

LIJEČNIČKE NOVINE

GODINA XIV
BR. 142
15.IX.2015

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



U OVOM BROJU:

Promjene Statuta na izvanrednoj sjednici Skupštine Komore

Poziv članovima da sudjeluju u izmjenama Statuta

Reagiranje Komore na Dodatak Kolektivnom ugovoru

Neprimjereno oglašavanje i rušenje cijene rada privatnika



ISSN 1333-2775

Oni su odlučili: liječnicima upola manje!

IMPRESUM

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 20.000 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 20.000 copies

LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

IZDAVAČKI SAVJET

Nikolina Budić, dipl.iur.
Dr. Miran Čvrtković
Mr. sc. Trpimir Goluba
Dr. sc. Miro Hanževacki
Dr. Eva Jendriš Škrljak
Dr. Ivan Lerotic
Dr. sc. Krešimir Luetić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. Darija Moguš Vončina
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić
Dr. sc. Iva Pejnović Franelić
Dr. sc. Ivan Raguž
Dr. Dragan Soldo
Doc. dr. sc. Davor Vagić
Prof. dr. sc. Lada Zibar

UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek
Nikolina Budić • Egipio Čepulić
Stella Fatović Ferencić
Franjo Husinec • Josip Jelić
Željko Krznarić • Slavko Lovasić
Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahovlić
Ingrid Márton • Hrvoje Minigo
Matija Prka • Dražen Pulanić
Lijana Puljak • Katarina Sekelj Kauzlaric
Ivana Vučak

UPUTE SURADNICIMA

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

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

Prijelom A. Boman Višić
Tisak "Mediapro - Tiskara Hrastić d.o.o."

KAZALO

RIJEČ PREDSJEDNIKA	5
Hrvatski liječnik žrtva neliječničkih sindikata	
IZ KOMORE	6
Reagiranje na Dodatak Kolektivnom ugovoru	
Skupština Komore u rujnu	
Poziv članstvu na izmjene Statuta	
Sprječiti neprimjereno oglašavanje i cijene	
Izjednačavanje naziva i prava specijalistima	
Stav Komore o „Otvaranju hrvatskih bolnica“	
MOTOVUNSKA LJETNA ŠKOLA ZDRAVLJA	14
Zdravstveni sustav i politika * Položaj liječničkih komora u EU	
Javnost o zdravstvenom sustavu i HZZO-u * Prekogranična zdravstvena zaštita	
Obavezna "košarica usluga" * Promjene u bolničkom sustavu * Odlučivanje na temelju dokaza	
Razvoj hitne medicinske službe * Oživljavanje u zajednici *	
IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA	30
Lijekovi za hepatitis * Intervencijska radiologija * Studij menadžmenta u zdravstvu	
Udruga pacijenata s aritmijama * Vlada o dopunama KU-a * Posjećenost Cochrane sažetaka	
UPUZ o gubitku bolnica * Priznanje Zavodu za hitnu medicinu PGŽ-a	
HZZO-ov vodič za samopomoć	
2. Kongres hrvatskih alergologa i kliničkih imunologa s međunarodnim sudjelovanjem	
COCHRANE ZANIMLJIVOSTI	36
Lijekovi za bolnu menstruaciju	
NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE	39
NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA	58
Kongres farmakoekonomike * Tečaj videoskopske kirurgije * Tribina o potrošnji lijekova	
Škola i medicina ronjenja	
OTOČNA MEDICINA	61
Zdravstvena zaštita na otoku Mljetu	
PISMO UREDNIŠTVU	63
Koncesija „domskog“ liječnika obiteljske medicine	
FARMAKOVIGILANCIJA	64
Novosti iz HALMED-a	
IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE	66
Dr. Nikola Nikolić od Jasenovca do Golog otoka	
LIJEĆNICI U SLOBODNO VRIJEME	74
Palmira - u zadnji čas	
HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI	78
Dr. Juraj Amšel – olimpijac i rekorder	
UREDNIKOV KUTAK	81
Anketa o „Liječničkim novinama“	
Čudan znanstveni rad o balneoterapiji	
KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA	84

Na naslovnoj stranici s lijeva nadesno: Anica Prašnjak, Spomenka Avberšek, Siniša Varga, Vlasta Vuković Hoić i Marijan Cesarik

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

MR. SC. TRPIMIR GOLUŽA

Predsjednik Hrvatske liječničke komore

Hrvatski liječnik - žrtva neliječničkih sindikata, kolega "uspješnih" političara i međuliječničkog neuvažavanja



Drage kolegice i kolege,
prije nešto više od mjesec dana, potpisivanjem Dodatka I. Kolektivnom ugovoru za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, potvrđeno je kako živimo u društvu u kojem je normalno da radna prava liječnika zajednički određuju čelnica sindikata koji prvenstveno okuplja nezdravstvene radnike u zdravstvu i predstavnice sindikata medicinskih sestara i tehničara. Srećom po pacijente, za sada u Hrvatskoj još uvijek nije normalno da nezdravstveni radnici, medicinske sestre i tehničari rade posao liječnika i snose za njega odgovornost.

Dok mi liječnici obavljamo najsloženiji i najodgovorniji posao u sustavu zdravstva i zdravstvenog osiguranja, naša radna prava određuju ljudi koji nemaju razinu naše stručne osposobljenosti, ne poznaju specifičnost našeg poziva te ne dijele našu profesionalnu odgovornost i sudbinu. Ti ljudi niti znaju, niti su motivirani primjereno zaštitići naša radna prava. Što više, oni degradiranjem radnih prava liječnika, sebi osiguravaju odredene pogodnosti.

Prijedlog novog Pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca, kojim se omogućava rad izvan radnog vremena kod drugog poslodavca, polazi od pretpostavke da su svi liječnici neradnici sve dok im se suprotno ne dokaže. Dokaz rada trebalo bi biti isključivo fakturiranje tri iznosa vlastite bruto plaće, pri čemu je cijena usluge koja se fakturira višestruko podcijenjena, a pri tome ostvarena radna satnica znatno viša od zakonom dopuštene.

Takvo uvredljivo polazište i „fakturirano“ rješenje, potpuno nepoznato u ostalim zemljama EU-a, zorno oslikavaju trenutnu poziciju liječnika u hrvatskom društvu.

Liječnike se, umjesto društvenom vrijednošću, doživjava problemom koji treba disciplinirati ograničavanjem prava na dodatan rad od kojeg država ima višestruku korist: poticanje izvrsnosti u djelatnosti, skraćivanje listi čekanja, povećanje poreznih priho-

da, zadržavanje visokoobrazovanog stručnog kadra.

Hrvatska liječnička komora drži nedopustivim da liječnici u Hrvatskoj budu taoci reprezentativnih sindikata u zdravstvu koji nemaju legitimitet zastupanja liječnika. Smatramo štetnim, za nacionalne interese Republike Hrvatske, da kompletan liječnički korpus bude žrtva neobuzdanih taština ljudi koji su zaboravili svoje temeljno zvanje. Kolega koji se osobno doživljavaju uspješnim političarima, pri čemu svoj uspjeh temelje na zatiranju elementarnih prava svojih kolega.

hvatno i potpuno rješavanje moglo provesti u roku od dvije godine, umjesto da je riješen postao je kroničan. Danas njegove posljedice trpe svi ortopedi i svi traumatolozi, a odgovornost za neodgovornost koja ga je prouzročila još uvijek nitko nije snosio.

Obaveza je kolega ortopeda i kirurga traumatologa usuglasiti način na koji će se i jednima i drugima, pod određenim uvjetima, omogućiti izjednačavanje naziva, prava i kompetencija sa specijalistima ortopedije i traumatologije u cijeloj Europskoj Uniji. Rješenje vidimo u donošenju pravilnika kojim bi se, svim zainteresiranim specijalistima određene specijalističke grane s užom specijalizacijom, a na temelju precizno utvrđenih uvjeta i razlikovnih programa, utvrdila mogućnost stjecanja statusa specijalista iz nove specijalizacije. Pri tome treba uzeti u obzir i stečeno stručno radno iskustvo zainteresiranog specijalista. U procesu iznalaženja adekvatnog rješenja, Komora je spremna aktivno sudjelovati.

Međusobno uvažavanje, kolegijalnost, dobronamjernost, principijelnost i odlučnost preduvjeti su koje trebamo oživotvoriti kako bismo se uspjeli izboriti za poziciju u društvu koju objektivno zaslužujemo. Sitne, osobne interese ne smijemo prepostaviti kolektivnim strukovnim i staleškim. Naša nezrelost za iznalaženje optimalnih rješenja za unaprijeđenje struke, radnih i socijalnih prava liječnika, pasivnost i razjedinjenost omogućuju onima koji odlučuju da nas dovedu u stanje općeg nezadovoljstva i frustriranosti. **Hrvatski liječnik ne smije biti ničija žrtva, a poglavito ne smije biti zatočenik vlastitog ega i ega svojih kolega!**

Vrijeme je za preokret! Uvjerimo odgovorne da su priznavanje specifičnosti liječničkog poziva kroz omogućavanje strukovnoga kolektivnog pregovaranja za liječnike i izrada objektivnih kadrovsko-vremenjskih normativa usluga u zdravstvu temelj i nužnost za poželjnu funkcionalnost i učinkovitost zdravstvenog sustava. Na dobrobit društva u cjelinji!

Reagiranje Hrvatske liječničke komore I. kolektivnom ugovoru za djelatnost zdravstvenog osiguranja

Hrvatska liječnička komora izražava duboko nezadovoljstvo i zabrinutost, ne samo sadržajem već i načinom na koji je dogovoren Dodatak I. Kolektivnom ugovoru za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja.

Sporazumom koji se odnosi i na liječnike, a kojim su se sporazumjeli ministar zdravlja RH i predstavnice sindikata koje nemaju legitimitet zastupanja liječnika, liječnicima je kao i svim ostalim zaposlenicima u djelatnosti zdravstva

i zdravstvenog osiguranja uskraćeno pravo na uvećanje plaće po osnovi ostvarenih godina radnog staža u visini od 4, 8 i 10 posto.

Istovremeno, Dodatak je zbog „iznimne odgovornosti za život i zdravlje ljudi“ svim zdravstvenim i nezdravstvenim radnicima, osim doktorima medicine i doktorima dentalne medicine, tzv. dodatkom za odgovornost, plaća povećana za 4 %, dok je liječnicima taj dodatak povećan za svega 2 % od osnovne plaće.

Ovaj najnoviji dogovor ministra zdravlja i sindikata u zdravstvu zorno pokazuje kako se, Zakonom o reprezentativnosti udrug poslodavaca i sindikata, liječnike u potpunosti eliminiralo kao pregovaračku skupinu iz socijalnog dijalogu.

Iako je zakonodavac odredio da su liječnici „temeljni i mjerodavni nositelji zdravstvene djelatnosti“ te da kao takvi imamo najveću odgovornost u sustavu, liječnici su „sindikalnim inženjeringom“ pod pokroviteljstvom Vlade RH

Oni su odlučili: liječnicima upola manje!



EPILOG: Ministar zdravlja RH, prim. Siniša Varga, i sindikalne povjerenice potpisali su Dodatak I. Kolektivnom ugovoru za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, kojim je liječnicima ukinuto pravo na povećanje plaće po osnovi ostvarenih godina radnog staža u visini od 4, 8 i 10 posto te povećan dodatak za odgovornost za 2 % od osnovne plaće.

U namjeru zaključivanja dodatka zdravstva i zdravstvenog osiguranja

u stvarnosti marginalizirani. Hrvatska liječnička komora upozorava Vladu RH da je krajnje vrijeme da se prizna specifičnost liječničkog poziva te da se legitimi predstavnici liječnika prihvate kao istinski partneri u definiranju ukupnih odnosa u zdravstvenom sustavu.

To je jedini način očuvanja prihvatljive razine zdravstvene skrbi u Republici Hrvatskoj.

Hrvatska liječnička komora poziva Vladu RH da odustane od potpisivanja Dodatka I. Kolektivnom ugovoru za

djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja te da se o njegovim promjenama usuglasi s ključnim dionikom u sustavu zdravstva – liječničkim korpusom.

Strukovni kolektivni ugovor za liječnike dogovoren s predstavnicima Hrvatskog liječničkog sindikata bio bi prva prava mjera u iskazivanju ozbiljnih namjera Vlade RH za zaustavljanje emigracije liječnika iz Hrvatske.

U protivnom, bit će u cilju očuvanja zdravstvenog sustava, zaštite

prava bolesnika te očuvanja digniteta liječničke struke primorani podnijeti Ustavnu tužbu protiv diskriminacionog odnosa prema nositeljima zdravstvene djelatnosti.

Zagreb, 4. kolovoza 2015.

Mr. sc. Trpimir Goluža, dr. med., predsjednik Hrvatske liječničke komore



3. SJEDNICA IZVRŠNOG ODBORA

Skupština Komore u rujnu, na dnevnom redu izmjene i dopune Statuta

Tekst i slike Andreja Šantek

Predsjednik Komore mr. sc. **Trpimir Goluža** informirao je članove Izvršnog odbora na 3. sjednici održanoj 27. kolovoza da je, zbog nužnosti poštivanja zakonskih obveza, predsjednici Skupštine Komore dr. sc. Ines Strenja-Linić uputio zahtjev za sazivanje Skupštine i predložio da se

ta održi u subotu 26. rujna ove godine. Naime, članak 32. Zakona o finansijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija obvezuje Komoru na reviziju finansijskog poslovanja, a članak 6. Zakona o reviziji nalaže Skupštini Komore da do 30. rujna ove godine imenuje revizora.

Na predstojećoj sjednici Skupštine, u cilju provedbe nove sistematizacije radnih mjesta u Komori, bit će izmijenjen i dopunjeno Statut HLK-a. Izvršni odbor je slijedom toga pokrenuo postupak izmjena i dopuna Statuta Komore te osnovao radnu skupinu za provedbu tog postupka u koju su imenovani dr. **Miran**

Cvitković, dr. Ivan Lerotić, dr. Miroslav Hanževački, dr. Ines Strenja-Linić, Nikolina Budić, dipl. iur., i Maja Lacković, dipl. iur.

Reorganizacija rada u Komori preduvjet je za nov način vođenja Komore koji će počivati na dominantnoj ulozi izabranih dužnosnika – liječnika članova Komore, a ne, kao što je to bio slučaj do sada, stručnih službi. Novom sistematizacijom i reorganizacijom poslovnih procesa rad svake stručne službe nadzirat će pojedini dužnosnik Komore. Ukinut će se radno mjesto tajnika Komore, budući da će novo vodstvo izravno suradivati sa stručnim službama. Formirat će se nova ustrojstvena jedinica - Ured predsjednika HLK-a koji će uz predsjednika Komore činiti njegova tajnica i voditeljica središnjeg ureda HLK-a. Stručne službe vodit će visoko obrazovani djelatnici Komore.

Sukladno tome, izmijenit će se Pravilnik o ustroju i radu stručnih službi HLK-a, a izmijene i dopune će u roku od 15 dana pripremiti radna grupa u sastavu dr. Miran Cvitković, dr. Miroslav Hanževački, dr. **Davor Vagić** i Maja Lacković, dipl. iur. Odluka o novom Pravilniku treba biti usuglašena do sjednice Vijeća Komore koja će se održati 19. rujna ove godine. Promijenit će se i odnos Komore prema zdravstvenoj administraciji. Naime, kako je rekao dr. Goluža, Komora će biti podrška svakoj zdravstvenoj administraciji koja će uvažavajući liječnike nastojati uestiti red u zdravstveni sustav. Pri tome će pro aktivno djelovati, nudeći rješenja, uz očekivanje da će administracija Komoru prihvati kao dobromanjernog i konstruktivnog partnera.

Izvršni odbor prihvatio je izvješće Radne skupine za rješavanje informatičkih softverskih aplikacija HLK-a koju je vodio dr. sc. **Krešimir Luetić**. U svojim zaključcima radna skupina je predložila Izvršnom odboru redefiniranje ugovorene suradnje s tvrtkom Perpetuum Mobile d.o.o. Izvršnom odboru preporučeno je angažiranje stručnog suradnika – konzultanta na poslovima informatizacije koji bi jamčio kvalitetno, pouzdano i pravovremeno izvršenje ugovorenih poslova vezanih uz informatizaciju Komore.

Izvršni odbor ovlastio je predsjednika Komore da pregovara s predstvincima tvrtke Perpetuum Mobile d.o.o radi redefiniranja ugovornih odnosa. Također je donesena odluka o sklapanju Ugovora o pružanju konzultantskih usluga za proces informatizacije HLK-a s tvrtkom ZI5 d.o.o. Ugovor će se sastaviti u suradnji s odvjetničkim uredom kako bi se na najbolji mogući način zaštitali poslovni interesi Komore.

Dr. sc. Krešimir Luetić i dr. Miroslav Hanževački



ODVJETNIČKE USLUGE

Izvršni odbor donio je odluku o sklapanju Ugovora o pružanju odvjetničkih usluga s tri komplementarna odvjetnička ureda i to: Odvjetničkim uredom **Davora Lazića** iz Zagreba, Odvjetničkim uredom **Andreja Todilinga** iz Zagreba te Odvjetničkim uredom **Tomislava Jonjića** iz Zagreba. Ugovori će se sklopiti na rok od četiri godine uz mogućnost otkaza ugovora uz otkazni rok od 30 dana ili raskida s trenutnim učinkom u slučaju kršenja odredbi ugovora. Ovim ugovorima osigurana je i znatno povoljnija pravna podrška članovima Komore koji se nađu u sudskim sporovima nastalim kao posljedica profesionalnog liječničkog djelovanja.

INFORMIRANI PRISTANAK

Savjetnik predsjednika za odnose s Ministarstvom i HZZO-om dr. **Ante Zvonimir Golem** informirao je članove Izvršnog odbora da je Radna skupina za informirani pristanak proučila Pravilnik o obrascu suglasnosti i obrascu Izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka.

Zaključeno je da postojeći Pravilnik nije dobar te da ga treba unaprijediti. Temeljem zaključka Izvršnog odbora, dr. Golem i dr. Davor Vagić zaduženi su da sastave dopis Ministarstvu zdravlja u kojem će iznijeti stav o postojećim Pravilniku te službeni prijedlog Komore kojim bi se taj unaprijedio na korist pacijenata i liječnika.

RAD LIJEĆNIKA KOD DRUGOG POSLODAVCA

Dr. **Ivan Raguž** iznio je zaključak Radne skupine za reguliranje pitanja dodatnog rada liječnika za poslove iz djelatnosti poslodavca: maksimalno pojednostavljenje zakonske regulative koja bi omogućila liječnicima da dodatno rade za svoj račun iz djelatnosti poslodavca i inzistiranje na liberalizaciji dodatnog rada liječnika. Radna skupina je u skladu sa zaključcima sastavila i novi prijedlog Pravil-

nika o dopunskom radu. Pravilnik će biti upućen Ministarstvu zdravlja, kao prijedlog HLK-a za rješavanje ovoga kroničnog problema koji ugrožava interesne ne malog broja liječnika.

ADAPTACIJA STANA U VLASNIŠTVU KOMORE

Zapušteni stan veličine 70-ak m², na adresi Šubićeva 11 koji je u vlasništvu Komore, odlukom IO HLK-a adaptirat će se u stambenu namjenu. Namjera je vodstva Komore da se stan po adaptaciji, pod povoljnim uvjetima, daje u kratkoročan najam članovima Komore. Njam će biti reguliran posebnim Pravilnikom o kratkoročnom najmu stana u vlasništvu HLK-a.

UREĐENJE ARHIVA KOMORE

U Komori su pokrenuti intenzivni radovi na uređenju njezinog arhiva. Završavaju se gradevinski radovi kojima će se značajno povećati volumen i tehnička sigurnost prostora za arhiviranje.

U skladu sa Zakonom o zaštiti arhivske građe u tijeku je i izlučivanje registraturnog gradiva Komore te osiguravanje zbrinjavanja arhivskog materijala na prikladan način. U sklopu uređivanja arhiva formiranjem tzv. e-arhiva Komora provesti i digitalizaciju arhivske građe.

OSTALE ODLUKE

Izvršni odbor prihvatio je pokroviteljstvo nad kongresom "Budućnost zdravstvene industrije" koji će se u organizaciji 'Poslovnog dnevnika' održati 20. listopada 2015. u Zagrebu.

Komora je nastavila suradnju s tvrtkom Presscut, koja obavlja usluge sistematskog praćenja medija.

Potpisan je novi ugovor, a uz povoljniju cijenu ugovorena je kvalitetnija i sveobuhvatnija usluga. ●

Poziv članstvu za sudjelovanje u procesu izmjene i dopune Statuta Komore

Vodstvo Komore je 1. rujna putem newslettera i ovim pozivom, objavljenim na službenoj mrežnoj stranici HLK-a, pozvalo svekoliko članstvo Komore na aktivno sudjelovanje u postupku izmjene i dopune Statuta HLK-a.“

Drage kolegice i kolege,

tijekom protekla dva i pol mjeseca, novo vodstvo Hrvatske liječničke komore intenzivno je radilo. Detaljno smo analizirali postojeću organizacijsku strukturu i proučili sve poslovne procedure i procese u Komori. Uočili smo određene nedostatke i odredili prioritete svoga kratkoročnog i srednjoročnog djelovanja kojima ćemo unaprijediti rad Komore. Komoru namjeravamo voditi na bitno drugačiji način no što su je vodili naši uvaženi prethodnici. Bit ćemo aktivniji, brži, učinkovitiji, konkretniji, ali i otvoreniji. Kako članstvu tako i općoj javnosti. Komoru želimo izgraditi kao samostalnu i neovisnu instituciju koja će prije svega biti

u službi zaštite interesa i prava liječnika.

Da bismo to postigli nužne su određene organizacijske i kadrovske promjene u strukturi Komore. Organizacijsko restrukturiranje Komore zahtjeva promjenu Pravilnika o ustroju i radu stručnih službi HLK-a, koji se nastavlja na Statut Hrvatske liječničke komore. Stoga u određenim člancima trebamo izmijeniti i Statut HLK-a.

Do 1. listopada 2015. moramo prema zakonskim odredbama imenovati revizora finansijskog poslovanja Komore. Imenovanje revizora je u ingerenciji Skupštine HLK-a. Ponajprije će se zbog toga **26. rujna 2015.** održati **Izvanredna sjednica Skupštine HLK-a.**

Izvanrednu sjednicu iskoristit ćemo i za potrebne promjene Statuta HLK-a. Izvršni odbor HLK-a formirao je i Radnu skupinu za izmjene i dopune Statuta HLK-a. Želja nam je svakom članu Komore pružiti priliku aktivnog sudjelovanja u procesu izmjena Statuta.

Od sutra, 1. rujna 2015. zaključno s 10. rujnom 2015., imate priliku dati prijedloge izmjena ili dopuna Statuta HLK-a. Važeći Statut Hrvatske liječničke komore dostupan je na linku: <http://www.hlk.hr/876>

Lijepo Vas molimo da sve svoje prijedloge vezane uz izmjene i dopune Statuta HLK-a, pošaljete e-poštom na: hlk@hlk.hr

Radna skupina za izmjene i dopune Statuta HLK-a rado će razmotriti sve Vaše prijedloge te će konačni prijedlog izmjena i dopuna Statuta izložiti na sjednici Vijeća HLK-a koja će se održati 18. rujna 2015. godine.

**Dr. Miran Cvitković,
predsjednik Povjerenstva za ostale
liječničke djelatnosti HLK-a,
voditelj Radne skupine za izmjene i
dopune Statuta HLK-a**

Komora će sprječiti neprimjerno oglašavanje i neloyalne cijene rada liječnika privatnika

Mijo Karaula, dipl. iur., stručni suradnik Komore, tajnik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost

Hrvatska liječnička komora, putem svog Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost, nastoji unaprijediti kvalitetu rada privatnih liječničkih praksi, zdravstvenih ustanova i trgovačkih društava te ujedno osigurati pravilno obavljanje djelatnosti sukladno pozitivnim zakonskim propisima kao i propisima Komore.

U tom smislu kontinuirano pratimo **način oglašavanja** rada svih pružatelja zdravstvenih usluga, vršimo **nadzor pridržavanja Cjenika zdravstvenih usluga** Komore te reagiramo na sve uočene slučajeve neloyalne konkurenčije.

Smatramo potrebnim ukazati na **neprihvatljivu praksu pojedinih pružatelja**

zdravstvenih usluga koji, putem specijaliziranih internetskih portala za grupnu prodaju kao i drugih kanala komunikacije, učestalo oglašavaju pružanje zdravstvenih usluga ispod minimalnih cijena propisanih Cjenikom zdravstvenih usluga Komore.

Ističemo kako Hrvatska liječnička komora, sukladno članku 33. Zakona o liječništvu („Narodne novine“ br. 121/03, 117/08), određuje najnižu cijenu rada privatnih liječnika te ujedno odobrava i pojedinačnu cijenu liječničkih usluga svakom privatnom liječniku.

Zakonska je obveza svakog privatnog liječnika da u prostoru obavljanja djelatnosti istakne ovjereni cjenik zdravstvenih usluga na dostupnom i vidljivom mjestu. U postup-

ku ovjere cjenika dužnost je svakog pružatelja zdravstvenih usluga da izradi svoj cjenik usluga, i to na temelju popisa usluga iz svoje djelatnosti sadržanih u Cjeniku zdravstvenih usluga Komore, vodeći računa da njegove cijene usluga ne budu niže od onih navedenih u Cjeniku Komore.

Cjenik zdravstvenih usluga Komore javno je dostupan svima na: <http://www.hlk.hr/948>

Svi pružatelji zdravstvenih usluga kod kojih bude uočen nedopušten oblik oglašavanja, odnosno pružanje usluga ispod minimalno propisanih cijena, bit će upozoren na svoje zakonske obveze te ćemo od njih zatražiti da svoje poslovanje žurno usklade sa svim pozitivnim propisima. U slučaju nereagiranja

ili neadekvatnog reagiranja na upozorenja Komore, o navedenom ćemo izvijestiti inspekcijske službe nadležnog ministarstva te poduzeti daljnje mjere koje nam stope na raspolaganju pred nadležnim tijelima Komore.

Pozivamo sve članove Komore da podrže nastojanja Komore u zaštiti interesa kolega koji rade izvan sustava javnoga državnog zdravstva. **Molimo Vas da uočene slučajeve nedopuštenog oglašavanja i**

neprimjerenog financijskog vrednovanja zdravstvenih usluga prijave na adresu: **Hrvatska liječnička komora, Tuškanova 37, Zagreb, odnosno na e-mail: hlk@hlc.hr** ●

ZAŠTO IZVANREDNA SJEDNICA SKUPŠTINE

I Vaše mišljenje nam je bitno!

Temeljem zakonskih odredbi, Komora mora do 1. listopada ove godine imenovati revizora financijskog poslovanja Komore, što je odluka u nadležnosti Skupštine Komore. Ponajprije zbog toga će se 26. rujna ove godine održati izvanredna sjednica Skupštine. No, bit će to ujedno i prilika da se izmijeni i dopuni Statut Komore na čemu intenzivno radi Radna skupina koju predvodi predsjednik Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti dr. **Miran Cvitković**. Naime, novo vodstvo Komore je tijekom protekla dva i pol mjeseca intenzivnog rada detaljno analiziralo postojeću organizacijsku strukturu te su proučene poslovne procedure i procesi u Komori. Uočeni su određeni nedostaci što je dovelo do utvrđivanja prioriteta kratkoročnog i srednjoročnog djelovanja kojima se želi unaprijediti rad Komore. Dr. Cvitković kaže kako namjeravaju Komoru voditi na bitno drugačiji način no što su je vodili uvaženi prethodnici.

„Bit ćemo aktivniji, brži, učinkovitiji, konkretniji, ali i otvoreniji, kako prema članstvu tako i prema javnosti. Želimo izgraditi Komoru kao samostalnu i neovisnu instituciju koja će prije svega biti u službi zaštite interesa i prava liječnika. A da bismo to postigli nužne su odredene organizacijske i kadrovske promjene u strukturi Komore.

Organizacijsko restrukturiranje Komore zahtijeva promjenu Pravilnika o ustroju i radu njenih stručnih službi, a koji se nastavlja na Statut Hrvatske liječničke komore. Stoga u određenim člancima trebamo izmijeniti i Statut“, pojašnjava dr. Cvitković.

Dodatajako su htjeli omogućiti i svim članovima da aktivno sudjeluju u tom procesu te su ih pozvali da od 1. do 10. rujna upute svoje prijedloge za izmjene i dopune Statuta. Radna skupina će razmotriti sve pristigle prijedloge te će ih izložiti članovima Vijeća Komore na sjednici 18. rujna ove godine. **AŠ**

Izgubljene i otuđene članske iskaznice Komore

Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo gubitak iskaznica: dr. Dubravka Petrašević, dr. Roman Poje, dr. Ljubica Radmilović Varga, dr. Volga Rena i otuđenje iskaznica: dr. Zdenko Povšić-Čevra, dr. Matija Romic.

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

I ortopedima i kirurzima traumatoložima treba omogućiti izjednačavanje naziva, prava i kompetencija sa specijalistima ortopedije i traumatologije

Viši stručni suradnik Komore mr. sc. Tatjana Babić, dipl. iur.

Prijedlogom Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine koji je Komori, krajem srpnja ove godine, na žurno očitovanje dostavilo Ministarstvo zdravljia Republike Hrvatske, ponovo je aktualizirano pitanje izjednačavanja statusa specijalista opće kirurgije s užom specijalnošću iz traumatologije sa statusom specijalista ortopedije i traumatologije.

Ministarstvo je zatražilo od Komore „žurno“ očitovanje ne vodeći pritom računa da problematika koju regulira spomenuti Pravilnik zahtijeva detaljniju stručnu prouku i precizan analitički pristup.

Odredba Pravilnika koja je pobudila zanimanje stručne javnosti, jest odredba članka 17. prema kojoj se specijalisti opće kirurgije s užom specijalnošću iz traumatologije, u pogledu naziva, prava i kompetencija, izjed-

načuju (priznaju im se tzv. stečena prava) sa specijalistima ortopedije i traumatologije i to pod uvjetom da su u zdravstvenoj ustanovi u Republici Hrvatskoj zaposleni na poslovima uže specijalnosti iz traumatologije. Predloženom je odredbom također propisano da će na traženje specijalista opće kirurgije s užom specijalnošću iz traumatologije, a za potrebe obavljanja specijalističke djelatnosti iz ortopedije i traumatologije, Ministarstvo

rješenjem utvrditi jednakovrijednost specijalističkog naziva.

Uvažavajući, s jedne strane, kompleksnost materije koje se ova odredba samo rubno dotaknula, a s druge strane, poštujući interese i drugih liječnika specijalista (primjerice, specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije s užom specijalnošću iz reumatologije koji rade na poslovima reumatologije, zatim specijalista epidemiologije koji rade u području javnog zdravstva, specijalista interne medicine koji rade u području kliničke farmakologije...), Komora je u svojem očitovanju na prijedlog Pravilnika predložila Ministarstvu brisanje ove odredbe uz napomenu da bi o priznavanju *stečenih prava* iz nekog drugog specijalističkog područja kao i o razlikovnim programima trebalo donijeti potpuno zaseban pravilnik.

Potreba donošenja posebnog pravilnika o opisanoj problematici svojevršna je posljedica složenosti pitanja izjednačavanja pojedinih specijalističkih i subspecijalističkih područja. Naime, iako je Zakonom o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija predviđena mogućnost priznavanja stečenih prava onim liječnicima koji su određenu liječničku djelatnost obavljali najmanje tri godine u posljednjih pet godina računajući od dana izdavanja potvrde o *stečenim pravima*, Komora smatra da je tu odredbu potrebno detaljnije razraditi podzakonskim propisom (pravilnikom) u kojem bi se taksativno odredili uvjeti i rokovi te propisao postupak

priznavanja stečenih prava. Bez postojanja provedbenog propisa, odnosno bez postojeće kvalitetne i precizne podzakonske regulative kojom bi se odredio način stjecanja *stečenih prava* (ali ne ovako kako je to u predloženom članku 17. pokušalo Ministarstvo zdravlja), nije zajamčen jednak položaj svih liječnika specijalista koji se nađu u ovoj situaciji.

Komora se u svom djelovanju zalaže i za lagat će se za zaštitu i ostvarenje prava svih svojih članova, neovisno o njihovom stručnom statusu, vodeći pritom brigu da nitko ne bude posebno favoriziran niti degradiran. Prema tome, Komora će u pogledu ovog pitanja svakako nastojati zaštititi prava svih zainteresiranih liječnika te im pomoći da ostvare status koji temeljem svojih stručnih kompetencija i zaslužuju. No, da bi se to nastojanje u praksi i ostvarilo, prethodno je potrebno izgraditi kvalitetan, potpun i precizan legislativni okvir.

Odredba predloženog članka 17. prijedloga Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, ne osigurava svim liječnicima jednak položaj u pogledu stjecanja *stečenih prava* pa, slijedom toga, ne predstavlja niti dovoljno kvalitetno rješenje ovoga pitanja. Odredbom nisu u dovoljnoj mjeri predviđeni uvjeti za stjecanje *stečenih prava*, nisu određeni nikakvi rokovi, a nije niti propisan odgovarajući postupak za priznavanje stečenih prava. Prije bi se moglo reći da se radi o ishitrenoj, nedo-

voljno preciznoj i površnoj pravnoj normi koja u ovom, predloženom, izričaju nije prihvativljiva. Ministarstvo zdravlja trebalo bi donositi pravne propise kojima se svim adresatima na koje se ti propisi odnose, jamči jednak pravni položaj i jednakne mogućnosti stjecanja odgovarajućih statusa, a ne posebno isticati samo određene skupine adresata (u ovom slučaju liječnike specijaliste opće kirurgije s užom specijalnošću iz traumatologije), ne vodeći pritom računa da postoje i drugi liječnici specijalisti koji bi također imali pravo na priznavanje stečenih prava.

Nedvojben je stav Komore da se svim liječnicima osiguraju sva prava koja im objektivno pripadaju, no za to je nužno iznaci sustavna, precizna i odredena normativna rješenja. Odredba predloženog članka 17. samo je površan pokušaj, parcijalnog rješavanja vrlo kompleksnog pitanja, što s pravnog aspekta ne predstavlja rješenje koje bi u praksi rezultiralo zadovoljavajućim posljedicama, već bi u bliskoj budućnosti vrlo vjerojatno dovelo do potrebe ponovne izmjene Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

Vodeći računa o interesima svih liječnika na koje se odnosi ova problematika, Komora će djelovati proaktivno te će poticati Ministarstvo zdravlja da doneše poseban pravilnik koji bi bio cijelovito rješenje za sve liječnike kod kojih, temeljem njihovih stručnih kompetencija, postoji osnova za priznavanje stečenih prava. ●

STAV KOMORE O „OTVARANJU VRATA HRVATSKIH BOLNICA“

Hrvatska liječnička komora izražava zabrinutost načinom organiziranja i provedbom aktualnih ad hoc inicijativa u zdravstvenom sustavu. S obzirom na to da one nemaju uporište u racionalnoj organizaciji zdravstvene službe, niti u stručno utemeljenim principima pružanja zdravstvene skrbi, stječe se dojam da se radi o populističkim metodama koje prvenstveno služe zadovoljavanju trenutnih dnevno-političkih interesa. Takva nastojanja doživljavamo štetnim, jer pacijente dovode u zabludu, dezorganiziraju zdravstveni sustav te narušavaju dignitet i dostojanstvo liječničke struke u cjelini. Medijski silno promovirani i u javnosti nekritički slavljeni hrvatski zdravstveni instant noviteti: „Program plus“, „72 sata“, „Najliječnici“, „Dani otvorenih vrata“, uzrokovali

su zdravstvenom sustavu dodatne teškoće, a da pri tome nisu unaprijedili njegovu učinkovitost niti racionalizirali njegovo poslovanje.

Najnoviji projekt aktualne zdravstvene administracije „**Dani otvorenih vrata bolnica**“, nedogovoren i neusuglašen s liječnicima, predstavlja dodatan napor za zdravstvene djelatnike koji gotovo sigurno neće rezultirati unaprijeđenjem pružanja zdravstvene skrbi. Izolirani pojedinačni postupci ne mogu učiniti dijagnostiku i liječenje kvalitetnim, niti će u konačnici riješiti nečiju zdravstveni problem. Stihinski pristup navodnom rješavanju lista čekanja, čini te liste netransparentnim i suvišnim, a liječnicima onemogućuje kvalitetnu trijazu hitnosti potrebnih postupaka.

Pozivamo sve mjerodavne u društvu na ozbiljan i odgovoran pristup organizaciji i

provođenju zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. Zdravstvo je vrlo kompleksna djelatnost od iznimnog općeg društvenog interesa koja zahtijeva razborit, cijelovit i sustavan pristup. U zdravstvu ne smije biti mjesta politizaciji i populizmu.

Svjesna objektivnih teškoća u kojima se kao društvo nalazimo, Hrvatska liječnička komora spremna je aktivno sudjelovati u depolitizaciji, razvoju i poboljšanju zdravstvenog sustava. ●

Četvrti "Hospital days" u Zagrebu 1. i 2. listopada

Četvrti Hospital Daysi održat će se u Hypo kongresnom centru u Zagrebu 1. i 2. listopada 2015.

Očekuje se da će tijekom dva dana trajanja okupiti više od 700 sudionika, mahom vodećih stručnjaka s područja zdravstva, IT-ja, farmacije i zdravstvenog osiguranja iz Hrvatske i iz regije.

Riječ je o najvećoj regionalnoj poslovno-tehnološkoj konferenciji s fokusom na poslovanje bolnica.

Ovogodišnji program je najbogatiji do sada pa će se po prvi puta predavanja odvijati istovremeno u više dvorana centra, što pruža više mogućnosti i vremena za obradu tema.

Uz brojna predavanja, sudionici će moći poslušati i okrugle stolove, sudjelovati na specijaliziranim radionicama te obići izložbeni prostor gdje će moći vidjeti i upoznati najnovije proizvode, usluge i rješenja iz područja zdravstvene i IT industrije.

O kvaliteti konferencije govori i činjenica da su je kao pokrovitelji, uz Hrvatsku liječničku komoru, podržali i Ministarstvo zdravlja, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatska udruga medicinskih sestara te Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku.

Konferencija će se baviti s osam ključnih tema. Unutar tematskog bloka *Sudionici zdravstvenog sustava* razgovarat će se o trendu odlaska medicinskih stručnjaka u inozemstvo te kako se taj trend može promijeniti. Tema *Nove tehnologije* u zdravstvu donijet će novosti vezane uz informatizaciju

hrvatskih bolnica te istaknuti kako ubrzati i pojednostaviti taj proces. *Upravljanje bolnicama* bavit će se nacionalnim planom razvoja s naglaskom na održivost financijskog modela.

E-Zdravlje – e-Projekti – novi nacionalni projekti donijet će pregled ključnih projekata na području zdravstva u regiji.

Unutar tematskog bloka *Kvaliteta zdravstvene zaštite* raspravljat će se o novostima u procesu akreditacije koje donosi promjena zakonskog okvira.

Tema *Financiranje zdravstvenog sustava* bit će fokusirana na nove izvore prihoda zdravstvenog sustava, dok će se *Plaćanje bolnica prema učinku* pozabaviti primjenom DTS-a.

Konferenciju će zatvoriti tema usmjerena na strategiju razvoja - *Jučer, danas, sutra hrvatskog zdravstvenog sustava*.

Za članove Hrvatske liječničke komore organizator je osigurao 10% popusta na cijenu kotizacije za konferenciju.

Popust se može iskoristiti ako se prilikom ispunjavanja registracijskog formulara na web stranici konferencije (www.hospital.in2.hr) u rubriku Voucher upiše sljedeći kod: HDHLKO2015

Konferencija je u sustavu bodovanja Hrvatske liječničke komore za provjeru stručnosti liječnika prema oblicima trajne medicinske izobrazbe te se za sudjelovanje dodjeljuje 10 bodova. ●





ORGANIZATOR

Poslovni dnevnik

POKROVITELJ



GENERALNI POKROVITELJ



20. listopada 2015.
Mala dvorana Lisinski, Zagreb

KONGRES BUDUĆNOST ZDRAVSTVENE INDUSTRIJE



Dodijeljen broj bodova od strane Hrvatske liječničke komore:
10 bodova za aktivne sudionike, **8 bodova** za pasivne sudionike



SUDIONICI:

Dragan Primorac Sveučilište Penn State (SAD),
 Sveučilište New Haven (SAD), Sveučilište u Splitu,
 Sveučilište u Osijeku, Specijalna bolnica Sv. Katarina
Ulf Fink Senator (Njemačka)
Wolfgang Höppner BioGlobe (Njemačka)
Siniša Varga Ministarstvo zdravlja RH
Boris Labar Centar za ekspertnu medicinu
Jadranka Primorac Specijalna bolnica Sv. Katarina
Tatjana Prendić Trupec HZZO
Gordan Lauc Genos
Igor Borić Specijalna bolnica Sv. Katarina
Dragan Korolija-Marinić Ministarstvo zdravlja RH
Željko Krznarić Hrvatski liječnički zbor
Dragan Schwarz Klinička bolnica Sv. Duh
Dean Klemente Maletić Croatia zdravstveno osiguranje
Dalibor Đurkan Merkur osiguranje
Jozica Šikić Klinička bolnica Sveti Duh
Dario Rahelić Klinička bolnica Dubrava
Aleksa Markotić Klinika za infektivne bolesti Dr. Fran Mihaljević
Mirjana Turkalj Dječja bolnica Srebrnjak
Gerald Kogler Merkur Versicherung AG (Austrija)
Mladen Fogec Siemens d.d.



TEME KONGRESA

- Kako stvoriti održiv zdravstveni sustav u Hrvatskoj?**
- Kako osigurati kvalitetnu i isplativu suradnju javnog i privatnog zdravstva?**
- Kako će personalizirana medicina promijeniti našu budućnost?**



KEY NOTE PREZENTACIJE

Izazovi održivosti hrvatskog zdravstvenog sustava
 Održivo zdravstvo-suživot javnog i privatnog po njemačkom modelu
 Personalizirana i regenerativna medicina: mit ili realnost?
 Novi trendovi u dijagnostici i liječenju leukemija i limfoma
 Primjena molekularne tehnologije u kliničkoj praksi



STRUČNA IZLAGANJA

Novi trendovi u kardiologiji
 Dijabetes - epidemija 21. stoljeća
 Novi trendovi u dijagnostici i liječenju infektivnih bolesti
 Novi pristup u liječenju alergija



PANEL DISKUSIJE

Održivo zdravstvo: suživot javnog i privatnog zdravstvenog sektora
 Bolnica 2.0: može li tehnologija izlječiti hrvatsko zdravstvo?

WWW.POSLOVNI.HR/ZDRAVSTVO
WWW.POSLOVNI.HR/ZDRAVSTVO-PRIJAVA

**CIJENA RANE PRIJAVE DO
 1.10.2015. IZNOSI 800 KN + PDV
 REDOVNA CIJENA KOTIZACIJE 1300 KN + PDV**

VELIKI PARTNER



STRUČNI PARTNER



POSEBAN PARTNER



PARTNER





Mr. sc. Trpimir Goluža
održao je u Motovunu
uvodno predavanje

Zdravstveni sustav i zdravstvena politika - MOTOVUN 2015.

Doc. Aleksandar Džakula, dr. med., prim. Katarina Sekelj Kauzlaric, dr. med., Maja Vajagić, dr. med.
Slike Andreja Šantek

Od 30. lipnja do 4. srpnja ove godine, po deseti je put u Motovunu organiziran program „Zdravstveni sustav i zdravstvena politika“. U vremenu kad svjedočimo reformama, promjenama, ali i brojnim raspravama o tom što i kako učiniti za zdravstvo u Hrvatskoj, ovaj skup postavio je za cilj pokazati ponajprije koje su to promjene u zdravstvenom sustavu dale rezultate i zaživjele kao uspješne. Naravno, govorilo se i o onima koje su bile manje uspješne. Jer, u mnoštву informacija, stavova i ideja ponekad je teško pronaći jasan dokaz i obrazloženje uspješnosti i održivosti promjena. Pokušalo se prikazati i perspektive razvoja sustava u razdoblju od 2016.- 2020. godine

Pitanje održivosti promjena obrađeno je u četiri velika tematska bloka: Sudjelovanje javnosti u provedbi promjena, Tehnologije koje podržavaju održivost promjena, Perspektive kadrova u zdravstvu te Održivo financiranje zdravstva. Kao poveznica ovim blokovima prezentirane su različite profesionalne perspektive zdravstvenog sustava u Hrvatskoj do 2020. <http://www.36events.hr/moto2015/program> /specifične teme obradene tijekom programa bit će objavljiva-

ne i kao samostalni članci u ovom i narednim brojevima Liječničkih novina.

Posebno zanimanje u bloku o stanju i mogućnostima razvoja zdravstvenih profesija u Hrvatskoj do 2020. izazvala su izlaganja predstavnice Ministarstva zdravlja **Dijane Cimere**, koja je prikazala projekt Strateškog planiranja ljudskih resursa u zdravstvu te izlaganje novoizabranog predsjednika Hrvatske liječničke komore **Trpimira Goluže** koji je s temom Uloga Hrvatske liječničke komore u osnaživanju zdravstvenih profesija gostovao u Motovunu po prvi put.

U sklopu programa Zdravstveni sustav i zdravstvena politika, ove godine prvi puta održana i Nacionalna konferencija "Izazovi javnoga zdravstva" s aktualnim temama novih informatičkih sustava u javnom zdravstvu te koordinacije javnozdravstvenih aktivnosti različitih dionika u javnom zdravstvu. Raspravljalo se i o nacionalnim preventivnim programima: prezentirano je trenutno stanje kao i predstojeći razvoj te moguća unapređenja. U raspravi su sudjelovali predstavnici službi za javno zdravstvo iz županijskih zavoda, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Ministarstva zdravlja i

HZZO-a. U sklopu spomenute konferencije su održane radionice edukacije o socijalnom marketingu i filmskom djecjem stvaralaštvu u službi zdravlja.

Kako su nove tehnologije jedan od preduvjeta i velika podrška svim nastojanjima uvođenja pozitivnih promjena, posebna sjednica bila je posvećena inovacijama u zdravstvu. Prezentacija projekata i programa vezanih za zbrinjavanje hitnih i izvanrednih stanja koje je uz pomoć atraktivnih suradnika i najnovije opreme prikazala **Maja Grba Bujević**, izazvala je veliko zanimanje svih prisutnih.

Dodatnu dimenziju programu dale su rasprave na okrugлом stolu pod nazivom "Košarica u zdravstvu ili zdravstvo u koš(aricu)?" Gosti okruglog stola bili su **Maja Vehovec**, **Biserka Simčić** (Slovenija), **Ana Bobinac** (Nizozemska), **Ivan Lukovnjak**, **Mario Bagat**, **Dagmar Radin** i **Dubravka Pezelj Duliba**. Izlaganja i rasprave na okrugлом stolu pokazali su da postoje značajne razlike kako u tumačenju uloga i odgovornosti za finansiranje za zdravstva tako i nekih temeljnih odnosa i načela.

U paralelnom programu kroz četiri dana održana je i stručna radionica Razvoj paljija-

tivne skrbi do 2020. koju je vodila prof. dr. **Karmen Lončarek**. Osnovni cilj ove dvodnevne radionice bio je osnaživanje dionika za razvoj sustava palijativne skrbi u idućem petogodišnjem razdoblju. /više u prilogu!

Uz rekordnih više od 150 sudionika, a u skladu s doktrinom motovunskog programa, u interaktivnim su nastupima sudjelovali i ministar zdravljia **Siniša Varga**, predsjednik Saborskog odbora za zdravlje i socijalnu politiku **Željko Jovanović**, predsjednik Hrvatske liječničke komore **Trpimir Goluža** te ravnateljica HZZO-a **Tatjana Prenda Trupec** sa suradnicima.

Nažalost, ovogodišnji program obilježila je i prerana smrt prof. dr. **Luke Kovačića**, jednog od začetnika i stalnih sudionika ovog programa. O prof. Kovačiću su s velikom zahvalnošću u Motovunu govorili **Katarina Sekelj-Kauzlaric**, Ranko Stevanović i **Aleksandar Džakula**.

Kao i prijašnjih godina, sudionike programa svojim su glazbenim nastupom zabavljali članovi Domskog benda (Dom za odrasle osobe iz Motovuna) - glazbeni sastav u kojem zajednički sudjeluju i vrhunski muziciraju štićenici i djelatnici Doma za odrasle osobe Motovun.

Oni uvijek svojim trudom zadive publiku!

Kao rezultat višegodišnje suradnje s partnerima, organizatori su omogućili i posebne stipendije te povlaštene kotizacije za studente poslijediplomskih studija i specijalizante. Tako se od ove godine motovunski program dodatno osnažio s više od 30 mladih liječnika, koji su svojim nastupima i raspravama dali dodatnu snagu i zanimljivost programskim blokovima.

Radionica za ključne dionike: Razvoj palijativne skrbi do 2020.

Osnovni cilj ove dvodnevne radionice bio je osnaživanje dionika održivog razvoja županijskih sustava palijativne skrbi u idućem petogodišnjem razdoblju. Rad se odvijao kroz četiri glavne teme: korištenje stručnih smjernica u razvoju palijativne skrbi; planiranje palijativne skrbi na razini regije i ustanove; izmjena regulatornih okvira za palijativnu skrb; te novi alati i tehnologije u palijativnoj skribi.

Radionica je bila multidisciplinarna i multiprofesionalna, pa su na njoj sudjelovali predstavnici različitih struka: liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, predstavnici civilnog društva, koordinatori volontera, klinički menadžeri, predstavnici županija

zaduženi za zdravstvo i socijalnu skrb kao i dužnosnici Ministarstva zdravljia. Bile su za stupljene sve razine zdravstvenog sustava, od mobilnih palijativnih timova i ustanova za zdravstvenu njegu u kući, preko domova zdravlja i akutnih bolnica do zavoda za javno zdravstvo.

Osim rada na specifičnim lokalnim problemima (npr. povezivanje i izgradnja formalnih komunikacijskih kanala među dionicima palijative u istoj županiji), sudionici radionice su testirali korisnost europskih alata za izgradnju palijative u zajednici, i to NHS-ov "Golden Standard Framework" te EAPC-ov (European Association for Palliative Care) "Paket alata za unapređenje i razvoj primarne palijativne skrbi u zajednici".

Sudionici su kao osobit problem istaknuli široko rasprostranjenu opofobiju, to jest problem nedovoljnog propisivanja opijata kod malignih bolova i maligne dispneje zbog neopravdanog straha da će pacijenti postati ovisnici.

Na radionici se komentiralo da je mnogo veći problem pacijenata na opijatima njihova kompleksna ovisnost u svim aspektima života: o krevetu, o tluđoj pomoći, o umjetnoj hidraciji, kisiku itd.

Kao "radionički proizvod" oblikovan je načrt vlastitog paketa za izgradnju županijske palijative. Volonterska udruga "Krijesnice" ustupila je za potrebe paketa svoj "know-how" za uključivanje volontera u bolničku palijativu. ●



Ravnateljica HZZO-a Tatjana Prenda Trupec, mag.ing.el. MBA



Važnost Motovunske škole potkrijepio je svojim sudjelovanjem i ministar Varga

Položaj liječničkih komora u Europskoj uniji – njihove samouprave i samostalnosti

Maja Lacković, dipl. iur., Hrvatska liječnička komora

Neposredan povod za podrobniju analizu komorskog rada, i to ne samo liječničkih komora i ne samo u Republici Hrvatskoj već i u Europi, bio je travanjki Nacrt Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti – krovnoga zdravstvenog zakona, u kojem su predviđene velike izmjene i novine u odnosu na dosad postojeće zakonsko uređenje nadzora nad radom komora (u zdravstvu) uvođeći striktan nadzor nad radom komora, uz rigidne mјere u slučaju uočenih nepravilnosti.

Predložene novine iz nacrtu zakonskog teksta ponukale su Hrvatsku liječničku komoru da razmotri položaj ostalih komora koje, u okviru svojih ne-zdravstvenih resora, djeluju u Republici Hrvatskoj, a činjenica da je predlagatelj Nacrtu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti – Ministarstvo zdravlja – u svojem javno objavljenom popratnom objašnjenju uz Nacrt navelo da je predloženi model upravnog nadzora koji se stavlja u nadležnost Ministarstva zdravlja *uobičajen* u drugim državama EU-a – navelo je Hrvatsku liječničku komoru da pobliže razmotri djelovanje i samostalnost rada liječničkih komora u Europi.

Komore u Republici Hrvatskoj

Tradicija komorskog udruživanja na prostorima današnje Hrvatske seže u 19. stoljeće, a danas (prema podacima Ministarstva uprave) djeluju 24 komore na raznim područjima; to su (abecednim redom):

Hrvatska gospodarska komora, Hrvatska javnobilježnička komora, Hrvatska komora arhitekata, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora inženjera elektrotehnike, Hrvatska komora inženjera građevinarstva, Hrvatska komora inženjera strojarstva, Hrvatska komora inženjera šumarstva i drvene tehnologije, Hrvatska komora inženjera tehnologije prometa i transporta, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora ovlaštenih inženjera geodezije, Hrvatska komora patentnih zastupnika i zastupnika za žigove, Hrvatska komora poreznih savjetnika, Hrvatska komora primalja, Hrvatska



Maja Lacković, dipl. iur.

komora zdravstvenih radnika, Hrvatska liječnička komora, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska obrtnička komora, Hrvatska odvjetnička komora, Hrvatska psihološka komora, Hrvatska revizorska komora i Hrvatska veterinarska komora.

One djeluju kao samostalne, neprofitne, nevladine organizacije koje se povezuju na temelju profesionalnog članstva; njihova je svrha (prvenstveno, ali ne isključivo) zaštita i promoviranje interesa svojih članova. Država im je prenijela neke javne ovlasti, od čega su nauobičajenije vođenje registra članova, izdavanje licenci za rad i obavljanje stručnog nadzora.

Dakako, s obzirom na šarenilo područja djelovanja ne postoji jedinstven propis za sve komore već je svaka ustrojena i djeluje prema svojem zakonu i u okviru svojega nadležnog ministarstva (za osam komora koje djeluju temeljem svojih profesionalnih zakona nadležno je Ministarstvo zdravlja – ministarstvo u čiju nadležnost spada organizacija zdravstvenog sustava te organizacija rada zdravstvenih radnika).

S obzirom da obavljaju javne ovlasti, nadzor nad zakonitošću rada navedenih komora obavlja nadležno ministarstvo, kojem komore podnose i izvješća o svojem radu na području tih ovlasti.

Možemo primjetiti da je u pregledanim

zakonima koji se odnose na naprijed spomenute komore uobičajena odredba o nadzoru nad njihovim radom tek načelnog izričaja; te odredbe najčešće glase:

„...upravljanje nadzor nad primjenom odredaba ovog Zakona provodi ministarstvo nadležno za...“

„...Ministarstvo (...) prati i nadzire zakonitost rada komore u obavljanju poslova na osnovi danih joj javnih ovlasti...“

Dakle, za zaključiti je da je država prenijela javne ovlasti komorama u raznim područjima djelovanja te u odnosu na razne profesije s punim povjerenjem da će te komore samostalno, korektno i zakonito obavljati svoje nadležnosti; nadalje, iz zakonskih odredaba o nadzoru nad radom komora razvidno je da se potreba intervencije države u vidu nadzora nadležnog ministarstva svodi na po jedan članak načelno propisane mogućnosti nadzora nad zakonitošću obavljanja upravo tih javnih ovlasti.

Liječničke komore u Europskoj uniji

Analizom liječničkog udruživanja u profesionalne organizacije, uočeno je da u svim državama u Europi postoji liječnička komora, odnosno, odgovarajuća najreprezentativnija organizacija liječnika na svome području (iako se te organizacije u jednom dijelu država ne nazivaju nužno „komora“).

Liječničke komore u Europskoj uniji razlike su po mnogočemu: broju liječnika koje udružuju i zastupaju, ovlastima koje imaju (posebice što nemaju sve te organizacije javne ovlasti prenesene od države), po obveznosti članstva itd., no po mnogim odrednicama su i slične.

To su najreprezentativnije organizacije liječnika tih država (čak i u slučajevima kad je članstvo dobrovoljno); zastupaju interesе liječničke profesije pred javnošću i zdravstvenim vlastima i važan su sudionik (dapač partner) pri kreiranju zdravstvenih politika.

S obzirom da ovdje nema toliko prostora da se razmotre niti osnovne odrednice rada baš svake liječničke komore u Europi, to će se ovaj pregled zadržati na nekoliko informacija.

Što se razlika tiče, liječničkih komora (u

odnosu na broj članova koje zastupaju i broj osoba koji zapošljavaju za obavljanje svojih aktivnosti) ima u najrazličitijim formama; kao primjer velike organizacije može se navesti britanski *General Medical Council* (GMC) - organizacija koja obavlja klasične javne ovlasti vođenja registra liječnika te vodi licenciranje liječnika koji u Velikoj Britaniji obavljaju neposrednu liječničku djelatnost. Trenutno broji oko 230.000 licenciranih članova i odgovara britanskom Parlamentu putem odbora za zdravstvo (*Health Select Committee*). Pored licenciranja i registracija liječnika, GMC donosi stručne i etičke standarde za obavljanje liječničke profesije („Good Medical Practice“); uređuje i provodi trajnu medicinsku izobrazbu liječnika te se brine o liječnikovoj zdravstvenoj i stručnoj sposobnosti da uopće obavlja svoju profesiju („fitness to practice“).

S druge strane imamo malu organizaciju kako po članstvu tako i po broju zaposlenih – luksemburšku *L'Association des Médecins et Médecins-Dentistes* (AMMD).

Članstvo je dobrovoljno, no ipak je preko 80 % aktivnih liječnika Luxemburga u nju učlanjeno.

Obavlja razne aktivnosti, od zastupanja materijalnih prava liječnika i sudjelovanja u pregovorima oko tarifa za liječničke usluge do aktivnosti vezanih uz kvalitetu i sigurnost obavljanja liječničke djelatnosti, no ne obavlja klasične javne ovlasti.

Jedna od svakako najvećih (ako ne i najveća) liječnička komora u Europi je njemački Bundesärztekammer (BAK) koji broji umalo pola milijuna članova i u osnovi je savez 17 liječničkih komora organiziranih po saveznim državama Njemačke.

Osnovana je 1947. g. i predstavlja interes 470.422 liječnika. Svaka savezna država donosi svoje zakone, pa tako svaka od 17 liječničkih komora djeluje po svojim pravilima, no zajednička odrednica im je samostalnost djelovanja i konzultiranje zdravstvenih vlasti s BAK-om i lokalnim liječničkim komorama. BAK ima iznimno važan položaj u društvu i to ne samo u Njemačkoj već i na europskoj razini.

Liječničke komore skandinavskih zemalja

Zajedničke su odrednice liječničkih komora u skandinavskim državama zastupanje raznih interesa liječničke profesije, obavljanje sindikalne djelatnosti, briga i provođenje trajne medicinske izobrazbe te briga o kvaliteti

obavljanja liječničke djelatnosti.

Iako nemaju prenesenih javnih ovlasti od države te ne izdaju licence liječnicima, više od 90 % liječnika tih država ipak se udružuje u svoje komore jer su one važni partneri i sudionici zdravstvenih odluka u svojim državama.

Finska liječnička komora - Suomen Lääkäri-liitto (Finnish Medical Association) obuhvaća 94 % od 24.000 aktivnih liječnika u Finskoj; Danska liječnička komora - Laegeforeningen (Danish Medical Association) ima 99 % od 27.090 liječnika dok Švedska liječnička komora - Sveriges läkarförbund (Swedish Medical Association) udružuje 90 % od 41.400 liječnika u Švedskoj.

S obzirom da ne obavljaju od države prenesene javne ovlasti, ministarstva nadležna za zdravstvo tih država nemaju nikakvo pravo nadzora nad radom navedenih komora.

Liječničke komore srednje i istočne Europe

U Sloveniji djeluje *Zdravniška zbornica Slovenije* (ZZS) - samostalna strukovna organizacija doktora medicine i doktora dentalne medicine. Po svome ustrojstvu i djelatnosti ona je klasična komora; obavlja javne ovlasti (vodi registar članova, izdaje i obnavlja licence, vodi specijalističko usavršavanje itd.). Za obavljanje javnih ovlasti prima sredstva iz državnog proračuna. Važeći zakoni predviđaju mogućnost upravnog nadzora od strane Ministarstva zdravstva nad obavljanjem javnih ovlasti, što od osnutka ZZS-a 1992. g. do danas nije nikada provedeno. ZZS šalje redovita i opsežna mjeseca i godišnja izvješća o radu ministarstvu nadležnom za zdravstvo. ZZS je osnovana 1923., ukinuta 1946. te ponovno uspostavljena 1992. g.

U Poljskoj djeluje *Naczelna Izba Lekarska* (The Chamber of Physicians and Dentists) – potpuno samostalna i neovisna organizacija doktora medicine i doktora dentalne medicine koja je osnovana 1922., ukinuta 1952. te ponovno uspostavljena 1989. g. Što se nadzora nad njenim radom tiče, ministar zdravstva može (ako posumnja u zakonitost neke odluke komore) obratiti se Vrhovnom судu (koji spornu odluku može ostaviti na snazi ili vratiti komori na ponovno odlučivanje s uputom o postupanju u novom postupku).

Česká lékařská komora (Czech Medical Chamber) osnovana je 1929., ukinuta 1970. i ponovno uspostavljena 1991. g. Također je samostalna organizacija, a što se nadzora nad njenim radom tiče - postoji mogućnost

sudskog nadzora odluka koje komora donosi u disciplinskih postupcima.

U Mađarskoj od 1936. godine djeluje *Magyar orvosi kamara* (Hungarian Medical Chamber). Dijeleći sličnu sudbinu kao i druge liječničke komore istočnog dijela Europe, ukinuta je 1945. te je njezin rad ponovno uspostavljen 1988. g. Mađarsko Ministarstvo zdravstva nema pravo nadzora nad komorom, osim u slučaju ako se u sudskom postupku dokaže da je neki postupak vođen nezakonito, kad ima pravo izmijeniti odluku Komore.

Umjesto zaključka...

Nakon pregleda djelovanja i rada komora - s naglaskom na liječničke komore diljem Europe – može se zaključiti da su one samostalne, neovisne, ne-vladine organizacije – pravne osobe koje posluju financirajući se iz vlastitih sredstava (članarina), uz iznimku u onim državama u kojima ministarstvo zdravstva finansira obavljanje (svih) javnih ovlasti.

Što se strukture njihova članstva tiče, one udružuju sve ili veliku većinu (aktivnih) liječnika u svojoj državi.

Zajednička su odrednice njihovih djelnosti: zastupanje interesa liječničke profesije (ponegdje uz obavljanje sindikalnih aktivnosti), briga o kvaliteti obavljanja liječničke profesije (trajna medicinska izobrazba, stručnost i etičnost liječničkog rada), a većem dijelu je država prenijela obavljanje javnih ovlasti u smislu vođenja registra te izdavanja i obnavljanja licenci za rad.

Kao važna zajednička odlika uočeno je da ministarstva nadležna za zdravstvo europskih država imaju samo načelno pravo nadzora nad radom komora (pod načelno se misli pravo nadzora određeno načelnim člankom zakona) ili nikakvo (u prevladavajućoj većini država).

Zaključiti je da su liječničke komore u Europi ravнопravni, uvažavan i neizostavan partner zdravstvenim vlastima (ministarstvima) u donošenju odluka važnih za zdravstveni sustav i obavljanje liječništva. Svakako valja stremiti ovim europskim tradicijama te nastojati da naša liječnička komora, kao i druge komore u zdravstvu Republike Hrvatske, ustraju u svojem korektnom i zakonitom radu dokazujući da su vrijedan doprinositelj razvoju i opstojnosti zdravstvenog sustava. ●

Ispitivanje javnog mnjenja o zdravstvenom sustavu i HZZO-u

Nenad Korkut, dr. med. spec. ortoped, rukovoditelj Službe za odnose s javnošću,
Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) naručio je u travnju 2015. kao i prethodne dvije godine ispitivanje javnog mnjenja kako bi dobio uvid o mišljenju naših građana i osiguranika o zdravstvenom sustavu i samom HZZO-u.

Ispitivanje je napravila agencija Ipsos Puls, a anketa je provedena telefonski na slučajnom uzorku od 800 ispitanika koji su stariji od 18 godina.

Demografska struktura ispitanika je reprezentativna, te su ispitanici podjednako zastupljeni prema spolu, dobi, obrazovanju i regiji u kojoj žive.

Istraživanjem nam je bilo važno doznati kako javnost vidi zdravstvo u Hrvatskoj, kako ocjenjuje rad liječnika, HZZO-a i Ministarstva zdravlja te koju ocjenu daje dopunskom zdravstvenom osiguranju HZZO-a. Također, s obzirom da se anketa provodi već treću godinu, bilo nam je korisno usporediti rezultate s onima od prethodnih ispitivanja javnosti.

Rezultati ovogodišnjeg ispitivanja pokazuju da je javnost dala nešto višu ocjenu zdravstvenom sustavu nego prethodnih godina, a svakako ohrabruje da su građani prepoznali napore koje posljednjih godina HZZO i Ministarstvo zdravlja ulažu u unaprjeđenje zdravstvenog sustava.

U odnosu na prethodna istraživanja, većina parametara nije se statistički značajno promijenila, iako se može uočiti blag pozitivan pomak kod većeg dijela anketnih pitanja.

Relativna većina građana zdravstvo ocjenjuje školskom trojkom (39%). Više ocjene dodjeljuje mu 41% građana, dok niže ocjene daje 18% građana.

Prosječna ocjena kvalitete zdravstva u Hrvatskoj iznosi 3,3, dok je u prethodnom istraživanju bila 3,2, a u prvom istraživanju prošedenom krajem 2012. 3,1, što je statistički značajan porast.

Zdravstvo nešto bolje ocjenjuju starije osobe te niže obrazovani.

Najviše građana rad HZZO-a također ocjenjuje trojkom (40%). Više nam ocjene dodjeljuje njih 34%, dok niže ocjene HZZO dobiva od četvrtine građana.

Prosječna ocjena iznosi 3,2, dok je Ministarstvo zdravlja ocijenjeno s 3,0.



Nenad Korkut, dr. med. spec. ortoped

Bitno je naglasiti kako je prosječna ocjena za Ministarstvo i HZZO porasla u odnosu na prethodna istraživanja.

Kao prednosti zdravstva građani izdvajaju kvalitetan liječnički kadar, odnos medicinskog osoblja prema pacijentima i dostupnost zdravstva. Primjetan je značajan rast zadovoljstva u tim kategorijama u odnosu na prethodne godine.

Liste čekanja na dijagnostičke i specijalističke pregledne su se ponovno izdvojile kao prve među rangiranim problemima.

U isto vrijeme poraslo je zadovoljstvo građana u odnosu na izgled i opremljenost zdravstvenih ustanova.

Građani su uglavnom zadovoljni sustavom primarne zdravstvene zaštite – promjene u odnosu na 2014. nisu značajne.

Opća razina zadovoljstva primarnom zdravstvenom zaštitom u Hrvatskoj je i dalje iznimno pozitivna jer gotovo 2/3 građana navodi da je njome zadovoljna.

Čak 82% građana je zadovoljno ili jako zadovoljno svojim obiteljskim liječnicima, što je i najveći postotak zadovoljnih u ovom ispitivanju. Razina zadovoljstva stomatologom je nešto niža, ali i dalje visokih 65% te ni tu

nema promjene u odnosu na prošlu godinu. Nezadovoljnije su mlađe osobe i studenti.

Razina zadovoljstva liječenjem u bolnici također je zadovoljavajuća, oko 66%; ona je ostala na istoj razini kao i prethodne godina kada je uočen porast zadovoljstva.

Usluge privatnih liječnika ili klinika koristilo je u proteklih godinu dana gotovo jednako građana kao i u 2014. godini, njih oko 21%. Razina zadovoljstva privatnim liječnicima i klinikama jako je visoka (90%).

Vrlo mali broj građana (6%) navodi kako je netko od njih u zdravstvenom sustavu tražio mito.

U korištenju dopunskog zdravstvenog osiguranja (DZO) nema razlike između uzorka 2014. i 2015. godine.

Od svih onih osiguranika koji koriste dopunsko zdravstveno osiguranje čak se oko 91% odlučilo za HZZO.

Najviše korisnika dopunskog zdravstvenog osiguranja su umirovljenici, a najmanje kućanice, slobodne profesije i menadžment. 83% građana koji koriste dopunsko su ujedno i zadovoljni njime.

Oni koji nemaju DZO najčešće navode kao razlog njegovog neugovaranja kako ne koriste zdravstvene usluge jer im nisu potrebne (zdravi su), a potom cijena koja je za neke visoka.

Ljubaznost službenika HZZO-a i dalje je vrlo zadovoljavajuća, oko 63%, a stručnošću i jasnoćom uputa naših službenika zadovoljno je 59% osiguranika.

Rad ravnateljice je ocijenjen s 3,4, što je najveća ocjena od kada se provode istraživanja javnog mnjenja. ●

Prekogranična zdravstvena zaštita kao dio košarice zdravstvenih usluga

Dubravka Pezelj Duliba, dr. med., magistra javnog zdravstva, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Pod pojmom „košarica zdravstvenih usluga“ podrazumijevamo zdravstvene usluge bilo u fizičkom (naturalnom) ili pak u financijskom smislu (postotak pokrivenosti cijene zdravstvene usluge zdravstvenim osiguranjem), no jedno i drugo vežemo uz zdravstvenu zaštitu koja se pruža unutar granica države u kojoj živimo. No postoji i dodatna dimenzija te košarice koja obuhvaća oba aspekta (naturalni i financijski), a odnosi se na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, odnosno – po ulasku Republike Hrvatske u Europsku Uniju – korištenje zdravstvene zaštite u drugim državama članicama (DČ) Europske unije (EU).

Ovo je područje uređeno brojnim propisima koji su nadnacionalni (uredbe) te se primjenjuju na cijelom području EU-a, ili su kroz zakone i podzakonske propise preneseni u zdravstveni sustav, odnosno sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske, kao što je slučaj s direktivama. S pojedinim državama koje nisu članice EU-a Republika Hrvatska ima sklopljene (bilateralne) sporazume o socijalnom osiguranju.

Na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu obično se ne gleda kao na dio „košarice zdravstvenih usluga“, međutim, to je jedno od najviše reguliranih područja obveznoga zdravstvenog osiguranja, gdje su pravila vrlo jasno utvrđena.

Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu naravno nije novost, no postoje neke promjene i novine koje su rezultat odnosno posljedica ulaska Republike Hrvatske u Europsku Uniju.

No lakše ćemo „demistificirati“ ovo područje pogledamo li u kojim se situacijama uopće koristi, odnosno treba koristiti zdravstvena zaštita izvan domicilne države.

Za to možemo koristiti više aspekata, te njihovu kombinaciju. Možemo krenuti od same zdravstvene zaštite – ona može biti planirana ili neplanirana, a također, zdravstvena zaštita može biti ona koja se može provesti u Republici Hrvatskoj i ona koja se u njoj ne može provesti.

Za svaki navedeni slučaj i/ili njihove kombinacije postoji odgovarajuća regulativa. Npr. neplanirano korištenje zdravstvene zaštite koja se inače može provesti u Republici Hr-



Dubravka Pezelj Duliba, dr. med.

vatskoj obično je rezultat bolesti/nezgode na putovanju – turističkom ili poslovnom. Ovdje smo pokriveni kroz Propise Europske Unije o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (Uredbe).

Ukoliko posjeduje Europsku karticu zdravstvenog osiguranja, osigurana osoba HZZO-a, koja se za vrijeme svog privremenog boravka na području druge države članice EU-a iznenada razboli, ozlijedi ili doživi nesreću, ima pravo koristiti zdravstvenu zaštitu koja se ne može odgoditi do njezinog planiranog povratka u Hrvatsku, a na teret sredstava HZZO-a. EKZO pokriva troškove neodgodive zdravstvene zaštite, za koju liječnik zdravstvene ustanove ili ugovorni privatni zdravstveni radnik kojeg se u drugoj državi članici EU-a osigurana osoba javi kaže da se ne može odgoditi do planiranog povratka u Hrvatsku. Neodgodiva zdravstvena zaštitu je izdravstvena zaštitu u vezi s kroničnim ili postojećim bolestima ako cilj putovanja nije bio liječenje (na primjer, kontrola visokog tlaka), ali i zdravstvena zaštitu u vezi s trudnoćom i rođenjem djeteta, ako cilj privremenog boravka u inozemstvu nije porod. Također, neodgodive zdravstvene usluge su npr. i dijaliza, terapija kisikom, tretmani za astmu, no radi

korištenja tih usluga prethodno se osigurana osoba treba dogovoriti sa zdravstvenom ustanovom države u koju namjerava oputovati kako bi unaprijed osigurala termin i/ili primjerice uredaj u slučaju hemodializacije.

U svim navedenim slučajevima osigurana osoba koristi zdravstvenu zaštitu pod uvjetima pod kojima je koriste i osigurane osobe države članice u kojoj se nalaze pa tako imaju i obvezu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (participacija) za postupke, dijagnoze i iznose koji vrijede za tamošnje osigurane osobe.

Kada govorimo o planiranim liječenjima, kako je prethodno spomenuto, može se raditi o bolesti/stanju koje se može uspješno liječiti u RH ili koje se ne može uspješno liječiti u RH. U potonjem slučaju, osiguranoj osobi može se odobriti pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo zbog liječenja urođenih anomalija, provođenja transplantacijskih programa te liječenja zločudnih bolesti, uključujući pretraživanje međunarodnih registara dobrovoljnijih davalaca koštane srži, ako se potrebno liječenje može uspješno provesti u inozemstvu (Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite, u dalnjem tekstu: Pravilnik o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, „Narodne novine“ br. 160/2013.). Rješenje o upućivanju na liječenje u inozemstvo donosi se na osnovi zahtjeva osigurane osobe, odgovarajuće medicinske dokumentacije i obaveznog prijedloga za upućivanje na liječenje u inozemstvo koji daje nadležni referentni centar Ministarstva zdravlja nadležan prema dijagnozi bolesti osigurane osobe za koju se predlaže upućivanje na liječenje u inozemstvo, odnosno doktor specijalist ili liječnički konzilij druge ugovorne zdravstvene ustanove na sekundarnoj i tercijarnoj razini u kojoj se osigurana osoba liječi, s prijedlogom jedne ili više inozemnih zdravstvenih ustanova koje mogu obaviti traženo liječenje, te nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda.

Posebna je, rekli bismo, „priča“ planirana prekogranična zdravstvena zaštitu unutar EU-a koja se može provesti u matičnoj državi, ali osigurane osobe iz nekog razloga tu zdravstvenu zaštitu žele provesti u drugoj državi

MOTOVUNSKA LJETNA ŠKOLA ZDRAVLJA

članici. Ovo područje je uređeno Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i prilagajućim podzakonskim propisima i općim aktima HZZO-a (prethodno spomenuti Pravilnik o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, te Odluka o popisu postupaka liječenja koji se provode u okviru planirane prekogranične zdravstvene zaštite („Narodne novine“ 133/2013.), a u najvećoj je mjeri temeljeno na Direktivi 2011/24/EU Europskog Parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi (u daljnjem tekstu: Direktiva).

Propisi govore sljedeće. Ako osigurana osoba HZZO-a iz osobnih razloga odluči preporučenu zdravstvenu uslugu, koja se može provesti u RH u roku koji je medicinski opravдан uzimajući u obzir njezinu postojanje zdravstveno stanje i vjerojatni tijek toga stanja, provesti u nekoj drugoj državi članici EU-a, treba imati na umu da će takvu zdravstvenu uslugu u drugoj državi članici platiti sama, a po povratku može za nju zatražiti povrat troškova u najbližoj područnoj službi/regionalnom uredu HZZO-a.

Nakon propisanog postupka u kojem se utvrđuje je li se radilo o medicinski indiciranoj zdravstvenoj usluzi, vratit će se osiguranoj osobi sredstva u visini cijene koju bi HZZO za istu takvu uslugu platio svom ugovornom partneru, a najviše do cijene koju je osigurana osoba platila u drugoj državi članici EU-a.

Pri obavljanju planirane zdravstvene zaštite u drugoj državi članici, nije potrebno imati, niti predložiti Europsku karticu zdravstvenog osiguranja budući da osigurana osoba sama plaća zdravstvenu uslugu.

Također, tu zdravstvenu uslugu može provesti kod bilo kojeg pružatelja zdravstvene zaštite, neovisno o tome ima li taj pružatelj ili nema ugovor s domicilnim zdravstvenim osiguranjem ili, pojednostavljeno, bez obzira radi li se o privatnoj ili javnoj (državnoj) ustanovi.

Podatke o pružateljima zdravstvenih usluga u drugoj državi članici može zatražiti od Nacionalnih kontaktnih točaka (NCP) o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti svake države članice, a do kontakt podataka NCP-ova može se doći putem web stranice HZZO-a, koji je Nacionalna kontaktna točka u RH.

Planiranu zdravstvenu zaštitu osigurana osoba HZZO-a može načelno ostvariti bez prethodnog odobrenja HZZO-a.

Međutim, i tu postoje određena ograničenja i to u slučajevima zdravstvene zaštite koja je uvjetovana smještajem osigurane osobe u

bolničkoj zdravstvenoj ustanovi preko noći u trajanju od najmanje jedne noći ili uporabom visokospecijalizirane i skupe medicinske infrastrukture ili medicinske opreme, ili pak predstavlja visok rizik za pacijenta. U te postupke spadaju primjerice magnetska rezonanca, sve vrste endoskopskih postupaka i/ili operacija te kemoterapija i radioterapija... Za te postupke, kako bi po povratku mogla ostvariti pravo na povrat troškova, osigurana osoba mora zatražiti prethodno odobrenje. Koji su to postupci utvrđeno je prethodno spomenutom Odlukom o popisu postupaka liječenja koji se provode u okviru planirane prekogranične zdravstvene zaštite. Ako se u propisanom postupku pri HZZO-u utvrdi da se takva zdravstvena usluga može pružiti kod ugovornih partnera Zavoda u roku koji je medicinski opravdan, zahtjev će se odbiti te osiguranoj osobi, ako ipak takvu zdravstvenu zaštitu provede u drugoj državi članici EU-a, sredstva neće biti vraćena.

Cijene zdravstvene zaštite u drugim državama članicama uglavnom su više nego u RH, a HZZO vraća iznos samo do cijene u RH i to one koju HZZO plaća svojim ugovornim partnerima pa planirano liječenje ili dijagnostički postupak može predstavljati značajan finansijski teret za osiguranoj osobi bez obzira na to što HZZO vraća dio troškova. No ako je zdravstvena usluga jeftinija nego u RH, tada HZZO vraća cjelokupan iznos zdravstvene usluge.

Kada se u EU-u spomene pojam „Cross-border healthcare“, najčešće se govori upravo o ovom posljednjem – planiranoj zdravstvenoj zaštiti koja se, prema osobnim željama osigurane osobe, provodi (želi provesti) u nekoj od drugih država članica EU-a.

To nije bez kontroverzi jer osobne želje osigurane osobe mogu biti temeljene na percepciji o (ne)kvaliteti zdravstvenog sustava, a da međunarodno prihvaćeni pokazatelji kvalitete koji bi se koristili u svim državama članicama nisu utvrđeni.

Nadalje, odluka o korištenju zdravstvene zaštite u drugoj DČ može biti temeljena na cijeni – ako je cijena u drugoj DČ manja. No kod Republike Hrvatske to teško može biti slučaj, jer je u većini država (osobito EU15) cijena veća, a tamo gdje je cijena same usluge manja opet se postavlja pitanje kvalitete i povjerenja.

Poznati su primjeri „dentalnog turizma“ osobito građana Italije i Slovenije koji dentalne usluge dobivaju u Istri i Primorju.

Udruge pacijenata iz EU-a imaju velika očekivanja od Direktive o prekograničnoj zdrav-

stvenoj zaštiti, no u praksi se pokazalo da je broj osiguranih osoba (pacijenata) koji zdravstvenu zaštitu koriste u drugim državama članicama prije stupanja na snagu same Direktive (25.10.2013.) bio daleko precijenjen.

Naime, osim što pacijenti ipak imaju najviše povjerenja u vlastiti zdravstveni sustav, često nemaju dovoljno sredstava da bi se uputili u inozemstvo, jer, osim troškova zdravstvene usluge tu su i troškovi prijevoza i smještaja koji se ne mogu refundirati od matičnoga zdravstvenog osiguranja. Također, veliku ulogu igra i blizina obitelji kada je riječ o bolničkim liječenjima.

Kako bi se procijenili učinci Direktive o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, provedena je Evaluacijska studija Europske komisije o učincima te Direktive te Eurobarometrovo istraživanje o pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti u Europskoj Uniji. Nakon njezine primjene od gotovo dvije godine p zaključak je da joj učinak nije onakav kakav se očekivalo no istovremeno se smatra da je ta Direktiva dala značajan doprinos u reguliranju prava pacijenata na području EU-a te na neki način „primorala“ sve države članice da prekograničnu zdravstvenu zaštitu učine dijelom košarice zdravstvenih usluga unutar svojih zdravstvenih sustava i jasno urede ovo područje, što je, kako je prikazano, učinjeno i u Republici Hrvatskoj. ●

Košarica usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj

Mr. Mario Bagat, dr. med. spec.*

Kako se pod pojmom košarica usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja najčešće misli na popis zdravstvenih usluga, pojam ima puno šire značenje, a i značenje košarice usluge puno je veće od samog obveznog zdravstvenog osiguranja.

Košarica usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja često se spominje iako nema puno pisanih tekstova o sadržaju i značenju košarice usluga na cijelokupni sustav zdravstva u Hrvatskoj, a posebno o značenju na finansijsku stabilnost zdravstvenog sustava. Svi oni koji su sudjelovali u radu jubilarne 10. konferencije „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“ u Motovunu imali su priliku čuti nešto više o košarici usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj i izazovima koje ona predstavlja za upravljanje zdravstvenim sustavom.

Košarica usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja (eng. Basket of services, Health benefit basket, Healthcare basket, Package of services) predstavlja sva prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i ima puno šire značenje od samog popisa zdravstvenih usluga koje su u pokriću. Naime, popis usluga predstavlja samo jednu dimenziju košarice usluga te su tu još dvije dimenzije koje se rjede spominju. Za bolje razumijevanje košarice usluga iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koriste se različiti slikovni prikazi.

Na slici 1. prikazana su dva kvadrata. Veći kvadrat predstavlja sveukupni zdravstveni

sustav u Hrvatskoj bez obzira je li riječ o javnom ili privatnom, s ugovorom s HZZO-m ili bez njega, znači sve ono što je pod nadležnosti resornog ministarstva. Manji plavik kvadrat predstavlja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno košaricu usluga iz tog osiguranja.

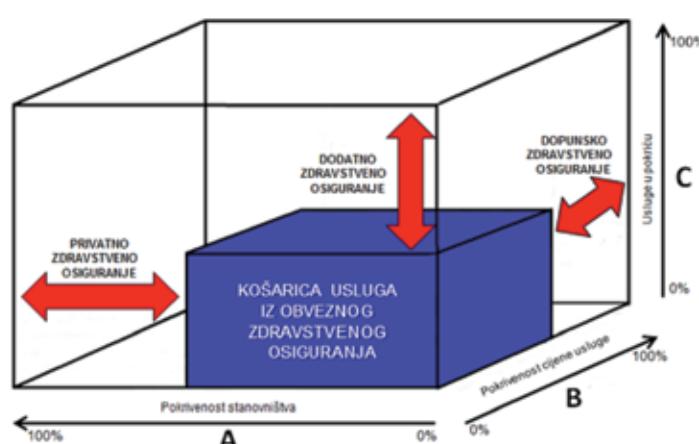
Kvadrati imaju tri dimenzije i one predstavljaju tri elementa koja određuju košaricu usluga iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Prva dimenzija, odnosno širina kvadrata, predstavlja pokrivenost stanovništva obveznim zdravstvenim osiguranjem. Ona može biti od 0 do 100 %. Obvezno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj temelji se na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti te je pokrivenost stanovništva obveznim zdravstvenim osiguranjem razmjerno velika. Više od 98 % stanovništva Hrvatske ima obvezno zdravstveno osiguranje. Preostalih oko 2 % stanovništva ga nema pa usluge u zdravstvu plaćaju sami. Tih 2 % stanovništva ujedno predstavljaju i potencijal za ugovaranje privatnoga zdravstvenog osiguranja (eng. substitute health insurance) koje bi osiguralo prava slična onima što ih pruža obvezno zdravstveno osiguranje. S obzirom na veliku pokrivenost stanovništva obveznim zdravstvenim osiguranjem, privatno zdravstveno osiguranje nije se značajnije razvijalo u Hrvatskoj iako je a predviđeno Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Druga dimenzija, odnosno dubina kvadra-

ta predstavlja pokrivenost cijene zdravstvene usluge. Naime, Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju utvrđeno je da su pojedine zdravstvene usluge pokrivene u cijelosti na teret obveznoga zdravstvenog osiguranja (100 %), dok su preostale usluge pokrivene djelomično (80 %) te pacijent sam plaća razliku u cjeni (participacija, doplata, eng. co-payment). Participacije su u najvećem dijelu utvrđene kao postotak od cijene usluge, međutim za pojedine usluge participacija je utvrđena u fiksnom iznosu (primarna zdravstvena zaštita, doplata za lijekove s dopunske liste lijekova). Razliku u cjeni, odnosno participaciju, pacijenti plaćaju sami ili mogu ugovoriti dopunsko zdravstveno osiguranje koje pokriva participacije (eng. complementary health insurance). U Hrvatskoj su na kraju 2014. godine bila ukupno 2,700.184 osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, od čega ih je 94,9 % osigurano u HZZO-u, a preostali kod privatnih osiguravatelja, najvećim dijelom u Croatia zdravstvenom osiguranju d.d.

Treća dimenzija, odnosno visina kvadrata, predstavlja popis usluga (prava) u pokriću obveznoga zdravstvenog osiguranja. Popis usluga naveden je u nizu provedbenih dokumenta HZZO-a (odluke, pravilnici, liste i popisi). Nedostatak je, ali i izazov za zdravstvenu administraciju, jasniji prikaz prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na način da svaki osiguranik može dobiti jasan i nedvosmislen podatak o tome što sadrži košarica usluga. Pojedine države to su riješile na taj način da početkom godine izdaju publikaciju koja navodi sva prava iz zdravstvenog osiguranja. U slučaju Hrvatske to bi bio popis svih usluga (DTP PZZ, DTP SKZZ, DTP NPP, DTS, DBL...), lijekova (osnovna i dopunska lista), ortopedskih pomagala (popis pomagala) i svih drugih prava na jednome mjestu. Prava koja nisu u pokriću predstavljaju potencijal za ugovaranje dodatnoga zdravstvenog osiguranja (eng. supplementary health insurance), međutim kako je popis prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj poprilično širok, potencijal razvoja dodatnog zdravstvenog

Slika 1.
Košarica
usluga iz
obveznoga
zdravstvenog
osiguranja u
Hrvatskoj



*Autor je zaposlen u CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. u Zagrebu na mjestu direktora Sektora za osigurateljne i medicinske poslove, te je stalni predstavnik Republike Hrvatske u Odboru za zdravstvena osiguranja, Insurance Europe u Bruxellesu. Izneseni stavovi predstavljaju osobne stavove autora a ne ustanove u kojoj je zaposlen.

osiguranja je ograničen te je njime u 2014. godini ugovoreno nešto manje od 150 milijuna kn premije.

Veličina košarice usluga, promatrano kroz sve tri dimenzije, izravno utječe na potrošnju i financijsku stabilnost zdravstvenog sustava. Prihodi obveznog zdravstvenog osiguranja razmjerno su stabilni i ostvaruju se najvećim dijelom kroz uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje radnika po stopi od 15 % te kroz uplate iz Državnog proračuna.

S druge strane, rashodi ovise o zdravstvenim potrebama stanovništva ali i o pravima iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno o veličini košarice u njemu. Što je košari-

ca veća, to su rashodi veći. Veličina košarice usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja ne mijenja se često, ali se promjene ipak dešavaju. Odlukama Upravnog vijeća HZZO-a o uvrštenju ili brisanju lijeka s liste lijekova ili pomagala s popisa pomagala, ili uvođenjem novog DTP-a u popis usluga, mijenja se košarica usluga. Kako su uvrštenja novih lijekova, pomagala ili usluga puno češća od brisanja, ta se košarica usluga stalno povećava (treća dimenzija).

Prema najavama Ministarstva zdravlja, iznosi participacije za zdravstvene usluge iz obveznog zdravstvenog osiguranja bili bi ubuduće umjesto 20 % bili u rasponu od 1

do 20 %. Promjeni li se Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju u tom smjeru, košarica usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja povećat će se u još jednoj dimenziji (treća dimenzija) s obzirom da manji iznos participacije znači veća košarica usluga.

Iako se ta košarica najčešće spominje u kontekstu potrebe njenoga smanjenja kako bi se smanjili rashodi, izgleda da se promjene u sadržaju košarice usluga dešavaju ali na način da se povećava košarica usluga iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Sve dok je zdravstveni sustav u Hrvatskoj financijski stabilan, takve promjene su dobro došle. ●

Promjene u bolničkom sustavu - kuda idemo?

Mr. Sandra Čubelić, dr. med., ravnateljica Opće bolnice Gospić

Uposljednjih desetak godina nastale su zнатне promjene u bolničkom sustavu s tendencijom smanjenja potrošnje i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite.

Bolnice su do sada financirane kroz fiksne mjesечne "limite" - bez obzira na postotak njihove opravdanosti, a krajem godine se neopravdani dio limita otpisavao; okvirno praćenje rada liječnika i potrošnje bilo je po "Plavoj knjizi", pri čemu je minutaža rada liječnika odudara od realnog bez reperkusija, a broj pacijenata se po liječniku razlikovao na dnevnoj bazi i do 300 %.

Ugovori sa osiguravateljem HZZO-om mijenjali su se kroz godine, tako se 2005. g. vrednovao bod koji iznosio 6,36 kn i bolno opskrbni dan koji je vrijedio za akutne bolnice 143,39 kn. Potom je 2006. godine kroz SKZ ugovarana i telemedicina, uveden je CEZIH portal, pa je 2010. g. uvedena naplata bolničkog stacionara po DTS sustavu; 2012. g. informatizirane su bolnice u većem opsegu, da bi 2015. g. mjesecna primanja bolnica bila ovisna o fakturnoj realizaciji; "limit je otiašao u povijest" a mjesecna zarada se dijeli na fiksni dio, avansni dio po izvršenju, varijabilni dio po izvršenju, indekse uspješnosti...ladice...

Kad smo analizirali bolnički sustav uvidjelo se da je potrebno:

1. uvesti standarde - algoritme po dijagnozama i normative u radu liječnika
2. ujednačiti rad liječnika za ista primanja
3. smanjiti liste čekanja, zapravo ih ažurirati na razini osiguravatelja (HZZO)



Mr. Sandra Čubelić, dr. med.

4. smanjiti cijene lijekova i potrošnog materijala kroz objedinjenu javnu nabavu
 5. smanjiti broj dana ležanja u bolnici
 6. specificirati krevete (akutni, kronični, produženo liječenje, palijativa...)
 7. povećati udio liječenja u dnevnoj bolnici, uvesti jednodnevnu kirurgiju
 8. napraviti Nacionalni plan - jer se Masterplan nije pokazao primjenjivim (Ministarstvo zdravlja)
 9. uvesti indekse složenosti postupaka, Case mix indekse, ovisne o poznavanju DTS sustava
 10. pratiti indeksa kvalitete zdravstvene zaštite, od strane osiguravatelja – KPI i QI.
- Jednostavnije rečeno, uvidjela se potreba za uređenjem sustava, tako da klasična računovodstvena kontrola učinjenog bude zamijenjena suvremenim controlingom koji počiva na planiranju, koji je usmjerjen primatelju, fleksibilan, ne isporučuje brojeve nego podatke na osnovi kojih se mijenja i prilagođava poslovanje, odnosno da je potrebno uvođenje managementa u bolnički sustav.
- Tijekom 2015. godine dogodile su se promjene u bolničkom sustavu - HZZO je izasao iz Državne riznice, što je omogućilo 1,25 milijardi kuna više za bolnički sustav, ustanovljeno je da je Master plan nerealan, da se ne može odlučivati i isključivo na osnovi brojčanih parametara, ali je poslužio za izradu Nacionalnog plana. Još uvjek imamo isti broj bolnica, s manje kreveta, ali s novim "stolcima".
- "Liste čekanja" u bolnicama postoje, nešto su manje, i dalje nisu ažurirane, na njima su pacijenti koji su uslugu davno obavili, a bez posljedica po pacijenta, čak niti opomene za nemar.
- U većem dijelu Hrvatske bolnički sustav 120 dana u godini radi primarnu zdravstvenu zaštitu kroz OHBP (slaba koordinacija reforme primarne zdravstvene zaštite - zavoda za HMP i domova zdravlja, koncesionara s bolničkim sustavom, narušeno načelo supsidiarnosti!
- Odlaze bolnički liječnici u inozemstvo zbog degradacije i potplaćenosti. Po pitanju DTS sustava - liječnici ga bitno bolje znaju, bolnice bolje fakturiraju...Case mix indeks - često je nerealan - javljaju se paradigmne -

MOTOVUNSKA LJETNA ŠKOLA ZDRAVLJA

manje bolnice prikazuju veći indeks, odnosno da imaju složenije pacijente nego KBC "Zagreb".

KPI i QI indeksi praćenja HZZO-a ovisni su o broju likvidiranih računa u područnim službama HZZO-a, što predstavlja problem! Nacionalni plan – prenamjenjeni su kreveti iz akutnih u kronične, ali ih bolnice nisu ugovorile s HZZO-om, pa ih zapravo nemamo... možemo pratiti rad bolničkih liječnika po broju pacijenata, složenosti dijagnoza, fakturnoj realizaciji ali ih ne možemo adekvatno nagraditi.

Možemo pratiti rad liječnika po samom liječniku, po odjelu i po ambulanti, pri čemu neki liječnici zarade odnosno fakturiraju za bolnicu više od dva milijuna kuna na godišnjoj razini. Ovo su svjetli primjeri najboljih liječnika, ali je bilanca često negativna...

Ukoliko nam je vizija u 2020 godini rentabilan bolnički sustav; koordiniran zdravstveni sustav – subsidiarnost; nezdravstvene službe izvan bolnica - outsourcing; kompletna objedinjena javna nabava - niže cijene; zadovoljan bolnički liječnik primjereno iskoristi



Opća bolnica Gospic

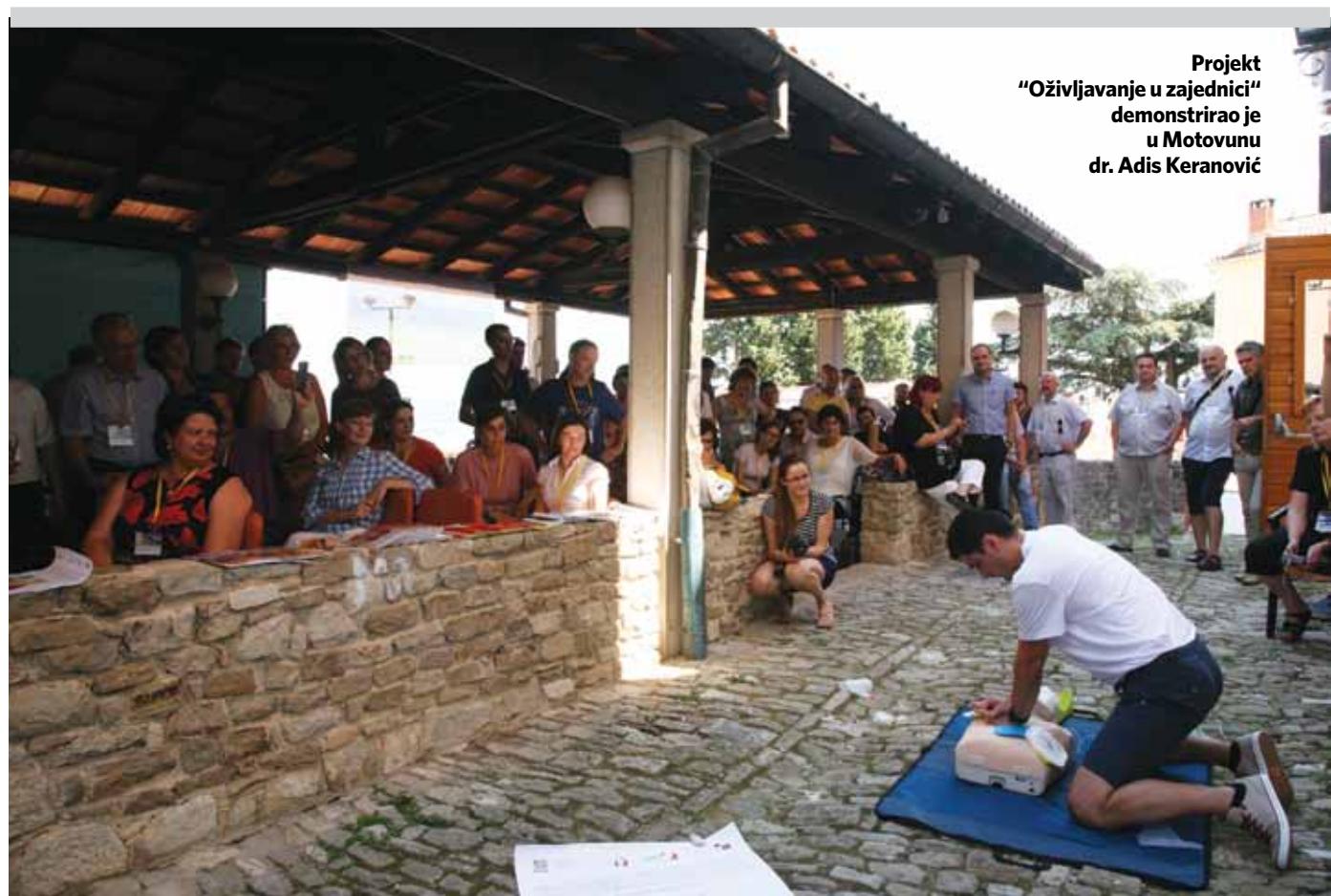


Poliklinika- novoizgrađeni objekt

šten ali i primjereno nagrađen za svoj rad; košarica zdravstvenog osiguranja; dobra informatička educiranost svih djelatnika na svim razinama uz kompletну umreženost zdravstvenog sustava; ravnoteža prava i obveznika sustava - zdravstvenih radnika i pacijenata - smatram da imamo još puno posla...

I vrlo je bitno da nosilac promjena u zdravstvenom sustavu bude Ministarstvo zdravlja, odnosno Država, te da se ne smiju donositi odluke isključivo na temelju brojeva, iskoristivosti i finansijske stabilnosti zdravstvenog sustava, uz cijene koje donosi osiguravatelj i koje su 26 % realne cijene na europskom tržištu.

Moramo analizirati sustav na mikrorazini, na razini grada ili županije zbog strateške važnosti ustanova u mikroregiji, ali tu smo da radimo i želimo raditi... ●



Odlučivanje utemeljeno na dokazima

Prof. dr. Livia Puljak, dr. med., Medicinski fakultet u Splitu, voditeljica edukacije, Hrvatski Cochrane i v.
Dr. sc. Marta Čivljak, dr. med., spec. psihijatrije, Katedra za medicinsku sociologiju i ekonomiku zdravstva,
Medicinski fakultet u Zagrebu

Umedicini se odlučivanje utemeljeno na dokazima temelji na principima medicine utemeljene na dokazima (engl. evidence based medicine – EBM). A ti dokazi koji bi nam trebali pomoći u odlučivanju su dokazi iz literature. No svatko tko je pokušao u znanstvenoj literaturi doći do odgovora na neko medicinsko pitanje suočio se s dva problema – prvi je golema količina znanstvene literature koja nam danas stoji na raspolaganju, a drugi je raznolika kvaliteta dokaza iz literature. Čak i ako se traži samo literatura posvećena jednom pitanju, rezultati pretraživanja dat će brojne znanstvene članke, od pretkliničkih studija na ljudima do opservacijskih i kliničkih pokusa. Stoga je svima koji se bave medicinom i odlučivanjem u zdravstvu važno poznavanje hijerarhije dokaza, odnosno znati koji dokazi imaju najveću „težinu“ i kojima bi trebali najviše vjerovati.

Hijerarhija dokaza u medicini

Najvažnijim dokazima u medicini smatraju se sustavni pregledi, originalna istraživanja koja sažimaju literaturu objavljenu na određenu medicinsku temu, a osobito sustavni pregledi randomiziranih kontroliranih pokusa jer su takvi pokusi,ako su propisno izvedeni, jedini objektivan dokaz o djelotvornosti i sigurnosti neke intervencije u medicini. Takva istraživanja olakšavaju donošenje odluka u medicini jer prikazuju sve pronađene dokaze, uz osvrt na njihovu kvalitetu.

Sustavni pregledni članak u odnosu na obični pregledni članak

Često se, potpuno pogrešno izjednačuje sustavni pregledni članak s običnim preglednim člankom. Ta su dva članka različita kao nebo i zemlja. Obični pregledni članak može napisati i samo jedan autor, nema propisane metodologije kako bi ga trebalo izraditi, obično nije navedeno kako su autori izabrali literaturu koju u takvom članku predstavljaju te stoga autori mogu uključiti i isključiti što god žele od literature, bez ikakvih metodoloških pojašnjenja.

Prof. dr.
Livia Puljak, dr. med.
i dr. sc.
Marta Čivljak,
dr. med., spec.
psihiatrije



S druge strane, za sustavni pregled literature postoji propisana metodologija kako se radi. Najboljima se smatraju sustavni pregledi koje izrađuje Cochrane, zbog stroge metodologije koju Cochrane sustavni pregledi trebaju zadovoljiti prije objave u Cochrane knjižnici. Sve ključne korake sustavnog pregleda trebaju raditi najmanje dva autora neovisno, stoga takvo istraživanje ne može obaviti jedna osoba. Trebaju se pretražiti najmanje dvije relevantne baze podataka i izvaditi podatci na propisan način. Ako podatci to dozvoljavaju, sustavni pregled može statistički sažeti podatke iz pojedinih istraživanja koja su uključena u sustavni pregled metodom meta-analize. Sustavni pregled bi se trebao osvrnuti i na kvalitetu pronađenih i predstavljenih dokaza tako da čitatelji znaju koliko se mogu pouzdati u dokaze koje taj sustavni pregled prezentira. Za čitatelja je također vrlo važno kad je sustavni pregled objavljen, odnosno do kada je pretražena literatura, tako da zna na koje se razdoblje odnose dokazi. Sustavni pregledi mogu biti „zastarjeli“ ako su davno napravljeni jer možda postoje noviji dokazi koji su u literaturi objavljeni nakon toga.

Primjeri Cochrane sustavnih pregleda koji mogu pomoći odlučivanju u medicini

I. Pomažu li uređaji za izvantjelesnu oksigenaciju životno ugroženim bolesnicima?

U Cochrane sustavnom pregledu objavljenom u kolovozu 2014. Trammi i suradnici analizirali su učinak izvantjelesne membranske oksigenacije (engl. extracorporeal membrane oxygenation, ECMO) na preživljaj životno ugroženih odraslih bolesnika. Nайдено су četiri studije koje su randomizirale 389 bolesnika liječenih primjenom ECMO postupka ili standardnim održavanjem plućne funkcije. Sve su studije uključile bolesnike s akutnim plućnim zatajenjem.

Nije bilo moguće statistički objediti rezultate studija budući da su postojale razlike u kliničkom pristupu zdravstvene skrbi bolesnika s akutnim plućnim zatajenjem. U pojedinačnim studijama nije nađena razlika smrtnosti od svih uzroka u prvih šest mjeseci nakon primjene liječenja s ECMO u odnosu na bolesnike koji su konvencionalno liječeni.

2. Koliko često treba mijenjati braunilu bolničkim pacijentima?

Cochrane sustavni pregled objavljen 2013. godine analizirao je optimalno vrijeme zamjene kanila (braunila) spojenih na krvne žile. Obuhvatio je 16 studija s ukupno 5001 ispitnikom.

Zaključci su bili da bi se kanile koje ne sadrže lipide, krv ili krvne proizvode mogle se ostaviti 96 sati bez mijenjanja, bez povećanja rizika od infekcije. Drugi dokazi pokazuju da se povećava smrtnost novorođenčadi koja prima parenteralnu prehranu ako se kanile rijede mijenjaju.

3. Može li se intervencijama pruženim na internetu pomoći pušačima da prestanu pušiti?

Pušenje je velik javno-zdravstveni problem i stoga je važno znati koje intervencije pušačima mogu pomoći da prestanu pušiti. Osobito je važno naći djelotvorne intervencije koje nisu skupe. Takve su intervencije one koje se mogu pružiti na internetu. U sustavnom pregledu Marte Čivljak i suradnika, koji je o tome objavljen 2013. godine, uključeno je 28 studija u kojima je sudjelovalo više od 45.000 ispitnika. Zaključak je da neke internetske intervencije mogu biti korisne za prestanak pušenja dulji od šest mjeseci.

4. Treba li koristiti mamografiju kao metodu probira za rano otkrivanje karcinoma dojke?

Gotzsche i suradnici objavili su 2013. Cochrane sustavni pregled o djelotvornosti i sigurnosti mamografije u dijagnozi karcinoma dojke.

nosti mamografije kao metode ranog otkrivanja karcinoma dojke.

Uključili su sedam velikih kliničkih pokušaja s više od 600.000 žena.

Prema zaključcima, dokazi iz visoko-kvalitetnih studija pokazuju da probir mamografijom ne smanjuje smrtnost od karcinoma dojke, dok lošije studije pokazuju da probir mamografijom smanjuje smrtnost od karcinoma dojke.

5. Kako treba plaćati liječnike u primarnoj praksi radi boljeg ishoda pacijenata?

Pojedini dokazi upućuju na to da način na koji su plaćeni liječnici primarne zdravstvene zaštite može utjecati na njihovo ponašanje u kliničkom radu.

Cochrane sustavni pregled obuhvatio je četiri studije s ukupno 640 liječnika i 6400 pacijenata.

Analizirana su tri sustava plaćanja: glavarine, plaća i naknada za uslugu.

Nađeni dokazi pokazuju da liječnici primarne zdravstvene zaštite pružaju veći broj usluga kod plaćanja naknade za usluge u usporedbi s glavarinom i plaćom, iako nisu jasni dugoročni učinci takve vrste plaćanja.

Međutim, nije bilo dokaza o drugim važnim ishodima, kao što su zdravstveno stanje pacijenta ili usporedba relativnog utjecaja plaće naspram plaćanja glavarinom.

Ovaj je Cochrane sustavni pregled primjer dokaza koji su davno objavljeni i koje bi trebalo obnoviti da bi se vidjelo postojeći i noviji dokazi na tu temu.

Gdje se mogu naći odgovori na druga pitanja iz Cochrane sustavnih pregleda?

Cochrane knjižnica (<http://www.cochranelibrary.com/>) objavljuje Cochrane sustavne preglede koji odgovaraju na niz medicinskih pitanja o djelotvornosti i sigurnosti intervencija u medicini i o točnosti dijagnostičkih pretraga.

Do kolovoza 2015. objavljeno je 6214 takvih članaka. Ustanovama koje pripadaju biomedicinskom konzorciju Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta omogućuje besplatni pristup cijelovitim tekstovima Cochrane članaka preko OVID-a, dok svi ostali mogu besplatno pristupiti znanstvenom i laičkom sažetku tih članaka, koji ukratko sažimaju rezultate istraživanja.

Hrvatski Cochrane

Na Medicinskom fakultetu u Splitu je 2008. godine osnovan Hrvatski Cochrane koji se bavi promoviranjem visoko-kvalitetnih dokaza u medicini. Osim promoviranja Cochrane sustavnih pregleda, Hrvatski Cochrane od 2014. godine uređuje i portal Dokazi u medicini, na kojem građani postavljaju pitanja o djelotvornosti i sigurnosti alternativnih terapija i pretraga te o različitim mitovima u medicini.

Dobrodošla su sva pitanja o dokazima i prijedlozi za suradnju. Javite nam se na cochra-ne_croatia@mefst.hr. ●

Stanje i perspektive razvoja hitne medicinske službe u RH

Prim. mr. Maja Grba-Bujević, dr. med., spec. anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine, spec. hitne medicine, ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu

Od 2009. godine, kada je Vlada RH pokrenula Projekt unaprijeđenja hitne medicinske službe i investicijskog planiranja u zdravstvu, do danas je učinjen velik iskorak u organizaciji sustava hitne medicine u našoj zemlji. Kroz brojne reorganizacijske mehanizme unaprijeđena je kvaliteta sustava hitne medicine, standarizirana usluga hitne medicinske skrbi među županijama, povećana učinkovitost i brzina reakcije izvanbolničke hitne medicinske službe te poboljšana učinkovitost bolničke hitne službe. Danas je hitna medicinska skrb jednako dostupna na cijelom području

RH, osigurani su jednaki standardi u pogledu opreme, edukacije i postupanja, a time je povećana kvaliteta hitne medicinske usluge našim građanima. Ustrojen je jedinstven dobro opremljen moderni sustav hitne medicine na području cijele zemlje, s educiranim i snažno motiviranim djelatnicima. Dosad postignuti pozitivni rezultati reforme mjerljivi su vanbolničkim i bolničkim indikatorima kvalitete, koje sustavno prati HZHM. U konačnici, reorganizacija hitne medicinske službe od 2009. godine do danas pacijentima je osigurala ujednačenu, brzu, dostupniju, učinkovitiju i kvalitetniju hitnu medicinsku

uslugu, a zdravstvenim djelatnicima bolje uvjetne rada i stručno usavršavanje.

Najveći je problem hitne medicinske službe opterećenje nehitnim pacijentima. Taj problem nije specifičan za naš sustav, s njime se suočavaju i drugi nacionalni sustavi hitne medicinske službe u svijetu. Analize stanja i uzroka ukazuju na nužnost širega sustavnog rješavanja problema, koje zahvaća i druge djelatnosti unutar zdravstvenog sustava, ali i druge sustave, kao što je npr. sustav socijalne skrbi.

Svaki sustav, pa tako i hitna medicinska služba unutar zdravstvenog sustava, ne funk-

cionira neovisno od drugih sustava i društvenih kretanja. Tako nacionalni reformski zahvati unutar zdravstvenog sustava nužno utječu na hitnu medicinsku službu, a i brojne društvene pojave i stanja – kao što je npr. povećanje odlaska ljudi na rad u inozemstvo – nužno se odražavaju na sustav zdravstvene skrbi. Pored toga, kontinuirano unaprjeđenje standarda i razvitanak suvremene medicine također zahtijeva stalnu prilagodbu. U cilju očuvanja i poboljšanja standarda i kvalitete rada nužno je nastaviti s aktivnostima koje će u okviru postojećih ograničenja zadovoljiti profesionalne kriterije. Sagledavajući postojeće stanje i potrebe u sustavu hitne medicinske službe zacrtani su kratkoročni i dugoročni ciljevi razvoja, čija će realizacija ovisiti o stanju i trendovima cjelokupnog zdravstvenog sustava te provedbenim kapacitetima. Prioriteti razvojnih ciljeva su sljedeći:

Funkcionalno povezivanje izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe

Zahvaljujući uvođenju specijalizacije iz hitne medicine uskoro ćemo imati prve specijaliste osposobljene za rad na dva radilišta (bolničko i izvanbolničko), što je temelj budućih aktivnosti funkcionalnog povezivanja izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe.

Za početak će pravnim propisima trebati osigurati mobilnost specijalista hitne medicine.

Uvođenje novog zanimanja paramedik

S obzirom na sve veći nedostatak liječnika u zdravstvenom sustavu, zahtjevi za specifičnim formalnim obrazovanjem radnika u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi za rad u timovima bez liječnika na terenu, a koje se provodi u svijetu već dugi niz godina, postaju i kod nas sve veći. Medicinske sestre-medicinski tehničari u RH sadašnjim načinom obrazovanja ne stječu potrebne izlazne kompetencije potrebne za samostalno odlučivanje i djelovanje na terenu.

Donese li se strateška odluka da se smanjuje broj doktora na terenu, treba stvoriti preduvjete za specifično obrazovanje i postupno uvođenje novog zanimanja paramedik (hitni medicinski tehničar).

S obzirom na to da ne postoji zakonska regulativa vezana uz rad paramedika u zdravstvenom sustavu niti obrazovna institucija za



Prim. mr. Maja Grba-Bujević, dr. med.

provedbu kvalificirane edukacije, uvođenje novog zanimanja bit će dugotrajan i zahtjevan proces.

Znanstveno i stručno osnaživanje djelatnosti hitne medicine

Nakon uvođenja specijalizacije iz hitne medicine sljedeći je korak osnivanje Katedre za hitnu medicinu, koja će osigurati platformu za znanstveni i stručni rad u djelatnosti hitne medicine. Razmotrit će se potrebe i mogućnosti uvođenja određenih subspecijalizacija iz hitne medicine.

Razvoj kompetencija djelatnika

U sustavu postoje potrebe za određenim specifičnim kompetencijama, kao što su npr. upravljanje sustavom ili komunikacijske vještine. Zbog toga je u planu razvijanje i organiziranje specifičnih edukacija (alati za upravljanje sustavom, alati za upravljanje ljudskim resursima, alati za upravljanje u križnim situacijama itd.).

Standardiziranje edukacije žurnih službi Policijski djelatnici i vatrogasci (žurne službe) po prirodi su svojega posla vrlo često u prvom kontaktu s ozlijedenim ili oboljelim osobama.

Zbog toga se oni svugdje u svijetu smatraju tzv. first responderi-ma, što znači da moraju imati određena znanja i vještine kako bi mogli pomoći ozlijedenim/oboljelim osobama do dolaska hitne medicinske službe.

Edukacija je na tom polju do sada nedostatna i nekonzistentna, stoga se predviđa standardiziranje edukacije i obuke žurnih službi za postupke napredne prve pomoći, kojom bi se djelatnicima žurnih službi omogućilo da kompetentno i kvalitetno pruže prvu pomoć na mjestu intervencija prije dolaska hitne medicinske službe.

Programi edukacije građana i razvijanje volonterstva u zajednici

Izuzetno uspješna provedba Nacionalnog programa javno dostupne rane defibrilacije ukazala je na velik potencijal daljnog razvoja drugih programa edukacije građana, s posebnim naglaskom na volonterstvo u zajednici.

Upravljanje u krizi

Nedavna iskustva vezana uz poplave upozorila su na potrebu uklanjanja nekih nedostataka, posebice na području strateških i taktičnih razina upravljanja (Krizni stožer Ministarstva zdravlja, MUP, MORH, vatrogasci) te operativne razine upravljanja (izvanbolnička i bolnička hitna medicinska služba). Edukacija zdravstvenih djelatnika za odgovor u križnim situacijama provodit će se kroz tečajeve Croatian Medical Response to Major Incidents Course (CRO MRMI Course).

Projekti

U narednom razdoblju očekuje se kroz Europski socijalni fond (ESF) financiranje specijalističkog obrazovanja iz hitne medicine te kontinuirane medicinske izobrazbe i programa, a kroz Mechanizam Unije za civilnu zaštitu financiranje projekata edukacije za zbrinjavanje masovnih nesreća. U tijeku je realizacija pilot projekta HEMS-a, a u pripremi je projekt izgradnje sustava brzih brodova kroz Europski fond za regionalni razvoj (ERDF).

Kao prioriteten i krajnji cilj postavlja se donošenje Zakona o hitnoj medicini, kakav imaju brojne zemlje svijeta (SAD, Njemačka, Nizozemska, Poljska, Mađarska, Turska i dr.), a kojim će se pravno regulirati svi aspekti rada u sustavu hitne medicinske službe. ●

Projekt „Oživljavanje u zajednici“

Adis Keranović, dr. med., specijalizant hitne medicine, suradnik na projektu i nacionalni instruktor

Uvod

Vodeći uzrok smrti u Hrvatskoj je skupina kardiovaskularnih bolesti, koja uključuje i iznenadan srčani zastoj, u svijetu i u nas nedovoljno osviđen javnozdravstveni problem. Iznenadna srčana smrt je nagla, neочекivana smrt uslijed poremećaja srčanog ritma koji uzrokuje trenutan prestanak srčane funkcije i zbog toga prestanak dotoka krvi u mozak i druge organe. Srčani zastoj može se dogoditi bilo kome (čak i mladim osobama i sportašima), bilo kada, bilo gdje. Procjenjuje se da zbog njega u Hrvatskoj godišnje umire oko 9.000 ljudi - svakog sata jedna osoba! Bez brze intervencije neposrednih očeviđaca u prvih 3 do 5 minuta stopa preživljavanja je manja od 10 %, ali se brzom intervencijom u tom razdoblju mogućnost preživljavanja povećava na više od 50 %. Bez obzira na organiziranost niti jedna izvanbolnička hitna medicinska služba (HMS) ne može uvijek tako brzo doći do bolesnika i zbog toga je edukacija građana laika iznimno važna za lokalnu zajednicu. Pojedinac educiran za provođenje osnovnih mjera održavanja života uz primjenu automatskog vanjskog defibrilatora (AVD) može spasiti život svom sugradaninu kojemu se dogodio iznenadni srčani zastoj, održavajući ga na životu sve do dolaska tima hitne medicinske službe (HMS).

Znanstveno je dokazano da postoje četiri ključna koraka u lancu zbrinjavanja iznenadnog srčanog zastopa: rano prepoznavanje i pozivanje HMS-a – rani početak osnovnih mjera održavanja života – rana defibrilacija – rani dolazak tima HMS-a.

Zbog toga je Ministarstvo zdravlja pokrenulo nacionalni program javno dostupne rane defibrilacije pod nazivom „Pokreni srce - spasi život“ i donijelo Pravilnik o uvjetima za provođenje programa javno dostupne rane defibrilacije (NN 120/2013). Nacionalni program predviđa tri osnovne aktivnosti: javno-zdravstvene aktivnosti promicanja važnosti rane defibrilacije, povećanje dostupnosti AVD uređaja u zajednicama i educiranje što većeg broja laika za provođenje postupka oživljavanja uz upotrebu AVD-a. Usvojeni nacionalni program i doneseni Pravilnik predstavljaju polazište za zajedničko djelovanje državnih i lokalnih institucija, zdravstvenih ustanova, stručnih društava, civilnog društva, građana i dr. sa zajedničkim ciljem - povećanjem

mogućnosti preživljavanja kod iznenadnog srčanog zastopa u Republici Hrvatskoj. Osposobljavanjem za pružanje osnovnih mjera održavanja života uz upotrebu AVD uređaja želi se potaknuti građane na odgovorno ponašanje u cilju sprečavanja lošeg ishoda srčanog zastopa te time osnažiti pojedince i doprinijeti sigurnosti zajednice.

Cilj

Cilj projekta „Oživljavanje u zajednici“ je edukacija građana laika:

- o osnovnim mjerama održavanja života uz upotrebu AVD uređaja

Novostećenim znanjem u zajednici postiže se veća mogućnost intervencije u prvih 3-5 minuta i povećava mogućnost preživljavanja osobe koja je doživjela srčani zastoj.

- o ulozi i radu HMS-a

Informiranje građanâ laika o njihovo ulozi u prvoj pomoći, akutnim stanjima koja ugrožavaju ljudski život za koje je potrebna intervencija HMS-a, organiziranju HMS-a, osobito o radu medicinske prijavno-dojavne jedinice, uz naglasak na komunikaciju s medicinskim dispečerom.

Korisnici

Ciljani i krajnji sudionici su građani laici koji prolaze edukativnu radionicu i time stječu nova znanja i vještine. Ovaj je projekt namijenjen isključivo građanima laicima, a ne hitnim službama (vatrogascima, policiji, gorskoj službi spašavanja, sustavu zaštite i spašavanja).

Nositelji i partneri

Nositelji projekta su:

- Hrvatski zavod za hitnu medicinu (HZHM)
- Hrvatski društvo za javno zdravstvo Hrvatskog liječničkog zabora
- Županija/grad/općina gdje se projekt održava

Partneri u projektu su:

- županijski zavod za hitnu medicinu
- upravni odjel nadležan za zdravstvo
- druge zdravstvene institucije i nevladine organizacije

Projekt ima svoj projektni tim te lokalne koordinatori zadužene za organiziranje i

logistiku. Projektni tim čine predstavnici HZHM-a i predstavnici Hrvatskog društva za javno zdravstvo HLZ-a.

Projektni tim upravlja cijelim projektom i zadužen je za dogovaranje sastanaka i radionica, osiguranje predavača i nacionalnih instruktora, osiguranje edukacijskih lutaka, edukacijskog AVD uređaja i edukacijskog materijala te za komunikaciju s medijima javnog priopćavanja. Lokalni koordinatori zaduženi su za određivanje i pozivanje sudionika radionice, za osiguranje mjesta održavanja radionice, informatičku logistiku, osiguranje okrupe tijekom odmora za kavu te osiguranje ručka za polaznike i nacionalne instruktore.

Aktivnosti

Osnovne aktivnosti Projekta su sljedeće:

1) Određivanje sudionika i njihovo pozivanje

Svaka zajednica ima svoje specifičnosti pa je potrebno uključiti i različite sudionike. U svakoj zajednici županija, grad ili općina, koje imaju najbolji uvid u stanje na svojem terenu utvrđuju i pozivaju sudionike radionica. Sudionicima se pristupa na način da se odaberu osobe koje najviše borave u zajednici i koje su najviše u kontaktu sa ostalom populacijom. To mogu biti npr. djelatnici lokalne uprave i samouprave, javnih institucija, obrazovnih ustanova, vjerskih institucija, raznih udružuga, ali i mjesni ugostitelji i obrtnici, djelatnici turističke zajednice, redari za naplatu parkingu, djelatnici javnog prijevoza (trajekti, autobusi...). Način pozivanja sudionika ovisi o načinu komunikacije u zajednici. Primjerice, pojedina područja nisu pokrivena internetom pa se sudionici ne mogu pozivati putem e-maila nego telefonski ili poštom. Na svim javnim mjestima u zajednici moraju se izložiti plakati i letci koje dostavlja projektni tim. Broj polaznika radionice je najviše 30 ljudi.

2) Provedba jednodnevnih radionica

Predavači i instruktori koji vode radionicu licencirani su nacionalni instruktori. Edukacija se provodi metodologijom standariziranih radionica tako da svi polaznici po završetku stječu jednak znanje i vještine. Jednodnevna radionica provodi se u dva dijela - teorijski i praktični. Edukacija je u teorijskom dijelu zajednička, a u praktičnom se provodi u manjim skupinama (broj manjih dvorana ovisi o broju polaznika). Na predava-

MOTOVUNSKA LJETNA ŠKOLA ZDRAVLJA

njima se prikazuje koja su hitna stanja i kada je potrebno zvati HMS, na koji se način razgovara s medicinskim dispečerom te kako se pruža prva pomoć.

Praktični dio provodi se u manjim skupinama prema standardu tečaja osnovne mjere održavanja života uz upotrebu AVD uređaja.

Vježbe se sastoje od pokaznih scenarija, scenarija uz pojašnjenje instruktora i vježbanja polaznika.

Radionica završava pismenim i praktičnim testiranjem polaznika, koji nakon toga dobivaju certifikat o njihovoj ospozobljenosti.

3) Suradnja s medijima javnog priopćavanja

Sva medijska priopćenja i komunikaciju s medijima javnog priopćavanja održavaju projektni tim. Vidi Tablicu I (Matrica provedbe projekta).

Održivost

Održivost projekta temelji se na sljedećem:

i) Sve veći zahtjevi građana

Građani imaju veće zahtjeve, ali i očekivanja od medicinskog tima. To proizlazi iz sve veće dostupnosti informacija putem interneta i drugih medija.

Ovu priliku treba iskoristiti i građanima približiti funkciranje HMS-a te osvijestiti njihovu važnu ulogu u pružanju prve pomoći kako bi pomogli svojim najbližima i svojim sugrađanima.

2) Resursi HMS-a

Resursi HMS-a su ograničeni i treba ih racionalno koristiti, što je u interesu i pojedinaca i lokalne zajednice i države. U tom smislu projekt je održiv jer edukacijom građana ukazuјemo koja stanja životno ugrožavaju i kada je potrebno zvati HMS.

3) Interes lokalne uprave i samouprave

Zanimanje svake lokalne uprave i samouprave izuzetno je veliko jer edukacijom građana i nabavkom AVD uređaja dobivaju sigurniju zajednicu i zadovoljnije sugrađane. Naročito je to korisno turističkim mjestima jer dobivaju sigurnije mjesto na turističkoj karti svijeta, gdje je danas marketinški izuzetno važno navesti da pojedina zajednica posjeduje AVD uređaj.

Zaključak

Preživljavanje osobe u slučaju iznenadnoga srčanog zastoja izravno ovisi o brzoj intervenciji u prvih 3 do 5 minuta, kojom se mogućnost preživljavanja povećava na više od 50 posto. Taj epidemiološki podatak temelj je Deklaracije o uspostavljanju europskog tjedna svijesti o srčanom zastolu koju je Europski parlament usvojio 14. lipnja 2012. Stručno-znanstvena literatura o primjeni AVD-a dokazala je neosporno povećanje stope preživljavanja osoba s iznenadnim srčanim zastojem ako je skraćeno vrijeme od nastanka iznenadnog srčanog zastola do defibrilacije, što je temeljna polazna točka uvođenja AVD programa u zajednici.

Bez obzira na organiziranost niti jedna izvanbolnička HMS ne može uvijek za 5 minuta doći do osobe s iznenadnim srčanim zastojem. Upravo stoga je u okviru nacionalnog programa javno dostupne rane defibrilacije „Pokreni srce - spasi život“ pokrenut projekt edukacije građana laika koji ispravnim postupcima osnovnih mjera održavanja života i pravilnom upotrebom AVD uređaja spašavaju ljudske živote i „kupuju“ vrijeme do dolaska tima HMS-a.

Nadamo se da će županije, gradovi i općine prepoznati vrijednost ovog projekta jer pruža mogućnost njihovim građanima laicima stjecanje novih znanja i vještina s kojima u slučaju iznenadnog srčanog zastola mogu spasiti život svojih bližnjih i svojih sugrađana.

Primjer radionice u Motovunu

Ovo štosljed bio je naš pilot, tako smokrenuti, a sada se projekt „Oživljavanje u zajednici“ provodi u okviru Nacionalnog programa javno dostupne rane defibrilacije Ministarstva zdravlja pod nazivom „Pokreni srce - spasi život“.

Kao i u svakom ozbilnjom projektnom međadžmentu, prije provedbe projekta potrebno je provesti eksperimentalnu fazu, tj. testirati / pilotirati projekt u realnim uvjetima. „Oživljavanje u zajednici“ testirano je u Motovunu kao području u kojem postoji niz specifičnosti i posebnih zahtjeva u osiguranju zdravstvene zaštite i koje je prepozna-

lo važnost takve edukacije za svoju lokalnu zajednicu te se tako pokazalo kao pouzdan partner u razvijanju novih zdravstvenih inicijativa. Radionica je organizirana na poziv Općine Motovun u suradnji s Istarskom i Varaždinskom županijom te Zavodima za hitnu medicinu Istarske i Varaždinske županije, čiji su instruktori bili stručni sudionici. Nositelji radionice, kao i cijelog projekta, bili su Hrvatski zavod za hitnu medicinu i Hrvatsko društvo za javno zdravstvo HLZ-a, a podržalo ju je Ministarstvo zdravlja RH, čiji je zamjenik ministra prim. mr. sc. Marijan Cesarik bio aktivni sudionik. Radionica je održana u hotelu „Kaštel“ u Motovunu, a svi zainteresirani građani educirani su za pružanje osnovnih mjera održavanja života te za korištenje aparata za automatsku vanjsku defibrilaciju srca. Građani su na radionici kroz razmjenu informacija i predavanja naučili kada zvati HMS te koji su podaci potrebni medicinskom dispečeru kako bi hitna služba bila pravovremena i uspješna a da se rad HMS-a ne bi zloupotrebljavao. Na samom kraju radionice, prije evaluacije, svaki je građanin pisao test i pokazao praktičnu ospozobljenost na modelu čime je morao zadovoljiti sve standardizirane elemente. Svi su građani zadovoljili te su na kraju dobili potvrđnice o uspješno završenom tečaju „Osnovne mjere održavanja života uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora“.

U nastavku je nekoliko linkova na medijske objave pilot radionice u Motovunu.

O svim ostalim dosadašnjim radionicama više na:

www.hzhm.hr

<http://www.regionalexpress.hr/site/more/radionica-ozivljavanje-u-zajednici-u-motovunu>

<http://www.gradpula.com/vijesti/radionica-ozivljavanje-u-zajednici-u-motovunu-ii-12-II/>

<http://kvarnernews.hr/ozivljavanje-u-zajednici-radionica-koju-bi-svaki-gradan-in-trebao-posjetiti/>

<http://www.motovun.hr/?clanak=565>

<http://36events.org/OUZ-HITNA2014>

<http://www.hzhm.hr/radionica-ozivljavanje-u-zajednici-odrzana-u-motovunu/> - ovdje opširnije o prvoj radionici u Motovunu! ●

TABLICA 1.: Matrica provedbe projekta

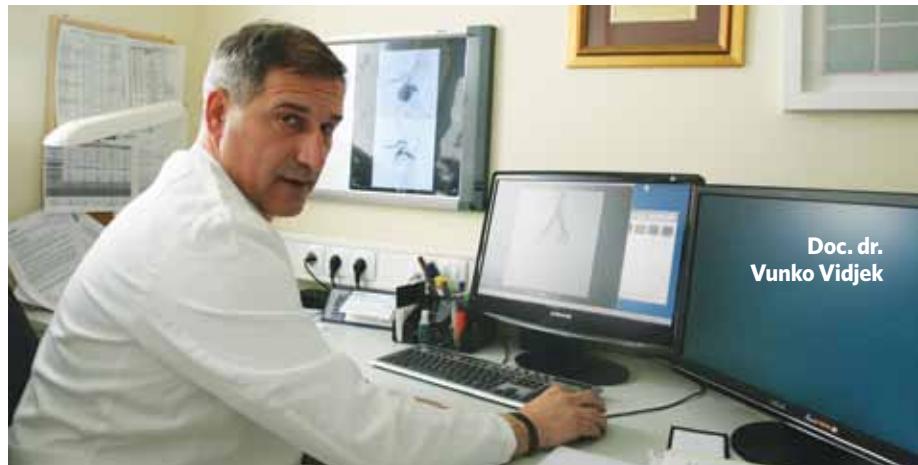
METODE	AKTIVNOSTI	NOSITELJ / IZVOĐAČ	POTREBNO
Utvrđiti interes i mogućnosti lokalne zajednice	Mapiranje i check-lista	HZHM, savjet projekta, projektni tim	Baza podataka
Odabir dionika i sudionika	Sastanci, e-mail, telefonski razgovori, zahvale	Lokalni koordinatori	Kontakti dionika i sudionika, pozivi
Edukacija	Predavanja i radionice	Instruktori	Dvorane, oprema - laptop, projektor, lutke, AVD uređaji...

NOVI LIJEKOVI ZA HEPATITIS C I KARCINOM PROSTATE NA LISTI LIJEKOVA HZZO-a

Zaključak je Upravnog vijeća HZZO-a na 89. redovnoj sjednici da se na Osnovnu listu lijekova HZZO-a stavi ukupno 6 novih lijekova. Za liječenje kroničnog hepatitisa C stavljeni su 3 nova lijeka: sofosbuvir, dasabuvir i ombitasvir+paritaprevir+ritonavir, te je proširena indikacija za primjenu lijeka simprevir koji se već nalazi na listi i za liječenje prethodno neliječenih pacijenata. Riječ je o novoj generaciji lijekova čijom se primjenom postiže visok postotak izlječenja (do 90 %) hepatitisa C. HZZO će plaćati terapiju po terapijskom ishodu, što znači da će plaćati troškove liječenja za one oboljele kod kojih se postigne izlječenje. Nositelji odobrenja preuzimaju troškove neuspješnih liječenja. Za liječenje karcinoma prostate u Osnovnu listu lijekova stavljeni su 3 nova lijeka: kabitaksel, enzalutamid i abirateron.

Procijenjena potrebna sredstva za liječenje osiguranika s ovih 6 novouvrštenih lijekova iznose oko 70 milijuna kuna godišnje.

Klinici za infektivne bolesti „Fran Mihajević“ HZZO će plaćati dodatna sredstva od 1 milijun kuna mjesечно za provođenje posebnih postupaka u liječenju bolesnika oboljelih od HIV-a kao i najsloženijih oblika zaraznih bolesti s područja cijele Republike Hrvatske te obvezu osiguranja pripravnosti u slučaju opasnosti od epidemije u Republici Hrvatskoj i susjednim zemljama.



INTERVENCIJSKA RADILOGIJA

HZZO ne priznaje 70% postupaka

Kada je po zahtjevu kliničkog konzilija intervencijski radiolog obavio u radnom vremenu zahvat, hitan ili elektivan, on za državnu administraciju taj dan nije radio jer ti zahvati nisu na listi, kaže doc. dr. **Vinko Vidjak**, predstojnik Kliničkog zavoda za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KB-a Merkur

Unatoč ogromnim potencijalima koji se mogu iskoristiti u većini medicinskih struka, intervencijska radiologija (IR) još uvijek nije do kraja prepoznata kao grana medicine koja znatno može olakšati liječenje određenih bolesti, pacijentima omogući jednostavniji i lakši oporavak, a HZZO-u znatne uštede.

„Problem je što kao struka nismo prepoznati odgovarajuće našem učinku, a tome u prilog govori i činjenica kako gotovo 70 posto naših postupaka ne postoji na važećoj listi postupaka HZZO-a. Dodatni je problem što je inicijalno riječ o skupim metodama, zbog visokih cijena materijala i proteza. No, kada napravite farmakoekonomsku analizu

SVJETSKI DAN HEPATITISA

Obilježavanje toga dana dio je globalne kampanje koju provodi SZO, a koordinira World Hepatitis Alliance-a (WHA).

Taj je datum odabran u čast rođenja profesora **Barucha S. Blumberga**, nobelovca zaslужnog za otkriće virusa hepatitis B. SZO je 2010. uvrstio taj dan među jedina četiri službena svjetska dana posvećena pojedinačnoj bolesti.

Virusni hepatitisi, posebice kronični B i C hepatitis, tihe su bolesti koje bez alarmanih znakova teško oštećuju jetru. Procjene su da milijun i pol ljudi u svijetu na godinu umre od posljedica virusnog hepatitisa. U Hrvatskoj je oko 39.000 ljudi zaraženo he-

patitis C virusom, a oko 28.000 ljudi kroničnim B hepatitisom. Hepatitis B može se uspješno spriječiti cijepljenjem, a hepatitis C se danas uspješno može liječiti i izlječiti, ako se otkrije na vrijeme.

Strategija SZO-a predviđa da se širokom upotrebom cjepliva protiv hepatitis B i novih učinkovitih lijekova protiv hepatitis C omogući eliminacija virusnih hepatitisa do 2030. godine.

Cilj je Dana podizanje svjesnosti o virusnim hepatitisima kao javnozdravstvenom problemu koji ima i društveno-političku dimenziju vezanu uz problem diskriminacije, kršenja ljudskih prava i društvenog neprihvatanja oboljelih. Tema ovogodišnje glo-

balne kampanje „Prevent hepatitis: It's up to you“, kojom se naglašava važnost prevenkcije ovih zaraznih bolesti, jer 400 milijuna širom svijeta, među kojima i 65 000 Hrvata, živi s hepatitisom B ili C, a većina ih ne zna da su zaraženi.

Hrvatska ima tradicionalno dobru zdravstvenu skrb za bolesnike s hepatitism. Većika je vijest da su od 24. srpnja u Hrvatskoj dostupni suvremeni direktno djelujući antivirusni lijekovi za hepatitis C, sofosbuvir,



i izračunate finansijske troškove i sve ostale dobrobiti za pacijenta nakon takvih zahvata, situacija izgleda potpuno drukčije. I zbog osobno radim na promociji ove struke“, kaže doc. dr. sc. **Vinko Vidjak**, predstojnik Kliničkog zavoda za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KB Merkur koji je ujedno i predsjednik sekcije za intervencijsku radiologiju unutar Hrvatskog društva radiologa (HDR). Uz to, dr. Vidjak drži dodiplomsku i postdiplomsku nastavu te je v.d. zamjenik pročelnika katedre za radiologiju Medicinskog fakulteta u Zagrebu.

Riječ je o minimalno invazivnoj struci s brojnim prednostima, objašnjava dr. Vidjak, a koji postupci i metode liječenja ne rade ožiljke i deformitet, pa shodno tome kod pacijenata ne dolazi do invaliditeta, hospitalizacija je minimalna (od jednog do tri dana), a u odnosu na kirurški pristup vremenski je liječenje puno kraće. Rezultati ovakvih minimalno invazivnih operacija su u brojnim stanjima usporedivi su s alternativnim, klasičnim operativnim postupcima. Danas se intervencijska radiologija dijeli na nekoliko područja: vaskularna, nevaskularna, embolizacijska i onkološka te je postala sastavni dio tih struka, a kod nekih od njih i dio curikuluma specijalizacija.

„Razvoj informaticke omogućio je ogroman napredak ove struke. Pa tako aortu možete „okretati“ na ekranu za 365 stupnjeva i sa svih strana promatrati aneurizmu ili trodimenzionalno možete promatrati doseg disekcije stijenke arterije, vidjeti vaskularnu mrežu pluća i lokalitet žilne promjene, vidje-

ti presudne detalje, zbog čega je danas i povećan opseg rada intervencijskog radiologa. Područje kardiologije su arterije srca, neuro-radiologije arterije vrata s ograncima u glavi i pripadajućim venama, dok se intervencijski radiologzi bave svim ostalim žilama (arterijama i venama), organima tijela, ali i ne samo krvožilnim sustavom. No, ako želite pouzданo i učinkovito raditi s dobrim rezultatima, morate imati ogroman dijapazon materijala, jer jedna vrsta materijala nije garancija uspjeha“, kaže dr. Vidjak dodajući kako je utoliko i njihov rad skup. Učestalo se naš program svodi na liječenje bolesti perifernih arterija tj. suženja arterija, objašnjava, a zadatak je intervencijskog radiologa ta suženja arterija proširiti i dovesti cirkulaciju do krajnje periferije. Utoliko su tek neki od njihovih zadataka:

liječenje i sprečavanje amputacije stopala, zatvaranja aneurizmi arterija (uključujući aorte), liječenje tumora, odstranjanje upalnih i neupalnih kolekcija, uzimanje uzorka tkiva, liječenja po život opasnih krvarenja (npr. kod varikoziteta jednjaka, krvarenja iz crijeva i bronhalnih arterija), liječenja opstrukcija žučnih i digestivnih puteva, embolizacije dobroćudnih tumora meternice, odstranjanje tromba u venama i zaštita od plućne embolijske... U liječenju su im na raspolaganju brojne operativne, minimalno invazivne metode liječenja i potrošni materijali (žice vodilice, kateteri, baloni s i bez lijeka, stentovi s i bez lijeka, baloni s noževima, pokriveni stentovi, zaštitne mrežice, drenažni kateteri, embolizacijske čestice i zavojnice), a odabir ovisi o zatečenoj situaciji u pacijenta te mogućnosti-



Članovi intervencijskog radiološkog tima KB Merkur (s lijeva desno).
Doc. dr. sc. V. Vidjak, ses. M. Jurković, ses. I. Marković, ses. M. Marović, ses. S. Buhin Čmarec, ing. E. Kovač, dr. M. Slavica, ses. S. Kukec, dr. D. Blašković, ing. T. Mrak

te tzv. 3D kombinacija koja uključuje tri različita lijeka (paritaprevir, ombitasvir, dasabuvir), što je velik napredak. Pronalažak ovih antivirusnih lijekova jedno je od najvećih dostignuća suvremene medicine u posljednjih desetak godina.

Dosadašnji lijekovi imali su brojne nuspojave i izlječenje su postizali u 50% oboljelih, dok novi lijekovi imaju minimalne nuspojave i izlječenja u >90 %. Jednako su učinkoviti i u bolesnika s cirozom.

Bolesnici s cirozom trebaju imati prioritet u liječenju ovim lijekovima zbog veće vjerojatnosti razvoja komplikacija i raka jetre.

U Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ održan je 28. srpnja tradicionalni stručni simpozij posvećen aktualnim temama iz područja virusnih hepatitisa.

Predstavljen je novi Nacionalni register

oboljelih od virusnih hepatitisa kojem je cilj unapređenje zdravstvene zaštite osoba oboljelih od infekcije virusom hepatitisa C, utvrđivanja prevalencije i incidencije te praćenja osnovnih kliničkih pokazatelja. Registr je važan za planiranje preventivnih akcija i smanjenje troškova.

Predstavljen je i Mobilni InfoHep Centar, to jest prilagođeno kombi vozilo opremljeno za pružanje zdravstvenih usluga na terenu.

Njegovim radom, a u suradnji sa stručnjacima regionalnih zavoda za javno zdravstvo i bolničkih centara diljem Hrvatske, po prvi put kompletna i izvrsna usluga (povjerljivo i anonimno savjetovanje i testiranje, pretraga jetre elastografijom te zakazivanje termina kod liječnika specijalista) dovodi se na teren korisnicima.

Na taj se način omogućava dostupnost testiranja i savjetovanje osobama s povećanim rizikom od hepatitis (korisnici opojnih droga, zatvorenici i veterani). Testira se brzim testovim, što znači da se rezultati dobiju za 20 do 40 minuta.

Osim testiranja na hepatitis C, moguće je odmah napraviti i fibroelastografski pregled, kojim liječnici specijalisti utvrđuju stadij oštećenja jetre.

Odmah po završetku testiranja i pregleda jetre liječnik razgovara s oboljelim i preporuča daljnje liječenje.

Prof. dr. sc. Adriana Vince, dr. med., Referentni centar za dijagnostiku i liječenje virusnih hepatitisa

ma, znanju i iskustvu intervencijskog radio- loga. Primjerice, govorimo li o ponovljenom krvarenju iz jednjaka, a kada i endoskopske metode ne pokazuju učinak, objašnjava dr. Vidjak, ulazimo kroz vene vrata, spuštamo se kroz desno srce do jetrenih vena, te kroz umjetno stvoreni kanal u jetri i venski sustav probave dolazimo do variksa jednjaka koji se zatim emboliziraju tj. zaustavlja se krvarenje. To je moguće i putem same trbušne stijenke i jetre, dodaje, a odabir metode ovisi o situaciji.

„Primjerice, aneurizma abdominalne aorte se operira klasično otvaranjem trbušne šupljine. Naš način je putem arterija prepone, kroz šupljinu arterija, te se žilna proteza aorte postavlja „iznutra“ i isključuje aneurizmu iz cirkulacije, a pacijent se za dva, tri dana otpušta iz bolnice. U drugom slučaju, kada imate pacijenta s, primjerice, moždanim udarom, kojem su razlog aterosklerotske naslage arterija-karotida, morate ih ukloniti klasičnom operacijom, endarterektomijom. No, nerijetko su prisutne, kirurgiji otegotne oklonosti postupku (npr. pacijenti s kratkim vratom ili koji su već prethodno operirani) pa klasična operacija nije moguća ili je izvediva uz povećani sigurnosni rizik. Tada nastupaju intervencijski radiolozi i uz pomoć posebnih stentova, eventualno uporabu zaštitnih mrežica, mogu riješiti problem“, pojašnjava dr. Vidjak.

Nažalost ova se struka u Hrvatskoj promatra kroz cijenu uporabnog materijala i zato se smatra skupom, što reducira njenu primjenjivost, a nerijetko pacijentima i liječnicima ne ostavlja na izbor bolji i učinkovitiji postupak u liječenju. Dobrobiti za pacijente su dobro znane, objašnjava dr. Vidjak, kao i finansijska korist za HZZO i društvo, što je lako izračunljivo.

„Uzmimo za primjer pacijentu kojoj smo zahvatom sprječili amputaciju noge i na taj način joj omogućili normalan i kvalitetan život. Time smo i izbjegli troškove bolovanja, proteze, rehabilitacije, socijalnoekonomski aspekt osobe i obitelji pacijenta s amputiranim ekstremitetom, te niz ostalih troškova. Neobično je i zabrinjavajuće kako se naši zahvati značajno ne nalaze na listi HZZO-a iako se o tom problemu intenzivno raspravlja niz godina, napose od 2013. godine. Naime, već tada je HZJZ od našeg društva (HDR) tražio izradu liste IR zahvata i cjenik, što smo mi i učinili. U srpnju 2014. godine iz HZZO-a su to ponovno tražili i ponovno smo im to poslijedili. U rujnu 2014. godine je HZZO od nas tražio modifikaciju tih tablica, a bez detaljnijeg pregleda što smo pripremili. I to je apsurd administracije“, smatra dr. Vidjak.

U kontekstu plana ocjene učinaka svakog liječnika u zdravstvu, dodaje, otvara se i problem ocjenjivanja učinka rada intervencijskih radiologa ako na listi nemate postupke koje oni rade. Tada dolazimo do apsurga kada po zahtjevu kliničkog konzilija (uglavnom intredisciplinarno) intervencijski radiolog obavio zahvat/e u radnom vremenu (hitni ili elektivni zahvat), ali za državnu administraciju on taj dan nije radio jer ti zahvati jednostavno nisu na listi postupaka koje priznaje HZZO. Iako smo IR zahvatom sprječili teže posljedice i izlječili pacijenta, objašnjava, mi za državnu administraciju zbog administrativne situacije „ne zaslužujemo mjesečnu naknadu“. Tada, naravno, kaže, nema niti uvjeta za dobivanje dopusnice za dopunski rad izvan ustanove. Uz to, takvim se načinom onemogućuje puni razvoj struke u svim ustanovama i idemo prema defanzivnoj medicini. Zbog takvih odredbi, nažalost, i imamo situaciju da dr. Vidjak jedini u Hrvatskoj radi pojedine intervencijske zahvate (primjerice, embolizacija bronhalnih arterija i plućnih AV malformacija, odstranivanje tromba iz dubokih vena, perkutane portokavalne šantove-TIPS) iako su kod njega dolazili i dolaze na edukaciju liječnici iz svih krajeva Hrvatske. Ipak entuzijazam i mogućnosti ove struke, intervencijskih radiologa i radiologije u cijelosti, garancija su svjetle budućnosti, kaže, naravno, ukoliko nas državna administracija ne demantira. A.Š.

*U pripremi je za jedan od sljedećih brojeva LN članak doc. dr. Vidjaka „Liječenje hemoptize transkateterskom embolizacijom bronhalnih arterija“

SVEUČILIŠNI P „MENADŽMENT“

DIU LIBERTAS međunarodno sveučilište“ počinje ove školske godine u Rijeci provoditi akreditirani sveučilišni poslijediplomski studij pod nazivom „Menadžment kvalitete u zdravstvu“, prvoga takovog studija u RH. Program studija razvijen je s ciljem da zadovolji potrebe za kompetentnim stručnjacima za uspostavljanje osiguranja i poboljšanja kvalitete na svim razinama i sektorima u sustavu zdravstvene zaštite. Kvaliteta zdravstvenih intervencija i sigurnost bolesnika postali su važni čimbenici u zdravstvenom sustavu zbog iznimnog napretka i razvoja novih inovativnih metoda u dijagnostici i liječenju, te njihove racionalne i sigurne primjene u praksi. Program poslijediplomskog studija integrira sve danas primjenjive elemente osiguranja kvalitete i sigurnosti u svim sastavnicama zdravstvenog sustava.

Studij je namijenjen diplomiranim zdravstvenim i nezdravstvenim stručnjacima koji se pripremaju za upravljanje kvalitetom i sigurnošću, za istraživanje i/ili vodeće pozicije u zdravstvenim ustanovama, agencijama ili institucijama koje su odgovorne za stvaranje politika kvalitete u zdravstvu. Uvjet za upis je završen diplomski studij (300 ECTS)

Osnovana udruga pacijenata sa

Od iznenadne srčane smrti u Hrvatskoj godišnje umire oko 9.000 osoba, odnosno svakog sata jedan stanovnik, a otprilike 95 posto njih umre zbog nedostatka vremena za pravovaljanu reakciju. Zbog toga je osnovana Udruga pacijenata s aritmijama srca (UPAS).

Iznenadna srčana smrt vodeći je uzrok smrti u razvijenim zemljama i uzima više života od moždanog udara, raka pluća, raka dojke i AIDS-a zajedno. Stopa preživljavanja pritom je vrlo niska, ispod 5 posto. U slučaju gubitka srčane funkcije smrt naj-

češće nastupa već nakon nekoliko minuta, što znači da se u tim slučajevima ne može osloniti na hitnu medicinsku intervenciju.

Za predsjednika UPAS-a izabran je **Mario Perica** koji je prošle godine dva puta spašen od srčanog aresta, nakon čega mu je ugrađen kardioverter defibrilator (ICD terapija). ICD terapija najdjelotvornija je trenutno dostupna za sprječavanje fatalnih posljedica aritmija jer se defibrilator ugrađuje u tijelo osoba kojima je ustanovljen rizik od iznenadne srčane smrti, a aktivira se u slučaju da dođe do opasne aritmije koja

POSTDIPLOMSKI STUDIJ "MANAJMENT KVALITETE U ZDRAVSTVU"

iz biomedicine i zdravstva, prirodnih znanosti, ekonomije ili društvenih znanosti. Studij traje dva semestra i ocijenjen je s 60 ECTS bodova. Sa završenim studijem polaznici stječu naziv specijalista za menadžment kvalitete u zdravstvu (više podataka: www.diu.hr).

Studijski program je uskladen s načelima i smjernicama visokog obrazovanja u zemljama Europske unije i omogućava vertikalnu i horizontalnu pokretljivost studenata na studijima u Hrvatskoj i EU-u. Program provode renomirani nastavnici i stručnjaci u tom području Sveučilišta DIU Libertas, Sveučilišta u Rijeci i eksperata iz EU-a (profesori Charles Shaw, Andrej Robida, Gunter Jonitz, Davor Štimac, Paul Bartels, Pierra Poletti, Amir Muzur, Ratko Magjarević, Josip Čulig, Ana Maria Šimundić, Ivor Altaras, Bojana Filej i Ana Stavljenić-Rukavina).

Polaznici se osposobljavaju za razvoj i uvođenje mjera za osiguranje i poboljšanje kvalitete te procese akreditacije zdravstvenih ustanova. Oni su sa završetkom studija osposobljeni za vodeće stručnjake u uspostavljanju, upravljanju i istraživanju u području kvalitete u zdravstvenim ustanovama, agencijama i ustanovama odgovornima za organiziranje i financiranje zdravstvenog sustava i kompetentni su za:

- Razvoj, implementaciju i evaluaciju metoda za poboljšanje kvalitete i sigurnosti

- Razvoj strategije i vođenje organizacijskih promjena usmjerenih prema kulturi kvalitete
- Primjenu procesa i alata za mjerjenje, analizu i interpretaciju podataka o poboljšanju kvalitete
- Razvoj i implementaciju informatičkih sistema koji podržavaju osiguranje kvalitete u zdravstvu
- Provodenje istraživanja usmjerenih na

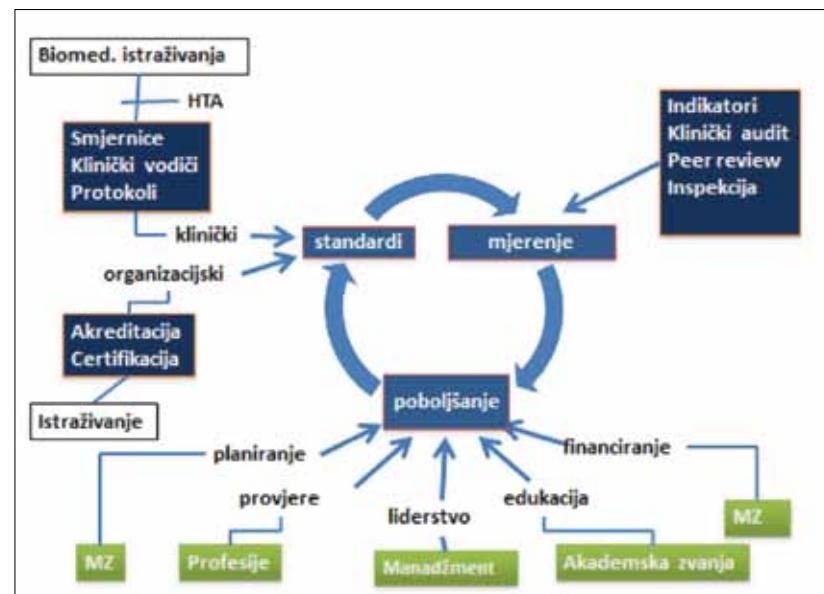
unapredjenje sustava kvalitete u zdravstvu.

Sadržaji elektivnih predmeta dodatno proširuju znanje polaznika o upravljanju promjenama, ljudskim resursima, strateškom i finansijskom upravljanju, te upravljanju kvalitetom u specifičnim područjima medicine i zdravstva (personalizirana medicina, transplantacija, farmakogenomika), kao i u multidisciplinarnom području socijalne gerontologije.

**Voditelj studija
Prof. emeritus Ana Stavljenić-Rukavina**

(pobliže: www.diu.hr)

Sustav kvalitete u zdravstvu - od istraživanja do primjene



U srčanim aritmijama

izaziva zastoj srca. Uz pomoć ICD terapije postiže se preživljavanje od 98 posto. Pacijenti koji imaju znatno povećan rizik od iznenadne srčane smrti su oni koji su već preživjeli srčani arest ili oni kojima su zabilježene epizode specifičnih aritmija, a upravo takve pacijente zdravstveni sustav treba u većem broju prepoznati kao pogodne za ICD terapiju.

"Ugradnja kardioverter defibrilatora omogućila mi je nastavak normalnog života u kojem ne moram uzimati velik broj lijekova i svakodnevno strahovati od iznenadne srčane smrti. S obzirom na svoje životno iskustvo,

odlučio sam pomoći svojim sugrađanima koji možda imaju neki od simptoma koji otkriva mogućnost nastupanja iznenadne srčane smrti, a ne prepoznaju ih i ne znaju točno kome se obratiti za pomoć.

Budući da u Hrvatskoj postoji značajna potreba za povećanjem broja ugradnjih defibrilatora, komunicirat ćemo sa zdravstvenim institucijama, posebno Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, da više potiče njihovu ugradnju jer na taj način direktno spašavamo ljudske živote", izjavio je g. Perica prilikom osnivanja UPAS-a.

Iz UPAS-a napominju kako danas Hrvatska brojem ugradnjih kardioverter defibrilatora znatno zaostaje za zemljama Europske unije, ali i zemljama regije.

Naime, na milijun stanovnika u Hrvatskoj izvodi se manje od 40 zahvata, dok se primjerice u Njemačkoj provodi njih čak 330, Švicarskoj 200, Poljskoj 250, Češkoj 130, Sloveniji više od 70 itd.

Osnivanje UPAS-a podržala je i Radna skupina za aritmije i elektrostimulaciju srca čiji je predsjednik dr. sc. **Šime Marnola**, dr. med., iz Kliničke bolnice „Sestre milosrdnice“.

PRIOPĆENJE VLADE I SINDIKATA O IZMJENAMA I DOPUNAMA KOLEKTIVNOG UGOVORA ZA ZDRAVSTVO*

Dana 29. srpnja 2015. postigli su Pregovarački odbor Vlade i Pregovarački odbor Sindikata (u kojem nisu bili predstavnici liječnika – op. urednika) dogovor o izmjenama i dopunama Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, odnosno postignut je dogovor o sadržaju Dodatka I Kolektivnom ugovoru.

Pregovarački odbori Vlade i Sindikata Dodatkom I KU ugovorili su:

1) da se briše članak 60. važećeg Kolektivnog ugovora koji uređuje pravo na uvećanje osnovne plaće po osnovi ostvarenih godina radnog staža u zdravstvenim ustanovama i Zavodu, odnosno dodatak na vjernost službi

2) mogućnost zasnivanja radnog odnosa bez raspisivanja javnog natječaja u slučajevima prelaska radnika iz jedne zdravstvene ustanove u drugu zdravstvenu ustanovu na iste poslove

3) izmjene i dopune pojedinih odredbi Kolektivnog ugovora kojima se uređuju posebni uvjeti rada i odgovornost za život i zdravlje ljudi

4) ovaj Dodatak Kolektivnom ugovoru primjenjivat će se od 1. listopada 2015. godine, a važi do isteka Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (1. prosinca 2017.).

*Stav Hrvatske liječničke komore o tom dogovoru nalazi se na stranicama 5 i 6.

IZVRSNA POSJEĆENOST HRVATSKIM PRIJEVODA COCHRANE SAZETAKA

U ožujku 2013. je Hrvatski Cochrane počeo projekt volonterskog prevodenja jednostavnih sažetaka Cochrane sustavnih pregleda na hrvatski jezik.

U početku su prijevode radili već postojeći volonteri okupljeni oko Hrvatskog Cochranea, a od 2014. u taj smo projekt pozvali svu zainteresiranu javnost, odnosno sve koji žele u tome sudjelovati i dobro znaju engleski, bez obzira na njihovu struku i ranije obrazovanje. Svi se prijevodi provjeravaju prije objave, a nakon toga se šalju na objavu u Cochrane knjiž-

Dodijeljen certifikat ISO 9001 : 2008 Zavodu za hitnu medicinu PGŽ-a

Dana 23.srpna 2015.godine U sjedištu Primorsko-goranske županije u Rijeci održana je 23. srpnja svečana dodjela certifikata ISO 9001 : 2008, međunarodne norme koja se odnosi na upravljanje kvalitetom, a koju je dobio Zavod za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije (PGŽ).

Time je taj Zavod trenutno jedini županijski zavod za hitnu medicinu u Hrvatskoj koji ima takav certifikat, a ujedno je i treća zdravstvena ustanova kojoj je vlasnik i osnivač PGŽ. Tvrta Bureau Veritas Hrvatska bila je certifikacijska kuća koja je Zavodu za hitnu medicinu PGŽ-a dodijelila ovaj certifikat.

Na svečanosti su nazočili zamjenica župana PGŽ-a **Marina Medarić**, pročelnica Upravnog odjela za zdravstvo u PGŽ-u prof. dr. **Đulija Malatestinić**, ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu prim. mr. **Maja Grba-Bujević**, pomoćnica ravnateljice HZHM-a za kvalitetu zdravstvene zaštite dr. **Branika Tomljanović**, direktorica kvalitete u Bureau Veritas Hrvatska **Ljiljana Novosel** i vodeća auditorica BV Hrvatska

dr. **Marija Klajn Vukelić**. Ispred Zavoda za hitnu medicinu PGŽ-a svečanosti su prisustvovali ravnatelj dr. **Davor Vukobrat**, zamjenica ravnatelja dr. **Biserka Grbčić-Mikuličić**, pomoćnica ravnatelja za kontrolu kvalitete zdravstvenog rada dr. **Tatjana Pandak** i glavni medicinski tehničar Zavoda **Milan Lazarević**, bacc. med.techn.

Ispred tvrtke Bureau Veritas Hrvatska certifikat je uručila gđa Marija Klajn Vukelić. Temeljem odluke Stručnog vijeća HZHM-a, njegova ravnateljica dr. Grba-Bujević uručila je ravnatelju dr. Vukobratu i Posebno priznanje Zavodu za hitnu medicinu PGŽ kao prvom Zavodu u Hrvatskoj koji je uveo sustav upravljanja kvalitetom ISO 9001 : 2008. U prigodnim obraćanjima na svečanosti istaknuto je kako se Zavod za hitnu medicinu PGŽ-a još jednom pokazao pionirom u poboljšanju kvalitete hitne medicinske usluge s fokusom na sigurnost pacijenata.

Ravnatelj@zzhm-pgz.hr

niku, a od početka 2015. i na hrvatsku inačicu mrežne stranice Cochranea.

Budući da je prevođenje Cochrane sažetaka jedan od strateških ciljeva Cochranea, kako bi se najbolji dokazi približili što većem broju ljudi u svijetu, komunikacijski tim Cochranea zadužen za prijevode pruža opsežnu podršku timovima koji se bave projektima prevodenja. Između ostalog, svakog mjeseca nam šalju statistiku o posjećenosti prevedenih sažetaka na hrvatskoj Cochrane stranici.

UPUZ O GUBITKU BOLNICA

Udruga poslodavca u zdravstvu (UPUZ) ističe da je gubitak bolnica u prvih šest mjeseci ove godine iznosio oko 170 milijuna kuna, što je prema našim podacima za 500 milijuna kuna manje nego u istom razdoblju prošle

godine. 16 od 31 akutne bolnice u šestomjesečnom razdoblju uspjelo je fakturirati svoje mjesecne limite iznad maksimalnog iznosa, dok su ostale bolnice svojom fakturiranim realizacijom dosegle oko 95 posto limita u prosjeku. Drugim riječima više od 50 posto bolnica je svojim radom opravdalio dobivena sredstva od strane HZZO-a.

U lipnju 2015.

HZZO je dijelu bolnica platilo sredstva ostvarena iznad limita te za određene posebne programe i za posebno skupe lijekove u iznosu od oko 300 milijuna kuna.

Time se potvrđuje stajalište UPUZ-a da prošlogodišnji proračun od 6,9 milijardi kuna za bolnički zdravstveni sustav neće biti dostatan, te je povećanje bolničkog proračuna HZZO-a na 8,2 milijarde kuna bilo nužnost.

Potpuno smo bili u pravu kada smo podržali izlazak HZZO-a iz Riznice jer je punjenje

proračuna tog Zavoda u prvih 6 mjeseci ove godine bilo u skladu s našim očekivanjima, što je omogućilo i bolje poslovanje bolničkog sustava. UPUZ i dalje nije zadovoljan cijim nama pojedinim zdravstvenim usluga, koje još nisu ni blizu realnih okvira, zbog čega se događa da pojedine bolnice fakturiraju manje iznose nego što je njihov realno ostvaren rad. UPUZ izražava zadovoljstvo ovakvim poslovanjem bolničkih ustanova, ali traži da se u skladu s njihovim prijedlozima povećaju cijene pojedinih zdravstvenih usluga.

Ravnatelj UPUZ-a
mr. Dražen Jurković, dr. med., v.r.

HZZO-ov vodič za samopomoć građana

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) izdao je 30. srpnja drugo dopunjeno izdanje brošure „Vodič za samopomoć, akutna i hitna stanja te bezreceptne lijekove“.

Izradio ga je u suradnji s MZ-om, HZJZ-om, HZHM-om, Hrvatskim farmaceutskim društvom, Koalicijom udruga u zdravstvu, Hrvatskom udrugom za prava pacijenata i udrugom „Europa Donna Hrvatska“, s ciljem edukacije i informiranja građana o listi bezreceptnih lijekova u Hrvatskoj, o njihovoj primjeni, o tome što je samopomoć, kako razlikovati i prepoznati akutna i hitna stanja te upute za kardiopulmonalnu reanimaciju.

Riječ je o besplatnoj informativnoj brošuri namijenjenoj svim građanima koja a bit će na raspolaganju u ambulantama PZZ-a, bolničkim hitnim ambulantama i u ispostavama županijskih zavoda za hitnu medicinu. Namjera je ovog vodiča edukacija građana radi rasterećenja hitne službe i spašavanja života u kriznim situacijama kad je potrebna reanimacija.

U vodiču su navedeni neki najčešći primjeri hitnih stanja koja bi mogla postati opasna po život ako se ne pruži pravovremena pomoć, te je uz broj hitne medicinske pomoći dodan i kratak vodič za kardiopulmonalnu reanimaciju.

Razlikovanje hitnih i ne-hitnih stanja važno je jer može znatno smanjiti priljev pacijenata i pritisak na hitnu službu te na taj način omogućiti hitnu zdravstvenu zaštitu onima kojima je zaista ugrožen život, a često čekaju u redu zajedno s pacijentima kojima hitna pomoć uopće nije potrebna. Samopomoć postaje važna sastavnica zdravstvenih sustava u modernim razvijenim zemljama. To, naravno, podrazumijeva i višu razinu znanja o

zdravlju i bolesti, pa se edukaciji pacijenata poklanja sve više pozornosti.

Samopomoć kao trend postaje sve raširenija pojava i u nas, jer se pomoću lako dostupnih bezreceptnih lijekova mogu vrlo jeftino i učinkovito sanirati manje zdravstvene tegobe. Važno je napomenuti da se ne smiju zaboraviti ni vlastita odgovornost prema zdravlju i bolesti, kao ni odgovornost kad je posrijedi korištenje bezreceptnih lijekova.

Zbog spoznaje da građani često u svojim kućnim ljekarnama posjeduju previše lijekova koji se ne smiju davati bez preporuke liječnika, u brošuri se navodi i sadržaj kućne ljekarne s lijekovima i priborom koji se može i smije koristiti u samoličenju.

Služba za odnose s javnošću HZZO-a, kontakt: 01/4806 453

2. Kongres hrvatskih alergologa i kliničkih imunologa s međunarodnim sudjelovanjem

Održan je u Zagrebu od 21. do 23. svibnja, u organizaciji istoimenog stručnog društva Hrvatskog liječničkog zbora. Predsjedali su prof. dr. **Asja Stipić Marković**, voditeljica Referentnog centra za kliničku alergologiju KB-a "Sveti Duh" i prof. dr. **Adnan Čustović** s *Inflammation and Repair Clinic*, Manchester, Engleska. Posebnu pažnju pobudila su predavanja najuglednijih stručnjaka iz inozemstva, prof. Tarija Haahtele iz Finske, prof. Adnana Čustovića iz Manchester-a, prof. **Rudolfa Valente** iz Beča i prof. Petera Korošca iz Slovenije. U sklopu novosti u dijagnostici alergijskih i autoimunih bolesti, prikazan je test aktivacije bazofilnih leukocita, a mr. **Monika Barberić** istaknula je ulogu i važnost molekularne alergološke dijagnostike.

Značajan doprinos alergološkoj kliničkoj praksi donijele su „Hrvatske smjernice za *in vitro* dijagnostiku preosjetljivosti posredovane IgE antitijelima“, a plod su rada stručnjaka iz KB-a „Sveti Duh“ Dječje bolnice „Srebrnjak“, Klinike za dječje bolesti Zagreb i KBC-a „Sestre milosrdnice“. Bilo je govora o epikutanom testu (prof. dr. **Suzana Ljubojević**) i reakcijama fotoosjetljivosti (dr. sc. **Liborija Lugović**).

Prikazana je komora za provokativne teste alergenima (dr. sc. **Mario Blekić**). U području dijagnostike autoimunih bolesti, prikazani su: citokinski profil tijekom razgradnje kostiju u reumatoidnom i psorijatičnom

artritisu (dr. sc. **Marina Ikić Matijašević**), metoda kompjuterizirane kolorteletermografije (prim. dr. sc. **Jagoda Stipić**) i metoda kapilaroskopije (dr. sc. **Marko Barešić**). U sekciji o hereditarnom angioedemu (HAE), prezentirana su slovenska iskustva u dijagnostici HAE (dr. **Matija Rijavec**, Golnik, Ljubljana) i klinička iskustvima primjene rekombinantnog C1 inhibitora u HAE I stечenom angioedemu (dr. **Ljerka Karadža-Lapić**). Predstavljena je i identifikacijska kartica za bolesnike s HAE-om, a o kvaliteti života ovih bolesnika govorila je dr. **Barbara Kvenić**.

Novosti u području specifične imunoterapije (IT) predstavili su prof. dr. **Rudolf Valenta**, Beč (IT rekombinantnim alergenima), doc. dr. **Mihaela Zidarn**, Golnik, Slovenija (IT otrovima insekata) i prim. dr. sc. **Irena Ivković-Jureković**, Zagreb (sublingvalna IT). U sekciji o autoimunim bolestima prikazana su klinička iskustva primjene anakinre u bolesnika sa Schnitzlerovim sindromom (prof. dr. **Alemka Markotić**) i iskustva o preklapanju autoimunih i autoinflamatornih bolesti (doc. dr. **Alenka Gagro**). Prikazane su novosti u području imunoregulacije i imunotolerancije u autoimunim bolestima te nove molekule odobrene za kontrolu imuno-loške inflamacije (doc. dr. **Mislav Radić**, doc. dr. **Nataša Kovačić**, dr. sc. **Dijana Perković**, prof. dr. **Ines Mrakovčić Šutić** i prof. dr. **Šrđan Novak**).

Prof. Čustović je prikazao izvorne rezultate istraživanja interakcije suvremenog okoliša i genoma djece u razvoju alergijske preosjetljivosti. Osobito je značajan doprinos bilo predavanje prof. Haahtele koji je predstavio Finsku strategiju prevencije alergijskih bolesti te dao intervju za Hrvatsku televiziju. Prof. dr. **Marija Rosandić** govorila je o novom prirodnom zakonu kreacije simetrije molekule DNA kroz evoluciju.

Održan je tečaj za liječnike obiteljske medicine i medicinske sestre „Kontrola astme i KOPB-a kroz tri laka koraka“, s dodijeljenim certifikatima. Stručne spoznaje iz područja interakcije okoliša i ljudskog genoma mogu poslužiti kao temelj budućih preventivnih programa u Hrvatskoj.

Prof. dr. Asja Stipić Marković

NESTEROIDNI PROTUUPALNI LIJEKOVI ZA BOLNU MENSTRUACIJU

PROF. DR. SC. LIVIA PULJAK, MEDICINSKI FAKULTET U SPLITU • LIVIA@MEFST.HR

Sažetak

Istraživačko pitanje: U ovom Cochrane sustavnom pregledu analizirano je jesu li nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAR lijekovi) djelotvorni i sigurni za ublažavanje bolne menstruacije (dismenoreje), koji od njih je najdjelotvorniji i koliko su djelotvorni u usporedbi s paracetamolom.

Dosadašnje spoznaje: Gotovo 75% žena ima bolne menstruacije ili grčeve tijekom menstruacije (dismenoreju). Dosadašnja istraživanja su pokazala da žene s intenzivnom boli tijekom menstruacije imaju povisenu razinu prostaglandina, hormona koji uzrokuju grčeve i bol u trbuhi. NSAR-i su lijekovi koji djeluju tako da blokiraju stvaranje prostaglandina.

NSAR-i uključuju lijekove koji se često uzimaju, kao što su aspirin, naproksen, ibuprofen i mefenaminska kiselina. Znanstvenici Cochranea analizirali su dokaze o djelotvornosti i sigurnosti NSAR lijekova za ublažavanje bolne menstruacije. Dokazi se odnose na istraživanja dostupna do siječnja 2015.

Značajke istraživanja: Pronađeno je 80 randomiziranih kontroliranih pokusa, u koje je uključeno ukupno 5820 žena i u kojima je uspoređeno 20 različitih vrsta NSAR lijekova s placebom (neaktivnom tabletom), paracetamolom ili su različiti NSAR lijekovi uspoređeni međusobno. Većinu studija finansirala je farmaceutska industrija (59%), a 31% studija nije navelo informaciju o izvoru financiranja.

Ključni rezultati: Rezultati Cochrane sustavnog pregleda pokazuju da su NSAR lijekovi vrlo djelotvorni za ublažavanje bolne menstruacije. Dokazi pokazuju da 18% žena koje su uzele placebo opisuju umjerenou ili izvrsno ublažavanje boli, dok između 45 i 53% žena koje su uzimale NSAR lijek opisuju takvo ublažavanje boli.

Dokazi pokazuju da NSAR lijekovi djeluju bolje nego paracetamol, ali nije jasno je li neki od NSAR lijekova bolji ili sigurniji od nekog drugog lijeka iz iste skupine.

NSAR lijekovi često izazivaju nuspojave, uključujući probavne poremećaje, glavobolju i pospanost. Dokazi pokazuju da se nuspojave javljaju kod 10% žena koje uzimaju placebo i 11-14% žena koje uzimaju NSAR

lijekove. Temeljem dviju studija u kojima su direktno uspoređena dva lijeka nisu nađeni dokazi da su novije vrste NSAR lijekova (tzv. COX-2 specifični inhibitori) djelotvorniji za ublažavanje bolne menstruacije nego tradicionalni NSAR-i (poznati i kao ne-selektivni inhibitori), niti da među njima ima razlike u pogledu nuspojava.

Kvaliteta dokaza: Kvaliteta dokaza ocijenjena je niskom za većinu usporedbi, uglavnom zbog lošeg načina opisivanja metoda studija.

Dismenoreja

Dismenoreja je naziv za bolne grčeve tijekom menstruacije koji se obično javljaju u maternici u prvih nekoliko sati nakon početka menstruacije i najintenzivniji su u vrijeme najjačeg krvarenja tijekom prvog i drugog dana ciklusa. Bol se obično osjeća u suprapubičnom području i može se širiti u stražnji dio nogu ili u donji dio leđa.

Uz bol mogu se javiti i drugi simptomi kao što su mučnina, proljev, glavobolja i vrto-glavica. Dismenoreja je čest ginekološki poremećaj čija prevalencija varira u različitim istraživanjima. U studiji Pittsa i suradnika iz 2008. godine navedeno je da 72% Australki generativne dobi ima dismenoreju, od kojih 15% osjeća intenzivne bolove.

Druge reprezentativne studije opisale su prevalenciju dismenoreje od 17-81%, ovisno o istraživanoj populaciji. Osim stresa koji je povezan s dismenorejom, istraživanja pokazuju da to stanje ima i značajne socioekonomische posljedice; više od 35% srednjoškolskih djevojaka izostaju iz škole zbog dismenoreje, a 15% zaposlenih Mađarica navodi da im dismenoreja ograničava dnevne aktivnosti.

Dismenoreja se obično opisuje kao primarna i sekundarna. Ako je uzrok boli u zdjelici poznati patološki proces kao što su endometriozna ili cista jajnika, naziva se sekundarna dismenoreja, dok se dismenoreja bez utvrđene organske patologije naziva primarna dismenoreja.

Početak primarne dismenoreje obično se poklapa s pojmom prve menstruacije (menarhe), kad se uspostave ovulacijski ciklusi, ili unutar sljedećih 6-12 mjeseci. Bol obično traje 48-72 sata i javlja se uz obilniji tijek men-

strualne krvi ili počinje nekoliko sati prije krvarenja. Naprotiv, sekundarna dismenoreja javlja se tipično godinama nakon pojave prve menstruacije i bol se možejavljati prije i tijekom menstruacije. Uzrok primarne dismenoreje nije poznat i o njemu se mnogo raspravlja u struci.

Prema trenutnim teorijama, dismenoreja nastaje zbog pretjerane ili neuravnotežene razine prostanoida (tvari nalik hormonima, uključujući prostaglandin) koji se otpuštaju iz endometrija tijekom menstruacije.

Zbog njih se maternica kontrahira često i disritmično, što smanjuje lokalni protok krvi i uzrokuje pretjeranu osjetljivost perifernih živaca.

Iako većina žena s dismenorejom ima povišene razine prostaglandina F2 alfa i E2 u usporedbi s ženama koje ne pate od dismenoreje, kod nekih žena koje imaju tešku dismenoreju i uredan laparoskopski nalaz ne nalaze se povišeni prostaglandini tijekom menstruacije pa kod njih očito ne mogu objasniti simptome.

Nije poznato kolika je prevalencija takvih slučajeva. Pretpostavlja se da antidiuretički hormon (ADH) također može biti uključen u etiologiju primarne dismenoreje, ali njegova uloga u tom procesu i dalje nije jasna.

Opis intervencije

NSAR lijekovi su neopiodni analgetici. Prvi lijek iz te skupine bio je aspirin (acetilsalicilna kiselina) koji je uveden 1899. godine.

Termin NSAR prvi je put upotrijebljen 1950-ih kad je razvijen lijek fenilbutazon. Otada se broj NSAR lijekova znatno povećao i na tržištu ih je mnogo iz te skupine.

Oni inhibiraju djelovanje ciklooksigenaze (COX), enzima odgovornog za stvaranje prostaglandina i drugih prostanoida. COX enzim ima dva oblika, COX-1 i COX-2. Tradicionalni NSAR lijekovi smatraju se neselektivima jer inhibiraju i COX-1 i COX-2 enzime.

Njihov protuupalni i analgetski učinak prislužuje se uglavnom inhibiciji COX-2 enzima, dok se čini da su nuspojave (osobito probavne) posredovane inhibicijom COX-1 enzima.

Stoga su, kako bi se popravila podnošljivost NSAR lijekova, razvijeni visoko selektivni COX-2 specifični inhibitori (koksimeti) koji su

prvi put na tržište stavljeni 1999. Od tada pa sve do danas prisutna je bojazan zbog mogućeg rizika od kardiovaskularnih i/ili dermatoloških nuspojava koje se javljaju uslijed dugotrajnog uzimanja nekih koksiba, a neki su lijekovi i povučeni s tržišta.

Sve je više dokaza da su NSAR lijekovi kao skupina povezani s određenim kardiovaskularnim rizikom ako se dugotrajno uzimaju, na primjer kao za ublažavanje kronične boli starijih osoba.

U drugim Cochrane sustavnim pregledima ispitan je niz intervencija za ublažavanje dismenoreje, kao što su kirurško prekidanje pelvičnog živca, biljne terapije i dodatci prehrani, spinalna manipulacija, agonisti beta-2 adrenergičnih receptora, kineski biljni lijekovi, oralni kontraceptivi, transkutana električna stimulacija živca (TENS), tjelevoježba, bihevioralne intervencije i akupunktura.

Kako bi intervencija mogla djelovati

Smatra se da NSAR lijekovi ublažavaju dismenoreju prvenstveno smanjenjem stvaranja prostaglandina u maternici, čime se ublažavaju grčevi i uspostavlja njezina uredna aktivnost.

Osim toga, možda imaju direktno analgezijsko djelovanje na središnji živčani sustav.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Niz randomiziranih kontroliranih pokusa ispitao je djelotvornost kratkotrajne uporabe NSAR lijekova za ublažavanje dismenoreje. Prethodni sustavni pregled o njihovu djelovanju na dismenoreju ispitao je 4 lijeka koja se najčešće koriste, uključujući aspirin, ibuprofen, mefenaminsku kiselinu i naproksen.

Cilj je ovoga sustavnog pregleda bio da se ispita djelovanje svih NSAR lijekova koji su korišteni za liječenje primarne dismenoreje u usporedbi s placebom, paracetamolom ili s drugim NSAR lijekovima kako bi se procijenila njihova djelotvornost i sigurnost.

Zaključak za praksu

Dokazi iz randomiziranih kontroliranih pokusa ukazuju da su NSAR lijekovi vrlo djelotvorna terapija za dismenoreju, iako bi žene trebalo upozoriti na značajan rizik od nuspojava kao što su probavne tegobe i pospanost.

Nema dovoljno dokaza da su neki NSAR lijekovi djelotvorniji od drugih, ali se čini da su djelotvorniji nego paracetamol. Temeljem samo dviju studija u kojima su direktno uspoređena dva lijeka nisu nađeni dokazi da su novije vrste NSAR lijekova (tzv. COX-2 specifični inhibitori) djelotvorniji za ublažavanje

bolne menstruacije nego tradicionalni NSAR (poznati i kao ne-selektivni inhibitori), niti da među njima ima razlike u pogledu nuspojava.

Zaključak za buduća istraživanja

U analizu je nužno uključiti velik broj žena kako bi se do bile studije dovoljne statističke snage za uočavanje statistički i klinički značajnih razlika u djelovanju lijekova. To se najlakše postiže sustavnim pregledom literature i provedbom statističke analize – meta-analize. Kako bi se takva metaanaliza mogla provesti, primarne studije trebaju detaljno navesti statističke metode i dati cjelovite rezultate, kao i sažete rezultate u znanstvenim radovima. Klinički pokusi trebaju se prikazivati u znanstvenim radovima na propisan način, korištenjem CONSORT smjernica. Loše opisivanje metoda i rezultata u primarnim studijama kontinuirani je problem. Ako se bolnici kao kontinuirani ishod, studije moraju koristiti validirane ljestvice za mjerjenje болi kao što je vizualno-analogna ljestvica (VAS).

Osim međusobnih usporedbi različitih NSAR lijekova bilo bi korisno istražiti i djelotvornost različitih kombinacija s NSAR lijekova u budućim sustavnim pregledima. ●

**Dr. Mladen Brajša
Stogaj na otoku Pagu**





NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

- Duža pohrana koncentrata eritrocita ne pogoršava ishode složenih kardiokirurških zahvata
- Spinalna stenoza: slični rezultati fizikalne terapije i operacije
- Dobra kvaliteta života nakon transoralne robotske kirurgije zbog orofaringealnog karcinoma
- Kratkovidnost kod djece moguće je predvidjeti
- Na pragu cjepiva protiv ebole
- Oralni kontraceptivi prevenirali oko 200 000 slučajeva raka endometrija u posljednjem desetljeću
- Gestacijski dijabetes melitus može se spriječiti intervencijama u stilu života
- Opstetričke ozljede analnog sfinktera: pregled anatomskih čimbenika i intervencija u II. porođajnom dobu podložnih promjeni
- Indukcija porođaja vs. ekspektativni postupak kod fetalne hipertrofije
- Vemurafenib u terapiji nemelanomskih zločudnih tumora s BRAF V600 mutacijom
- Kemohormonoterapija u metastatskom hormon-ovisnom raku prostate
- Probir za okultnu zločudnu novotvorinu u slučaju neprovociranog venskog tromboembolizma
- Palbociklib u uznapredovalom karcinomu dojke pozitivnih hormonskih receptora
- Terapija elotuzumabom relapsa ili refrakternog multiplog mijeloma
- Elektivna vs. terapeutска disekcija vrata u liječenju raka usne šupljine
- Slobodna cirkulirajuća tumorska DNA u krvi pacijenata oboljelih od adenokarcinoma gušterića
- Dužina čekanja na ulazak bolesnika u hospicij različita je u pojedinim državama SAD-a
- Rizik krvarenja nakon polipektomije za vrijeme antitrombocitne i antikoagulantne terapije
- Utjecaj nealkoholne masne bolesti jetre na spolnu funkciju muškaraca
- Paradoksalna psorijaza povezana s anti-TNF alfa terapijom kod upalnih bolesti crijeva
- Papas indeks: novi indeks za predikciju fibroze kod hepatitis C
- Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemnim časopisima indeksirani u CC, SCI ili SSCI

Duža pohrana koncentrata eritrocita ne pogoršava ishode složenih kardiokirurških zahvata

Nema važne kliničke koristi od preferiranja koncentrata eritrocita koji su pohranjeni manje od 10 dana prema pohranjenima najmanje 3 tjedna za uporabu kod bolesnika podvrgnutih velikim kardiokirurškim operacijama, ukazuju rezultati randomizirane studije objavljene u New England Journal of Medicine. Multicentrična, Red-Cell Storage Duration Study (RECESS), studija s više od 1000 bolesnika u dobi od 12 godina ili starijima, nije našla značajne razlike između upotrebe dviju vrsta pohranjenih koncentrata eritrocita s krajnjim ciljevima pitanja disfunkcije više organa ili smrti, 7 ili 28 dana nakon operacije, odnosno o duljini boravka u jedinici intenzivnog liječenja (JIL). Iako su neke opservacijske studije navodile opasnost od duljeg skladištenja koncentrata eritrocita, sadašnji autori, Steiner i sur. (Fairview-University Medical Center, Minneapolis, Minnesota, SAD), navode da rezultati randomiziranih kliničkih pokusa učinjenih kod različitih skupina bolesnika ne podržavaju ograničavanje transfuzije koncentrata eritrocita pohranjenih kraće nego što je naznačeno aktualnim licenciranim datumom isteka. Također, u istom broju časopisa, Lacroix i sur. (Université de Montréal, Quebec, Kanada) izvjestili su da je korištenje koncentrata eritrocita pohranjenih kraće od 8 dana prema pohranjenima prosječno 3 tjedna imalo jednak utjecaj na 90-dnevno preživljenje kad se davalo kritičnim bolesnicima u JIL-u tercijarnog centra. Niti u toj međunarodnoj randomiziranoj studiji s više od 1200 bolesnika, nazvanoj Age of Blood Evaluation (ABLE), nije bilo značajne razlike između skupina bolesnika kod usporedbe velikog morbiditeta, smrtnosti u JIL-u ili duljini hospitalizacije. Autori te studije smatraju da uporaba svježih koncentrata eritrocita nije opravdana u ovom trenutku. Također zaključuju da promjene u crvenim krvnim stanicama ili mediju za pohranu koji su dokumentirani u mnogim laboratorijskim istraživanjima imaju ograničene kliničke posljedice. RECESS studija randomizirala je bolesnike najmanje 12 godina stare podvrgnute kompleksnim kardiokirurškim zahvatima koji su zahtijevali medijanu sternotomiju s onima 18 godina ili starijima gdje je prema indeksu procijenjeno da imaju 60 %-tne šanse za nadoknadu koncentrata eritrocita na dan operacije ili dan nakon operacije. Operacija je izvršena kod 538 bolesnika koji su primali koncentrate eritrocita pohranjene do 10 dana (medijan 7 dana) i 560 koji su primali koncentrate eritrocita pohranjene najmanje 21 dan (medijan 28 dana). Operacije su se sastojale od aortokoronarnog premoštenja, popravka ili zamjene valvule, ili oboje. Autori napominju da je u SAD-u, prosječno vrijeme pohrane koncentrata eritrocita prije transfuzije 17,9 dana. Primarni cilj studije, promjena u Multiple Organ Dysfunction Score (MODS), bio je 8,5 za kraći rok, te 8,7 za duži rok pohrane koncentrata eritrocita ($p = 0,44$), koji očito nije dao razliku od bilo kakvog kliničkog značenja. Njihovo istraživanje ne isključuje mogući učinak vremena skladištenja koncentrata eritrocita na operacije na drugim populacijama bolesnika, posebno istaknuvši Age of Blood in Children in Pediatric Intensive Care Units s projekcijom više od 1500 bolesnika sa zakazanim završetkom 2018. RECESS studiju podržao je National Heart, Lung, i Blood Institute. ABLE studiju financirao je Canadian Institutes of Health Research i drugih.

(*NEngl J Med.* 2015;372:1419-29.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Spinalna stenoza: slični rezultati fizikalne terapije i operacije

Bolesnici sa stenozom lumbalnog dijela spinalnog kanala (lumbar spinal stenosis - LSS), koji su podvrgnuti fizikalnoj terapiji (FT) imali su slično smanjenje simptoma i funkcionalno poboljšanje tijekom prve dvije godine kao i oni koji su podvrgnuti kirurškoj dekompreziji, otkrili su autori studije Delitto i sur. (Department of Physical Therapy, School of Health and Rehabilitation Sciences, University of Pittsburgh, Pennsylvania, SAD) i objavili rezultate svoje multicentrične, randomizirane kontrolirane studije u časopisu Annals of Internal Medicine. Uključili su 169 bolesnika u dobi od 50 godina ili starije koji su bili kandidati za operaciju i koji su već pristali na nju. Autori su nasumično dodijelili pacijentima kiruršku dekompreziju ili FT ute-meljenu na dokazima, dva puta tjedno tijekom 6 tjedana. Autori nisu našli razlike između skupina u ublažavanju simptoma i poboljšanju funkcije. Obje skupine počele su pokazivati napredak nakon 10 tje-dana, i dalje poboljšanje tijekom 26 tjedana, a napredak se održavao tijekom dvije godine praćenja.

Nakon dvije godine praćenja iznosilo je srednje poboljšanje fizičke funkcije mjereno prema Short Form-36 Health Survey 22,4 (95 %-tni interval pouzdanosti [CI], 16,9-27,9) za skupinu operiranih i 19,2 (95% CI, 13,6 do 24,8) za FT skupinu. Analiza s ciljem liječenja (Intention-to-treat analyses) nije pokazala značajne razlike između skupina u svim vremenima praćenja (10, 26, 52 i 104 tjedna $p > 0,50$). LSS je najčešće citiran razlog za lumbalnu kirurgiju u SAD-u. Međutim, rezultati prijašnjih istraživanja koja su usporedivala kirurške s nekirurškim metodama liječenja nisu bili jasni, navode autori. Autori zaključuju da bi s obzirom na ova nova saznanja pacijenti i liječnici trebali raspraviti dokaze i odlučiti zajedno koje su kirurške ili neki-rurške opcije prikladne. U popratnom uvodniku rekao je Jeffrey Katz (Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, SAD) da ova studija ima prednosti u odnosu na pret-hodne studije zbog toga što je randomizirana i koristi standardizirani neoperativni režim za usporedbu. On dodaje da bi rezultati trebali biti uzeti u obzir u kontekstu drugih studija, uključujući Pain Outcomes Research Trial, koja je pokazala da se učinci operacije mogu smanjivati s vremenom. U toj su studiji kirurški liječeni bolesnici s LSS imali veće smanjenje boli kao i funkcionalno poboljšanje od nekirurški liječe-nih tijekom prve 4 godine, međutim, nakon 8 godina obje su skupine imale slične razine boli i funkcionalno stanje, a 19 % onih liječenih kirurških su reoperirani. S obzirom na rezultate FT u tim studijama i realnost da će se znatan broj konzervativno liječenih bolesnika odlučiti naknadno za operaciju ako ne osjećaju da FT djeluje, dr. Katz kaže da podaci ukazuju da bi pacijentima prvo trebalo ponuditi rigorozan FT režim. Oni koji nemaju poboljšanja na konzervativnu terapiju trebaju napisljetu razmislići o operaciji, međutim, trebaju biti upućeni da će se dobrimi rezultati vjerojatno smanjivati tijekom vremena. Na kraju, s obzirom da su dugoročni ishodi slični za oba tretmana, a kratkoročni rezultati se razlikuju, treba oprezno odvagnuti pacijentovu sklonost operaciji za LSS. Podršku je dao National Institutes of Health i National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Koautor izvješća prima potporu od Zimmer Spine, osobni honorar od ISTO i druge potpore od Transcendental Spine. Ostali autori i dr. Katz nemaju relevantnih finansijskih potpora niti honorara.

(*Ann Intern Med.* 2015;162:465-73.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Dobra kvaliteta života nakon transoralne robotske kirurgije zbog orofaringealnog karcinoma

Bolesnici s orofaringealnim karcinomom pločastih stanica (oropharyngeal squamous cell carcinoma - OPSCC) koji su podvrgnuti transoralnoj robotskoj kirurgiji (transoral robotic surgery - TORS) bez adjuvantne radioterapije ili kemoradioterapije (chemoradiotherapy - CRT) mogu očekivati dobru kvalitetu života (quality of life - QoL) nakon toga, kažu liječnici sa Sveučilišta u Pittsburghu, Pittsburgh, Pensylvanija, SAD. TORS je kao mogućnost liječenja za OPSCC dobio zamah u posljednjih deset godina, s više studija koje pokazuju izvrsne onkološke ishode i preživljjenje.

Povećanje prepoznavanja štetnih učinaka CRT-a i njihovog negativnog učinka na kvalitetu života omogućilo je prepoznavanje TORS-a kao opcije primarnog načina liječenja OPSCC-a, objašnjavaju Duvvuri i sur. Do sada je samo nekoliko istraživanja ispitivalo ishode kvalitete života kod bolesnika koji su podvrgnuti samo TORS-u.

Rad je objavljen u Otolaryngology - Head and Neck Surgery, a istraživači opisuju rezultate kvalitete života za 34 bolesnika podvrgnutih TORS-u u svom centru, a bolesnici su praćeni prosječno 14 mjeseci. Većina od njih bili su T1 (59 %) ili T2 (38 %) i N0 (38 %) ili N1 (47 %) stadij bolesti.

Pacijenti su osjetili kontinuirani napredak u kvaliteti života u više područja ubrzo nakon operacije, također i kod dugoročnog praćenja. Statistički značajna poboljšanja u kvaliteti života zabilježena su mjesec dana nakon operacije. U domenama gutanja i bolova poboljšanje je prisutno i nakon šest mjeseci, žvakanje i bolovi nakon 12 mjeseci, a aktivnosti i gutanje nakon 24 mjeseca. Niti jedno područje nije pokazalo statistički značajno smanjenje kvalitete života u bilo kojem trenutku praćenja.

Glavni nalaz da QoL je izvrsna nakon operacije uglavnom se i očekivao, navode autori. Ono što se nije očekivalo je tako velik učinak. Bolesnici su se vratili na početne vrijednosti nakon 24 mjeseca. To sugerira da je sama operacija sjajan način za vraćanje pacijenata na svoje redovite djelatnosti što je brže moguće. Postojeći podaci ukazuju da se mnogi pacijenti nakon kemoradioterapije nikad ne vraćaju na početno stanje. Dakle, kirurgija bi mogla biti bolji izbor za odabране skupine pacijenata.

Znanstvenici ističu kako su rezultati QoL zbirno uspoređivani, a ne na individualnoj osnovi, što je ograničenje studije. Također nije bilo usporedbe skupine pacijenata koji su primali adjuvantni CRT nakon TORS-a, što bi omogućilo izravnu procjenu učinka adjuvantne terapije na kvalitetu života u bolesnika koji su podvrgnuti TORS-u. Također je važno napomenuti da su pacijenti u studiji u ranom T stadiju, niskog nodalnog opterećenja i s vrlo malo čimbenika visokog rizika.

Operacija je učinkovit izbor za pacijente s malim volumenom orofaringealnog karcinoma. Važno je da u odabranih bolesnika možemo potpuno izbjegići kemoterapiju ili zračenje. U tih je bolesnika funkcionalni ishod operacije izvrstan.

Autori studije istilu da nisu objavljivali kliničke ishode u detalje, ali tvrde da su oni također odlični. Ukratko, pacijenti s orofaringealnim karcinomom trebaju tražiti konzultacije s iskusnim robotskim ORL kirurgom.

(JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;141:499-504.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Kratkovidnost kod djece moguće je predvidjeti

Kratkovidnost je u posljednjim desetljećima poprimila epidemiju razmjere tako da zahvaća otprilike svaku treću odraslu osobu u zapadnim zemljama, dok u nekim urbanim područjima u Aziji postotak kratkovidnih mladih osoba doseže i 90 %.

U velikoj većini slučajeva radi se o kratkovidnosti uzrokovanoj preteranim izduživanjem očne jabučice, a osim potrebe za korekcijom naočalama, kontaktnim lećama ili operativnim postupcima, kratkovidnost je povezana i s nastankom ozbiljnih očnih bolesti poput glaukoma, promjena u makuli ili odignućem mrežnica.

Zbog toga je američki Nacionalni institut za oči financirao veliko CLEER istraživanje refrakcijskih grešaka koje se odvijalo od 1989. do 2010. godine u više klinika diljem SAD-a pod vodstvom prof. Karle Zadnik s Državnog sveučilišta Ohio. U istraživanje je uključeno 4512-ero školske djece s urednim vidom od 6 do 13 godina različitog etničkog porijekla.

Tijekom istraživanja njih 414 je postalo kratkovidno. Pri tom je najveći broj novonastalih slučajeva kratkovidnosti zabilježen kod djece azijskog porijekla, a najmanji kod djece bijelaca. Istraženo je 13 rizičnih faktora, od kojih je za njih 8 dokazano kako povećavaju mogućnost nastanka kratkovidnosti. Neki su od njih od ranije poznati, poput kratkovidnosti kod roditelja, parametara dužine i zakrivljenosti rožnice i očne leće, astigmatizma itd. Rizični faktori nisu se mijenjali ovisno o pripadnosti etničkoj skupini.

Najznačajniji rizični faktor bila je dalekovidnost manja od dobnog prosjeka ili nepostojanje dalekovidnosti izmjerene automatskim refraktometrom nakon širenja zjenica cikloplegičnim kapima na početku osnovne škole.

U toj dobi većina djece još uvijek ima blagu dalekovidnost koja se uredno kompenzira očnim akomodacijskim mehanizmima i koju je jednostavno dokazati uz pomoć automatske skijaskopije ili skijaskopskog pregleda sa širokim zjenicama. Najveći broj slučajeva kratkovidnosti pojavio se u dobi od 9 do 13 godina.

Rezultat koji je najviše iznenadio istraživače bilo je što nema vezanosti između rada na blizinu, poput čestog čitanja, igranja na električnim napravama ili sjedenja preblizu televizoru, i nastanka kratkovidnosti kod djece.

Naime, rad na blizinu bio je glavni „osumnjičenik“ za nastanak kratkovidnosti u posljednjih stotinjak godina. Zanimljivo, preliminarni rezultati ovog istraživanja od prije 9 godina upućivali su na jak pozitivan utjecaj češćeg boravka na otvorenom na smanjenje rizika od nastanka kratkovidnosti.

Konačni rezultati iz ove studije potvrdili su vezanost, ali koja ipak nije bila dovoljno jaka da bi se uz pomoć broja sati provedenih na otvorenom moglo predvidjeti hoće li dijete razviti kratkovidnost ili neće.

Možemo očekivati kako će rezultati ovog istraživanja pridonijeti češćoj upotrebi skijaskopije kao jednostavnog i učinkovitog načina za probir i adekvatno praćenje djece s povećanim rizikom od nastanka kratkovidnosti.

Osim toga, mogućit će i pravovremenu primjenu kao i daljnja istraživanja novih obećavajućih postupaka kontrole kratkovidnosti, poput posebnih vrsta kontaktnih leća ili kapi za širenje zjenica.

(JAMA Ophthalmol. 2015;133(6):683-9.)

Adrian Lukenda, dr. med.

Nove terapijske mogućnosti bez interferona za liječenje kronične HCV infekcije, genotip 1

Dr. sc. Ivan Kurelac, Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"

Kronična infekcija virusom hepatitisa C jedna je od najznačajnijih uzročnika kroničnih bolesti jetre u svijetu, s oko 160 miliona oboleljih.⁽¹⁾

Tok kronične bolesti kod trećine bolesnika s vremenom (kroz 10 do 30 godina) može dovesti do razvoja ciroze i jetrene insuficijencije, pa i hepatocelularnog karcinoma. Cilj antivirusne terapije je izlječenje bolesnika prije razvoja teških komplikacija, sprečavanje razvoja ciroze te dekompenzacije ako je ciroza već prisutna.⁽²⁾

Kronična HCV infekcija je jedna od bolesti kod koje je razvoj terapije najviše napredovao u zadnjih desetak godina. Postotak postignutog trajnog odgovora za genotip 1 HCVa, od početnih 50% sa terapijom pegiliranim interferonom i ribavirinom (PR) povisio se na 70% uz kombinaciju inhibitora proteaza prve generacije (od 2011. godine).^(3, 4)

Nakon toga bilježimo poboljšanje na oko 80% postignutog SVR za kombinaciju simeprevir i PR, da bi se od 2014. došlo do uspješnosti terapije od 90%, 95% i više uz primjenu novih direktnih antivirusnih lijekova o kojima će biti riječ u ovom članku.

Važno je naglasiti da nove terapije postižu preko 90% učinika i u onih bolesnika koji su prethodno bezuspješno liječeni prije navedenim starim kombinacijama lijekova, te također kod onih koji imaju kompenziranu cirozu i druge nepovoljne faktore za uspjeh terapije PR (npr. IL28TT genotip). Također se otvara mogućnost izlječenja cijelom nizu bolesnika koji imaju kontraindikaciju za primjenu PR terapije kao što su dekompenzirana ciroza, izraženja trombocitopenija, i druge kontraindikacije. Također je trajanje novih terapija bitno kraće, uglavnom 12 tjedana (eventualno 24 tjedna).

Kada govorimo o broju potencijalnih bolesnika, prevalencija kronične HCV infekcije u Hrvatskoj u dobrotoljnjih davaoca krvi iznosi 0,1%, kod trudnica 0,5%, u općoj populaciji oko 0,9% a u intravenskih ovisnika i do 40%, te je prema nekim pretpostavkama mogući broj od oko 20 do 40 tisuća inficiranih.⁽⁵⁾ Do sada je u Hrvatskoj dosadašnjim kombinacijama lijekova liječeno više tisuća bolesnika no obzirom na postignuti trajni odgovor kod tih terapija bar 50% bolesnika s genotipom 1 i 20% s drugim genotipovima čekaju nove mogućnosti liječenja.

Direktni antivirusni lijekovi koji su se pojavili 2014. i 2015. godine omogućili su terapijske kombinacije bez interferona, i doveli do uspjeha liječenja od preko 90% postignutog SVR12. Također omogućeno je liječenje bolesnika s uznapredovalim stadijem bolesti, sa cirozom stadija Child -Pugh A i B, uz bolju podnošljost i minimalni postotak prekida terapije.⁽⁶⁾ Od kolovoza 2015. na osnovnoj listi lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje nalaze se ovi direktni antivirusni lijekovi: kombinacija ombitasvira i paritaprevira, dasabuvir, sofosbuvir, uz već od prije prisutan simeprevir.

Direktni antivirusni lijekovi djeluju na tri ključna mjesta u životnom ciklusu HCV virusa unutar hepatocita, pa tako razlikujemo inhibitore virusne proteaze NS3-4A (npr. paritaprevir, simeprevir), inhibitore NS5A proteina (npr. ombitasvir) i inhibitore HCV RNA ovisne RNA polimeraze NS5B (npr. nukleozidni inhibitor sofosbuvir, nenukleozidni inhibitor dasabuvir). Terapijski protokoli kombiniraju istovremeno djelovanje tri lijeka koja djeluju na sve tri opisane točke (paritaprevir, ombitasvir, dasabuvir) kako bi doveli do snažne inhibicije replikacije virusa uz sprječavanje razvoja mutacija i razvoja rezistencije virusa.

Druge grupe lijekova djeluju na dva od tri opisana mjesta npr.

kombinacija sofosbuvira sa simeprevirom ili ledipasvirom ili daclatasvirom (od kojih zadnja dva navedena nisu na listi lijekova HZZO). Većina lijekova dizajnirana je za liječenje bolesnika s genotipom 1 koji je najčešći i kod kojega je do sada bilo najviše terapijskih neuspjeha, makar postoje i kombinacije i za ostale genotipove HCV virusa.

Terapijske mogućnosti liječenja bez interferona za bolesnike sa HCV genotipom 1:

• Fiksna kombinacija ombitasvira, paritaprevira i dasabuvira

Bolesnici s genotipom 1b bez ciroze mogu se liječiti fiksnom kombinacijom ombitasvira, paritaprevira i dasabuvira kroz 12 tjedana.

Preporuke se temelje na Studijama SAPPHIRE-I i PEARL-III gdje je trajni virusološki odgovor iznosio 98% do 99% za do sada neliječene bolesnike, te studiji SAPPHIRE II i PEARL-II sa uspjehom od 97 do 100% za prethodno neuspješno liječene bolesnike. U studiji PEARL II za bolesnike s genotipom 1b koji nisu odgovorili na prethodno liječenje kombinacijom PR, navedena terapija je dovela do izlječenja u 100% bolesnika bez obzira da li su prethodno bili relapsi, non responderi ili parcijalni responderi.⁽⁷⁾

Bolesnici s genotipom 1a bez ciroze i bolesnici s genotipom 1b s kompenziranom cirozom mogu se liječiti fiksnom kombinacijom ombitasvira, paritaprevira i dasabuvira uz dodatni ribavirin kroz 12 tjedana, s uspjehom od 95% do -96% za do sada neliječene odnosno prethodno neuspješno liječene bolesnike s genotipom 1a (SAPPHIRE I i II) te 99% s genotipom 1b i cirozom (TORQUOISE II).

Bolesnici s genotipom 1a s kompenziranom cirozom mogu primati kombinaciju ombitasvira, paritaprevira, dasabuvira i ribavirina kroz 24 tjedna a uspješnost terapije je 95% (TURQUOISE-II).^(6,8,9,10,11,12)

Dakle bolesnici uzimaju kombinaciju od 4 tablete dnevno (2 tablete koje su fiksna kombinacija ombitasvira i paritaprevira te dvije koje sadrže dasabuvir) s ili bez ribavirina, u trajanju u većini slučajeva od 12 tjedana. Prethodni loš odgovor na terapiju dakle ne utječe na duljinu liječenja. Kod terapije paritaprevirom, ombitasviroom i dasabuviroom nije potrebna prilagodba doze u bolenika s cirozom Child-Pugh stadij A.

Kod bolesnika s transplantiranim jetrom i HCV infekcijom genotipom 1 preporučeno je trajanje liječenja ovom kombinacijom lijekova kroz 24 tjedna.

Liječenje navedenom kombinacijom lijekova nije indicirano za bolesnike koji su prethodno neuspješno liječeni kombinacijom inhibitora proteaza prve generacije i PR.

• Fiksna kombinacija sofosbuvira i ledipasvira

Bolesnici s genotipom 1 bez ciroze bez obzira da li su do sada prethodno liječeni ili ne, mogu dobivati fiksnu kombinaciju sofosbuvira i ledipasvira kroz 12 tjedana. Preporuka se temelji na ION-1 studiji gdje je 97-99% do sada neliječenih bolesnika postiglo trajni odgovor nakon 12 tjedana, a također i 94 do 96% prethodno neuspješno liječenih u studiji ION-2.

Bolesnici s genotipom 1 s kompenziranom cirozom, prethodno liječeni i neliječeni, uz sofosbuvir i ledipasvir mogu dobivati ribavirin

također u trajanju od 12 tjedana (uspjehost 12 tjedne terapije je 95% u studiji ION-2 i 96% u SIRIUS studiji za bolesnike koji su prethodno neuspješno liječeni).

Za bolesnike s cirozom, genotip 1, koji su prethodno neuspješno liječeni a imaju druge negativne prediktore za dobar odgovor, također se preporuča 24 tjedna terapija kombinacijom sofosbuvira, ledipasvira i ribavirina. Kombinacija ovih lijekova daje se i kod bolesnika koji su doživjeli prethodni terapijski neuspjeh u toku liječenja telaprevirom, boceprevirom ili simeprevirom.^(6,13,14,15,16)

Kombinacija sofosbuvira i simeprevira

Bolesnici s gentipom 1 mogu biti liječeni kombinacijom sofosbuvira i simeprevira kroz 12 tjedana, a onima s cirozom preporuča se navedenim lijekovima dodati i ribavirin. Kod bolesnika s cirozom koji imaju kontraindikaciju za primjenu ribavirina preporuča se trajanje terapije od 24 tjedna.

Ove preporuke temelje se na rezultatima COSMOS studije gdje je uspješnost terapije za prethodne nul respondere bila 93% bez ribavirina i 96% sa ribavirinom. TARGET studija pokazala je SVR4 92% za bolesnike bez ciroze i te 87% za bolesnike s cirozom.^(6,17)

Kombinacija sofosbuvira i daclatasvira

Bolesnici s genotipom 1 mogu biti liječeni kombinacijom sofosbuvira i daclatasvira kroz 12 tjedana. Kod bolesnika s cirozom u terapiji se dodaje i ribavirin.⁽⁶⁾

Nuspojave terapije

Novi direktni antivirusni lijekovi za HCV infekciju se općenito dobro toleriraju i broj prekida terapije zbog nuspojava je manji nego prije. Kombinacija paritaprevir+ombitasvir+dasabuvir imala je uglavnom umor, svrbež, blagi porast ALT i ponekad bilirubina, sa stopom prekida terapije od oko 1% po studiji. Kod primjene sofosbuvira i ledipasvira stopa prekida terapije bila je manja od 1% kroz 12 tjedana i 1% kod 24 tjednog liječenja, a ako je u kombinaciji bio i ribavirin do 2% za 24 tjednu terapiju, a glavne nuspojave bile su umor i glavobolja. Kod svih režima koji uključuju ribavirin postoji mogućnost razvoja anemije.⁽⁶⁾

Interakcije s drugim lijekovima

Interakcije su moguće u toku liječenja novim direktnim antiviruskim lijekovima, i one se razlikuju ovisno o pojedinom lijeku, pa i to može biti povezano s izborom terapije za određenog bolesnika. Detaljniji prikaz interakcija lijekova moguće je na stranici www.hepatitisinteractions.org (University of Liverpool) gdje se mogu vidjeti potencijalne interakcije koje mogu zahtijevati modifikaciju doze ili pak kombinacije koje se uopće ne smiju primjenjivati. Dakle prije započinjanja terapije potrebno je provjeriti interakcije za svakog bolesnika.

Zaključak

Nove terapijske mogućnosti bez interferona za liječenje kronične HCV infekcije genotipa 1 vrlo su efikasne. Bolesnicima nude izlječenje preko 90% uz minimalnu toksičnost i jednostavnost korištenja (oralna terapija). Iako bi idealno bilo liječiti sve bolesnike s kroničnom HCV infekcijom, nije realno očekivati da će svim bolesnicima s bilo kojim stadijem HCV infekcije biti omogućeno liječenje.

I u ekonomski razvijenijim zemljama razmišlja se o prioritetnim bolesnicima za nove terapije. To su u svakom slučaju oni čija je bolest značajno uznapredovala i imaju očigledno loše prediktore uspjeha za staru, konvencionalnu terapiju te oni koji uz to nisu povoljno odgovorili na prethodne terapije.

Liječenje je prioritetno za bolesnike sa značajnom fibrozom ili cirozom (Metavir stadija F3 do F4), a posebno za bolesnike s dekompenzirao cirozom (Child -Pugh B i C stadij). Prioritet u liječenju također trebaju imati bolesnici koji čekaju transplantaciju jetre ili su već transplantirani uz rekurentnu HCV infekciju nakon transplantacije. Liječenje je opravdano za bolesnike s umjerenom fibrozom (Metavir F2) dok se kod bolesnika bez aktivnosti bolesti ili s vrlo blagom aktivnosti bolesti (Metavir stadij Fo-F1) indikacija i vrijeme davanja terapije mogu individualizirati, iako bi, kao što je već rečeno, idealno bilo liječiti sve oboljele.⁽⁶⁾

Reference

1. Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. Clin Microbiol Infect 2011;17:107-115.
2. Van der Meer AJ, et al. Association between sustained virological response and all-cause mortality among patients with chronic hepatitis C and advanced hepatic fibrosis JAMA 2012;308:2584-2593
3. Bacon BR, et al. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection. N Engl J Med 2011; 364:1207-1217.
4. Jacobson IM et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. N Engl J Med 2011;364:2405-2416.
5. Karić B, Vilibić-Čavlek T, Kurečić Filipović S et al Epidemiologija virusnih hepatitisa Acta med Croatica, 67 (2013) 273-279
6. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015. J Hepatol (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2015.03.025>
7. Andreone P, et al. ABT-450, ritonavir, ombitasvir, and dasabuvir achieves 97% and 100% sustained virologic response with or without ribavirin in treatment-experienced patients with HCV genotype 1b infection. Gastroenterology 2014;147:359-365.
8. Feld JJ et al. Treatment of HCV with ABT-450/r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin. N Engl J Med 2014;370:1594-1603.
9. Ferenci P, et al. ABT-450/ombitasvir and dasabuvir with or without ribavirin for HCV. N Engl J Med 2014;370:1983-1992.
10. Wyles DL et al. TURQUOISE-I: 94% SVR12 in HCV/HIV-1 coinfected patients treated with ABT-450/r-ombitasvir, dasabuvir and ribavirin. Hepatology 2014;60:1136A
11. Zeuzem S, et al. retreatment of HCV with ABT-450/r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin. N Engl J Med 2014;370:1604-1614.
12. Poordad F et al. ABT-450/r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin for hepatitis C with cirrhosis. N Engl J Med 2014;370:1973-1982.
13. Afdhal N, et al. Ledipasvir and sofosbuvir for untreated HCV genotype 1 infection. N Engl J Med 2014;370:1889-1898.
14. Afdhal N, Reddy KR, et al. Ledipasvir and sofosbuvir for previously treated HCV genotype 1 infection. N Engl J Med 2014;370:1483-1493.
15. Kowdley KV, et al. Ledipasvir and sofosbuvir for 8 or 12 weeks for chronic HCV without cirrhosis. N Engl J Med 2014;370:1879-1888.
16. Bourlière M, Sulkowski MS, Omata M, Zeuzem S, Feld JJ, Lawitz E, et al. An integrated safety and efficacy analysis of >500 patients with compensated cirrhosis treated with ledipasvir/sofosbuvir with or without ribavirin. Hepatology 2014;60:239A.
17. Jensen DM, et al. Safety and efficacy of sofosbuvir-containing regimens for hepatitis C: real-world experience in a diverse, longitudinal observational cohort. Hepatology 2014;60:219A.

Na pragu cjepiva protiv ebole

Procjenjuje se kako je u posljednjoj epidemiji hemoragijske vrućice uzrokovane virusom ebole do sada u Zapadnoj Africi umrlo oko 11 280 ljudi. U časopisu Lancet su krajem srpnja objavljeni obećavajući rezultati treće faze kliničkih istraživanja cjepiva protiv najagresivije vrste ebolskog virusa poznatog kao Zair ili ZEBOV. Cjepivo je napravljeno na osnovi rekombinantnog replikacijski sposobnog virusa vezikularnog stomatitisa ili rVSV-a. Razvila ga je kanadska javnozdrastvena agencija koja ga je prodala tvrtki Merck.

Istraživanje pod nazivom Ebola ça suffit ili, u slobodnom prijevodu „ebola, sad je dosta“, organizirano je u rekordnom vremenu pod vodstvom Svjetske zdravstvene organizacije tijekom posljednje epidemije ebole u Gvineji. Dizajn istraživanja utemeljen je na „prstenastom“ pristupu cijepljenju koji je korišten u uspješnoj eradicaciji virusa velikih boginja u 70-im godinama prošlog stoljeća. U istraživanje koje je započelo u travnju ove godine uključene su punoljetne zdrave osobe koje su bile u kontaktu s oboljelima od ove bolesti kao i njihovi najbliži kontakti. Slučajnim odabirom oni su podijeljeni u skupinu koja je cijepljena odmah i skupinu koja je cijepljena s odgodom od 21 dana. Bez odgode je cijepljeno 2014 osoba, a s odgodom 1498. Osobe su cijepljene intramuskularno jednom dozom cjepiva te praćene u svojim domovima 3., 14., 21., 42., 63. i 84. dan nakon cijepljenja.

Iako je nekoliko osoba u prvoj skupini razvilo bolest u prvih 10 dana koliko je potrebno za razvoj imunog odgovora, 6 dana nakon cijepljenja nije oboljela niti jedna osoba bez obzira na skupinu. Iako je prema ovom preliminarnom rezultatu učinkovitost cjepiva bila 100 %-tina, autori članka prepostavljaju kako je to rezultat relativno manjeg broja ispitanika te da će stvarna učinkovitost ovog cjepiva u budućnosti biti između 75 i 100 %. U skupini u kojoj je cijepljenje bilo odgođeno, nakon 10 dana dokazano je 16 slučajeva bolesti. Analiza ozbiljnih neželjenih događaja još je u tijeku, no zasada je samo jedan slučaj febrilne bolesti kod muškog sudionika uzročno povezan s cijepljenjem.

Navedeni djelomični rezultati još uvijek ne znače kako će cjepivo u skoro vrijeme biti licencirano za široku upotrebu. Možemo se nadati da će se ovaj uspješni model suradnje među državama i organizacijama nastaviti te da će se potrebeni podaci o sigurnosti i učinkovitosti ovog cjepiva prikupiti na vrijeme kako bi se moglo djelovati kod izbjivanja sljedeće veće epidemije. Do tada će trebati riješiti još nekoliko važnih problema, poput učinkovitosti ovog cjepiva protiv drugih vrsta ebola virusa, virusa Marburg te skladištenja cjepiva. Naime, prva generacija cjepiva koja je korištena u ovom istraživanju čuva se u skupim hladnjacima na -80°C, što može bitno ograničiti dostupnost cjepiva u pogodenim državama.

(The Lancet. 2015 Jul 31; DOI: 10.1016/S0140-6736(15)61117-5)

Adrian Lukenda, dr. med.

Oralni kontraceptivi prevenirali oko 200 000 slučajeva raka endometrija u posljednjem desetljeću

Epidemiologija svjetskog glasa prof. dr. Valerie Beral sa Sveučilišta u Oxfordu objavila je u časopisu svjetskog glasa The Lancet Oncology istraživanje koje je izazvalo veliko zanimanje javnosti. Naime, ona i njezini kolege temeljem svog istraživanja zaključili su kako je

u posljednjih 50 godina (1965.-2014.) zahvaljujući širokoj primjeni oralnih kontraceptiva u tzv. zapadnim zemljama spriječeno oko 400 000 novooboljelih od karcinoma endometrija, a od toga u posljednjem desetljeću (2005.-2014.) oko 200 000. Autorica studije zaštitni mehanizam djelovanja kontraceptiva pojašnjava kako protektivan učinak kontraceptiva na endometrij u smislu nastanka karcinoma endometrija perzistira i nekoliko desetljeća nakon završetka njihova uzimanja pa će tako najčešće korisnice kontraceptiva - mlade žene u svojim dvadesetima - i tri desetljeća nakon prestanka uzimanja biti zaštićene od nastanka bolesti u trenutku porasta njezine incidencije.

Zaštitni učinak oralnih kontraceptiva poznat nam je od ranije, naime oni dugoročno štite korisnice od nastanka karcinoma jajnika.

Istraživači su analizirali podatke iz 36 studije i ukupno 27 276 žena oboljelih od karcinoma endometrija iz Sjeverne Amerike, Europe, Azije, Australije i Južne Afrike - virtualno svih skupljenih podataka na temu utjecaja oralnih kontraceptiva. Analizom je utvrđeno kako svakih 5 godina korištenja oralnih kontraceptiva smanjuje rizik od karcinoma endometrija za četvrtinu. U zapadnim zemljama korištenje oralnih kontraceptiva u trajanju od 10 godina umanjuje rizik od nastanka endometralnog karcinoma za 2.3-1.3 slučajeva na 100 korisnica. Iako se tijekom godina doza estrogena značajno smanjila u kombiniranim preparatima; primjerice 60-ih godina prošlog stoljeća doza estrogena bila je duplo viša nego u preparatima 80-ih godina, unatoč tome je uočen protektivan utjecaj kontraceptiva neovisno o dozi estrogena. Autori stoga zaključuju kako je niža doza estrogena dosta za smanjenje incidencije endometralnog karcinoma. Zanimljivo je naglasiti kako proporcionalna redukcija rizika nije značajno varirala ovisno o reproduktivnoj anamnezi pacijentice, indeksu tjelesne mase, korištenju alkohola i/ili nikotina i etničkoj pripadnosti.

Autori naglašavaju kako postojeći dokazi sugeriraju da srednje do dugotrajno korištenje oralnih kontraceptiva u trajanju od 5 godina ili duže rezultira značajnim smanjenjem incidencije karcinoma endometrija. Postojeće analize ukazuju kako je na taj način prevenirano 400 000 endometralnih karcinoma u zadnjih 50 godina u zapadnim zemljama, tj. zemljama višega socio-ekonomskog standarda, i to u žena prije navršene 75. godine života, a od toga 200 000 u zadnje desetljeće.

(Lancet Oncol 2015; in print)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

Gestacijski dijabetes melitus može se spriječiti intervencijama u stilu života

Autori finske prevencijske studije gestacijskog dijabetesa u srpnju su objavili rezultate svog istraživanja kojim su pokušali utvrditi može li se gestacijski dijabetes melitus (GDM) spriječiti jednostavnim intervencijama u životnom stilu i načinu prehrane trudnica koje imaju visok rizik od obolijevanja. Poznati rizični faktori GDM-a jesu: dob trudnice iznad 25 godina, opterećena obiteljska ili osobna anamneza u smislu dijabetesa, povećan indeks tjelesne mase, iz do sada neutvrđenih razloga, trudnice koje nisu bijele rase (op. pr.).

U studiju su uključene 293 žene s anamnezom GDM-a i/ili indeksom tjelesne mase prije trudnoće $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ prije 20. tjedna trudnoće. Randomizirane su u intervencijsku skupinu koja je brojala 155 trudnice i kontrolnu grupu u kojoj ih je bilo 138.

Sa svakom se trudnicom u intervencijskoj skupini radilo individualno, što je uključivalo savjetovanje o prirodi bolesti, važnosti pravilne

dijetne prehrane, fizičku aktivnost i tjelovježbu te striktno kontroliranje tjelesne težine od strane obučenih medicinskih sestara i dijetičara. Kontrolna je skupina podvrgnuta standardnoj antenatalnoj skrbi. Dijagnoza GDM-a postavljena je temeljem nalaza OGTT-a između 24. i 28. tjedna trudnoće. S obzirom na to da je nekoliko trudnica iz više razloga tijekom istraživanja isključeno iz studije, u konačnici je analizirano ukupno njih 269. Incidencija GDM-a bila je 13,9 %-tina u intervencijskoj skupini, u usporedbi sa 21,6% s kontrolnom grupom, što je statistički značajna razlika. Nakon podrobnih statističkih analiza, rezultati ukazuju kako je dobitak na težini u intervencijskoj skupini bio manji od onog u kontrolnoj grupi te kako su ispitanice iz intervencijske skupine uvećale svoju fizičku aktivnost i povećale kvalitetu prehrane. Autori zaključuju kako već i manje intervencije u životnom stilu trudnice mogu reducirati incidenciju GDM-a za 39% u visoko rizičnih trudnica te kako ovi rezultati iznimno snažno utječu na zdravlje majke i ploda.

Širenjem preventivnih mjera možemo uistinu puno učiniti za zdravlje najosjetljivije populacije, i to bez praktički ikakvih troškova.

(*Diabetes Care. 2015 in print*)

Dr.sc. Ingrid Márton, dr. med.

Opstetričke ozljede analnog sfinktera: pregled anatomske čimbenike i intervencija u II. porođajnom dobu podložnih promjeni

Opstetričke ozljede analnog sfinktera (engl. obstetric anal sphincter injuries, OASIS) vodeći su uzrok analne inkontinencije kod žena.

Dharmesh S. Kapoor i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynaecology, Royal Bournemouth Hospital, Bournemouth, UK, pretražili su u bazi PubMed (1989-2014) sve studije i sistematske pregledе o rizičnim čimbenicima za OASIS.

Rastezanje medice od 170% u transverzalnom smjeru i 40% u vertikalnom smjeru zbiva se kad se glavica boči, što vodi do značajnih razlika (15-30°) između kuta ureza i kuta šava epiziotomije. Epiziotomije urezane pod kutom od 60° imaju kut šava od 43-50°, dok one urezane pod kutom od 40° rezultiraju s kutom šava od 22°. Epiziotomije s kutom šava <30° i >60° povezane su s povиšenim rizikom za OASIS. Kutovi šava epiziotomije 40-60° predstavljaju sigurnu zonu.

Kliničari su loši u ispravnoj procjeni kuta ureza epiziotomije na papiru, kao i na pacijentima. Epiziotomije s polazištem 10 mm od medijane linije povezane su s nižom stopom OASIS-a. U usporedbi sa spontanim razdorima medice, čini se da su epiziotomije povezane sa smanjenjem rizika za OASIS od 40-50%, dok su kratko perinealno tijelo, edem medice te instrumentalni porođaj povezani s višim rizikom. Instrumentalni porođaji uz mediolateralnu epiziotomiju povezani su sa značajno nižim rizikom za OASIS. Ostale preventivne mjere uključuju tople obloge na medicu te kontrolirani porođaj glavice.

Otpuštanje pritiska na centralnu stražnju medicu pomoću epiziotomije i/ili kontrolirani porođaj glavice važne su intervencije pri razmatranju smanjenja rizika za OASIS. Epiziotomija treba biti urezana pod kutom 60° od medijane linije. Buduće studije trebaju procijeniti ulogu elektivne epiziotomije kod žena s kratkim perinealnim tijelom te primjenu standardizirane tehnike manualne perinealne protekcije. (*Int Urogynecol J. 2015 Jun 5. [Epub ahead of print]*)

Matija Prka, dr. med.

Indukcija porođaja vs. ekspektativni postupak kod fetalne hipertrofije

Cilj istraživanja bio je usporediti indukciju porođaja i ekspektativni postupak kod prekomjernog rasta fetusa, a radi prevencije distocije ramena te ostalog neonatalnog i maternalnog pobola povezanog s fetalnom hipertrofijom.

Michel Boulvain i suradnici iz Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Geneva University Hospitals and Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Švicarska, proveli su randomizirano istraživanje (1.10.2002. - 1.1.2009.) u 19 tercijarnih centara u Francuskoj, Švicarskoj i Belgiji. Žene s jednoplodnom trudnoćom i ultrazvučnom procjenom fetalne težine iznad 95. percentile randomizirane su (1:1) u dvije skupine: 1) indukcija porođaja unutar 3 dana između 37+0 i 38+6 tjedana gestacije; 2) ekspektativni postupak. Primarni ishod predstavljali su klinički značajna distocija ramena, fraktura klavikule, brahipareza, intrakranijsko krvarenje ili perinatalna smrt.

U prvu skupinu (indukcija porođaja) randomizirano je 409 ispitanica, a u drugu (ekspektativni postupak) njih 413. Prosječna porođajna težina bila je 3831 g u prvoj skupini i 4118 g u drugoj. Indukcija porođaja značajno je smanjila rizik za distociju ramena i pridruženi pobol (n=8) u usporedbi s ekspektativnim postupkom (n=25; RR 0.32, 95% CI 0.15-0.71; p=0.004). Nije zabilježena niti jedna brahipareza, intrakranijsko krvarenje ili perinatalna smrt. Vjerojatnost spontanog vaginalnog rađanja bila je viša u skupini induciranih ispitanica, nego kod onih vođenih ekspektativno (RR 1.14, 95% CI 1.01-1.29). Stopa carskog reza i neonatalni pobol nisu se značajno razlikovali među istraživanim skupinama.

Indukcija porođaja kod hipertrofičnih fetusa povezana je sa smanjenim rizikom za distociju ramena i pridruženi pobol u usporedbi s ekspektativnim postupkom. Usto, indukcija porođaja ne povisuje rizik za carski rez te poboljšava vjerojatnost spontanog vaginalnog rađanja. Ove prednosti trebaju biti uravnotežene s učincima rane terminske indukcije porođaja.

(*Lancet. 2015;385(9987):2600-5.*)

Matija Prka, dr. med.

Vemurafenib u terapiji nemelanomskih zločudnih tumora s BRAF V600 mutacijom

BRAF V600 mutacije, koje se javljaju u oko 50% kožnih melanoma, pojavljuju se i u raznim nemelanomskim zločudnim tumorima, poput kolorektalnog karcinoma, nemalostaničnog karcinoma pluća, papolarnog raka štitinjače, difuznih glioma, kolangiokarcinoma, leukemije vlasastih stanica, mutiplog mijeloma, Langerhansove histiocitoze i Erdheim-Chesterove bolesti. U preko polovice ovih nemelanomskih tipova raka, u kojima je utvrđena BRAF V600 mutacija, ona je manja od 5%. Učinkovitost vemurafeniba, selektivnog oralnog inhibitora BRAF V600 kinaze, povezanog s otprilike 50%-tom stopom odgovora i poboljšanim preživljnjem među bolesnicima s BRAF V600 pozitivnim metastatskim melanomom, u ovih tumora nije posve sustavno ispitana, unatoč evidentnom terapijskom potencijalu.

Kako bi se istaknulo to važno kliničko pitanje, David M. Hayman i suradnici dizajnirali su o histologiji tumora neovisnu, fleksibilnu „basket“ studiju faze 2 vemurafeniba, u bolesnika s nemelanomskim rakom i prisutnom BRAF V600 mutacijom.

U studiju je uključeno 6 kohorti bolesnika s prespecificiranim racom – nemalostaničnim racom pluća, racom jajnika, kolorektalnim racom, kolangiokarcinomom, racom dojke i multiplim mijelomom, a sedma skupina podržavala je uključenje bolesnika s bilo kojim drugim racom i prisutnom BRAF V600 mutacijom. Bolesnici s vlasastom leuke mijom i papilarnim karcinomom štitnjače isključeni su zbog visoke zastupljenosti BRAF V600 mutacije, koja bi mogla osigurati samostalne, za bolest specifične studije.

U studiji su terapiji podvrgnuta ukupno 122 bolesnika s BRAF V600 pozitivnim zločudnim tumorom, od čega je 27 bolesnika s kolorektalnim karcinomom koji su primali i vemurafenib i cetuximab. Priborni cilj studije bio je stopa odgovora, a sekundarni preživljivanje bez progresije bolesti i sveukupno preživljivanje.

Rezultati su pokazali stopu odgovora od 42 % u skupini s nemalostaničnim racom pluća, kao i medijan preživljivanja bez progresije bolesti od 7,3 mjeseca. U skupini s Erdheim-Chesterovom bolešću ili Langerhansovom histiocitozom stopa odgovora iznosila je 43 %, a trajanje tretmana 5,9 mjeseci; niti u jednog bolesnika nije zabilježena progresija bolesti tijekom terapije. Zabilježeni su i sporadični odgovori u bolesnika s pleomorfnim ksantocitomom, anaplastičnim racom štitnjače, kolangiokarcinomom, racom slinovnica, racom jajnika te sarkomom svjetlih stanica, kao i u bolesnika s kolorektalnim karcinomom koji su primili i vemurafenib i cetuximab.

Sigurnosni profil odgovarao je onom u ranijim studijama vemurafeniba kod melanoma.

U zaključku, BRAF V600, čini se, predstavlja ciljani onkogen u nekim, ali ne u svim nemelanomskim zločudnim tumorima. Značajna aktivnost vemurafeniba preliminarno je zabilježena u nemalostaničnom raku pluća i Erdheim-Chesterovoj bolesti te histiocitozi Langerhansovih stanica. Rezultati upućuju i na opravdanost daljih studija dvostrukog - EGFR i BRAF blokade u kolorektalnog karcinoma s prisutnom navedenom mutacijom.

Unatoč brojčano skromnim rezultatima, na malom broju bolesnika, klinički su značajne implikacije proizašle iz navedenog istraživanja, a podsjećaju i na važnost histološkog konteksta u formiranju odgovora na terapiju, na nesavladivost konvencionalne tumorske nozologije proizašle iz samog sijela tumora (s molekularnim podtipovima..) u potpunosti molekularnom nozologijom.

(*N Engl J Med.* 2015;373:726-736.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Kemohormonoterapija u metastatskom hormon-ovisnom raku prostate

Androgen-deprivacijska terapija (ADT) još je od 1940-ih godina prošlog stoljeća osnova terapijskog pristupa metastatskom raku prostate. Međutim, u većine bolesnika se u nekom trenutku razvije rezistencija na ADT, ‘zadržavajući’ medijan sveukupnog preživljivanja među bolesnicima s metastatskim racom prostate na oko 3 godine. Christopher J. Sweeney i suradnici istražili su hoće li konkomitan-tna uporaba ADT-a i kemoterapeutika docetaksela u tih bolesnika rezultirati dugoročnjim sveukupnim preživljanjem nego sam ADT, uz ranije saznanje kako docetaksel produžuje medijan sveukupnog preživljavanja za oko 2,5 mjeseca, u usporedbi sa samom kemoterapijom mitoksantronom uz prednizon, u bolesnika koji su prethodno razvili rezistenciju na ADT. Studija je raspodijelila muškarce s metastatskim, hormon ovisnim karcinomom prostate u dvije skupine, jedna koja je

primala ADT uz docetaksel (u dozi od 75mg/m² tjelesne površine u tretjednim razmacima, ukupno 6 ciklusa) te drugu koja je primala samo ADT. Primarni cilj ovog istraživanja bio je testirati hipotezu da će konkomitantna primjena docetaksela uz ADT u ranoj fazi liječenja rezultirati s 33,3 % duljim medijanom sveukupnog preživljavanja, nego u bolesnika na samom ADT-u.

Ukupno je 790 bolesnika podvrgnuto randomizaciji, medijana dobi 63 godine. Nakon medijana praćenja od 28,9 mjeseci medijan sveukupnog preživljavanja iznosio je 13,6 mjeseci dulje u skupini na kombinacijskoj terapiji ADT-om i docetakselom, u odnosu na sam ADT (57,6 mjeseci vs. 44,0 mjeseci). Medijan vremena do biokemijske, simptomatske ili radiografske zabilježene progresije bolesti iznosio je 20,2 mjeseca u skupini na kombinacijskoj terapiji, u usporedbi s 11,7 mjeseci u skupini na samom ADT-u. Stopa razine PSA manje od 0,2ng/ml nakon 12 mjeseci iznosila je 27,7 % u kombinacijskoj skupini, a 16,8 % u skupini na samom ADT-u. U skupini na kombinacijskoj terapiji stopa febrilne neutropenije stupnja III ili IV iznosila je 6,2 %, stopa infekcije stupnja III ili IV i neutropenije 2,3 %, a stopa senzorne i motorne neuropatije stupnja III 0,5 %.

Dakle, 6 tretjednih ciklusa docetaksela na početku liječenja androgen deprivacijskom terapijom metastatskog hormona ovisnog raka prostate rezultirala su u značajno duljim sveukupnim preživljanjem, nego sam ADT. Klinički benefit ovog rezultata ogleda se više u bolesnika s većim teretom bolesti, nego u onih s lakšim.

(*N Engl J Med.* 2015;373:737-746.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Probir za okultnu zločudnu novotvorinu u slučaju neprovociranog venskog tromboembolizma

Provocirano tromboembolijsko zbijanje u organizmu jest ono koje je uvjetovano snažnim rizičnim čimbenicima, poput traume, operacije, prolongirane imobilizacije ili trudnoće i babinja, a neprovociranim se smatra ono koje nije povezano niti sa snažnim rizičnim čimbenicima niti već utvrđenom prisutnošću zločudne bolesti. No, venski tromboembolijski incidenti mogu biti i najranijim znakom zločudne bolesti. Postoje podaci kako se u preko 10 % slučajeva neprovociranog tromboembolijskog incidenta utvrdi prisutnost zločudnog tumora u godini nakon incidenta, a preko 60 % okultnih zločudnih tumora dijagnosticira se zapravo vrlo brzo nakon epizode neprovociranog tromboembolizma. Trenutno postoji velika raznolikost u praksi, vezana uz skrining na okultnu zločudnu neoplazmu, u ljudi koji su razvili neprovocirano vensko tomboembolijsko zbijanje. Skupina kanadskih istraživača pokušala je ocijeniti učinkovitost strategije probira u ovoj situaciji, koja uključuje i kompjuteriziranu tomografiju (CT) abdomena i zdjelice.

Provedena je multicentrična, open-label, randomizirana, kontrolirana studija u Kanadi, gdje su bolesnici nakon razvoja sporadičnog, neprovociranog venskog tromboembolijskog incidenta randomizacijom raspoređeni u dvije skupine, jednu kako bi bili podvrgnuti osnovnom, tzv. limitiranom probиру za okultnu zločudnu novotvorinu, koji je uključivao bazične krvne pretrage, rentgen pluća te skrining za rak dojke, prostate i cerviksa, ili u drugu skupinu koja je podvrgnuta navedenom limitiranom probiru u kombinaciji s dodatnim CT snimkom. Kao primarni ishod istraživanja definiran je potvrđeni zločudni tu-

mor, nedetektiran strategijama probira, a utvrđen nakon jednogodišnjeg praćenja.

Od ukupno 854 bolesnika podvrgnuti randomizaciji, u njih 33,3 % utvrđena je dijagnoza okultnog raka, u razdoblju od randomizacije do završetka jednogodišnjeg praćenja; u 14 od 431 bolesnika u skupini na limitiranom probiru te u 19 od 423 bolesnika u skupini na limitiranom probiru i dodatnom CT-u. U primarnoj analizi ishoda propušteno je dijagnosticirati 4 slučaja raka (29 %) u skupini podvrgnutoj osnovnom probiru i 5 slučajeva raka (26 %) u skupini podvrgnutoj osnovnom skriningu i dodatnom CT-u. Nije bilo značajne razlike između dviju navedenih skupina u vremenu do postavljanja dijagnoze tumora (4,2 mjeseca vs. 4 mjeseca), kao niti u uz rak vezanoj smrtnosti.

Opisana studija, uz sva svoja ograničenja, pokazuje kako je prevalencija okultne zločudne novotvorine u bolesnika koji su razvili prvi neprovocirani venski tromboembolijski incident zapravo niska, a pokušaj da se rutinski probir upotpuni CT-om abdomena i zdjelice radi poboljšanja rezultata dijagnosticiranja prisutnosti neoplazme nije pokazao klinički značajan benefit.

(*N Engl J Med.* 2015; 373:697-704.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Palbociklib u uznapredovalom karcinomu dojke pozitivnih hormonskih receptora

Oko 80 % karcinoma dojke ima izražene hormonske receptore - estrogenske, progesteronske, ili oba. Endokrina terapija, inhibicijom hormonskih receptora tumora, pokazala se temeljnom za ove hormon ovisne tumore. Međutim, unatoč prednostima endokrine terapije, mnoge žene dožive povrat bolesti, tijekom ili po završenom adjuvantnom liječenju. Monoterapija tamoksifenom ili određenim aromataznim inhibitorom tu je pokazala ograničen klinički benefit. Selektivnom razgradnjom estrogenih receptora fulvestrantom postignuta je umjerena učinkovitost u ovoj populaciji bolesnica. Također je prepoznata važnost razvoja novih tretmana kojima bi se prevladala nastala rezistencija na endokrinu terapiju.

Rast hormon-receptor-pozitivnog raka dojke ovisi o ciklin ovisnim kinazama 4 i 6 (CDK4 i CDK6), koje promoviraju pogresiju iz faze G1 u S fazu staničnog ciklusa, a ta ovisnost pokazala se (*in vitro*) konzistentnom i u trenutku razvoja rezistencije na prethodnu endokrinu terapiju. Mala molekula selektivnog inhibitora CDK4 i CDK6 palbocikliba tu je pokazala izraženu učinkovitost i sinergistički učinak s endokrinom terapijom. Nakon što je u kombinaciji s letrozolom pokazao značajno produljenje preživljivanja bez progresije bolesti u novodijagnosticiranih metastatskih estrogen-receptor pozitivnih karcinoma dojke, Nicholas C. Turner i suradnici su ocijenili učinkovitost kombinacije palbocikliba s fulvestrantom u uznapredovalom karcinomu dojke, sprogresijom nakon prethodne endokrine terapije.

U studiju faze 3 uključena je 521 bolesnica s uznapredovalim, hormon ovisnim, Her2 negativnim rakom dojke, koji je recidivirao nakon liječenja ili progredirao tijekom prethodne endokrine terapije. Randomizacija je provedena u omjeru 2:1 kako bi primile palbociklib i fulvestrant, ili fulvestrant uz placebo. Premenopausalne ili perimenopausalne žene također su primale i goserelin. Primarni ishod bilo je preživljivanje bez progresije bolesti. Kao sekundarni ishodi određeni su: sveukupno preživljivanje, objektivni odgovor, stopa kliničkog benefita, od bolesnica prijavljeni ishodi te sigurnost. Prethodno planiranu interim analizu proveo je nezavisni odbor, koji je vršio nadzor nad po-

dacima i sigurnošću, nakon što je zabilježeno 195 slučajeva progresije bolesti ili smrti.

Medijan preživljivanja bez progresije bolesti iznosio je 9,2 mjeseca u skupini na palbociklibu i fulvestrantu, u odnosu na 3,8 mjeseci u skupini na fulvestrantu i placebo. Najčešća ozbiljna nuspojava stupnja III ili IV u skupini na palbociklibu i fulvestrantu bila je neutropenija (62 % vs. 0,6 % u skupini placebo-fulvestrant), potom leukopenija (25,2 vs. 0,6 %), anemija (2,6 vs. 1,7 %) i trombocitopenija (2,3 vs. 0 %) te umor (2,0 vs. 1,2 %). Febrilna neutropenija zabilježena je u 0,6 % bolesnica liječenih palbociklibom te u 0,6 % bolesnica na placebo. Stopa prekidanja terapije radi nuspojava iznosila je 2,6 % na palbociklibu te 1,7 % na placebo.

Dakle, među bolesnicama s hormon ovisnim metastatskim rakom dojke, u kojih je bolest progredirala tijekom prethodne endokrine terapije, palbociklib u kombinaciji s fulvestrantom rezultira duljim preživljanjem bez progresije bolesti, ali i relativno boljom kvalitetom života, nego sam fulvestrant, neovisno o menopauzalnom statusu bolesnica.

(*N Engl J Med.* 2015; 373:209-219.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Terapija elotuzumabom relapsa ili refrakternog multiplog mijeloma

Medijan sveukupnog preživljivanja u multiplom mijelomu iznosi oko 5 godina. Unatoč napretku u liječenju proteasomskim inhibitorima i imunomodulatornim lijekovima većina oboljelih i dalje razvija relapse bolesti i potrebni su novi pristupi liječenju.

Imunomodulatorni lijek lenalidomid, u kombinaciji s deksametazonom, smatra se standardom u liječenju bolesnika nakon relapsa bolesti, ili u slučajevima refrakternog multiplog mijeloma, međutim, limitiran je toksičnim profilom.

Stoga se traga za novim lijekovima, s novim mehanizmima djelovanja, za kombinacijske terapije s već postojećim učinkovitim agensima, koje neće uz povećanu učinkovitost imati i veću toksičnost.

Imunostimulatorno monoklonalno antitijelo usmjereni protiv signalne limfocitne aktivacijske molekule F7 (SLAMF7) elotuzumab, pokazalo je aktivnost u kombinaciji s lenalidomidom i deksametazonom u fazi Ib-2 studije u bolesnika nakon relapsa, ili s refrakternim multiplim mijelomom.

Provedena je faza 3 studije, u kojoj su bolesnici randomizirani kako bi primili ili elotuzumab i lenalidomid s deksametazonom ('elotuzumab skupina') ili samo lenalidomid i deksametazon (kontrolna skupina). Primarnim ishodima studije definirani su preživljivanje bez progresije bolesti te sveukupna stopa odgovora.

Prilikom prve interim analize dobiveni su ovi rezultati: sveukupno 321 bolesnik randomiziran je u elotuzumab skupinu, a njih 325 u kontrolnu skupinu.

Nakon medijana praćenja od 24,5 mjeseci stopa preživljivanja bez progresije bolesti nakon godinu dana u skupini na elotuzumabu iznosila je 68 %, u usporedbi s 57 % u kontrolnoj skupini; nakon dve godine stope su iznosile 41, odnosno 27 %.

Medijan preživljavanja bez progresije bolesti u skupini na elotuzumabu iznosio je 19,4 mjeseca, vs. 14,9 mjeseci u kontrolnoj skupini. Sveukupna stopa odgovora iznosila je 79 % u elotuzumab skupini, a 66 % u kontrolnoj skupini. Češće nuspojave stupnja III ili IV u obje skupine bile su limfocitopenija, neutropenija, umor i penumonija. Infuzijske

reakcije javile su se u 33 bolesnika (10 %) u skupini na elotuzumabu i u 29 bolesnika bile su stupnja I ili II.

U zaključku, bolesnici u relapsu ili s refrakternim multiplim mijelom koji su primili kombinacijsku terapiju elotuzumaba, lenalidomida i deksametazona imali su značajnu (30 %-tnu) relativnu redukciju rizika od progresije bolesti ili smrti.

(*N Engl J Med* 2015; 373:621-631.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Elektivna vs. terapeutska disekcija vrata u liječenju raka usne šupljine

Treba li bolesnika s ranim stadijem raka usne šupljine podvrgnuti elektivnoj disekciji vrata u trenutku primarnog kirurškog liječenja ili pristupiti terapijskoj disekciji vrata nakon povrata bolesti u do tada (klinički) negativne limfne čvorove vrata pitanje je koje još uvijek iziskuje razmatranje.

Anil K. D'Cruz i suradnici proveli su prospektivnu, randomiziranu, kontroliranu studiju kojom su ocijenili utjecaj na preživljjenje bolesnika s lateraliziranim T1 ili T2 stadijem skvamoznog karcinoma usne šupljine, nakon svakog od dva odabrana pristupa: elektivne disekcije čvorova (ipsilateralna disekcija vrata u trenutku primarnog kirurškog liječenja) ili terapijska disekcija čvorova (opservacija do povrata bolesti u čvorove, potom disekcija vrata).

Primarni ishod studije bio je sveukupno preživljjenje, a sekundarni preživljjenje bez bolesti.

Ukupno je u studiju od 2004. do 2014. uključeno 596 bolesnika. Kako je unaprijed predvidio nezavisan odbor za motrenje podataka i sigurnosti, formirani su rezultati za prvih 500 sudionika (245 u skupini podvrgnutoj elektivnom kirurškom zahvatu i 255 u skupini podvrgnutoj terapijskom zahvatu), s medijanom praćenja od 39 mjeseci. Zabilježen je 81 povrat bolesti i 50 smrti u skupini podvrgnutoj elektivnoj kirurgiji, a 146 povrata i 79 smrti u skupini kod koje se sa disekcijom čekalo do povrata bolesti u čvorove.

Nakon 3 godine je elektivna disekcija čvorova pokazala i poboljšanje u sveukupnom preživljjenju (80 %) u usporedbi s 67,5 % u skupini s terapijskom disekcijom prilikom relapsa.

U tom vremenu su bolesnici u skupini liječenoj elektivnim kirurškim zahvatom u sklopu primarnog kirurškog tretmana imali i višu stopu preživljjenja bez bolesti (69,5 %), nego oni u skupini liječenoj terapijskom disekcijom (45,9 %).

Elektivni kirurški pristup pokazao se superiornim u svim istraživanim podskupinama (formiranim prema karakteristikama tumora i bolesnika), bez značajnih interakcija. Stope neželjenih učinaka bile su 6,6 % u skupini na elektivnom kirurškom tretmanu i 3,6 % u kirurški liječenoj skupini.

Dakle, među bolesnicima s ranim stadijem skvamoznog karcinoma usne šupljine elektivna disekcija vrata rezultirala je višom stopom sveukupnog preživljjenja i preživljjenja bez bolesti, nego kada se pristupalo terapijskom disekcijom vrata nakon povrata bolesti u limfne čvorove.

(*N Engl J Med* 2015; 373:521-529.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Slobodna cirkulirajuća tumorska DNA u krvi pacijenata oboljelih od adenokarcinoma gušterače

Adenokarcinom gušterače jedan je od najsmrtnonosnijih solidnih karcinoma. Skupina znanstvenika s nekoliko poznatih američkih instituta poput Johns Hopkins, okupljenih u neprofitnu organizaciju Translational Genomics Research Institute, analizirala je egzonske sekvence 24 tumora i specifične gene 77 tumora. Svakom operiranom pacijentu čiji su uzorak tumora analizirali, paralelno su iz krvi izolirali slobodnu cirkulirajuću tumorsku DNA i proveli neinvazivnu dijagnostiku specifičnih mutacija. U 20 % pacijenata su detektirali mutacije gena koji reguliraju strukturu kromatina, a koje su povezane s boljim preživljjenjem. Radi se o genima MML, MML2, MML3 i ARID1A koji kodiraju sintezu jezgrinih proteina što reguliraju proces metilacije histona te time utječu na transkripciju drugih gena.

Također su otkrili da se čak u 43 % pacijenata s lokaliziranim tumormogu detektirati slobodna cirkulirajuća tumorska DNA iz krvi. Autori smatraju da bi se takva DNA mogla otkriti 6,5 mjeseci ranije nego na CT pregledu.

Nalaz slobodne cirkulirajuće tumorske DNA u slučaju karcinoma gušterače omogućio bi njegovu raniju dijagnozu te stvorio preduvjete za bržu kiruršku intervenciju. Također bi se praćenjem slobodne DNA moglo procijeniti je li terapija bila učinkovita, pratiti napredovanje bolesti, ali i otvoriti puteve za nove terapijske postupke.

(*Nature Communications*, 2015; 7:686 DOI: 10.1038/ncomms8686)

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

Dužina čekanja na ulazak bolesnika u hospicij različita je u pojedinim državama SAD-a

Do današnjeg dana malo se zna o obrascima koji se koriste u hospicijskom programu brojnih hospicija diljem svijeta, koji su istovremeno važan pokazatelj kvalitete skrbi za bolesnike na kraju života. Navedeni obrasci pokazatelji su stanja i načina skrbi za pacijente u terminalnoj fazi te ogledalo opravdano usmjerenih naporu u cilju poboljšanja i trajanja skrbi. Hospiciji su moderne zdravstvene ustanove s nizom sistema pružanja skrbi za bolesnike u završnoj (terminalnoj) fazi bolesti, a time i života. Sjedinjene Američke Države slave gotovo 50 godina postojanja hospicijske skrbi i hospicijskih programa koje na državnoj razini financira Medicare (ekvivalent hrvatskom HZZO-u).

Provedeno istraživanje imalo je za cilj proučiti hospicijske obrasce u smislu dužine čekanja na dolazak pacijenta u hospicij te utvrditi poveznicu u pojedinim državnim, županijskim i pojedinačnim s čimbenicima koji utječu na način rada i djelovanja u hospiciju. U razgovorima s potomcima pokojnika uzeta su obzir mjerila poput: korištenje hospicija tijekom posljednjih 6 mjeseci života te udio države u hospicijskoj skrbi (dio troškova koje snosi država). Za jedan od parametara uzeta je dužina čekanja za ulazak u hospicij: kratko vrijeme čekanja

- (≤ 7 dana), dugo vrijeme čekanja od upisa do dolaska u hospicij (≥ 180 dana).
- Rezultati istraživanja pokazali su da je u 2011. godini bio postotak pokojnika koji su koristili državni hospicij u posljednjih 6 mjeseci života 47,1 %, a varira diljem država SAD-a od 20,3 na Aljasci do 60,8

% u Utahu. Korisnici koji su došli u hospicij u vrlo kratkom roku od upisa u hospicij kreće se u rasponu od 23,0 % u Districtu of Columbia do 39,9 % u Connecticutu. Postotak dugog čekanja na hospicijske usluge varirao je od 5,7 u Connecticutu na 15,9 % u Delawareu. Postotak upisa u hospicij kretao se od 6,2 na Havajima do 19,0 % u Districtu of Columbia. Provedeno istraživanje pokazalo je da se priličan broj pacijenata odlučuje za korištenje hospicija i hospicijskih programa u završnoj fazi svoje bolesti. Također, istraživanje je potvrdilo, konkretno ovo američko istraživanje, da se na dolazak u hospicij u pojedinim državama SAD-a ne čeka duže od 7 dana.

(*J. Pall. Med.* 2015; Vol. 18, Aug.)

Dr. sc. Morana Brklijačić, dr. med.

Rizik krvarenja nakon polipektomije za vrijeme antitrombocitne i antikoagulantne terapije

Pacijentima koji idu na kolonoskopiju s polipektomijom, sadašnje smjernice, tzv. postupnici, preporučuju privremeni prekid antiagregacijskih i antikoagulantnih lijekova radi minimaliziranja komplikacija poput postpolipektomijske hemoragije.

Kolega Shalman D. sa suradnicima iz Sjedinjenih Američkih Država (Department of Medicine, California Pacific Medical Center, San Francisco) publicirao je pregledni članak i meta-analizu kako bi utvrdio rizik za hemoragiјu nakon polipektomije kod pacijenta koji su liječeni antitrombocitno, antikoagulantno i/ili tienopiridinski. Pretraživanjem relevantnih baza podataka poput Pubmed, Scopus, Web of Science, Biosis and Proceedings First identificirana su od 1970. do 2015. 1490 članka, a inkluzijske kriterije su zadovoljili: 3 originalna članka i 1 sažetak s ispitnicima koji su uzimali ASK i/ili NSAR, 1 članak s varfarinom, 2 sažetka s klopigidogrelom i 2 članka s klopigidogrelom plus ASK i/ili NSAR. Postpolipektomijsko krvarenje je definirano kako manifestno krvarenje ili pad vrijednosti serumskog hemoglobina za najmanje 20 g/L. Rezultati meta-analize su pokazali kako stopa ranog postpolipektomijskog krvarenja nije povećana u slučaju abuzusa ASKa i/ili NSAR-a (OR = 1.1, 95 % CI 0.7-1.9, P = 0.7), međutim rizik kasnog odgođenog krvarenja bio je povišen (OR = 1.7, 95 % CI 1.0-2.4, P = 0.0009, I₂ = 60 %). Također je registriran povećan rizik odgođenog krvarenja kod terapije klopigidogrelom i kod pacijenata na terapiji klopigidogrelom plus aspirinom i/ili NSAR-om (OR = 3.4, 95 % CI 1.3-8.8, P = 0.01, I₂ = 0). Na temelju jedne studije s varfarinom uočen je povećan rizik postpolipektomijskog krvarenja.

Autori ovog preglednog članka i meta-analize zaključuju kako ASK i NSAR ne povećavaju rizik postpolipektomijskog krvarenja, prvenstveno ranog. Klopigidogrel i varfarin bi bilo poželjno isključiti u peri-proceduralnom razdoblju kako bi se preveniralo postpolipektomijsko krvarenje.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Aug 20. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Utjecaj nealkoholne masne bolesti jetre na spolnu funkciju muškaraca

Nealkoholna masna bolest jetre (skr. NAMB) je prema suvremenom podacima najčešći uzrok kronične bolesti jetre u svijetu. Mnoga

znanstvena istraživanja su pokazala kako NAMB može dovesti do disfunkcije brojnih organskih sustava, međutim saznanja o utjecaju NAMB-a na reproduktivni sustav kod muškaraca nisu dovoljno istražena. Kolega Li Y. iz Kine (Department of Gastroenterology, Institute of Surgery Research, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, China) istraživao je utjecaj NAMB-a na kvalitetu sperme i spolne hormone kineskih muškaraca. Ukupno su uključena 102 ispitanika kojima je dijagnosticiran NAMB te 94 zdravih ispitanika. Svi su fizikalno pregledani i učinjena im je abdominalna ultrasonografija, te su ispitani prema upitnicima o životnim navikama. Analizirana je kvaliteta sjemene tekućine (volumen, koncentracija, morfologija, motilitet) te serumska razina hormona (testosterona, estradiola, FSH-a, LH-a, inhibina B i SHB globulina). Rezultati studije su pokazali kako je serumska razina testosterona i SHB globulina (globulina za koji se vežu spolni hormoni) bila signifikantno niža kod ispitne skupine u komparaciji s kontrolnom. Koncentracija sperme (p=0.04), broj spermatozoida (p=0.01) i ukupan motilitet (p=0.03) su također bili statistički značajno manji kod ispitanika oboljelih od NAMB-a u usporedbi sa zdravim ispitanicima. Međutim, nije uočena značajna razlika glede volumena i morfologije sperme. Multivarijatna analiza je pokazala kako su koncentracija, broj i motilitet sperme bili povezani s NAMB-om, odnosno rezultati su bili značajno bolji u zdravih ispitanika (p<0.05 ili p<0.001). Autori prospективnog istraživanja zaključuju kako nealkoholna masna bolest jetre značajno utječe na kvalitetu sperme i koncentraciju spolnih hormona, te je ovo još razlog više da se ovaj entitet ozbiljno shvat i pravovremeno lijeći.

(*Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2015 Jun 5. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Paradoksalna psorijaza povezana s anti-TNF alfa terapijom kod upalnih bolesti crijeva

Nuspojave biološke terapije (antagonista TNF alfa) su infekcije, oportunističke infekcije poput TBC-a, limfomi, demijelinizacija, „lupus like“ sindrom, hepatotoksičnost uključivo s reaktivacijom hepatitis virusa, hematološki poremećaji, kardijalna dekompenzacija i egzacerbacija KOPB-a. U zadnje je vrijeme primijećena i pojava paradoksalne psorijaze kod pacijenata koji boluju od upalnih bolesti crijeva i nalaze se na anti-TNF alfa terapiji. Ne reagiraju li bolesnici na topičku terapiju a prisutne su ozbiljne kožne lezije tada se savjetuje prekid biološke terapije, navode novi podaci.

Kolega Pugliese D. sa suradnicima iz Italije (IBD Unit, Internal Medicine and Gastroenterology, Complesso Integrato Columbus, Catholic University, Rome, Italy) ispitivao je incidenciju paradoksalne psorijaze na velikoj kohorti oboljelih od upalnih bolesti crijeva na anti-TNF alfa terapiji. U retrospektivno istraživanje uključeni su svi oboljeli liječeni u centru za upalne bolesti crijeva od siječnja 2008. do prosinca 2013. Ukupno su uključena n=402 ispitanika, tijekom razdoblja praćenja zabilježeno su 42 slučaja psorijaze, sa stopom incidencije od 5 novooboljelih na 100 bolesnika godišnje. Uočeno je pušenje kao nezavisan prediktor psorijaze (HR: 2.37, 95 % CI: 1.36-4.48; P = 0.008). Pridružena imunosupesivna terapija bila je u obrnuto proporcionalnom odnosu s pojavnosću psorijaze (HR: 0.33, 95 % CI: 0.12-0.92; P = 0.03). Autori kažu da je paradoksalna psorijaza važna nuspojava anti-TNF alfa terapije, sa stopom incijencije 5/100 osoba

godišnje. Pušenje je definirano kao glavni čimbenik rizika za razvoj kožnih lezija. Kombinacija anti-TNF alfa terapije s imunosupresivima smanjila je pojavu paradoksalne psorijaze.

(*Aliment Pharmacol Ther. 2015 Jul 31. [Epub ahead of print]*)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Papas indeks: novi indeks za predikciju fibroze kod hepatitisa C

Do sada je razvijeno nekoliko neinvazivnih testova za određivanje stupnja hepatalne fibroze kod oboljelih od kroničnog hepatitisa C bez biopsije jetre i histološke analize. Kolega Ozel BD. iz Turske (Departments of Gastroenterology, Kayseri Training and Research Hospital, Faculty of Medicine, Firat University, Elazig, Turkey) sa suradnicima, istražio je novi indeks kod oboljelih od kroničnog hepatitsa C u svrhu predikcije fibroze i ciroze, te su PAPAS indeks (skr. Platelet/Age/Phosphatase/AFP/AST) komparirali s drugim neinvazivnim testovi-

ma. Do sada ni jedno istraživanje nije evaluiralo ulogu PAPAS indeksa u svrhu određivanja fibroze kod bolesnika s kroničnim hepatitom C. U retrospektivno istraživanje uključeno je n=137 konsekutivnih pacijenata s dijagnozom kroničnog hepatitisa C kojima je učinjena perkutana biopsija jetre prije terapije. Omjer aspartat aminotrasferaze (AST) i trombocita (tzv. APRI), omjer enzima AST /ALT (tzv. AAR), indeks starosti trombocita (API), FIB4, zbroj za cirozu, (CDS), Göteborg University indeks ciroze (GUCI), te PAPAS indeks su izračunani i komparirani s indeksima ciroze (Fo-F2 (ne-blaga fibroza) vs F3-F6 (značajna fibroza) i Fo-F4 (bez ciroze) vs F5-F6 (ciroza). Rezultati istraživanja i statističke analize su pokazali kako PAPAS indeks ima srednju vrijednost i učinkovitost glede dijagnostičke sposobnosti u verificiranju fibroze te nije bolji od drugih biljega i indeksa za fibru kod oboljelih od kroničnog hepatitisa C. Smatraju kako su potrebna daljnja opširnija prospективna istraživanja kako bi se utvrdila stvarna dijagnostička vrijednost PAPAS indeksa za jetrenu fibru.

(*Eur J Gastroenterol Hepatol. 2015 May 2. [Epub ahead of print]*)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

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

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

Kozić Dokmanović S¹, Klovrat K¹, Laškaj R¹, Jukić V¹, Vrkić N², Begovac J³. Effect of extra virgin olive oil on biomarkers of inflammation in HIV-infected patients: a randomized, crossover, controlled clinical trial. Med Sci Monit. 2015;21:2406-13.

¹Department for Biochemistry and Hematology, University Hospital for Infectious Diseases "Dr Fran Mihaljević", Zagreb, Croatia; ²Department of Medical Biochemistry and Haematology, University of Zagreb, Faculty of Pharmacy and Biochemistry, Zagreb, Croatia; ³Outpatient Department for HIV Infection, University Hospital for Infectious Diseases "Dr Fran Mihaljević", University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Nikolac N¹, Šimundić AM², Kackov S³, Serdar T⁴, Dorotić A⁵, Fumić K⁶, Gudasić-Vrdoljak J⁷, Klenkar K⁸, Sambunjak J⁹, Vidranski V¹⁰. The quality and scope of information provided by medical laboratories to patients before laboratory testing: survey of the working group for patient preparation of the Croatian society of medical biochemistry and laboratory medicine. Clin Chim Acta. 2015;450:104-109.

¹University Department of Chemistry, University Hospital Center Sestre Milosrdnice, Zagreb, Croatia; ²University Department of Chemistry, University Hospital Center Sestre Milosrdnice, Zagreb, Croatia; ³Medical Biochemistry Laboratory, Polyclinic Bonifarm, Zagreb, Croatia; ⁴Clinical Department for Laboratory Diagnostics, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia; ⁵Department of Medical Biochemistry and Hematology, University Hospital for Infectious Diseases Dr. Fran Mihaljević, Zagreb, Croatia; ⁶Department of Laboratory Diagnostics, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁷Department of Laboratory Diagnostics, General Hospital Karlovac Karlovac, Croatia; ⁸Medical Biochemistry Laboratory, General Hospital Zabok, Zabok, Croatia; ⁹Department of Laboratory Diagnostics, General Hospital Zadar, Zadar, Croatia; ¹⁰Department of Oncology and Nuclear Medicine, University Hospital Center Sestre Milosrdnice, Zagreb, Croatia.

Matović P¹, Klepac-Pulanić T², Kinda E¹, Augustin G¹, Brčić P¹, Jakić-Razumović J³. Immunohistochemical expression of 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine in cytoplasm of tumour and adjacent normal mucosa cells in patients with colorectal cancer. World J Surg Oncol. 2015;13(1):241.

¹Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000, Zagreb, Croatia; ²Gynecology Department, Community Health Center Zagreb East, Vidriceva 38, 10000, Zagreb, Croatia; ³Department of Pathology, University Hospital Center Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000, Zagreb, Croatia.

Komić D¹, Marušić SL², Marušić A³. Research integrity and research ethics in professional codes of ethics: survey of terminology used by professional organizations across research disciplines. *PLoS One.* 2015;10(7):e0133662.

¹Medical student, University of Split, School of Medicine, Split, Croatia; ²Rgor, Zagreb, Croatia; ³Department of Research in Biomedicine and Health, University of Split, School of Medicine, Split, Croatia.

Lukenda A¹, Dotlić S², Vukojević N³, Šarić B⁴, Vranić S⁵, Žarković K⁶. Expression and prognostic value of putative cancer stem cell markers CD117 and CD15 in choroidal and ciliary body melanoma. *J Clin Pathol.* 2015 Aug 19. pii: jclinpath-2015-203130. doi: 10.1136/jclinpath-2015-203130. [Epub ahead of print]

¹Ocna poliklinika Opto Centar, Zagreb, Croatia; ²Department of Pathology and Cytology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ³Department of Ophthalmology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴Ophthalmology Clinic, University Hospital "Sveti Duh", Zagreb, Croatia; ⁵Department of Pathology, Clinical Center of the University of Sarajevo, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina; ⁶Department of Pathology, Zagreb University School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Plavšić I, Hauser G², Tkalcic M³, Pletikosić S³, Salkić N⁴. Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome: Role of Potential Biomarkers. *Gastroenterol Res Pract.* 2015;2015:490183. doi: 10.1155/2015/490183. Epub 2015 Jun 11

¹Emergency Department, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia; ²Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia; ³Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Rijeka, Rijeka, Croatia; ⁴Department of Gastroenterology and Hepatology, University Clinical Centre Tuzla, Bosnia and Herzegovina.

Zerem E, Hauser G*, Loga-Zec S, Kunosić S, Jovanović P, Crnkić D. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts. *World J Gastroenterol.* 2015;21(22):6850-6860.

*Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia.

Hauser G*, Salkić N, Vukelić K, Jajac Knez, A, Štimac D*. Probiotics for Standard Triple Helicobacter pylori Eradication: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(17):e685.

*Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia.

Hauser G*, Milošević M, Štimac D*, Zerem E, Jovanović P, Blažević I. Preventing post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: What can be done? *World J Gastroenterol.* 2015;21(4):1069-1080.

*Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia.



Dr. Mladen Brajša, Otok Pag

Kongres farmakoekonomike u Šibeniku

Važnost i utjecaj nacionalnih epidemioloških podataka i registara bolesnika na kvalitetu farmakoekonomskih studija i donošenje racionalnih odluka o zdravstvenim sustavima, modeli za procjenu zdravstvenih tehnologija koji vrednuju inovaciju te njihov utjecaj na zdravstvene ishode u zemljama u razvoju, uloga i važnost generičkih i biosličnih lijekova u održivosti financiranja zdravstvenih sustava i utjecaj na nacionalno gospodarstvo, utjecaj farmakoekonomskih studija na transparentnost i konkurentnost ugovaranja modela (su)financiranja skupih lijekova, utjecaj provođenja kliničkih ispitivanja na gospodarski razvoj i zdravstvene ishode u državama koje pozitivno potiču provođenje kliničkih ispitivanja, bile su glavne teme na Petom jadranskom i Četvrtom hrvatskom kongresu farmakoekonomike i istraživanja ishoda liječenja na kojem se u travnju u Šibeniku okupilo više od 220 sudionika iz Hrvatske, regije i Europe.

Zdravstvena ekonomistica **Vasilisa Sazonov** koja u farmaceutskoj tvrtki MSD vodi Centar za istraživanje ishoda liječenja i rješenja u zdravstvu govorila je o mogućnostima koje proizlaze iz osnivanja registara za pojedine bolesti kao i o elektronskim bazama podataka koje objedinjuju demografske, okolišne i zdravstvene podatke o pacijentima.

„Važnost takvih podataka prepoznala je i Europska komisija koja je kroz projekt IMI u suradnji s Europskim udruženjem inovativnih proizvodača lijekova uspostavila fond upravo za osnivanje elektronskih baza podataka (Big Data). Aplicirati mogu javno-privati ponuđači tj. u partnerstvu trebaju biti minimalno dvije kompanije i jedna javna ustanova“, kaže V. Sazonov. Kada govorimo o registrima, dodala je, putem njih se može pratiti pacijenta kroz zdravstveni sustav koji ima puno ‘krivina’, a svaka ‘krivina’ ustvari znači povećavanje troškova.

„Registrar omogućuje propoznavanje tih ‘krivina’ što znači da možemo vidjeti gdje nam nepotrebno curi novac. Druga stvar je ranije omogućavanje inovativne terapije ili procedure pacijentima što se sad u pravilu događa tek godinu ili dvije nakon registracije. Registrar omogućuje da pacijentu odmah dадете terapiju, dok je ista još u fazi registracije, jer možete pratiti koji pacijent ju je dobio, je li je dobio u pravom trenutku i kakvi su ishodi liječenja. Benefita je mnogo i zato su mnoge

Prof. dr. Dinko Vitezić, predsjednik Društva za farmakoekonomiku, dr. Slobodanka Bolanča, tajnica Društva, i doc. dr. Dragan Korolija Marinić, pomoćnik ministra zdravlja



Prof. dr. Faris Gavrankapetanović



Prof. dr. sc. Radan Spaventi

europejske zemlje počele implementirati te baze podataka. USAD-u je ta inicijativa krenula prošle godine pa je u sklopu ‘Obama carea’ za uspostavljanje registara osigurano 1,3 milijarde američkih dolara“, kaže V. Sazonov.

Država, dodala je, treba odlučiti tj. napraviti nacionalnu strategiju za koje će se bolesti osnivati registri i to temeljem vlastitih zdravstvenih pokazatelja (primjerice, onkološke bolesti, dijabetes i slično). Takoder je potreban zakonski odrediti tko je vlasnik podataka, kao i tko je obvezan te podatke prikupljati.

„Registri su važni za praćenje kretanja bolesti i shodno tome daljnje planiranje, zatim za utvrđivanje dostupnosti terapije te na koncu za utvrđivanje ishoda liječenja. Primjerice, utvrđeno je da u zemljama koje imaju registre ljudi žive dulje i kvalitetnije“, kazala je V. Sazonov.

Na kongresu je bilo govora i o kliničkim ispitivanjima i potencijalu koji Hrvatska ima na tom području. Prema riječima prof. dr. **Farisa Gavrankapetanovića**, koji je analizirao provođenje kliničkih studija u zemljama u regiji,

Hrvatska, Bosna i Hercegovina i Srbija imaju izuzetan potencijal što bi u konačnici moglo imati i pozitivan učinak na BDP. Brojke govore kako BiH u prosjeku ima 6,3 kliničkih studija na milijun stanovnika, Hrvatska 27,4 na milijun stanovnika, a Srbija 21,1 na milijun stanovnika što je prosječno 18,3. S druge strane, Slovenija, Mađarska, Češka, Slovačka, Bugarska i Austrija imaju prosječno 54,2 kliničke studije na milijun stanovnika. Podaci pokazuju da bi stvaranjem nacionalne strategije i jačanjem područja kliničkih ispitivanja Hrvatska mogla privrediti 15,5 milijuna eura što je potencijalni učinak na BDP od 0,21 posto.

Ministarstvo zdravlja je prošle godine osnovalo Povjerenstva za provođenje kliničkih studija, a predsjednik povjerenstva prof. dr. sc. **Radan Spaventi** kaže kako je uloga povjerenstva predložiti mjere koje bi poboljšale i podigle kompetitivnost Hrvatske na tržištu kliničkih studija.

„Hrvatska je vrlo potentno mjesto za provođenje kliničkih studija i imamo preduvj-

te koji nam omogućavaju da budemo znatno bolji nego što smo sada tj. da kapitaliziramo područje u kojem imamo infrastrukturu, na kojem smo povijesno dobro organizirani i razvjeni jer imamo motivirane istraživače i motivirane pacijente, a uz to smo troškovno još uvijek kompetitivni", rekao je prof. Spaventi. Iako se u Hrvatskoj provode klinička istraživanja, dodao je, njihov broj ipak nije nešto što bi nas trebalo zadovoljiti, posebno kada usporedimo broj istraživanja na broj stanovnika u odnosu na ostale europske zemlje. Da bismo dosegli europski projekat, dodao je, morali bi imati dva ili tri puta više kliničkih studija i to bi nam trebao biti cilj.

Hrvatska ima nekoliko problema na koje se mora fokusirati, rekao je prof. Spaventi, a prvi od njih je da nemamo jasnu strategiju jer se ustvari nikada nismo izjasnili želimo li ili ne provoditi klinička istraživanja. Drugi problem ogleda se u sporosti procesa tj. proces potpisivanja ugovora sa zdravstvenim ustanovama traje jako dugo i komplikiran je u većini važnih ustanova.

„Područje evaluacijskog procesa i odobrenja dobro funkcioniра, ali još ima mesta za poboljšanje. Na koncu dolazimo i do financijskog i fiskalnog okruženja koje je kompleksno, rigidno i nije nimalo motivirajuće za istraživače“, naveo je prof Spaventi dodajući kako je povjerenstvo kroz mnoge razgovore došlo do nekoliko mogućih rješenja koja odgovaraju na sva ova pitanja. Naglasio je kako je trenutna politička klima vrlo naklonjena kliničkim studijama što pokazuje i osnivanje ovog povjerenstva kao i da su prepoznate mogućnosti i potencijali na ovom području. Jedna od bitnih stvari na kojoj se mora poraditi jest i komunikacija.

„Moramo biti sigurni da javnost razumije kako su klinička ispitivanja dobra za sve, a najbolji dokaz za to je da najuspješnije europske zemlje rade sve kako bi dovele klinička ispitivanja u svoje ustanove“, rekao je prof. Spaventi.

Predsjednik Kongresa prof. dr. sc. **Dinko Vitezić**, ujedno i predsjednik Sekcije za farmakoekonomiku i istraživanje ishoda liječenja Hrvatskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju HLZ-a u čijoj organizaciji se kongres održao, rekao je kako se na kongresu razgovaralo o ulozi i važnosti farmaceutske industrije na gospodarstvo država u regiji te potrebi prilagodbe modela za procjenu zdravstvenih tehnologija u državama s visokim rizikom održivosti financiranja zdravstvenih sustava sa svrhom očuvanja transparentnosti i konkurentnosti. **A.Š.**



Tečaj videotorakoskopske kirurgije u Splitu

UKBC-u Split je krajem travnja održan 6. hrvatski tečaj videotoraskopske kirurgije gdje su liječnici na jednom mjestu mogli dobiti potrebne informacije o endoskopskoj kirurgiji, videotoraskopskim metodama operacijskih zahvata u prsištu, indikacijama i kontraindikacijama. No, splitski liječnici otišli su i korak dalje te su organizirali edukacijski tečaj za elektivne VATS lobektomije.

„Već dugi niz godinama organiziramo bažične tečajeve, a u travnju smo organizirali VATS tečaj koji se smatra masters tečajem kako bismo kolege iz ostalih gradova, ali i iz BiH, upoznali s ovom metodom. Tečaj je organiziran na način da je prvo održan teoretski dio, zatim vježbanje na svinjskim modelima, a sutradan su polaznici assistirali na dvije operacije“, kaže prof. dr. Nenad Ilić, voditelj tečaja. Dodaje kako su nakon 20-godišnjeg iskustva s ovim operacijama i nakon više stotina operiranih bolesnika htjeli svoja iskustva podijeliti s drugima. Riječ je o minimalno invazivnim zahvatima u predjelu prsišta tj. o videotorakoskopskoj lobektomiji (tzv. VATS).

Prva lobektomija kod karcinoma pluća u svijetu je napravljena 1992., a u Hrvatskoj 1994. godine. Lobektomija je i danas zlatni standard u operacijama karcinoma pluća, no tehnika je danas puno modernija – VATS lobektomija je manje invazivna, dren koji u toraksu stvara negativan tlak ostavlja se jedan do dva dana, za razliku od prijašnjih sedam do deset dana. Bolesnik se zbog toga brže oporavlja i ranije napušta bolnicu, ne stvara mu velik kozmetski problem te je brže soci-

jalno i radno sposoban. Prvu takvu uspješnu operaciju, kaže prof. Ilić, napravili su 2009., a prošle su ih godine izveli 46.

„Nisu sví pacijenti pogodni za VATS operaciju iako su kontraindikacije danas znatno manje nego prije. Tako danas, primjerice, priraslice ili centralno smješten tumor više nisu kontraindikacije, no u tom je slučaju riječ o zahtjevnijim pacijentima“, objašnjava prof. Ilić. Ovu minimalno invazivnu metodu za sada primjenjuju jedini u Hrvatskoj, a procjenjuje se da su 20 do 30 posto pacijenata s karcinomom pluća kandidati za ovu vrstu operacije. Osim njega, u timu su još i torakalni kirurzi dr. Josko Jurićić i dr. Dragan Krnić, specijalizanti dr. Duje Oršulić i dr. Ivan Šimunčev, te anesteziolozi, instrumentarke i ostalo medicinsko osoblje.

„Očekujemo uskoro i novu operacijsku dvoranu čime ćemo dobiti bolje uvjete za rad te će biti moguće organizirati video edukaciju. Naime, cilj nam je educirati ljudе kako bi ova metoda postala rutinska“, kaže prof. Ilić. I ova metoda ima neke svoje posebnosti. Za razliku od endoskopije gdje se zrak upuhuje, objašnjava prof. Ilić, kod nas je princip obrnut jer su rebra kruta pa se zrak ispuhuje iz pluća kako bismo dobili prostor za rad.

„Kod pacijenata se radi se selektivna intubacija tako da kroz tubus dišu na jedno plućno krilo dok mi radimo na drugom, što je uobičajen postupak. No, uveli smo novinu da kod starijih pacijenta koji ne mogu podnijeti dugu anesteziju ne intubiramo nego manje zahvate radimo tako da pacijenta ventiliramo kroz masku“, objašnjava prof. Ilić. Osim



Tribina o praćenju potrošnje lijekova u Hrvatskoj

U okviru redovne djelatnosti Referentnog centra za farmakoepidemiologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ održana je tribina pod nazivom „Praćenje potrošnje lijekova u Hrvatskoj“. Predavač je bio doc. dr. Pero Draganić iz Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED). Povijesno gledano, sustavno i cijelovito praćenje potrošnje lijekova provodi se tek od 2004. godine, a do tada postojala su samo praćenja prema pojedinim sustavima (npr. bolnice, ljekarne; određeni lijekovi ili skupine lijekova; praćenje potrošnje određenih institucija na lokalnoj razini i sl.). HZZO već prati potrošnju lijekova na recept, ali samo lijekove koje HZZO refundira. Podaci o lijekovima bez recepta i onima na privatni recept nisu se do tada prikupljali. Postavljen je cilj sustavnog praćenje potrošnje lijekova na nacionalnoj razini te utvrđivanje trendova u uporabi lijekova i raspodjeli sredstava, što predstavlja osnovu za planiranje potrošnje lijekova i uspostavu racionalne farmakoterapije na svim razinama zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.

„Ustanovljeno je da je u velikom broju slučajeva miastenija gravis uzrokovana timom. Riječ je o tkivu koje se nalazi ispod prsne kosti i koje nam kroz djetinjstvo služi za imunologiju, a tijekom puberteta se pretvorilo u mast. Klasično se ta operacija izvodi kroz velik rez na sternumu, no mi to radimo endoskopski“, kaže prof. Ilić.

Početak 90-ih godina obilježilo je široko uvođenje minimalne invazivne kirurgije u svakodnevnu kiruršku praksu, te se izvode prve videotorakoskopske lobektomije i limfadenektomije kod karcinoma pluća. Prof. Ilić je tako već 1994. otiašao na edukaciju kod prof. Wedera u Zürich, a po povratku su mu švicarske kolege poklonile osnovni instrumentarij.

„Inicijalno je postupak skuplji zbog instrumenata i opreme, ali s druge strane je poštendiji i bolji za pacijente jer se brže može primjeniti onkološka terapija, brže se vraćaju na posao i manje su traumatizirani. Samim tim su i troškovi manji. Što se tiče bolnice, vrijeme operacije je kraće za 30 do 50 posto, a troše se i znatno manje količine krvi nego kod klasične operacije“, pojašnjava prof. Ilić dodajući kako im je želja da Split postane referentni centar za izvođenje ovakvih zahvata.

„Radimo multidisciplinarno, jednom tjedno se sastaje tim za bronhopulmonalne karcinome u kojem sudjeluju pulmolozi, onkolozi, radiolozi i kirurzi i raspravljamo o svakom pacijentu te za svakog pacijenta donosimo preporuku za liječenje. Nakon operacije se ponovno iznosi slučaj i utvrđuje ide li se dalje su istom smjeru ili je potrebno mijenjati terapijski program te se nakon toga pacijent upućuje onkologu ili radioterapeutu“, kaže prof. Ilić. Kada se govori o karcinom pluća, dodaje, problem je, za razliku od ostalih vrsta karcinoma, što se kasno otkrivaju unatoč raznim pokušajima i metodama screeninga. A.Š.

smanjenje potrošnje od godišnjeg prosjeka u odnosu na 2012. imaju simvastatin 13 %, lizinopril 7 %, ali je porasla potrošnja simvastatina. Potrošnja atorvastatina je za 10 %, a rozuvarstatina za 40 % veća nego u 2012.

Lijekovi koji su u 2013. imali značajniji porast potrošnje od godišnjeg prosjeka u kunama u odnosu na 2012. jesu: sunitinib (64 %), adalimumab (30 %), namirnice za enteralnu primjenu (27 %), rituksimab (17 %), risperidon (10 %) itd.

Marcel Leppé, dr. med.

Škola ronjenja i medicina ronjenja u Karlobagu

U organizaciji entuzijastične skupine mlađih liječnika u srpnju ove godine po 5. put zaredom održana je u Karlobagu međunarodna Ljetna škola ronjenja i medicine ronjenja - Summerschool of diving and diving medicine (detaljnije informacije na <http://summerschooldiving.com/>). Škola je prijašnjih godina ostvarila velik uspjeh, koji je i ove godine nastavljen edukacijom 25 studenata medicine iz Njemačke, Kanade, Francuske, Egipta, Švicarske, Ekvadora, Malezije i drugih zemalja, o fiziologiji ronjenja i uz nju usko vezane problematike.

Kroz osmodnevnu školu je u dosadašnjih pet godina prošlo više od 120 studenata medicine iz cijelog svijeta i u suradnji sa zagrebačkim ronilačkim klubom „Geronimo“ položili su tečaj ronjenja po CMAS standardima (R1 - ronilac početnik).

Poseban je naglasak stavljen na gostujuće predavače pa je ove godine prehrana sportaša bila glavna tema. Predavanja prof. dr. Ivančice Delaš iz MEF-a u Zagrebu izazvala su velik interes slušača.

Polaznici su imali priliku upoznati se s bogatom hrvatskom gastronomskom i kulturnom ponudom i uživati u biserima Jadrana. Osigurani su im, u suradnji sa sponzorima, prigodni suveniri. Studenti su na kraju priступili pismenom i praktičnom dijelu ispita čija je završna prolaznost bila 90 %-tina. Provedena je završna anketa s ocjenom polaznika, koja je na ljestvici od 1 do 5 bila visokih 4,7, čime smo još jednom potvrdili kako promičemo hrvatski turizam i pratimo svjetske standarde i očekivanja.

Dr. Ana-Marija Vrkljan

Babino Polje
na Mljetu

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA NA OTOKU MLJETU

Dr. Magda Nardelli-Kovačić, Babino Polje

Otok Mljet je najjužniji i najistočniji od velikih dalmatinskih otoka. Zdravstvenu zaštitu na 100 km² otoka i 1300 km² Jadranskog mora oko njega, 365 dana u godini i 24 sata dnevno pruža 11 zdravstvenih radnika: dvije liječnice s ambulantnom sestrom i tehničarom, liječnik dentalne medicine i asistent, dva vozača vozila HMP-a, sestra za kućnu njegu, patronažna sestra i magistara farmacije.

Oni vode brigu o 920 otočana koji žive u 16 sela duž 50 km glavne otočke ceste, kao i o svim njihovim rodacima i prijateljima s kopna, vikendašima, izletnicima, turistima, posjetiteljima, pomorcima, roniocima, posadama i putnicima brodova, pripadnicima hrvatske vojske i policije, sportašima, vatrogascima s otoka i kopna, sezonskim radnicima u ugostiteljstvu i Javnoj ustanovi Nacionalni park - jednostavno o svima koji na otoku trebaju medicinsku pomoć i njegu.

S površinom od 100 km² Mljet pripada velikim hrvatskim otocima. S obzirom na povezanost s kopnom i udaljenost od najbliže bolnice Mljet je u skupini udaljenih, izo-

liranih otoka. Zdravlje i životi svih ljudi na otoku i oko njega zavise isključivo od znanja i opremljenosti otočkih liječnika jer im nikada nitko s kopna nije i neće doći u pomoć. To je posebno važno u vremenima kad je zbog loših vremenskih uvjeta Mljet danima i noćima potpuno odsječen od kopna - ne plove brodovi, niti katamarani, niti trajekti; ne lete helikopteri.

Na Mljetu rade dvije liječnice.

U ambulantu u Babinom Polju, koja je osnovana još davne 1956. godine, radim kao liječnik opće/obiteljske medicine i kao liječnik prvog reda hitnosti već 35 godina. Ordinacija je u sastavu Doma zdravlja Dubrovnik.

Zahvaljujući projektu poboljšanja zdravstvene zaštite na hrvatskim otocima koji je 1997. godine pokrenuo ministar zdravlja prof. dr. Andrija Hebrang, Mljet je dobio drugi tim obiteljske medicine u Govedarima 2000. godine. Tamo od 2008. godine radi dr. Sandra Benković koja je koncesionar.

Mljet je drugi liječnički tim dobio upravo zbog toga što je izoliran i što liječnik na Mljetu 24 sata zbrinjava sve koji traže zdravstve-

nu zaštitu i pomoć. Sasvim je jasno da jedan liječnik sam ne može biti 365 dana u godini u pripravnosti 24 sata i da ne može kvalitetno zbrinuti hitne slučajeve na teritoriju od 1400 km². Niti može kvalitetno zbrinuti sve postojeće pacijente u ambulantni i u kući pacijenta.

Daje to tako dobro znam jer sam više od 20 godina bila jedini liječnik na otoku. To se počinilo i 2008. godine u špici ljetne turističke sezone kad sam bila jedini liječnik na Mljetu za 1000 otočana i 10 000 turista - liječnik iz turističke ambulante naprasno je otišao s Mljeta, a u ambulantu u Govedarima već duže vrijeme nije bilo liječnika. Na sva moja traženja i upozorenja na ozbiljnost stanja nije se ništa dogodilo jer ravnatelj Doma zdravlja nije imao koga poslati za ispomoć. I danas bi vjerojatno bilo tako jer nema slobodnih liječnika za zamjenu, a ako ih i ima, rijetko koji bi došao raditi na otok (to je općepoznata činjenica).

Današnja je zdravstvena zaštitna na Mljetu, uz dva tima PZZ-a, na zavidnoj razni: u našim se ordinacijama vadi krv, rade se brze dijagnostičke pretrage krv i urina, snima se

Dr. Magda
Nardelli
-Kovačić



EKG, 24-satni Holter EKG-a, kontinuirano 24-satno mjerjenje krvnog tlaka, EKG monitoring, spirometrija.

Od 2001. godine radimo telemedicinske konzultacije preko ISSA i Pharos client programa. Godine

2009. osnovan je u Babinom Polju područni telemedicinski centar Hrvatskog zavoda za telemedicinu u kojem svaki tjedan za naše pacijente imamo telemedicinsku konferenciju s kardiologima u KBC-u Split. Jednom mjesečno liječnici i sestre, patronažna sestra i sestra za kućnu njegu prisustvuju telemedicinskim edukacijskim radionicama iz Splita, Rijeke ili Zagreba.

U našim ordinacijama, u kućama pacijenta i na terenu zbrinjavamo sve što se zbrinuti može, a to dokazuju i izvještaji o urađenim DTP postupcima.

Osim toga, trudimo se da svojim pacijentima učinimo dostupnu specijalističku zdravstvenu zaštitu i time rasteretimo bolničke liječnike, a HZZO-u uštedimo znatna sredstva za putne naloge. Tako je ove godine (a to je već tradicija) u ambulantni Govedari kardiolog dr. Ferri pregledavao kardiološke pacijente i izvršio kontrolu pacemakera. U Babinom Polju je dr. Car izvršio ultrazvučne kardiološke pregledе. Već dugi niz godina aktivno se uključujemo u preventivne pregledе Lige za borbu protiv raka, tako da se pregledi dermatologa, ginekologa, ultrazvuk abdomena i štitne žljezde obavljaju u našim ordinacijama.

Nakon redovnog radnog vremena, jedna je od mljetskih liječnica u pripravnosti on-call za sve hitne pozive do idućeg jutra, u organizaciji Zavoda za hitnu medicinu. Ona zbrinjava hitne slučajeve i po potrebi organizira hitan medicinski transport u bolnicu na kopnu. Vitalno ugrožene pacijente mljetska dežurna liječnica prati do bolnice u Dubrovniku ili Splitu i često se događa da se ne može isti dan vratiti na otok. Tada na njeno mjesto pripravnosti "uskače" druga liječnica, tako da svi na otoku ne ostaju bez liječnika.

Iz svega navedenoga mislim da je jasno da dostupnu i kontinuiranu 24-satnu zdravstvenu zaštitu svim ljudima na otoku mogu

osigurati jedino dva tima obiteljske medicine koji kroz svoju pripravnost rješavaju i HMP.

U Izmjenama i dopunama Mreže javnozdravstvene službe, dana 26. svibnja 2015. godine ministar zdravlja dr. Siniša Varga ukida na otoku Mljetu jedan tim opće/obiteljske medicine. Time na otoku umjesto dosadašnja dva tima obiteljske medicine ostaje samo jedan. Zato pozivam sve Vas koji čitate ovo pismo da nam svojom podrškom i autoritetom pomognete zadržati dosadašnju optimalnu organizaciju zdravstvene zaštite na Mljetu u koju su ugrađeni dugogodišnji trud i rad te znatna finansijska sredstva. ●



Babino Polje

Pogled na koncesiju „domskog“ liječnika specijaliste obiteljske medicine

URepublici Hrvatskoj 2313 je liječnika obiteljske medicine, njih 30 % (oko 700) je zaposlenika domova zdravlja. Zdravstvena administracija kao i njihovi oponenti koriste nas u političkim govorima, medijskim prepucavanjima, manipulirajući našom sudbinom iznoseći svoje opcije kao da se radi o premještanju namještaja iz jedne u drugu sobu.

Posljednjih mjeseci svjedoci smo medijskih napada onih "iznad" i onih „ispod“ koji su, gledajući svojim očima, iznosili moguća rješenja izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite (PZZ), a da istovremeno nisu njihovi aktivni sudionici.

Bezočnost napada eskalirala je toliko da više nije bilo jasno tko je vlast, a tko oporba, tko je u pravu, a tko u krivu. Mnogim pacijentima nije bilo jasno što će se dogoditi izmjenama novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti jer su kroz medije dobivali oprečne informacije. Većinom su stali uz one čije političke stavove podržavaju ne obazirući se na ishode. Nakon medijskih prepucavanja zdravstvena administracija odustaje od izmjena Zakona o zdravstvenoj zaštiti s namjerom da donese novi Zakon, a vrijeme stavljanja u saborsku proceduru je neizvjesno.

Teško se ne zapitati otkuda pravo onima koji nisu nosioci zdravstvenog sustava, govoriti u ime onih koji su njegovi aktivni sudionici?

Davne 1997. godine prof. Hebrang i ondašnja politika poslala je sve liječnike PZZ-a u nepoznato, u tzv. zakup. Većina liječnika PZZ-a nije stigla ni reagirati i već su bili „privatnici“. Gotovo preko noći, pored liječničkog posla, dobili su sijaset novih poslova: odgovornost prema zaposleniku (medicinskoj sestri), obavezu nabavljanja potrošnog materijala, organiziranje godišnjih odmora, ugovaranje računovodstvenog servisa, mjesečno izvještavanje HZZO-a i dr.

Licemjerno je napadati sadašnju zdravstvenu administraciju, a ne osvrnuti se na ondašnje zdravstvene prilike kada smo još zbrajali posljedice Domovinskog rata, zbrinjavali izbjeglice, osiguravali im zdravstvenu skrb. Država je bila u teškoj gospodarskoj krizi. Danas govoriti o amerikanizaciji zdravstvenog sustava dodjeljivanjem novih koncesija (ranije zakup), a pogotovo što se radi o 1/3 liječnika PZZ-a, čini se bespredmetnim. Kao što nije niti onda, tako se ni danas ne pita za mišljenje one koji sav teret PZZ-a nose na svojim leđima, a to su liječnici i medicinske sestre.

Možda se netko mogao i zapitati što misle zaposlenici domova zdravlja, njih 30 % u PZZ-u, koji svakodnevno, bespogovorno odraduju sve što zdravstveni sustav i ravnatelji od njih očekuju. Održavajući ovakav zdravstveni sustav sprječavaju ugrožavanje najfragilnijih u njemu, pacijentu.

Biti zaposlenikom doma zdravlja je diskriminirajuće u odnosu na onih 70 % kolega koncesionara koji mogu živjeti od svog rada. Zaposlenici domova zdravlja su u velikom postotku specijalisti obiteljske medicine koji su najkompetentniji za rad u ambulantama obiteljske medicine.

Domovizdravlja godinama nisu ulagali u sustav PZZ-a. S vremenom smo izgubili popratne specijalističke službe: oftalmologiju, dermatologiju, kardiologiju, pulmologiju. U pojedinim domovima zdravlja zbog neznanja u vođenju i dobrog zdravstvenog menadmenta nastali su gubitci koje je sanirala lokalna zajednica iz naših doprinosa. Neke zdravstvene službe u PZZ-u dovedene su do propasti pa ih je najjednostavnije bilo ugasiti. Ravnatelji ni onda ni sada nisu odgovorni za deficit pojedinih službi u domu zdravlja, npr. primarnog pedijatra ili ginekologa.

Čini se da nema sustavnog planiranja specijalizacija pri domovima zdravlja određenih grana medicine ili se ono slabo na terenu provodi.

Prostori u kojima radimo godinama se nisu obnavljali. Oprema se nije zanavljala. Sa zidova otpada žbuka. Krovovi prokišnjavaju. Oželjenim edukacijama možemo samo sanjati. Većina domova zdravlja zaposlenicima nije osigurala automobil za kućne posjete pa se koriste osobnim automobilima. Poneki i bez novčane naknade.

Obavezno obnavljanje licenci pri HLK-u zahtijeva u šest godina 120 bodova. Kotizacija kongresa iznosi četvrtinu naše plaće, smještaj te troškovi puta penju se do iznosa našeg mjesecnog osobnog dohotka. Ovisno o odnosu s ravnateljem, eventualno nam je osigurana zamjena u vrijeme odsutnosti, no za ostale troškove moramo se većinom sami pobrinuti. Sve se svodi na pisanje molbi ravnatelju i/ili administraciji domova zdravlja. Najsretniji smo kod online edukacija jer se ne moramo umoljavati. Kako je moguće da u konverzaciji s njima zaboravimo da smo mi oni koji radimo i prihodujemo domu zdravlja? Apsurd je obrazlagati, moljkat i objašnjavati nadređenima koji žive od našega rada, da nam se plati obvezna edukacija, zamjena u vrijeme godišnjih odmora, putni troškovi i sl. kao da to nije njihova zakonska obveza.

Svjedoci smo da u ljetnim mjesecima odradujemo svoje i pacijente kolege iz suprotne smjene, koji je na godišnjem odmoru. Bez novčane naknade ili slobodnih dana!

Kad je HZZO započeo Novim modelom ugovaranja financirati DTP postupke te preventivne pregledne, šefovi djelatnosti su nas pozvali da ih obavljamo, uz obećanje da ćemo dio tih sredstava i dobiti. Nikad ih nismo dobili!

Na Renesansi je prikazana prezentacija učinkovitijeg rada koncesionara u odnosu na zaposlenike domova zdravlja. Ne čudi da je tome tako kada znamo da je zaposleniku doma zdravlja zajamčena plaća prema Kolektivnom ugovoru neovisno o količini obavljenog posla. Koncesionar je uslužniji svojim pacijentima. O tome ovise i njegovi prihodi. Trudi se pružiti više različitih usluga da pacijenti budu zadovoljniji kako bi ih zadržao. Na taj način smanjuje „šetnju“ pacijenata u druge službe, što eksponencijalno dovodi do pada potrošnje novčanih sredstava osiguranih za zdravstvo. Koncesionar ima odgovornost prema sebi i svojoj obitelji (garantira svojom imovinom) te prema zaposleniku. Ima slobodu odlučivanja kada će i na koju edukaciju, tko će ga mijenjati, koju će programsku podršku koristiti u ordinaciji. U najkraćem roku nabavlja potrošni materijal. Planira godišnji odmor za sebe i svoje medicinske sestre. Može novčano nagraditi medicinsku sestruru, koja također participira u ostvarivanju DTP postupaka. Isplaćuje joj božićnicu, uskrsnicu i dr. S druge strane, zaposlenicima domova zdravlja nije moguće isplatiti išta od ovoga jer je Uredbom Vlade RH u državnim službama to ukinuto.

O organizaciji rada zaposlenika, opremi i prostoru brinu se ravnatelji domova zdravlja. Koliko je tko od njih uspješan da organizira rad doma zdravlja najbolje se vidi kroz zadovoljstvo zaposlenika i krajnjih korisnika, a to su naši pacijenti.

Na kraju, ne manje važno je i istraživanje provedeno među pacijentima o zadovoljstvu a liječnicima u RH 2014. godine u kojem su pacijenti na prvo mjesto stavili upravo liječnike obiteljske medicine.

Nameće se zaključak da je onih 70 % koncesionara („privatnika“) najzaslužnije za taj rezultat.

Nije li onda najlogičnije pustiti u koncesiju i one kolege primarne zdravstvene zaštite koji to žele, a imaju određene kompetencije? ●

Autor teksta je M. M. (48), liječnik specijalist obiteljske medicine, dugogodišnji zaposlenik jednog od zagrebačkih domova zdravlja

NOVOSTI IZ HALMED-A

Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) donosi nove informacije o sigurnosti primjene lijekova i pregled ostalih novosti iz područja farmakovigilancije.

Dr. sc. Viola Macolić Šarinić, dr. med., spec. kliničke farmakologije i toksikologije

HALMED u suradnji s Hrvatskim društvom obiteljskih doktora (HDOD), Hrvatskim kardiološkim društvom (HKG) i Hrvatskim farmaceutskim društvom (HFD) provodi anketu o stavovima zdravstvenih radnika o tome kako regulatorna tijela za lijekove, poput HALMED-a u Hrvatskoj, komuniciraju prema zdravstvenim radnicima nova sigurnosna pitanja koja se odnose na primjenu lijekova.

Anketa je dio šireg farmakovigilancijskog EU projekta nazvanog SCOPE (Strengthening Collaboration for Operating Pharmacovigilance in Europe) kojem je cilj poboljšati zdravstvenu sigurnost pacijenata u Europskoj uniji poticanjem suradnje među državama članicama te pružanjem pomoći regulatornim tijelima za lijekove u ispunjavanju zahtjeva farmakovigilancijskog zakonodavstva u EU-u. Republika Hrvatska je, temeljem angažmana HALMED-a, u sklopu SCOPE projekta odabrana između ostalih zemalja članica EU-a za sudjelovanje u provođenju ove ankete, s ciljem da se upravo hrvatskim zdravstvenim radnicima omogući izražavanje mišljenja i stavova o komunikaciji o sigur-

nosti. U skladu s postavkama SCOPE projekta, HALMED na sudjelovanje u anketi kao ciljnu skupinu poziva liječnike obiteljske medicine i liječnike kardiologe. Ciljana skupina za ovu anketu su i ljekarnici. Više informacija o anketi, kao i pristup samoj anketi, dostupni su na internetskim stranicama HALMED-a (www.halmed.hr). Anketi je moguće pristupiti i putem internetskih stranica stručnih društava: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora (www.hdod.net), Hrvatsko kardiološko društvo (www.kardio.hr) i Hrvatsko farmaceutsko društvo (www.farmaceut.org).

Nove mjere vezane uz primjenu autoinjektora adrenalina

Europska agencija za lijekove (EMA) preporučila je nekoliko mjera kako bi se osiguralo da bolesnici i njihovi skrbnici uspješno primjenjuju autoinjektore adrenalina. Ocjena autoinjektora adrenalina provedena je pri EMA-i zbog zabrinutosti da se trenutno dostupnim uređajima adrenalin može isporučiti supukano, umjesto intramuskularno.

Ocjenom autoinjektora adrenalina potvrđeno je da je intramuskularna primjena preferirani put primjene za postizanje brzog odgovora u liječenju anafilaksije. Nekoliko čimbenika može utjecati na to hoće li adrenalin doseći mišićni sloj: duljina igle, debљina potkožnog masnog tkiva, mehanizam djelovanja autoinjektora (npr. ima li opružni mehanizam ili nema), kut pod kojim se uređaj postavlja na kožu i sila koju se primjenjuje kako bi se aktiviralo uređaj. Zbog nesigurnosti oko isporuke adrenalina iz autoinjektora i posljedične nesigurnosti oko nastupa farmakodinamičkog odgovora, preporučuje se da liječnici bolesnicima propisu dva autoinjektor, koje bolesnici trebaju uvijek imati sa sobom. Dodatno, bit će osmišljeni edukacijski materijali kako bi se osiguralo da bolesnici i osobe koje se za njih skrbe mogu uspješno primjeniti autoinjektor adrenalina. Navedeno će uključivati uređaj za obuku pomoću kojeg bolesnici mogu uvježbati primjenu, audio-vizualne materijale i listu za provjeru za propisivače.

Istraživanje objavljeno 2013. godine (Brown i sur.) pokazalo je da 15 % majki nije moglo autoinjektor uspješno primjeniti kod svoje djece. Ovi rezultati podupiru uvođenje odgovarajućeg obučavanja i sveobuhvatnih

edukacijskih materijala za bolesnike i zdravstvene radnike. Od tvrtki koje stavljuju u promet autoinjektore adrenalina bit će zatraženo da provedu ispitivanja farmakokinetike i farmakodinamike kako bi se bolje razumjelo kako adrenalin prolazi kroz tkiva, nakon primjene adrenalina pomoću svakog od različitih autoinjektoru.

Ova preporuka CHMP-a će biti upućena Europskoj komisiji radi donošenja pravno obvezujuće odluke za zemlje članice EU.

Započela ocjena lijekova za liječenje dijabetesa iz skupine inhibitora SGLT2 zbog rizika od dijabetičke ketoacidoze

EMA je započela ocjenu sljedećih lijekova za liječenje dijabetesa iz skupine inhibitora SGLT2: canagliflozin, dapagliflozin i empagliflozin. Cilj ovog postupka je ocijeniti rizik od dijabetičke ketoacidoze.

Ocjena inhibitora SGLT2 pokrenuta je na zahtjev Europske komisije, slijedom prijava sumnji na nuspojave dijabetičke ketoacidoze u bolesnika u kojih su inhibitori SGLT2 korišteni u liječenju dijabetesa tipa 2. Svi slučajevi bili su ozbiljni, u nekim od njih bila je potrebna hospitalizacija, a dio je slučajeva bio opasan po život. U određenom broju ovih prijava, stanje se prezentiralo atipično, sa samo umjerenom povećanim razinama glukoze u krvi (GUK). Ovakva atipična prezentacija dijabetičke ketoacidoze kod bolesnika s dijabetesom može odgoditi dijagnozu i liječenje.

Na navedenom sigurnosnom pitanju upućeno je pismo zdravstvenim radnicima. Bolesnike liječene SGLT2 inhibitorima treba testirati na ketone u slučajevima kada pokazuju simptome acidoze, kako bi se spriječilo odgađanje dijagnoze i liječenja. Slučajevi dijabetičke ketoacidoze prijavljeni su i kod bolesnika s dijabetesom tipa 1 koji su primali inhibitor SGLT2. Pismom se propisivače podsjetilo da dijabetes tipa 1 nije odobrena indikacija za ove lijekove. Propisivači trebaju informirati bolesnike o znakovima i simptomima metaboličke acidoze (kao što su: mučnina, povraćanje, anoreksijsa, bol u abdomenu, jaka žed, poteškoće s disanjem, zbuđenost, neuobičajeni umor i pospanost) te ih savjetovati da odmah potraže liječnički savjet u slučaju da osjete bilo koji takav znak ili simptom.

EMA će sada ocijeniti sve dostupne po-



HALMED poziva liječnike obiteljske medicine i liječnike kardiologe na sudjelovanje u anketi o stavovima zdravstvenih radnika o komunikaciji o sigurnosti primjene lijekova



nosti primjene lijekova. Ostale zemlje u kojima se provodi anketa su Španjolska, Velika Britanija, Irska, Italija, Švedska, Nizozemska, Norveška i Danska.

Cilj ove ankete jest istražiti iskustva zdravstvenih radnika s komunikacijom sigurnosnih informacija od strane regulatornog tijela, istražiti njihove stavove o učinkovitosti takve komunikacije te istražiti koje informacijske kanale zdravstveni radnici preferi-

datke o riziku od dijabetičke ketoacidoze uz primjenu inhibitora SLGT2 i razmotriti jesu li potrebne promjene u načinu na koji se ovi lijekovi koriste u EU-u.

EMA će dodatno razjasniti sigurnosni profil cjepiva protiv HPV-a

EMA je započela ocjenu cjepiva protiv humanog papilomavirusa (HPV) kako bi se dodatno razjasnili aspekti njihovog sigurnosnog profila.

Ova cjepiva su primijenjena u oko 72 milijuna osoba diljem svijeta, a očekuje se da će njihova primjena spriječiti mnoge slučajevе karcinoma cerviksa i raznih drugih vrsta raka i stanja uzrokovanih HPV-om.

Karcinom cerviksa je četvrti najčešći uzrok smrti od raka u žena u svijetu, s više desetaka tisuća smrtnih slučajeva u Europi svake godine usprkos postojanju programa probira (engl. screening). Ovim pregledom ne osporava se da koristi primjene cjepiva protiv HPV-a nadmašuju njihove rizike.

Sigurnost navedenih cjepiva, kao i za ostale odobrene lijekove, pri EMA-i prati Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC).

Ovom ocjenom bit će razmotreni dostupni podaci s naglaskom na rijetkim prijavama dvaju stanja: kompleksnog regionalnog bolnog sindroma (CRPS) i sindroma posturalne ortostatske tahikardije (POTS).

Prijave CRPS-a i POTS-a u mlađih žena koje su primile cjepivo protiv HPV-a PRAC je razmatrao tijekom rutinskog praćenja sigurnosti, ali nije ustanovljena uzročno-posljedična povezanost s cjepivima.

Oba stanja mogu se javiti i u necijepljenih osoba te stoga važno istražiti prelazi li broj slučajeva prijavljenih uz primjenu cjepiva protiv HPV-a očekivani broj slučajeva ovih stanja. U svojoj ocjeni PRAC će razmotriti najnovije znanstvene spoznaje, uključujući sva istraživanja koja bi mogla pomoći razjašnjenu učestalosti pojavitivanja CRPS-a ili POTS-a nakon cijepljenja ili utvrđiti ikakvu uzročnu vezu.

PRAC će na temelju ove ocjene odlučiti je li potrebno nadopuniti informacije o lijeku (sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku) za navedena cjepiva, kako bi se bolje informiralo pacijente i zdravstvene radnike. U međuvremenu, dok je navedena ocjena u tijeku, nema promjena u preporukama za primjenu ovih cjepiva.

PRAC će nakon provedene ocjene donijeti preporuke koje će biti proslijedene Povjerenstvu za humane lijekove (CHMP) na usvajanje konačnog mišljenja. Završna faza ovog postupka je usvajanje pravno obvezujuće odluke od strane Europske komisije, koja je primjenjiva na sve zemlje članice EU-a.

HALMED razvija mobilnu aplikaciju za prijavljivanje sumnji na nuspojave lijekova

S pomoću te aplikacije zdravstveni radnici i pacijenti moći će putem mobilnih uređaja izravno HALMED-u prijavljivati sumnje na nuspojave lijekova. Početak korištenja mobilne aplikacije očekuje se u studenom 2015., a na ovaj način HALMED želi dodatno osnažiti uključivanje zdravstvenih radnika i pacijenata u praćenje sigurnosti primjene lijekova. S obzirom na prepoznato iskustvo na području farmakovigilancije, Republika Hrvatska će zajedno s Ujedinjenim Kraljevstvom i Nizozemskom biti jedna od prve tri zemlje članice Europske unije koje će uvesti takvu mobilnu aplikaciju. Njezin se razvoj provodi u sklopu projekta Europske komisije pod nazivom Innovative Medicines Initiative WEB-RADR (Recognising Adverse Drug Reactions), u koj je HALMED aktivno uključen.

Puštanje u promet aplikacije u Republici Hrvatskoj i Nizozemskoj planirano je u studenom 2015., dok je u Ujedinjenom Kraljevstvu aplikacija puštena u promet u srpnju 2015. Na temelju analize iskustava u ovim trima zemljama članicama bit će mobilna aplikacija razvijena na način da se može koristiti i u svim drugim zemljama članicama EU-a.

Podaci o vrstama i izvorima prijava koje će HALMED te Regulatorna agencija za lijekove Ujedinjenog Kraljevstva (MHRA) i Nizozemski nacionalni centar za praćenje nuspojave (LAREB) zaprimati putem navedene aplikacije bit će praćeni i analizirani unutar projekta. Prijave dobivene putem mobilne aplikacije bit će uspoređene s prijavama zaprimljenim putem dosad dostupnih kanala. Uspoređivat će se cijelovitost, kvaliteta i mogućnost detekcije sigurnosnih pitanja. Analizirani podaci poslužit će za donošenje zaključaka i preporuka za daljnje razvijanje aplikacije koja će se potom moći prilagoditi nacionalnim posebnostima te koristiti u svakoj zemlji članici EU-a.

Detaljne informacije o projektu WEB-RADR dostupne su na internetskim stranicama HALMED-a (www.halmed.hr) i na internetskim stranicama projekta (www.www.web-radr.eu).

HALMED među deset najuspješnijih u svijetu prema broju prijava sumnji na nuspojave na milijun stanovnika

To pokazuju najnoviji podaci Uppsala Monitoring Centra (UMC), suradnog centra Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) koji vodi svjetsku bazu nuspojava VigiBase.

Ovaj je uspjeh rezultat zajedničkih napora HALMED-a i svih zdravstvenih radnika, pacijenata i nositelja odobrenja za stavljanje

	Absolute numbers in period 2 (1 June 2014 – 31 May 2015)	ICSRs per million inhabitants in period 2 (1 June 2014 – 31 May 2015)
United States	929,573	4,014
new China	331,274	3,819
new France	235,871	3,583
Korea, Republic of	200,704	2,933
Japan	46,379	2,221
Italy	44,201	1,218
India	43,161	1,181
United Kingdom	30,104	1,047
Germany	28,416	768
new Netherlands	20,406	742

lijekova u promet koji redovito prijavljuju sumnje na nuspojave. Veći broj prijava indikator je kvalitetu sustava prijavljivanja nuspojava te svaka dodatna prijava znači dodatnu informaciju o lijeku za korisnike lijeka i zdravstvene radnike, što u konačnici dovodi do sigurnije primjene lijekova.

Duga hrvatska tradicija praćenja sigurnosti lijekova obilježena je brojnim uspjesima te se Hrvatska posljednjih godina redovito nalazi među prvih 20 država u svijetu po broju i kvaliteti prijava nuspojava na milijun stanovnika.

HALMED-ove farmakovigilancijske aktivnosti kontinuirano dovode do porasta broja prijava sumnji na nuspojave. U kolovozu 2012. HALMED je prvi u svijetu započeo s korištenjem on-line aplikacije Uppsala Monitoring Centra, kojom se pacijentima omogućuje prijavljivanje sumnji na nuspojave putem internetske stranice HALMED-a. Usto, HALMED je na nacionalnoj razini proveo javnu edukativnu kampanju kojom se promovira važnost prijavljivanja nuspojava i čitanja upute o lijeku te pripremio vodič kroz prijavljivanje nuspojava namijenjen pacijentima. Također, HALMED je u 2015. započeo inovativnu suradnju s kazalištem Mala scena u svrhu promicanja važnosti pravilne primjene lijekova i prijavljivanja sumnji na nuspojave lijekova među djecom, mladima i odraslima.

HALMED će nastaviti kontinuirano poticati prijavljivanje sumnji na nuspojave lijekova od strane zdravstvenih radnika i pacijenata. Prijavljivanje nuspojava je iznimno važno jer analiza prikupljenih podataka omogućuje bolje razumijevanje sigurnosnog profila lijeka te propisivanje i uzimanje lijekova na najučinkovitiji i najsigurniji mogući način. Ovime se hrvatskim pacijentima neprekidno osiguravaju kvalitetni i sigurni lijekovi te se izravno doprinosi zaštiti javnoga zdravlja, kao i zdravlja svakog pojedinog pacijenta koji lijek primjenjuje. ●

Više o novim informacijama o sigurnosti primjene lijekova možete pročitati na internetskim stranicama HALMED-a (www.halmed.hr) i EMA-e (www.ema.europa.eu).

Dr. Nikola Nikolić – od Jasenovca do Golog otoka

(Županac/Tomislavgrad, 15. 9. 1896. – Zagreb, 17. 5. 1986.)

Piše Ivica Vučak

Uknjizi o životu Alfreda Pala (1920. – 2010.) važno mjesto zauzima njegovo sjećanje na logor na Golom otoku. Među ljudima koje je tamo upoznao u svom drugom boravku (jer je, po vlastitim riječima, odbio postati doušnikom UDB-e) bio je i dr. Nikola Nikolić: „...Nakon prvih pedesetak metara trčanja kroz tu logorašku rulju, što od udaraca, što od pljuvačke koja mi je posve prekrila lice, ja više ništa ne vidim. Padam. Tu mi prilazi dr. **Nikola Nikolić** koji je kao kažnjenik bio logorski liječnik i u Jasenovcu. Naredi da me podignu i nose. I dalje me tuku dok me nose prema barakama. Zatim su mi gurnuli glavu u jednu bačvu sa slanom morskom vodom i gotovo do gušenja je držali u toj vodi. Moje su povrede pri dolasku bile strašno teške i doslovno po život opasne pa me je dr. Nikolić odmah sutradan primio u bolnicu....“.

U knjizi iz 1990. godine o spašavanju djece s Kozare i iz logora Jasenovac tijekom drugog svjetskog rata **Ćiril Petesić** (1923. – 2012.) spominje boravak dr. Nikolića u Jasenovcu. Izazov je bio doznati više o liječniku koji je u Hrvatskoj sredinom dvadesetog stoljeća, u razmaku od jednog desetljeća, preživio takva dva stratišta. O vlastitom životu ostavio je dosta podataka u svojim knjigama i člancima u obimnoj bibliografiji. Upotpunjavanju njegova životopisa pomogli su zapisi ljudi koji su ga poznivali, na pr. slavni kipar **Ivan Meštrović** (1883. – 1962.) i liječnik, komunist, sudionik rata u Španjolskoj (1936.-1939.) te u Jugoslaviji (1941. – 1945.) dr. **Gojko Nikolić** (1911. – 1995.).



Alfred Pal



Djetinjstvo i školovanje

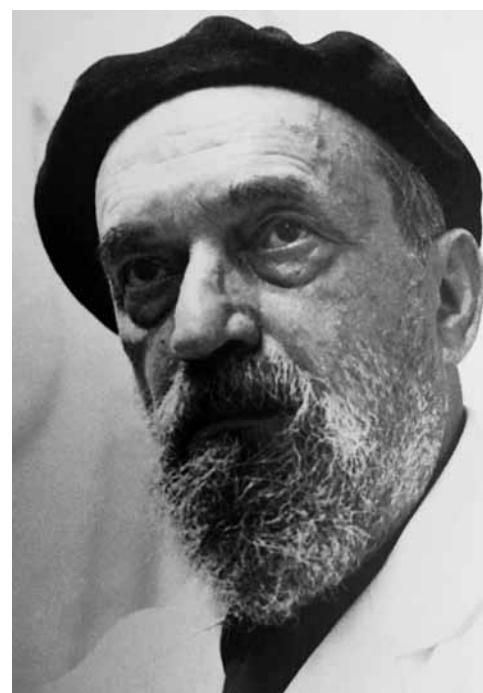
U obitelji Ivana Nikolića u Županju (danas Tomislavgradu) u Bosni i Hercegovini rođen je 15. rujna 1896. sin kojem su nadjenuli ime Nikola. (U knjizi HLZ 1874-1974, Zagreb 1974. kao mjesto rođenja upisano je Barzobje, lokalitet sa 64 srednjovjekovna stećka). Mati mu je bila priprosta žena, seljanka iz hrvatskog sela Ćurića Lug na putu između Bugojna i Donjeg Vakufa, po čijoj je izričitoj želji suprug na izborima uvijek glasovao za Radićev HSS. Kao gimnazijalac Nikolić je bio član «Mlade Bosne» i u tome se razdoblju upoznao s **Mladenom Stojanovićem** (1896. – 1942.), rođenim Prijedorčaninom, čije je gimnazijsko školovanje u Tuzli prekinuto osudom na dugogodišnji zatvor nakon sarajevskog atentata u ljeto 1914., ali je nakon tri godine pušten, maturirao i zatim je studij medicine, započet u Zagrebu, završio u Beču. I Nikoliću je suđeno u Tuzli te je bio zatvaren u austrougarske kazamate, unovačen u A-U vojsku i upućen na ruski front. Tamo je zarobljen, prišao je revolucionarima te sudjelovao u Oktobarskoj revoluciji 1918. godine.

U zimskom semestru 1919/1920. upisao je studij medicine u Moskvici. Nakon završenog trećeg semestra 1920/1921. vratio se u Zagreb. Iz Sovjetskog Saveza je s Nikolićem, prema Mihailoviću, došla i njegova supruga Marta

(Motje) rod. Karpovna (1898. – 1979.), po nacionalnosti Ukrajinka. Sljedećih je pet sezama nastavio studirati medicinu u Zagrebu, zatim je tijekom školske godine 1923/1924. preselio u Grac i tamo mu je priznat do tada položeni prvi strogi ispit. Nije primao stipendije niti potpore. U rubrici vjeroispovijest upisao je rimokatolik. Odslušavši 9. i 10. semestar i položivši preostala dva „rigorosuma“ promoviran je u Gracu 19. srpnja 1924. Slično Nikoliću, iz Rusije se u ljeto 1921. vratio **Pavle Gregorić** (1892. – 1989.) koji je studij medicine započeo 1911. u Gracu, a izbjegnjem rata 1914. bio unovačen te zarobljen na ruskoj fronti. Tamo se priključio Crvenoj armiji, od ljeta 1920. bio član ruske Komunističke partije (boljševici). Po povratku je nastavio studij medicine u Zagrebu do promocije 1924. godine, a istodobno se uključio u rad tada već zabranjene Komunističke partije Jugoslavije.

Karijera

Dr. Nikolić se, nakon promocije, vratio u razdoblju snažnog razmaha socijalno usmjerenih zdravstvenih službi kojoj je žig davao **Andrija Štampar** (1888. - 1958.), tada načelnik





Goli otok

u Ministarstvu narodnog zdravlja (MNZ). I Nikolić je bio jedan od mlađih liječnika koji su slijedili Štamparov pokret koji je rezultirao osnutkom više stotina zdravstvenih ustanova širom zemlje. Radio je najprije u Novoj Građiški kao liječnik socijalno-higijenskih ustanova, a nakon što je i. listopada 1927. navršio tri godine državne službe, unaprijeden je i rješenjem MNZ-a od 26. travnja 1928. postavljen upraviteljem Doma zdravlja u Tetovu, tada u južnoj Srbiji. Njegova je supruga pamtila situacije u kojima je svojim siromašnim pacijentima ne samo ispisivao recepte nego i davao novac za kupnju lijekova. Radeći u Tetovu obolio je od tropске malarije koja je od 1931. godine recidivirala gotovo svake godine. Dva puta je po nekoliko mjeseci bio u Londonu i tamo, kao stipendist zdravstvene sekcije Lige naroda kojoj je Štampar bio potpredsjednik, studirao u Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene tropске bolesti. Početkom srpnja 1933. izabran je za člana Kraljevskog društva za tropsku medicinu i higijenu. Kraljevim ukazom premješten je 17. studenoga 1933. za višeg pristava Higijenskog zavoda u Zagrebu. Ministar za socijalnu politiku i narodno zdravljje odobrio mu je 5. travnja 1935. osmodnevno odsustvo „radi odlaska privatnim poslom u Pariz s tim, da mu se ovo odsustvo uračuna u godišnji odmor“. Nedugo po povratku imao je „tri puta uzastopce napadaje sa groznicom, vrućinom i zasjenjenjem od čega je oslabio“ pa mu je dr. **Fran Mihaljević** (1900. – 1975.) iz Bolnice za zarazne bolesti potpisao liječničku svjedodžbu predlažući 6–8 tjedana bolovanja. O pristupu dr. Nikolića Zboru liječnika javljeno je na mjesечноj skupštini 26. rujna 1935. Dr. Nikolić je na hrvatski preveo „Gilgameš“, najstariji ep, i objavio ga početkom travnja 1936. u Zagrebu (2. izdanje, reprint 1990.). I te je godine u proljeće imao recidiv malarije, čiji su napadaji prestali nakon što je počeo piti kinin. Po svjedodžbi dr. Mihaljevića od 28. travnja 1936. „Srednje visok, čvrste koštane grade i muskulature,

paniculus adiposus srednje razvijen. Koža i vidljive sluznice su blijede, jako je oslabio, ima bolove u glavi i pati od vrtoglavice“ a zbog recidiva malarije (malaria tertiana chr.) i sekundarne anemije „potrebno je, radi liječenja, a osobito radi oporavka, bolovanje od osam tjedana“.

O svojim istraživanjima modifikacija podloga za uzgoj Kochova bacila pisao je u „Liječničkom vjesniku“ i u inozemnom časopisu. Objavio je više članaka o problemima prehrane u mjesečniku „Sestrinska riječ“. Sradivao je na izradi „Minervinog“, „Leksikona zdravlja – priručnika za zdrave i bolesne“ koji su uredili Dragutin Sretenović (srpsko, 1936.) i Edo Deutsch (hrvatsko izdanje, 1937.). Kao viši pristav i ugledni hrvatski kulturni radnik dr. Nikolić bio je tumačem profesoru higijene i preventivne medicine egipatskog sveučilišta i šefu zdravstva u Kairu A.W. Wakilu za njegova posjeta Bakteriološkom odsjeku Higijenskog zavoda u Zagrebu. Ugledni egipatski učenjak doputovao je u Zagreb početkom listopada 1937. na poticaj dr. A. Štampara, reformatora socijalne medicine u Jugoslaviji i potpredsjednika Zdravstvene sekcije Lige naroda u Ženevi. Nikolić mu je ukratko protumačio razvitak Zagreba i njegove suvremene kulturne prilike. Poveo ga je i selo Mratin u okolini Zagreba te ga obavijestio o provedenim bonifikacijskim radovima, radu zdravstvene stanice i općem napretku u higijeni seoskih kuća. Bio je član Zdravstvenog odbora utemeljennoga sredinom 1939. u okviru «Gospodarske slike» sa zadatkom skribi za zdravstveni napredak sela. Odbor je u prvoj godini rada utemeljio oko 400 zdravstvenih povjereništava pri mjesnim organizacijama «Gospodarske slike», jer «i sam narod uz njegovu inteligenciju treba da vodi brigu o svojim zdravstvenim potrebama». U rad odbora uključio se i, u jednom razdoblju, bio mu predsjednik, dr. Zlatan Sremec (1898. – 1971.), zdravstveni nadzornik u Zdravstvenom odsjeku Bano-

vine Hrvatske u Zagrebu (LN 5/44/54-5, studeni, 2005.).

Za Školu narodnog zdravlja dr. Nikolić je, u suradnji s poznatim snimateljem Aleksandrom Gerasimovim (1894.- 1977), 1940. godine režirao film „Čuvaj se zmija otrovnica“. Zdravstveni je odbor tijekom 1940. sproveo veliku anketu (15 pitanja) među seljacima širom Hrvatske u cilju doznavanja mišljenja i stavova seoskog stanovništva o zdravstvenoj službi na selu i o zdravstvu općenito, kao i tome kakvu zdravstvenu djelatnost seljaci smatraju primjerenu svojim potrebama i mogućnostima. Sremec i Nikolić su koncem 1940. obradili 948 odgovora prispjelih iz svih krajeva Hrvatske («samo iz dva „srpska“ sela dobili su odgovore»). Rezultat ankete s komentarima bili su temelj zdravstvenopolitičkoj raspravi pod naslovom «Hrvatsko selo i medicina». Objavljena je u Zagrebu početkom 1941. (261 stranica, 8 tablica, brojne fotografije). Komentiranje odgovora na pitanja postavljena u anketi dalo je autorima prigodu za kritiku tadašnjeg koncepta razvitka zdravstvene službe i cjelokupnog društveno-političkog sustava, a rješenja koja su ponudili temeljila su se na načelima socijalne medicine.

U okviru Znanstvenog programa, uz glavnu godišnju skupštinu HLZ-a 1941., u nizu predavanja o prehrani našega naroda bio je i Nikolić s temom „Osnovna pitanja prehrane našega naroda“. U novome odboru Liječničke komore Banovine Hrvatske zdravstveni nadzornik dr. Nikolić izabran je 25. siječnja 1941. za tužitelja u Disciplinskom vijeću Komore.

Rat

S dolaskom ustaša na vlast 10. travnja 1941. bilo je cjelokupno izdanje knjige „Hrvatsko selo i medicina“ uništeno. Nove su vlasti ujesen 1941. konfirirale Nikolića u Krapinu nakon što je tamošnji općinski liječnik dr. **Remigij Bubanj** (1906. – 1971.), Židov, odveden 5. kolovoza 1941. sa suprugom Hertom (r.

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE

1913.) u logor «Danica» pokraj Koprivnice. U svibnju 1942. Nikolić je uhićen i držan u «samici» u podrumu Ustaške nadzorne službe (UNS) na trgu Kulina bana, prozvanom «Trgom strahote zabluda», ranije trgu N. (danas Trgu žrtava fašizma) u Zagrebu, na kojem je Pavelić dao preuređiti Meštovićev «Umjetnički paviljon» u džamiju. Bila mu je uhićena i supruga, a grozili su mu se ubojstvom sinova. Zatim je s većom grupom zatvorenika prevezan u zatvor na Savskoj cesti. Tamo je dospio u ambulantu iz koje su nešto prije otpušteni kipar Ivan Meštović i slikar **Joza Kljaković** (1889.- 1969.) odlukom Poglavnika, nakon višestrukih intervencija iz Vatikana. U ambulantu je dr. Nikolić zatekao 80-godišnjeg inž. Lazarusa, brodograditelja iz Rijeke, talijanskog državljanina kojega su na propovojnu iz Beča, po zapovijedi Gestapoa, iskricali iz vlaka i zatvorili.

Potpuno slijepog i nepokretnog starca koji se vraćao nakon pregleda kod više bečkih specijalista za očne bolesti, njegovao je medicinar **Slavko Vikić** (1919. - 1999.) rodom iz Kaknja. Malo poslije toga je inž. Lazarus dospio u Jasenovac gdje su ga tukli i ubili, a Vikić će biti odveden u logor u Staroj Gradiški. Preživio je, nakon rata završio studij medicine u Zagrebu, specijalizirao kirurgiju te bio ravnatelj Traumatološke bolnice u Zagrebu

Tijekom ispitivanja Nikolić je doznao da ga optužuju zbog pružanja pomoći protivnicima režima, npr. dr. **Radi Pričeviću**, pripadniku lijevog krila SDS-a, kojeg je pomagao smjestiti u bolnicu i zbog primanja ilegalaca u svoj stan te slanja sanitetskog materijala svome prijatelju dr. Mladenu Stojanoviću, tada već poznatom vodi partizana na Kozari.

Jasenovac

U Jasenovac je stigao 12. srpnja 1942. Tada 46-godišnjak, strahovao je „hoće li ikada više



Dr. Stjepan Pišta Politzer

vidjeti svoje – suprugu, djecu, brata, sestre, majku, svoje drugove i prijatelje.“ Tu je susreo fra Majstorovića, pravim imenom **Miroslava Filipovića** (1915. - 1946.), čije se ime povezivalo sa zločinima u okolini Banja Luke. Zapovjednik logora Vjekoslav Maks Luburić (1913. - 1969.) odredio je dr. Nikolića na rad u logorskoj bolnici. Pregrađeni dio barake zloglasne bolnice II-B, tzv. „Ljudolovke“ bio je određen za smještaj liječnika i bolničkog osoblja. U Jasenovcu ga je dočekao asistent s Medicinskog fakulteta u Zagrebu dr. **Jurica Bocak** (1910. - 1942.), u logoru zadužen za rješavanje masovnog karijesa i skorbuta, a ubijen 26. srpnja 1942. zbog sumnje da je upravo on prokrijumčario u javnost prve opise zlodjela u logoru. Tamo je Nikolić zatekao svoga puno mlađeg prijatelja dr. **Ozrena Novosela** (1913. - 1942.), predratnog komunista, organizatora ustanka u Zagrebu, uhićenog u rujnu 1941. te odvedenog u Jasenovac u kojem je ubijen u studenom 1942. Zatekao je i dragog kolegu dr. **Stjepana Pištu Politzera** (1894. - 1952.) rođenog u Bugojnu, koji je nakon studija medicine, započetog u Beču te završenog u Zagrebu 1925. godine, radio u Higijenskom zavodu i Školi narodnog zdravlja u Zagrebu. Ustaše su ga najprije odvele u logor u Gospicu, a zatim prebacile u Jasenovac iz kojeg je pobjegao 1942. godine. Tu je bio i dr. **Jozef Konforti** rođen u Travniku 1893. i medicinu završio u Beču 1922. (u Jasenovcu od druge polovice 1941. do uspješnog bijega u listopadu 1943.). Nikoliću je „profesor“ ponašanja u logoru bio i mnogo mu svojom snalažljivošću pomogao student medicine

Radek Satler (1918.- 1945.), Židov iz Varaždina, u Jasenovcu od sredine 1941. koji je poginuo pri pokušaju bijega 22. travnja 1945. U Jasenovcu je Nikolić dočekao i dr. **Slavka Hirscha** (1893. - 1942.), rođenog u Glini, koji

je medicinu studirao u Beču, Innsbrucku i Pragu, te nakon specijalizacije infektologije i bakteriologije bio primarni liječnik u bolnici u Osijeku i šef bakteriološke stanice, a poslije epidemiološkog zavoda. Ustaše su ga najprije protjerale u Derventu, a zatim u Jasenovac, u kojem je ubijen kao i njegova supruga, kći i unuk te sestra.

U logorskoj ambulanti upoznao je i mnoge ljudе. Među njima bili su studenti medicine **Tomo Pitamic** (1921. - 1976.) poslije liječnik i docent pedijatrije u Zagrebu, Salko Nožić, poslije rata pneumoftizeolog u vojsci, Jože Verlič poslije liječnik u Sloveniji, zatim veterinar Dubrovčanin dr. **Ivo Dražančić**, zagrebački liječnik **Stanislav Ilakovac** (1883-1942.). Ambulantni protokol vodio je u početku dr. Mijo Mirković (1898.- 1963.), sveučilišni profesor iz Zagreba, a kasnije liječnik iz Osijeka mr. Herst.

U prosincu 1942. odveden je epidemiolog Nikolić u dio logora Stara Gradiška u kojem je izbila epidemija pjegavca. Uzeti su uzorci krvi mnogih zatočenica i zatočenika i poslani na analizu u Higijenski zavod u Zagreb. Znali su da će tim kanalom do obitelji mnogih zatočenih u logoru stići vijest o njihovom obitavalištu. U siječnju 1943. partizani su zarobili njemačkog majora Artura Streckera, nekadašnjeg učitelja u Münchenu, sudičnika prvog neuspjelog Hitlerovog pokušaja osvajanja vlasti nakon čega su i on i Hitler bili zatočeni u Landsbergu, u kojem je Hitler napisao svoj „Mein Kampf“. Za njegov su život Nijemci bili pripravni oslobođeni više logoraša. U prvoj skupini logoraša oslobođenih iz NOve Gradiške u rujnu 1942. i razmijenjenih za visoke ustaške funkcionare bili su **Andrija Hebrang** (1899. - 1949.) i dr. **Mladen Iveković** (1903. - 1970.). Pored dr. Nikolića razmijenjeni su liječnik dr. **Ivica Pavletić** (1914. - 1986.), asistent na pravnom fakultetu dr. **Vuk Vernić** (1911. - 1943.), **Adolf Pondeljak**



Dr. Jurica Bocak



Dr. Ozren Novosel

i pjesnik prof. **Ivo Frol**. Autom su prevezeni u Novsku, dalje vlakom najprije u Zagreb, a zatim pod pratinjom njemačkih vojnika vlakom preko Slavonskog Broda do Sarajeva. Prvi predstavnici partizana koji su u Sarajevu preuzezeli oslobođene logoraše bili su Milovan Dilas (1911. – 1995.) i Vladimir Velebit (1907. – 2004.). Kamionom su 27. ožujka 1943. prevezeni preko Ilidže prema Kalinoviku do selo Mušice u kojem je bio štab bataljuna Treće krajiske brigade. Nakon ulaska partizana u Kalinovik doveden je Nikolić u Vrhovni štab u selu Drače. U selu Vlahovlju primio je sljedećeg dana dužnost upravitelja bolnice Prve proleterske brigade, upravo u tijeku žestokih borbi (operacije „Weiss I“ i „Weiss II“), poslije označenih Četvrtom neprijateljskom ofanzivom („Bitka na Neretvi“). Prema dopisu dr. Nikoliša, referenta saniteta pri Titovom Vrhovnom štabu, „odlučili smo postaviti dr. Nikolića, poznatog stručnjaka za higijenu, referentom saniteta u 7. diviziji“. Nikoliš je „Nikolu prije toga susreo svega jedanput, u zimu 1940/41 u Higijenskom zavodu u Zagrebu. Popričali smo tad u hodniku samo par minuta i Nikola je tad pokazao izrazitu radoznalost i naklonost prema meni kao Špancu“. Od Ivanke Muaćević (1911. – 1942.), apsolventice medicine, komunističke aktivistkinje i svoje buduće supruge, saznao je Nikoliš da je »Nikola naš čovjek. Doživio je strahote jasenovačkog logora u kome je skupio naboј ne-



**Dr. Nikola Nikolić 1942. u Jasenovcu
(crtež prof. Joske Bogdanović)**

kakve praiskonske i neugasive mržnje protiv nasilja tj. ustaštva. Ne znam ni danas nikoga među živim ljudima koji mu je u tom pogledu ravan. Iskreno da kažem, meni je ta njegova mržnja imponovala u toliko više što je Nikola Hrvat, iz kraja koji je bio ustaški osinjak 1942. godine“.

Partizani su se, usprkos premoći njemačkih, ustaških, talijanskih i četničkih snaga, uspješno izvukli i razbili četničke postrojbe. Tijekom te ofanzive i sam dr. Nikolić je obolio od pjegavca. I tijekom borbi na Sutjesci koje

su započele 15. svibnja 1943. („Peta neprijateljska ofanziva“) bio je Nikolić upravitelj divizijske bolnice. Nakon toga je u srpnju 1943. kod Bugojna premješten je u Sanitetски odjek Vrhovnog štaba za dužnost epidemiologa, kao zamjena za poginulog dr. **Miroslava Schlesingera** (1895. -1943.). Na toj je funkciji boravio u Jajcu, sastavljao instrukcije o higijeni (po Nikolišu „nešto idealistički i romantičarski obojene“) te suradivao u obnovljenom „Lekarskom biltenu“ pokrenutom još 12. svibnja 1943. u Čelebiću.

Bio je i nastavnik u Sanitetskoj školi u kojoj su održana tri jednomjesečna tečaja. U suradnji s britanskim vlastima započela je evakuacija partizanskih ranjenika u savezničke baze u Italiji. Uzakala se i potreba upućivanja liječnika u britanske bolnice u cilju upoznavanja s tekovinama britanske ratne medicine te smanjivanja osjećaja usamljenosti ranjenika. Nikolić je govorio engleski, a kirurg dr. **Duro Mešterović** (1908.-1990.), sudionik gradanskog rata u Španjolskoj, vladao je njemačkim i španjolskim te su stoga bili najpogodniji za ulogu oficira za vezu s britanskim sanitetom. Svojim stručnim i političkim vrijednostima, ulijevali su povjerenje da će dostoјno reprezentirati NOVJ. Na daleki i u ono doba, težak i opasan put pošli su početkom prosinca 1943. nakon završetka Drugog zasjedanja AVNOJ-a. Prešli su preko Dinare do jadranske obale, pa partizanskim brodom



IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE

preko mora do talijanske luke Bari. Nikolić je postavljen za šefa Medicinske misije NOV-a i POJ-a u Bariju u Italiji. Sanitetska škola NOV-a u Grumu u Italiji tiskala je u svibnju 1944. udžbenik „Anatomija i fiziologija čovječjeg tijela“, a tehnika bolnice u Grumu umnožila je priručnik „Transfuzija krvi“.

Poslije je Nikolić bio u Vojnoj misiji u Londonu kao glavni opunomoćenik Vrhovnog štaba za pitanja Crvenoga križa te delegat Glavnog odbora CK kod Lige društava CK i Međunarodnog CK u Ženevi, Parizu i Londonu. Bio je opunomoćenik Vrhovnog štaba za repatrijaciju jugoslavenskih interniraca iz logora u Švicarskoj i oslobođenih dijelova Njemačke.

Nedugo nakon sporazuma Tito – Šubašić (1. studenoga 1944.) Nikolić je višekratno posjećivao časnike starojugoslavenske vojske internirane u Švicarskoj s pozivom na povratak. Dočekan je neprijateljski, psovali su mu hrvatsku ustašku majku, a od premlaćivanja ga je spasila intervencija Švicarske policije. Ivan Meštrović, koji je u Švicarskoj živio od kraja 1943. do svibnja 1946., spominje u svojim „Uspomenama...“ „Titova izaslanika za razne stvari u Švicarskoj“ dr. Nikolića koji mu je donosio pozive jugoslavenske vlade (i samog Tita), pokušavajući ga privoljeti na povratak u domovinu. „Nikolić mi se činio dobar čovjek, ali kroz borbe i poteškoće koje je prošao, kao da je otvrdnuo i postao beščutan“ zaključio je Meštrović. Za sebe je Nikolić rekao kako je i sam bio gorljiv radićevac, osuđen na tamnicu te odsjedio dugo vremena u Srijemskoj Mitrovici. Tamo se upoznao s marksističkom teorijom i postao uvjereni komunist. Naširoko je pričao o Titu, o njegovim vrlinama, humanosti i blagim plavim očima. Priznao je teške stvari koje su se na mnogo mjesta desile, ali se protivio generaliziranju. Iznio je da su u njegovu Bugojnu bili sami radićevci, uključivo i njegovu rodbinu, ali da je on pohitao tamo prije nego što su partizani ušli u Bugojno i da nije nitko nastradao.

Na Meštrovićevo upozorenje „Vi ste u svojoj jezgri bosanski bogumil pa ćeće na neku nepravdu eksplodirati i svršiti pod ledinu ili u zatvor“, Nikolić je odgovorio „Ja sam ostao Hrvat, iako sam komunist“, a Meštrović dodaо: „I to Vam vjerujem i možda ćeće baš zato i završiti kao što sam vam rekao“. Nikolić je domio propagandni materijal za izložbu o zločinima za vrijeme rata priređenu u jugoslavenskom poslanstvu u Švicarskoj. Meštrović je hotimično zakasnio na izložbu, izbjegavajući susret s jugoslavenskim poslanikom u Bernu koji mu je odbijao dati putovnica. No, organizatori su pomaknuli

otvorenie izložbe do Meštrovićeva dolaska, pa su pozvani Švicarski novinari i ženevski uglednici čekali pred izložbenom dvoranom. Užasnut prizorima na fotografijama, Meštrović je prigovorio Nikoliću: „Što ste ovo nosili? Zar vas još uvijek drži groznica ludila? Zar da u svijetu utvrđite mišljenje da smo barbari?! Ta gotovo sve ove slike su mogli vidjeti u četničkim, ustaškim i vašim publikacijama, samo što su počinitelji i žrtve bili pod raznim imenima, već prema tome tko koga optužuje. Stranac neće razlikovati ni četnike ni ustaše ni partizane nego će zaključiti svi su iz iste zemlje, iste su krvi i jednak razbojnici“. Nikolić se pravdao: „Nisam ja pripremao izložbu, nego drugi, a mi smo donijeli i izložili kako nam je naređeno.“ Nikolić je pomogao Meštroviću i njegovoj obitelji da dobije dotad bezuspješno tražene putovnice. („Naljučen, uzeo je Nikolić formulare za putovnice, sam ih ispunio za Meštrovića i svakog člana obitelji te ih sljedećeg dana donio iz Berna u Ženevu“). Ponovio je obećanje o nastojanju da Meštrovićev mladi brat Petar te prijatelj i suradnik Pavle D. Ostović dođu iz Zagreba u Švicarsku. Na Badnji dan posjetio je Nikolić Meštrovića radi čestitana Božića i oprاشtanja pred svoj povratak u domovinu. Uz tvrdnju da bi Meštrović mogao komotno putovati kući, iskazao je spremnost prenijeti poruku Meštrovićevu bratu. No, Meštrović, obaviješten u međuvremenu da su vlasti u Jugoslaviji već dva mjeseca držali njegova brata te prijatelja i suradnika Pavla D. Ostovića u beogradskoj Glavnjači, planuo je na Nikolića koji ga je posjećivao, a nije mu to rekao, i „nazvao njega i sve njegovo društvo licemjernim lašćima“.

Sve to u svibnju 1946. godine natjerala slavnoga kipara na odlazak u Rim. Nikolić koji je nakon toga doputovao u Bern, javio se pismom Meštroviću, no nagovaranje nije uspjelo i Meštrović je konačno preselio u Ameriku, nije želio biti iskorišten poput Maksima Gorkog u Sovjetskom Savezu. Tek

je nakon punih 17 godina izbivanja posjetio u ljeto 1959. nakratko Hrvatsku (Zagreb i Split). Sastao se s Titom, a s novim vlastima dogovorio je postupak prema nekretninama i umjetničkoj ostavštini koje je poklonio hrvatskom narodu. Bilo mu je dopušteno posjetiti i zatvorenog kardinala Alojzija Stepinca (1898.-1960.), a tijekom toga boravka susreo se, ponovno, i s dr. Nikolićem.

Rat je gotov

Nakon završetka rata Nikolić je bio tajnik Komiteta za zaštitu zdravlja Federativne Narodne Republike Jugoslavije (FNRJ) kojem je



predsjedao dr. Zlatan Sremec. U prosinac-kom broju 1946. časopisa „Narodno zdravje“ objavljena je Nikolićeva pozdravna riječ na konferenciji neuropsihijatara. Nikolić je bio u uredničkom odboru mjesecanika za primjenjenu medicinu „Medicinski glasnik“ pokrenutoga u Beogradu u listopadu 1946. U uvodnom članku, u broju za siječanj 1947., Nikolić se založio za bolju suradnju stručnjaka za zarazne bolesti („infekcionisti“) s

epidemiologizma i bakteriozima, a u ožujku je pisao o potrebi planiranja zdravstvene službe. Za travanj je napisao uvodnik „Medicina i svjetski mir“ u kojem je iznio svoju analizu vrijednosti prehrane u logoru Jasenovac.

Za „naročite zasluge u izgradnji socijalizma i socijalističkih samoupravnih odnosa, za organiziranje i učvršćivanje općenarodne obrane, sigurnosti i nezavisnosti zemlje, kao i za zasluge u oblasti privrede, nauke i kulture“ dr. Nikolić je odlikovan Ordenom zasluge za narod I stupnja (među jugoslavenskim odlikovanjima deseto po vrijednosti). Primio je i francuski orden „Officier de l'Ordre de la sante publique“, Orden SSSR-a „Za boevie zaslugi“ i Orden Danskog CK (Dansk rode kors).

Nikolić je objavljivanje svojih sjećanja na događaje u Jasenovcu smatrao moralnim zavjetom, ispunjavanjem vlastitoga duga prema žrtvama toga logora, ali i vlastitim prilogom dalnjem osvjetljavanju fašizma i njegovih zločina. „Čim sam bio zamjenjen, stao sam zapisivati u svoj ratni dnevnik sva sjećanja na te događaje i sabirati građu za opis goleme nesreće naših naroda... Nastojao na sve moguće načine prikupiti što više podataka o fra Filipoviću, zvijeri koju sam upoznao u Jasenovcu. Pregledao sam 4. listopada 1943. bolesno dijete nekog gradanina u Jajcu, rođaka fra Filipovića, i od njega dobio njegovu fotografiju... Odmah poslije oslobođenja počeo sam sabirati daljnju dokumentaciju od svojih preživjelih supatnika. Često se nisam mogao osloniti na izjave pojedinaca nego sam neke kontradiktorne podatke morao provjeravati putujući u razna mjesta i po više puta...“. Nakon što su britanski vojnici uhitili fra Majstorovića kod Celovca i predali ga partizanima, vraćen je u Zagreb, a dr. Nikolić ga je posjetio 26. svibnja 1945. u zatvoru na Savskoj cesti. Ispitivao ga je među ostalim o ubojstvu dr. Bocaka. Nakon rata posjetio je Jasenovac (u svibnju 1945. te 20. travnja 1947.). Njegov 15-godišnji sin Sergije fotografirao je tada još pronadene tragove logora. Želio je podsjetiti da su u Jasenovcu životom platili i njegove kolege liječnici dr. Milo Bošković

(1911.-1944.), dr. Marin Jurčev i supruga dr. Marija Jurčev, dr. Katz, dr. Gusti Leindorfer, dr. Vinko Klein, veterinar Dubrovčanin dr. Ivo Dražančić. U sljedećim će desetljećima objaviti nekoliko knjiga te niz članaka i novinskih feljtona o žrtvama Jasenovca.

Zdravstveno stanje u Bosni i Hercegovini po mnogo je čemu bilo najlošije u poslijeratnoj FNRJ. Na jednog liječnika u BiH dolazilo je 7.176 stanovnika i po tome je BiH bila iza svih ostalih republika, a ispred Kosova (jedan liječnik na 12.500 stanovnika). U Bosni i Hercegovini bilo je 9 kotara bez liječnika,

tar Komiteta za zaštitu narodnog zdravlja Vlade FNRJ. Fakultet je otvoren u studenom 1946., a promocija prvih doktora održana je 27. ožujka 1953.

Ministar zdravlja NRH dr. Aleksandar Kuharević (1898.-1989.) imenovan je 25. veljače 1947. i dr. Nikolića, tada još u Komitetu narodnog zdravlja u Beogradu, u Naučno-medinskih savjet.

Sredinom 1947. vratio se dr. Nikolić u Zagreb na mjesto glavnog sanitarnog inspektora NR Hrvatske. Uključio se u rad Društva za kulturnu suradnju Hrvatske s SSSR-om. U

Domu kulture „Vladimir Nazor“ (bivše „Kolo“) na Trgu Maršala Tita u Zagrebu održao je 17. lipnja 1947. predavanje „Razvitak sovjetskog zdravstva“ – kratak prikaz razvoja sovjetskog zdravstva i osnovne principe na kojima se temelji zaštita zdravlja u Sovjetskom Savezu. Ulaz slušateljima bio je besplatan. Uz glavnog urednika dr. Josipa Rasuhina (1892.-1975.) i prof. Štampara, bio je u uredničkom odboru „Higijene i tehničke“, novog časopisa Sanitarne inspekcije NR Hrvatske pokrenutog početkom 1948. godine. U prvom trobroju (siječanj-ožujak 1948.) napisao je uvodni članak „Naš pravac“. Sudjelovao je na konferenciji sanitarnih inspektora NRH 15.-18. siječnja 1948. a svoj prilog s konferencije „Planiranje sanitarno-protivepidemiske službe“ objavio je u drugom trobroju „Higijene i tehničke“.

Prva Nikolićeva dokumentarna knjiga „Jasenovački logor“ (450 str.) tiskana 1948. godine u Zagrebu, izdanje GZH-a, obuhvatila je manje od četvrtine predanog rukopisa. Slijedila je 1964. godine knjiga „U paklenom kotlu“ (122 str.), tiskana u Belom Manastiru, u kojoj je opisana jedna od mnogobrojnih epizoda terora u jasenovačkom

dok je u većini drugih, zdravstvena služba počivala na njemačkim liječnicima, zarobljenicima. Na memorandum poslijeratnog ministra zdravlja BiH dr. Nedea Zeca (1899.-1971.), sarajevskog neuropsihijatra koji je 1942-1943. bio zatvoren u Jasenovcu, odgovoren je formiranjem Povjerenstva za osnutak Medicinskog fakulteta u Sarajevu (22. svibnja 1946.). Prvi među 9 članova bio je dr. Nikolić, sekre-

tor Komiteta za zaštitu narodnog zdravlja Vlade FNRJ. Fakultet je otvoren u studenom 1946., a promocija prvih doktora održana je 27. ožujka 1953. Ministar zdravlja NRH dr. Aleksandar Kuharević (1898.-1989.) imenovan je 25. veljače 1947. i dr. Nikolića, tada još u Komitetu narodnog zdravlja u Beogradu, u Naučno-medinskih savjet.

Sredinom 1947. vratio se dr. Nikolić u Zagreb na mjesto glavnog sanitarnog inspektora NR Hrvatske. Uključio se u rad Društva za kulturnu suradnju Hrvatske s SSSR-om. U Domu kulture „Vladimir Nazor“ (bivše „Kolo“) na Trgu Maršala Tita u Zagrebu održao je 17. lipnja 1947. predavanje „Razvitak sovjetskog zdravstva“ – kratak prikaz razvoja sovjetskog zdravstva i osnovne principe na kojima se temelji zaštita zdravlja u Sovjetskom Savezu. Ulaz slušateljima bio je besplatan. Uz glavnog urednika dr. Josipa Rasuhina (1892.-1975.) i prof. Štampara, bio je u uredničkom odboru „Higijene i tehničke“, novog časopisa Sanitarne inspekcije NR Hrvatske pokrenutog početkom 1948. godine. U prvom trobroju (siječanj-ožujak 1948.) napisao je uvodni članak „Naš pravac“. Sudjelovao je na konferenciji sanitarnih inspektora NRH 15.-18. siječnja 1948. a svoj prilog s konferencije „Planiranje sanitarno-protivepidemiske službe“ objavio je u drugom trobroju „Higijene i tehničke“.

Prva Nikolićeva dokumentarna knjiga „Jasenovački logor“ (450 str.) tiskana 1948. godine u Zagrebu, izdanje GZH-a, obuhvatila je manje od četvrtine predanog rukopisa. Slijedila je 1964. godine knjiga „U paklenom kotlu“ (122 str.), tiskana u Belom Manastiru, u kojoj je opisana jedna od mnogobrojnih epizoda terora u jasenovačkom logoru, dio rukopisa koji nije ušao u prvu knjigu. Daljnji dio rukopisa objavljen je 1969. pod naslovom „Taborišće smrti Jasenovac“ (400 str.) u izdanju Založbe „Borec“ u Ljubljani na slovenskom jeziku. Zatim je u 5.500 primjeraka pod naslovom „Jasenovački logor smrti“ 1975. objavio u Sarajevu (422 str.). Dogovarao je 1979. i 1980. ponovno izdavanje svoje knjige, no to nije ostvareno.

Uknjizi „Otrocis Kozare“ (140 str.), objavljenoj s predgovorom Karelom Grabevšekom u Ljubljani 1975. godine, obznanio je da je prve vijesti o stradanju djece na Kozari i u logoru u Zagreb donijela jedna časna sestra i tako pokrenula akciju koju je poslije požrtvovno i samozatajno vodila gđa Diana Budisavljević rođ. Obexer (1891. – 1978.), supruga uglednog prof. dr. Julija Budisavljevića (1882. – 1981.), šefa zagrebačke Kirurške klinike. U hrvatskom prijevodu su „Kozaračka djeca – Jasenovački logor“ (130 str.) objavljena u Zagrebu 1979. godine.

Goli Otok

Svoju je suradnju sa kolegama u Sarajevu intenzivirao i postao profesor na Medicinskom fakultetu. Uhićen je u Sarajevu 4. svibnja 1949. te nakon ispitivanja kažnen je s 24 mjeseca administrativne kazne (bez sudjenja). Godinu dana bio je u zatvoru u Sarajevu, a zatim u ljeto 1950. upućen na Goli otok. (Prvi zatvorenici su na Goli Otok pristigli 9. srpnja 1949.). U sjećanjima s Golog otoka prof. dr. **Ivan Antunac-Čičin** spominje da je i Nikolić morao biti u špaliru kojim su dočekivani novoprdošli zatvorenici, ali nije sudjelovao u njihovom premlaćivanju. Usprkos prijetnjama Udbinskih oficira držao je ruke spuštene, premda je bio svjestan opasnosti da i sam bude natjeran u tu „kravu stazu“. Pored ostalih strahota borio se u travnju 1951. i s epidemijom tifusa pjegavca, tijekom koje je umrlo oko 230 logoraša. Nikolić je s Gologa otoka pušten 27. studenoga 1951. Izvan zatvora našao se poslije više od 30 mjeseci od uhićenja.

Izlaz je u radu

Nakon članka „Ophtalmooestriasis externa (Conjunctivitis parasitaria)“ objavljenog 1952. u „Arhivu za higijenu rada“, glasilu Akademijinog Instituta za medicinu rada u Zagrebu, slijedio je, u razdoblju 1953. do 1959., niz članaka u sarajevskom „Medicinskom arhivu“ u kojima je kao adresa autora zapisan bio Zagreb. U Sarajevu je, pored toga, objavio i knjige „Higijena društvene ishrane“ (tom I-II, str. 479, 1955. i tom III-IV, str. 428, 1959.), te „Dijietetika i fiziologija probave“ (str. 276) 1967. godine. U sarajevskom „Jugoslovenskom oftamološkom arhivu“, pokretač i urednik bio je akademik **Vladimir Čavka** (1900. – 1984.), objavio je Nikolić 1967. članak na francuskom jeziku pod naslovom „Les manifestations cliniques des processus biochimique de lavue“. Uz ime autora stajala

1185. 8/	Prof. K. Nikolic	
1186. 9/	Bacteri. Infektion	
1187. 10/	Krankenhaus u. Krankenhaus	
1188. 10/	Bacteri. Infektion	
1189. 10/	Prof. Dr. M. Nikolic	
1190. 10/	Dr. M. Nikolic	

je titula prof. dr., a adresa je bila Zagreb. U tome je razdoblju bio profesor na Medicinskom fakultetu u Sarajevu, premda njegova imena nema u nedavnoj publikaciji o 60. obljetnici MEF-a u Sarajevu. Uredio je nekoliko izdanja popularnog zdravstvenog priručnika „Liječnik u kući“ izdanog u Zagrebu i u Ljubljani.

Agrarno-ekonomsku analizu podataka do bivenih anketom provedenom u ime «Škole narodnog zdрављa» od 1939. do početka rata 1941. godine o društveno-ekonomskim odnosima, stanju prehrane seoskog stanovništva i proizvođača prvenstveno hrane, dovršio je Nikolić u knjizi «Kronika župe Bistre – i agrarno-ekonomска struktura Bistranske Poljanice». Iz predgovora napisanog u Zagrebu 15. listopada 1960. doznajemo da je prvi koncept raspodjele i plan obrade ovog rada, prije rata, pregledao Otokar Keršovani (1902.-1941.), po čijem su savjetu učinjene neke izmjene i poredak u rukopisu.

Rad na projektu bio je tijekom rata prekinut, a neki od suradnika u obradi podataka su poginuli. Nakon rata je statističke i demografske podatke obradio i tabelarno prikazao dr. **Srećko Mihalić** (1890. – 1977.), šef statističkog odsjeka CHZ-a. Knjigu (172 str.) objavio je Nikolić 1962. u ediciji «Grada za gospodarsku povijest Hrvatske», koju je 1951. pokrenuo prof. dr. Mijo Mirković, poznati ekonomist i pjesnik (Mijo Balota), od 1947. godine redovni član JAZU, te do 1962. uredio sveukupno 14 radova.

Nikolićevo supruga Marta umrla je u Zagrebu 5. ožujka 1970. u 75. godini života te pokopana na Mirogoju. On je umro u Zagrebu, a pokopan je na Krku.

Epilog

Čovjek knjige, poznavatelj ljudskih duša, čovjek koji je bio u austrougarskom zatvoru, u ruskom zarobljeničkom logoru, u zatvoru stare kraljevske Jugoslavije i koji je o osam mjeseci pakla Jasenovca objavio više od tisuću stranica, šutio je o svojih trideset mjeseci boravka na Golom otoku.

No u više članaka (neki i u stranim publikacijama) i knjiga iznosio je vlastite spoznaje o posljedicama gladovanja, avitaminозa i drugih metaboličkih promjena stećene, kako je navodio, u logoru Jasenovac, ali bilo je tu i onoga što je video i doživio na Golom otoku.

Tek je dvije godine nakon njegove smrti srpski književnik **Dragoslav Mihailović** (r. 1930.), koji je i sam pod optužbom za proruske stavove bio na Golom otoku 1950. godine, objavio razgovor o golotočkim iskustvima koji je vodio s dr. Nikolićem 1984. u Zagrebu.

Tekst je najprije objavljen u četiri nastavka u beogradskim „Književnim novinama“ 1888., a zatim pod naslovom „Bosanski lonac“ u knjizi «Goli otok» 1990. ●



Palmira - u zadnji čas!

Prof. dr. Željko Poljak

O vih dana čitamo da je nova Islamska država osvojila grad Palmiru u Siriji, jednu od arheološki najvrednijih i najzanimljivijih lokacija na svijetu. Ako je istina da su tamošnjem arheologu odrubili glavu te da dinamitom i buldožerima ruše dragocjene antičke spomenike, moram biti sretan što sam prije toga, u zadnji čas, imao priliku upoznati fantastično blago Palmire. Taj nekoć bogat i velik grad, s originalnom kulturom, nalazi kojih 300 km sjeveroistočno od Damaska, kao oaza usred Sirijske pustinje. Po arheološkom bogatstvu nadmašuje glasovitu Petru u susjednom Jordanu.

Ne tako davno posjet Palmiri morao se organizirati na ekspedicijski način, ali zahvaljujući pustinjskoj cesti koju je dao probiti vlastodržac Asad, danas se do nje može doći vozilom, doduše, s obzirom na njenu kvalitetu, na ponešto pustolovan način. Sigurnost putnika osigurava na svakih pedesetak kilometara karavanski han gdje se mogu unajmi-



Pustinjska cesta (cesta?) do Palmire



ti deve. Dodajmo tome zanimljivo zapažanje da je u Siriji do nedavna vladala najveća vjerska sloboda od svih arapskih zemalja. Tako je npr. usred Damaska, gdje je svaki metar tla bajoslovno skup, država financirala izgradnju kršćanske škole i crkve (vode je libanonske redovnice), još k tome s vlastitim parkom i šetalištem. To je još jedan primjer da se ljudi ne treba dijeliti na „dobre“ i „loše“ momke nego utvrditi što je svaki pojedini od njih uradio dobro, a što loše.

Palmira je stara oko tri tisuće godina i u starom Orijentu bila jedan od najvećih i najvažnijih gradova. U njezinoj burnoj povijesti najzanimljivija je legendarna kraljica Zenobija. Palmira je bila glavni grad njezine države koja se prostirala od Male Azije do Egipta. Rimski car Aurelian zarobio ju je 271. godine i odveo u Rim, gdje je uskoro umrla, a nakon toga Palmira postaje običan provincijski gradić. Danas se, na arapskom, naziva Tadmor. Za vrijeme našeg posjeta Tadmor je imao nekoliko stotina stanovnika i jedan pristojan

hotel, ali i takovo arheološko bogatstvo, iz različitih epoha, da je trebalo nekoliko dana za obilazak najvažnijih građevina.

Tko zna što će od svega toga ostati ako se razaranje Palmire nastavi.

Na fotografijama uz ovaj članak nekoliko je najvažnijih građevina antičke Palmire, no one danas možda više ne postoje. ●



Dr. Juraj Amšel, trostruki vaterpolo olimpijac i rekorder po dužini sportskoga staža

Eduard Hemar



Nakon Henrika Kumara i Duška Katunarića predstavljamo i trećeg liječnika iz trolista velikih vaterpolista koji su pripadali istoj generaciji. **Juraj – Jura Amšel** rođen je 17. prosinca 1924. u Zagrebu. Odrastao je u građanskoj obitelji na zagrebačkom Horvatovcu. Njegovi roditelji Đuro i Ivka, rod. Plavec, bili su rodom iz Zagreba. Prijeklo Amšela seže u Sjevernu Italiju kada su se prezivali Komezel. Oko 1800. prvi Amšeli su se doselili na područje Hrvatske, najprije u Karlovac i potom u Zagreb te promijenili prezime u današnje. Jurin otac Đuro Amšel bio je kao srednjoškolac 1906. jedan od sedmorice inicijatora i osnivača Hrvatskog športskog kluba Concordia, jednog od najznačajnijih zagrebačkih sportskih klubova u prvoj polovici XX. stoljeća. Đuro Amšel je potom sudjelovao u Prvom svjetskom ratu i zbog posljedice ranjavanja ostao bez jednog oka. Zbog toga je nakon rata bio u vojnoj mirovini a njegova se supruga bavila poduzetništvom. Vodila je trafiku na Kvaternikovom trgu i potom bila vlasnica trgovine štikeraja u Dugoj ulici. Jura Amšel je pohađao I. Klasičnu gimnaziju u Križanićevu ulici. Njegovi školski kolege u istoj generaciji bili su poslije ugledni liječnici: **Vladimir Baudoin** (ginekolog), **Fedor Stančić Rokotov** (neurolog), **Mladen Štulhofer** (kirurg) i **Dragutin Devunić** (opća praksa). Nakon mature 1943. ta je generacija unovačena u hrvatsko domobranstvo i poslana u Slavonski Brod. Po završetku Drugog svjetskog rata Jura se upisao na MEF u Zagrebu i diplomirao razmjerno kasno, u 35. godini života (1959.) zbog obveza za vrijeme aktivne sportske karijere.

Svoju sportsku karijeru Amšel je započeo kao 14-godišnjak 1939. u Hrvatskom sportskom klubu Marathon. Postao je vaterpolo vratar u izuzetno talentiranoj generaciji o kojoj smo već više puta pisali u LN-u. S njim su u ekipi igrali dr. **Henrik Kumar**, dr. **Damir Primožić**, Aleksandar Seifert i Hrvoje Petrović. Svi su oni poslije, u poratnom razdoblju, osim dr. Primožića ostvarili značajne sportske karijere kao sportaši, treneri i sportski djelatni-

ci. Po uspostavi NDH 1941. Marathon se fuzionirao sa Zagrebačkim plivačkim klubom i tako je nastao Hrvatski športski klub Zagreb. Velik broj uspješnih sportaša iz tada okupiranih dijelova Hrvatske stigao je u Zagreb. Sa Sušaka koji je okupirala Italija, stigla je u Zagreb skupina iskusnih plivača i vaterpolista predratnog državnog prvaka Victorije. Među njima je bio i vaterpolo vratar Karol Vidmar koji će 1945. tragično završiti život prilikom povlačenja domobranaških postojbi iz Zagreba prema Bleiburgu. Četiri godine stariji Vidmar

je Jura s nepunih dvadeset godina postao prvi vratar HŠK-a Zagreb.

Godine 1944. održano je Prvenstvo Zagreba u plivanju i vaterpolu, dok na državnoj razini prvenstva u vaterpolu nije bilo. Igralo se turnirskim sustavom. Pobjedila je ekipa Zagreba A s 3 boda ispred Zrakoplovca s 2 i Zagreba B s 1 bodom. Za pobjedničku ekipu nastupili su: vratar Juraj Amšel i igrači Hrvoje Petrović, Duško Katunarić, Boris Potočnjak, Henrik Kumar, Mirko Mirković i inž. Bašić. Za ekipu Zrakoplovca uz Vidmara su nastupali odlični vaterpolisti iz Dubrovnika braća Ivo i Lovro Štakula te Ivo Stella, zatim braća Strmac iz Zagreba itd. Za vrijeme NDH vaterpolo reprezentacija Hrvatske odigrala je tri susreta protiv Slovačke (o tim susretima je već pisano u LN). Prvi vratar reprezentacije na sva tri međudržavna dvoboja bio je Karol Vidmar. Paralelno su igrali i susreti gradske reprezentacije Zagreba. U kolovozu 1943. odigran je vaterpolo susret reprezentacija Zagreba i Bratislave. Susret je održan na bazenu na Savi i pobijedila je domaća reprezentacija Zagreba sa 6:2. Za Zagreb su nastupili: Amšel, ing. Bašić, M. Mirković, ing. Đ. Tomić, Ivančević, B. Strmac i I. Štakula. Za Zagreb su tada igrala dvojica budućih olimpijaca Jura Amšel i Ivo Štakula.

Nakon Drugog svjetskog rata osnovani su novi klubovi u Zagrebu među kojima je svakako najveći i najznačajniji bio Akademski sportski klub Mladost. U njegovom vaterpolo klubu oformila se od samih početaka djelovanja kvalitetna vaterpolo ekipa koja se borila s tada najboljim klubovima u Hrvatskoj i Jugoslaviji. U toj su ekipi veliku ulogu igrala i trojica liječnika: Amšel, Katunarić i Kumar. Sva trojica su najprije bili odlični igrači Mladosti a poslije i uspješni treneri. No među njima je najuspješniju sportsku karijeru imao Amšel. Najprije je petnaestak godina bio prvi vratar Mladosti. U tome je razdoblju njegov klub postigao zapažene rezultate na državnim prvenstvima iako nikada nisu postali prvaci. Bolji od njih su bili vaterpolisti Juga iz Dubrovnika te Jadran i Mornara iz Splita.



Vaterpolist Jura Amšel

odmah je postao prvi vratar HŠK-a Zagreb a Amšel je bio njegova zamjena. Tako je bilo sve do srpnja 1944. kada je pod vodstvom legendarnog nogometnog i hazena trenera HŠK-a Concordia Bogdana Cuvaja u Zagrebu osnovan Plivački klub Zrakoplovac. Članovi Zrakoplovca postali su mnogi reprezentativci koji su služili vojsku u zrakoplovnim postrojbama. Među njima je bio i Karol Vidmar i tako

Vaterpolo reprezentacija Zagreba koja je 1943. pobijedila Bratislavu 6:2. S lijeva: Dragutin Bašić, Mirko Mirković, Jovan Đan Tomić, Juraj Amšel, Ivančević, Boris Strmac i Ivo Štakula



Drugo mjesto na Prvenstvu Jugoslavije Mladost je osvojila 1949. i 1955. U tom su razdoblju za Mladost, uz Amšela, nastupali mnogi istaknuti vaterpolisti: Mlikotin, Katunarić, braća Strmac, Stipetić, Ježić, Somogyi, Janečović, Šuste, Puharić, Branica, Šimenc, Žužej, Korpes, Šilović itd.

Paralelno s nastupima za Mladost Amšel je od 1947. do 1956. bio stalni član reprezentacije Jugoslavije. Do 1951. trener državne vaterpolo vrste bio je Filip Bonačić koji je bio i trener u Mladosti a nakon njegova odlaska u emigraciju 1951. trenersko mjesto je preuzeo Božo Grkić. Bila je to iznimno talentirana i trofjena generacija, gotovo isključivo sastavljena od igrača iz hrvatskih klubova. Kao što je za vrijeme NDH Amšel imao veliku konkurenčiju u sušačkom vrataru Karolu Vidmaru, tako je u posljерatnom razdoblju imao još većeg konkurenta u nedavno preminulom Zdravku Ćiri Kovačiću koji je, kao i Vidmar, potekao iz sušačke Victorije. Iako je Amšel bio odličan i pouzdan vratar treba priznati da je Kovačić u to vrijeme bio jedan od najboljih svjetskih vrataara. Iz toga razloga Juraj je odigrao samo 27 utakmica za reprezentaciju a čak 80 puta bio je pričuva Kovačiću. No između njih dvojice je, usprkos sportskom rivalstvu, vladalo veliko prijateljstvo pa je Kovačić postao Amšelu i vjenčani kum. Zajedno su nastupili za Jugoslaviju na mnogim velikim natjecanjima i osvojili brojne medalje. U to su vrijeme vaterpolisti Jugoslavije bili među najboljima na svijetu. Zahvaljujući jakoj reprezentaciji i svojoj individualnoj kvaliteti Amšel je nastupio čak tri puta na



Vjenčanje Vere Lang i Juraja Amšela 1954. u Zagrebu. S lijeva: kum Joško Jelovac, Vera Lang, Juraj Amšel i kum Zdravko Ćiro Kovačić

Olimpijskim igrama i osvojio dvije medalje. Prvi puta je sudjelovao na olimpijadi 1948. u Londonu i potom 1952. u Helsinkiju i 1956. u Melbournu. U Helsinkiju i Melbournu osvojio je srebrnu medalju. Uz to je najveći uspjeh s Jugoslavijom postigao 1953. u Nijmegenu kada je na turniru Trofeo Italia, koje se smatralo neslužbenim prvenstvom svijeta, osvojeno prvo mjesto. Nastupio je i na Europskom prvenstvu 1947. u Monte Carlu, 1950. u Beču (brončana medalja) i 1954. u Torinu (srebrna medalja) te na Balkansko-srednjoeuropskom prvenstvu 1947. u Budimpešti (srebrna medalja). Zbog svih tih uspjeha dobio je nakon završetka igračke karijere zvanje Zasluznog sportaša Jugoslavije.

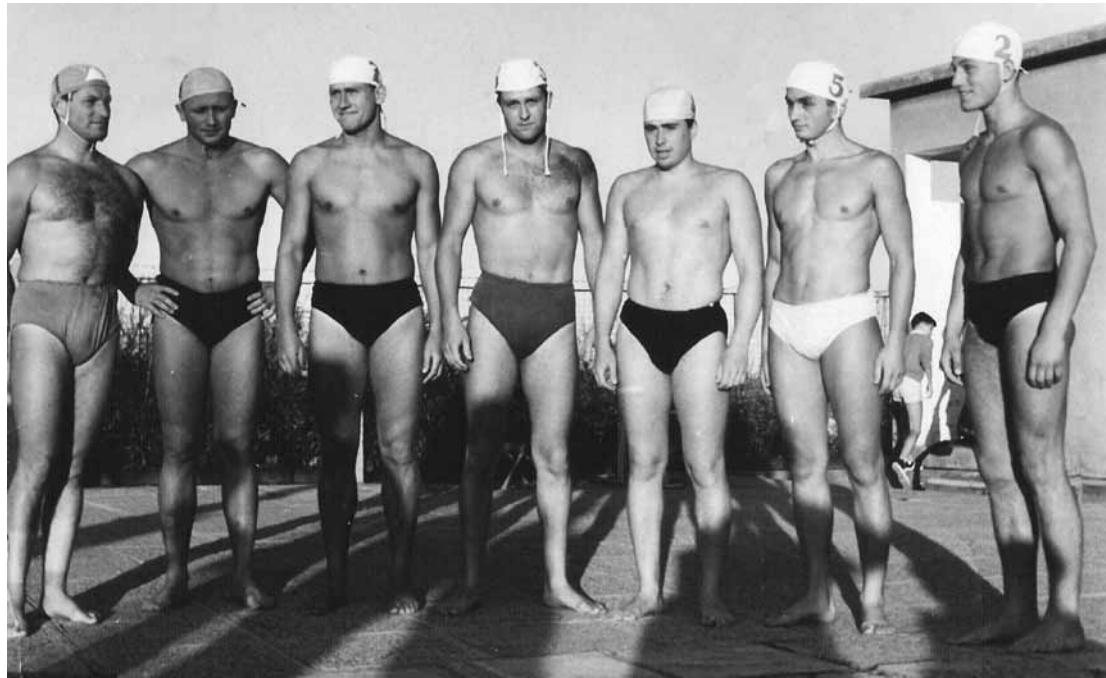
Krajem 1950-ih godina, nakon završenog studija medicine, Amšel postaje prvi trener ekipi Mladosti i nastavlja svoju uspješnu

sportsku karijeru. Sve ono što je kao sportaš u rezultatskom smislu propustio sa svojim klubom nadoknadio je kao trener. Pod njegovim vodstvom stasala je jedna od najtalentiranijih generacija u povijesti zagrebačkog vaterpola, u kojoj su glavni protagonisti bili: Ozren Bonačić, Karlo Stipanić, Miroslav Poljak i Zoran Janković. Sva četvorica su 1968. u Meksiku postali olimpijski pobijednici u vaterpolu, s time da je jedino Janković to ostvario kao član beogradskog Partizana a ostala trojica kao članovi Mladosti. U toj generaciji Mladosti zaslužan je i za karijere dobrih klupske igraca: Vladimira Legardića, Zorana Fulgožija, Mladenca Veržija i dr. Uz navedene tada su, pod Amšelovim vodstvom, igrali za Mladost i Mladen Jonke (sin jezikoslovca i prevoditelja Ljudevita Jonkea), izvrsni plivač Milan Jeger te reprezentativci Marijan Žužej, Zlatko Šimenc i Ivo Trumbić. S dovršenjem zimskog bazena 1959. ekipa Mladosti stekla je uvjete za vrhunske rezultate. Pod vodstvom trenera Amšela osvojila je prvo Prvenstvo Jugoslavije u povijesti kluba 1962. kao i Zimsko prvenstvo države 1961. i 1962. U prvom tada još neslužbenom Kupu europskih prvaka u sezoni 1962/63. Mladost je u Stasbourg osvojila drugo mjesto. Nakon svih tih uspjeha Amšel se povukao s mjesta trenera Mladosti i s prepustio ga Marijanu Žužetu. Jurina zasluga za stvaranje šampionske generacije Mladosti, koja će kroz nekoliko godina postati četverostruki Europski prvak, bila je iznimna, makar je danas pomalo zaboravljena. Pošto nije mogao bez vaterpola, prešao je u drugi zagrebački klub Medveščak u kojem je vodio prvu ekipu od 1968. do 1970. Nakon toga je završio sportsku karijeru.

Kada se sagleda cijela sportska karijera dr. Amšela kao sportaša i trenera može se zaključiti da je bila iznimna. Među hrvatskim lijećnicima teško je naći osobu koja je bila toliko dugo prisutna u vrhunskom sportu i koja je postigla takve rezultate, a uz to i tri puta sudjelovala na najvećem sportskom natjecanju kao što su Olimpijske igre. Za svoj doprinos u sportu dr. Amšel je dobio Nagradu fizičke kulture Zagreba 1966. Treba na kraju spomenuti da je još jedan poznati zagrebački sportaš i poslije ugledan stomatolog te dekan Stomatološkog fakulteta u Zagrebu prof. dr. Vladimir Amšel bio po očevoj liniji Jurin bratić. Tako je obitelj Amšel ostavila velik trag u zagrebačkom i hrvatskom sportu.

Amšel je nakon završetka Medicinskog fakulteta u Zagrebu 1965. završio specijalizaciju opće medicine i bio je zaposlen u Domu zdravlja Medveščak. Bio je predan svome

HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI



**Ekipa vaterpolista
Mladosti koja je
nastupila na susretu
protiv Mornara iz Splita,
17. srpnja 1956.
u Zagrebu.
S lijeva: Juraj Amšel,
Zdravko Ježić,
Marijan Žuzej,
Ivo Pušarić,
Jozo Šuste,
Zdravko Žagar
i Zlatko Šimenc**

liječničkom zvanju i često je prema potrebi odlazio u kućne posjete svojim pacijentima. Objavio je nekoliko znanstvenih i stručnih radova. Još za vrijeme gimnazijskih dana pjevao je u malom komornom zboru pod vodstvom dirigenta i uspješnog sportaša **Rudolfa Matza**. Kada je u svibnju 1971. osnovana Glazbena sekcija Zbora liječnika postao je član muškoga pjevačkog zbora "Zagrebački liječnici pjevači". Dugo je bio aktivna u tom zboru. Preminuo je 7. kolovoza 1988. u 64. godini života i pokopan na zagrebačkom groblju Mirogoju. Njegovim silaskom sa životne scene otišao je i posljednji veliki vaterpolist iz generacije u kojoj su još bili i njegovi kolege liječnici **Duško Katunarić** i Henrik Kumar.

Za kraj nekoliko riječi o Amšelovoj obitelji. U braku je bio dva puta. Prvi puta s Verom Lang, svestranom za-

grebačkom sportašicom i dipl. ing. biologijom, a u drugom braku s Vjeročkom rođ. Sisgoreo, stomatologinjom. Imao je troje djece, dvije kćerke i sina. Sin **Dalibor Juraj Amšel** poznati je zagrebački stomatolog. ●

Izv.: Dokumentacija Vera Bauer iz Zagreba, osobna izjava dr. Dalibora Juraja Amšela iz Zagreba, dokumentacija autora.

Izv.: Sportski almanah Zagreba 1966, Zagreb; 1966; Hrvatsko akademsko športsko društvo Mladost, Zagreb, 1992; Alfred Negro, Športsko plivanje u Zagrebu do 1941. godine, Zagreb, 2006; Zdenko Jajčević, Olimpizam u Hr-

vatskoj, Zagreb, 2007; Zdravko - Ćiro Kovačić, Brže - više - jače, Rijeka, 2008.

Stoljeće vaterpola u Hrvatskoj, Zagreb, 2010.

Ispravak

U prošlom 141. broju, str. 76., na slici desno dolje je prim. Dubravčić sa svojom unukom a ne kćerkom



Reprezentacija

Jugoslavije na Olimpijskim igrama u Melburnu 1956.
Stoje s lijeva: nepoznat,
Vladimir Ivković, Ivo Cipci,
Zdravko Kovačić,
Zdravko Ježić, Ivo Štakula,
Božidar Vuksanović,
Božo Grkinić (trener),
Juraj Amšel, nepoznat,
čuće: Tomislav Franjković,
Hrvoje Kačić, Lovro
Radonjić i Marjan Žuzej

ŠTO JE POKAZALA ANKETA O „LIJEĆNIČKIM NOVINAMA“

Željko Poljak

Profesionalna agencija MSA, izabrana na javnom natječaju, provela je za potrebe Hrvatske lječničke komore istraživanje pod naslovom „Analiza stavova članova Komore o Komori“ metodom telefonske ankete (CATI) na uzorku od tisuću njegovih članova.

Ispitanici su odgovarali putem intervjuja (ne on-line i ne pisanim putem!), što se smatra najkvalitetnijim načinom prikupljanja podataka jer ispitanik može postaviti dodatna pitanja ako mu pitanje nije dovoljno jasno.

Prikupljeni odgovori bili su dostatni za izvedene zaključke, a kako su bile zastupljene sve kategorije Komore, anketa ima punu reprezentativnost.

Tijekom istraživanja provedena je kontrola varijabli po spolu, dobi, udjelu u pojedinim grupacijama liječnika u Komori i po broju liječnika u županijama. Na taj se način uzorak po svim relevantnim osobinama podudarao s populacijom liječnika u Hrvatskoj. Kao okvir za izbor uzorka upotrijebljen je popis članova Hrvatske liječničke komore, a izbor ispitanika bio je slučajan.

Anketno istraživanje provedeno je u razdoblju od 23. veljače do 11. ožujka, a obuhvaćena su tri veća tematska sklopa pitanja: percepcija o aktivnostima Komore, mišljenja o komunikacijskim strategijama Komore i upoznatost s ovlastima i poslovima Komore.

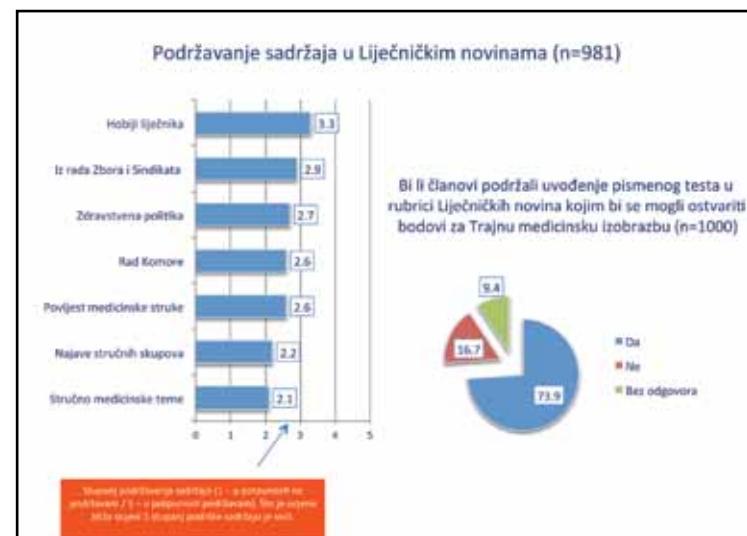
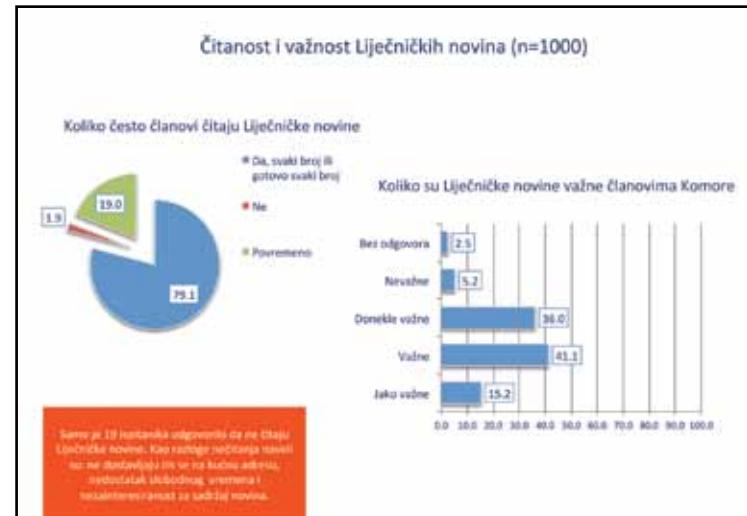
U drugom sklopu dio pitanja se odnosio na Lječničke novine (LN). Svi rezultati obrađeni su i grafički. Naravno da svakog urednika jako zanima mišljenje čitatelja pa evo nekoliko zaključaka, koji su također grafički prikazani.

Oko 80 % liječnika zadovljno je LN-om dok je samo dva posto izrazilo svoje nezadovoljstvo.

Više od 90 % članova informira se o aktivnostima Komore preko LN-a. Zanimljivo je da je najčitanija rubrika o hobijima kojima se bave liječnici, a najmanje čitatelja podržava stručne medicinske teme, možda zato što tu njihovu potrebu zadovoljavaju sva ostala medicinska glasila.

Oko 75 % članova podržava uvođenje pismenog testa u LN-u kojim bi se mogli stjecati bodovi za trajnu medicinsku izobrazbu. Uostalom, o svemu tome slikovito i opširno govore priloženi grafikoni.

Dakako, uredništvu gode rezultati ankete jer mu je to stanovita nagrada za uložen trud, ali ujedno i poticaj da naše čitatelje ne razočara ni u budućnosti. ●



Čudan znanstveni rad o balneoterapiji u Varaždinskim toplicama

Željko Poljak

Stigao nam je neobičan prijedlog autorske skupine iz Varaždinskih Toplica. Predlažu, uz napomenu „Revolucionarno otkriće - liječenje u Toplicama mijenja oblik i funkcioniranje naših gena!”, da se u „Liječničkim novinama“ prikaže njihov članak koji je izašao pod podugačkim naslovom „Učinkovitost balneoterapije/hidroterapije na funkcionalne sposobnosti, aktivnosti bolesti i kvalitetu života bolesnika s reumatoidnim artritisom“. Objavljen je 2014. kao izvorni znanstveni članak u Fiz. rehabilit. med. 2014;26 (3-4): 51-63 (http://hrcak.srce.hr/index.php?show=toc&id_broj=11568).

Imena autora ne spominjem jer ovaj urednikov kutak nije usmjeren *ad hominem* nego *ad rem*. Prijedlog je neobičan već zato što to dosad nije bila praksa, no kako je napisano publicističko pravilo da se po mogućnosti ne odbije autore kojih se prvi put javljaju, izlazimo im ovaj put ususret, s time da prikaz neminovno mora biti kritičan jer su LN glasilo za intelektualce s visokom stručnom spremom (kritici iznimno ne podliježu, barem ne strogo, sponzorirani članci i reklame).

Sažeto, autori su obradili 113 bolesnika s reumatoidnim artritisom koji su liječeni u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske toplice. Liječeni su prosječno 14 dana balneološki i hidrološki, ali istovremeno i medikamentno, nakon čega je u svih 113 bolesnika (!) utvrđeno značajno poboljšanje.

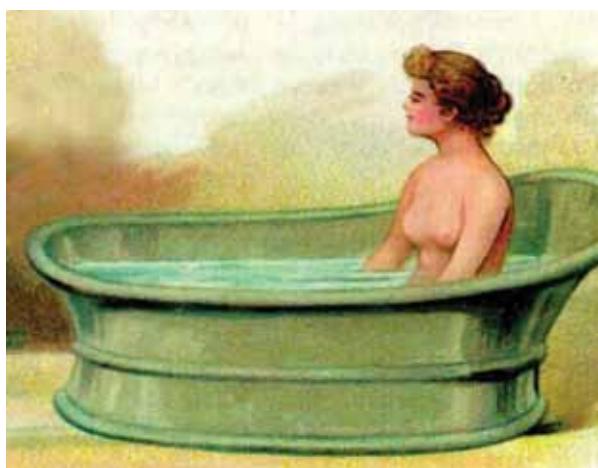
Sve do nedavna pripisivala se toplim izvorima specifična ljekovitost, koja se nekoć tumačila na mističan i magičan način, a u doba suvremene medicine mineralnim sastojcima. Danas se zna da je glavni ljekoviti faktor toplica toplina, dakle topla voda kakvu u naše doba imamo pri ruci u svakom gradanskom stanu.

Mineralni sastojci su sporedni, a neka svojstva toplih izvora, koja su nekoć iz marketinskih razloga bila reklamirana, danas se mudro prešućuju (npr. radioaktivnost izvora u Stubičkim toplicama). Autorima ovoga rada

valja priznati da nisu podlegli, kao mnogi dosad, milenijskoj predrasudi da su topli izvori nešto posebno i gotovo čudesno, nego su poboljšanje bolesti pripisali svojim balneološkim postupcima. Ali budući da je rad klasificiran kao *izvorni znanstveni*, treba mu prigovoriti zbog metodološkog nedostatka: bolesnici su istovremeno liječeni i medikamentno, pa se nikako ne može razgraničiti kolik dio poboljšanja bolesti treba pripisati lijekovima



Najveća antička nekropola, s tisućom sarkofaga, nalazi se (slučajno?) kod toplica Hierapolis (danasa Pamukkale u Anadoliji)



Balneoterapija u 19. stoljeću

a kolik balneološkim postupcima na kojima autori insistiraju. Stoga se može recenzentima postaviti pitanje na temelju čega su taj rad klasificirali kao *izvorni znanstveni* ako njegov rezultat nije nešto novo i medicini dosad nepoznato. Drugi je prigovor što autori u zaključku tvrde da njihova terapija „mijenja oblik i funkcioniranje naših gena preko promjena u DNA metilaciji i ekspresiji gena“, o čemu u radu iznose kao dokaz samo to da tako piše u časopisu „Epigenetics“ (vlasnici su mu Taylor i Francis iz Texasa), a ne kažu čak niti to jesu li te promjene za bolesnika pozitivne ili negativne.

Treći je prigovor što se zaključci o uspjehu terapije temelje na subjektivnoj procjeni pacijenta, pri čemu taj obično, svjesno ili ne-svjesno, rezultate uljepšava, i to iz dva razloga. Prvi je što misli da će povrijediti liječnika ako izjaví da mu od njegove terapije nije bolje, a drugi iz bojazni da mu nakon zaključka „stanje pogoršano“ ili „nepromijenjeno“ neće više biti odobreno liječenje u toplicama.

Kao primjer evo vlastitog iskustva. Nakon hepatitisisa B bio sam liječen u glasovitom kupališnom mjestu susjedne zemlje ispijanjem alkalične (!) mineralne vode, začudo zvane kiselica. Od nje mi se stanje pogoršalo zbog želučane hipoacidnosti, tipične nakon virusnog hepatitisisa. Čim sam prestao uzimati tu „zdravilnu vodu“ stanje mi se popravilo i na kraju boravka ipak sam otpušten kao „poboljšan“. Donekle i mojom krivnjom, jer sam na pitanje kolege koji je pisao otpusnicu rekao da mi je stanje bolje - ta zašto da mu kvarim veselje s profesionalnim neuspjehom? Iz druge balneološke ustanove otpuštena je moja majka kao poboljšana premda je za vrijeme liječenja dobila pneumoniju od koje je skoro umrla, a uzrokovane prehlagdom na putu od bazena do kreveta u svojoj sobi. Zaključit ću, ne bez ironije, da u otpusnicama redovito piše „stanje poboljšano“, s iznimkom onih bolesnika koji su tijekom liječenja slučajno - preminuli.

Raspravi podliježe i izjava autorâ na kraju članka da nisu u sukobu interesa, budući da njihovi osobni prihodi izravno ovise o balneološkoj ustanovi kojoj pripisuju uspjeh liječenja. Obrazovani čitatelji, a čitatelji „Liječničkih novina“ to jesu, ne prihvataju poput ostalog puka sve što je napisano kao „zdravo

za gotovo“ te stoga treba kritički odvagnuti svaku rečenicu prije nego se šalje u tisk.

Mit i stvarnost ljekovitih izvora

Svaka čast balneološkoj struci i njezinu golemom napretku u naše doba, ali naše toplice oduvijek imaju i svoju tamnu stranu: zbog slabašnih izvora njihovi bazeni za kupanje nisu protočni. Nije bez razloga što se u Hierapolisu (danasa Pamukkale, Anadolija), koji je zbog goleme količine tople vode slvio kao najbolja terma u cijelom Rimskom carstvu, ujedno nalazi i najveća antička nekropola s oko tisuću sarkofaga.

Francuski liječnik i putopisac **Baltazar Hacquet** ovako je 1798. kao očevladac opisao tadašnje liječenje u Varaždinskim toplicama (neka to preskoči čitatelj koji je gadljiv): „U zajedničkom bazenu nalazi se mnoštvo ljudi, čija su bolna tjelesa bila puna kravljih rogova, koji ondje umjesto čašica služe za puštanje krvi, iz kojih se krv ispraznjavalna u zajedničku kupku, tako da je kupka izgledala kao kravava kupelj“. A neka preskoči i sljedeće. Kad sam sredinom prošlog stoljeća kao kotarski liječnik u Pljevljima otišao u inspekciju da vidim tada popularnu Pribojsku banju (dolina Lima) iz koje su mi se bolesnici ponekad vraćali bolesniji nego su u nju otišli, bio sam zgranut. U bazenu koji nije bio protočan (!), a nalazio se u polumračnoj zaguljivoj prostoriji, bilo gotovo više ljudskog mesa nego vode. Svaki puni sat ulazila je u tu istu vodu sljedeća smjena bolesnika, koja je nestrljivo čekala na red – naizmjence muškarci i žene. U ženskoj smjeni neke su bolesnice, zbog neplovnosti, raznih infekcija i fluora vaginalis, improviziranim vaginalnim spekulima ispirale rodnicu, bez liječničke indikacije, na temelju usmene predaje. Otada zazirem



Baltazar Hacquet (1739-1815)

od svih toplica u čijim bazenima voda nije protočna, a takvi su, zbog slabašnih izvora, gotovo svi topički bazeni u Hrvatskoj. Iako se u njima voda nadzire i povremeno mijenja, ona je unatoč tome upitne kvalitete, što je ovisno i o disciplini pacijenata. U otološkoj praksi nerijetko sam znao impresionirati svog bolesnika s otitis eksternom kad sam ga na temelju mikrobiološkog nalaza upitao je li prošlog vikenda bio u tim i tim toplicama. Naime, neke su od njih imale svoju tipičnu „kućnu floru“.

Suprotan primjer, koji nam je vjerojatno geografski najbliži, jesu toplice tridesetak kilometara sjeverno od Virovitice, u madarskom pograničnom gradiću Barču. Voda u tamošnjem bazenu uvijek je čista jer je taj u vrijeme kupanja protočan. Ako službenik slučajno zaboravi otvoriti ventil, možete to sami učiniti i kupati se čak pod mlazom vode.

Unatoč zdravstvenom prosvjećivanju, u našem puku još uvijek tinja atavistička mistika zbog koje se ljekovitost toplica više pripisuje čudotvornosti toplog izvora nego tamošnjem specijaliziranom zdravstvenom

osoblju. A neke su toplice na glasu više zbog društvenog života nego zbog ljekovitosti. Stariji će se čitatelji, na primjer, sjetiti popularnoga pučkog stiha „Niška banja, topla voda, za mangupa prava zgoda!“

Završit ćemo romantičnom, gotovo ganutljivom odom Karlovim Varima (Karlsbadu) našega pjesnika **Alberta Webera** koja je zlatnim slovima uklesana u mramornu spomen-ploču postavljenu uz šetalište na obali rijeke Teple (tople rijeke), stotinjak metara od slične Goetheove ploče:

*Slava Tebi, vrelo zdravlja,
divot-čudo nad čudesi,
Dare, što ga smrtnicima,
poda Tvorac na nebesi!
Odsvud hrle Tebi puci,
svedjer raste ljudska rieka
Tražeći na Teple žalu,
bolovima svojim lieka.
Ponosan se vienac slave ponad
Tvoga čela zlati,
Unj Ti žele uplest cvjetak,
- čedan cvjetak i Hrvati.
U golemom svjetskom zboru,
kojno slavi u sto glasa
Čudotvorni Tvoj napitak
i bogatstvo Tvojih krasa,
IHrvati glas svoj dižu,
usrećeni Tvoji dari:
"Do viek vieka blagoslovni,
Karlov da cvatu Vari."*

Euforiju ovih stihova i njihov klimaks gotovo do egzaltacije, moguće je shvatiti samo ako se zna da su pisani prije više od jednog stoljeća, 1908. godine, u doba kad su mnogim teškim bolesnicima toplice bile posljednja nada. ●



Balneologija u 1. stoljeću



Balneologija u 21. stoljeću

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

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

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 2015.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 anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2015. godine
Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: djavor@medri.hr
Hrvatsko psihiatrijsko društvo - Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja - uloga liječnika PZZ - 140 radionica
Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Edukacija iz neurofiziološke tehnike - Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro - Klinika za neurologiju
Kontinuirana individualna edukacija
Pap Željka, tel.: 01/2388-352
200kn po danu edukacije

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr - rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi **Fulvii Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovo 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 „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak „Liječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogоворити 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 „Liječničkim novinama“.

Primjena harmoničnog rezaca 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 Rakic-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

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

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske naobrazbe nalazi se na www.hlk.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

HLZ, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju
Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju od 30 radnih dana
Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-310
9000,00kn

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.

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb

Mjesečno, tijekom 2015. 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 2015. 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 2015. 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 2015., druga srijeda u mjesecu

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Tečaj trajne edukacije iz ehokardiografije

KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za internu medicinu – Zavod za kardiovaskularne bolesti

Zagreb, tijekom 2015. – trajna edukacija

Doc.dr.sc. Dijana Delić-Brklačić, dr.med., tel.: 01/3787-111

12.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HD za akupunkturu (HLZ)

Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesečno (18 sati)

Dr. Maja Mustać, e-mail: info@akupunktura.hr, mob.: 091/4748-492

www.akupunktura.hr

15.000,00kn

Endokrinološki bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za endokrinologiju,

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr.sc. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014,

www.endokrinologija.com.hr

250,00kn

Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog vanjskog defibrilatora

HLZ, HD za reanimatologiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

Tatjana Pandak, mob.: 091/5618-814

500,00kn

Smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Kontinuirani tečaj 2015. – Nove smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Značaj liječenja osteoporoze

Dedal komunikacije d.o.o.

On-line www.e-medikus.com

Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka

Dr. Gordana Miličić

Individualna edukacija, svaka 3 tjedna

Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108,

e-mail: gmilicic55@gmail.com

5000,00kn

Kirurško liječenje hemoroidalne bolesti

KB Merkur

Zagreb, 01.12.2014. – 01.12.2015.

Dr. Kocman Ivica, mob.: 099/4888-271

Kontinuirano usavršavanje liječnika u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Istarska županija, 01.01. – 31.12.2015.

Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

Taktička vježba masovne nesreće

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Istra, 15.01.-18.12.2015.

Manuela Pokrajac Hajdarević, mob.: 098/9396-877

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Istra, 15.01.-18.12.2015.

Manuela Pokrajac Hajdarević, mob.: 098/9396-877

Edukacija liječnika obiteljske medicine o dijagnostici i liječenju spolno prenosivih bolesti u rizičnim populacijama

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije

Zagreb, 12.01. – 01.11.2015.

Dr. Šime Zekan, tel.: 01/2826-310, mob.: 091/4012-658

Kontinuirani tečaj 2015. – Nove smjernice u liječenju kroničnih rana – dekubitus

HLZ, HLD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Zbrinjavanje akutnih i kroničnih rana

KB „Merkur“
Zagreb, 01.01.-31.12.2015.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka II dio

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 02.02. - 31.12.2015.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-923

Farmakoterapija depresivnih poremećaja

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com
on-line, 15.04.-31.12.2015.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-907

Prevencija i racionalna farmakoterapija bolesti probavnog sustava

C.T. Poslovne informacije – Časopis Medix
test u časopisu Medix br. 116 - lipanj, srpanj, kolovoz 2015.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819,
www.medix.com.hr

Rad u savjetovalištu za HIV/spolno zdravlje – radionica za liječnike

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 01.05. - 31.12.2015.
Tatjana Nemeth Blažić, tel.: 01/4683-345

Lječnička samouprava u Europi – 20. obljetnica obnovljenog rada Hrvatske lječničke komore

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 01.06.-01.12.2015.
www.e-medikus.com
Zoran Milas, tel.: 01/3866-907

Andol – podsjetnik na klasik

PLIVA Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.07.-02.11.2015.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

Izabrana poglavlja iz urologije

PLIVA Hrvatska d.o.o.
on-line, 15.07.-01.11.2015.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

Akademix – Izazovi u liječenju atrijske fibrilacije

KOHOM
on-line, 09.07.-15.09.2015.
[http://ecme.bayer.hr/hr/ekspertski-kutak](http://ecme.bayer.hr/hr/ekspertski-kutak/meta/kontakt.html)

Minimalno invazivne metode u liječenju degenerativnih bolesti slabinske kralješnice – Postupnik dijagnostike i liječenja

HD za spinalnu kirurgiju, BC „Sestre milosrdnice“
Zagreb, 24.-25.09.2015.
Ivan Koprek, mob.: 091/6059-669
700,00/1000,00kn

5. kongres hrvatskih logopeda s međ.sud.

Hrvatsko logopedsko društvo
Osijek, 24.-26.09.2015.
Darija Hercigonja Salamoni, mob.: 091/4110-331
Članovi HLD-a, CPLOL-a i IALP-a - Rana registracija 800,00kn;
Kasna registracija 1000,00kn
Ostali – Rana registracija 1200,00kn; Kasna registracija 1400,00kn;
Studenti 400,00kn; Jednodnevna kotizacija 400,00kn

6. hrvatski kongres laboratorijske dijagnostike s međ.sud.

Hrvatska laboratorijska udruga – HLU
Primošten, 24.-27.09.2015.
Doc.dr.sc. Mirjana Stupnišek, tel.: 01/4580-626
Članovi HLU 750,00kn, ostali 1350,00kn

2nd International Monothematic Conference on Viral Hepatitis C

MEF Sveučilišta u Osijeku
Lug, 24.-27.09.2015.
Bojan Tovjanin, tel.: 031/512-800

Suvremene spoznaje iz korektivne dermatologije

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)
Zagreb, 25.09.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail:amzh@zg.t-com.hr

Edukacija za radnike koji rade s citostaticima

KBC Zagreb
Zagreb, 25.09.2015.
Mladenka Bašić, tel.: 01/2388-496,
e-mail: mladenka.basic@kbc-zagreb.hr

Multidisciplinarni pristup prijevremenoj ejakuaciji: Hrvatske smjernice za dijagnostiku i liječenje prijevremene ejakuacije

HD za seksualnu terapiju
Opatija, 25.-26.09.2015.
Josipa Rožman, mob.: 095/8019-871
550,00 i 450,00kn

Tečaj za osposobljavanje kandidata za nacionalne instruktore

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Krapinske toplice, 25.-26.09.2015.
Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362, e-mail: ana.stipetic@hzhm.hr

Advanced Paediatric Life support

Sekcija za pedijatrijsku i neonatalnu intenzivnu i urgentnu medicinu
Hrvatskog pedijatrijskog društva, HLZ- i MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 25.-27.09.2015.
Prof.dr.sc. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590,
e-mail: julije.mestrovic@gmail.com
2.200,00kn

RUJAN

25. znanstveni sastanak – Bolesti dojke

HAZU – Razred za medicinske znanosti, Odbor za tumore
Zagreb, 23.09.2015.
Vesna Očak-Sekulić, tel.: 01/4895-171, e-mail: vocak@hazu.hr
300,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

XVI Simpozij „Ortopedska pomagala 2015.“

Kl. Zavod za rehabilitaciju i ortopedска помагала KBC Zagreb i Društvo za protetiku i ortotiku - ISPO Croatia
Zadar, 25.-27.09.2015.
Biserka Tominić, tel.: 01/2367-901, e-mail: btominic@kbc-zagreb.hr
1150,00kn do 31.07.2015. (članovi ISPO i specijalizanti 1050,00kn,
pratnja 850,00kn, jednodnevna kotizacija za stručni skup 500,00kn)
Od 01.07.2015. kotizacija za sve sudionike i pratnju iznosi 1250,00kn

Hands-on Training: Musculoskeletal Ultrasound

HLZ, HD za ultrazvuk u medicini i biologiji
Zagreb, 25.-27.09.2015.
Sanja Ivančević, tel.: 01/4550-334
3750,00kn

6. memorijalni simpozij „Prof.dr. Miljenko Marinković“

HLZ, HD za hipertenziju
Vis, 25.-27.09.2015.
Sandra Karanović, tel.: 01/22388-271

2. stručni sastanak SB Sveti Katarina
Spec.bolnica za ortopediju, kirurgiju, neurologiju i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Sveti Katarina“
Zabok, 26.09.2015.
Mutak Sanja, bacc.med.sr., tel.: 01/2445-542

Medical Beauty Croatia

Kris Derma d.o.o.
Zagreb, 26.09.2015.
Kudin Sara, tel.: 01/8893-783
500,00/1500,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HLZ, HD za akupunkturu
Zagreb i Daruvar, 26.09.2015. - 11.09.2016.
Maja Mustač, mob.: 091/4748-492,
e-mail.: blaise676@gmail.com
15000,00kn

Europska radionica o komplikiranom tugovanju

Hrvatsko društvo za traumatski stres
Zagreb, 28.-29.09.2015.
Helena Bakic, mob.: 091/9569-695, e-mail: hbakic@ffzg.hr
500,00-1300,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 28.09.-02.10.2015.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

Ultrazvuk vratnih organa

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb
Zagreb, 28.09.-30.10.2015.
Prim.dr.sc. Zdenka Bence-Žigman, tel.: 01/2388-384
8000,00kn

Trening izvanbolničkih djelatnika hitne medicinske pomoći - doktora medicine, medicinskih sestara/tehničara

Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba
Zagreb, 28.-30.09.2015.
Iverka Brigljević, mob.: 091/4100-233

Imunosni mehanizmi na majčino-fetalnom spoju tijekom rane trudnoće

AMZH
Zagreb, 29.09.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, www.amzh.hr

Akutni palijativni pacijent u hitnoj medicini

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Požega, 30.09.2015.
Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362, e-mail: ana.stipetic@hzhm.hr

3. Medis InVent

Medis Adria d.o.o.
Zagreb, 30.09.2015.
Igor Ralić, tel.: 01/2303-446

Urološki problemi sa posebnim osvrtom na recidivne uroinfekcije i inkontinenciju

PharmaS d.o.o.
Slavonski Brod, 30.09.2015.
Ana Slavikovski, mob.: 099/3132-472

Generički instruktorski ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 30.09.-01.10.2015.
Dr. Tvrtko Pervan, tel.: 01/3313-031
1500,00kn

2nd International Congress in Plastic Surgery „Fellows in science“ i X Hrvatski kongres plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije

HDPREK, Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB Dubrava Zagreb, Odjel opće i plastične kirurgije OB Dubrovnik Dubrovnik, 30.09.-04.10.2015.
Prof.dr.sc. Marko Margaritoni, dr.med., tel.: 020/431-857,
020/431-605
Prof.dr.sc. Rado Žic, dr.med., tel.: 01/2902-569
2500,00kn specijalisti, 1500,00kn specijalizanti, med.sestre
750,00kn

6. hrvatski kongres medicine rada s međ.sud. - Bitno za zdravlje radnika - Essentials for workers health

HD za medicinu rada HLZ-a
Šibenik, 30.09.-04.10.2015.
VMD putnička agencija, Laura Popovac, e-mail: congress-oh@vmd.hr
Članovi HDMILR 2300,00kn; Ostali sudionici 2700,00kn; Sudionici iz zemalja iz regije 1900,00kn; Studenti, specijalizanti, umirovljenici i osobe u pratnji 1150,00kn; Jednodnevna registracija - samo radni dio Kongresa 750,00kn

LISTOPAD

25 godina angioškog odjela KBC Sestre milosrdnice (1. hrvatski vaskularni dan)

Hrvatsko kardiološko društvo, KBC „Sestre milosrdnice“
Zagreb, 01.10.2015.
Mislav Vrsalović, tel.: 01/3787-111, www.kardio.hr

Treći hrvatski simpozij o dojenju – Dojenje: temelj zdravih navika

Hrvatska udruga IBCLC savjetnica za dojenje
Zagreb, 01.10.2015.
Dr. Irena Zakarija-Grković, tel.: 021/557-823
200,00kn

Uloga liječnika obiteljske medicine u ranom otkrivanju slušnih i govornih poremećaja

KOHOM
Rijeka, 01.10.2015.
Dr. Leonardo Bressan, mob.: 091/5267-340

Hospital days 2015

IN2
Zagreb, 01.-02.10.2015.
Denis Jašarević, mob.: 099/2940-199
1440,00kn+PDV

24th Congress of the European Association of Tissue Banks, EATB 2015

European Association of Tissue Banks
Split, 01.-03.10.2015.
Doc.dr.sc. Branka Golubić-Ćepulić, e-mail: bgolubic@kbc-zagreb.hr;
„Penta“ d.o.o., e-mail: ksenija.zunic@penta-zagreb.hr
400-700EUR

Četvrti hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu – Rana intervencija u djetinjstvu: sveobuhvatnost, pravednost i kvaliteta sustava podrške

Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu (HURID)
Sv.Martin na Muri, 01.-03.10.2015.
Anamaria Mikšić, mob.: 098/1636-990
500,00kn - 1 dan, 1300,00kn - 3 dana

7. hrvatski endokrinološki kongres

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo
Lovran, 01.-04.10.2015.
Prof.dr.sc. Željka Crnčević Orlić, mob.: 098/368-983

1. hrvatski kongres putničke, tropске migracijske medicine i HIV infekcije s međ.sud.

HD za putničku, tropsku i migracijsku medicinu HLZ-a
Dubrovnik, 01.-04.10.2015.
BIZZ putovanja d.o.o., e-mail: hdptm@bizztravel.biz;
Jasminka Blaha, mob.: 091/4012-622,
e-mail: jblaha@bfm.hr;info@hdptm.hr
Redovni sudionik (do 01.09.2015.) 250EUR; Redovni sudionik
(od 02.09.2015.) 300EUR; Specijalizant 150EUR, Medicinska sestra
150EUR; Dnevna ulaznica 100EUR; Osoba u pratnji 100EUR

7. kongres Hrvatskog gastroenterološkog društva

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Opatija, 01.-04.10.2015.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/4651-214
2300,00kn

Koraci u higijeni ruku – jesmo li zaboravili hodati?

Aesculap akademija d.o.o.
Zagreb, 02.10.2015.
Kristina Knežić Fresl, tel.: 01/7789-469
150,00kn

Deset godina palijativne skrbi u Istri – Konferencija o palijativnoj skrbi s međ.sud.

Istarski domovi zdravlja, HD za palijativnu medicinu HLZ-a, Hrvatski liječnički zbor, Liga protiv raka Pula, Palijativna skrb – Istarska županija Pula, 02.-03.10.2015.
Marija Draženović, tel.: 01/8892-361;
e-mail: marija@361events.hr
Redovna 800,00kn; Medicinske sestre, fizioterapeuti: 600,00kn;
Studenti, volonteri, osobe u pratnji: 500,00kn

OSA - dijagnostika i terapija

OB „Dr. Josip Benčević“
Slavonski Brod, 02.-03.10.2015.
Doc.dr.sc. Ana Đanić Hadžibegović, tel.: 035/201-440
500,00 i 400,00kn

XV. Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora

HD obiteljskih doktora HLZ-a
Vodice, 02.-04.10.2015.
Nina Dumančić - Perfect Meetings, tel.: 01/4827-279,
fax.: 01/4832-330, e-mail: nina.dumanovic@perfectmeetings.hr,
www.hdod.net
1200,00kn (1000,00kn za članove HDOD-a; 500,00kn za specijalizante)

Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u hitnoj medicini

Hrvatski zavod za hitnu medicinu, HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Krapinske Toplice, 02.-04.10.2015.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362;
e-mail: edukacija.hms@gmail.com; www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 1500,00kn, ostali 1800,00kn

Kongres Hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo
Baška, otok Krk, 02.-04.10.2015.
Dr. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014
Nečlanovi Društva 1500,00kn

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 02.-04.10.2015.
Dr. Tvrtnko Pervan, tel.: 01/3313-031
2500,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Gerontološki simpozij

NZJZ županije Primorsko-goranske
Opatija, 05.10.2015.
Ines Lazarević Rukavina, mob.: 091/3366-750,
e-mail: ines.lazarevic@gmail.com
250,00kn

Trening trijaže u odjelu hitne medicine

HLZ Hrvatsko društvo za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo
hitne medicine
Zagreb, 06.-07.10.2015.
Ana Stipetić, tel 01/4677 362, edukacija.hms@gmail.com,
www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 800,00kn, ostali 1000,00 kn

7. hrvatski kongres dječje kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za dječju kirurgiju, Filidatravel d.o.o.
Osijek, 07-11.10.2015.
dr. Fran Štampalija, e-mail: hddk.mail@gmail.com;
<http://hddk.org/kongres-osijek/>;
info@filidatravel.hr; www.filidatravel.hr
Do 15.08.2015. - 1540,00kn, specijalizanti 1155,00kn; Studenti i
umirovljenici - besplatno

13. kongres HLZ - Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja

HLZ, HD medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja
Sv. Martin na Muri, 08.-10.10.2015.
Srebrenka Mesić, dr.med., univ.mag.med., mob.: 099/8070-359,
e-mail: srebrenka.mesiczzzo.hr
Vlasta Zajic Stojanović, dr.med., mob.: 099/8070-303,
e-mail: vlasta.zajic-stojanovic@hzzo.hr
750,00kn

6. međunarodni kongres Hrvatskoga društva za dentalnu implantologiju

HLZ, HD za dentalnu implantologiju
Vodice, 08.-10.10.2015.
Prof.dr.sc. Darko Macan, mob.: 091/4664-075
1200,00kn

Zaštita okoliša od otpadnih voda

ZJZ županije Istarske
Pula, 09.10.2015.
Lorena Lazarč Stefanović, tel.: 052/529-000

Belupova škola zdravlja

Belupo d.d.
Pula, 09.10.2015.
Melita Hrvatić, tel.: 01/2481-209

37. skup preventivne i socijalne pedijatrije

HD za preventivnu i socijalnu pedijatriju HLZ-a
Varaždin, 09.-11.10.2015.
Ivana Jergan, mob.: 091/1487-729

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUC – Zagreb
Zagreb, 10.10.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn

Atlanto-aksijalna regija - bolesti i ozljede

Penta d.o.o.
Zagreb, 13.10.2015.
Veronika Jurić, mob.: 09172015-939,
e-mail: veronika.juric@penta-zagreb.hr
250,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraci naziv: DDD trajna edukacija)

Korunić d.o.o. Zagreb
Zagreb, 13.10.-19.11.2015.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

Lijekovi i ... Šećerna bolest - javnozdravstveni izazov

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.10.2015.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166

19. Kongres djelatnika Hitne medicinske pomoći sa međ.sud. - Učimo na iskustvima

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći
Selce, 15.-18.10.2015.
Jasmina Perić, mob.: 099/8847-466, e-mail: hudhmp@gmail.com
500,00kn

Trening obnove znanja i vještina za medicinsku prijavno-dojavnu jedinicu

HLZ Hrvatsko društvo za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo
hitne medicine
Rijeka, 16.10.2015.
Ana Stipetić, tel 01/4677 362, edukacija.hms@gmail.com, www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 400,00kn, ostali 550,00 kn

Specifičnosti palijativne skrbi u Dalmaciji: priobalju, zaleđu i otocima i obilježavanje 60. godišnjice osnutka psihijatrijske bolnice Ugljan

HLZ, HD za palijativnu medicinu
Zadar, 16.-17.10.2015.
Sandra Šutić, „Žuti mačak“, mob.: 099/2572-470
400,00/500,00kn

Prvi kongres zemalja Jugoistočne Europe o Gaucherovoj bolesti

HD za rijetke bolesti
Zagreb, 16.-17.10.2015.
Miran Lovrinov, mob.: 091/4677-928

Mehanička respiracijska potpora

HLZ, HD za anestezilogiju i intenzivno liječenje
Dubrovnik, 16.-19.10.2015.
Jadranka Radnić Salijevski, mob.: 091/5097-154
1200,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Sindrom iritabilnog crijeva: Od proljeva do opstipacije - dijagnostika, diferencijalna dijagnostika i liječenje
MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“
Zagreb, 17.10.2015.
Saša Gulić, dr.med., mob.: 091/3713-366,
e-mail: sasa.gulic@yahoo.com; Karolina Majstorović, dr.med.,
mob.: 091/3713-425; e-mail: majstork@gmail.com
450,00kn

Bol u području glave i vrata
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 17.10.2015.
Mario Cvek, tel.: 01/4566-966
400,00kn

Postizometrička relaksacija (PIR) – radionica
Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 17.10.2015.
Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,
e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net.,
web: www.fizioterapeut.net
800,00kn

XXXIII Saltykow Memorial meeting
MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju
Šibenik, 17.10.2015.
Luka Brčić, mob.: 091/3693-693

Peroralni antikoagulansi u atrijskoj fibrilaciji
DZ Splitsko-dalmatinske županije
Split, 17.10.2015.
Kristina Grubišić, mob.: 09172444-620

Minimalno invazivne tehnike u liječenju kronične boli
HLZ, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju
Biograd n/m, 17.10.2015.
Dr. Marin Knez, mob.: 095/9154-966,
e-mail: marinknez@net.hr
Prof.dr.sc. Katarina Šakić, tel./fax.: 01/4648-120;
mob.: 098/318-317, e-mail: ksakichdraa@gmail.com;
www.hdraa.com.hr
300,00kn specijalisti, 200,00kn spesijalizanti i članovi HLZ HDRAA

Nove mogućnosti u liječenju PAMM-a (prekomjerno aktivnog mokraćnog mjeđura)
Astellas d.o.o.
Zagreb, 17.10.2015.
Lasta Čala, mob.: 098/471-936

Pedijatrijski ultrazvuk 2015 - hands-on tečaj
Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 18.-21.11.2015.
Andrea Cvitković Roić, mob.: 091/5319-808
4000,00/5000,00kn

„Shear Wave“ elastografija muskuloskeletnog sustava
Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 19.10.2015.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Budućnost zdravstvene industrije

Večernji list d.o.o. – Poslovni dnevnik
Zagreb, 20.10.2015.
Ksenija Horvat, mob.: 091/6500-491,
e-mail: ksenija.horvat@poslovni.hr
800,00kn

Laboratorijska dijagnostika i liječenje bolesti uzrokovanih plijesnim i njihovim metabolitima

HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju
Zagreb, 20.-21.10.2015.
Dr.sc. Mario Sviben, dr.med., tel.: 01/4863-269,
e-mail: mario.sviben@hzjz.hr
800,00kn

Hrvatska udružba za rane

Kronične rane – zbrinjavanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Terme Tuhelj, 22.-23.10.2015.
Dunja Hudoletnjak, mob.: 095/3777-175
1000,00-1100,00kn

XXIX Perinatalni dani „Ante Dražančić“

HLZ, HD za perinatalnu medicinu i HD ginekologa i opstetričara, JM Perfecta Group LTD – Podružnica u RH
Split, 22.-24.10.2015.
Dajana Šamija, mob.: 091/2660-018
900,00kn

S.I.S. European Congress on Breath Diseases and 6-th Congress of the Croatian Senologic Society

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Opatija, 22.-25.10.2015.
Javor Vučić, mob.: 091/5075-134,
e-mail: javor.vucic@zg.t-com.hr; www.novacon.hr/senology2015
170,00-350,00EUR

Pneumonia Old Man's Friend

ZJJ županije Istarske, HD za infektivne bolesti
Pula, 23.10.2015.
Ksenija Jurić, tel.: 052/529-002, e-mail: ksenija.juric@zzjziz.hr
400,00 liječnici, 200,00kn specijalizanti i medicinske sestre

Community - acquired pneumonia in elderly: Pneumonia Old Man

Novi izazovi u prevenciji bolesti dječje dobi
HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo
Šibenik, 23.-25.10.2015.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580
e-mail: info@conventuscredo.hr
Rana kot. do 15.09. - 1200,00kn; kasna kot. od 15.09. 1500,00kn;
liječnici mlađi od 28 god. 750,00kn; umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 26.-30.10.2015.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Matične krvotvorne stanice – terapijske mogućnosti

AMZH
Zagreb, 27.10.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, www.amzh.hr

2. Hrvatski simpozij o transporterima (SOT-2)

HAZU
Zagreb, 27.10.2015.
Vesna Očak-Sekulić, tel.: 01/4895-171, e-mail: vocak@hazu.hr

European School of Pathology - Zagreb Edition 2015 - Update in the Gastrointestinal Pathology

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju
Zagreb, 29.-31.10.2015.
Luka Brčić, mob.: 091/3693-693
180EUR/1000,00kn

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, 29.10.2015.-12.01.2016.
Ingrid Begić, mob.: 091/7613-677
9500,00kn

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 30.-01.11.2015.
Dr. Tvrtnko Pervan, tel.: 01/3313-031
2500,00kn

STUDENI

23. godišnja konferencija hrvatskih psihologa

Hrvatsko psihološko društvo
Šibenik, 04.-07.11.2015.
Josip Lopižić, tel.: 01/2312-733, mob.: 091/2312-733
Rana kot. (do 31.08.2015.) 1.200,00kn

3rd International Conference on regenerative Orthopaedics and Tissue Engineering

HAZU
Zagreb, 04.11.2015.
Darija Papo, tel.: 01/8892-361

Kineziološka dijagnostika dojenčadi po Vojti

Akademija za razvojnu rehabilitaciju
Zagreb, 04.-08.11.2015.
Silvija Philipps Reichherzer, mob.: 091/6677-643
5000,00kn

II. savjetovanje - Sigurnost u zdravstvenim ustanovama

Poslovno učilište integralna sigurnost i razvoj
Tuheljske Toplice, 05.-06.11.2015.
Anja Hatić, mob.: 091/2300-280, e-mail: isr@isr.hr
850,00; 970,00; 1250,00kn

Šesti hrvatski kongres humane genetike

HD za humanu genetiku HLZ-a
Split, 05.-07.11.2015.
Dr.sc. Ljubica Boban, dr.med., mob.: 098/803-836,
e-mail: ljubica.odak7@gmail.com
<http://www.hdhg.info/>
Kot. za članove HDHG-a koji su specijalizanti ili znanstveni novaci - 380,00kn
Kot. za ostale sudionike je 1000,00kn
Umirovljeni liječnici ne plaćaju kotizaciju

Kongres o osteoporosi

HD za kalcificirana tkiva
Rovinj, 05.-07.11.2015.
Damir Puljić, tel.: 01/4566-812
1100,00kn

Estetska medicina

HLZ, HD za estetiku lica
Opatija, 06.-07.11.2015.
Maks travel d.o.o., Rotim Željko, mob.: 098/227-468
1900,00kn

3. Međunarodni kongres nutricionista

Hrvatski Zbor Nutricionista
Zagreb, 06.-08.11.2015.
Bojan Stojnić, mob.: 098/9093-022
420,00kn

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUC - Zagreb
Zagreb, 07.11.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn

STMA - Akupunktura kod psihoemotivnih problema

Ban tours d.o.o.
Daruvarske Toplice, 07.-08.11.2015.
Maja Mustać, mob.: 091/4748-492, e-mail: blaise676@gmail.com
2500,00kn

Lijekovi i ... Sadašnja i buduća problematika u palijativnoj skrbi - Perspektive hospicija

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 11.11.2015.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166

Karbapenemaze gram negativnih bakterija - značaj i dijagnostika

ZJZ županije Istarske
Pula, 13.11.2015.
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

Škola hitne medicine - Modul 2: politrauma

HLZ, HD za hitnu medicinu
Zagreb, 13.-14.11.2015.
Višnja Neseck Adam, tel.: 01/3712-359
500,00kn specijalizanti, 700,00kn specijalisti

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Neoperacijsko liječenje skolioza i kifoza

HD za dječju ortopediju i Kuća zdravlja

Zagreb, 14.11.2015.

Conventus Credo, tel.: 01/4854-696/697,
fax.: 01/4854-580, e-mail: info@conventuscredo.hr
Rana kot. (do 30.08.2015.) 700,00kn, kasna kot.
(nakon 30.08.2015.) 850,00kn

Zašto „Core“ biopsija dojke

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 16.11.2015.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 16.-20.11.2015.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

Onkoplastični pristup kirurškog liječenja raka dojke

AMZH
Zagreb, 24.11.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, www.amzh.hr

9. hrvatski kongres hitne medicine s međ.sud.

Nastavni zavod za hitnu medicinu grada Zagreba
Zagreb, 19.-20.11.2015.

Dubravka Nemet, tel.: 01/6302-911, hitna@hitnazg.hr;
www.hitna2015.org

Kotizacija do 31.08.2015. - liječnici 1540,00kn, medicinske sestre/
medicinski tehničari, studenti, stažisti i umirovljenici - 1150,00kn
Kotizacija od 01.09.2015. - liječnici 1700,00kn, medicinske sestre/
medicinski tehničari, studenti, stažisti i umirovljenici - 1380,00kn

3. znanstveni sastanak: Tumori prostate

Zaklada Onkologija
Zagreb, 27.11.2015.
Sandra Šutić, mob.: 099/2572-470

Dijagnostički i terapijski postupci u neurologiji

KBC Split
Split, 27.-28.11.2015.
Ljiljana Topić, tel.: 021/556-423

Zdravlje i zdravstvena zaštita 2015 – 2030 FUTUR 2

HD za poslovnu etiku i zdravstvenu ekonomiku HLZ-a
Opatija, 27.-29.11.2015.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696,
fax.: 01/4854-580, e-mail: info@conventuscredo.hr
Rana kotizacija do 15.10.2015. - 1350,00kn
Kasna kotizacija od 15.10.2015. - 1500,00kn

Osnove seksualne medicine: dijagnostika i terapija

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 28.11.2015.
Nataša Mrduljaš-Đujić, mob.: 091/1632-209
600,00kn

16. hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. I katg. - „Kurt Semm“

HD za ginekološku endoskopiju HLZ
Zabok – Sisak, 30.11. – 04.12.2015.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: mkopjar9@gmail.com
7600,00kn

PROSINAC

16. simpozij HD za ginekološku endoskopiju HLZ i Odjela ginekologije OB Zabok: „Kontroverze u minimalnoj invazivnoj ginekološkoj kirurgiji“

OB Zabok
Zabok, 04.12.2015.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: mkopjar9@gmail.com, tajnik doc.dr.sc. Rajko Fureš,
mob.: 098/251-966
Specijalisti 700,00kn, specijalizanti 500,00kn, umirovljenici
besplatno

Ultrazvučna dijagnostika sustava za kretanje u djece i adolescenata

HD za dječju ortopediju HLZU-a, Katedra za ortopediju MEF
Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 04.-05.12.2015.
Dr.sc. Igor Šmigovec, dr.med., tel.: 01/2368-986,
e-mail: ortopedija@yahoo.com
2000,00kn

Akupunktura u liječenju boli

HD za liječenje boli HLZ-a, Žuti mačak d.o.o.
Osijek, 04.-06.12.2015.
Tajnica tečaja: Andrea Mršo, tel.: 031/511-502; 031/511-532,
e-mail: mrsoandrea385@gmail.com
Tehnički organizator: Žuti mačak d.o.o., Sandra Šutić,
tel.: 01/4880-610; mob.: 099/2572-470
Web: www.hdlb.org
3500,00kn

6th Congress of South East European Society of Perinatal Medicine (SEESPM)

Penta d.o.o.
Zagreb, 04.-06.12.2015.
Ines Rosandić, tel.: 01/4553-290
220EUR od 01.06.; 250EUR od 01.09.

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 07.-11.12.2015.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

Lijekovi i ... Liječenje limfoma

ZZZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 09.12.2015.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Intervencije na venama

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 21.12.2015.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

2016. VELJAČA

Manualna fizioterapija gornji extremiteti - radionica

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 20.02.2016.
Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,
e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net., web: www.fizioterapeut.net
1000,00kn

OŽUJAK

Bolesti kralježnice u EMNG laboratoriju

Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLK, HLZ
Zagreb, 18.03.2016.
Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408, e-mail: ervina.bilic@mef.hr,
predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr
600,00kn za specijaliste, 300,00kn za specijalizante,
umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Triger točke - radionica

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 19.03.2016.
Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,
e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net., web: www.fizioterapeut.net
1000,00kn

TRAVANJ

VI. kongres fizičalne i rehabilitacijske medicine

HD za fizičalu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a
Šibenik, 14.-17.04.2016.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696,
fax.: 01/4854-580, e-mail: anja@conventuscredo.hr
Rana kotizacija, do 15.01.2016. - sudionici - 1300,00kn;
Kasna kotizacija, od 15.01.2016. - sudionici - 1450,00kn;
Rana kotizacija, do 15.01.2016. - specijalizanti - 650,00kn;
Kasna kotizacija, od 15.01.2016. - specijalizanti - 725,00kn;
Umirovljenici su oslobođeni plaćanja kotizacije

3. kongres hitne medicine s međ.sud.

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo
hitne medicine
Vodice, 21.-23.04.2016.
Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362, e-mail: kontakt@hitna2016.org;
www.hitna2016.org
Liječnici članovi HDHM 1500,00kn/1700,00kn; ostali
1900,00/2100,00kn; specijalizanti članovi HDHM
1200,00/1500,00kn, ostali 1600,00/1800,00kn



Dr. Mladen Braša, Pog