.

Osobito je zanimanje izazvala sekcija o minimalnoinvazivnom liječenju boli koju su uspješno predstavili pozvani predavači iz Amerike i Velike Britanije.

Sa zadovoljstvom možemo reći da je ostvaren cilj kongresa i da su stvoreni preduvjeti transregionalnog foruma za daljnju suradnju na području istraživanja, edukacije i liječenja boli.

Marica Kristić, dr. med.

Task shifting

- prepuštanje liječničkog posla niže obrazovanim zdravstvenim djelatnicima

Piše: Senad Muslić, dr. med., spec. OM

Liječnici su, do nedavno, nakon svoga diplomskog obrazovanja bili dužni obaviti obvezan pripravnici staž i potom položiti državni ispit. Nove će generacije završenih kolega to izbjegći jer je među fakultetima usaglašen tzv. integrirani studij koji podrazumijeva provođenje staža tijekom redovnog studija. Specijalizacija u trajanju od sljedećih četiri do pet godina nužan su preduvjet za daljnji kvalitetan rad. Dugo školovanje liječnika finansijski je zahtjevno, ali je preduvjet za kvalitetnu zdravstvenu skrb koja se u današnje vrijeme ubrzano mijenja i iziskuje osim toga i kontinuiranu cijeloživotnu edukaciju. Osim potrebe za stalnim saznanjima o novostima u medicinskoj znanosti, nadolazeće vrijeme stavlja pred sve i izazove odgovornosti za posao koji se obavlja u cilju podizanja razine zdravstvene zaštite. Široj javnosti sve više dostupne informacije o načinu dijagnostike i liječenja bolesti, kao i sve učestaliji sudski procesi, nužno dovode liječnike do svakodnevног preispitivanja svog rada, ali i rada suradnika koji su im podređeni. Drugim riječima, liječnici imaju zadaću postaviti ciljeve, podijeliti poslove, analizirati rezultate i donijeti odluku o dalnjim aktivnostima. Imaju jasno definiranu izobrazbu visoke razine široka teorijskog obima i praktičnih vještina.

Prema Zakonu o liječništvu, „u procesu donošenja odluke i odgovarajućeg liječenja, liječnik je samostalan u postupanju sukladno znanstvenim saznanjima i stručno dokazanim metodama koje odgovaraju suvremenom standardu struke.“

No, u današnje je vrijeme jedno od glavnih ograničenja u rješavanju zdravstvenih problema nedostatak visokoeduciranih zdravstvenih djelatnika. Stoga se na globalnoj razini susrećemo sa sve češćim izrazom „task shifting“ koji podrazumijeva situaciju

gdje se određeni zadaci koje obavlja liječnik dodjeljuje zdravstvenom djelatniku drukčije ili niže razine obrazovanja i obučenosti ili pak osobi bez formalnog medicinskog obrazovanja koja je isključivo obučena za obavljanje određenog zadatka.

Do task shiftinga dolazi u zemljama koje su suočene s manjkom liječnika, ali i u onima koje nisu s time suočene. Kod visokorazvijenih država to je praksa koja proizlazi iz vrlo visoke cijene rada liječnika, kao i financijskih ograničenja koja nameću osiguravajuća društva. Tamo je praksa da dio liječničkih po-

slova obavljaju više medicinske sestre/tehničari s dodatnom medicinskom izobrazbom.

Nerazvijene države imaju drugi problem, a to je nedostatak liječnika i viših medicinskih zdravstvenih djelatnika, te iz tog razloga pribjegavaju sustavu task shiftinga. Iako se u zadnje vrijeme u Hrvatskoj na određenim razinama zdravstvene administracije govori o potrebi dijeljenja skrbi nad pacijentima čak i nemedicinskim strukama, potrebno je uzeti u obzir dokument usvojen je na 60. zasjedanju World Medical Association (WMA) 2009. u New Delhiju koji pojašnjava taj problem. Taj dokument prenosimo ovdje u cijelosti.

„Ključan čimbenik koji dovodi do task shiftinga je manjak kvalificiranih radnika, što je rezultat migracija ili drugih faktora. U zemljama koje su suočene s kritičnim manjkom liječnika, task shifting može se koristiti kako bi drugi zdravstveni djelatnici ili laici bili obučeni da izvode zadatke koji se smatraju dijelom domene liječničke profesije. Razlog preraspodjeli tih zadataka jest što bi potrebiti inače ostali bez ikakve skrbi. U takvim zemljama preraspodjelom zadataka želi se postići poboljšanje zdravlja izuzetno osjetljivih populacija, uglavnom kako bi se odgovorio na trenutan manjak zdravstvenih djelatnika ili bavilo specifičnim zdravstvenim problemima kao što je HIV. U zemljama s ekstremnim manjkom liječnika uvedeni su novi kadrovi zdravstvenih djelatnika. Ipak, osobama koje

Task shifting. Kao što je svima znano, u zadnje se vrijeme u našoj svakodnevici sve više koriste anglikizmi (<http://hr.wikipedia.org/wiki/Anglikazm>) jer je engleski jezik na globalnoj razini postao lingua franca. Tražeći primjereno hrvatski naziv za task shifting konzultirao sam se s iskusnim prevoditeljem i zamolio ga da i on pokuša prevesti taj termin.

Najблиže kratke definicije (prijevodi) bili bi prenošenje zadataka i ovlasti, preraspodjela zadataka i obaveza, delegiranje zadataka te različite kombinacije toga svega.

Mislim da je izraz prenošenje zadataka i ovlasti najprikladniji ako je liječnik ključna osoba koja nekome dopušta da se taj netko bavi jednim dijelom njegova posla. Čini mi se da svaki drugi izraz (preraspodjela, delegiranja...) prepostavlja da to u liječničkovo ime određuje netko drugi, a time bi se otvorila opasnost da netko drugi bez znanja i suglasnosti liječnika odluči koji bi posao nižeeducirane osobe mogao obavljati. Stoga mislim da (nažalost) termin task shifting ipak ne treba doslovno prevoditi.

Također, otvorilo se pitanje vezano uz naziv zanimanja osobe koja bi temeljem task shiftinga obavljala neki posao, ali iskreno trebam reći da ne znam kako bismo tu osobu nazvali. Budući da se prenošenje zadataka i ovlasti kod nas vjerojatno u budućnosti može dogoditi na razinu srednjega medicinskog kadra (med. sestre, tehničari), a njihovo zanimanje već ima svoj naziv, mislim da (za sada) nema primjerenog hrvatskog imena za takvu osobu.

Paramediksi (paramedics) su u raznim jezicima osobe srednje stručne spreme koje preuzimaju liječnički posao, ali smatram da tako ne možemo nazvati osobe nezdravstvene struke koje nemaju nikakvu medicinsku edukaciju, a obavljaju samo jedan zahvat ili postupak. Stoga bih za sada pričekao s iznošenjem prijedloga naziva zanimanja jer, uostalom, to niti nije zanimanje već položaj u sustavu zdravstva.

S obzirom na to da je ovo prvi tekst u kojem se najavljuje mogućnost task shiftinga u našem zdravstvu nadam se reakcijama kolega na ovaj članak. Štoviše, uvjeren sam da će se o svemu ovome još podosta razgovaratati.

preuzimaju zadatke liječnika nedostaje široko obrazovanje i obučenost liječnika i moraju obavljati njihove zadatke slijedeći protokole, ali bez znanja, iskustva i profesionalnog prosuđivanja koje je potrebno da bi donijeli prave odluke kada nastanu komplikacije ili devijacije. Ta bi praksa mogla odgovarati zemljama u kojima bi alternativa task shiftingu bio potpun nedostatak zdravstvene skrbi, ali ne bi se smjela širiti na zemlje koje se nalaze u drugaćijim okolnostima.

U zemljama koje nisu suočene s kritičnim manjkom liječnika do task shiftinga može doći iz više razloga: društvenih, ekonomskih i strukovnih; ponekad pod krinkom efikasnosti, štednje ili kakvih drugih nedokazanih tvrdnji. Mogu ga promicati, ili obratno, sprečavati profesije koje žele proširiti ili zaštiti svoje tradicionalne domene. Mogu ga inicirati zdravstvene vlasti, drugi zdravstveni djelatnici ili ponekad sami liječnici.

Task shifting može biti potpomognut napretkom medicinske tehnologije koja standardizira izvedbu i interpretaciju određenih zadataka i tako dopušta da ih izvode osobe koje nisu liječnici ili pak tehnički asistenti umjesto liječnika. Uobičajeno je da se u takvim slučajevima blisko surađuje s liječnikom strukom. Međutim, ne smije se zaboraviti da na medicinu nikad ne smijemo gledati isključivo kao na tehničku struku.

Do *task shiftinga* može doći u već postojećem medicinskom timu, što će rezultirati mijenjanjem uloga i funkcija koje imaju članovi tog tima. Također, može doći do stvaranja novih tipova osoblja čija funkcija je pomaganje drugim zdravstvenim djelatnicima, naročito liječnicima, kao i osoblju obučenog da neovisno izvodi određene zadatke.

Iako *task shifting* može biti koristan u određenim situacijama i ponekad poboljšati razinu skrbi o pacijentima, donosi i značajne rizike. Na prvome je mjestu rizik od smanjene kvalitete skrbi koju pacijenti dobivaju, naročito ako se delegira medicinsko prosuđivanje i donošenje odluka. Povrh činjenice da za pacijenta može skrbiti manje obučen zdravstveni djelatnik, postoje i specifični problemi kod kvalitete skrbi, uključujući smanjen kontakt između pacijenta i liječnika, rascjepkanu i neučinkovitu uslugu, nedostatak pravilnog praćenja, netočnu dijagnozu i liječenje te nemogućnost rješavanja komplikacija.

Uz to, *task shifting* koji koristi pomoćno osoblje mogao bi dovesti do povećanja zaduženja liječnika. Liječnici će imati više odgovornosti kao obučavatelji i supervizori, preusmjeravajući dragocjeno vrijeme s drugih obaveza, kao što je direktna skrb o pacijentima. Također bi mogli imati povećanu profesionalnu i legalnu odgovornost za skrb

koju pružaju zdravstveni djelatnici koje oni nadgledaju.

Svjetska udruga liječnika izražava posebnu zabrinutost činjenicom da task shifting često iniciraju zdravstvene vlasti bez konzultiranja liječnika i njihovih strukovnih udruga.

Zbog toga Svjetska udruga liječnika preporuča sljedeće

SMJERNICE

1. Kvaliteta i kontinuitet skrbi i sigurnost pacijenta nikad ne smiju biti kompromitirani i moraju biti osnova za sve reforme i zakone koji se bave task shiftingom.

2. Kada se zadaci preraspodjeljuju, liječnici i njihove strukovne udruge trebaju biti konzultirani i otpočetka uključeni u sve aspekte provođenja *task shiftinga*, naročito pri reformi zakona i uredbi. Liječnici bi sami mogli razmotriti iniciranje i obučavanje novog kadra pomoćnika koje bi oni nadgledali, i u skladu s načelima sigurnosti i pravilne skrbi za pacijente.

3. Liječnici moraju definirati, razviti i nadgledati standarde osiguranja kvalitete i protokole liječenja. Sustavi provjere sposobnosti trebaju biti osmišljeni i provedeni uz provedbu task shiftinga kako bi se osigurala kvalitetna skrb. Zadatke koje obavljaju isključivo liječnici treba jasno definirati. Ulogu postavljanja dijagnoze i propisivanja lijekova treba izuzetno pažljivo proučiti.

4. U zemljama s kritičnim manjkom liječnika task shifting treba gledati kao privremenu strategiju i jasno odrediti kada će ona biti napuštena. Ipak, ako uvjeti u određenoj zemlji nalažu da se task shifting uvede na dulje vrijeme, mora se provesti strategija održivosti takvog sustava.

5. *Task shifting* ne bi trebao zamjeniti razvoj održivih, funkcionalnih sustava zdravstva. Pomoćni radnici ne bi trebali biti zaposleni naučnici nezaposlenih i na svom radnomu mjestu nedovoljno iskorишtenih zdravstvenih djelatnika. Također, task shifting ne bi trebao zamjeniti obrazovanje i obuku liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika. Treba težiti obučavanju i zapošljavanju kvalificiranih radnika, a ne raspodjeliti zadatke onima koji su manje kvalificirani.

6. *Task shifting* ne bismo trebali gledati i poduzimati isključivo kao mjeru smanjenja troškova jer njegove ekonomske

koristi nisu potkrijepljene dokazima i zato što takve mjere vjerojatno neće imati kvalitetne rezultate koji bi bili u interesu pacijenta. Treba provesti vjerodostojnu analizu ekonomskih koristi task shiftinga kako bi se izmjerili zdravstveni ishodi, isplativost i produktivnost.

7. *Task shifting* treba komplementirati s poticajima za zadržavanje zdravstvenih djelatnika, kao što je povećanje njihovih plaća i poboljšanje radnih uvjeta.

8. Razlozi u podlozi potrebe za task shiftingom različiti su od zemlje do zemlje te rješenja prikladna za jednu zemlju ne mogu automatski usvojiti druge zemlje.

9. Učinak *task shiftinga* na sveukupno funkcioniranje zdravstvenog sustava ostaje nejasan. Treba procijeniti utjecaj task shiftinga na pacijente i zdravstvene ishode, kao i na djelotvornost i učinkovitost zdravstvene skrbi. Naročito, u slučajevima kada dolazi do task shiftinga kako bi se odgovorilo na specifične zdravstvene probleme, kao što je HIV, treba redovito provjeravati i nadgledati cijeli zdravstveni sustav. Takvo je djelovanje ključno kako bi se osiguralo da ti programi poboljšavaju zdravlje pacijenata.

10. *Task shifting* mora se proučavati i procjenjivati neovisno i ne pod pokroviteljstvom onih čija je dužnost obavljati ili financirati mjeru njegove provedbe.

11. *Task shifting* samo je jedan odgovor na manjak zdravstvenih djelatnika. Druge metode, kao što je suradnja ili timski i partnerski pristup, trebaju se paralelno razvijati i gledati kao zlatni standard. Task shifting ne bi trebao zamijeniti razvoj interaktivnih zdravstvenih timova koji bi se uzajamno pomagali i koje bi koordinirali liječnici, a gdje bi svaki član doprinosis pruženoj skrbi.

12. Kako bi suradnja uspjela, treba poboljšati obuku rukovođenja i timskog rada. Također, mora se točno znati za što je pojedina osoba obučena i sposobna, što je čija odgovornost te treba koristiti definiranu i općeprihvaćenu terminologiju.

13. *Task shiftingu* treba prethoditi sustavna revizija, analiza i rasprava o potencijalnim potrebama, troškovima i koristima. Ne bi ga trebalo uvoditi samo kao reakciju na druga događanja u zdravstvenom sustavu.

14. Mora se provesti istraživanje kako bi se identificirali uspješni modeli obu-

ke. Rad će trebati uskladiti s raznim modelima koji trenutno postoje. Istraživanje bi se trebalo usredotočiti na sakupljanje i dijeljenje informacija, dokaza i ishoda. Istraživanje i analiza moraju biti opsežni, a liječnici moraju biti dio tog procesa.

15. Nacionalne udruge liječnika trebaju surađivati s udružama drugih zdravstvenih djelatnika kad za to postoje uvjeti, kako bi postavile okvire za task shifting. WMA će razmotriti postavljanje okvira za dijeljenje informacija o ovoj temi gdje će članovi moći diskutirati o razvoju događaja u njihovim zemljama i njihovim učincima na skrb za pacijente i ishode.“

Godinama zanemarivani pokazatelji starosne strukture liječnika, nedovoljno finansijski stimulirana struka i višegodišnje zanemarivanje specijalističke edukacije mogli bi u skoroj budućnosti izazvati ozbiljan manjak liječnika, kao i ostalih medicinskih struka, posebice u svjetlu članstva Hrvatske u Europskoj uniji i mogućeg odlaska naših liječnika i drugog medicinskog osoblja iz zemlje.

Ukaže li se istinska potreba za razmatranjem uvođenja modela *task shiftinga* u naš zdravstveni sustav bit će potrebna vrlo podrobna analiza, uvezši u obzir ne samo finansijsku korist, već posebice razmatrajući potencijalne štete koje bi se mogle dogoditi.

To može biti samo privremena mjera, s dobro promišljenom i jasno definiranom strategijom razvoja zdravstvenog sustava.

Hrvatski zdravstveni sustav kompleksan je sustav zdravstvenih ustanova, zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih usluga.

Sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mјera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

Zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju prema stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite, a iznimno mogu zdravstvenu djelatnost na području promicanja zdravlja, prevencije bolesti te zaštite mentalnoga zdravlja obavljati i nezdravstveni radnici.

Zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Zdravstvena zaštita provodi se i organizira u timskom radu u kojem sudjeluju najmanje zdravstve-

ni radnik sa završenim prediplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili integriranim prediplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem zdravstvenog usmjerjenja i zdravstveni radnik prvostupnik ili zdravstveni radnik srednje stručne spreme.

Prema Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2013. g., u sustavu zdravstva krajem 2013. godine bilo je stalno zaposleno 74.489 djelatnika (57.395 zdravstvenih djelatnika i suradnika, 5050 administrativna, a 12.044 tehničkih djelatnika).

Najviše je zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme (37,7 posto), udio administrativno-tehničkih djelatnika je 23 posto, a liječnici čine 17,4 posto zaposlenih. U radnom odnosu na određeno vrijeme bilo je još 7857 zdravstvenih djelatnika i suradnika.

Prema mjestu primarnog zaposlenja, od 12.946 stalno zaposlenih doktora medicine u 2013. godini radilo ih je 9.929 u državnim zdravstvenim ustanovama, u privatnim zdravstvenim ustanovama 635, a u ordinacijama privatne prakse 2382 od kojih je 1735 radilo u ordinacijama u koncesiji, a uz

njih je još 735 doktora medicine bilo zaposleno na određeno vrijeme. Podijeljeno po ustanovama, 59,1 posto liječnika radi u bolničkim ustanovama, 9,3 posto u domovima zdravlja, 13,4 posto u ordinacijama u zakupu ili koncesiji, 5,0 posto u privatnim ordinacijama, u državnim zdravstvenim zavodima 4,0 posto, a dio liječnika radi u poliklinikama kao samostalnim ustanovama i trgovačkim društvima za obavljanje zdravstvene djelatnosti (4,7 posto) te u ustanovama za hitnu medicinsku pomoć (4,1 posto).

Zdravstvenih djelatnika s visokim, višim i srednjim obrazovanjem sa zaposlenjem u zdravstvu bilo je 36.788, od toga 72 posto čine medicinske sestre/medicinski tehničari.

Na jednog stalno zaposlenog liječnika u 2013. godini bile su zaposlene dvije medicinske sestre/medicinski tehničari.

.....

RJEŠENJA PRIMJERA SA STRANICA 53-55

Primjer 13.4. HIPERHIDRACIJA

II. Etiopatogeneza bolesti

1-->7; 3-->5; 4-->8; 6-->2; 6 ->1; 7-->3; 8-->1

III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 2.3; 2.5; 3.1; 4.2; 4.17; 2.16; 2.21.

b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.14; 5.62; 6.2; 6.5; 6.9; 7.2; 7.10; 7.15.

c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.1; 8.4; 8.9; 8.13; 8.18; 8.20; 8.21; 8.30; 8.33; 10.3; 10.4; 10.5; 10.7; 10.9; 10.14, 10.15; 11.8; 10.1, 11.10.

d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.15; 12.16; 12.17; 12.19; 12.20; 12.25.

Primjer 2.11. HIPONATRIJEMIJA

II. Etiopatogeneza bolesti

1-->2,6,8; 3-->7; 4-->5; 6-->1,2; 7-->1; 8-->4

III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 1.1; 1.3; 2.3; 2.6; 3.6; 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.7; 4.15; 4.17.

b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.2; 5.14; 5.15; 5.27; 5.59; 6.2; 6.3; 6.5; 6.7; 6.9; 6.10; 7.2 ; 7.4; 7.10 ; 7.14.

c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.4; 8.9; 8.20; 8.21; 8.28; 8.3; 10.7; 10.14; 10.15; 11.10.

d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.15; 12.16; 12.17; 12.18; 12.19; 12.20; 12.22; 12.25; 12.35; 12.46.



novosti iz medicinske literature

- **Važnost duhovne dimenzije u skrbi za (terminalnog) bolesnika**
- **Praktična korist rutinskog mjerjenja hemoglobina nakon porođaja**
- **Cervikalna trudnoća: 13 slučajeva liječenih sukcijskom kiretažom i balon tamponadom**
- **Povezanost fizičke aktivnosti u djetinjstvu i adolescenciji s elastičnosti karotidnih arterija u odrasloj dobi**
- **iPAD2 interferira s radom implantabilnog kardioverter defibrilatora**
- **Važnost ljekarnika u kontroli krvnog tlaka: meta-analiza**
- **Kako visoke vrijednosti HDL kolesterola utječu na koronarnu bolest srca?**
- **Azitromicin i levofloksacin povećavaju rizik za aritmiju i smrtni ishod**
- **Visoke doze statina povećavaju rizik za šećernu bolest**
- **Anestezija i operacija mogu gotovo udvostručiti rizik za demenciju**
- **Laparoskopska 'sleeve' gastrektomija indicirana kod pretilih rijetko omogućuje rješavanje pridružene gastroezofagealne refluksne bolesti**
- **U SAD-u se stopa smrtnosti od raka i dalje smanjuje**
- **Mehanizmi rezistencije na ibrutinib, inhibitor Brutonove tirozin kinaze**
- **Smjernice za sistemno liječenje uznapredovalog karcinoma dojke pozitivnog na humani EGFR2**
- **Kapecitabin i oksaliplatina u preoperativnom multimodalnom liječenju rektalnog karcinoma**
- **Liječenje umora kod karcinoma pluća modafinilom**
- **Naloksegol za opioidima inducirana konstipaciju u bolesnika s netumorskog bolu**
- **Primjena epigenetskih placentalnih markera u neinvazivnoj prenatalnoj dijagnostici**
- **Rizični faktori za nastanak stresne urinarne inkotinencije u prvorotkinja**
- **Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu**

•

Važnost duhovne dimenzije u skrbi za (terminalnog) bolesnika

• S obzirom da je duhovna komponenta sastavnica ljudskog života te da je neupitna njena prisutnost u holističkom pristupu bolesniku, poglavito u skrbi za terminalno oboljelog, održane su dvije nacionalne konferencije na temu palijativne skrbi/medicine.

Prva naziva „Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care“ (studeni 2012.) naglasila je kako je potrebno stvoriti preduvjete za postizanje više suošjećanja u sustavu skrbi te za poboljšanje duhovne dimenzije u skrbi za osobu.

Druga konferencija naziva „Uloga suošjećanja, ljubavi i opruštanja u zdravstvu“ (siječanj 2013.), sazvana je s ciljem postizanja konsenzusa o pristupu integraciji duhovnosti u strukture zdravstvene zaštite na svim razinama te razvoj strategija za postizanjem više suošjećanja u sustavu skrbi za pacijenta. Konferencije su rezultat rada i djelovanja brojnih nacionalnih i stručnih društava za palijativnu medicinu/palijativnu skrb u Europi i svijetu a ponajviše temeljem konsenzusa s konferencije iz 2009., da je duhovna skrb dimenzija palijativne skrbi te da poboljšanje kvalitete duhovne skrbi doprinosi kvaliteti palijativne skrbi u cijelosti.

Tijekom konferencija iz 2012. i 2013. godine organizatori, predavači i sudionici konferencija su u radnim zaključcima postavili za cilj identificiranje standarda te konsenzus o provedbi strategije duhovne skrbi za pacijente koji trebaju palijativnu skrb kao i preporuku i smjernice strategije za integraciju duhovne skrbi u cjelokupni zdravstveni sustav a ne samo u palijativnoj skrbi. Smjernice su temeljene na dokazima i tezama da je duhovna skrb temeljna komponenta kvalitetnog holističkog pristupa zdravstvene zaštite za pacijenta kao i činjenica da je najučinkovitija kada je priznata i ogleda se u stavovima i akcijama zdravstvenih usluga.

(J Pall Med. 2014;17(6):642-656.)

Dr. sc. Morana Brkljačić, dr. med.

•

Praktična korist rutinskog mjerjenja hemoglobina nakon porođaja

• Dobrobit rutinskog mjerjenja postpartalnog hemoglobina (Hb) mogla bi biti u otkrivanju pacijentica s anemijom bez kliničkih rizičnih čimbenika kao što su postpartalna hemoragija (PPH) i bez kliničkih simptoma hipovolemije.

S druge strane, potencijalna štetnost takvog pristupa proizlazi iz posljedičnih nepotrebnih transfuzija krvi kod asimptomatskih pacijentica.

Kako bi istražili temu iz naslova, **Hannah B. Steele i Laura Goetzl** iz Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of South Carolina, Charleston, SC, USA, proveli su retrospektivnu studiju s ukupno 800 pacijentica tijekom 2009. (istraživano razdoblje 1) i 2011. godine (istraživano razdoblje 2), pri čemu su u svako istraživano razdoblje uključili po 400 pacijentica nakon vaginalnog porođaja ($n=200$) i carksog reza ($n=200$).

Naime, u prijelaznoj 2010. godini (intervencijsko razdoblje) promijenjena je dotadašnja rutinska praksa određivanja postpartalnog Hb s ciljanom (selektivnom), koja se provodila kod: a) prisutnosti znakova intravaskularne deplecije (tahikardija, oligurija, vrtoglavica/omaglica, ortostatska hipotenzija) ili b) prema prosudbi liječnika na porođaju temeljenoj na procjeni intrapartalnog gubitka krvi. Primarni cilj istraživanja bio je postpartalna stopa transfuzije krvi između dva istraživana razdoblja. Također, praćeni su i ukupni troškovi bolničkog liječenja prije i poslije intervencijskog razdoblja.

Odbacivanje rutinske prakse određivanja postpartalnog Hb bilo je povezano sa sniženjem stope transfuzije krvi (razdoblje 1 vs. razdoblje 2, 5.5% vs. 1.8%, $p=0.007$), pri čemu je ukupna stopa mjerjenja postpartalnog Hb snižena s 59% na 22.2% ($p<0.0001$). Klinički simptomi anemije (tahikardija, oligurija, vrtoglavica/omaglica) učinkoviti su u otkrivanju kandidata za transfuziju krvi. Multivarijantnom analizom dokazano je da je PPH najbolji klinički pokazatelj povišenog rizika za transfuziju krvi. Pritom je odbacivanje rutinskog mjerjenja postpartalnog Hb neovisno povezano s trostrukim sniženjem postpartalne stope transfuzije krvi (OR, 0.30; 95% CI, 0.12-0.72). Promjena kliničke prakse iz ru-

tinskog u ciljano određivanje postpartalnog Hb bila je povezana s godišnjom bolničkom uštedom od oko 58 000 \$. U zaključku autori ističu da ciljano mjerjenje postpartalnog Hb rezultira s: 1) manjom stopom transfuzija krvi, 2) nižim troškovima bolničkog liječenja, te 3) poboljšanom kvalitetom skrbi za pacijentice. (Am J Obstet Gynecol 2014;210:576.e1-6)

Matija Prka, dr. med.

•

Cervikalna trudnoća: 13 slučajeva liječenih sukcijskom kiretažom i balon tamponadom

• Cervikalna trudnoća najrjeđi je tip ektopične trudnoće (<1%), s implantacijom u cervikalnom kanalu ispod razine unutrašnjeg cervikalnog ušća.

Dosad je opisano nekoliko opcija konzervativnog liječenja cervikalne trudnoće kroz pojedinačne prikaze slučajeva ili u serijama od najviše 38 slučajeva (sistemske metotreksat +/- kiretaža, ultrazvučno vođena lokalna injekcija metotreksata ili kalij klorida, embolizacija uterinih arterija +/- kiretaža, ultrazvučno vođena sukcijska kiretaža).

U ovoj dvadesetogodišnjoj retrospektivnoj seriji (1995.-2014.) **Donald L. Fylstra** iz Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of South Carolina, Charleston, SC, USA, prikazao je 13 pacijentica s cervikalnom trudnoćom u prvom tromjesečju (od 6+0/7 do 12+1/7 tjedana) koje su uspješno zbrinute (bez histerektomije) specijalnom kirurškom tehnikom. Ona se sastoji od sljedećih koraka: 1) cirkumferencijska infiltracija cervikalne strome oko cervikalne trudnoće s hemostatskim vazokonstriktijskim sredstvom (20 IJ vazopresina razrijeđenih s 50 ml fiziološke otopine); 2) postavljanje šava serklaže visoko oko porcije, tehnikom po McDonaldu (šav se rutinski ne steže, već samo u slučaju kvarenja tijekom zahvata, kako bi se privremeno zatvorili silazni cervikalni ogranci uterinih arterija); 3) sukcijska kiretaža s kanulom adekvatne veličine (promjer u mm odgovara gestacijskoj dobi u tjednima), ali bez prethodne dilatacije cervikalnog kanala; 4) neposredno nakon sukcijske kiretaže postavlja se u cervikalni kanal balon tamponada (pomoći 30 ml balon foley katetera) kroz 24 sata.

Niti jedan opisani kompletni terapijski postupak nije trajao dulje od 15 minuta.

Tijekom liječenja svih 13 pacijentica nije zaobilježeno niti jedno ozbiljno intraoperacijsko ili odgođeno postoperacijsko krvarenje. Šav serklaže nije bio niti jednom stegnut, a uklonjen je svaki put nakon sukijske kiretaže i balon tamponade.

Autor ističe dva važna momenta za opisani terapijski pristup: 1) cervicalni kanal ne smije se dilatirati prije početka sukijske kiretaže (zbog visokog rizika od trenutnog i profuznog cervicalnog krvarenja), te 2) cervicalne trudnoće, pa čak i heterotopične cervicalne trudnoće, mogu se sigurno i uspješno liječiti na ovaj način isključivo u prvom tromjesečju.

(Am J Obstet Gynecol 2014;210:581.e1-5.)

Matija Prka, dr. med.

• Povezanost fizičke aktivnosti u djetinjstvu i adolescenciji s elastičnosti karotidnih arterija u odrasloj dobi

- Centralne arterije poput aorte i karotida gube svoju elastičnost s godinama. Smanjena elastičnost arterija je čimbenik rizika za kardiovaskularne bolesti poput arterijske hipertenzije, ateroskleroze i koronarne bolesti srca. Dosadašnja istraživanja na temu fizičke aktivnosti u djetinjstvu i ranoj adolescenciji s elastičnosti arterija u odrasloj dobi su limitirana. Ranije studije su pokazale da je uobičajena fizička aktivnost odraslih povezana s povećanom inzulinskom osjetljivosti, povoljnijim lipidnim profilom, smanjenom prevalencijom metaboličkog sindroma, nižim vrijednostima krvnog tlaka i smanjenim rizikom za razvoj hipertenzije. Sva ova obilježja imaju pozitivan učinak na strukturu i funkciju arterijske stjenke.

Cilj ovog istraživanja na čelu s kollegicom **Pälve KS** iz Finske (Research Centre of Applied and Preventive Cardiovascular Medicine, University of Turku, Finland) bio je odrediti dugotrajne učinke fizičke aktivnosti u mlađoj životnoj dobi na elastičnost karotidnih arterija 21 godinu poslije. Ukupno je uključeno n= 1417 ispitanika dječe dobi od 9-15 godina te n=999 mlađih odraslih osoba (18-24 godine) u prospektivno istraživanje (Young Finns Study). Sudionici su relevantne podatke o fizičkoj aktivnosti od 1986. godine pružili putem upitnika, a ultrasonografski je evaluiran elasticitet karotidnih arterija 2007.

godine. Mjereni su indeksi karotidne elastičnosti poput rastezljivosti (%/10 mm Hg), Youngov modul elastičnosti (kPa) i indeks rigidnosti. Fizička aktivnost tijekom razdoblja od 18-24 godine direktno je povezana s arterijskom rastezljivosti ($\beta=0.068$, $P=0.014$) i obrnuto povezana s Youngovim modulom elastičnosti ($\beta=-0.057$, $P=0.0037$), kao i indirektno s indeksom rigidnosti ($\beta=-0.050$, $P=0.0028$) tijekom razdoblja praćenja od 21 godine kod ispitanika oba spola. Statističkom analizom su usklađeni svi važni parametri, poput dobi, spola, indeksa tjelesne mase, pušenja, sistoličkog arterijskog tlaka, serumskih lipida i inzulina. Kod provođenja fizičke aktivnosti u djetinjstvu (od 9-15 godine) uočena je povezanost tjelevoježbe i indeksa elastičnosti arterija samo kod ispitanika muškog spola, ali ne i ženskog (rastezljivost [$\beta=0.097$, $P=0.010$], Youngov modul elastičnosti [$\beta=-0.060$, $P=0.028$], indeks rigidnosti [$\beta=-0.062$, $P=0.007$]])

Autori istraživanja zaključuju da provođenje fizičke aktivnosti u slobodnom vremenu kod mlađih odraslih osoba te dječaka tijekom djetinjstva poboljšava elastičnost karotidnih arterija kasnije tijekom života, sugerirajući kako fizička aktivnost u mladosti ima blagotvoran učinak za kardiovaskularno zdravlje u budućnosti.

(J Am Heart Assoc. 2014 Apr 22;3(2):e000594. doi: 10.1161/JAHA.113.000594.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• iPAD2 interferira s radom implantabilnog kardioverter defibrilatora

- Implantabilni kardioverter-defibrilator (ICD) je uređaj dimenzija otprilike 6x5x1,5cm, a služi za otkrivanje i trenutačno prekidanje zločudnih poremećaja srčanog ritma. Sustav se sastoji od kućišta koje sadrži bateriju i elektronički sklop te od katetera koji sadrži elektrodu koja se postavlja u srce. Kućište ICD-a postavlja se ispod kože u području ispod (najčešće lijeve) ključne kosti. ICD može trenutno prepoznati poremećaj srčanog ritma (najčešće se radi o ubrzanim radu klijetki – ventrikulska tahikardija, ili o njihovom treperenju – fibrilacija ventrikla) i odmah reagirati bilo stimulacijom (impulsi koji prekidaju ubrzane otkucaje) ili električnim šokom (defibrilacija). Uspješnost intervencije

ICD-a vrlo je visoka, iznad 98%. Elektromagnetska interferencija je tranzitorni prekid ili promjena normalnog funkcioniranja uređaja uzrokovana nekim vanjskim signalom. Snaga izvora vanjskog signala, trajanje i frekvencija signala određuju stupanj interferencije. ICD je dizajniran da u specifičnim situacijama koristi radiofrekvencijske signale, a dosadašnja istraživanja su pokazala kako do potencijalne elektromagnetske interferencije može doći prilikom korištenja mobilnih telefona, iPod-ova te glazbenih CD uređaja.

Danas se u svijetu koristi više od 140 milijuna iPad uređaja, a u svoj okvirima ugrađen magnet, stoga je cilj ovog istraživanja bio utvrditi dovodi li iPad do elektromagnetske interferencije s ICD-om, što potencijalno može ugroziti život pacijenta.

U istraživanje je uključeno n=27 ispitanika s ICD-om, a iPad2 se koristio na udaljenosti uobičajenoj za čitanje kao i u direktnoj blizini uređaja. Kod 33% ispitanika uočeno je interferiranje s radom ICD-a kada se koristio u neposrednoj blizini uređaja, što je potencijalno opasno stanje za pacijente ako istovremeno dođe do pojave životno ugrožavajućih aritmija. Autori istraživanja naglašavaju da proizvođači elektroničke opreme trebaju naglasiti potencijalnu opasnost kupcima kako ne bi došlo do neželjenih i fatalnih ishoda za pacijente.

(J Am Heart Assoc. 2014 Apr 10;3(2):e000746. doi: 10.1161/JAHA.113.000746.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Važnost ljekarnika u kontroli krvnog tlaka: meta-analiza

- Arterijska hipertenzija važan je uzrok mortaliteta diljem svijeta, a kontrola krvnog tlaka ostaje i dalje izazov za liječnike primarne zdravstvene zaštite. Prema podacima iz SAD-a čak 40% liječenih hipertoničara ima nekontrolirane vrijednosti krvnog tlaka, dok su podaci europskih istraživanja nešto povoljniji. Kolegica Santschi V sa suradnicima iz Švicarske (University of Applied Sciences Western Switzerland) publicirala je meta-analizu uključivši dostupna randomizirana klinička istraživanja na temu utjecaja i učinka ljekarnika u kontroli krvnog tlaka bolesnika sa šećernom bolesti i bez nje koristeći relevantne baze podataka (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, CENTRAL). Ukupno je uključeno 39 randomiziranih kliničkih istraživanja s n=14

224 ispitanika. Ljekarničke aktivnosti uključene u kontrolu arterijske hipertenzije pacijenata sastojale su se od edukacije pacijenata, upućivanja nadležnom liječniku i korekcije farmakoterapije. U komparaciji s uobičajenim i dotadašnjim intervencijama ljekarnika, ovaj novi proaktivni pristup je pokazao značajnu redukciju sistoličkog (-7.6 mm Hg, 95% CI: -9.0 do -6.3; I²=67%) i dijastoličkog tlaka (-3.9 mm Hg, 95% CI: -5.1 do -2.8; I²=83%).

Autori istraživanja naglašavaju kako novi proaktivni pristup ljekarnika poboljšava liječenje krvnog tlaka s postizanjem nižih vrijednosti sistoličkog i dijastoličkog arterijskog tlaka. Imajući u vidu učinkovitost i ekonomičnost ovog pristupa svakako je to potrebno dalje istraživati, međutim, rezultati ove meta-analize pokazuju kako ljekarnici mogu biti velika pomoć liječnicima u svrhu što bolje regulacije tlaka kod pacijenata hipertoničara.

(J Am Heart Assoc. 2014 Apr 10;3(2):e000718. doi: 10.1161/JAHA.113.000718.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Kako visoke vrijednosti HDL kolesterola utječu na koronarnu bolest srca?

- Povezanost HDL kolesterola i koronarne bolesti srca (KBS) je u obrnuto proporcionalnom odnosu, a posljednjih je desetljeća nekoliko kohortnih opservacijskih studija ukazivalo na povećan rizik od koronarne bolesti srca i ukupan mortalitet kod pacijenata s vrijednostima HDL kolesterola većim od 2 mmol/L. Međutim, kod većine studija bio je uzorak ispitanika s vrlo visokim vrijednostima HDL-kolesterola premašen za značajnije zaključivanje o utjecaju ekstremno visokih vrijednosti HDL-a i rizika za KBS i ukupnu smrtnost. S obzirom na to da se postupnici o korištenju hipolipemičke terapije temelje na procjeni rizika, pacijenti s vrlo visokim vrijednostima HDL kolesterola predstavljaju kliničku dilemu, pošto povezanost HDL kolesterola većeg od 2 mmol/L i rizika za KBS nije posve jasna.

U studiju je uključeno 6 kohortnih istraživanja kod kojih su ispitanici imali vrijednosti HDL-a veće od 2 mmol/L; inkluzijske kriterije je zadovoljilo n= 11 515 ispitanika i n=12 925 ispitanica. Referentnom vrijednošću za muškarce i žene je smatrana 1.16 i 1.42 mmol/L. Kod ispitanika muškog spola

uočena je obrnuto proporcionalna povezanost između HDL razine i KBS-a, međutim, kod vrijednosti serumske razine HDL-a većih od 2.3 mmol/L uočen je plato efekt. Kod ženskih ispitanika također povećane vrijednosti HDL-a smanjuju rizik za KBS, ali serumske vrijednosti HDL-a veće od 1.93 mmol/L ne dovode do daljnje redukcije rizika za KBS.

Autori istraživanja dr. Wilkins JT iz S.A.D. (Department of Preventive Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL) zaključuju kako kod vrijednosti HDL-a većih od 2.3 mmol/L kod muškaraca i vrijednosti HDL-a većih od 1.9 mmol/L kod žena ne dolazi do daljnje redukcije rizika za KBS.

(J Am Heart Assoc. 2014 Mar 13;3(2):e000519. doi: 10.1161/JAHA.113.000519.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Azitromicin i levofloksacin povećavaju rizik za aritmiju i smrtni ishod

- Kolega Gowtham Rao sa suradnicima iz SAD-a (University of South Carolina School of Medicine, Columbia, SC) publicirao je istraživanje u koje je uključeno više od 1 600 000 preskripcija antibiotske terapije (n = 979 380 ambulantnih pacijenata liječenih amoksicilinom, n = 594 792 liječenih azitromicinom, te n = 201 798 liječenih levofloksacinom). Ispitanici liječeni azitromicinom imali su značajno veći rizik od 48% za smrtni ishod i 77% veći rizik za srčane aritmije tijekom prvih 5 dana liječenja u komparaciji sa skupinom koja je uzimala amoksicilin.

Povećan rizik nije primjećen nakon petog dana, ali je azitromicin antibiotik s kratkom preskripcijom gledanom u danima. Ispitanici koji su liječeni levofloksacinom imali su signifikantno veći rizik za iznenadnu srčanu smrt i pojavnost srčanih aritmija tijekom svih 10 dana trajanja terapije, iako je najveći rizik za neželjene ishode primjećen tijekom prvih 5 dana antibiotske terapije. Rizik za smrtni ishod bio je za 149% veći, a za srčane aritmije 143% veći tijekom prvih 5 dana terapije levofloksacinom u komparaciji sa skupinom ispitanika liječenih amoksicilinom, te 95% i 75% veći od 6 do 10 dana terapije levofloksacinom.

Autori istraživanja naglašavaju kako upotreba antibiotika nije izuzeta od ozbiljnih neželjenih reakcija, stoga sa svakom

preskripcijom treba procijeniti rizik za nepoželjne nuspojave kao i potencijalnu korist liječenja. Rizik od neželjenih nuspojava posebno je izražen kod pacijenata starije životne dobi s komorbiditetom, stoga pri odabiru antibiotika treba odabrati učinkovit lijek s minimalnim nuspojavama. Smatra se da je 50% preskripcija azitromicina tijekom 2011. g. bilo nepotrebno (40 milijuna u SAD-u), stoga se može očekivati oko 4500 smrtnih ishoda potenciranih ovim lijekom.

Američka agencija za lijekove FDA je upozorila kako azitromicin može prolungirati QT interval i biti okidač za nastanak torzada. Poseban rizik je uočen kod preegzistentnih prolongacija QT intervala, hipokaliemije i hipomagnezijemije te kod bradicardijskih i pacijenata koju su već uzimali antiaritmike. Također treba napomenuti da i drugi makrolidni antibiotici, poput klaritromicina i eritromicina, povećavaju rizik za prolongaciju QT intervala, nastanak torzada i polimorfne ventrikulske tahikardije.

(Ann Fam Med. 2014;12:121-127.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Visoke doze statina povećavaju rizik za šećernu bolest

- Godine 2012. je američka agencija Food and Drug Administration izdala upozorenje o potencijalnoj nuspojavi statinske terapije glede glikemijskog učinka (porast razine glukoze na tačne te porast HbA1c, na temelju zaključaka dviju meta-analiza). Obje meta-analize uključile su gotovo 150 000 ispitanika, a glavni je zaključak da statini povećavaju rizik za šećernu bolest oko 9%.

Cilj je ovog istraživanja, meta-analize, bio evaluirati učinak visoko potentnih statina u komparaciji s nisko potentnima kada se koriste u sekundarnoj prevenciji, glede pojavnosti novonastalog dijabetesa. Kolega Dormuth CR. Iz Kanade (Department of Anesthesiology, Pharmacology and Therapeutics, University of British Columbia, Canada) sa suradnicima koristili su podatke iz 6 kanadskih pokrajina i 2 internacionalne baze podataka iz Velike Britanije i SAD-a, s ukupno 136 966 ispitanika životne dobi od 40 godina i više, koji su liječeni statinima od siječnja 1997. do travnja 2011. Pratila se pojava novonastalog dijabetesa, preskripcija oralnih hipoglikemika ili inzulinske terapije. Tijekom prve dvije godine liječenja statinima uočen je

signifikantan porast rizika za novonastali dijabetes u skupini koja je uzimala visoke doze statina u odnosu na skupinu liječenu niskim dozama statina. Porast rizika bio je najveći u prva 4 mjeseca statinske terapije.

Potencijalni mehanizmi kojima bi se objasnila ova nuspojava statinske terapije su rezultati *in vivo* studija o učinku nekih statina na porast razine inzulina i smanjenje inzulinske osjetljivosti. Neki statini smanjuju adiponektin te na taj način pogoršavaju glikemijsku kontrolu. *In vitro* studije su pokazale smanjenje ekspresije glukoznog transportera GLUT4.

Autori zaključuju da visoko učinkoviti statini dovode do srednjeg porasta rizika za novonastali dijabetes u komparaciji s niskim dozama statina koje se koriste u sekundarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti. Kliničari bi ove spoznaje trebali imati na umu kada prepisuju visoke doze statina radi sekundarne prevencije kardiovaskularnih bolesti.
(BMJ. 2014 May 29;348:g3244. doi: 10.1136/bmj.g3244.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

•

Anestezija i operacija mogu gotovo udvostručiti rizik za demenciju

- Anestezija i operacija značajno povećavaju rizik za demenciju, tvrdi se u novom istraživanju. Velika populacijska studija koju su proveli Fuh i sur. (Neurološki institut veteranske opće bolnice Taipei, Taipei, Republika Kina), pokazala je da se rizik razvijanja demencije gotovo udvostruči u roku 3-7 godina poslije anestezije i operacije. Osim toga, prosječno vrijeme dijagnoze demencije kraće je kod pacijenata koji su podvrnuti anesteziji i operaciji u odnosu na one koji im nisu bili podvrnuti.

Studija pridonosi rastu zabrinutosti da anestetici mogu uzrokovati neurodegenerativne komplikacije. *In vitro* ispitivanja na životinjama pokazala su da inhalacijski anestetici mogu promicati amiloidnu beta oligomerizaciju i oslabiti pamćenje. Međutim, ostaje sporno doprinose li anestezija i kirurgija razvoju demencije u studijama na ljudima. Ova studija pruža statistički dokaz za povezanost demencije s anestezijom i operacijom. Budući da ne znamo kako umanjiti rizik

od demencije nakon anestezije i operacije u ovom trenutku, liječnici bi trebali biti oprezniji zbog mogućnosti razvoja dugoročnog kognitivnog propadanja nakon operacije koja bi uključivala anesteziju.

Korištenjem Taiwan National Health Insurance Research Database, evidentiran je 24 901 pacijent stariji od 50 godina podvrnut anesteziji za operaciju u razdoblju između 2004. i 2007. te 110 972 u kontrolnoj skupini od nasumice odabranih pojedinaca prema dobi i spolu. Izklučeni su pojedinci s rakom, demencijom, Parkinsonovom bolesti, moždanim udarom ili operacijom mozga. Tijekom 3-7 godina praćenja 661 pacijent u skupini anestezije (2,65%) i 1539 u kontrolnoj skupini (1,39%) razvili su demenciju. Alzheimerova bolest činila je većinu slučajeva. Demencija se dogodila ranije u skupini anestezije (prosjek 907 dana) u odnosu na kontrolnu skupinu (prosjek 1104 dana, $p<0,0001$). Nakon prilagodbe s obzirom na hipertenziju, hiperlipidemiju, depresiju i Charlson indeks, pacijenti koji su podvrnuti anesteziji i operaciji imali su procijenjeni 1,99 puta veći rizik za razvoj demencije (95%-tni interval pouzdanosti [CI], 1,81-2,17, $p<0,001$). Rizik za demenciju nakon anestezije podjednako je povećan u muškaraca i žena. Rizik je bio najveći s regionalnom anestezijom (omjer rizika [HR] 1,80, 95% CI, 1,57-2,07), zatim intramuskularnom/intravenskom anestezijom (HR 1,60, 95% CI, 1,11-2,30) i općom anestezijom (HR 1,46, 95% CI, 1,28-1,68). Od 8 skupina operacija, 5 su povezane s povećanim rizikom za demenciju (dermatološke, mišićno-koštane, genitourinarne, probavne ioftalmološke). Kirurgija uha, grla i nosa, respiratorna i kardiovaskularna kirurgija nije bila povezana s povećanim rizikom demencije. Međutim, treba biti oprezan kod tvrdnje o povezanosti razvoja demencije i anestezijom uzrokovanje neurotoksičnosti. Potrebne su dodatne kliničke studije.

Komentirajući ove rezultate, Roderic G. Eckenhoff (Department of Anesthesia and Critical Care, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA), koji nije bio uključen u studiju, rekao je da studija ima neke nejasnoće koje je potrebno dodatno razjasniti. Ako je utjecaj operacija, je li to stvarno od same operacije ili od anestezije, ili je to od stresa zbog hospitalizacije? Vjerojatno je sve to u kombinaciji, no zasad Eckenhoff i drugi vjeruju da je to vjerojatno od samog kirurškog postupka, koji uzrokuje najveći rizik. Čak i nakon korekcije s obzirom na komorbiditet, autori su otkrili značajan učinak na rizik od demencije nakon operacije u prethodnom razdoblju. Razina rizika je u skladu s nekim prethodno provedenim ispitivanjima. Među-

tim, zabrinjavajuće je da se demografski podaci i komorbiditeti znatno razlikuju u skupini operiranih i u kontrolnoj skupini, iako se to pokušalo ispraviti. Također, bitno je napomenuti da se ljudi (bolesnici) kojima je potrebna operacija u stvari razlikuju od onih kojima operacija nije potrebna. Možda su upravo te razlike, a ne činjenica da su podvrnuti operaciji, odgovorne za različitu sklonost demenciji. Eckenhoff smatra da ćemo na kraju utvrditi određenu podskupinu ljudi koji su osjetljiviji na određene 'udare' poput operacije i koji će, između ostalog, razviti demenciju. Izazov je kako shvatiti tko pripada toj podskupini, i to na temelju nekih biomarkera. (Br J Psychiatry. 2014;204:188-93.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

•

Laparoskopska 'sleeve' gastrektomija indicirana kod pretilih rjetko omogućuje rješavanje pridružene gastroezofagealne refluksne bolesti

- Gastroezofagealna refluksna bolest (GERB) često nije izlječena, čak se i može pogoršati ili nastati nakon laparoskopske 'sleeve' gastrektomije (LSG), tvrdi se u članku objavljenom u *JAMA Surgery*. Martin i sur. (Madigan Army Medical Center, Fort Lewis, Washington, USA) ustvrdili su da biti mršav i ima teški GERB nije nužno napredak u odnosu na biti pretio s blagim GERB-om. Također ishod, dodaju, pokazuje kako smo nekad često usredotočeni isključivo na to koliko je tjelesne težine izgubio bolesnik nakon barijatrijske operacije, a zapravo bismo trebali biti usredotočen na to kako to utječe na sveukupno zdravlje i na sve bolesti povezane s pretilošću, a koje pokušavamo liječiti.

Autori su proveli retrospektivnu studiju sa ukupno 4832 pacijenta koji su bili podvrnuti LSG-u i 33.867 koji su bili podvrnuti želučanom premoštenju (gastric banding - GB). Oko 45% pacijenata podvrnutih LSG-u imala je pre-egzistirajući GERB, dok ih je oko 50% podvrnutih GB-u imalo iste simptome GERB-a. U LSG skupini bio je preoperativni GERB povezan s povećanim stopom postoperativnih komplikacija (15,1% prema 10,6%), gastrointestinalnih nuspojava (6,9% prema 3,6%) te povećanom potrebotom

za revizijskim operacijama (0,6% prema 0,3%). GERB je razriješen kod većine GB pacijenata (62,8%) u šest mjeseci od operacije. Međutim, većina bolesnika u LSG skupini (84,1%) i dalje je imala simptome GERB-a, a kod 9,0% su pogoršani simptomi nakon operacije. Osim toga, 8,6% bolesnika u LSG skupini koji nisu imali GERB preoperativno, razvili su simptome nakon zahvata. Prisutnost GERB-a nije imala učinka na mršavljenje u GB skupini, ali je povezana sa smanjenim gubitkom težine u LSG skupini, tvrde autori. Ova i druge nedavno objavljene studije, objašnjavaju autori, pokazuju da prisutnost i težinu refluksne bolesti treba ocijeniti kod svakog bolesnika kojeg se planira podvrgnuti LSG-u. Također treba ih na odgovarajući način savjetovati u vezi s potencijalom LSG operacije jer možda neće poboljšati njihov refluks ili će ga čak pogoršati, i da ne postoji jedna barijatrijska želučana operacija koja odgovara svima - što im je potrebno kako bi se prilagodili specifičnim bolesnicima i njihovim okolnostima radi postizanja najboljih rezultata. Iako je 'sleeve' gastrektomija brzo dobivala popularnost kao alternativa želučanog premoštenja, autori smatraju da je za pacijenata sa značajnim GERB-om možda bolje želučano premoštenje za liječenje pretlosti/metaboličkih bolesti kao i refluksa.

(JAMA Surg. 2014;149:328-34.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• U SAD-u se stopa smrtnosti od raka i dalje smanjuje

- Stopi smrtnosti od raka smanjile su se za 1,8% godišnje kod muškaraca i za 1,4% godišnje kod žena od 2006-2010., što predstavlja 5 recentnih godina za koje su dostupni podaci, rezultati su godišnjeg statističkog izvješća o raku iz American Cancer Society.

Podatke su objavili Siegel i sur. (Director, Surveillance Information, Surveillance and Health Services Research, American Cancer Society, Atlanta, Georgia, USA) u časopisu CA: A Cancer Journal for Clinicians. U istom razdoblju su stope incidencije raka u SAD-u zabilježile manji pad kod muškaraca (0,6% godišnje), a ostale su nepromijenjene kod žena.

Godišnja izvješća statistike raka naglašavaju stalni pad stopa smrtnosti od raka tijekom posljednja dva desetljeća, s ukupnim smanjenjem rizika od smrti zbog raka od 20% u tom razdoblju. Stope smrtnosti od raka u padu su s 215,1 na 100,000 odraslih u 1991.

na 171,8 u 2010. Tijekom tog dugog razdoblja značajan napredak je uočen kod sredovječnih muškaraca crne rase (40-49 godina) čija je stopa smrtnosti smanjena za oko 50%. U principu, ti su muškarci ostvarili napredak u svim dobnim skupinama, s najvećim padom stope smrtnosti u svakom 10-godišnjem dobnom rasponu.

Napredak je dobar, čak i značajan, ali može i mora biti još bolji, rekao je John R. Seffrin, PhD, glavni izvršni direktor Američkog društva za rak. Prepolovljen rizik smrti od raka među sredovječnim muškarcima crne rase u samo dva desetljeća izvanredan je, ali o je stopa smrtnosti još uvijek veća nego kod bijelaca za gotovo svaku učestaliju vrstu raka i kod svih vrsta raka u kombinaciji. U izvješću se procjenjuje da će u SAD-u 2014. biti 1,665.540 novih slučajeva raka i 585.720 smrti od raka. Kod muškaraca će rak prostate, pluća i debelog crijeva činiti oko polovice svih novih slučajeva.

Rak prostate bit će i dalje najčešći rak u muškaraca, što čini oko 1 od 4 nova slučaja (27%). Kod žena bit će tri najčešća rak dojke, pluća i debelog crijeva, koji će iznositi također oko polovice svih slučajeva. Rak dojke se očekuje u približno 29% slučajeva raka kod žena. No, rak pluća je najveći ubojica i kod muškaraca i žena. Prema projekcijama, oko četvrtine svih smrти od raka kod muškaraca (28%) bit će posljedica raka pluća.

Rak prostate je drugi, što čini 10% od procijenjenih novih smrtnih slučajeva od raka. Oko četvrtina svih smrти od raka kod žena (26%) bit će zbog raka pluća. Rak dojke je drugi, što čini 15% od procijenjenih novih smrtnih slučajeva od raka. Crnci i dalje imaju najveću učestalost raka i smrtnosti od raka od svih nacionalnosti u SAD-u.

Osim toga, 5-godišnje preživljenje crnaca i dalje zaostaje za bijelcima za čak 22% za rak maternice, 21% za rak usne šupljine i 17% za rak mokraćnog mjehura, navodi se u izvješću. Među manjinskim skupinama s dijagnozom raka od 2003.-2009. imaju azijatsko-američke/pacifičke žene najveću vjerojatnost preživljavanja pet godina nakon dijagnoze raka (69,5%). Muški američki Indijanci/urođenici iz Aljaske imaju najnižu vjerojatnost preživljavanja (56,8%).

(CA Cancer J Clin. 2014;64:9-29.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• Mechanizmi rezistencije na ibrutinib, inhibitor Brutonove tirozin kinaze

- Ibrutinib je ireverzibilni inhibitor Brutonove tirozin kinaze (BTK) i učinkovit je u liječenju kronične limfocitne leukemije (CLL). Iako BTK nije povratno mutiran u CLL, reguliran je na razini transkripcije i konstitucijski je aktiviran. Ibrutinib je pokazao klinički značajnu aktivnost kod bolesnika u relapsu CLL-a, i to s rezultatom od njih 71% u kompletnoj ili parcialnoj remisiji te dodatnih 15-20% bolesnika s parcijalnim odgovorom uz perzistentnu limfocitozu. S porastom broja bolesnika koji se liječe ibrutinibom postaje zapravo sve važnije identificirati mehanizme stečene rezistencije, kako bi se mogle ponuditi učinkovite salvage terapije. Također je važno odrediti nalaze li se slični elementi rezistencije i kod perzistirajuće limfocitoze, što bi moglo utjecati na odabir terapijskog postupka kod bolesnika s prolongiranim limfocitom tijekom terapije ibrutinibom.

Iako je samo malo broj bolesnika imao relaps tijekom liječenja ibrutinibom, važno je razumjeti te mehanizme te je stoga Jennifer A. Woyach sa suradnicima provela studiju na bolesnicima s relapsom bolesti radi identificiranja tih mutacija koje bi mogle posredovati u stvaranju otpornosti na navedeni lijek.

Provedeno je sekvencioniranje cijelog egzoma na početku i nakon pojave relapsa, na uzorcima 6 bolesnika sa stečenom rezistencijom na ibrutinib. Zatim je napravljena funkcionalna analiza identificiranih mutacija. Također je učinjeno i Ion Torrent sekvencioniranje za identificiranje mutacija na uzorcima 9 bolesnika s prolongiranim limfocitom.

- Identificirana je cistein na serin mutacija BTK na mjestu vezanja ibrutiniba kod 5 bolesnika, te su identificirane i 3 različite mutacije na PLCY2 kod 2 bolesnika. Funkcionalna analiza pokazala je da C481S mutacija BTK rezultira proteinom koji je jedino reverzibilno inhibiran ibrutinibom. R665W i L845F mutacije na PLCY2 obje su potencijalno pozitivne mutacije, u smislu dobivanja na funkcionalnoj aktivnosti, koje vode u autonomnu aktivnost B-celularnih receptora. Ove mutacije nisu pronađene ni u jednog od bolesnika s prolongiranim limfocitom na ibrutinibu. Dakle, rezistencija na ireverzibilni inhibitor BTK ibrutinib često uključuje i muta-

cije cisteinske rezidue, gdje se veže ibrutinib. Ovo otkriće, zajedno s dvije dodatne mutacije na PLCY2, koje imedijatno snižavaju BTK aktivnost, pokazuju važnost B-celularnog receptorskog puta u mehanizmu djelovanja ibrutiniba kod CLL-a.

(N Engl J Med. 2014;370:2286-2294.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Smjernice za sistemno liječenje uznapredovalog karcinoma dojke pozitivnog na humani EGFR2

- U svrhu definiranja na dokazima osnovanih preporuka za onkologe u praksi, te druge involvirane u proces liječenja sistemnom terapijom bolesnika s uznapredovalim karcinomom dojke pozitivnog humanog EGFR2, Američko društvo za kliničku onkologiju sazvalo je panel medicinske onkologije, radioterapijske onkologije, implementacije smjernica te pravnih stručnjaka i sistemno je pregledana literatura od siječnja 2009. do listopada 2010. Ishodi od interesa koje se vrednovalo bili su sveukupno preživljivanje, preživljivanje bez progresije bolesti te neželjeni učinci terapije. Ukupno je 16 studija uvršteno u proces sustavnog pregleda.

CLEOPATRA studija pokazala je benefit u ukupnom preživljivanju i preživljivanju bez progresije bolesti za docetaksel, trastuzumab i pertuzumab u prvoj liniji liječenja, a EMILIA studija je pokazala učinkovitost u produženju sveukupnog preživljavanja i preživljavanja bez progresije bolesti za trastuzumab i emtansin (T-DM1) u drugoj liniji liječenja. T-DM1 također je pokazao učinkovitost u preživljivanju bez progresije bolesti u trećoj liniji liječenja. Jedna je studija podastrla podatke o učinkovitosti/trajnosti HER2 ciljane terapije, a tri ostale studije o endokrinoj terapiji kod pacijentica s HER2-pozitivnim uznapredovalim rakom dojke.

Preporuke su, dakle, da je HER2 ciljana terapija preporučljiva za bolesnice s HER2 pozitivnim uznapredovalim rakom dojke, osim za one s klinički značajnim kongestivnim srčanim zatajenjem ili značajno kompromitiranim ejekcijskom frakcijom lijeve klijetke, pa bi ti slučajevi trebali biti individualno evaluirani. Stoga su trastuzumab, pertuzumab i taksoni u prvoj liniji liječenja, a T-DM1

u drugoj liniji liječenja. U trećoj liniji liječenja kliničari bi trebali ponuditi druge kombinacije HER2 ciljane terapije ili T-DM1 (ako nije ranije primjenjivan), te bi mogli uvesti pertuzumab (također ako nije ranije korišten). Optimalno trajanje kemoterapije je minimalno 4-6 mjeseci ili do maksimalnog odgovora, ovisno o toksičnosti i izostanku progresije. HER2 ciljanu terapiju može se administrirati sve do vremena progresije ili do neprihvatljive toksičnosti.

Za bolesnice s HER2 pozitivnim i hormonski pozitivnim rakom dojke moglo bi se preporučiti ili standardnu prvu liniju terapije ili, za određene bolesnice, endokrinu i HER2 ciljanu terapiju, ili samo endokrinu terapiju. (ICO 5.5.2014.; Online before print; DOI: 10.1200/JCO: 2013.54.0948)

Ana Tečić Vuger, dr.med.

Kapecitabin i oksaliplatina u preoperativnom multimodalnom liječenju rektalnog karcinoma

- Optimalan kemoterapijski režim koji bi se primjenjivao usporedno s preoperativnom radioterapijom za bolesnike s karcinomom rektuma nije definiran. Studija Američkog nacionalnog kirurškog projekta, R-04, za adjuvantnu dojku i crijeva, usporedila je četiri kemoterapijska režima primjenjiva konkomitantno s radiotherapijom.

Bolesnici u kliničkom stadiju II ili III rektalnog karcinoma podvrgnuti preoperativnoj radioterapiji (45Gy u 25 frakcija tijekom 5 tjedana, plus boost od 4,5Gy do 10,8Gy u 3-6 dnevnih frakcija) randomizacijom su raspoređeni u jednu od sljedećih skupina kemoterapijskih režima: skupina na kontinuiranoj intravenskoj infuziji 5-fluorouracila (225 mg/m² 5 dana u tjednu), sa ili bez intravenski primjenjivane oksaliplatinе (50 mg/m² 1 x tjedno u trajanju 5 tjedana), ili peroralni kapecitabin (825 mg/m² 2 x dnevno, 5 dana u tjednu), sa ili bez oksaliplatinе (50 mg/m² 1 x tjedno u trajanju 5 tjedana). Prijave raspodjele kirurg je odredio je li pojedini bolesnik kandidat za operaciju s poštedom sfinktera, a temeljem kliničkog stadija.

Kao rezultati od interesa uzeti su kompletan patološki odgovor (pCR), sfinkter-

poštedna operacija i kirurški downstaging (konverzija u sfinkter poštednu operaciju).

Od rujna 2004. do kolovoza 2010. prošlo je 1608 bolesnika proces randomizacije. Nije zamjećena značajna razlika u stopi pCR, sfinkter poštedne operacije ili kirurškog downstaginga između kemoterapijskog protokola kontinuirane intravenske infuzije 5-FU i kapecitabina, ili između ta dva protokola sa ili bez dodavanja oksaliplatine. U bolesnika liječenih oksaliplatinom zabilježeno je i značajno više proljeva stupnja 3 ili 4 ($P<0.001$).

Dakle, postignuti su slični rezultati primjenom oba protokola, a dodavanje oksaliplatine nije poboljšalo rezultate, već samo značajno povećalo toksičnost.

Definitivna analiza lokalne kontrole tumora, preživljivanja bez pojave bolesti i ukupnog preživljavanja moguća je tek kada se dogodi minimalno protokolom određen broj tih događaja.

(ICO. 2014;32(18):1927-1934.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Liječenje umora kod karcinoma pluća modafinilom

- Umor je zabrinjavajući simptom u preko 50% bolesnika s karcinomom. Stimulanti centralnog živčanog sustava modafinil i metilfenidat preporučuju se u terapiji umora uvjetovanog karcinomom, unatoč ograničenom broju dokaza. Istraživanje Anne Spatis i suradnika imalo je za cilj upravo utvrditi učinkovitost i tolerabilnost modafinila u liječenju umora kod bolesnika s nemikrocelularnim karcinomom pluća (NSCLC).

Odrasli oboljeli s uznapredovalim stadijem NSCLC-a i performans statusom 0-2, koji u zadnja 4 tjedna nisu primali kemoterapiju ili radioterapiju, randomizacijom su raspoređeni u skupinu za administriranje dnevnih doza modafinila (100mg dnevno na dane 1-14, te 200mg dnevno na dane 15-28), ili u skupinu za odgovarajući placebo.

Primarni ishod bio je zapažanje promjene u FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) instrumentu procjene, i to ocjena umora, od početka do 28. dana, prilagođeno prema razini umora na početku i performans statusu pojedinog bolesnika. Kao sekundarni ishodi evaluirani su sigurnost te bolesnikova procjena razine depresije, pospanost tijekom dana i kvaliteta života.

Od ukupno 208 bolesnika pod-

vrgnutih procesu randomizacije njih 160 uspješno su ispunili upitnik i na početku i 28. dana (od toga je njih 75 primalo modafinil, a 85 placebo) te su uključeni u modificiranu intention-to-treat analizu.

FACIT ocjene razine umora popravile su se u rasponu od početka do 28. dana (i to s prosječnom promjenom u ocjenama od početka do 28. dana u iznosu od 5,29 za modafinil, te 5,09 za placebo), no nije bilo razlike među tretmanima. Također nije bilo razlike između modafinila i placebo u sekundarnim ishodima; 47% bolesnika na modafinilu i 23% na placebo ustvrdilo je da terapija nije bila od pomoći.

Dakle, modafinil nije pokazao učinkan na umor uvjetovan karcinomom i ne bi ga se trebalo propisivati u uvjetima izvan kliničke studije. Uporaba mu se povezuje s klinički značajnim placebo efektom.

(ICO. 2014;32(18):1882-1888.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.



Naloksegol za opioidima inducirani konstipaciju u bolesnika s netumorskom bolj

- Opoidima inducirana konstipacija jedna je od najčešćih nuspojava liječenja netumorske boli i silno je iscrpljujuća. Rezultat je vezanja opoidnih agonista na μ -opiodne receptore u centralnom živčanom sustavu, što dovodi do pojačanih nepropulzivnih kontrakcija te inhibiarnja sekrecije vode i elektrolita u lumenu crijeva. Vezanje opoidnih agonista na ove receptore također trigerira inhibiciju želučanog pražnjenja, porast tonusa pilorusa, odgodu prolaska kroz tanko i debelo crijevo te porast u tlaku mirovanja analnog sfinktera, kao i porast u neto apsorciji intraluminalne tekućine.

William D. Chey i suradnici, pod Astra Zenecom, proveli su kliničke studije KODIAC-04 i KODIAC-05, dvije identične, dvostruko slijepje studije faze 3, kako bi istražili učinkovitost i sigurnost naloksegola, peroralnog, periferne djelujućeg antagonista μ -opiodnog receptora, u liječenju konstipacije inducirane opoidima.

Studija 04 imala je 652, a studija 05 700 sudionika, redom nebolničkih pacijenata s netumorskom boli i s konstipacijom uzrokovanim opoidima, koji su randomizacijom raspoređeni u skupine za dnevnu dozu od

12,5 ili 25 mg naloksegola ili placebo.

Primarni cilj bio je ustanoviti stopu odgovora na terapiju nakon 12 tjedana primjene (definirano kao ≥ 3 spontane kretne crijeva tjedno te porast od početka za ≥ 1 kretnju crijeva za ≥ 9 od 12 tjedana, ili u ≥ 3 od 4 finalna tjedna). Kao sekundarni izlazni podaci razmotreni su stopa odgovora u subpopulaciji onih koji su imali neadekvatan odgovor na laksative prije uključivanja u studiju, vrijeme do prve postterapijske spontane kretne crijeva i prosječan broj dana u tjednu u kojima je zabilježena jedna ili više spontanih crijevnih kretnji.

Rezultati su pokazali značajno više stope odgovora uz 25mg naloksegola nego uz placebo (studija 04 - 44,4% vs. 29,4% na placebo, studija 05 - 39,7% vs. 29,3% na placebo), kao i kod onih s neadekvatnim odgovorom na laksative (sekundarni cilj studije) - studija 04 $\approx 49\%$ vs. 29%, i studija 05 $\approx 47\%$ vs. 31%. u

U studiji 04 stope odgovora su bile značajno više i kod primjene naloksegola u dozi 12,5mg dnevno (40,8% vs. 29,4%), te kod bolesnika s neadekvatnim odgovorom na laksative (42,6% vs. 28,8%).

U obje studije zapaženo je kraće potrebno vrijeme do prve postdozne spontane kretne crijeva, te veći prosječni broj dana u tjednu s jednom ili više spontanih crijevnih kretnji, u skupini na 25 mg naloksegola u usporedbi sa skupinom na placebo.

Nuspojave, primarno gastrointestinale, pojavile su se najčešće u skupini tretiranoj s 25mg naloksegola.

Dakle, terapija naloksegolom, u usporedbi s placebo, rezultirala je značajno višom stopom odgovora na terapiju, i to bez redukcije analgezije posredovane opoidima. (N Engl J Med. 2014; 370:2387-2396.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Primjena epigenetskih placentalnih markera u neinvazivnoj prenatalnoj dijagnostici

- Svaka trudnica je mikrokimera koja, pored vlastite slobodne DNA, u svom krvotoku sadrži i DNA svoga nerođenog djeteta. Ova slobodna fetalna DNA (od engl. cell free fetal DNA ili cffDNA) pojavljuje se već petog tjedna gestacije, a devetog tjedna može se koristiti za prenatalnu dijagnostiku.

Placentalnog je porijekla jer je možemo detektirati i u anembriонаlnoj trudnoći. Na nju otpada otprilike 5% ukupne slobodne DNA u krvotoku majke, a u preeklampsiji je taj udio statistički značajno veći. Najveći je problem ove metode kako razlikovati majčinu DNA od fetalne, pa su se do sada uglavnom koristili markeri Y kromosoma. Iako se ovaj pristup pokazao učinkovitim u preko 95% testiranja, postalo je jasno da se za primjenu u kliničkoj medicini test mora unaprijediti. cffDNA je porijeklom od trofoblasta koji posjeduje specifične pseudomaligne karakteristike, što možemo koristiti kao prednost u razlikovanju majčine i fetalne DNA.

Naime, trofoblast je jedino zdravo tkivo u kojem su hipermetilirani promotori nekih tumor supresor gena, kako bi se inaktivacijom tih gena omogućila invazivnost trofoblasta. Jedan od njih i, do danas najbolje proučen je RASSF1A. Nalaz ovog epigenetskog markera potaknuo je znanstvenike na potragu za novim razlikama u metilaciji DNA molekule između slobodne majčine DNA i cffDNA. Stoga su identificirali 2944 hipermetilirana mjesta u prvom trimestru te 5218 u trećem trimestru gestacije, od kojih se 2613 preklapalo, ukazujući na konzistentnu DNA hipermetilaciju tijekom cijele trudnoće. Ova hipermetilirana DNA mjesta u slobodnoj DNA možemo naći samo u plazmi trudnice. Istraživanjem su otkriveni i specifični mononukleotidni polimorfizmi (engl. single nucleotide polymorphism ili SNP) u fetalnoj DNA koji bi se također mogli koristiti u prenatalnoj dijagnostici.

Ova studija je sistematski identificirala hipermetilirana DNA mjesta u fetalnom tkivu te preliminarno pokazala da neki fetalni epigenetski markeri mogu sadržavati informativne mononukleotidne polimorfizme kojih imaju značajan potencijal korištenja u neinvazivnoj fetalnoj prenatalnoj dijagnostici.

(Transfusion. 2014; doi: 10.1111/trf.12659)

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



Rizični faktori za nastanak stresne urinarne inkontinencije u prvorotkinja

- Najčešći tip urinarne inkontinencije u trudnica je stresna inkontinencija. Procjenjuje se kako prevalencija trudnica koje pate

od stresne urinarne inkotinencije (SUI) varira od 18,6% do 75%, i raste s gestacijskom dobi. Rad **B. Sangsawanga** na tu temu objavio je u lipnju *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Medicine*.

Poznato je kako SUI utječe na kvalitetu života trudnica, u četiri domene života, a autor članka procjenjuje da otprilike 54,3% trudnica ima ovakve smetnje. SUI tako značajno utječe na redukciju fizičke aktivnosti trudnice, njezina putovanja, smanjenje socijalnih kontakata i neupitno negativno utječe na emotivno stanje trudnice. Trudnoća se

tako izdiferencirala kao vodeći rizični faktor za nastanak SUI-a u mladih žena. Naime, mnoge fiziološke promjene koje se neminovno događaju u trudnoći, uključujući pritisak gravidnog uterusa na mišiće dna male zdjelice, zajedno s povišenom razinom progesterona te sniženim razinama relaksina i kolagena, rezultiraju reduciranim snagom i podrškom, kao i reduciranim sfinkterskom funkcijom mišića dna male zdjelice. Trudnoća se, dakle, dovodi u vezu s reduciranim snagom mišića dna male zdjelice i posljedičnom SUI. Ipak, direktni uzrok inkotinencije za sada ostaje

nepoznat. Starenje je jedan od najvažnijih uzroka inkotinencije, a ostali rizični faktori su: debljina, pušenje, konstipacija, preegzistentna inkotinencija, gestacijski diabets mellitus. U svim navedenim slučajevima vježbanje mišića dna male zdjelice bit će učinkovita preventivna mjera, kao i mjera u svrhu redukcije simptoma inkotinencije.

(EJOG 2014;178:27-34)

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.

Kasum M, Simunić V, Vrčić H, Stanić P, Orešković S, Beketić-Orešković L. Follicular progesterone elevations with ovulation induction for IVF. Gynecol Endocrinol. 2014;19:1-5.

Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital Center, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

Kruljac I, Solter D, Vrklijan AM, Solter M. Remission of Graves' disease is not related to early restoration of euthyroidism with high-dose methimazole therapy. Endocr Res. 2014;15:1-4.

Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases "Mladen Sekso", University Hospital Center "Sestre milosrdnice", University of Zagreb Medical School, Zagreb, Croatia

Mirić M, Turkalj M, Nogalo B, Erceg D, Perica M, Plavec D. Lung diffusion capacity in children with respiratory symptoms and untreated GERD. Med Sci Monit. 2014;12:20:774-81.

Department for Anesthesiology, Reanimatology and Intensive Care Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; Department of Pediatric Allergology and Pulmonology, Children's Hospital Srebrnjak, Reference Center for Clinical Immunology in Children Appointed by the Ministry of Health and Social Welfare of the Republic of Croatia, Zagreb, Croatia.

Gasparovic H, Petricevic M, Kopjar T, Djuric Z, Svetina L, Biocina B. Impact of dual antiplatelet therapy on outcomes among aspirin-resistant patients following coronary artery bypass grafting. Am J Cardiol. 2014;113(10):1660-7.

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

Lozo M, Lojpur M, Madden D, Lozo P, Banic I, Dujic Z. The effects of nitroglycerin, norepinephrine and aminophylline on intrapulmonary arteriovenous anastomoses in healthy humans at rest. Respir Physiol Neurobiol. 2014;199C:19-23.

Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Split, Split, Croatia; Department of Anesthesiology, University Hospital Centre Split, Split, Croatia; Department of Integrative Physiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia; Department of Integrative Physiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Džombeta T, Kapuralin K, Ulamec M, Tomas D, Gajović S, Krušlin B. Immunohistochemical Expression of STAM2 in Gastrointestinal Stromal Tumors. Anticancer Res. 2014;34(5):2291-6.

School of Medicine, University of Zagreb, Šalata 10, 10 000 Zagreb, Croatia.

Prejac J, Visnjević V, Drmic S, Skalny AA, Mimica N, Momcilovic B. A novel concept to derive iodine status of human populations from frequency distribution properties of a hair iodine concentration. J Trace Elem Med Biol. 2014;28(2):205-11.

Department of Oncology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia, Institute for Research and Development of the Sustainable Eco Systems, Zagreb, Croatia, Neuropsychiatric Hospital "Dr. Ivan Barbot", Popovaca, Croatia, University Psychiatric Hospital Vrapce, Zagreb, Croatia

Primjena etiopatogenetskih čvorova u kliničkoj praksi



*Prof. dr. Aleksandar Včev,
redoviti profesor interne medicine
i dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Osijeku,
KBC Osijek*

- Pokretanjem rubrike „Zagrebački model utvrđivanja etiopatogeneze“ uredništvo „Lječničkih novina“ s pravom usmjerava pozornost na velik problem u suvremenoj medicini.

Suvremena praktična i akademска medicina u traganju je za učinkovitijim načinima integriranja znanja. Dvije velike skupine razloga pojačavaju aktualnost i izazov integracije. S jedne strane, količina dostupnih točkastih informacija eksponencijalno i gotovo nesagledivo raste, a pri tome neke od njih imaju izravnu uporabnu vrijednost. S druge se pak strane praktična medicina pojačano usmjerava na sve uža i uža područja djelovanja radi postizanja veće ekspertnosti za dani problem (suženje specijalizacija, subspecijaliziranja). Takva je dihotomija izazov u metodološkom i spoznajnom smislu.

Ova rubrika promicanjem novoga pristupa kliničkoj patofiziologiji nudi potuzdan okvir i put za snalaženje u mnoštvu podataka i učinkovito korištenje znanja. Akademik **Miličić** je u prethodnome broju LN-a¹ naglasio da je taj pristup „izvorni doprinos razumijevanju patobioloških procesa“ te da „s epistemološkoga gledišta (...) pristup objedinjuje kvalitativne i kvantitativne podatke te kliničke i bazične spoznaje.“

Nedvojbeno je da se u etiopatogenetskim čvorovima elaboriraju i integriraju vrlo heterogena znanja, podatci i informacije o istoj pojavi, te da je time obogaćen tradicionalni način promatrivanja procesa bolesti. Istodobno ovaj pristup obogaćuje i na pravu način usmjerava kliničko promišljanje etiopatogeneze. Traženje i razrada kauzalnih međuodnosa na različitim razinama doprinosa dovodi znanstvene podatke i tumačenja na ruku lječniku u njegovu dnevnom radu. Isto tako, pristup je pisan u takvom obliku da

polazi uvijek od stanja bolesnika (engl. case study), čime osigurava izravnu komunikaciju s lječnikovim interesima i načinom rada.

U trajnoj edukaciji liječnika malo se prostora posvećuje sustavnoj edukaciji u području patofiziologije. Obično se patofiziologija promatra usputno kao komponenta nekoga kliničkoga problema. Podsjetio bih da je curriculum dodiplomske nastave na medicinskim fakultetima u nas tradicijski podijeljen na temeljni i klinički dio, a patofiziologija je na prijelazu između njih, vremenski i sadržajno. U specijalističkoj i subspecijalističkoj naobrazbi dominantan je naglasak na stjecanju i usvajanju praktičnih znanja i vještina, koja uglavnom slijede obrasce sistematizacije, dijagnostike i terapije pojedine struke. Patofiziologija je savršen prostor za sintezu temeljnih znanja teorijske medicine i njihove kliničke primjene.

U priručniku, prema kojemu je složena ova rubrika², obrađen je 1165 klinički slučaj, prikazan induktivno, kako u životu i medicinskoj praksi stvarno jest, a na način mogućeg prepoznavanja pojedinih odstupanja od fizioloških zbijanja u anamnezi, u simptomima, znakovima, laboratorijskim nalazima i slikovnim pretragama. Dinamikom razvoja slučaja, odgovorom na liječenje i praćenjem konačnog ishoda, čitatelju se pruža mogućnost longitudinalnog prepoznavanja slijeda patofizioloških procesa kao i mogućeg ciljnog terapijskog utjecaja na njih. Vježbanjem putem raščlambi ovih slučajeva liječnik uvijek nanovo provjerava, korelira u upotpunu vještini prepoznavanja zajedničkih patofizioloških obrazaca (čvorovi).

Pri tome filtrira važnost podataka u procesu slaganja dijagnostičkih odluka, razumijevanja djelovanja terapijskih postupaka i izvjesnost očekivanja u kliničkome kontek-

stu i razvoju procesa bolesti. Slaganjem različitih i raznolikih slučajeva unutar zajedničkog etiopatogenetskog čvora, pružena je mogućnost učenja pronalaženja dijagnoze unutar diferencijalne dijagnoze određenog patofiziološkog poremećaja (npr. hiperkalijemije) deduktivnim postupkom.

Način prikaza slučajeva omogućava učenje načina kliničkog pregleda i preslikavanja nađenoga na teorijska znanja. Terminološki razjašnjava opseg stanja, poremećaja, bolesti, sindroma, nalaza ili zbijanja koje može opisivati određeni medicinski pojam. Važno je i to što su slučajevi stvari, neuglađeni, pa pokazuju sva preklapanja, povezanosti i sve sljedove različitih patofizioloških pojava. Unatoč složenosti, slučajevi nisu kaotični, upućuju na smirenju analitičnost koju kliničar treba znati postići. UKazuju na potrebu takvog znanja patofiziologije koje će omogućiti anticipaciju sljedećih mogućih događaja (npr. hipokalijemiju pri liječenju dijabetičke ketoacidoze).

Slučajevi su obrađeni koncizno, ali detaljno, ponekad do molekulske razine, ali uvijek u kontekstu primjene takvih spoznaja, a ne samo akademskoga razmatranja. Stoga oni liječniku služe kao „odrađena“ matrica aktivnoga reevaluiranja procesa bolesti u svjetlu suvremenoga presjeka znanja. Liječnik prateći čvorenje i mreženje procesa promiče u realnu patofiziologiju, dakle prirodu stanja bolesti. On je upućen na ključne detalje. Pronalazi paralelne putove, negativne i pozitivne homeostatske petlje i sporedne pojave. Unatoč složenosti i raznolikosti patološkoga reagiranja, ovim pristupom liječnik izravno dolazi do temeljne arhitektonike reagiranja resintetiziranjem promatranih elemenata.

Koncepcionali se radi o metodologiji koja preslikava intelektualni postupak što ga dobar kliničar primjenjuje u praksi. Osim sadržajne informativnosti i edukativnosti, ovakav proces upoznavanja kliničkih slučajeva i primjerenog medicinskog postupanja upravo nameće poželjan način razmišljanja. Pristup usađuje i aktivno potiče na rješavanje i neizostavno sagledavanje patofiziološke osnove kliničkih prezentacija i terapijskih postupaka. Naime, često se terapijom usmjerrenom na korekciju odstupanja koje čini čvor ispravlja velik dio etiopatogenetskoga tijeka koji je izravno ovisan o tom čvoru. Primjerice, izravna korekcija hipoglikemije infuzijom glukoze pred očima liječnika uzrokuje oporavak svijesti, ili, elektrokonverziji ispravak fibrilacije klijetki sprječava razvoj kardiogenoga urušaja. U čvorovima se jasno opisuje kako su brojni putovi etiopatogeneze pokrenuti raznorodnim uzrocima (biološkim, fizikalnim, kemijskim, socijalnim), a slijevaju se i u tjelesnome reagiranju ostvaruju putem prepoznatljivih čvorista. Unatoč složenosti i isprepleteneosti

¹D Miličić. Etiopatogenetski čvorovi – izvorni doprinos razumijevanju patobioloških procesa. Lij Nov 2014; 130: 74-5.

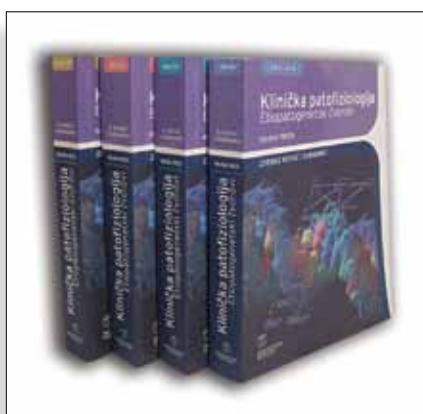
²Z Kovač i sur. **Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća (Prvi, Drugi, Treći i Četvrti dio)** Medicinska naklada, Zagreb 2013.

patofizioloških procesa, kao i nepoznanicama unutar medicinske znanosti koje ostavljaju rupe kao klopke na putu rješavanja problema, čvorovi sažimaju poznato i prepoznatljivo u osnovne (eventualno kurabilne) poremećaje (hipoglikemiju, hiperkalijemiju), a potom na temelju realnih ishoda pokazuju kako terapijski postupak usmijeren na ispravljanje tih ključnih patologija često poput lančane reakcije dovodi do restitucije ostalih devijacija. Pri tomu, interpretacija slučajeva, u okvirima zadane strukture, teorijskim podsjećanjima daje jasnu distinkciju pripadnosti prepoznatog poremećaja završnoj dijagnozi, sindromu, simptomu ili samo kliničkom znaku. Na taj način daje uvid i u naše još uvijek ograničene mogućnosti potpune spoznaje prirode nekih bolesti i bolesnih stanja, kao i u čovjekovu krhkost i nepotpunu obnovljivost.

Zaključno, rubrika je započela nov trend koji može biti koristan svim liječnicima u njihovu nastojanju prema temeljnjem razumijevanju patofizioloških procesa. Čini se da je to ono što su specijalizanti, ali i kliničari - rutineri, dugo očekivali kao najrealniji teorijsko-praktični oslonac za razumijevanje i rješavanje kliničkih problema. U ovome je pristupu osiguran put prema izravnoj referentnoj etiopatogenezi temeljem prepoznavanja dominantnih disfunkcija u bolesnika.

Činjenica da se već dio ovih materijala koristi u dodiplomskom studiju medicine upućuje na to da će novi naraštaji liječnika ulaziti u praksu spremniji i oboružani ovom novom metodologijom i načinom promišljanja etiopatogeneze bolesti. S druge pak strane, predlošci u rubrici, s pridodanim rješenjima, čine dobru osnovu za samoedukaciju i samoprovjeru, te je stoga pogodna za trajnu edukaciju liječnika.

.....



Pojedini primjeri račlambe i resinteze etiopatogeneze s pripadnim rješenjima preuzimaju se za potrebe ove rubrike iz Treće knjige Patofiziologije², u kojoj su sva 1165 stanja obrađena unutar 91 etiopatogenetskog čvora u skladu s prirodnim tokom bolesti.

Poremećaji hidracije i elektrolita u tijelu – II. dio.

Prof. dr. Zdenko Kovač

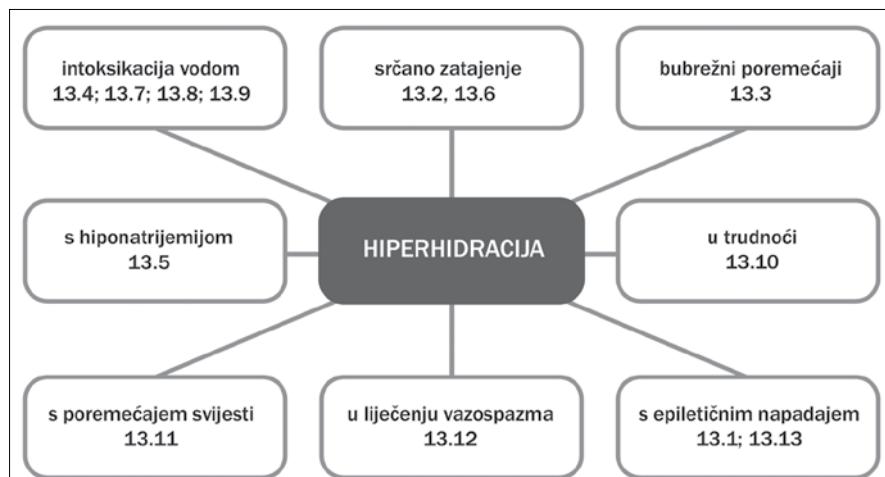
- U ovom broju nastavljamo s obradom problematike u kojoj se zahtijeva čitačovo sudjelovanje.

Donosimo dva etiopatogenetska čvora, hiperhidraciju i hiponatrijemiju, s pojednim primjerom. Rješenja zadataka II. i III. nalaze se na str 41. ovoga broja, u svrhu samoprovjere.

Etiopatogenetski čvor – hiperhidracija¹. U slici 1. prikazana je uvodna rozeta-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a nakon toga slijedi jedan primjer prikaza i razrade stanja kod bolesnika.

I. Povijest bolesti: 40-godišnja žena, inače zdrava, primljena je u hitnu službu sa simptomima jakе anksioznosti, dijaforeze, tremora, mučnine i smušenosti. Prije dvanaest sati bila je podvrgнутa rutinskom ambulantnom kirurškom zahvatu (rinoplastika) u općoj anesteziji, nakon kojeg je bila otpuštena kući.

Pet sati nakon otpusta bolesnica je osjetila jaku anksioznost, koju je privremeno obudzala s 0,5 mg alprazolama oralno (anksiolitik). Ubroz nakon toga nastupa drugi napadaj anksioznosti, jačeg intenziteta, koji ne prolazi na drugu dozu alprazolama.



Slika 1. Hiperhidracija je etiopatogenetski izravno ili posredno povezana s heterogenom skupinom bolesti ili stanja, čiji procesi i razvojni putevi uključuju nakupljanje tekućine u tijelu.

Primjer 13.4.

HIPERHIDRACIJA – s hiponatrijemijom, hiposmolalnošću plazme, mučninom, tremorom, smušenošću i strahovima pri intoksičaciji vodom²

Vježba je izrađena prema podatcima u Bhananker SM, i sur. Water intoxication and symptomatic hyponatremia after outpatient surgery. Anesth Analg 2004;98:1294-6.

¹Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Prvi dio.* Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 257 uz suglasnost izdavača.

²Str. 262-3, isti izvor

Nakon što su se u bolesnice pojavili tremor, mučnina, profuzno znojenje i subjektivni osjećaj vrućice, suprug je dovodi u hitnu službu. Anamnastički se utvrdi da boluje od generaliziranog anksioznog poremećaja. Prilikom pregleda bolesnica je bila smušena i zaboravljiva, često se ponavljala, zaboravljajući odgovoriti na jednostavna pitanja. Arterijski tlak iznosio je 111/63 mm Hg (normalan raspon 100/60–139/89), srčana frekvencija 90 otkučaja u minuti (normalan raspon 60–

100), frekvencija disanja 18 udisaja u minuti (normalan raspon 12–20), a tjelesna temperatura $36,1^{\circ}\text{C}$ (normalan raspon $36,1\text{--}37,2^{\circ}\text{C}$).

Fizikalnim pregledom utvrđen je generalizirani tremor, obostrani klonus gležnjeva, dijaforeza i crvenilo lica. Konzultacija s anestesiološkom službom otkriva se da je bolesnica prije zahvata popila 4 L vode, te dodatnih 6 L u nekoliko prvih sati nakon operacije, kako bi, prema preporuci paramedicinskog stručnjaka, spriječila dehidraciju. Laboratorijske pretrage pokazale su hiponatrijemi od 120 mmol/L (normalan raspon $136\text{--}145$), hiposmolalnost plazme od 246 mOsm/kg (normalan raspon $280\text{--}300$), te osmolalnost urina od 53 mOsm/kg (normalan raspon $100\text{--}1.000$). Tomogrami glave nisu pokazivali abnormalnosti. Postavljena je dijagnoza simptomatske hiponatrijeme zbog intoksikacije vodom. Započeto je liječenje ograničavanjem unosa tekućine, uz doziranu intravensku infuziju fiziološke otopine 125 mL/h . Tijekom sljedećih 10 sati Foleyevim kateterom dobiveno je 3.700 mL urina (6 mL/kg/h). Sljedećeg jutra plazmatska koncentracija natrija dosegla je vrijednost od 140 mmol/L , osmolalnost urina bila je 227 mOsm/kg , a bolesnica se potpuno oporavila, te nije pokazivala neuroloških simptoma niti znakova.

Napomena. Anksioznost je subjektivan osjećaj tjeskobe i bezrazložnog straha, gotovo uvijek praćen somatskim simptomima zbog distonije autonomnog živčanog sustava. Alprazolam je anksiolitik iz skupine kratkodjelujućih benzodiazepina, a pokazuje i blag antidepresivni učinak. Stanja u kojima se može pojaviti intoksikacija vodom uključuju psihogenu polidipsiju, trudnoću, alkoholizam, tumorske bolesti te sindrom transuretralne resekcije prostate.

Stres, bol, mučnina i subklinički gubitak volumena stimuliraju lučenje ADH-a, te je stoga u perioperacijskom razdoblju povećana sklonost k nastanku hiponatrijeme. Teška hiponatrijema (plazmatski natrij $< 120 \text{ mmol/L}$) ima smrtnost veću od 50%, uglavnom zbog cerebralnog staničnoga edema (uz moguću hernijaciju mozga u foramen magnum) i posljedične disfunkcije SŽS-a. Zbog primarnog povećanja unosa vode (pozitivna ravnoteža vode) koje nije praćeno adekvatnim (dovoljno brzim) kompenzacijskim porastom sadržaja natrija kao osmotički aktivne čestice (nedostatno uskladištanje ravnotežnih odnosa vode i soli) razvija se hiposmolalna hiperhidracija s hiponatrijemom. Ovo stanje može dovesti do staničnog edema neurona, što uz promjene bioelektričnih svojstava kao posljedice elektrolitne neravnoteže neuron-skog mikrookružja, rezultira klinički očitim neuropsihičkim i neurovegetativnim simpto-

mima.

II. Etiopatogeneza bolesti: (iz zadanih elemenata složi etiopatogenetski algoritam procesa)

1. Povećanje količine »slobodne« vode u odnosu na ukupni tjelesni natrij
2. Normonatrijemijski i oporavak
3. »Bubrenje« neurona
4. Unos velike količine vode u kratkom razdoblju
5. Neuropsihički simptomi (anksioznost, smušenost, zaboravljivost, generalizirani tremor)
6. Ograničavanje unosa vode u organizam
7. Hiponatrijemijski
8. Premašaj sposobnosti sustava ADH-bubreg da izluči prekomjernu količinu vode

III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja:

Prema podatcima u vježbi navedi a) 7 obilježja etiologije procesa; b) 8 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 18 obilježja proširenosti i kronobioloških obilježja, te d) 10 obilježja kliničke obrade (dijagnoza, liječenje); prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-56.

Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).

Etiopatogenetski čvor – hiponatrijemijski. U slici 2. prikazana je uvodna rozeta-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a nakon toga slijedi primjer 2.11 s prikazom i razradom stanja kod bolesnika.

Primjer 2.11.

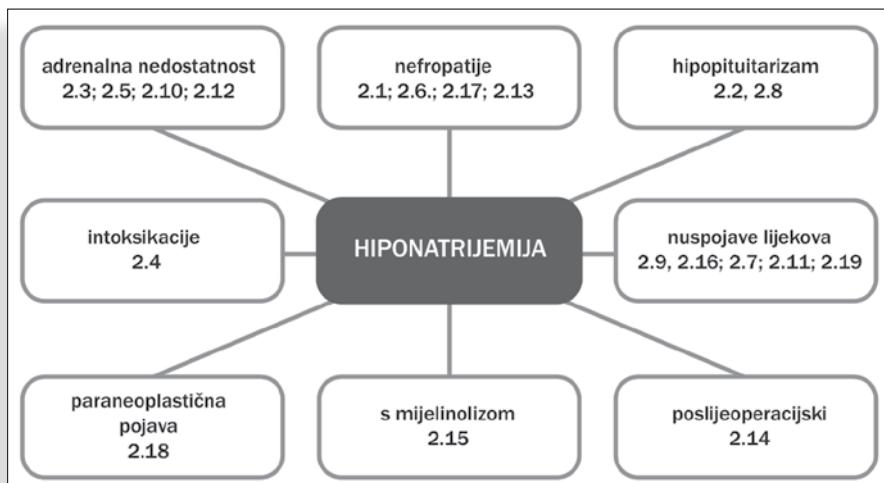
HIPONATRIJEMIJA – s poremećajima svijesti zbog bubrežne hipernatriurijske nuspojave liječenja raka jednjaka cisplatinom⁴

Vježba je izrađena prema podatcima u Cao L, i sur. Renal salt-wasting syndrome in a patient with cisplatin-induced hyponatremia. Am J Clin Oncol 2002;25:344-6.

³ Iz knjige Z Kovač i sur. Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Prvi dio. Medicinska naklada Zagreb 2013., str.15 uz suglasnost izdavača.

⁴ Str. 30-1, isti izvor.

I. Povijest bolesti: 48-godišnji muškarac s dijagnozom karcinoma pločastih stanica jednjaka, stadij III (stadij III označuje zahvaćen pun promjer s lokalnim širenjem bez nodusa ili djelomično s nodusima, još resekabilan, bez M1), primljen je u bolnicu radi prvog ciklusa kemoterapije (cisplatinu prvog dana i kontinuirana infuzija 5-fluorouracila tijekom 4 dana) i istodobnog radiološkog liječenja. Pri prijemu bolesnik se nije žalio na nove tegobe, a fizikalni pregled bio je bez osobitosti. Laboratorijski nalazi pokazali su normalnu bubrežnu i jetrenu funkciju, normalne koncentracije elektrolita, leukocita i trombocita, te blagu anemiju uz hipohemoglobinemiju od 115 g/L (normalan raspon $138\text{--}175$). Prva tri dana terapije bolesnik je bez ikakvih komplikacija. Trećeg dana uvečer postao je konfuzan. Na fizikalnom pregledu bolesnik je bio afebrilan, stabilnih vitalnih parametara, bez ortostatičke hipotenzije. U internističkome statusu nije nađen uzrok poremećaja svijesti. Neurološki pregled pokazao je blagu smušenost, bez žarišnih neuroloških ispada. Tomografska snimka glave isključila je postojanje intrakranijskih lezija. Laboratorijskim pretragama utvrđeno je $10,5 \text{ '} 109/\text{L}$ leukocita (normalan raspon $3,5\text{--}10$) uz urednu diferencijalnu krvnu sliku, razina hemoglobina od 109 g/L , hematokrit $32,5\%$ (normalan raspon $41,5\text{--}53\%$), te $516 \times 10^9/\text{L}$ trombocita (normalan raspon $158\text{--}424$). Utvrđena je hiponatrijemijska (120 mmol/L , normalan raspon $137\text{--}146$), hipokloremija (84 mmol/L , normalan raspon $98\text{--}108$), i umjerena hiperbikarbonatemija (27 mmol/L , normalan raspon $18\text{--}24$), a ostali elektroliti te ureja i kreatinin bili su unutar normalnih raspona. Nadalje, utvrđena je ukupna bilirubinemija od $32,5 \text{ mmol/L}$ (normalan raspon $5,1\text{--}32,5$), koncentracije konjugiranog bilirubina od $10,3 \text{ mmol/L}$ (normalan raspon do $5,1$), hipoalbuminemija od 30 g/L (normalan raspon $40,6\text{--}51,4$), te normalne aktivnosti jetrenih enzima. Koncentracija natrija u urinu bila je 179 mmol/L (normalan raspon, ovisno o unosu $15\text{--}250$), kalija 20 mmol/L (normalan raspon, ovisno o unosu $25\text{--}120$) i klorida 101 mmol/L (normalan raspon, ovisno o unosu $20\text{--}250$). Uz infuziju 3 L fiziološke otopine na dan, te slobodan unos tekućine na usta, diureza je u bolesnika tijekom posljednja 3 dana iznosila $4,5 \text{ L}, 4,1 \text{ L}$, odnosno $4,6 \text{ L}$. Nakon izračuna ravnoteže natrija (na dan pojave hiponatrijeme bolesnik je bubregom izlučio 55 g natrija, nasuprot ukupno unesenih 30 g) postavljena je dijagnoza sindroma bubrežnoga gubitka natrija (RSWS prema engl. renal



Slika 2. Hiponatrijemijski etiopatogenetski izravno ili posredno povezani s heterogenom skupinom bolesti ili stanja.

salt-wasting syndrome). Započeta je terapija nadoknadom natrija s 40 g Na na dan peroralno, te intravenskom infuzijom fiziološke otopine 150 mL/h (nakon bolusne infuzije od 500 mL). Natrijemija se u bolesnika počinje popravljati sljedećeg dana, te doseže normalne vrijednosti 5. dana od početka liječenja, uz istodobno poboljšanje neurološkog statusa. Dnevna količina izlučenog natrija bubregom smanjila se s 55 g na 29 g nakon prvog dana liječenja, a na 13 g petog dana terapije.

Napomena. Sindrom bubrežnoga gubitka natrija uključuje hiponatrijemiju i neprimjereno veliku natriuriju, kao posljedice bubrežne disfunkcije. Cisplatina je spoj platine, citostatik širokog antitumorskog spektra, a učinak iskazuje alkilirajući DNA, RNA i bjelančevine. Nefrotoksična je, uzrokuje oštećenje bubrežnih epitelnih stanica, posljedica čega je smanjena reapsorpcija natrija u bubrežnim tubulima i suslijedni gubitak natrija mokraćom. Oštećenje je uglavnom reverzibilno, te se tubuli oporavljaju nekoliko dana nakon primjene lijeka. 5-fluorouracil je antimetabolit, analog pirimidina koji ometa sintezu DNA i RNA ugradnjom u njihove lancce.

II. Etiopatogeneza bolesti (iz zadanih elemenata složi etiopatogenetski algoritam procesa!)

1. Smanjena bubrežna reapsorpcija natrija i hipernatriurija
2. Poliurija
3. Liječenje cisplatinom
4. Hiponatrijemija
5. Neurološki simptomi (smušenost)
6. Ubrzan protok tekućine kroz tubule

7. Oštećenje bubrežnih epitelnih stanica
8. Negativna ravnoteža natrija

III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

Prema podatcima u vježbi navedi a) 12 obilježja etiologije procesa; b) 15 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 10 obilježja proširenosti i kronobioloških obilježja, te d) 14 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje); prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-56. Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve

OBLJEŽJA RAZVRSTAVANJA:

a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika

1. Biološka etiologija: 1.1 genetska; 1.2 monogenska, 1.3 poligenska, 1.4 infektivna, 1.5 bakterijska, 1.6 virusna, 1.7 plazmodijska, 1.8 infestivna, 1.9 parazitarna, 1.10 gljivična, 1.11 tkivnopresadbena, 1.12 zbog anomalija razvitička, 1.13 zbog poremećaja feto-maternih odnosa, 1.14 autoimunosna

2. Fizička etiologija: 2.1 mehanička, 2.2 traumatska, 2.3 hipoosmolalna, 2.4 hiperosmolalna, 2.5 hiperhidracijska, 2.6 hipohidracijska, 2.7 hipovolemijska, 2.8 onkotička, 2.9 opeklinska, 2.10 pregrijavanjem, 2.11 pothlađivanjem, 2.12 elektricitetna, 2.13 ultrazvučna, 2.14 vibracijska, 2.15 opstruktivna, 2.16 preopterećenjem, 2.17 hiperviskozna, 2.18 deceleracijom, 2.19 akceleracijom, 2.20

akustička, 2.21 hidrostatskim opterećenjem, 2.22 zbog smanjenja zone elastičnosti tkiva, 2.23 zbog promjena tlakova u okolišu, 2.24 zbog imobilizacije, 2.25 radijacijska,

3. Kemijska etiologija: 3.1 intoksikacijska, 3.2 hipovitaminozna, 3.3 hipervitaminozna, 3.4 korozivna, 3.5 unosom otrova biološkoga podrijetla (insekti, zrnje, gljive, morski organizmi itd.), 3.6 utjecajem ksenobiotska, 3.7 predoziranjem lijeka, 3.8 nakupljanjem endogenih metabolita, 3.9 zbog poremećaja ugljikohidrata, 3.10 zbog poremećaja bjelančevina, 3.11 zbog poremećaja lipida,

4. Etiologija prema izvoru i načinu nastanka: 4.1 endogena, 4.2 egzogena, 4.3 jatrogena, 4.4 medikamentna, 4.5 profesionalna, 4.6 pothranjivanjem, 4.7 vezano uz stil života, 4.8 pušačka, 4.9 adiktivna, 4.10 suicidalna, 4.11 nesretnim slučajem, 4.12 zbog manjka osnovnih metaboličkih tvari, 4.13 zbog manjka specifičnih metaboličkih tvari, 4.14 kongenitalna, 4.15 spontana, 4.16 eksplozivna, 4.17 inducirana, 4.18 zloraba unosa alkohola

b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti

5. Obilježja patogenetske naravi procesa: 5.1 upalna, 5.2 neoplastička, 5.3 ishemija, 5.4 metabolička, 5.5 autoimunosna, 5.6 imunonedostatna, 5.7 aloreaktivna, 5.8 atopijska, 5.9 alergijska, 5.10 anafilaktička, 5.11 anabolička, 5.12 katabolička, 5.13 degenerativna, 5.14 dielektrolitna, 5.15 acidobazična, 5.16 hipoenergorna, 5.17 manjkom supstrata, 5.18 disenzimatska, 5.19 glikacijska, 5.20 hipoglikemijska, 5.21 hiperglykemijska, 5.22 dislipidemijska, 5.23 hipoksemija, 5.24 hipoksija, 5.25 karbonilacija, 5.26 metilacijska, 5.27 disregulacijska, 5.28 hiperenzivna, 5.29 hipotenzivna, 5.30 spastičko-paralitička, 5.31 kanalopatijska, 5.32 hipertermijska, 5.33 hipertermijska, 5.34 fibrozacijska, 5.35 maldigestijska, 5.36 malapsorpcijska, 5.37 hemoragijska, 5.38 s gubitkom proteina, 5.39 nekrotična, 5.40 apoptočna, 5.41 aterosklerotska, 5.42 aritmogena, 5.43 epileptogena, 5.44 edemska, 5.45 infiltracijska, 5.46 granulacijska, 5.47 tetanijska, 5.48 acidotična, 5.49 alkalotična, 5.50 amiloidozna, 5.51 poremećaj poravka DNA, 5.52 translacijski poremećaj, 5.53 ekscitotoksičnost, 5.54 poremećaj oksifornosti, 5.55 koagulopatijska, 5.56 mitohondrijska disfunkcija, 5.57 lizosomska disfunkcija, 5.58 membranska disfunkcija, 5.59 proliferacijska, 5.60 poremećaj endoplazmatske mrežice, 5.61 urušajna, 5.62

akutno-stresna, 5.63 kronično-stresna, 5.64 kompartmentalizacijska, 5.65 septička, 5.66 hipertrofija, 5.67 tamponadna 5.68 hipo-proteinemična, 5.69 kaheksijška, 5.70 hemolitička, 5.71 hipermetabolička, 5.72 hipometabolička, 5.73 s disfunkcijom receptora, 5.74 neoangiogenetska, 5.75 tezaurizmozna, 5.76 s usporenim katabolizmom vlastitih molekula, 5.77 trombogenetska, 5.78 hipercitokinemija, 5.79 tkivnopreasadbena reakcija, 5.80 mlohavo-paralitička, 5.81 asfiksijška, 5.82 hiperventilacijska, 5.83 hipoventilacijska, 5.84 hiperkapnijska, 5.85 hipokapnijska, 5.86 embolijska

6. Obilježja prema toku bolesti: 6.1 nepovratna, 6.2 povratna, 6.3 progresivna, 6.4 remisijska, 6.5 akutna, 6.6 subakutna, 6.7 kronična, 6.8 fulminantna, 6.9 primarna, 6.10 sekundarna, 6.11 n-ta patogeneza, 6.12 sup-klinički

7. Obilježja prema stupnju disfunkcije i ishodu stanja: 7.1 kompenzirana, 7.2 de-kompenzirana, 7.3 prikriveno- nedostatna, 7.4 očitovano-nedostatna, 7.5 hiperreaktivnost, 7.6 hiporeaktivnost, 7.7 afunkcionalnost, 7.8 moribundna, 7.9 terminalna, 7.10 stanje s potrebom hitnog liječenja, 7.11 stanje s potrebom liječenja u jedinici pojačane skrbi, 7.12 stanje s elektivnim liječenjem, 7.13 vegetacijsko stanje, 7.14 smrtonosna, 7.15 vitalna ugroženost

c) **Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika**

8. Obilježja prema proširenosti procesa u organima, tkivima, prostorima i tjelesnim tekućinama: 8.1 kožni, 8.2 koštani, 8.3 zglobni,

8.4 moždani, 8.5 žilni, 8.6 venski, 8.7 arterijski, 8.8 intersticijski, 8.9 unutarstanični, 8.10 plućni, 8.11 bronhalni, 8.12 dijaphragmalni, 8.13 neuralni, 8.14 crijevni, 8.15, jetreni, 8.16 žučni, 8.17 gušterični, 8.18 mišićni, 8.19 srčani, 8.20 epitelnii, 8.21 krvni, 8.22 limfni, 8.23 cerebrospinalni, 8.24 zahvaćanje dojki, 8.25 zahvaćanje maternice i rodnice, 8.26 zahvaćanje sjemenika i penisa, 8.27 abdominalna, 8.28 bubrežna, 8.29 zahvaćanje mokraćnih puteva, 8.30 izvanstanični 8.31 ascitični, 8.32 monoorganski, 8.33 višeorganski, 8.34 pleuralni, 8.35 s integralnim zahvaćanjem pojedinih dijelova tijela (stopalo, noga, ruka, oko, uho, grlo, nos, vrat, medijastinum itd.), 8.36 perikardijalni, 8.37 trahealni, 8.38 kapilarni, 8.39 prostatični

9. Obilježja prema zahvaćenosti putanstva: 9.1 epidemisika, 9.2 zarazna, 9.3 pandemisika, 9.4 endemisika, 9.5 obiteljski

10. Obilježja prema zahvaćenosti funkcijiskih sustava: 10.1 hemodinamski, 10.2 respiracijski, 10.3 termoregulacijski, 10.4 endokrini, 10.5 neurovegetativni, 10.6 obrambeni 10.7 bubrežno-mokračni, 10.8 krvotvorni, 10.9 lokomotorni, 10.10 genitalno-reproducivni, 10.11 koštano-vezivni, 10.12 poremećaj perifernog senzorijskog živčevlja, 10.13 poremećaj perifernog motoričkog živčevlja, 10.14 poremećaj središnjeg živčanoga sustava 10.15 probavni

11. Kronobiološka obilježja bolesnika: 11.1 embrionalna, 11.2 fetalna, 11.3 novorođenačka, 11.4 razvojna, 11.5 dječja, 11.6 adolescentna, 11.7 trudnička, 11.8 reproduktivna, 11.9 postmenopauzna, 11.10 zrelobodna, 11.11 gerijatrijska, 11.12 poremećaj oplodnje

d) **Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja**

12. Obilježja dijagnostičkih i terapijskih postupaka: 12.1 anamnistička, 12.2 fizičkalnim-pregledom, 12.3 laboratorijska, 12.4 slijekovno-dijagnostička, 12.5 primjenom dinamičkih testova, 12.6 endoskopska, 12.7 stereotaktička, 12.8 ultrazvučna, 12.9 radionuklidna, 12.10 molekularna, 12.11 patohistološka, 12.12 patoanatomska, 12.13 citološka, 12.14 genetičkom analizom, 12.15 simptomatska, 12.16 kauzalna, 12.17 kurativna, 12.18 paljativna, 12.19 konzervativna, 12.20 medikamentna, 12.21 operativna, 12.22 citostatska, 12.23 antibiotska, 12.24 imunosupresivna, 12.25 supstitucijska, 12.26 diuretička, 12.27 kardiotonična, 12.28 funkcionalno-radiološka, 12.29 invazivna, 12.30 punkcijska, 12.31 pre-sađivanjem tkiva, 12.32 obdukcjska, 12.33 anestezija, 12.34 transfuzijska, 12.35 nadoknada tekućina, 12.36 hipopolipemična, 12.37 imunostimulacijska, 12.38 antihipertenzivna, 12.39 antiepileptička, 12.40 antidepresivna, 12.41 simpatomimetička, 12.42 simpatikolitička, 12.43 parasympatikomimetička, 12.44 parasympatikolitička 12.45 antiemetička, 12.46 radioterapijska, 12.47 antipiretička, 12.48 protuupalna, 12.49 s eufeničkom prehranom, 12.50 hemodializom, 12.51 peritonejskom dijalizom, 12.52 plazmaferezom, 12.53 liječenje biološkim pripravcima (humanizirana protutijela, rekombinantni proteini itd.), 12.54 desenzibilizacijska, 12.55 antikoagulacijsko liječenje, 12.56 umjetnom ventilacijom

.....

•
Obavještavamo čitatelje
da Liječničke novine
ne izlaze u mjesecu kolovozu.

Idući broj izlazi 15. rujna.

Ugodno ljeto svim našim čitateljima!

Uredništvo



Znanstvena djelatnost Akademije medicinskih znanosti Hrvatske

Prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić, predsjednica AMZH

- Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (Academia scientiarum medicarum croatica; AMZH) vrhunска је уstanova medicinskih znanosti u Hrvatskoj i promicatelj nacionalnog doprinosa svjetskoj medicinskoj znanosti. Razvitak medicinske znanosti u Hrvatskoj bio је cilј i svrha uspješnog rada AMZH-a tijekom prošlih 53 godina svojeg postojanja.

U prošlosti se AMZH prilagođavala naglom razvoju medicinske znanosti pa od 1994. godine djeluje u 8 znanstvenih kolegija:

Kolegij internističkih znanosti
Kolegij kirurških znanosti
Kolegij temeljnih medicinskih znanosti
Kolegij psihijatrijske znanosti
Kolegij javnog zdravstva
Kolegij stomatoloških znanosti
Kolegij veterinarske medicine
Kolegij farmaceutskih znanosti i AMZH Podružnica Rijeka

Velik dio rada odvija se preko njihovih odbora. To su:

Odbor za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike u RH
Odbor za E-zdravlje
Odbor za zdravstveni turizam i lječilišnu medicinu
Odbor za prometnu medicinu
Odbor za prehranu
Odbor za medicinsku antropologiju
Odbor za medicinu rada i sporta
Odbor za racionalnu primjenu lijekova
Odbor za smanjenje unosa soli u organizam
Odbor za kliničku epidemiologiju i medicinu utemeljenu na dokazima
Odbor za apoptozu
Odbor za tkivno bankarstvo.

Neki su njezini odbori osobito aktivni. Primjerice, Odbor za apoptozu od 1996. organizira svake godine znanstveni skup pod nazivom „Apoptoza -programirana smrt stanica“. Odbor za telemedicinu preimenovan je 2010. u Odbor za e-zdravlje i izradio je Deklaraciju o e-zdravlju kao strateški dokument za budući razvitak toga vrlo važnog područja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.

Deklaraciju je usvojio i Kolegij javnog zdravstva 2009. kada je obilježen svjetski Tjedan soli, kojim je simbolično obilježen početak aktivnosti hrvatske inicijative za smanjenje unosa soli – CRASH (Croatian Action on Salt and Health) koja okuplja niz stručnih društava i građanskih organizacija, a dio je međunarodne inicijative WASH (World Action on Salt and Health).

Akademija je u zadnje vrijeme bila nositelj triju velikih znanstvenih projekata: Smanjenje unosa soli u organizam, Praćenje rezistencije bakterija na antibiotike (financira Ministarstvo zdravlja) i Maligni epidermalni kožni tumori u Hrvatskoj (financira Ministarstvo znanosti). Stalni podupiratelj AMZH-a je tvrtka Belupo d.d.

AMZH je treća po starosti medicinska akademija u svijetu i istaknuti je član IAMP-a (International Academy Medical Panel), u kojem vrlo aktivno sudjeluje.

Predsjednica Akademije organizirala je međunarodni kongres „Update in Dermatologic Drug Therapy“ na engleskom jeziku i tom je prigodom predstavljena i knjiga „Update in Dermatologic Drug Therapy“ s 40 poglavljima.

Akademija ima velik potencijal za znanstveni rad u budućnosti koji, međutim, do sada nije bio odgovarajuće financiran.

Akademiju u ovom času čini 400 članova: 287 redovitih, 49 suradnih, 44 počasnih članova stranih državljana, 6 počasnih članova državljana RH i 14 dopisnih članova. Senat Akademije najviše je savjetodavno tijelo, koje broji 30 osobito zaslужnih redovitih članova.

Članom Akademije mogu postati liječnici i drugi djelatnici na području medicine i zdravstvene zaštite koji su značajno unaprijedili medicinsku struku i znanost. Članovi mogu biti redoviti, suradni, dopisni i počasni. Oni se biraju na Izbornoj skupštini Akademije na temelju natječaja u izbornom postupku prema znanstvenim kriterijima.

Nagrade Akademije „Ante Šercer“ i „Borislav Nakić“ dodjeljuju se od 1993. godine za najbolje znanstvene radove objavljene u prethodnoj godini.

Naročito zaslужnim članovima Akademije dodjeljuje se počasni naslov laureata na posebnoj godišnjoj svečanosti – Dies Academicus.

Zajedno sa svojim članovima Akademija je dosad izdala preko 150 knjiga, a osim toga redovito izdaje:

- „Ljetopis“ – godišnji izvještaj o svom radu
- „Acta Medica Croatica“
- časopis na hrvatskom jeziku
- „Socijalna psihijatrija“ – časopis
- „Croatian Medical Journal“
- „Rezistencija bakterija na antibiotike u RH – godišnje izvješće“ – službeno izdanje

Članovi AMZH-a djeluju i u okviru Razreda za medicinske znanosti HAZU-a, Razreda za prirodne znanosti HAZU-a, Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore.

Članovi AMZH su i autori i koautori brojnih udžbenika i monografija tiskanih u njihovim matičnim ustanovama.

Akademija je organiziranjem i provedbom brojnih simpozija, znanstvenih sastanaka, kongresa, tribina, poslijediplomskih tečajeva, škola, radionica, seminar, konferencija i brojnih drugih sastanaka i skupova dokazala svoj doprinos medicinskoj znanosti. Bila je pokrovitelj brojnih znanstvenih skupova i kongresa.

Do kraja ove godine održati će se u organizaciji AMZH-a ove priredbe:

- Tribina 30. rujna**
Predavač je Akademik Željko Reiner s temom „O čemu govore Europske smjernice o prevenciji kardiovaskularnih bolesti?“

- Tribina 28. listopada**
Predavač je prof. dr. Vladimir Andročec s temom „Medicina i tehnička“

- Ssimpozij 24. studenoga**
Interakcija lijekova i polipragmazija, organizator AMZH, prof. dr. Josip Čulig

- Tribina 25. studenoga**
Predavač je prof. dr. Nada Božina s temom „Kako predvidjeti nuspojave lijekova i uloga farmakogenomike“

- 10. prosinca**
Dies Academicus s dodjelom diploma novo izabranim članovima, počasnom članu te dobitnicima nagrada „Ante Šercer“ i „Borislav Nakić“



Višak fruktoze – otrov!

Prim. dr. sc. Branimir Modrić, kardiolog, Zagreb



• Antropolozi tvrde da je više od 150.000 ljudskih generacija živjelo bez jednostavnih šećera u prehrani. Posljednjih šest generacija doživjelo je drastičnu promjenu: u prehrani se javio golem višak šećera. Od prehrane siromašne šećerima došlo se do prehrane s pretjeranim količinama šećera - kolači, bomboni, sladoled, sokovi, umaci, slatka gazirana pića, različiti slatkiši i brojni drugi slatki proizvodi. Posljedice ove promjene više su nego očite.

Kardiovaskularne bolesti su i nadalje ubojica broj jedan. Živimo u epidemiji razvoja srčanih bolesti, adipoznosti, arterijske hipertenzije, metaboličkog sindroma, šećerne bolesti tipa 2 i bolesti bubrega. Dodamo li ovom popisu porast nealkoholne masne infiltracije jetre, postaje jasno da se nalazimo u zdravstvenoj krizi velikih dimenzija. Epidemija adipoznosti

U SAD-u je 1890. godine među brijelim muškarcima bilo 3-4% adipoznih, godi-

ne 2010. je 33% stanovnika Sjeverne Amerike adipozno, a dodatnih 33% ima prekomernu tjelesnu težinu. Godine 1900. bilo je manje od tri slučaja šećerne bolesti na 100.000 stanovnika SAD-a a 2008. je porasta na gotovo 8000 na 100.000 stanovnika. Hrvatska također zauzima vrlo visoko mjesto po zastupljenosti adipoznosti u Europi. Adipoznost je svjetski trend koji prijeti. Porast njene učestalosti posljednjih 30 godina pripisuje se dodatnom porastom potrošnje šećera u pićima i procesuiranoj hrani.

Debljina prijeti smrtonosnim komplikacijama kao što su: srčane, žilne i bubrežne bolesti, šećerna bolest i rak. Pored toga debljina kompromitira kvalitetu života emocionalnim stresom koji takva osoba svakodnevno doživljava. Promjene u našoj prehrani upućuju na sve veću upotrebu fruktoze kao prijetećeg čimbenika razvoja gore spomenutih bolesti. Premda je fruktoza prirodan produkt, čovječanstvo nekoć nije konzumi-

ralo više od 15 g fruktoze dnevno, većinom iz voća i povrća, dok je današnja potrošnja u Americi dosegla oko 100 grama, dakle skoro sedam puta više.

Izobilje je šećera u bezalkoholnim gaziranim pićima, voćnim sokovima i sportskim pićima a sakriveno je i u prerađenoj hrani: kolačima, sladoledu, umacima, sirnim namazima, kečapu. Danas smo svjesni da adipoznost u djetinjstvu ima karakter epidemije. Do nedavno je u djece rijetko dijagnosticirana arterijska hipertenzija, a i kada je dijagnosticirana bila je obično u vezi s nekim tumorom ili vaskularnom bolesti bubrega. Istraživanje u djece 2004. pokazalo je arterijsku hipertenziju četiri puta veću od predviđanja (4,5 % djece). Među djecom s prekomernom tjelesnom težinom bilo je 10 % one s hipertenzijom. Danas se okrivljuje adipoznost za 50% slučajeva hipertenzije u adolescenata.

Glukoza i fruktoza su monosaharidi, jednostavni šećeri. Glukoza je grožđani i krvni šećer, obilno prisutan u voću i medu te u ljudskoj krvi i tkivima. Naziva se i dekstroza (lat. dexter je desni) jer skreće ravnnu polariziranu svjetlosti udesno. U prehrambenoj industriji obično se upotrebljava izraz dekstroza. Fruktoza (od lat. fructus - plod) voćni je šećer.

Nalazi se u mnogo voća i povrća, a u medu je podjednak omjer glukoze i fruktoze. Za razliku od glukoze fruktoza je mnogo slatka i lakše se topi u vodi, što joj daje prednost u prehrambenoj industriji. Jednostavni šećeri mogu se kombinirati u kompleksniji šećer disaharoid sucrazu ili saharuzu, običan šećer koji se sastoji od jednakih količina glukoze i fruktoze. Alkoholna pića sadrže etanol koji nije šećer, ali u pivu i vinu postoji ostali šećeri. Metabolizam etanola i fruktoze je sličan i dovodi na kraju do stvaranja istog produkta - masti. Med ima oko 50% fruktoze i isto toliko glukoze, kompletno je prirođan produkt, s korisnim učincima kad se uzima u umjerenim količinama, a ima i toliko antioksidanta kao špinat. Iz lista južnoameričke biljke stevije dobiva se sladilo istog imena, koje je potpuno sigurno u prirodnom obliku.

Svi šećeri nisu isti

Svaka stanica u našem tijelu, svako živo biće na zemlji koristi glukozu za stvaranje energije. Glukoza je energija života. Atletičari s velikim utroškom energije (maratonske utrke) obilno konzumiraju ugljikohidrate prije utrke da osiguraju zalihe glikogena potrebne za takmičenje (skladišti se u jetri). Glukoza je njihov izbor goriva. U povrću i voću fruktoza je pomiješana s vitaminima, mineralima, po-

lifenolima, vlaknima i antioksidantima, što ublažuje negativan metabolički učinak fruktoze. Problem s voćnim sokovima u robnim kućama je u tome što se prodaju kao „zdravi“, a njihova vlakna i nutrijenti su odstranjeni pa su od male nutritivne vrijednosti, a fruktoza koja je ostala metabolizira se u jetri. Čaša favoriziranog soka od naranče iz trgovine, koja se servira djeci svako jutro, nije mnogo drugačija od slatke gazirane tekućine (bezvrijedna tekućina).

Fruktoza u velikom količinama opasna je jer:

- tijelo probavlja fruktozu drugačije od glukoze. Opterećenje fruktozom ide preko jetre, stvaraju se trigliceridi, faktor rizika srčanih bolesti;

- negativno utječe na signalizaciju sitosti, za razliku od glukoze. To je vjerojatno, pored ostalih čimbenika, vezano uz porast tjelesne težine;

- sve je više činjenica koje upućuju na to da prekomjerno opterećenje fruktozom izaziva inzulinsku rezistenciju i dijabetes tipa 2.

Eksplozija upotreba slatkih gaziranih pića glavni je uzrok zdravstvenih problema. Danas 55% zaslavljača koji se upotrebljavaju u industriji hrane i pića potječe iz kukuruza i predstavljaju glavni izvor kalorija slatkih gaziranih pića u formi visoko koncentriranog sirupa fruktoze iz kukuruza (HFCS). Kukuruzni sirup u 100 g sadrži 281 kcal, glukoze i fruktoze 76 g, vode 24 g i riboflavina (vit. B2) 0,019 mg, a ne sadrži masti, bjelančevine niti topiva vlakna. Proizvodnju kukuruznog sirupa izumili su Japanci 1970-ih godina.

U masovnu industrijsku upotrebu ušao je zbog državnih subvencija, jeftinije i veće slatkoće od glukoze za oko 20%. Treba istaknuti da glukoza i fruktoza u HFCS-u nisu zajedno povezane kao u običnom šećeru pa ih nije potrebno razbijati na sastavne dijelove. Fruktoza se zato apsorbira odmah, neposredno u jetru. Povrće i voće ima razmjerno male, „normalne“ količine fruktoze, tako da se metabolizira sasvim normalno. Problem nastaje s dodatnim šećerima u suvremenoj prehrani, čiji je volumen rastao ubrzano u recentnim dekadama.

Odgovornost za zdravstvene posljedice usmjerena je na kukuruzni sirup s visokim sadržajem fruktoze (HFCS) koji se sastoji od 55% fruktoze i 45% glukoze. Sadržaj fruktoze u takvom sirupu može iznositi i do 80%. Saharoza (običan šećer) sadrži jednaku količinu fruktoze i glukoze. Zbog jeftinije kukuruznog sirupa njegova je upotreba univerzalna, nalazi se u golemom broju prehrabnenih proizvoda koje svakodnevno jedemo. Fruktoza se metabolizira na isti na-

čin bez obzira potječe li iz kukuruznog sirupa, šećera iz trske, repe, jagoda, luka ili krumpira. Samo količina čini razliku. Npr. šalica usitnjene rajčice ima 2,5 g fruktoze, manja limenka gaziranog pića 23 g a veća limenka gaziranog pića 63 g. Neke limenke gaziranih pića sadrže do 100 g šećera, a obrok „tople čokolade“ 80 grama šećera i 7 g masti te ima ukupno 540 kcal. Gotovo sva pakirana hrana sadrži u nekom obliku dodatan šećer. Voćni sokovi često se smatraju zdravima, osobito za djecu, ali sadrže velike količine fruktoze bez ostalih nutrijenata. Prema američkom Odjelu za agrokulturu, prosječna je osobna potrošnja 156 funti dodatnog šećera na godinu.

žila i povišenja krvnog tlaka. Povišena količina urične kiseline izaziva i blagu kroničnu upalu.

Kronična upala, povišen triglicerid, promjene endotela i porast tlaka pogoduju razvoju bolesti krvnih žila i srca te moždanom udaru. Ubrzavaju proces starenja procesom glikolizacije, pri čemu se spajaju šećer i protein, a to mijenja strukturu arterija; one postaju tvrde, koža dobiva bore, a zglobovi postaju ukočeni. Fruktoza neadekvatno stimulira inzulin, pa ne suprimira grelin (hormon gladi) i ne stimulira leptin (hormon satišćenosti), što ima za posljedicu prejedanje i razvoj rezistencije na insulin.



Fruktoza je otrov!

Endokrinolog s kalifornijskog univerziteta **Robert Lustig** pionir je u proučavanju metabolizma šećera. Tjelesna stanica koristi glukozu neposredno nakon probave, a samo 20% se prerađuje u jetri. Nakon konzumiranja fruktoze njena se ukupna količina prerađuje u jetri. Stvaraju se trigliceridi koji se ugrađuju u masna tkiva bedara, stražnjice i trbuha, a pored toga oni su rizik za razvoj kardiovaskularnih bolesti. Fruktoza je otrov koji treba izbjegavati u dodatnim količinama. Konzumiranje fruktoze gore je od konzumiranja masti jer ona podiže razinu urične kiseline u krvi koja snižava razinu dušikovog oksida (prirodan vazodilatator, širi krvne žile) i podiže razinu angiotenzina (suzuje krvne žile), što dovodi do kontrakcije glatkih stanica krvnih

Fruktoza izaziva klasičan metabolički sindrom: adipoznost, pretežno trbušnu (oblik jabuke), porast triglicerida i šećera u krvi te porast krvnog tlaka. Metabolizam fruktoze vrlo je sličan metabolizmu etilnog alkohola, s brojnim toksičkim učincima, uključujući nealkoholnu masnu infiltraciju jetre.

Američko kardiološko društvo preporuča da žene ne konzumiraju više od 100 kcal. šećera na dan iz bilo kojeg izvora, a muškarci ne više od 150 kcal. To iznosi 6 čajnih žličica dodatnog šećera za žene i 9 čajnih žličica za muškarce. Samo jedna konzerva gaziranog bezalkoholnog pića na dan povećava rizik od dijabetesa za 22% prema istraživanju provedenom u osam europskih zemalja, koje je obuhvatilo 30.000 ljudi. Količinu ovih pića treba ograničiti zaključio je voditelj istraživačkog tima prof. **Nick Wareham** iz Londona.

skog Imperial koledža. Konzumiranje dodatne fruktoze već i u kraćem vremenskom roku pokazuje negativne učinke. U studiji Coxa CL i sur. 2012. godine, s kalifornijskog sveučilišta, dokazano je da konzumiranje fruktoze, ali ne glukoze, u zaslđenim pićima već za samo 10 tjedana značajno povisuje razinu cirkulirajuće koncentracije urične kiseline (P manje od 0,0001), retinol vezanog proteina-4 (RBP-4, P = 0,012) i aktivnosti gama glutamil transferaze (GGT, P = 0,04) u onih s prekomjernom tjeslesnom težinom ili debelih. Retinol binding protein 4 (RBP-4) proizvode adipociti. Opisan je kao citokin (signalna supstanca) koji izaziva rezistenciju za inzulin, glavni čimbenik većine negativnih metaboličkih učinaka.

Fruktoza - čimbenik broj jedan epidemije debljine u svijetu!

Ranije nije bila prepoznata veza između prekomjerne potrošnje šećera i visoke razine urične kiseline u krvi, a danas postoji na tisuće članaka koji dokazuju tu vezu i vezu sa srčanim bolestima, arterijskom hipertenzijom, moždanim udarom, bubrežnim bolestima itd. Brojna istraživanja su potvrdila da je visoka razina urične kiseline čimbenik rizika povišenog krvnog tlaka, čak i u ljudi koji izgledaju potpuno zdravi. Razina urične kiseline u krvi iznosila je Americi početkom 20. stoljeća 3-5 ml/dl, a danas je porasla na 6 do 6,5 ml/ml ili više. Već je rečeno da je urična kiselina produkt raspada stanica. Fruktoza izaziva manjak ATP-a, energetske valute, pa nastupa smrt stanica. Nakon smrti stanica DNA i RNA degradira u supstancu koja se naziva purin, a daljnjom razgradnjom nastaje urična kiselina. Možemo jednostavnije reći da nakon konzumiranja obilnih količina fruktoze stanice gladuju za energijom i ulaze u stanje šoka, upravo kao da su izgubile snabdijevanje krvlju.

Utjecaj na mozak

Prema podacima američkog Odjela za agrikulturu prosječan Amerikanac troši 156 funti (1 funta oko 0,45 kg) dodatnog šećera na godinu. Teško je i povjerovati u toliku potrošnju. Mi ne prepoznajemo toliku potrošnju jer se šećer nalaz svugdje u našoj prehrani. Američki Centar za kontrolu bolesti procjenjuje potrošnju od 27,5 čajnih žličica šećera po glavi stanovnika dnevno, što odgovara količini od 440 kcal, blizu jedne četvrtine ukupnog unosa od 2000 kcal dnevne potrebe odraslog muškarca. Ključna riječ u ovoj tvrdnji je dodatni šećer. Dok zdrava hrana

sadrži zнатне količine prirodnog šećera iz povrća, voća i žitarica, problem je što kronično konzumiramo mnogo više dodatnog šećera iz industrijske hrane. Kronično konzumiranje industrijske hrane stvara višak fruktoze u prehrani. Mozak treba šećer za svakodnevnu funkciju a moždane stanice trebaju dvostruku količinu energije nego ostale, po prilici oko 10% od ukupnih naših potreba. Mozak ima samo 2% ukupne tjelesne težine a troši jednu polovinu energije šećera u tijelu, ali je dodatan šećer neprijatelj mozga.

Istraživači su pokazali da dijeta s dodatnim količinama šećera smanjuje u mozgu produkciju BDNF-a (brain-derived neurotrophic factor), ključnu tvar za razumijevanje događaja kad dodatan šećer ugrozi mozak. BDNF je čimbenik odgovoran za razvoj novog moždanog tkiva. Nedostaje li u mozgu BDNF-a, on se neće razvijati pravilno; on pomaže razvoj novih neurona i pamćenje. Tko želi rasti, učiti i imati normalnu moždanu funkciju, mora imati dovoljnu količinu BDNF-a. Istraživači su pokazali da visoko šećerna dijeta i manjak esencijalnih masnih kiselina snižava razinu BDNF-a. Odnos između BDNF-a i šećera postaje vrlo zanimljiv jer snižene količine BDNF-a dovode do rezistencije na inzulin, metaboličkog sindroma i šećerne bolesti. To znači da previsok šećer snižava BDNF, a on pogoršava kontrolu šećera u krvi te tako nastaje circulus vitiosus. Jednom kada se to dogodi, mozak i tijelo su u razornom ciklusu iz kojeg se nije moguće vratiti.

Životinje koje su imaju najbolju mogućnost pamćenja i snalaženja u rješavanju prostornih zadataka imaju najviše vrijednosti BDNF-a. Treba samo dva mjeseca visoko šećerne dijetu i dijete niske mastima za značajno sniženje BDNF-a, sposobnosti pamćenja i orientacije.

Niske vrijednosti BDNF-a povezane su također s depresijom i shizofrenijom.

Neki roditelji i učitelji povezuju hiperaktivno ponašanje s pretjeranom upotrebom slatkisa. U stvari, postoje mnogobrojni razlozi za pretjeranu dječju aktivnost, loše ponašanje i loše učenje, no do danas znanstveno još nije potvrđeno da je tome uzrok šećer.

Lista negativnih učinaka dodatne potrošnje šećera golema je u medicinskim i znanstvenim publikacijama, tako da su u ovom članku prikazani samo najznačajniji ne-povoljni učinci šećera, posebno monosaharida fruktoze.

Preporuke

Iz svega rečenoga razabire se da je dodatna fruktoza opasna kao podmukli otrov koji treba svesti na najmanju moguću upotrebu. Preporuke kako izbjegići dodatnu potrošnju običnog šećera i, posebno, fruktoze:

- Izbjegavati upotrebu svih slatkih pića i prijeći na vodu, voćne čajeve i zeleni čaj. Pridržavati se čaja kod kuće kuhanoga jer je većina komercijalnih čajeva zaslđena kukuruznim sirupom.

- Pažljivo čitati naljepnice gotovih produkata i izbjegavati svaki proizvod koji sadrži kukuruzni sirup ili fruktozu.

- Smanjiti ukupnu potrošnju običnog šećera. On se sastoji od jednakih količina glukoze fruktoze i tako može doprinijeti neprirodno visokoj razini fruktoze. Što više, neki istraživači misle da običan šećer ima jednak metabolički učinak kao i fruktoza te da i on doprinosi adipoznosti i metaboličkom sindromu.

- Upotrebljavati prirodne neklorične zaslđivače, npr. steviju za deserte, kavu ili čaj.

.....

**literatura na zahtjev kod autora
branimir.modric@gmail.com**



Prvi Makedonski i četvrti Jadranski kongres farmakoekonomike i ishoda liječenja

Farmakoeconomika je važna za racionalno liječenje i dugoročno planiranje zdravstvene potrošnje

Tekst i slike: Andreja Šantek



Zoltan Kalo, profesor zdravstvene ekonomike na Eötvös Loránd University i predsjednik Uprave Syreon Research Institute u Budimpešti i predsjednici kongresa prof. Ljubica Suturkova i prof. dr. Dinko Vitezić

- Smisao farmakoeconomike nije samo u uštedi novca nego je smisao da se taj novac utroši na najracionalniji način, što znači da će pacijent dobiti najbolju moguću zdravstvenu skrb koja je uskladjena s našim finansijskim mogućnostima, kaže prof. dr. **Dinko Vitezić**, predsjednik Prvog Makedonskog i četvrtog Jadranskog kongresa farmakoeconomike i ishoda liječenja koji je krajem travnja održan u Ohridu. Na taj način omogućava se i odabir onih terapijskih smjernica i principa liječenja koji, osim finansijskih, podržava i etički princip liječenja bolesnika, što znači da će sve bolesti i svi bolesnici biti gledani na jednak način. Prof. Vitezić dodaje kako se za odluke koje se danas donose na području

lijekova još uvijek ne koriste sve mogućnosti koje nam stoje na raspolaganju, a vezane su s najnovijim stavovima u farmakoekonomici i ishodima liječenja jer nas, na kraju, ipak najviše zanima kakav je uspjeh liječenja bolesnika. Prof. Vitezić smatra da u ovom slučaju treba više mobilizirati državni dio uprave koji je dobro povezan i ima veliku bazu podataka, ali ih ne koristi na ispravan način ili u dovoljnoj mjeri.

„Pa iako postoji napredak, farmakoeconomiku u Hrvatskoj ne koristimo na način na koji bi je mogli koristiti, a to znači da za nove lijekove ipak krenemo korak dalje i radimo bolje farmakoekonomske analize. Name, u ovom trenutku još uvijek radimo samo

najjednostavnije analize, kao što je utjecaj nekog novog lijeka na proračun“, objašnjava prof. Vitezić. Dodaje da se zapravo čeka da Odjel za procjenu zdravstvenih tehnologija (Health Technology Assesment) pri Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu postavi zakonske okvire za primjenu farmakoekonomike i farmakoekonomske principa na osnovi kojih administracija može donositi odluke na informirani način. Drugim riječima, ovi bi principi trebali biti izuzetno važni za donošenje odluka o svakom pojedinom novom lijeku, a istovremeno se koristiti i za dugoročno planiranje.

„Jednostavnije rečeno, učinke odluka na zdravstveni sustav koje danas donesemo vidjet ćemo za četiri ili pet godina“, pojašnjava prof. Vitezić. Praćenje farmakoekonomske principa i kasnije ishoda liječenja svima je od koristi, dodaje, jer onaj tko proizvodi lijek želi da ga dobije pravi pacijent i da bude idealno liječen, onaj koji lijek plaća želi da je njegov novac potrošen na odgovarajući način, i na koncu pacijent koji je u središtu svega ima mogućnost dobiti novi lijek i bolju kvalitetu života te mogućnost da poboljša svoje zdravlje uporabom onih tehnologija pa i lijekova koji mu stoje na raspolaganju.

Jedna od tema o kojoj se raspravljalo bili su biosimiliari uz koje se još uvijek vežu brojne nepoznanice, od regulatornog aspekta (iako je EU postavila određene principi) do njihovog utjecaja i djelovanja, ali i finansijskog aspekta, tj. hoće li njihov učinak biti jednak kao i primjena generičkih lijekova u smislu pomoći zdravstvenim sustavima da mogu financirati skupe terapije.

Prof. dr. **Borut Štrukelj** s Farmaceutskog fakulteta Sveučilišta u Ljubljani kaže da se posljednjih pet godina intenzivno govorilo o biološki sličnim lijekovima, biosimilarama, koji predstavljaju verziju kopije odobrenog izvornog bioškog lijeka kojemu je istekla patentna zaštita. Međutim, za biosimilare se ne može prepostaviti da su identični referentnom proizvodu, niti se dva različita biosimilara smatraju ekvivalentnima. U principu, biosimilari su, rekao je, biološki lijekovi koji bi se mogli smatrati biogenericima, no na temelju podataka utvrđeno je da se opće načelo generičkih malih kemijskih entiteta ne može primjeniti na biosimilare.

„Imamo sličnu priču kao i kod pojave generičkih lijekova pa iako biosimiliari nisu kao klasični kemijski generici, zapravo su isti jer je smisao da se dobije lijek koji će odgovarati izvornom bioškom lijeku, ali s nižom cijenom. Tako da će s ekonomskog aspekta biosimiliari imati istu funkciju kao i generici. No, potrebno je razviti i odgovarajuće principi njihovog odobravanja. Vidjet ćemo kako

će se razvijati kompetitivnost cijene jer još nemamo dovoljno iskustava s tim, ne samo mi nego ni cijeli svijet. Jasno, s kliničkog aspekta računamo da su biosimilari apsolutno zadovoljavajući i odgovarajući za primjenu kao i biološki lijekovi", kaže prof. Vitežić. Smatra kako će biosimilari zasigurno utjecati na smanjenje cijena, ali tek će se kroz nekoliko godina vidjeti u kojem obimu, te kako će to vjerojatno biti jedna od zanimljivijih tema na idućem kongresu o farmakoekonomici.

Prof. **Gonzalo Calvo** sa Sveučilišne klinike u Barceloni rekao je da je uspostava jasnog regulatornog okvira za biosimilare doista bio ključan korak za promicanje rasta tih lijekova. Procjenjuje se da europsko biofarmaceutsko tržište iznosi oko 45 posto rashoda globalnog tržišta, a bilježi se i stalno povećanje farmaceutske potrošnje u Europi. Već dugi niz godina prisutna je veća dostupnost generičkih lijekova, rekao je prof. Calvo, što je doprinijelo boljoj kontroli ukupne zdravstvene potrošnje za lijekove pa se pretpostavlja da bi i primjena biosimilara mogla imati isti pozitivan učinak. Međutim, tržište generičkih lijekova u Europi prilično je podjeljeno, a njihovo uvođenje i utjecaj je različit od zemlje do zemlje. Primjerice, Njemačka i Velika Britanija imaju dobro razvijeno tržište generika, ali i visoke cijene lijekova općenito, dok u Španjolskoj, Italiji i Francuskoj generički lijekovi sve do nedavno nisu bili značajno zastupljeni u ukupnom tržištu lijekova.

„Postoje razlike u sustavima cijena, poticaja, promocije, pa čak i kulturnih aspekata, što rezultira i različitim slikom. Moguće je i da će upotreba biosimilara slijediti istu shemu kao i s generičkim lijekovima“, smatra prof. Calvo. No, marketing i lansiranje biosimilara zahtijeva drugačiju strategiju od generičkih lijekova (u smislu promocije, primjene, podrške pacijentima i post - marketinške aktivnosti kao što je farmakovigilancija), odnosno zahtijevaju više novaca i iskustva. No, u ovom trenutku još je prerano reći, a za to će nam vjerojatno trebati još nekoliko godina, koja će biti uloga, tj. pravo mjesto biosimilara u pojedinim terapijskim područjima.

Dr. **Tonći Buble**, savjetnik za portfelj u tvrtki Belupo, kaže kako su ovakvi kongresi dobra prilika da se Hrvatska usporedi sa zemljama u regiji, a posebice kada je u pitanju politika lijekova vezana uz određivanje cijena, stavljanje lijeka na listu, pozicioniranje na tržištu generičkih lijekova, a u novije vrijeme i biosimilara.

„Ima puno lutanja u provođenju nekih mjeri, i to ne samo kod nas već i u drugim državama, a to je najočitije u mijenjanju pravila sustava, a da se nije potpuno sagledalo i pozitivne i negativne strane prijašnjeg sustava“,

kaže dr. Buble. Kontinuitet je izuzetno važan, smatra, jer se mali broj ljudi bavi sustavom lijekova, u svakoj zemlji postoji uzak krug ljudi koji su duboko ušli u problem i stekli određena iskustva koja mogu nadograđivati. Kaže da se racionalno propisivanje lijekova u Hrvatskoj može lako riješiti na način da se primjeni sustav koji je postojao od 2006. do 2010. godine kada je postavljen pravni okvir za dva najveća područja potrošnje lijekova, lijekove na recept i skupe bolničke lijekove. U tom je razdoblju, kaže, za receptne lijekove bio uveden sustav referentnih cijena u referentnim (terapijskim) skupinama koji se sada počeo primjenjivati u Sloveniji nakon pune godina pokušaja, i koji u Makedoniji dobro funkcioniра već četvrtu godinu. Hrvatska ima dobre pravilnike, smatra dr. Buble, samo bi ih se trebalo početi pravilno primjenjivati.

„Analize potrošnje lijekova u razdoblju od 2006. do 2010. pokazale su da je to omogućilo da sustav bude medicinski i finansijski racionalan, ali je i omogućilo dolazak novih lijekova i veća prava za bolesnike. A što se tiče bolničkih lijekova, najveći problem je što ne postoji evaluacija liječenja, izgubila se stručno-medicinska podloga sustava propisana smjernicama i evaluacijom tih smjernica, tj. autorizacijom skupe terapije od strane osiguranja“, kaže dr. Buble. Dodaje kako se sustav narušio do te mjeru da se danas puno brže i jednostavnije može propisati skupi lijek druge, treće ili terminalne linije, a da nije dovoljno iskorištena mogućnost prve linije liječenja.

„Sustav temeljen na poštivanju medicinskog dijela odlučivanja – koristi za pacijenta, a u konačnici i koristi za zdravstveni sustav, a što predstavlja smisao farmakoekonomike – u ovom je trenutku poremećen. I u ovom je dijelu puno primjera koji pokazuju da se izvorni smisao posebnog fonda za skupe lijekove u Hrvatskoj, a to je dostupnost skupe

terapije bolesnicima kojima je uistinu potrebna, sve više gubi“, kaže dr. Buble.

Budući da su zdravstveni budžeti diljem svijeta ograničeni, cijena lijekova i njihovo uvrštanje na liste sve su više predmet različitih analiza, čime se povećava uloga farmakoekonomike, a što dovodi i do mijenjanja algoritama pri donošenju odluka, rekao je **Zoltan Kalo**, profesor zdravstvene ekonomike sa Eötvös Loránd University i predsjednik Uprave Syreon Research Institute u Budimpešti. Dodao je da tim više zdravstveni profesionalci i administracija moraju biti upoznati s principima farmakoekonomike, uključujući prednosti i ograničenja različitih pristupa kako bi se predvidjela zdravstvena dobrotbit, troškovna učinkovitost i utjecaj na zdravstveni proračun primjene različitih lijekova.

„U zemljama s nižim BDP-om glavno usko grlo u primjeni zdravstvene politike zasnovane na dokazima jest nedostatak educiranih zdravstvenih ekonomista, ali i nedostatak lokalnih podataka za primjenu međunarodnih ekonomskih modela. Zbog nedostatka zdravstvenih resursa, donositelji odluka vrlo često očekuju da će im primjena novih tehnologija i inovativnih lijekova donijeti uštede. S druge strane, proizvođači nastoje zadovoljiti ta očekivanja objašnjavači dobrotbiti u smislu određene količine uštedjenog novca koje proizlaze iz inovativnih tehnologija potkrepljujući ih podacima iz znanstvene literature. Nažalost, trenutno dostupni dokazi ograničeno su relevantni i primjenjivi na zemlje centralne i istočne Europe“, kaže prof. Kalo. No, dodaje, ako se političari u tim zemljama mogu osloniti na vjerodostojne argumente koji su bazirani na lokalnim dokazima, mogu dugoročno poboljšati strategiju i donošenje političkih odluka vezanih uz zdravstvene inovacije.

.....



Klinički farmakolozi s KBC-a Zagreb dr. sc. Robert Likić i prof. dr. Igor Francetić

- Cochrane knjižnica objavljuje sustavne pregledne članke koji se bave procjenom djetovornosti 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

Ima li smisla davanje željeza dobrovoljnim darivateljima krvi?

Sažetak

Nedostatak željeza može dovesti do osjećaja umora. Stoga su regulatori odredili obavezne intervale između dobrovoljnog darivanja krvi kako bi se izbjegla mogućnost manjka željeza u dobrovoljnih darivatelja krvi. Krv potencijalnih darivatelja provjerava se svaki put kad želete darovati krv kako bi se isključio manjak željeza. Darivatelji koji ne prođu taj test probira i stoga ne mogu dati krv zamole se da odgode darivanje krvi, ali mnogi od tih darivatelja se nakon toga ne vrate. Ako darivatelji krvi uzimaju tablete željeza, rizik od manjka željeza se smanjuje. Međutim, nije jasno koliki je omjer štete i koristi od uzimanja tableta željeza kod darivatelja krvi. Stoga, da bi se to utvrdilo, napravljen je Cochrane sustavni pregled i pretražena je literatura objavljena do studenoga 2013.

Pronađeno je 30 randomiziranih kontroliranih studija o davanju nadomjestaka željeza dobrovoljnim darivateljima krvi s ukupno 4704 ispitanika. Neke od tih studija nisu dovoljno dobro opisale ustroj istraživanja, a u nekim je značajan dio ispitanika ranije nãustio studiju. Kombiniranjem rezultata iz 4 istraživanja pokazalo se da oko 3% darivate-

lja krvi koji su dobili nadomjestak željeza nisu mogli dati krv kad su došli sljedeći put jer im je razina željeza i dalje bila preniska, u usporedbi s 10% darivatelja koji nisu bili primili željezo. Štoviše, 4% onih koji su dobili željezo nisu mogli dati krv nikad u budućnosti zbog niske razine željeza u usporedbi s 20% onih koji nisu primili željezo.

Međutim, 29% dobrovoljnih darivatelja krvi koji su uzeli tablete željeza imalo je nuspojave u usporedbi sa 17% onih koji su dobili placebo tablete. Kombinirani podatci iz dvije studije pokazali su da darivatelji koji primaju željezo imaju pet puta veći rizik od želučanih tegoba i promjene okusa u usporedbi s darivateljima koji ga nisu primili. Zbog pitanja pouzdanosti studija koje su do sada napravljene, kvaliteta dokaza je umjerenia i rezultati bi se mogli promijeniti ako bi se objavilo više studija na ovu temu.

Dobrovoljnim darivateljima krvi mogu koristiti tablete željeza, ali su nuspojave učestale, što znači da praksa davanja željeza svim darivateljima krvi vjerojatno ne bi bila prihvatljiva, a i nije poznato bi li davanje nadomjestaka željeza kroz dulje vrijeme uzrokovalo dodatne poteškoće. Jedinice koje prikupljaju krv dobrovoljnih darivatelja mogu razmotriti davanje nadomjestaka željeza pojedincima koji su pod rizikom od nedostatka željeza ili mogu pokušati smanjiti odbijanje darivatelja prilagodbom vremenskog razdoblja između dva darivanja krvi ili im dati specifične prehrambene savjete.

Opis intervencije

Intervencije koje obuhvaćaju davanje nadomjestaka željeza dobrovoljnim darivateljima krvi imaju za cilj povećati im zahtje željeza. Zalihe željeza reguliraju se apsorpcijom željeza tako da se tim postupcima pokušava direktno ili indirektno povećati količina željeza koja je na raspolaganju za apsorpciju. Intervencije mogu biti u obliku prehrambenih savjeta da se hranom unosi više namirnica bogatih željezom ili u obliku oralnih nadomjestaka željeza, kao što su soli željeza. Postoji niz formulacija željeza s različitim profilima učinka u različitim ljudi. Željezo je također moguće dati parenteralno (intravenski ili intramuskularno) ako se željezo loše apsorbira. Međutim, zbog niza razloga vrlo je malo vjerojatno da bi se željezo dobrovoljnim darivateljima krvi davalno parenteralno.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled?

Održavanje zdrave razine željeza u dobrovoljnih darivatelja krvi važno je za zdravstvenu službu. Uloga nadomjestaka že-

ljeza u održavanju zdravlja dobrovoljnih darivatelja krvi i njihovo mogućnosti da doniraju krv nije dobro poznata i postojeći dokazi nisu bili dosad združeni. Sustavni pregled aktualnih dokaza o učinkovitosti i sigurnosti nadomještanja željeza u dobrovoljnih darivatelja krvi ključno je za informiranje budućih istraživanja i prakse vezane za davanje željeza dobrovoljnim darivateljima krvi.

Poruke za praksu

Trenutno dostupni dokazi o nadomjescima željeza u dobrovoljnih darivatelja krvi umjerene su kvaliteti i pokazuju da takva praksa značajno smanjuje odbijanje dobrovoljnog darivanja krvi, ali i da uzrokuje nuspojave u značajnog broja ispitanika. Jedino koje provode dobrovoljno darivanje krvi trebaju odvagnuti moguće štete i koristi od nadomjestaka željeza. Moguća preporuka za takve službe jest ciljano preporučivanje uzmanja željeza određenim pojedincima koji su pod većim rizikom za manjak željeza.

Preporuke za buduća istraživanja

Iz postojećih studija učinak doze i vrste pripravka željeza na učinkovitost i učestalost nuspojava nije jasan. Ključan je problem što objavljene studije ne omogućuju nikakvu definiciju povezanosti između doze i trajanja nadomjestaka željeza i koristi ili nuspojava. Ta pitanja bi se trebala istražiti u velikim randomiziranim kontroliranim istraživanjima ili pilot studijama prije nego se razmotri davanje nadomjestaka željeza velikom broju dobrovoljnih darivatelja krvi. Potencijalne razlike u metodama za procenu biomarkera moguće biti vrlo važne kad se tumače apsolutne razlike u vrijednostima biomarkera (kao što je feritin). Dokazi o učinkovitosti prehrambenih savjeta na poboljšanje zaliha željeza vrlo su ograničeni i nema studija o učinkovitosti određenih vrsta prehrane na razinu željeza dobrovoljnih darivatelja krvi. Daljnja istraživanja u ovom području trebala bi ispitati različite intervencije da bi se njihova učinkovitost precizno utvrdila. Na koncu valja spomenuti da je vrlo malo postojećih randomiziranih kontroliranih pokusa ispitalo učinak nadomjestaka željeza na tjelesni kapacitet i kvalitetu života dobrovoljnih darivatelja krvi, što bi trebalo istražiti u budućim istraživanjima o davanju željeza toj populaciji.

Cochrane sustavni pregled

Smith GA, Fisher SA, Doree C, Di Angelantonio E, Roberts DJ. Oral or parenteral iron supplementation to reduce deferral, iron deficiency and/or anaemia in blood donors. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD009532.

Pearls

PEARLS broj 304

Nema dovoljno dokaza u prilog specifičnoj prekonceptijskoj skrbi za žene oboljele od dijabetesa

Kliničko pitanje

Koliko je učinkovita specifična prekonceptijska skrb za žene oboljele od dijabetesa, kojoj je cilj poboljšati zdravlje majke i djeteta?

Zaključak

Nema dovoljno dokaza ni za ni protiv specifičnih protokola za skrb žena oboljelih od dijabetesa prije začeća. Pretraživanjem literature pronađeno je samo jedno istraživanje u kojem su istraženi različiti oblici prekonceptijske skrbi (samostalno učenje, CD s informacijama utemeljenim na dokazima ili knjiga), a nisu istraženi različiti oblici skrbi prije začeća koji uključuju standardnu medicinsku skrb.

Ograničenja

Jedina studija koja je pronađena u literaturi zamišljena je kao studija izvodljivosti i temelj za buduća istraživanja te je stoga imala ograničen broj ispitanica i istraženih ishoda. Nije prikazan nijedan od prethodno definiranih ishoda. Prikazane su vrijednosti hemoglobina A1c kao srednja promjena od početka istraživanja.

Zašto je ovo pitanje važno za kliničku praksu?

Trenutno važeće smjernice u brojnim zemljama, uključujući Australiju, Veliku Britaniju i SAD preporučuju specifičnu skrb za žene oboljele od dijabetesa prije začeća. Trudnice s dijabetesom tipa 1 ili 2 imaju veći rizik od neželjenih ishoda u trudnoći, kao što su visok krvni tlak ili prijevremeno rođenje. Trudnoća također može ubrzati razvoj dija-

betičkih komplikacija kao što su retinopatija, nefropatija, neuropatija, ishemijska bolest srca, cerebrovaskularne bolesti i periferne vaskularne bolesti. Djeca koju rađaju majke s dijabetesom tipa 1 ili 2, koji je dijagnosticiran prije trudnoće, mogu biti veća i imaju veći rizik od novorođenačke smrti ili kongenitalnih anomalija, kao što su defekti neuralne cijevi, uključujući anencefaliju i spinu bifidu. Takva djeca također imaju dugoročno veći rizik od razvoja dijabetesa tipa 2.

Literatura

Tieu J, Middleton P and Crowther CA. Preconception care for diabetic women for improving maternal and infant health. Cochrane Reviews, 2010, Issue 12. Article No. CD007776. DOI: 10.1002/14651858.CD007776.pub2.
Sustavni pregled sadrži 1 studiju s ukupno 53 ispitanice.

Izvornik

PEARLS broj 304, 4/2011.

Autor:

Brian R McAvoy

Prevela:

Prof. dr. sc. Livia Puljak

PEARLS broj 305

Parcijalni agonisti nikotinskih receptora učinkoviti su za prestanak pušenja

Kliničko pitanje

Koliko su učinkoviti parcijalni agonisti nikotinskih receptora za prestanak pušenja?

Zaključak

Vareniklin u standardnoj dozi (1,0 mg dvaput dnevno) povećava vjerojatnost uspješnosti dugoročnog prestanka pušenja više nego dvostruko u usporedbi s pokuša-

jima prestanka pušenja bez farmakoloških sredstava. Vareniklin u smanjenoj dozi smanjuje neželjene nuspojave u prvi nekoliko tjedana terapije te i dalje učinkovita pomoć za prestanak pušenja, sa stopom uspješnosti sličnoj onoj koju postiže zamjenska terapija nikotinom i bupropion. Ograničeni dokazi pokazuju da vareniklin može smanjiti učestalost relapsa pušenja. Glavna nuspojava vareniklina bila je mučnina, ali uglavnom blaga do umjerena, koja bi se ublažila tijekom vremena.

Zašto je ovo pitanje važno za kliničku praksu?

Vareniklin je razvijen kao parcijalni agonist nikotinskih receptora i naveliko se koristi u srednjoj i istočnoj Europi za prestanak pušenja. Parcijalni agonisti nikotinskih receptora mogu pomoći ispitnicima u prestanku pušenja tako što održavaju umjerene razine dopamina, ubažavaju simptome prestanka pušenja i smanjujući užitak pušenja.

Literatura

Cahill K, Stead LF and Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Reviews, 2011, Issue 2. Article No. CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub4.
Sustavni pregled sadrži 11 studija s ukupno više od 10.300 ispitanika.

Izvornik

PEARLS broj 305, 4/2011.

Autor:

Brian R McAvoy

Prevela:

Prof. dr. sc. Livia Puljak

Ibuprofen

*Europska agencija
za lijekove započela procjenu
sigurnosti dugoročne primjene lijekova
koji sadrže visoke doze ibuprofena*



Agencija za lijekove i medicinske proizvode

Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) donosi nove informacije o sigurnosti primjene lijekova i pregled ostalih novosti iz područja farmakovigilancije

- Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC) Europske agencije za lijekove (EMA), u čijem radu aktivno sudjeluju i predstavnici HALMED-a, na sastanku u lipnju 2014. godine započelo je procjenu kardiovaskularnih rizika povezanih s primjenom lijekova koji sadrže visoke doze ibuprofena, a namijenjeni su sistemskoj primjeni. Navedena procjena kardiovaskularnih rizika ne obuhvaća primjenu ibuprofena u niskim dozama, kratkoročnu primjenu ibuprofena niti njegovu lokalnu primjenu.

Kardiovaskularni rizici ocjenjuju se za visoke doze ibuprofena (2400 mg dnevno) koje se redovito uzimaju dugo vremena. Velika većina bolesnika ibuprofen uzima u nižim dozama kraće vrijeme pa stoga nema naznaka da bi sličan kardiovaskularni rizik postojao u ovakvih bolesnika. Ibuprofen je jedan od najšire primjenjivanih lijekova za lijeчењe simptoma boli u upale, koji ima dobro poznati sigurnosni profil, osobito pri uobičajenim dozama.

Ibuprofen pripada skupini nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAID, od engl. non-steroidal anti-inflammatory drugs). Sigurnost njihove primjene, uključujući kardiovaskularne rizike, pod pomnim je nadzorom HALMED-a i EMA-e dugi niz godina.

Podaci, osobito oni iz objavljenih kliničkih ispitivanja, ukazuju na to da je kardiovaskularni rizik povezan s diklofenakom i visokim dozama ibuprofena (2400 mg) usporediv s poznatim kardiovaskularnim rizikom COX-2 inhibitora. PRAC je 2013. godine razmotrio dostupne podatke koji se odnose na

diklofenak i donio preporuke s ciljem da se ovi rizici umanje. PRAC sada razmatra podatke koji su dostupni za visoke doze ibuprofena.

Također će razmotriti dokaze o interakciji ibuprofena s niskim dozama acetilsalicilatne kiseline (koje se uzimaju radi smanjenja rizika od srčanog i moždanog udara) kako bi se odlučilo jesu li trenutne preporuke za zdravstvene radnike dostatne.

Z vrijeme trajanja procjene sigurnosti ibuprofena bolesnicima treba savjetovati da nastave uzimati svoje lijekove u skladu s preporukama navedenima u uputi o lijeku ili onako kako im je savjetovao liječnik ili ljekarник.

HALMED će i dalje pratiti sigurnost primjene ibuprofena te će o ishodu ove procjene kao i o svim novim informacijama javnost biti pravovremeno informirana.

Više o ibuprofenu

Ibuprofen je indiciran za liječeњe upale, vrućice i boli različite etiologije. Djeluje blokirajući enzim ciklooksigenazu, koja proizvodi prostaglandine, medijsatore upale i boli. Uobičajena doza za odrasle i djecu stariju od 12 godina je 200 do 400 mg, tri do četiri puta na dan, prema potrebi.

Ibuprofen je u lijekovima prisutan kao mješavina dviju molekula koje su enantiomeri (međusobni zrcalni odrazi). Deksiibuprofen, aktivni enantiomer, ponekad je dostupan zasebno te je stoga također uključen u ovaj pregled. Ibuprofen i deksibuprofen su trenutno dostupni u Europskoj uniji u više ra-

zličitih formulacija. Većina formulacija namijenjena je sustavnoj primjeni i obuhvaćena je ovom procjenom. Ibuprofen i deksibuprofen odobreni su u EU u nacionalnim postupcima te su dugi niz godina dostupni pod različitim zaštićenim nazivima. Ovi lijekovi se izdaju na recept ili bez recepta, ovisno o odobrenim indikacijama, očekivanom trajanju liječenja i veličini pakiranja.

Više o arbitražnom postupku

Procjena ibuprofena započela je 9. lipnja 2014. na zahtjev Britanske agencije za lijekove (MHRA), prema članku 31. Direktive 2001/83/EZ. Procjena je pokrenuta zbog zaobiljanja da bi visoke doze ibuprofena mogle imati kardiovaskularni rizik koji je usporediv s rizikom COX-2 inhibitora.

Procjenu provodi PRAC, koji je odgovoran za ocjenu sigurnosti primjene lijekova namijenjenih liječenju ljudi i koji će donijeti preporuke o ovom sigurnosnom pitanju. S obzirom na to da se navedene preporuke odnose na lijekove odobrene nacionalnim postupkom, one će biti upućene na usvajanje Koordinacijskoj grupi za postupak međusobnog priznavanja i decentralizirani postupak za humane lijekove (CMDh). CMDh je regulatorno tijelo koje predstavlja zemlje članice EU-a.

Po donošenju pravno obvezujuće odluke u Europskoj uniji, preporuke PRAC-a bit će uvrštene u sažetke opisa svojstava lijeka i upute o lijeku svih lijekova koji su obuhvaćeni navedenom procjenom kardiovaskularnih rizika. Preporuke mogu obuhvatiti mjeru kao što su uvođenje novih kontraindikacija i upozorenja te druge odgovarajuće mjere informiranja zdravstvenih radnika, primjerice upućivanje Pisma zdravstvenim radnicima.

Više o novim informacijama o sigurnosti primjene navedenih lijekova možete pročitati na internetskim stranicama EMA-e (www.ema.europa.eu).

Dr. sc. Viola Macolić Šarinić, dr. med., spec. kliničke farmakologije i toksikologije

.....

Uloga liječnika obiteljske medicine u probiru na kolorektalni karcinom

Hrvoje Ivezović, dr. med.,
Centar za intervencijsku gastroenterologiju, KBC Zagreb

- Liječnik obiteljske medicine glavni je izvor zdravstvenih informacija svojim osiguranicima, posebno onima starije životne dobi. Ako se do sada niste susreli s bolesnicima koji boluju od kolorektalnog karcinoma, imali ste nevjerljativu sreću, i ambicija je autora ovog teksta da vam pomogne da tako i ostane. Ipak, vjerojatnije je da ste ih u svom dosadašnjem radu imali, a autorova je namjera da se i ubuduće što rjeđe suočavate s pogubnim posljedicama ove zločudne bolesti. U tom smislu pokušat ću pojasniti njezino javnozdravstveno značenje, ukratko prikazati osnovnu poruku Nacionalnog programa ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma te, konačno, prikazati vrijednost uloge liječnika obiteljske medicine.

Zločudne su bolesti - nakon srčano-žilnih - drugi razlog smrtnosti u našoj zemlji i značajan javnozdravstveni problem. Ovo naročito vrijedi za kolorektalni karcinom (KRK) koji je drugi vodeći uzrok smrtnosti od novotvorina, nakon raka bronha i traheje u muškaraca a dojke u žena. Pojavnost KRK-a je podjednaka među muškarcima i među ženama, a prema dostupnim podacima u nas je od njega 2013. godine umrlo 1138 muškaraca i 868 žena. Drugim riječima, od KRK-a svaki dan u Hrvatskoj umru tri muškarca i dvije žene. Ovome treba dodati procjenu da se godišnje dijagnosticira oko 3000 novooboljelih, od kojih je u više od polovice bolest već proširena.

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske započelo je 2007. Nacionalni pro-

gram ranog otkrivanja raka debelog crijeva (dalje u tekstu Program). Program se temelji na odrednicama Nacionalne strategije razvijanja zdravstva i sukladan je smjernicama Europske unije za osiguranje kvalitete probira i dijagnoze raka debelog crijeva iz 2010. godine.

Program je predviđen za osobe s prosječnim rizikom i bez znakova bolesti crijeva, a provodi se testiranjem uzorka stolice na nevidljivo krvarenje (eng. fecal occult blood test, FOBT). Ciljnu skupinu Programa čine osobe starosne dobi 50-74 godine. Procjenjuje se da u Hrvatskoj ima 1.400.000 osoba koje pripadaju ciljnoj skupini, i uz godišnji obuhvat od 500.000 osoba očekuje se da će ciljna populacija biti pokrivena u roku od tri godine.

Ciljevi Programa su brojni, a za potrebe ovog teksta, mogu se sažeti u dvije bitne stvari:

- otkriti rak u ranijem stadiju ili,

poželjnije, u fazi adenomatoznog polipa i ukloniti otkrivene polipe

- smanjiti smrtnost od KRK-a za 15% nakon 10-13 godina provedbe, uz ciklus pozivanja svake dvije godine.

Podloga ovog ambicioznog cilja počiva na dokazanoj činjenici da primjena FOBT-a u ranom otkrivanju raka debelog crijeva smanjuje stopu smrtnosti od 18 do 33 % tijekom 13 godina. Na koncu, što je donekle jasno i samo po sebi, adekvatno provedeni Program ima i financijske reperkusije na skupocjeno liječenje uznapredovalih oblika bolesti.

Za ilustraciju, na nedavnom godišnjem stručnom sastanku slovenskih kolega gastroenterologa (59. srećanje Slovenske združine za gastroenterologijo i hepatologijo) iznesen je podatak o planiranoj uštedi od 4 milijuna eura godišnje a ukupno 20 milijuna Eura tijekom idućih 5 godina provedbe njihovog programa ranog otkrivanja KRK-a!

U našoj zemlji u ovaj složeni pothvat uključeni su Ministarstvo zdravstva, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, županijski zavodi za javno zdravstvo, kolonoskopske jedinice u kliničkim i županijskim bolnicama te liječnici obiteljske medicine.

Navedene ustanove uglavnom su odgovorne za tehničku i organizacijsku pripremu i provođenje Programa. Gastroenterolozi-endoskopičari su kao sastavni dio Programa odgovorni za kolonoskopije i detekciju sluzničkih novotvorina debelog crijeva.

U bolesnika s polipima pogodnih za endoskopsku resekciju, endoskopičar je zadužen za polipektomiju i temeljem prispjeća nalaza patohistološke analize određivanje plana post-polipektomijskog praćenja. Tako-

Tablica 1. Osobe u kojih je povišen rizik za nastanak KRK-a

Osobna anamneza kolorektalnog adenoma
Osobe u kojih rođak u prvom koljenu boluje ili je bolovao od (KRK-a)
Bolesnici s upalnim bolestima crijeva:
<ul style="list-style-type: none"> • ulcerozni kolitis • Crohnova bolest
Obiteljski polipozni sindromi:
<ul style="list-style-type: none"> • obiteljska adenomatozna polipoza • obiteljska juvenilna polipoza • Gardnerov sindrom • Turcotov sindrom • Peutz-Jeghersov sindrom
Nepolipozni rak debelog crijeva

đer, praćenje osoba s povиšenim rizikom za razvoj KRK-a (Tablica 1) predstavljaju stručan interes lječnika gastroenterologa.

Uspjeh Programa u velikoj mjeri ovisi o angažmanu lječnika obiteljske medicine i upravo je lječnik primarno zdravstvene zaštite glavni izvor zdravstvenih informacija, posebice za osiguranike starije životne dobi, koji predstavljaju ciljnju populaciju Programa. Ovome treba dodati da je jedna od bitnih odrednica uspjeha Programa odaziv sudionika pozivu za testiranje. Sukladno EU smjernicama ovaj bi odaziv trebao biti 45%-tan.

Nažalost, nedavno publicirani rezultati za prvi pet godina provedbe Programa u našoj sredini, upućuju na suboptimalan rezultat od 20%. Uloga je lječnika obiteljske medicine prepoznavanje i motiviranje na odaziv onih osiguranika koji su dobili poziv za testiranje a nisu se odazvali. U tijeku je izrada informatičkih rješenja koja će se moći povezati s električnim kartonom osiguranika i omogućiti lakše prepoznavanje neodazvanih.

Za osiguranike koji su se pozivu odazvali uloga je lječnika obiteljske medicine da im objasni što je kolonoskopija, kako pregled izgleda i koje su eventualne komplikacije, a slučaju patološkog nalaza, uz suradnju s lječnicima drugih specijalnosti, formuliranje daljnog dijagnostičko-terapijskog plana (post-polipektomijsko praćenje ili kirurški zahvat). Također, kompetentan lječnik obiteljske medicine znaće prepoznati osiguranikov strah od bolnosti pretrage.

Conditio sine qua non kvalitetne kolonoskopije jest adekvatna priprema bolesnika. Brojne su implikacije neadekvatne pripreme osiguranika za kolonoskopski pre-

gled. Neprikladna priprema onemoguće jasan pregled sluznice kolona koji je bitan za uspjeh pretrage (Slika 1). Također, nečista crijeva utječe na izvedbu pretrage i rizik su za prekid postupka i njegovo ponavljanje uz ponovnu pripremu bolesnika, gubitak radnog dana i financijske reperkusije.

Nedavno provedeno ispitivanje u organizaciji Endoskopske sekcije Hrvatskog gastroenterološkog društva zorno ilustrira važnost pripreme bolesnika za kolonoskopiju.

Tijekom desetodnevног praćenja, na uzorku od 1069 kolonoskopija, pretraga nije izvedena do cekuma u 285 slučajeva (27% svih kolonoskopija). Ako se izuzmu objektivni razlozi neuspjeha pretrage poput stenoze debelog crijeva (56/285 slučajeva) i elektivnog terapijskog zahvata u donjem dijelu probavne cijevi (26/285 slučajeva), tada je neprimjerena priprema bila razlog prekida pretrage u 40% slučajeva (81/203).

Priprema za kolonoskopiju (kolokvijalno nazvana „čišćenje crijeva“) sastoji se od modificirane prehrane i primjene laksativa.

Nekoliko dana prije endoskopije pacijent treba konzumirati hranu sa što manje rezidua i vlakana te uzimati puno tekućine, a dan prije pretrage uzimati samo tekućinu (voda, čaj, kompoti, sokovi).

Kada je o laksativima riječ, kvalitetan laksativ jest onaj koji ispunjava kriterije sigurnosti, tolerabilnosti i učinkovitosti.

Sigurnost se odnosi na izbor laksativa s najmanjim postotkom nuspojava (npr. elektrolitskog disbalansa ili dehidracije), tolerabilnost je pojam koji uključuje prihvatljivost i suradljivost bolesnika tijekom pripreme

(npr. trajanje čišćenja, okus pripravka, osjećaj nadutosti, mučnine i bolova u trbuhi), dok se učinkovitost pripreme veže sa samu kolonoskopiju i označava takvu pripremu koja omogućuje detekciju adenoma ili ranoga karcinoma kolona.

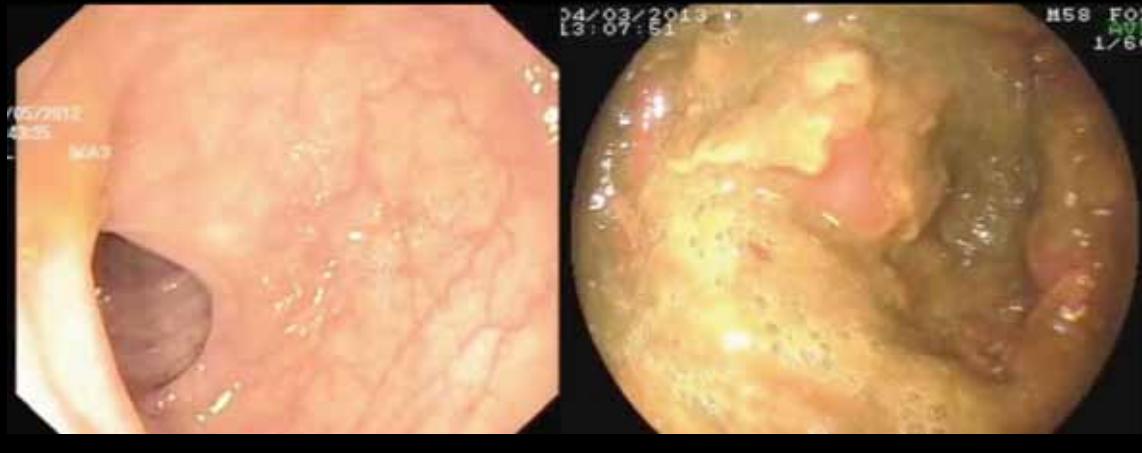
U okviru Programa početkom ove godine promijenjen je izbor laksativa za pripremu. Dosadašnji pripravci sene zamijenjeni su polietilen-glikolom (PEG) koji je zbog svoje učinkovitosti čišćenja jednako i dobrom prihvaćanju sa strane pacijenta etabliran kao standard za čišćenje crijeva. Važno je i to da primjena PEG-a smanjuje potrebu za višednevnim tekućim režimom prehrane, dovoljno je da prije pretrage uzimati tekuću hranu.

Zaključak. Kolorektalni karcinom je i dalje značajan javnozdravstveni problem a za uspjeh Programa bitan je angažman lječnika obiteljske medicine pružanjem adekvatnih zdravstvenih informacija i motiviranjem bolesnika za kolonoskopiju.

Literatura dostupna na zahtjev
(hrvoje.ivekovic@gmail.com)

.....

Slika 1. a) Dobro pripremljeno debelo crijevo za kolonoskopiju. Sluznica cijele cirkumferencije haustri je vidljiva, jasno se razabire vaskularni crtež sluznice i moguća je detekcija ležja veličine 5 mm. b) Neprikladno pripremljeno debelo crijevo. Lumen kolona ispunjen je žitkom stolicom koja prekriva preko 90% cirkumferencije haustri, pa pretraga nije moguća.



Projekt „Brod - poliklinika“

Mr. sc. Joško Kalilić, dr. med., Split

Uvod

- Projekt „BROD-POLIKLINIKA“ napisao 2001. u namjeri da predložim Ministarstvu zdravstva i HZZO-u mogućnost kako poboljšati specijalističku službu na Hrvatskim otocima.

Od oko 1200 otoka na jadranskoj obali oko 60 ih je napućeno i na njima živi oko 130.000 stanovnika.

Površina naših otoka s pripadajućim morem čini 47% površine RH što jasno govori o njihovom strateškom i gospodarskom značaju. 17% otočana je u dobi iznad 65 godina što je idikator starijeg stanovništva. Prirodni prirast stanovništva na otocima je negativan (osim na Lošinju i Krku).

Na napućenim otocima primarna zdravstvena zaštita je relativno dobro organizirana iako uz brojne poteškoće, dok stalne i organizirane specijalističke službe nema ili se nalazi kao rudimentarni ostatak iz prošlosti na ponekom otoku. Financirati edukaciju specijalista, izgradnju i suvremeno opremanje specijalističkih ambulanata te njihovo održavanje na tako velikom broju napućenih otoka finansijski i organizacijski je praktički nemoguće za lokalne samouprave, ministarstvo zdravstva i HZZO. U vrijeme kada i bolnicama na kopnu nedostaje specijalista teško je zamisliti da će bilo kakva ponuda s otoka

privući liječnika specijalistu budući da ni jedan otok nema dovoljno stanovnika ni suvremeno opremljenu ambulantu za normalan rad specijaliste a niti mu se može omogućiti stručno uzdizanje i napredak u stručnoj karijeri kao što tu priliku imaju specijalisti u bolnicama. Stoga su naši otoci osuđeni i u budućnosti ne samo na manjak nego i na potpuni nedostatak liječnika specijalista.

Budući da većina stanovnika otoka treba razne specijalističke usluge, pogotovo osobe starije dobi, HZZO mora prema zakonu o zdravstvenom osiguranju omogućiti takve usluge. One su se dijelom vršile povremenim dolaskom specijaliste na poneki otok na dan ili dva ali je nažalost prisutan veliki i stalni problem u nedostatku adekvatne suvremeno opremljene ordinacije, pa specijalista u tim uvjetima nije u mogućnosti obaviti zadovoljavajući pregled. U većini slučajeva HZZO plaća putne troškove otočanima do bolnice na kopnu da bi mogli obaviti specijalističke pregledе. Putovanje otočana u raznim vremenskim (ne)prilikama često se pretvara u neugodnu i iscrpljujuću avanturu pri čemu sigurnost pregleda i povratka na otok u istom danu nije uvek osiguran.

Sve su to razlozi koji su me naveli da osmislim projekt pod nazivom „Brod-poliklinika“ tim više što su rijetke otočke zemlje koje imaju veliki broj naseljenih otoka po-

stavljenih paralelno s kopnom kao u Hrvatskoj omogućavajući povoljne brodske veze u relativno kratkom vremenu i do najudaljenijih otoka (Grčka ima više otoka od Hrvatske ali su postavljeni daleko od kopna a i njihova međusobna udaljenost je tolika da su brodske veze vrlo nepovoljne). Budući da većina europskih zemalja nema mnogo otoka (osim Norveške) ovaj projekt je vrlo povoljan ako se uzmu u obzir zdravstveni i zemljopisno-klimatološki uvjeti Jadranske obale.

Prednosti „Broda-poliklinike“

Omogućava najpogodniji i najrationalniji način kontinuiranog pružanja ravnomerne kvalitetne specijalističke usluge na svim napućenim otocima. Dolazak „Broda-poliklinike“ imao bi nemjerljivi pozitivni psihološki učinak na otočane (moguće je organizirati dolazak broda na svaki otok jednom mjesечно).

Mogućnost znanstvenih radova o zdravstvenoj problematici otočana je značajna, jer bi se provodila računalna obrada dobivenih medicinskih podataka.

Organiziranje predavanja, savjetovanja za vrijeme boravka broda u pristaništu značajno bi pomoglo porastu zdravstvene educiranosti otočana i zdravstvenih radnika iz primarne zdravstvene zaštite koji rade na dotičnom otoku.

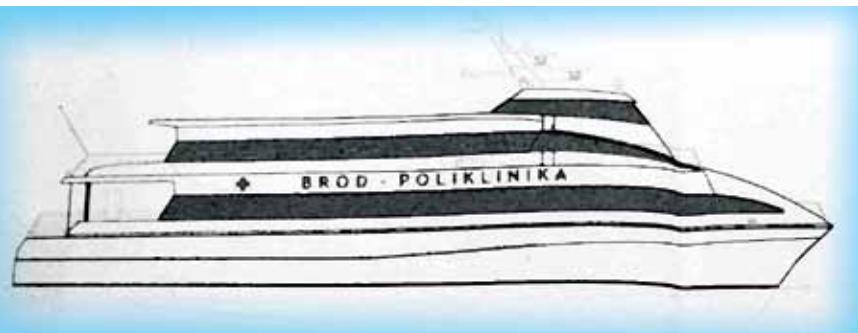
Brod bi doprinio i turističkoj ponudi otoka jer bi mnogi turisti (naročito stariji) rado koristili usluge specijalista koje bi se mogle i naplatiti. Turisti bi doprinijeli propagandi ovako povoljnog tipa zdravstvene zaštite na našim otocima, tim više, što bi „Brod-poliklinika“ bio prvi brod takve vrste u EU.

Moguće je provođenje dijela liječničke specijalizacije na brodu

Organiziranje preventivnih pregleda zdravog pučanstva je moguć i poželjan jer se tako preveniraju mnoge maligne i kronične bolesti.

U slučaju veće pomorske nesreće na moru koja bi se eventualno dogodila u relativnoj blizini, brod bi se mogao uključiti u potragu i spašavanje te pružiti stručnu pomoć unesrećenima koji bi se nakon početnog zbrinjavanja mogli prevesti do najbliže bolnice helikopterom (na gornjoj palubi broda nalazi se helidrom). Pružanjem specijalističkih usluga na otocima smanjio bi se pritisak na rad opterećenih ordinacija u bolnicama.

Državna tvrtka „Plovput“ tehnički održavala brod kao protuuslugu za povremeni prijevoz njihovih svjetioničara koji se nalaze na svim napućenim otocima.



U ljetnoj sezoni ovakav brod bi si-gurno privukao inozemne specijaliste (vjerujem i mnoge naše iz sjevernih krajeva) koji bi uz pružanje stručnih usluga doživljavali brod kao idealan način razgledavanja naših lijepih otoka što bi dodatno doprinisalo propagiranju turizma.

Tehnički podaci o „Brodu-poliklinici“

- dužina - 40 m
- širina - 10 m
- gaz - 1,5-2 m
- brzina - do 24 čvora
- specijalističke ordinacije - 10
- ordinacija za polivalentni UZ
- dvokrevetne kabine
 - za 20-ak osoba
- muški i ženski wc za bolesnike i posebni za osoblje
- čekaonica za bolesnike s prijemom i kartotekom
- kuhinja i prostorija za prehranu i odmor
- klimatizacija i ozvučenje svih radnih prostorija
- pokretna rampa ili dizalica za hendikepirane osobe
- izvor električne energije
 - bešumni agregat i/ili vanjski priključak
- mini desalinizator s kapacitetom od 2000 l vode na dan (dovoljno za potrebe osoblja i broda)
- gumeni čamac s veslima i manjim motorom te splav za automatsko napuhavanje
- brod je obojen u bijeloj boji. Plavi natpis „BROD-POLIKLINIKA“ i CRVENI KRIŽ nalaze se na bočnim stranama broda
- tehnički nadzor izgradnje broda
- obavlja Hrvatski registar brodova (HRB)
- osiguranje broda – uz veliki popust vrši Croatia osiguranje
- besplatno održavanje broda – državna tvrtka „Plovput“

Medicinsko osoblje

- **Specijalisti** - pedijatar, ginekolog, internist, kirurg, dermatolog, urolog, ortoped, okulist, otorinolaringolog, psihijatar. Timove daje po dogovorenom rasporedu svaka bolnica za otoke na svom području (Dubrovnik, Split, Šibenik, Zadar, Rijeka, Pula).

Moguće je angažirati i umirovljene specijaliste a u ljetnoj sezoni čak i inozemne specijaliste kojima bi ovaj način pružanja specijalističkih usluga sigurno bio privlačan.

- **Medicinski tehničari (iz lokalnih bolnica)** - 2-3 (medicinski tehničari na otoku mogu se prema potrebi uključiti)

- **Specijalizanti** - 1- 2

Posada broda

-zapovjednik broda
-strojovođa
-ostalu posadu (2-4) čine pripravnici iz pomorske škole, HRM i ugostiteljske škole
-čišćenje i pranje broda - obavljaju pripravnici a odjeću i posteljinu (dogovorno na otoku ili u bolnicu)

Vlasništvo broda

- Država odnosno Vlada preko resornih ministarstava (zdravstva, prometa, znanosti, turizma)
- HZZO (ima najviše koristi jer ne mora plaćati putne troškove otočanima do bolnica)

Troškovi „Broda-poliklinike“

- Izgradnja broda – oko 14.000.000 kn
- Medicinska oprema – oko 2.000.000
- Godišnji troškovi (plaće posade, osiguranje broda, registar, remont, gorivo ...) – oko 1.000.000 kn

Financiranje „Broda-poliklinike“

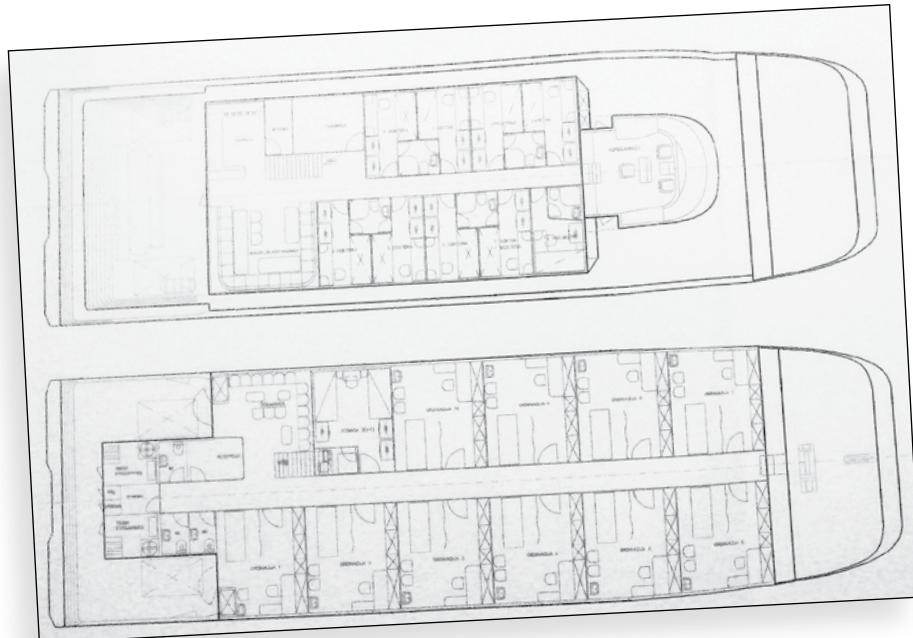
- Vlada preko resornih ministarstava
- HZZO
- Županije prema broju stanovnika (financijski doprinos detaljno razrađen)
- Otočki gradovi i općine

Zaključak

Iz navedenih podataka i činjenica razvidno da je projekt „Brod-poliklinika“ nastao kao nužna potreba da se poboljša zdravstvena zaštita stanovnika otoka i olakša pružanje specijalističkih usluga koje je na otocima nemoguće provesti jer ne postoje ni specijalisti ni opremljene ordinacije.

Projekt je tehnički i organizacijski izvediv ako se osigura njegovo financiranje što se može osigurati pravilnom raspodjelom i sudjelovanjem svih zainteresiranih kojima je upućen i službeni dopis i priložen projekt.

.....



Nitko neće u opću medicinu - ni za ljubav ni za pare

*Mnogi mladi kolege započnu
u općoj praksi ali uskoro bježe
glavom bez obzira*

- Pisati o kroničnom nedostatku kadrova u zdravstvu i njihovu odlasku u zemlje EU-a postaje već zamorno, ali o stanju u obiteljskoj medicini mislim da moramo ne samo pisati, već doslovce kričati. Ako uskoro ne bude značajnog zaokreta, za dvije-tri godine suočavat ćemo se s kolapsom primarne zdravstvene zaštite.

Primarna se medicina sustavno urušava zadnjih godina zahvaljujući prije svega ustroju cijelokupnog sustava, koji je obiteljskog liječnika svjesno stavio na marginu zbijanja, počevši od onog vremena kada deset godina nismo mogli na specijalizaciju do nasilnoga guranja u „zakupizaciju“ koja nije provedena do kraja pa smo ostali podijeljeni na dva različita svijeta, mi koncesionari i oni, domski.

Najalarmantniji je nedostatak liječnika u seoskim područjima, osobito slavonskim. S 46 godina ja sam u svojoj Virovitičko-podravskoj županiji i dalje najmlađi stalni liječnik, svi koji su poslije mene došli - dođoše, vidješe i odoše!

Ovakva fluktuacija liječnika u ambulantama loša je i za pacijente jer je vrijednost našega rada upravo u tome što smo dobro upoznali svoje pacijente, pružamo im kontinuiranu skrb, radimo i preventivu i kurativu. Zbog toga što vrlo dobro poznamo svoje pacijente često im pomažemo bez upućivanja na višu razinu, čime možemo sustavu uštendjeti ogromna sredstva.

Najjeftinije zbrinjavanje pacijenta je ono koje se odradi na razini primarne zdravstvene zaštite, ali u zadnje vrijeme mnogi mladi i sposobni kolege započnu raditi u općoj praksi ali nakon nekoliko mjeseci bježe glavom bez obzira. Tome je više razloga. Kao prvo, mladi liječnik koji počinje raditi u ambulantni doma zdravlja uglavnom

je prepušten sam sebi po onome "snađi se družel!". Ne moram ni napominjati koliko je rad u obiteljskoj medicini postao zahtjevan i kompleksan, počevši od poznavanja rada na računalu, pravnih akata i propisa HZZO-a, a ako ste usto koncesionar, morate imati i menadžerskog duha za vođenje poslovanja. Godišnji odmor je luksuz, a na bolovanje možete samo ako slomite nogu pa ne možete doći na posao.

Nadalje, mladom je liječniku s dolaskom u obiteljsku medicinu karijera završila prije nego je i počela, jer su male šanse da će ga netko poslati na specijalizaciju, budući da su ga jedva i dobili.

Uspešnost liječničke karijere mjeri se doktoratom i brojem objavljenih radova, a ne godinama crnjenja u radu s pacijentima.

Treća je stavka finansijske prirode - plaća liječnika početnika u rangu je prodavačice u nekoj parfumeriji, tako da i nekadašnje stimulacije liječnika u manjim mjestima više nema.

Kad bi vam rad u manjem mjestu kroz desetak godina omogućio barem rješavanje egzistencije možda bi se neki kolege odlučili doći. Takav primjer imamo u nekim dijelovima Kanade: pet do deset godina radiš u Aljaski, pa zbrineš finansijski sebe i obitelj na duže staze.

Sustav treba omogućiti obiteljskoj medicini, kao glavnom segmentu zdravstvene zaštite, sve moguće povlastice i privilegije. Moramo se konačno svi privatizirati, poticati udruživanje u grupnu praksu i time zaštititi male timove koji ne mogu sami opstati. Svi-ma koji to žele treba dati priliku da kroz razne dijelove glavarine mogu zaraditi u skladu s količinom obavljenog posla. Liječnik PZZ-a treba obilato finansijski stimulirati jer, ponavljaj, mi smo za državu najjeftiniji.

Treba omogućiti kolegama da zadrže koncesije nad ambulantama barem do 70. godine života. Mnogi koji su bili još itekako radno sposobni doslovce su potjerani u mirovinu sa 65 godina, a sada im kroz ambulante defiliraju mladi kolege čekajući bolničke specijalizacije.

Grupna praksa treba biti što fleksibilnija te omogućiti zapošljavanje i na pola radnog vremena (umirovljenici, liječnice s malom djecom). Mladim kolegama koji se odluče za PZZ treba omogućiti da kroz grupnu praksu dobiju specijalizaciju odmah nakon položenog stručnog ispita.

Liječnici bi se mogli rasteretili od goleme količine posla, uglavnom s kroničarima, tako da se patronažne sestre priključe grupnim praksama ili samostalnim timovima. Moglo bi pola radnog dana u ambulanti pomagale u radu s kroničarima, a zatim obići teren.

Znamo da se patronaži dodjeljuje velik novac, a nekad je upitno koliko je stvarno iskorišten jer je velik dio poslova preuzeo kućna njega, a ona ponegdje radi sve druge poslove osim onih za koje je zadužena.

Nadalje, ako sustav želi da u obiteljskoj medicini odradimo 80 % posla, onda nas u mreži treba biti mnogo više kako bismo se mogli bolje posvetiti pacijentima umjesto da protrčavaju kroz ambulantu kao na traci. Sada svega ima, i skupih lijekova i sofisticiranih pretraga, ali nema više čovjeka.

Ambulante treba tako opremiti da zadovoljavaju Pravilnik o standardu opremanja i naći novca za sufinanciranje, jer znamo da su samo pojedine ambulante, i to uglavnom koncesionara koji su ulagali svoj novac, opremljene zadovoljavajuće.

Putem medija trebalo bi popularizirati rad liječnika u obiteljskoj medicini, osobito u seoskim ambulantama, a ne samo eminentne bolničke stručnjake. Naravno, treba i toga, ali našem bi narodu bile mnogo korsnije emisije o svakidašnjim problemima, npr. kako sniziti povišenu temperaturu, postupiti kod proljeva, pružiti si samopomoć kod lakših tegoba i sl., a mislim da su za takve savjete najprimjereni obiteljski liječnici kojima je to kruh svagdašnji.

Marijana Peček Vidaković, dr. med., specijalistička ambulanata obiteljske medicine, Orahovica (mirpecek@inet.hr)



Prof. dr. Andrija Španić, liječnik-praktičar, oftalmolog i dobrov (1995 - 1946)

Ana-Marija Mušlek, Dubravko Habek

- Svega nekoliko rijetkih publikacija objavljeno je o prof. dr. **Andriji Španiću**, pokojnome liječniku rodom iz križevačkoga kraja kojega je uvijek spominjao, rado u njega svraćao iz Zagreba gdje je radio, pomagao svojim mještanima u nesreći i bolesti i konačno u njemu i sahranjen. Novije spoznaje i originalne slike iz njegova života te prakticiranja sveukupnoga liječništva posebice njegove oftalmologije, donosimo u ovome povjesnobiografskom sjećanju na prof. Španića.

Andrija Španić rođen je 7.studenioga 1895. u Velikom Ravnu kod Križevaca od oca Ivana i majke Apolonije, koji su uz Andriju imali još kćeri Katarinu i Jelenu te dva sina, Stjepana i Franju. Tipična mnogobrojna i siromašna podkalnička obitelj skrajna 19. i početka 20. stoljeća, u selu poznati pod nadimkom „Komadi“.

Obitelj se teško odlučila za školovanje Andrije, pa ga je majka željela dati i u sjemenište kako bi se školovao za svećenika, no on je želio krenuti drugim putem, prema medicini. Njegova sestra Jelena postala je časna sestra, a Andrija se ipak školovao u Gimnaziji.

Po završenoj osnovnoj školi u Velikom Ravnu, gimnaziju pohađa u Kraljevskoj donjogradskoj gimnaziji u Zagrebu, no zbog I. svjetskog rata morao je prekinuti školovanje, pa je ispit zrelosti položio 18. ožujka 1918. godine.

Za vrijeme Velikoga rata u razdoblju od 28. kolovoza 1916. do 18. prosinca 1918. godine, služio je u domobranskom pješaštvu i postigao čast „jednogodišnjeg dobrovoljca vojnika“.

Tijekom gimnazijskog školovanja i studiranja bio je više gladan nego sit, radeći usput razne poslove kako bi pomogao obitelji i sebi. Poznato je da je kao gimnazijalac, došavši kući, redovito vodio krave na pašu s mještanima, pekao krumpir i slaninu na



Španić uz mikroskop

vatri te uživao u sjećanjima svojega djetinjstva. Nerijetko je tijekom studiranja i poslije tijekom svojega slobodnoga vremena u klinici dolazio u svoje „gorice“, gdje je odmarao dušu, tijelo i sva svoja osjetila radeći u vino-gradu sve poslove zajedno s obitelji i suseljanim, koji su „gospona doktora“ uvijek trebali, ali i štovali. Živio je sa Šibenčankom Marijom

u nevjencanoj zajednici, što je njegovoj kataličkoj obitelji uvijek smetalo.

Daljnje školovanje nastavlja studijem medicine u trećoj generaciji studenata MEF-a u Zagrebu 1919./1920. Završio ga je 1924./1925. i promoviran u čast doktora sveukupnog liječništva 30. lipnja 1925.

Kao demonstrator radio je na Sveučilišnoj očnoj klinici u Zagrebu od 15. studenog 1922., a kao asistent zamjenik u istoj klinici od 15. svibnja 1923. - 30. lipnja 1925. Zatim radi kao volontер na istoj klinici do 1. prosinca 1925. Tako je usput zarađivao za život.

Španićeve ime, tada još apsolventa medicine, zapisano je u Liječničkom vjesniku među nazočnima na sastanku Neuro-psihijatrijske sekcije Zbora Liječnika 1924. Već za vrijeme studija, kako je poznato, posvetio se oftalmologiji, koja ga je pratila kroz čitavo njegovo liječničko zvanje.

Nerijetko je uz oftalmologiju radio i kao praktičan liječnik, i kako je tada bilo mnogo tuberkuloze često je pomagao svojim sumještanima u velikim zagrebačkim bolnicama. Priloženu rentgensku snimku pluća Španić je sam napravio svom bratu Franju u Centralnom rentgenološkom institutu MEF-a u Zagrebu zbog sumnje na tuberkulozu.

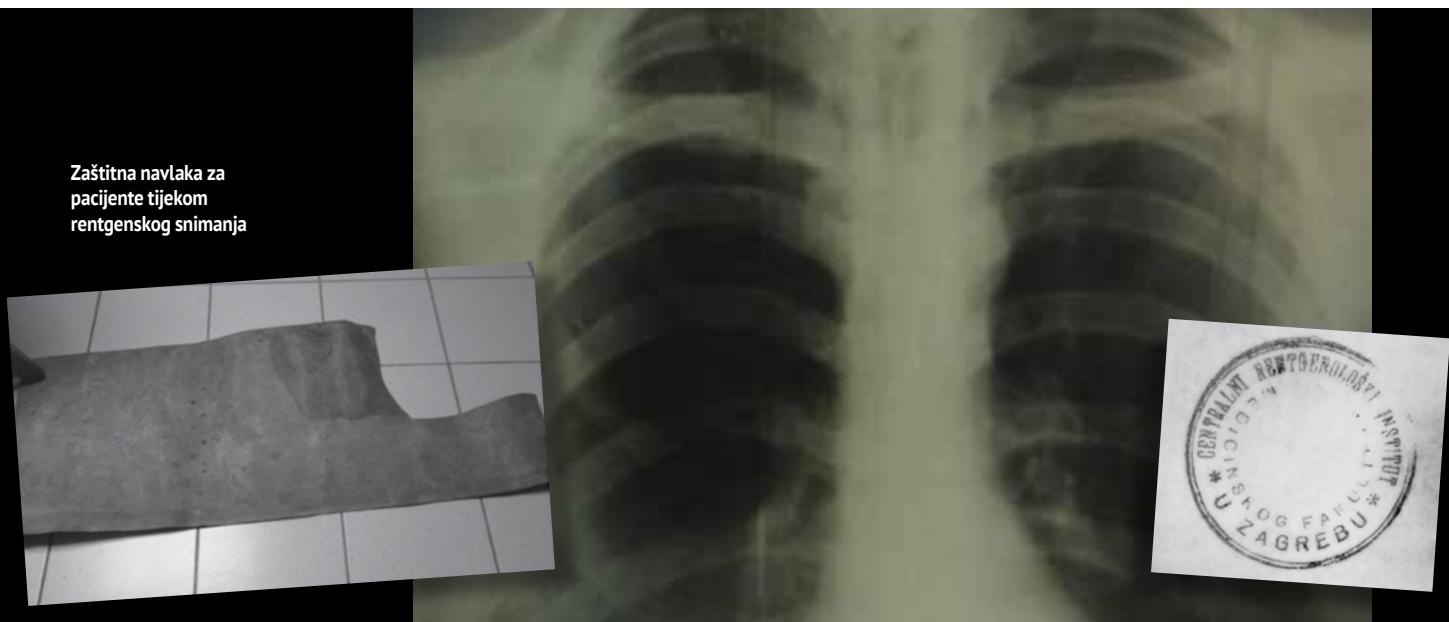
Posećujući rodni kraj nerijetko je pregledavao susjede, prijatelje i neznanice te im besplatno davao lijekove koje je imao uza se. Posebice se bavio tada endemičnim trahomom, njegovim liječenjem te oftalmološkim operacijama.

U Zakladnoj bolnici radio je kao liječnik u IX. platnoj grupi 1. kategorije od 1. studenog 1925. do 21. prosinca 1926., a



Španićev infuzijski sustav iz tridesetih godina 20. stoljeća

Zaštitna navlaka za pacijente tijekom rentgenskog snimanja



potom i kao asistent s pravima 9. činovničke grupe 1. kategorije.

Već kao asistent 1926. objavljuje prvi rad u Liječničkom vjesniku o liječenju trahoma. Napisao je 40 radova, od kojih je pet tiskano u inozemstvu, a autor je osam sažetaka referata i radova u bibliografijama i časopisima. Već narušena zdravlja, napisao jesa svojom asistenticom dr. Blankom Jutriša-Koržinek »Oftalmologija«, ali je tiskan tek nakon njegove smrti.

Objavio je i rad o vlastitoj modifikaciji operacije vjeđa. Pisao je i kao suradnik Hrvatske enciklopedije 1942. godine. Educirao se hospitirajući 1934. u europskim očnim klinikama u Pragu, Budimpešti i Beču.

Kada je godine 1936. osnovana Oftalmološka sekcija Zbora liječnika Španić je izabran za njenoga prvoga tajnika. Godine 1938. održao je u Zboru predavanje o hitnim intervencijama u oftalmologiji, koje je i objavljeno u zasebnom izdanju, uz ostala poglavљa o hitnim intervencijama za praktične liječnike. Godine 1938. habilitira na MEF-u u Zagrebu za sveučilišnoga docenta radom „O



Španićev oftalmološki pribor

trahomu“. Predavanja je održavao u ljetnom semestru. Dana 4. listopada 1941. promaknut je ponovno za docenta, sada MEF-a Hrvatskog sveučilišta u Zagrebu, a u veljači 1943. izabran je za izvanrednog profesora oftalmologije. Na mjesto docenta tada je 24. veljače izabran dr. Zvonimir Pavšić. Kao pravi intelektualac, prijateljevao je s intelektualnom zagrebačkom elitom onoga vremena, poput Kljakovića, Režeka, Kršinića, Meštrovića i brojnih drugih.

Dana 2. ožujka 1943. prof. Španić postaje nadstojnikom Očne klinike koja je tada bila smještena u Gajevoj ulici. No, nedugo zatim, 1944. godine, u 48. godini života obolijeva od teške bubrežne bolesti zbog koje je navodno bio i operiran, ali se progresivno razvijala bubrežna insuficijencija, tada neiz-

lječiva. Liječio ga je docent. dr. Dinko Sučić. Ministarstvo narodne prosvjete Španića je zbog teške bolesti 27. svibnja 1944. razriješilo dužnosti nadstojnika Očne klinike. Dobio je tada tri mjeseca dopusta koji je provodio odmarajući se u Ravnu ili pišući spomenuti oftalmološki udžbenik sa svojom asistenticom.

Nakon dvije godine bolesti i posljednjih dana u komatoznom stanju, umro je 20. srpnja 1946. oko tri sata ujutro u svojem stanu u Gajevoj br. 7. u Zagrebu u 51. godini života. Po svojoj želji sahranjen je na župnom groblju u Velikom Ravnju.

.....



Španićev nadgrobni spomenik na župnom groblju u Velikom Ravnju kod Križevaca



Ghetaldus stakla iz Španićeve zbirke

Prim. dr. Alma Butia-Car, reumatologinja i vrhunska atletičarka

Piše Eduard Hemar

• **Alma Butia** rođena je u Teharju kod Celja 9. II. 1929. Almin otac zvao se Mato i bio je rodom iz Ormoža, a majka Minka, rođ. Zupanc, iz Celja. Alma je odrasla u Teharju, u službeničkoj obitelji. Rano je ostala bez oca koji je preminuo 1940. Pohađala je gimnaziju u Celju i maturirala 1947. Diplomirala je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 1956.

Kao djevojčica bila je u Teharju članica Sokola u kojem su njezini roditelji bili podupirajući članovi. Već se tada među vršnjacima isticala kao najbrža u trčanju. Nakon rata bila je od 1946. članica Atletske sekcije Fiskulturnog društva u Teharju. Vrlo je brzo počela postizati zapažene rezultate u sprinterskim disciplinama. Na prvenstvu Celjskog okružja u srpnju 1946. pobijedila je na 60 m, a na 200 metara postigla je uz pobjedu i novi slovenski rekord (28.2). Potom je na Prvenstvu Jugoslavije u Ljubljani osvojila 3. mjesto na 100 m i dvaput je izjednačila slovenski rekord na 100 m (13.1). Nakon spajanja celjskih klubova 1947. prelazi u Atletsku sekciju Sindikalnog fiskulturnog društva Kladivar, koju je vodio trener **Fedor Gradišnik**. Godina u Kladivaru bila joj je vrlo uspješna. Postala je prvakinja Slovenije na 100 m, 200 m i u štafeti 4x100 m, a potom je u kolovozu postala u Celju i prvakinja Jugoslavije na 100 m i 200 m, dok je u štafeti 4x100 m osvojila 2. mjesto.

Vrhunac sezone te 1947. godine ostvarila je na Balkanskim atletskim igrama u Bukureštu gdje je već u prednatjecanju ostvarila novi rekord Jugoslavije i Balkana na 100 m (12.8), a potom je u finalu osvojila zlatnu medalju te u štafeti 4x100 m i srebrnu medalju, pri čemu je također bio oboren državni rekord (51.6). U Celju je krajem rujna oborila državni rekord na 60 m (8.0) i u štafeti na 4x60 m (32.0), a u finalu ekipnog prvenstva Jugoslavije, održanom početkom listopada u Zagrebu, oborila je državni rekord na 200 m (26.8) i s kolegicama iz Kladivara osvojila je naslov ekipnih državnih prvakinja. Na kraju godine, u tada još neslužbenoj anketi Narodnog sporta iz Zagreba, bila je po izboru čitatelja progla-



Alma Butia atletičarka Mladosti

šena za najbolju sportašicu Jugoslavije 1947. godine.

Zbog odlaska na studij u Zagreb, Alma 1948. godine prelazi u Akademski atletski klub Mladost gdje trenira pod vodstvom Žarka Susića. Bila je prvakinja Hrvatske na 100 m nekoliko godina zaredom: 1948., 1949., 1950. i 1951. Prvakinja je bila i na 200 m 1950. godine, a 1953. i na 80 m s preponama. Kao članica štafete Mladosti sudjelovala je u osvajanjima prvog mesta na 4x100 m od 1948. do 1951. godine.

U olimpijskoj godini 1948. osvojila je na Prvenstvu Jugoslavije u Zagrebu naslov prvakinje na 200 m, a u finalu na 100 m bila

je diskvalificirana. Potom, kao prva atletičarka rodom iz Slovenije, nastupa na Olimpijskim igrama u Londonu, ali je u velikoj konkurenčiji trkačica na 100 m i 200 m ispala u prednatjecanju.

U najboljoj je formi bila 1949. kada je sudjelovala u obaranju čak 7 državnih rekorda. Na Prvenstvu Jugoslavije, održanom u Beogradu i Zagrebu, postala je državna prvakinja na 100 m, 200 m i u štafeti 4x100 i 4x200 m, a pritom je na 200 m oborila državni rekord (26.3). U rujnu 1949. oborila je u Zagrebu na međudržavnom dvoboju Jugoslavija - Švicarska državne rekorde na 100 m (12.5) i u štafeti 4x100 (49.7), a tada je prvi put ta štafeta bila pretrčana za manje od 50 sekundi. U listopadu je u Bogni na dvoboju protiv Italije ponovno trčala u štafeti 4x100 m kad su poboljšale rekord na 49.5. Uz to je te 1949. godine oborila tri državna rekorda s klupskom štafetom Mladosti: na 4x60m, 4x100 i 4x200 m.

Na Prvenstvu Jugoslavije, održanom u srpnju 1950. u Zagrebu, gubi naslov na 100 m od Milice Šumak i na 200 m od Emire Tuce, pa je dvaput druga, dok je s klupskim kolegicama obranila naslove prvakinja u obje štafete. Nastupila je na Europskom prvenstvu u kolovozu 1950. u Bruxellesu gdje je na 200 m ispala u prednatjecanju, a u finalu je osvojila 6. mjesto u štafeti 4x100 m sa **Spomenkom Koledin, Milicom Šumak i Dagdom Bogić**.

U listopadu 1950. u Zagrebu s ekipom Mladosti osvaja prvi od šest uzastopnih naslova ekipnih prvakinja Jugoslavije. Na prvenstvu Jugoslavije 1951. u Varaždinu na 100 m osvojila je 2. mjesto dok je na 200 m i u štafetama ponovno postala državna prvakinja. S najuspješnjom štafetom Mladosti 4x100 m, uz Milicu Šumak, Dagdu Bogić i **Milku Babović**, u Zagrebu je 1951. u tjedan dana oborila dva državna rekorda: 25. lipnja (49.5) i 29. lipnja (49.2). Nastupila je i na Svjetskim studentskim igrama 1953. u Dortmundu (6. na 100 m). Na prvenstvu Jugoslavije 1953. u Mariboru posljednji je put bila prvakinja u štafeti 4x100 m, a sljedeće godine u Varaždinu je na državnom prvenstvu osvojila brončanu medalju na 100 m.

Bila je članica sjajne atletske generacije Mladosti koja je dominirala tadašnjom jugoslavenskom ženskom atletikom i osvojila od 1950. do 1955. šest naslova ekipnih prvakinja Jugoslavije. Glavne konkurentkinje bile su im članice bivšeg Alminog kluba Kladivara iz Celja. U toj trofejnoj generaciji Mladosti isticale su se uz nju državne prvakinje i reprezentativke koje su ostvarile i uspješne profesionalne karijere: **Milka Babović** (1928), legenda hrvatskog sportskog novinarstva, **Dagda Bogić-Lanc** (1932-2014), profesorica tje-

Atletičarke
Mladosti u štafeti
4x100 m na
natjecanju sa
švedskom Upsallom
u Zagrebu 5. IX.
1951.
S lijeva:
Milka Babović,
Dagda Bogić,
Milica Šumak
i Alma Butia



lesnog odgoja, **Milica Šumak-Zemljic** (1927), nastavnica tjelesnog odgoja, **Vlasta Šafer-Kraljević** (1928), liječnica, **Neda Frank-Stella** (1937), profesorica francuskog i engleskog jezika, i **Vlasta Nikler-Zuban** (1936), kasnije poznata rukometnašica i nastavnica tjelesnog odgoja.

Alma Butia za reprezentaciju Jugoslavije ukupno je od 1947. do 1955. nastupila 13 puta. Oproštajni nastup imala je u dvoboju protiv Švedske 1955. u Helsingborgu, gdje je štafeta 4x100 m u kojoj je sudjelovala oborila državni rekord (48.3).

Kao jedna od najuspješnijih atletičarki u Jugoslaviji oprostila se krajem 1955. od službenih nastupa zbog obveza na fakul-

tetu i bolesti majke. Ukupno je u karijeri osvojila 14 naslova državne prvakinje u sprinterskim disciplinama i u štafetama, a uz to i 7 ekipnih naslova. Oborila je 18 državnih rekorda pojedinačno i u štafetama. Na godišnjim atletskim tablicama Jugoslavije bila je na 1. mjestu pet godina uzastopno, od 1947. do 1951. na 100 m, a na 200 m bila je prva četiri godine uzastopno, od 1946. do 1949.

Nakon stjecanja diplome na MEF-u, u medicinskoj karijeri, radila je u Zdravstvenoj stanici Novoselec u Moslavini 1957. – 1958. i u Domu zdravlja Trešnjevka u Zagrebu od 1958. do 1964. Specijalizirala je fizikalnu medicinu, reumatologiju i rehabilitaciju 1967. godine, a 1977. stekla je status primarijusa.



Zlatna generacija atletičarki Mladosti s početka 1950-ih godina.

S lijeva stoje: Olja Janušovski, Dagda Bogić, Zorka Babović, Milica Šumak, Milka Babović;
čuće: Ruža Šarić, Ljudmila Morović, Alma Butia, Vlasta Šafer i Adela Zadravec

Nakon završene specijalizacije 1967. radila je od u Zavodu za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u Zagrebu, a od 1988. do umirovljenja 1992. bila je voditeljica Reumatološkog odjela Zavoda. Bila je djelatna sudionica dva europska i više međunarodnih te brojnih domaćih kongresa i stručnih sastanaka. Za vrijeme Univerzijade u Zagrebu 1987. bila je voditelj medicinske službe za atletiku. Objavila je djelo: Važnost subpatelarne artroze koljena 1969. Dobitnica je nagrade Reumatološkog društva HLZ-a.

Od 1958. bila je u braku sa prof. dr. sc. med. **Zlatanom Carom** (1931-2001), radiologom i profesorom na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Imali su dvoje djece, Andriju (1960), dječjeg kirurga koji radi u Klinici za dječje bolesti u Zagrebu, i Tomislava (1964), sociologa i diplomata koji radi u Europskoj uniji u Bruxellesu.

Gospođa Alma Butia-Car uživa u umirovljeničkim danima nakon uspješne sportske i liječničke karijere.

Izv.: Arhiva Alme Butie - Car iz Zagreba.

Lit.: Tko je tko u hrvatskoj medicini, Zagreb, 1994.; Lj. Gajić, Zlatna knjiga jugoslovenske atletike, Jagodina, 2000.; V. Margetić, Akademski atletski klub Mladost - Zagreb 1945.-1985, Zagreb, 2003.; Eduard Hemar, Slovenci u hrvatskom sportu / Slovenci v hrvaškom športu, Zagreb, 2014.



Alma Butia bila je jedna od najboljih atletičarki svoje generacije u Celju i Zagrebu

Poziv čitateljima

Upozorite nas na imena istaknutih liječnika sportaša i po mogućnosti nas uputite na izvor informacija i ilustracija.
U tu svrhu otvorena je posebna e-adresa:
lijecnici.sportasi@gmail.com

Jure Vujić

Borongajka je pala!

• Zagreb u ratno vrijeme živio je ubrzano: trgovine su radile, poduzeća također – istina sve više ih je išlo u stečaj, uobičajene gradske gužve, bolnice su bile pune... Na prilazima gradu – prepreke, „ježevi”, mine položene na cesti, policijske i vojne patrole, a u Hitnoj se uobičajeno žurilo i jurilo, rotirke, sirene...

Dr. Maćić došao je na posao na svoju zagrebačku Hitnu u Đorđićevoj ulici, gdje je bio doktor u terenskoj službi, u sanitetu. Napravio je primopredaju službe uz dobro poznati «muvings» doktora, tehničara, vozača, tehničke službe i administrativnog osoblja. Radio je, kao i obično, petu službu, podstаницa Istok s vozačem Franjom – Francom, s

kojim je najčešće bio u smjeni, i nekim novim tehničarom. Popodne i večer bili su pred njima.

Zimsko je vrijeme, hladan sumoran dan. Tek započeše s uobičajenom kavicom u kantini, kad se na interfon oglasio disponent: „Peta služba, drugi stupanj hitnosti“. Srknula se kava na eks, tehničar donesen poziv i žurno u kola. Sredovječnoj ženi pozlilo na tramvajskoj stanici u Dubravi!

Probiše se brzo, uz rotirke i po žutoj traci, kroz poslijepodnevnu gužvu. Na stanicama nekoliko ljudi oko žene, koja je razbijene i krvave glave sjedila na asfaltu.

„Kako se zovete, što se dogodilo, sjećate li se čega, što vas boli, od čega bolu-

jete“ – dr Maćić postavlja rutinska pitanja.

„Epilepsija. Zaboravila sam popiti tablete Tegretola jutros. Ničega se ne sjećam, neko vrijeme“ – promucala je bolesnica.

Nije bilo dvojbe – grand mal, pomaknuta se, ugrizla se za jezik, grčila se. Uzima rutinirano podatke od nje i prolaznika. Naravno, prvo kirurgija da se zašije rana, pa poslije neurologija, klinika Dubrava. „Počelo je počelo“ – komentirao je vozač.

Poslije toga vizita za vizitom. Tehničar je zlovoljno komentirao da se trideset posto povećao opseg posla na Hitnoj od kad je počeo rat, najviše zbog izbjeglica i prognanika. Vozač se na to nasmijao:

– „U Hitnoj sam već dvadeset godina i uvijek smo imali puno posla i puno radili, a o tim tvojim postocima dalo bi se raspravljati.“

Navečer oko deset sati novi poziv iz centrale petoj službi: u Vukomeru, gradskoj četvrti u Istočnom dijelu grada, jedna bolesnica teško diše, drugi je stupanj hitnosti. Primili su poziv u Čučerju i krenuli, no međutim na Čulinečkoj cesti vojska, policija, mine „ježevi“, ne može se proći. Producuju na Osječku i opet, mine, „ježevi“, prepreke, vojska, policija, ni ovdje se ne može proći. Nije jasno što se događa. Krenuli su i na Svetice,





pa na Heinzelovu – svuda isto. "Što se dođa" pitali su se glasno. Tek jedan policajac dobaci: "Borongajka je krenula!".

Postalo im je jasno... Strah je bio vidljiv na sve strane. Morali su proći uz vojarnu. Vozač je komentirao da je adresa neposredno uz nju.

Javili su se centrali. Odgovorili su: «Ponovo su zvali, žena je srčani bolesnik, guši se, hitno je.» Vozač se dosjetio da bi se možda moglo pokušati preko Žitnjaka. Na cesti opet mine, prepreke, ponovo policija, vojska, pitanja, kontrole, pregled saniteta.

"Možete ovuda proći Borongajskom cestom, ali to je granica razdvajanja. Idete na vlastitu odgovornost."

Kasarnu su blokirali Zbor narodne garde i policija. Rotirke upaljene, što sad, pitali su se. Dr. Maćić napokon reče:

– "Voziti po crti razdvajanja, znači da nas imaju na nišanu. Hoće li tko biti prebrz na obaraču? Nemamo drugog izbora".

Krenuli su. Tišina u kabini, samo se "UKV" čuje. Borongajska cesta prazna, nikoga ni s jedne ni s druge strane. Mrak, tišina. Ušli su u naselje, uske ulice, zamraćene, teško se snalaze, ne vide se ni nazivi ulica ni brojevi, nikoga na cesti. Na kraju ulice svjetlo pred kućom. "To bi moglo biti", zaključiše. U to stariji čovjek izađe iz kuće i počne mahati, ubrzano govoreći da mu se žena guši, da je svakoga časa sve gore i gore. Doktor žurno uze svoj liječnički kofer i upita:

"Od čega boluje"

"Prije godinu dana preboljela je infarkt i otada joj nije dobro", odgovori čovjek.

U sobu bolesnica sjedi, blijeda, oznojena, ustrašena, teško diše, guši se, čujno hropti...

pomisli da je i sam prodiso. Dobaci tehničaru da navuče Laix: "Nema druge ona mora s nama". Bolesnicu su stavili na "kardijalku", kako u žargonu nazivaju stolac kojim se bolesnik nosi u sanitetu. Naravno, žena je cijelo vrijeme bila na kisiku. Tehničar uplašeno upita: "Moramo li istim putem?". Odriješit odgovor završio je diskusiju. Javili su se centrali: "Peta služba vozi za Rebro. Istim putem?" Odgovor s centrale je bio potvrđan.

Put je bio poznat, rotirke, svjetlo u kabini, Borongajska cesta i dalje prazna, muk, ponovo prepreke, "ježevi", vojna policija, mine, pregled vozila... Dalje je sve išlo standardno jer je bolesnica bila stabilna. Primopredaja na Rebru bila je uobičajena.

"Peta je na Rebru slobodna" – javili su se centrali.

"Kod Snježane u Vinodolsku!" – disponent Milan je bio kratak.

"Umjesto malo odmora, odmah druga vizita" – pobunio se tehničar.

Franc primijeti da su bili kod Snježane jednom prilikom. To je astmatičarka kod koje se stalno hodočaste jer treba aminofilin. Stigli su brzo, nije ih očekivala. Smješka se, taman je ugasilu cigaretu. Dr. Maćić se požalio da ima loše vene...

Do ponoći nisu stali, a onda pauza u podstanici, leđa su boljela od sjedenja u sanitetu. Opuštanje uz razgovor. Doktor otvorio temu Borongajke:

"Blokirati jedan kvart, a ne dati informaciju Hitnoj kako i gdje se može proći do bolesnika! I još ići po crti razdvajanja. Stvarno diletantski!". Nastavio je:

– "Vozio sam jučer ranjenog vozača koji je nastradao u sanitetu kod Karlovca, doktor je poginuo, a tehničar je također ra-

Na doktorova pitanja teško odgovara, s prekidima - "Počelo je jako zadnja dva sata – gušenje. Imam pritisak u prsima. Ne-mam zraka. Ugušit će se. Otvorite prozor"...

Doktor se odmah hvata slušalica i tlakomjera. Nakon minute prokomentirao je i naložio tehničaru: "Plućni, plućni edem je! Kisik! Navuci mi odmah morfij. Razrijedi ga devet milititara aque, a deseti neka bude morfij. Gdje je nitroglicerin? Naravno na dnu torbe. Da vidim vene. Slabe su. Braunila je predebela. Daj da vidim na šakama. Probat će "bebičem". Gospodine, pođite po vozača."

Doktor je rutinski našao venski put, iako je vena bila "končić", i nakon minuti-dvije bolesnica je uzdahnula: "Malo mi je lakše, lakše dišem". Doktor osjeti olakšanje i



njen. Vozač je ispričao da su primili poziv da je ranjen jedan vojnik. Bio je mrak, doktor je rekao da je nesigurno jer ne znaju put, ali je tehničar rekao da je on tu živio prije i da pozna teren ... i na koncu su zalutali i došli do četnika, navodno 'Belih orlova'. Čuo je pucanj i video bljesak, ničega se drugoga ne sjeća. Kad je došao sebi otvorio je vrata saniteta i bacio se na zemlju. Čuli su se glasovi. Podvukao se pod sanitet. Svuda je padala smola s karoserije, jer je sanitet gorio. Peklo ga je, ali je šutio ko' zaliven. Desnom rukom nije mogao ništa, strašno ga je boljelo. Sjetio se doktorovih uputa: u takvom slučaju treba biti miran i ne paničariti. Na desetak metara posred njega prošli su vojnici i čuo se komentar da nema više živih. Tek ujutro su ga izvukli, doktora više nije bilo, dobio je tromblon u prsa."

Zašutjeli su i na trenutak se zamislili. Dr. Mačić reče da poznaje Dubravu kao svoj džep, ali da se po noći, za vrijeme zamračenja, vrlo teško snalazio, često su zalutali.



Nije stoga čudo da tehničar iz Karlovca, koji je tamo živio pred desetak godina, nije znao kako teren izgleda sada, osobito noću. Franc doda da je staro vojničko pravilo da se prvo gađa viši čin. Doktor pripomene da u ratu među zdravstvenim radnicima najprije stradavaju doktori u sanitetu.

– "Mala je razlika raditi na Hitnoj u mirnodopsko i ratno vrijeme – tamo gdje je hitno, gdje se umire, gdje se gine, tu je uvijek Hitna", doda. Tehničar je šutio, bio je uplašen iako je radio u Hitnoj već nekoliko godina.

– "Druga ekipa radi bez kuta u civilu" – ipak je izbacio – "Neki rade naoružani".

– "Otkada je rat počeo u svakoj smjeni imaju dva do tri ranjavanja oružjem. Ljudi u strahu nabavljaju pištolje, a ne znaju baratati njima. Uostalom preporučeno je od strane vlade da se naoružaju." – dometne doktor.

Uključi se i Franc:

– "Možeš ti imati ne znam kakav pištolj, ali nemaš vremena reagirati. Jedino ima psihološkog efekta – prazne puške boje se svi. Ovo što smo mi napravili ovoj ženi u Vukomeru , rijetko bi se gdje napravilo, a ona nam ne zna ni ime, uopće nije svjesna situacije. Zbog toga se umire i u mirnodopsko vrijeme – to je zagrebačka Hitna!" – nastavi, smiješći se Franc, i dometne – «Vrlo dobro – služimo narodu, kliktalo se u JNA». Ove riječi izazvaše smiješak kod svih.

– "Peta služba" – čuo se disponentov glas – "Dugo smo bili na miru. Ide-mo..."

Ujutro ponovo primopredaja – noćima otečeni kapci, podbuhli, pomalo nemirni, jutarnji "muvings", kantina, jutarnja kava. Žena je nazvala doktora da mu je dijete bolesno, da ne može u vrtić, da se žuri kući... U to se pojavi šefica smjene, "Mamica" kako su je od milja zvali:

"Priprema se ekipa za južno bojište Mačiću. Ti bi trebao ići. Ne zna se kada. Očeš li ti Franc s njim?" Na tren su svi zašutili.

"Trebalо bi naći nekog pametnog tehničara" – dometnu Franc.

"Dogovoren? Budite na vezi" – šefica završi.

Dr. Mačić je sjeo u svoga "stojadina" kad na radio-vijestima spiker uzbudjenim glasom objavi:

"Borongajka je pala! General Rašeta je potpisao primopredaju vojarne Borongaj S..."

Ugasio je radio i uz smiješak sam za sebe zapjevao doskočicu koja mu je taj tren pala na um: "To je nama naša borba dala da imamo Tuđmana za vladara". Nasmijao se sam sebi i poželio si dobar tuš i sanak pusti...

juvuje@gmail.com

Recenzija Vujićeve priče "Borongajka je pala!"

Jure Vujić ovom kratkom pričom osvjetljava tek mali djelić dramatike koju su brojni lječnici proživljivali u obavljanju svoga posla u ratnim uvjetima. Uobičajen posao u Hitnoj pomoći u uvjetima uzbuna, blokada, ježeva i policijskih ophodnji svaki put postaje prava mala drama.

Autor uspijeva dočarati atmosferu napetosti i vještoto, iako nije profesionalni pisac, opisati dramatske trenutke spašavanje ljudskih života. Stil mu je sažet, rečenice jasne, a dijalog dinamičan. Tu nema suvišnih riječi ni fraza.

Glavni junak priče, dr. Mačić, nije samo lječnik koji ima svoje profesionalne poslove i izazove. Njega čekaju i ratne zadaće – odlazak na dubrovačko ratište. On je i otac – supruga javlja da mu je dijete bolesno... U ovoj kratkoj i vrijednoj priči dr. Jure Vujić otvara i opisuje čitav mali svijet ljudi, događaja, sudbina!

Ovo je priča o struci, ali i mali segment priče o Domovinskom ratu, o uvjetima i okolnostima u kojima su mnogi obavljali profesionalno, hrabro i odgovorno svoj posao i na taj način dali svoj doprinos. Autor uvjerenjivo svjedoči o atmosferi prilikom jedne od najvažnijih vojnih akcija ZNG-a i policijskih snaga u Zagrebu – zauzimanju „Borongajke“, koja je zajedno s „Mašalkom“ činila glavne vojarne u JNA u gradu.

Priča Jure Vujića je napeta, zanimljiva i čitka. Preporuka je – svakako objaviti!

Ilij Ranić, urednik

Jure Vujić rođen je 1955.. u okolini Našica kao dijete dalmatinskih doseljenika. Od 1963. živi u Zagrebu gdje je završio III. Gimnaziju, medicinski fakultet, specijalizaciju iz opće medicine i poslijediplomski studij iz onkologije. Radio je u DZ-u Ivanić-Grad na hitnoj službi, zatim u Stanici za hitnu pomoći Zagreb te u DZ-u Sesvete u ambulantni opće/obiteljske medicine u Sesvetskom Kraljevcu, gdje i sada radi.

Za vrijeme rata bio je pod radnom obvezom u Hitnoj pomoći Zagreb, a u Novoj Gradišći na Hitnoj pomoći također na radnoj obvezi dok je radio u DZ-u Sesvete. Mobiliziran je u Hrvatsku vojsku za vrijeme operacije Oluja. Njegova jedinica iz zapovjednog područja Karlovac - VII POTRD/protuoklopnotračni divizion/ sudjelovala je u borbama za slunjski poligon i u borbama oko Karlovca - smjer djelovanja Karlovac - Petrova gora.

Također je sudjelovala u razbijanju "transea" kod Karlovca (ukopani tenkovi), inače mora svakog protuoklopnika - ukopan tenk, osobito tenk T-84. U jedinici je obavljao službu vojnog lječnika i za vojsku i za civilno stanovništvo. Objavio je više znanstvenih i stručnih radova i sudjelova aktivno 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.

••••

Tragom Frana Gundruma u Bugarskoj

Dr. Franjo Husinec, Križevci

- Mjesec dana nakon predstavljanja prijevoda Gundrumova putopisa U Egiptu u Kairu i Aleksandriji 2003., osam članova Matice hrvatske Križevci, na čelu s predsjednicom **Renatom Husinec**, akademikom **Josipom Bratulićem**, potpredsjednicima Matice hrvatske **Vlahom Bogišićem** i **Stjepanom Sučićem** te predstavnici Leksikografskog zavoda „Miroslav Krleža“ iz Zagreba, boravili su u Bugarskoj na poziv Bugarske akademije znanosti (BAN) radi predstavljanja knjige križevačkoga kirurga dr. Franje Husinca Dr. Fran Gundrum – Oriovčanin, gradski fizik u Križevcima, koja je godinu prije dobila nagradu *Ivan Kukuljević Sakcinski* kao najbolja knjiga ogranka Matice hrvatske.

Predstavljanje knjige održano je u Sofiji na Institutu za balkanistiku Bugarske akademije znanosti.

Dr. **Fran Gundrum** je radio u Bugarskoj pet godina (1889.-1894.), gdje je dobro surađivao s u to vrijeme vrhovnim bugarskim liječnikom dr. **Zlotovićem** i najstarijim tada službujućim liječnikom u Bugarskoj dr. **Dmitrom Mollovim**, zdravstvenim i kulturnim djelatnikom. Gundrum se tamo, kao i poslije u Hrvatskoj, nije bavio samo liječenjem nego

ih je nastojao poučavati kako da se sami brinu za svoje zdravlje i za svoj život.

U Liječničkom vjesniku objavio je članke „Razvitak zdravstvene službe u Bugarskoj“ (1898.), „Proslava dvadesetgodišnjice zdravstvene službe u Bugarskoj“ (1898.), na kojoj i sam prisustvuje, „Kirurgija u Balkanskom ratu“ (1913.), „Zdravstvena reforma u Bugarskoj“ (1915.) i dr. Za Liječnički vjesnik napisao je i nekoliko nekrologa o poznatim bugarskim liječnicima (**N. Kirkov, G. Mišaikov i D. Mollov**), kao i nekoliko manjih članaka iz Bugarske u rubrikama „Književne vijesti“ i „Varia“.

Osim iznimnog prinosa medicinskoj praksi i publicistici, Gundrum je ostvario osobito dobre kulturne i književne veze s prvacima kulturnog i društvenog života u ondašnjoj Bugarskoj. Prevodio je s bugarskog i objavio u Hrvatskoj nekoliko djela bugarskih književnika **I. Vazova, I. Milarova, I. Andrejčina, A. Konstantinova** i drugih.

Gundrum je najzaslužniji za temeljite i dublje poznavanje Ivana Vazova u Hrvatskoj. Prema riječima akademika Bratulića, Vazov je svojim rodoljubnim stavom i angažmanom bio zanimljiv za hrvatsku sredinu.

Roman *Pod igoto* (Pod jarmom), koji je objavljen i tiskan 1898. u Križevcima, pobudio je veliko zanimanje hrvatske čitalačke javnosti.

Kako je Gundrum za vrijeme svoga boravka u Bugarskoj najduže živio i radio u Velikom Trnovu, nekadašnjoj prijestolnici bugarskoga carstva, članovi *Matrice hrvatske* i predstavnici *Leksikografskog zavoda* posjetili su i Sveučilište u Velikom Trnovu, kojemu su darovali knjige.



Bugarsko izdanje, Sofija 2006.

U Sofiji su našu delegaciju primili 7. listopada 2003., neposredno uoči predstavljanja knjige, akademik **Konstantin Kosev**, potpredsjednik BAN-a, akademik **Jevgjenij Golovinski** te akademkinja **Snježana Milčeva Nikolova**, direktorka Bugarske enciklopedije i ugledna bugarska povjesničarka dr. **Rumijana Božilova**.

Knjigu o Gundruvu predstavili su u velikom salonu BAN-a pred šezdesetak načonih dr. **Rumijana Božilova**, dr. **Ljudmila Mindova** i autor. U predvorju Akademije priredila je Božilova izložbu te izborom knjiga, fotografija, rukopisa i ostalih originalnih dokumenata predstavila život i djelo toga poznatog hrvatskog liječnika. Sve rečeno i izloženo samo je posvjedočilo dugogodišnje hrvatsko-bugarsko prijateljstvo.

Tri godine poslije Božilova prevela je spomenutu monografiju o Gundruvu na bugarski jezik, a Akademijino izdavateljstvo „Prof. Marin Drinov“ ju je objavilo i upriličilo njenu promociju 12. studenoga 2006. u Balkanološkom institutu BAN-a u Sofiji.

Predstavljanje je počelo uvodnom riječju direktora Balkanološkog instituta dr. **Agopa Garabedjana**. On je uglednoj i pažljivoj publici predstavio goste iz Hrvatske, izrazio radost zbog suradnje koja će „pridonijeti ja-



Ispred Bugarske akademije znanosti uoči promocije



R. Husinec, F. Husinec, R. Božilova i akademik J. Bratulić u Bugarskoj akademiji

čanju bugarsko-hrvatskih kontakata“ i knjizi od srca poželio „Sretan put“.

Potpredsjednik Akademije **Konstantin Kosev** pozdravio je autora knjige, prevoditeljicu i goste iz Hrvatske te predstavnike Akademijine naklade „*Prof. Marin Drinov*“ čestitavši im na postignutom rezultatu.

Prevoditeljica dr. **Rumijana Božilova** istaknula je kako predstavljanje ove knjige ima za Bugare iznimnu spoznajnu i emotivnu vrijednost. Srdačno se zahvalila akademiku Kosevu koji je pokrenuo njeno prevođenje na bugarski jezik te Akademijinoj nakladi što je pokazala zanimanje i objavila knjigu.

Glavna urednica Akademijine naklade **Margarita Mihajlova** zahvalila se prvo prevoditeljici i autoru, a zatim i svim suradnicima.

Dražen Vukov Colić, tadašnji veleposlanik Republike Hrvatske u Bugarskoj, izrekao je nekoliko riječi o „renesansnom“ Gundrumu, zahvalio autoru i Božilovoj za prijevod te završio sljedećim riječima: Dopustite da vas pozdravim na ovoj velikoj bugarsko-hrvatskoj svečanosti, i kao sudionike, i kao svjedoce velike istine, da vjera u prijateljstvo, znanost, ljepotu i književnost u svakom vremenu ima i one sljedbenike i zanesenjake koje ponekad otkrivamo s velikim zakašnjnjem, ali ih konačno nikada ne možemo preskočiti. I u prošlim, i u našim vremenima.

Tom je prigodom Franji Husincu uručena zlatna značka Instituta za balkanološka istraživanja BAN-a kao priznanje za doprinos jačanju kulturnih veza između Bugarske i Hrvatske.

.....



Dr. F. Husinec
prima čestitke
akademika
K. Koseva i
veleposlanika
D. Vukov Colića



Potpredsjednik
Matice hrvatske
S. Sučić, veleposlanik
D. Vukov Colić
i urednica knjige
Renata Husinec u
Veleposlanstvu RH
u Sofiji

Encomium Moriae

Erazmo Roterdamski:

Encomium Moriae (Hvalospjev gluposti)



Bertrand Russel:
Samo glupi i mrtvi nikad ne mijenjaju svoje mišljenje



Blaise Pascal:
Sve ima svoje granice osim ljudske pakosti i gluposti



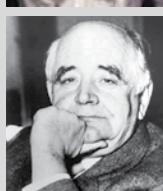
John F. Kennedy:
Samo pametan čovjek može shvatiti da je napravio glupost



Honore Balzac:
Mladost imamo da bismo činili gluposti, a starost da za njima žalimo



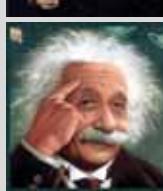
Miroslav Krleža:
Tebi, o ljudska gluposti, udaram himnu o bubanj



Arthur Schopenhauer:
U svijetu uglavnom caruje zlo, a glavnu riječ ima glupost



Albert Einstein:
Samo su dvije stvari beskonačne, svemir i ljudska glupost, ali nisam siguran za ono prvo



Marcus T. Cicero:
Ludost nema isprike.



Voltaire:
Tko otkrije tuđu tajnu izdajica je, a tko otkrije svoju - budala je



Sentencije koje više-manje vrijede u medicini



Ivo Andrić:

Nije budala onaj tko ne zna čitati, nego onaj koji misli da je sve ono što pročita – istina



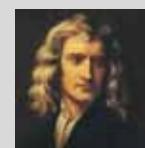
Jean Paul Sartre:

Tvrdoglavost je energija glupaka



Seneka:

Glupost ima osobinu da se uvijek ponavlja



Isaac Newton:

Gluposti svima padaju na pamet, ali ih pametni prešućuju



Aleksandar Dumas:

Kada čovjek previše govori, uvijek na kraju kaže i neku glupost



Charles Baudelaire:

Glupost je često ukras ljepote



Johann W. von Goethe:

Pametnom čovjeku ne događaju se sitne gluposti



Oscar Wilde:

Ništa nije grijeh osim gluposti

Željko Poljak:

Oscar Wilde nema pravo jer budala nije kriva što je budala, ali je sretna jer ne zna da je budala

Publius Vergilius Maro:

Kad šuti, i budalu drže pametnom

Anicius B. S. Boethius:

Da si šutio, bio bi ostao mudrac.

Lao Tse:

Tko zna da ne zna – najveći je

Murphy's Law:

Ako ne raspravljaš s budalom – ljudi možda neće uočiti razliku

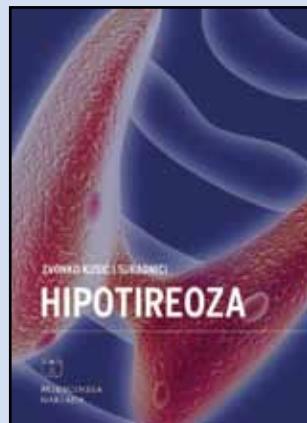
Njemačka poslovica:

Jedna budala više koristi pametnom nego deset pametnih jednoj budali

•••••

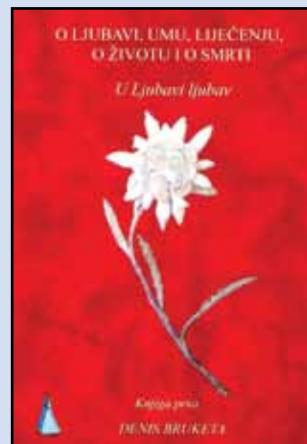
Zbornik radova
4. znanstvenog simpozija
„Josip Matovinović“.

Urednik akademik Zvonko Kusić.
Izdanie Medicinske naklade Zagreb,
2014. Deset poglavija,
25 autora različitih specijalnosti.



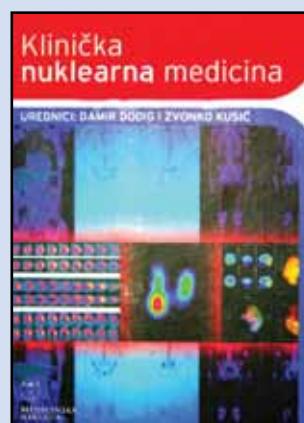
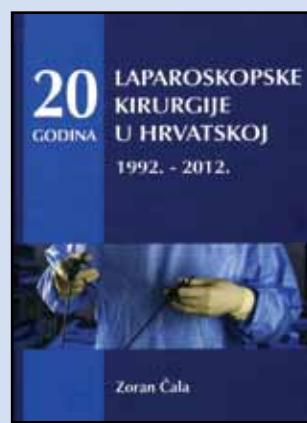
Opseg djela: 317 stranica, 29 tablica
i 21 ilustracija, 6 poglavja,
literatura: 35 referenca.
Popularno-stručno djelo za široku publiku.
Autor je endokrinolog

O sadržaju govorim sam naslov:
O ljubavi, umu, liječenju,
o životu i o smrti.
U ljubavi ljubav, knjiga prva.
Autor dr. Denis Bruketa iz Zadra.
Opis: 431 stranica, broširano;
izdavač Bona vita, Zadar, 2013.
e-adresa: shushu@net.hr



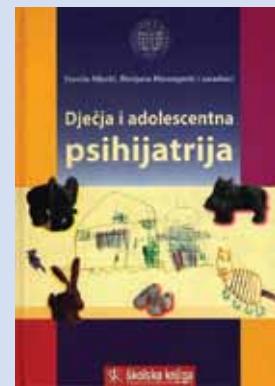
Izdavač Alfa, Zagreb, 2013.
Opis: IX, 514 str., 42 članka
(10 od hrvatskih, ostalo od slovenskih
autora), ilustrirano; 24 cm.
Iz Biblioteke obiteljske medicine.
Predmetno kazalo.
ISBN 9789532974867

Izdavač Hrv. Društvo za
endoskopsku kirurgiju HLZ-a,
Zagreb, 2013, tvrdi uvez,
ilustracije u boji, 96 str.,
literatura



Urednici Damir Dodig i Zvonko Kusić,
39 autora. Drugo izdanje (prvo je tiskano
1999.) Format: 17 x 24 cm.
Izdavač HAZU, Zagreb, 2012.
Opis: 335 stranica, tvrdi uvez.
ISBN: 978-953-176-585-5

Medicinska naklada,
Zagreb, 2014.
Format: 17 x 24 cm,
350 str., tvrdi uvez,
slike u boji, pregledne tablice,
189 kn.



Nema bibliografskih podataka.

Kongresi, simpoziji i predavanja

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske lječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“). • Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi **Fulvii Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 – 16,00 sati, a srijedom od 10,30 – 18,30 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

- Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Lječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt

telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije. Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

- Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak „Lječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogovoriti s poduzećem za marketing „**Bonamark**“ (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01/4922-952, tel. 01/4818-600, mail: bonamark@bonamark.hr), po postojećem cjeniku za oglašavanje u „Lječničkim novinama“.

• 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 bolnica

KBC - Klinički bolnički centar

MEF, gen. MEF-a - Medicinski fakultet

MZ - Ministarstvo zdravlja 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 – Europski trauma tečaj (ETC – European Truma 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 anestezioligu, 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

Edukacija iz neurofiziološke tehnike

- Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro – Klinika za neurologiju

Kontinuirana individualna edukacija

Papo Željka, tel.: 01/2388-352

200kn po danu edukacije

Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,

mob.: 098/235-718,

e-mail: dmiklic@hotmail.com

3.500,00kn

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

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

Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728
Tijekom 2014. god.

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.leppée@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/>
Cijena: 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
Zageb, 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

Ultrazvučna dijagnostika razvojnog poremećaja kuka kod djeca

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

Suvremeni 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

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

Pričajmo o shizofreniji

Hrvatsko psihijatrijsko društvo
on-line, 20.02. – 31.12.2014.
Iva Tonković, tel.: 01/6610-762

Endokrinologija i dijabetologija u obiteljskoj medicini

Udruga za razvoj i unapređenje Zavoda za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma
on-line, 25.04.-25.07.2014.
Ivan Kruljac, mob.: 099/2179-089; e-mail: ivkruljac@gmail.com
1.100,00kn + PDV

Bol

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.06.2014. – 31.10.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Depresija i komorbiditetne bolesti

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.07.2014. – 30.11.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Alzheimerova bolest i demencije

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.08.2014. – 15.12.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Peptična ulkusna bolest, GERB

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 02.06.2014. – 31.10.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

MSD akademija – Pristup liječenju šećerne bolesti tipa 2 u ordinaciji obiteljske medicine

Dedal komunikacije d.o.o.
www.msd-akademija.com, 01.05.-01.12.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905

Neurodegenerativne bolesti – Multipla skleroza, epilepsija, demencija

C.T. – Poslovne informacije d.o.o., Časopis Medix
Časopis Medix, svibanj, lipanj, srpanj 2014.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, www.medix.com.hr;
medix@ct-poslovneinformacije.hr

Organizacija trajne izobrazbe liječnika nakon ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju

HLK
on-line, 13.05.-20.12.2014.
Dedal komunikacije d.o.o., Zoran Milas, tel.: 01/3866-905
www.e-medikus.com

SRPANJ

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 21.-24.07.2014.
Dr. Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

Stress: Comprehensive & Authentic Summer School

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 21.-25.07.2014.
Jelena Šuran, mob.: 091/1527-451
300,00EUR

Ssimpozij povodom svjetskog dana hepatitisa

HLZ, HD infektologa
Zagreb, 25.07.2014.
Nevenka Jakopović, mob.: 091/4012-681

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 28.-31.07.2014.
Dr. Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

KOLOVOZ

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 04.-07.08.2014.
Dr. Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

Trauma kralježnice i vrata

Zavod za hitnu medicinu Zadarske županije
Zadar, 13.08.2014.
Ines Tudor, mob.: 098/537-076

Blago neuromotorno odstupanje

Akademija za razvojnu rehabilitaciju
Vela Luka, 25.-26.08.2014.
Silvija Philipps Reicherzer, mob.: 091/6677-643
1.500,00kn

RUJAN

Petnaesta lošinska škola prirodnih ljekovitih činitelja:

Hrvatska

- potencijali za zdravstveni i lječilišni turizam

AMZH, HLZ Lječilište Veli Lošinj
Veli Lošinj, 05.-06.09.2014.
„Atlantis“, gđa. Mirjana Horvat, tel.: 01/4811-155, prim. Goran Ivanišević, mob.: 091/5624-163; e-mail: g_ivanisevic@hotmail.com
700,00kn, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Praktikum iz bihevioralno-kognitivnih terapija I (prvi stupanj)

Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije
Zagreb, 05.09.2014.-10.01.2015.
Dragana Markanović, tel.: 01/4827-795
4.480,00kn

PIN 2014

Neuronet – Udruga za istraživanje neuroloških bolesti i pomoći neurološkim bolesnicima
Opatija, 05.-07.09.2014.
Branimir Nevajda, mob.: 091/1767-777
1.500,00kn

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 Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

Praktikum iz bihevioralno-kognitivnih terapija II (drugi stupanj)

Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije
Zagreb, 12.09.2014.-11.06.2015.
Dragana Markanović, tel.: 01/4827-795
11.860,00kn

Jednostavna primjena kontaktnih leča za nepravilne rožnice: Od osnovnih Rose K2 dizajna do nove XL semiskleralne leče

Hrvatsko oftalmološko društvo – kontaktološka sekcija
Zagreb, 13.09.2014.
Adrian Lukenda, mob.: 099/8504-350

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

Kronične rane

KBC "Sestre milosrdnice"
Zagreb, 17.09.2014.
Dr. Sanja Špoljar, tel.: 01/3787-267

V. međunarodni stručno-znanstveni skup

- Zaštita na radu i zaštita zdravlja

Veleučilište u Karlovcu, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatsko ergonomijsko društvo i Boise State University, SAD
Zadar, 17.-20.09.2014.
Jasna Krainz, prof., e-mail: jkrainz@hzzsr.hr
Do 10.07.2014. – Za autore radova ih RH 1.200,00kn,
za autore izvan RH 170,00EUR
Od 11.07.2014. – Za autore radova ih RH 1.500,00kn,
za autore izvan RH 200,00EUR
Za ostale sudionike skupa 1.000,00kn

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

Osnovni tečaj laparoskopske kirurgije

Aesculap akademija d.o.o.
Zagreb, 24.-26.09.2014.
Sonja Šikić, mob.: 091/2356-748
3.000,00/3.500,00kn

Minimalno invazivne metode u liječenju degenerativnih bolesti slabinske kralježnice

HLZ-HD za spinalnu kirurgiju
Zagreb, 25.-26.09.2014.
Dr. Marinko Kovačević i gđa. Dijana Regvar, tel.: 01/3787-522,
mob.: 095/8521-454, e-mail: neuroklinika@kbcsm.hr, info@spine.hr
700,00/1.000,00kn

II. savjetovanje – Sigurnost u zdravstvenim ustanovama

Poslovno učilište integralna sigurnost i razvoj

Opatija, 25.-26.09.2014.

Anita Končar, mob.: 099/6161-221

1.250,00kn

XV. simpozij – Ortopedska pomagala 2014.

KBC Zagreb, Kl. zavod za rehabilitaciju i ortopedска pomagala,

Društvo za protetiku i ortotiku - ISPO Croatia

Poreč, 25.-27.09.2014.

Biserka Tominić, tel.: 01/2367-901, e-mail: btominic@kbc-zagreb.hr

Do 31.07.2014. 1.000,00kn (900,00kn članovi ISPO i specijalizanti, pratnja 700,00kn, jednodnevna kotizacija samo za stručni skup 500,00kn)

Nakon 31.07.2014. za sve sudionike i pratnju 1.100,00kn

Ortopedska pomagala 2014

Kl.zavod za rehabilitaciju i ortopedска pomagala KBC Zagreb

Poreč, 26.09.2014.

Biserka Tominić, tel.: 01/2367-901

1.150,00kn

Advanced Paediatric Life support

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, Sekcija za pedijatrijsku i neonatalnu intenzivnu i urgentnu medicinu, MEF Sveučilišta u Splitu Split, 26.-28.09.2014.

Prof.dr.sc. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590,

e-mail: julije.mestrovic@gmail.com

2.000,00kn

Spolno prenosive bolesti – novi obzori

HD za spolno prenosive bolesti HLZ-a, Hrvatsko dermatovenerološko društvo HLZ-a, Katedra za dermatovenerologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu uz podršku IUSTI (IUSTI – International Union Against Sexually Transmitted Infections – European Branch)

Brijuni, 26.-28.09.2014.

Spektar putovanja d.o.o., Ana Miškulin, tel.: 01/4862-606, fax.:

01/4862-622, e-mail: ana.miskulin@spektar-holidays.hr,

www.sti-brijuni2014.com

Rana (do 31.07.2014.) 2.310,00kn; Kasna (od 01.08.2014.) 2.700,00kn; specijalizanti, med.sestre i umirovljenici 770,00kn; izlagači 770,00kn; osobe u pratnji 770,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a

Rijeka, 27.09.2014.

Nenad Pandak, tel.: 035/230-860, e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Holistički pristup liječenju sepsa

HLZ, HD za kemoterapiju

Zagreb, 27.09.2014.

Arijana Pavelić, tel.: 01/2826-190, e-mail: apavelic@bfm.hr
300,00 – 500,00kn

Minimalno invazivne tehnike u liječenju

kronične boli

HLZ, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju

Zagreb, 27.-28.09.2014.

Davorka Stošić, tel.: 01/3712-359

500,00kn članovi HDR, ostali 1.000,00kn

O čemu govore Europske smjernice o prevenciji kardiovaskularnih bolesti?

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)

Zagreb, 30.09.2014.

<http://www.amzh.hr/skupovi.html>

4. hrvatski kongres – Dileme u neurologiji i 3. hrvatski kongres intenzivne neurologije s međ.sud.

Rovinj, 30.09. – 05.10.2014.

KL za neurologiju MEF Zagreb i KBC-a Zagreb

Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, dr.med., tel.: 01/2388-310;

fax.: 01/2376-021; e-mail: predstojnik.nrl@kbc-zagreb.hr;

www.neuroloskikongres-tecajevi.com

Uplata do 01.07.2014. – 2.600,00kn; 2.800,00kn (uplata do 01.09.2014.)

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, mob.: 098/210-155; e-mail: kongres@studiohrg.hr; ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr; www.alzheimer2014.com

Nasljeđivanje raka dojke, genetsko testiranje, savjetovanje i profilaktička masektomija

Udruga „Sve za Nju“

Zagreb, 02.10.2014.

Ljiljana Vukota, mob.: 091/3337-832

6. kongres Hrvatskog društva radiologa

HLZ, HD radiologa

Osijek, 02.-05.10.2014.

Dr. Damir Štimac, mob.: 098/799-166

300,00/150,00EUR

XVIII. kongres HUDHMP s međ.sud.:

Učimo na iskustvima 3

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći

Selce, 02.-05.10.2014.

Jasminka Perić, mob.: 099/8847-466

500,00kn

Biopsihosocijalni koncept depresije: sistemska pristup

Udruga Breza
Našice, 03.-04.10.2014.
Božidar Popović, mob.: 092/1602-920,
e-mail: salutogeneza1@gmail.com
Do 30.06.2014. – 550,00kn, postlige 30.06.2014. – 650,00kn

8. Hrvatski internistički kongres s međ.sud.

Hrvatsko internističko društvo HLZ-a
Opatija, 03.-05.10.2014.
Prim.dr. Dragutin Ivanović, tel.: 01/2367-427, faks: 01/2367-429,
e-mail: info@ik-2014.com; http://www.ik-2014.hr
1.100,00kn

XIV. kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora

HD obiteljskih doktora HLZ-a
Zagreb, 03.-05.10.2014.
Nina Dumančić – PerfectMeetings, tel.: 01/4827-279;
fax.: 01/4832-330; e-mail: nina.dumancic@perfectmeetings.hr;
www.hdod.net
1.200,00kn; 1.000,00kn za članove HDOD

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 06.-09.10.2014.
Dr. Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

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, gušterice i žučnih vodova – HPB
Split, 08.-12.10.2014.
www.2nd-hpb-split.conventuscredo.hr
Conventus Credo d.o.o., marin@conventuscredo.hr,
anja@conventuscredo.hr;
tel.: 01/4854-696, mob.: 099/4406-728

ERA-EDTA introductory course on Epidemiology

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Pula, 09.-10.10.2014.
Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045,
www.hdndt.org; www.era-edta.org

XII. kongres Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja

HLZ, HD medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja
Opatija, 09.-11.10.2014.
Vlasta Zajic Stojanović, dr.med., mob.: 099/8070-303,
dr. Srebrenka Mesić, mob.: 099/8070-359
750,00kn

Infektivni rizici u turističkoj medicini

ZJZ županije Istarske
Pula, 10.10.2014.
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

2. simpozij HD za znanost o laboratorijskim životinjama

Veterinarski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 10.10.2014.
Maja Lang Balija, mob.: 091/5829-908
200,00kn

2. međunarodni kongres nutricionista

Hrvatski Zbor Nutricionista
Varaždin, 10.-12.10.2014.
Valerija Bukvić, mob.: 091/5641-319
700,00kn

7. hrvatski kongres nefrologije, dijalize i transplantacije s međ.sud.

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Pula, 10.-13.10.2014.
Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045, www.hdndt.org
2.310,00kn

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

Sindrom iritabilnog crijeva: Od proljeva do opstipacije – dijagnostika, diferencijalna dijagnostika i liječenje

MEF Sveučilišta u Zagrebu i KB „Sveti Duh“
Zagreb, 11.10.2014.
Dr. Saša Gulić, mob.: 091/3713-366, e-mail: sasa.gulic@yahoo.com
Dr. Karolina Majstorović, mob.: 091/3713-425,
e-mail: majstork@gmail.com
450,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a
Rijeka, 11.10.2014.
Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,
e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a
Varaždin, 11.10.2014.
Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,
e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Dubrovačka škola lipidologije

HLZ, HD za aterosklerozu
Dubrovnik, 11.-14.10.2014.
„Spektar putovanja“ d.o.o., Ana Miškulin, tel.: 01/4862-606
1.000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog 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

Desetljeća kosti i zglobova

KB Dubrava

Zagreb, 14.10.2014.

Blanka Kovačić, tel.: 01/2903-434

**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

6. hrvatski kirurški kongres s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatsko kirurško društvo HLZ-a

Zagreb, 15.-18.10.2014.

Studio HRG d.o.o., Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-450,

mob.: 098/210-155; e-mail: kongres@studiohrg.hr;
pmatjase@kbc-zagreb.hr; www.surgery 2014.com

**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 Mediicne Andrija Stampar School
of Public Health

WHO Collaborating Centre for Occupational Health

Dubrovnik, 16.-17.10.2014.

Nevenka Jakopović, e-mail: njakopovic@bfm.hr

XI kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva

HLZ – Hrvatsko pedijatrijsko društvo

Dubrovnik, 16.-19.10.2014.

Prof.dr.sc. Julije Meštrović, prim.dr.sc. Marija Radonić,
mob.: 091/4317-189

500,00kn

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
osvrtom 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, f
ax.: 021/556-592

**Napredni tečaj endoskopске kirurgije preponske,
incizione i hijatalne hernije**

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 22.-24.10.2014.

Sonja Šikić, mob.: 091/2356-748

4.000,00kn

**16. godišnji kongres Hrvatskog reumatološkog društva
HLZ-a**

HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo

Šibenik, 23.-26.10.2014.

„Atlantis“, gđa. Mirjana Horvat, tel.: 01/4811-155, prim. Goran

Ivanisević, mob.: 091/5624-163 e-mail: g_ivanicsevic@hotmail.com

1.000,00kn do 01.09.2014., nakon toga 1.500,00kn; specijalizanti

600,00kn; umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

2. hrvatski simpozij o raku jajnika

Hrvatsko ginekološko onkološko društvo (HGOD)

Zagreb, 24.10.2014.

„Spektar putovanja“ d.o.o., Ana Miškulin, tel.: 01/4862-606

Prof.dr.sc. Vlastimir Kukura, tel./fax.: 01/2431-391,

e-mail: vlastimir.kukura@zg.t-com.hr; www.hgod.hr

Sudionici 400,00kn; članovi HGOD-a 300,00kn;

umirovljeni liječnici i specijalizanti 200,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a

Slavonski Brod, 24.10.2014.

Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,

e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

4. kongres prirodne medicine

Udruga „Prirodna medicina“

Zagreb, 25.10.2014.

Darko Vučnović, mob.: 091/2330-925

150,00kn

STUDENI

**HDIR-3: From Bench to Clinic – 3rd Meeting with
International Participation**

HD za istraživanje raka (HDIR)

Zagreb, 06.-07.11.2014.

Petar Ozretić, tel.: 01/4571-292

370,00kn (studenti 185,00kn)

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

Profesionalne bolesti stomatologa

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 08.11.2014.
Lada Prišlić, tel.: 01/4802-123
700,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a
Zadar, 08.11.2014.
Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,
e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Anksiozni poremećaj kod djece i mlađeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mlađež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 10.11.2014.
Tajništvo, tel.: 01/4862-501
60,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog 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 osvrtom na određivanje sorbata i benzoata

ZJZ županije Istarske
Pula, 14.11.2014.
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

Croatian Virus Workshop – CroViWo

Hrvatsko mikrobiološko društvo
Rijeka, 14.11.2014.
Igor Jurak, tel.: 051/584-580
100,00kn

1st SeENS Endoscopic Pituitary Surgery Workshop; Endoscopic Endonasal Surgery of Pituitary Lesions- Present Advantages and Limits

HD za cerebrovaskularnu neurokirurgiju
Zagreb, 14.11.2014.
Dr.sc. Vatroslav Čerina, mob.: 098/708-643
70,00/100,00EUR

Drugi dani humane genetike prof.dr.sc.Ljiljane Zergollern-Čupak

HLZ, HD za humanu genetiku
Zagreb, 14.-15.11.2014.
Ljubica Boban, mob.: 098/803-836,
e-mail: dani.humane.genetike@gmail.com

Škola hitne medicine

HLZ, HD za hitnu medicinu
Zagreb, 14.-15.11.2014.
Višnja Neseck Adam, tel.: 01/3712-359
500,00kn specijalizanti; 700,00kn specijalisti

Individualna psihoterapija djece i mlađeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mlađež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 17.11.2014.
Tajništvo, tel.: 01/4862-501
60,00kn

Radiološki prikaz patologije paranazalnih 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, tel.: 01/6110-450;
mob.: 098/210-155; e-mail: kongres@studiohrg.hr;
smmarasanov@gmail.com; www.neurosurgery2014.com

PROSINAC

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog 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