

LIJEČNIČKE NOVINE

GODINA XIV
BR. 143
15.X.2015

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



U OVOM BROJU:

Uvodnik: Otrovni i opasni članci u novinama

Promjene Statuta na Izvanrednoj sjednici Skupštine Komore

Riječ novog dekana Medicinskog fakulteta u Zagrebu prof. Marijana Klarice

Dr. Ada Barić nova predsjednica HUBOL-a

Je li istina?

I. Rimac Lesički:

“Varga spriječio Komoru da sudi liječnicima”

Večernji list, 10. 10. 2015.



IMPRESUM

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREĐIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska
GLAVNI I ODGOVORNI UREĐNIK
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 Čvitović
Mr. sc. Trpimir Golubački
Dr. sc. Miro Hanževacki
Dr. Eva Jendriš Škrljak
Dr. Ivan Lerotic
Dr. sc. Krešimir Luetić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. Darija Moguš Vorčina
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić
Dr. sc. Iva Pejnović Franetić
Dr. Ivan Raguž
Dr. Dragan Soldo
Doc. dr. sc. Davor Vagić
Prof. dr. sc. Lada Zibar

UREĐNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek
Nikolina Budić • Egipio Čepulić
Stella Fatović Ferenčić
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
Ivica Vučak

UPUTE SURADNICIMA

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

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

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

Potpisateljica služba HLK-a
Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465

Prijelom A. Boman Višić
Tiskar "Mediaprint - Tiskara Hrastić d.o.o."

KAZALO

| | |
|---|-----------|
| UVODNA RIJEČ | 5 |
| IZ KOMORE | 6 |
| Četvrta sjednica Izvršnog odbora | |
| Izvanredna sjednica Skupštine | |
| Izvanredni stručni nadzor | |
| INTERVJU | 12 |
| Dekan MEF-a u Zagrebu prof. dr. Marijan Klarica | |
| NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA | 15 |
| Četvrti Hospital Days u Zagrebu | |
| IZ HUBOL-a | 17 |
| Nova predsjednica dr. Ada Barić | |
| ZAGREBAČKO ZDRAVSTVO | 18 |
| Socijalni i društveni pokazatelji 2014. | |
| IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA | 22 |
| Zavod za bolesti krvnih žila u KBCSM-u * Državna nagrada liječniku iz Ruđera HAZU o bolestima dojke *Centar za gerijatriju u Biogradu * Ruđerovići o satelitskoj DNA Zdravstvena zaštita izbjeglica * Prva intervencija HHMS-a * Priznanja liječnicima Dan mentalnog zdravlja * Štefanija Puretić * KBC Osijek * Institut za istraživanje mozga Protiv Parkinsona | |
| TEHNOLOGIJA U MEDICINI | 28 |
| Neurokirurgija u KB-u Dubrava | |
| URGENTNA MEDICINA | 30 |
| Liječenje hemoptize embolizacijom arterija | |
| COCHRANE ZANIMLJIVOSTI | 33 |
| Utjecaj izgleda hrane na apetit | |
| NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE | 37 |
| IZ SINDIKATA | 49 |
| Demanti | |
| NAŠI LIJEĆNICI U INOZEMSTVU | 50 |
| Prof. dr. Norman Sartorius | |
| POVIJEST HRVATSKE MEDICINE | 55 |
| Dr. Aurel Zlatarović | |
| MIŠLJENJE | 59 |
| Perspektiva domova zdravlja | |
| KRATKA LIJEĆNIČKA PRIČA | 60 |
| Ankica Kale: Sati olovnih nogu | |
| POSUĐENO | 63 |
| „Ženski“ infarkt | |
| HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI | 65 |
| Akademik Srećko Šimić | |
| UREDNIKOV KUTAK | 68 |
| Korespondencija | |
| KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA | 69 |
| Prilog: Pravilnik o disciplinskom postupku | |

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

SPIN MAJSTORI, ČUKLJEVI I OTROVNE GLJIVE, A SVE U PREDIZBORNO VRIJEME



Drage kolegice i kolege,

nalazimo se u predizbornom vremenu, za dvadesetak dana izabrat ćemo zastupnike koji će nas zastupati u Hrvatskom saboru. Putem medija zasuti smo informacijama, programima i obećanjima, ali isto tako i dezinformacijama, podvalama i obmanama. Ovo je vrijeme hranjenja različitih „spin majstora“ ili na hrvatski prevedeno „vrtirepa“. Vrijeme u kojem ni mi nećemo biti poštedeni, koliko god se držali podalje od politike. To potvrđuje i članak koji je u subotu 10. listopada 2015. objavljen u *Večernjem listu* na 10. stranici. Naslovjen: „**Ministar Varga spriječio Komoru da sudi liječnicima iz afere Hipokrat**“, spodnaslovom: „**Zbog odbijenice Ministarstva zdravljia na statutarne izmjene odgođen je proces protiv optuženih liječnika**“. Autorica članka I. Rimac Lesički ne skriva oduševljenje što je ministar „spriječio“ Hrvatsku liječničku komoru (HLK) da stotinama liječnika oduzme licencu i tako „spasio“ hrvatsko zdravstvo. Naravno, istovremeno su spašene i tisuće pacijenata koji neće izgubiti svoje liječnike. Doista, bio bi to herojski čin našega ministra, pod uvjetom da u tome ima imalo istine.

Sadržaj navedenog novinskog članka zbuњuje običnog, dobronamjernog i neinformiranog čitatelja. Teško je razumjeti zašto bi ministar zdravlja morao braniti liječnike od liječničke komore čije vodstvo su upravo liječnici s velikim suglasjem nedavno izabrali. Nejasno je i kakva je to komora koja tako nemilosrdno ugrožava na stotine liječnika, svojih članova, a s njima i tisuće njihovih pacijenata. Odgovora na tako postavljena pitanja nema, zato što su ona besmislena. Upravo onakva kakav je i članak novinarke I. Rimac Lesički. Iza njega se krije krupna ambicija i sitna zloba novoprimaljene službenice Ministarstva zdravljia zadužene prije svega za stvaranje javne percepcije o liku i djelu ministra. Ambicija se sastoji u želji da, po svom nahodenju, u javnosti stvara sliku o svim segmentima zdravstvenog sustava, a zloba se

manifestira u neprofesionalnom, netočnom i zločestom novinskom uratku koji nije ni prvi niti je posljednji koji je nastao ili će nastati u tom laboratoriju.

Informacija o uskraćivanju davanja sugslosti izmjenama i dopunama Statuta HLK-a, za koju je znalo samo najuže vodstvo HLK-a i Kabinet ministra zdravlja, u javnost je plasirana kao smišljena dezinformacija koja bi u predizbornu vrijeme valjda trebala povećati ugled ministra među liječnicima, ali i narušiti povjerenje liječnika u novo vodstvo Komore te stvoriti jaz između različitih skupina liječnika. Nekada se to zvalo poticanjem diferencijacije u protivničkim redovima. Kako nitko nije kontaktirao Komoru u vezi s tom temom, jasan je izvor informacije, kao i kreator dezinformacije. Očito je da novinarka nema pojma o proceduri pokretanja disciplinskog postupka u HLK-u, čak ne zna ni koje je tijelo Komore za to nadležno. Vjerojatno I. Rimac Lesički nije ni pročitala predložene izmjene i dopune Statuta HLK-a, a sigurno prije pisanja članka nije od Komore tražila pojašnjenja. Nisu joj ni trebala, umjesto njih imala je direktivu „spin majstorice“ ili na hrvatskom „vrtirepe“ sa Ksavera koju je lakonski pretočila u članak što ga je poslužila svekolikoj hrvatskoj javnosti.

Jesu li I. Rimac Lesički uopće važne činjenice? Je li uopće bitno to što je postupak utvrđivanja nedostojnosti za obavljanje liječničke djelatnosti potpuno neovisan o Statutu Komore tako da izmjene njezina Statuta nemaju nikakve veze s „procesuiranjem liječnika iz takozvane afere Hipokrat“? Je li važno to što se ne radi o „optuženim liječnicima“, jer će se eventualna nedostojnost utvrđivati samo liječnicima koji su pravomoćno osuđeni za kazneno djelo počinjeno tijekom obavljanja liječničke djelatnosti? Je li bitno što se proces utvrđivanja eventualne nedostojnosti neće odvijati pred „Visokim časnim sudom Komore“ ili što je tvrdnja „da će zbog izmjena pravilnika Komore, slijediti i postupak pred komorskim sudom zbog nedostojnosti obav-

ljanja liječničkog poziva“ višestruko netočna? Postupak bi se vodio i da nije izmijenjen pravilnik Komore, ne vodi se zbog nedostojnosti obavljanja liječničkog poziva već zbog počinjenih kaznenih dijela, a radi utvrđivanja eventualne nedostojnosti.

Ipak, postoji i olakotna okolnost za novinarku I. Rimac Lesički, jer se osim Hrvatskom liječničkom komorom i Ministarstvom zdravlja taj dan bavila i drugim važnim medicinskim temama. Njezin drugi članak na istoj stranici novina naslovjen: „**Bez čukljeva rezom od samo dva milimetra**“ obavještava nas o nevjerojatnom podvigu jedne klinike koja je „prvi put u Hrvatskoj“ uvela potpuno novu metodu u ispravljanju deformacije palca stopala. Nije lako zadržati pozornost i ne pomiješati složene pravne procedure s jednostavnim kirurškim rezovima, prave ministre i krive palce, posebno ako su oba članka naručena, kako izgledaju. Nezgodno je pisati o deformacijama i korupciji u zdravstvenom sustavu, a na istoj stranici u drugom članku prikiveno, na nezakonit i koruptivan način oglašavati odnosno reklamirati kliniku koja se bavi deformacijama palca stopala. Ili mi se to samo čini? Možda zbog sveprisutnog „antičukljevizma“ odnosno masovnog reklamiranja borbe protiv čukljeva proteklih mjeseci u hrvatskim medijima.

Za razliku od članka o čukljevima, za koji sumnjam da ima sva obilježja prikrivenog oglašavanja, na dnu iste stranice Večernjeg lista je korektan oglas kojim se prodaje knjiga o gljivama s naslovom „Svaka je gljiva drugačija“. Nije se teško s tim složiti, kao što nije teško zaključiti i da su sve otrovne gljive opasne. Opasni su i otrovni članci u novinama. Istina, od njih nećemo umrijeti ali mogu izazvati mučninu u želudcu, pa ih treba izbjegavati kao i spin majstore u čijim se kuhinjama spremaju. Isto tako, za zdravlje nacije važno ih je opisati, označiti i na njih upozoriti kako bi se i oni slabije informirani mogli od njih zaštititi. ●

4. SJEDNICA IZVRŠNOG ODBORA

Izvješća, prijedlozi i zaključci

Mr. sc. Tatjana Babić, dipl. iur.

Na 4. sjednici Izvršnog odbora održanoj 24. rujna raspravljalo se, između ostalog, o statutarnim promjenama u svrhu nove sistematizacije radnih mesta na razini stručnih službi Komore te Ureda predsjednika Komore.

Sastavljen je prijedlog Izmjena i dopuna Statuta Komore, koji će biti predložen na izvanrednoj sjednici Skupštine Komore, zakazano za 25. rujna.

Informatizacija

Predsjednik Komore izvijestio je članove Izvršnog odbora da je održan sastanak s tvrtkom *Perpetuum Mobile d.o.o.* na kojem je postignut dogovor o nastavku suradnje, odnosno potpisivanje ugovornih obveza vezanih za nadogradnju IT sustava, implementacije i nadogradnje aplikacije za članstvo i članarne te implementacije i aplikacije za stručnu izobrazbu liječnika.

Radna skupina za informatizaciju Komore predložila je da se s tvrtkom *Perpetuum Mobile d.o.o.* raskine ugovor o implementaciji i nadogradnji aplikacije za urudžbeni zapisnik, za koji će se kupiti gotovo softversko rješenje.

Prvi dopredsjednik Komore dr. sc. **Krešimir Luetić** istaknuo je da je pripremljena strategija pod nazivom „Unaprjeđenje informatizacije HLK-a za 2015-2016. godinu“ koja će biti upućena na sljedeću sjednicu Izvršnog odbora te a do tada će se definirati Ugovor o pružanju konzultantskih usluga za proces informatizacije Komore s tvrtkom *ZI5 d.o.o.*

„Liječničke novine“ i odnosi s javnošću

Članovi su upoznati s racionalizacijom troškova vezanih uz izdavanje Liječničkih novina u smislu grafičke pripreme, tiska, oglašavanja i njihove distribucije te s tim u vezi potpisivanja novih ugovora.

Na sjednici su članovi informirani o odbiru izvršitelja pružanja usluge odnosa s javnošću.

Među nekoliko najpoznatijih PR agencija izabrana je ponuda agencije *Quadrans d.o.o.*, s kojom će se potpisati Ugovor.

Financijsko poslovanje

Rizničarka dr. **Darija Moguš Vončina** upoznala je članove s odredbom članka Zakona o finansijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija, prema kojoj su one obvezne provesti reviziju poslovanja i revizijsko izvješće objaviti na internetskoj stranici do 30. lipnja sljedeće godine.

Temeljem toga upućeni su pozivi za dostavu ponude usluga revizije na nekoliko revizorskih kuća.

Stiglo je nekoliko ponuda pa će izbor i imenovanje revizora za 2015. godinu biti na dnevnom redu izvanredne Skupštine.

Povjerenstvo za privatnu praksu

Na prijedlog Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost prihvaćeno je da se u Cjeniku zdravstvenih usluga u djelatnosti ginekologije stavka pod nazivom: *Harmony Prenatal Test - Neinvazivni prenatalni testovi iz krvi - 4.500,00 kn*, zamjeni stavkom pod nazivom: *- Neinvazivni prenatalni testovi iz krvi - NIPT - 3.600,00 kn*.

Povjerenstvo za primarnu zdravstvenu zaštitu

Na prijedlog Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu razriješena je dr. Josipa Rodić dužnosti člana Povjerenstva te je imenovana za novog člana Povjerenstva dr. **Ljiljanka Jurković**, spec. obiteljske medicine.

Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. **Dragan Soldo** upoznao je prisutne s otpuštanjem pacijenata iz bolnice bez osigurane terapije te o potrebi izrade obrasca o primljenoj terapiji koji bi pacijent potpisao prilikom izlaska iz bolnice. S tim u vezi uputit će se dopis HZZO-u, a za izradu prijedloga dopisa zaduženi su dr. Dragan Soldo i doc. dr. **Damir Vagić**.

Dr. Dragan Soldo istaknuo je problem s revidiranjem iznosa koncesijske naknade prema novoj Odluci Ministarstva zdravljia o najvišem iznosu naknade za koncesiju za

obavljanje javne zdravstvene službe. Predložio je da Komora službeno uputi dopis Gradu Zagrebu - Gradskom uredu za zdravstvo, s upitom zašto nije izmijenjen iznos naknade za koncesiju u koncesijskim ugovorima, sukladno spomenutoj odluci Ministarstva zdravljia.

Povjerenstvo za trajnu medicinsku izobrazbu

Na prijedlog Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu imenovan je prim. dr. **Boris Ujević** predstavnikom Komore u Nacionalnom povjerenstvu za specijalističko usavršavanje pri Ministarstvu zdravljia.

Izvršni odbor je prihvatio i prijedlog toga Povjerenstva da se dr. Žarka Rogić razrješuje dužnosti člana Radne grupe za izradu projekta osnivanja Centra za profesionalni razvoj i trajno usavršavanje reguliranih profesija te imenovao novim članom doc. dr. **Alenu Protića**.



Foto: Jeronim Romic

IZVANREDNA SJEDNICA SKUPŠTINE HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE

Pod predsjedanjem dr. sc. **Ines Strenja-Linić**, Skupština Hrvatske liječničke komore održala je 26. rujna 2015. u Hrvatskom liječničkom domu u Zagrebu izvanrednu sjednicu kojoj je nazočilo 108 od ukupno 148 delegata. Naime, Zakon o finansijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija i Zakon o reviziji propisuju da je Skupština Komore dužna najkasnije do 30. rujna ove godine izabrati i imenovati revizora radi provjere i ocjene finansijskih izvještaja za 2015. godinu. Uz navedenu točku, na dnevni red ove sjednice uvrštena je i informacija o Finansijskom poslovanju i Završnom računu Komore za 2014., usvajanje Finansijskog plana Komore za 2015., Izmjene i dopune Statuta te Pravilnika o disciplinskom postupku.

Nakon što je predsjednik Komore mr.sc. **Trpimir Goluba** pozdravio prisutne i odgovorio na delegatska pitanja, Skupština je primila na znanje informaciju o finansijskom poslovanju u 2014., te donijela odluku da će se ubuduće finansijsko poslovanje Komore za tekuću godinu prikazivati koncem kalen-

darske godine na koju se odnosi, a potom će se, sukladno pozitivnim propisima, dodatno podvrgnuti finansijskoj reviziji. Nadalje, iako postoji izvješće neovisnog revizora tvrtke *Revidab d.o.o.* o poslovanju Komore u 2014., Skupština je suglasna da se u slučaju potrebe ponovno provede djelomična ili cijelovita revizija tih finansijskih izvještaja.

Budući da Skupština Komore u starom sazivu na svojoj posljednjoj sjednici u lipnju ove godine nije imala kvorum potreban za glasovanje o Finansijskom planu za 2015., taj je, nakon što ga je prisutnima predstavila rizničarka Komore dr. **Darija Moguš Vončina**, usvojen na ovoj sjednici Skupštine. Dosadašnju praksu usvajanja godišnjeg finansijskog plana poslovanja Komore tek u šestom mjesecu godine za koju se finansijski plan donosi, Skupština smatra neprihvatljivom, neodgovornom i potencijalno štetnom, te nalaže da se ubuduće finansijski plan donosi prije kalendarskog početka godine na koju se odnosi.

Sukladno zakonskim propisima i obvezama koje su bile glavni razlog sazivanja ove

izvanredne sjednice, Skupština Komore je za revizora finansijskog poslovanja Komore u 2015. imenovala tvrtku „*LeitnerLeitner*“. Takoder, ukoliko se tijekom predrevizijskih izvida i revizije ustanovi potreba za forenzičkim vještačenjem pojedinog dijela ili finansijskog poslovanja prethodnih godina, Skupština je ovlastila Izvršni odbor Komore da angažira kvalificirane stručnjake.

Dr. **Miran Cvitković**, predsjednik Radne skupine za izradu prijedloga izmjena i dopuna Statuta Hrvatske liječničke komore, prisutnim je delegatima predstavio manje izmjene Statuta nužne za reorganiziranje rada stručnih službi Komore. Skupština ih je i usvojila. Za sada se odustalo od većih izmjena Statuta koje bi se ticale nadležnosti pojedinih tijela ili izbornog sustava jer bi one zahtijevale širu javnu raspravu među članstvom Komore. (Detaljni prikaz usvojenih izmjena i dopuna Statuta Komore u sljedećem broju LN).

Budući da su usvojenim izmjenama Statuta izbrisane odredbe koje su propisivale funkciju Tajnika Komore koji je imao i odredenu proceduralnu ulogu u disciplinskom postup-

ku, pod zadnjom točkom dnevnog reda ove sjednice usvojene su izmjene i dopune Pravilnika o disciplinskom postupku kojima se na odgovarajući način popunila nastala pravna praznina. *Pročišćeni tekst Pravilnika o disciplinskom postupku donosimo kao prilog na žutim stranicama Liječničkih novina.*

Izmjene i dopune Pravilnika o disciplinskom postupku

Skupština Hrvatske liječničke komore na sjednici održanoj dana 26. rujna 2015. godine razmatrala je, između ostalih tema koje subile na dnevnom redu, i prijedlog izmjena i dopuna Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore. Nakon održane rasprave i obrazloženja predloženih izmjena i dopuna, Skupština je usvojila i donijela Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore koji je stupio na snagu dana 06. listopada 2015. godine. Odredbe toga Pravilnika uvrštene su u pročišćeni tekst Pravilnika o disciplinskom postupku koji je objavljen na žutim stranicama ovih „Liječničkih novina“ (listopad 2015.).

Potreba izmjena i dopuna Pravilnika o disciplinskom postupku prvenstveno je proizašla kao posljedica izmjena i dopuna Statuta

Hrvatske liječničke komore koje je Skupština Komore također usvojila na spomenutoj sjednici. Iz Statuta su, naime, brisane odredbe koje su propisivale funkciju *Tajnika Komore*, a s obzirom da je Tajnik Komore imao određenu proceduralnu ulogu u disciplinskom postupku, bilo je nužno pravnu prazninu koja je u disciplinskom postupku proizašla kao posljedica ukidanja funkcije *Tajnika*, popuniti na odgovarajući način.

Prema ranije važećem Pravilniku o disciplinskom postupku, Tajnik Komore zaprimao je zahtjeve za pokretanje disciplinskog postupka i postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika te je zaprimljene zahtjeve proslijedio na daljnje nadležno postupanje – ili Povjerenstvu za stručna pitanja i stručni nadzor odnosno Povjerenstvu za medicinsku etiku i deontologiju, na provodenje prethodnog postupka, ili Časnom судu Komore ukoliko se radilo o zahtjevu za pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika (u kojem se postupku ne provodi prethodni postupak).

Međutim, prije nego što bi neko od spomenutih Povjerenstava počelo postupati po zaprimljenom zahtjevu za pokretanje disciplinskog postupka, Tajnik Komore je, zajedno s predsjednikom Povjerenstva kojemu je proslijeden zahtjev, procjenjivao ima li taj

podneseni zahtjev sve potrebne „elemente“ da bi se po njemu moglo postupati. Naime, sadržaj zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka propisan je odredbama Pravilnika o disciplinskom postupku (članak 12.) pa, ukoliko zahtjev nije sadržavao neki od propisanih „elemenata“, podnositelja zahtjeva se pozivalo da taj zahtjev uredi i dopuni u roku od 15 dana pod prijetnjom odbacivanja istog.

Odredbom (izmijenjenog) članka 11. Pravilnika o disciplinskom postupku propisano je da će se sada zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka te postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika, podnosići izravno Časnom судu Komore te će predsjednik Časnog suda Komore (a ne više Tajnik Komore) proslijediti zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka nadležnom povjerenstvu na provodenje prethodnog postupka. Nakon što zaprimi zahtjev, predsjednik nadležnog povjerenstva samostalno će (dakle, sada ne više u suradnji s Tajnikom Komore) procjenjivati da li je zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka podoban za daljnji postupak pa ako nije, pozvat će podnositelja zahtjeva da zahtjev uredi na način kako je to predviđeno Pravilnikom o disciplinskom postupku.

S druge strane, zahtjev za pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika također se do sada podnosi Tajniku Komore,



Foto: Jeronim Ronić

no, Tajnik Komore je taj zahtjev samo proslijedivao Časnome sudu. Učinjenim izmjenama Pravilnika i taj će se zahtjev sada podnosići izravno Časnomu sudu pa će predsjednik Časnog suda, nakon provjere da li zahtjev ima sve potrebne „elemente“ za postupanje (navedene u dodanom članku 12.a), zakazati raspravu. Ovdje je potrebno ukazati da je u praksi uočena pravna praznina u Pravilniku, i to baš u pogledu sadržaja zahtjeva za pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti, slijedom čega je Pravilniku i dodana nova odredba (već spomenuti članak 12.a) koja sada takšativno propisuje što sve taj zahtjev mora sadržavati da bi se temeljem njega mogao pokrenuti postupak. Uzveši u obzir da se postupak za utvrđivanje nedostojnosti liječnika ipak razlikuje od disciplinskog postupka, bilo je, dakle, potrebno, tu razliku i formalizirati u pogledu sadržaja zahtjeva.

Osim opisanih izmjena koje se u odnosu na ove izmjene i dopune Pravilnika o disciplinskom postupku/2015., mogu smatrati krucijalnim, izmijenjene su i precizirane još neke odredbe Pravilnika. Tako je iz Pravilnika brisan najduži rok (tri mjeseca) u kojem se može platiti novčana kazna izrečena u disciplinskom postupku, a ostavljen je samo rok od 30 dana (članak 45. stavak 3.). S obzirom da je, primjerice, odredbom članka 42. stavka 6. Kaznenog zakona, kao najduži rok za plaćanje novčane kazne (koja u kaznenom postupku može biti izrečena u prilično visokom iznosu), propisan tek rok od šest mjeseci (ili godina dana ukoliko je naložena obročna otplata), bilo je opravdano u disciplinskom postupku u kojem je moguće izreći novčanu kaznu u najvišem iznosu do 5.000,00 kn, ukinuti taj rok od tri mjeseca.

Nadalje, bitnom dopunom Pravilnika o disciplinskom postupku može se smatrati i ona učinjena u članku 52. stavku 1. u kojem je dodana nova točka 4. prema kojoj se u troškove postupka ubraja i nagrada punomoćnika podnositelja zahtjeva. Ova je dopuna također proizašla iz prakse jer je uočeno da se samo nagrada branitelja (odvjetnika) prijavljenog liječnika uračunava u ukupni trošak postupka dok se nagrada punomoćnika podnositelja zahtjeva (koji također može biti odvjetnik) ne smatra dijelom troškova postupka. Ova praznina zapravo je onemogućavala jednostavno položaj zastupnika stranaka (podnositelja zahtjeva i prijavljenog liječnika) u pogledu mogućnosti naplate troška stoga je istu svakako bilo potrebno popuniti i otkloniti. Naime, s obzirom da podnositelj zahtjeva, baš kao i prijavljeni liječnik, ima pravo angažirati

punomoćnika koji će u njegovo ime zastupati zahtjev na Časnomu sudu (članak 11. stavak 2. Pravilnika), u troškove postupka mora se uračunati i nagrada toga punomoćnika.

Nadovezujući se na ovu, opisanu, dopunu, bilo je potrebno također izmijeniti i odredbu članka 53. stavka 2. točaka 1. i 2. Pravilnika kojima se određuje način i opseg plaćanja troškova postupka ovisno o ishodu postupka. U navedene je točke, a zbog već opisanih razloga, dodana i nagrada punomoćnika podnositelja zahtjeva.

Naposlijetku, iz članka 56. stavka 3. izbrisana je prva rečenica koja je odredivala da se *liječnika koji je pravomoćnom sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela, može, sobzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena, smatrati nedostojnjim za obavljanje liječničke djelatnosti*. Ova je rečenica izbrisana zbog nepotrebnog ponavljanja s obzirom da je već navedena u članku 4. stavku 5. Pravilnika. Ujedno, iz druge rečenice spomenutog članka 56. stavka 3. izbrisana je i riječ *samo* (misli se na formulaciju da se liječniku koji je proglašen nedostojnjim može izreći *samo* disciplinska mjera privremenog odnosno trajnog oduzimanja licence) s obzirom da tu riječ ne sadrži odredba članka 8. Zakona o liječništву kojom je propisan institut *nedostojnosti liječnika*.

Nedostojnost za obavljanje liječničke djelatnosti

S obzirom da je na održanoj sjednici Skupštine Komore bilo puno rasprave i o nedostojnosti liječnika, ovdje valja ukazati na neke specifičnosti toga instituta.

Nedostojnost liječnika propisana je odredbom članka 8. Zakona o liječništvu prema kojоj se liječnika koji je pravomoćnom sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela, može, s obzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena, smatrati nedostojnjim za obavljanje liječničke djelatnosti.

Za ilustraciju, možemo ukazati da od svih tzv. *strukovnih zakona*, jedino Zakon o liječništvu i Zakon o dentalnoj medicini imaju odredbe o nedostojnosti dok takve odredbe nemaju Zakon o medicinsko-biohemiskoj djelatnosti, Zakon o sestrinstvu, Zakon o ljekarništvu, Zakon o primaljstvu, Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti te Zakon o djelatnostima u zdravstvu. Da li se time

želi naglasiti važnost liječničke profesije i profesije dentalne medicine u cjelokupnom sustavu zdravstvene zaštite, ili se želi dodatno sankcionirati nositelje ovih profesija, za sada ostaje prepušteno našim individualnim hipotezama.

Iako zakonodavac nije izričito odredio koja su to kaznena djela za koja se liječnika može proglašiti nedostojnjim, iz dosadašnje prakse Časnog suda Komore proizlazi da **u obzir dolaze samo kaznena djela koja su počinjena za vrijeme obavljanja liječničke djelatnosti**. Ovakav stav ujedno je i logičan ukoliko se uzme u obzir da nedostojnost utvrđuje Hrvatska liječnička komora koja je strukovna organizacija liječnika zadužena, između ostalog, i za brigu o ugledu liječnika te pravilno obavljanje liječničkog zvanja. Članovi Komore jesu liječnici, dakle, osobe koje profesionalno obavljaju određenu djelatnost, a ne pojedinci nasumično učlanjeni i povezani, stoga je i interes Komore prvenstveno usmjeren prema zaštiti ugleda liječničke djelatnosti, a ne na sankcioniranju ponašanja za koja bi liječnik bio osuđen kao „privatna“ osoba (primjerice, teško bi se mogao zamisliti interes Komore za sankcioniranje liječnika osuđenog za kazneno djelo *protuzakonitog lova i ribolova*).

Nadalje, zakonodavac je također propisao da se liječniku koji je proglašen nedostojnjim, može uskratiti davanje odobrenja za samostalan rad (licence) odnosno da mu se **licenca može privremeno ili trajno oduzeti**. Teleološkim tumačenjem zakonske odredbe može se utvrditi da je prava volja zakonodavca bila izricanje upravo ovih disciplinskih mjeru kao mjeru koje teže pogadaju liječnika, a ne izricanje nekih drugih disciplinskih mjeru (ukora, javnog ukora ili opomene) čije bi izricanje u kontekstu postojanja pravomoćne osuđujuće kaznene presude, bilo zaista nerazmjerne (primjerice, teško bi bilo opravdati i samo mogućnost izricanja disciplinske mjeere *ukora* liječniku koji je pravomoćno osuđen za teško kazneno djelo protiv zdravlja ljudi sa smrtnom posljedicom).

Isto tako, da je zakonodavac želio predvidjeti mogućnost izricanja i drugih disciplinskih mjeru, a ne samo mjeru oduzimanja licence, tada bi i formulacija same zakonske odredbe glasila drugačije – primjerice, „...liječniku koji je proglašen nedostojnjim, mogu se izreći disciplinske mjeru propisane ovim Zakonom.“ U prilog ovoj tvrdnji ide i odredba prema kojoj je zakonodavac propisao da se protiv akta (odluke) kojom je liječnik proglašen nedostojnjim, ne može uložiti žalba (dakle,

„preskače“ se jedan stupanj pravne zaštite) već se može samo pokrenuti upravni spor. Upravni sporovi pokreću se, između ostalog, kad je nekoj osobi odlukom nadležnog tijela povrijeđeno neko pravo (u slučaju oduzimanja licence radilo bi se o povredi prava na rad) pa bi teško bilo zamisliti da zakonodavac propiše mogućnost pokretanja upravnog spora („preskačući“ žalbu) protiv odluke kojom se liječniku može izreći disciplinska mjera *ukora* (jer tom mjerom nije povrijeđeno neko liječnikovo pravo). Nadalje, disciplinska mjera **privremenog oduzimanja licence može se izreći u trajanju od mjesec dana do godine dana, ali se može izreći i uvjetno, s rokom kušnje koji ne može biti kraći od šest mjeseci niti duži od dvije godine.** Slijedom toga, u postupku za utvrđivanje nedostojnosti licenca se može oduzeti i uvjetno, s odgovarajućim rokom kušnje koji će se odrediti uzimajući u obzir težinu kaznenog djela za koje je liječnik osuđen. To konkretno znači da se licenca „u stvarnosti“ neće oduzeti već će liječnik koji je proglašen nedostojnim moći i dalje raditi, samo će morati voditi računa da za vrijeme trajanja roka kušnje ne počini neku disciplinsku povredu. U tom bi mu slučaju Časni sud Komore morao opozvati uvjetnu odluku i odrediti izvršenje mjere (dakle, oduzeti licencu).

No, osim spomenutih disciplinskih mjeru, zakonodavac je propisao da se liječniku koji je proglašen nedostojnim **može također i ograničiti licenca s obzirom na opseg i vrstu poslova kojima se liječnik smije baviti** (primjerice, liječniku se zabrani obavljanje ultrazvučnih pregleda).

Iako Zakonom nije izričito propisano tko je ovlašten pokrenuti postupak za utvrđivanje nedostojnosti, analognom primjenom odredbi Pravilnika o disciplinskom postupku (koji se također primjenjuje u postupku za utvrđivanje nedostojnosti), može se smatrati da su sve osobe koje mogu pokrenuti disciplinski postupak, ujedno i ovlaštenici na pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti (dakle, pacijent ili druga osoba koja ima pravni interes, predsjednik Komore, neko od tijela Komore te ministarstvo nadležno za zdravstvo).

Postupak se pokreće podnošenjem zahtjeva čiji sadržaj do ovih izmjena i dopuna Pravilnika o disciplinskom postupku, nije bio određen, no, sad je taksativno propisano što taj zahtjev mora sadržavati, odnosno propisano je da mora sadržavati naznaku da se zahtjev podnosi Časnom судu Komore, ime i prezime liječnika protiv kojeg se pokreće

postupak, podatke o zaposlenju prijavljenog liječnika, ime i prezime podnositelja zahtjeva odnosno naziv podnositelja zahtjeva ukoliko je podnositelj pravna osoba, naziv suda koji je donio pravomoćnu osuđujuću kaznenu presudu, broj presude te naziv kaznenog djela za koje je liječnik proglašen krivim, prijedlog za izricanje odgovarajuće disciplinske mjere i presliku pravomoćne kaznene presude.

U postupku za utvrđivanje nedostojnosti, liječniku se neće ponovno „suditi“ za djelo za koje je već pravomoćno osuđen (jer to nije ni dopušteno) već će se samo **procjenjivati koja je težina i utjecaj pravomoćne presude u odnosu na dostojećnost liječnika za obavljanje liječničke djelatnosti** (primjerice, da li je osuda za kazneno djelo *krivotvorena službene isprave* – nalaza, op.a. – s obzirom na okolnosti pod kojima je djelo počinjeno, doista od tolikog značaja da bi se liječnika svakako moralno proglašiti nedostojnjim).

Kako bi se što bolje ocijenio liječnikov subjektivni odnos prema djelu, svaki liječnik protiv kojeg je pokrenut postupak za utvrđivanje nedostojnosti, ima pravo i mogućnost da na raspravi pred Časnim sudom Komore iznese svoje „viđenje događaja“. Predsjednik i članovi vijeća Časnog suda, ali isto tako i podnositelj zahtjeva, imaju pravo prijavljenom liječniku postavljati dodatna pitanja. Nakon provedene rasprave Časni sud Komore može donijeti odluku kojom se nekog liječnika proglašava nedostojnjim za obavljanje liječničke djelatnosti, međutim, može donijeti i odluku kojom se liječnika ne smatra nedostojnjim. Ovu (oslobadajuću) odluku Časni sud može donijeti ukoliko procijeni da kazneno djelo nije takve težine i značaja da bi liječnik trebao biti proglašen nedostojnjim.

Konačno, potrebno je još ukazati i na **rok do kojeg je moguće pokretati postupke za**

utvrđivanje nedostojnosti. S obzirom da zakonodavac nije odredio taj rok, u ovom je slučaju potrebno smisленo primijeniti odredbe drugog propisa odnosno Zakona o pravnim posljedicama osude, kaznenoj evidenciji i rehabilitaciji. Naime, svaka pravomoćno osuđena osoba upisana je u kaznenu evidenciju koju vodi Ministarstvo pravosuđa Republike Hrvatske. Međutim, taj upis nije „doživotan“ već se nakon proteka zakonom određenog roka (tzv. *rehabilitacijski rok*), osuđena osoba briše iz kaznene evidencije rješenjem Ministarstva pravosuđa (rješenje o rehabilitaciji).

Trajanje spomenutih *rehabilitacijskih rokova* ovisi o vrsti i težini izrečene kazne pa tako, primjerice, rehabilitacija za osudu na kaznu zatvora do jedne godine ili na novčanu kaznu, nastupa protekom roka od tri godine od dana izdržane, zastarjele ili oproštene kazne, od dana isteka roka provjeravanja kod uvjete osude, od dana izvršenja rada za opće dobro te od dana pravomoćnosti odluke o oslobođenju od kazne. S obzirom da se protekom roka rehabilitacije počinitelj kaznenog djela smatra neosuđivanom osobom, svaka uporaba podataka o osobi kao počinitelju kaznenog djela jest zabranjena i nema pravni učinak. Također, rehabilitirana osoba ima pravo nijekati prijašnju osuđivanost i zbog toga ne smije biti pozvana na odgovornost niti imati bilo kakve pravne posljedice.

Prema tome, ukoliko se uzmu u obzir opisane odredbe Zakona o pravnim posljedicama osude, kaznenoj evidenciji i rehabilitaciji, može se zaključiti da se **postupci za utvrđivanje nedostojnosti mogu pokretati samo dok je liječnik upisan u kaznenu evidenciju.** Nakon donošenja rješenja o rehabilitaciji, više neće biti moguće pokretati postupke za utvrđivanje nedostojnosti.



Foto: Jeronim Romic

KOMORA JE PROVELA IZVANREDNI STRUČNI NADZOR U KBC-U RIJEKA

Dana 15. rujna Hrvatska liječnička komora provela je izvanredni stručni nadzor nad radom liječnika Klinike za pedijatriju KBC-a Rijeke, a povodom slučaja djeteta umrlog zbog zločudne bolesti čiji roditelji su odbili i prekinuli neophodno potrebno i preporučeno liječenje. Izvršenim nadzorom nedovjedno je i nepo-bitno utvrđena činjenica da je tijekom kratkotrajnog liječenja u spomenutoj ustanovi cijelokupno postupanje liječnika izvedeno po pravilima zdravstvene stuke, da nije bilo nesavjesnog postupanja liječnika te da su liječnici u cijelosti poduzeli sve odgovarajuće mјere koje su moguće u okviru svojih ovlasti. Jasno je utvrđeno i da su liječnici pravovremeno i višekratno izvještavali nadležne službe o roditeljskom odbijanju liječenja te

nemogućnosti adekvatnog liječenja djeteta i, sukladno tome, povećanom riziku od pogoršanja bolesti i smrtnog ishoda.

Iz daljnog tijeka događaja uočljivo je da primjerene reakcije od strane nadležnih službi i institucija nije bilo te stoga liječnici nisu niti dobili adekvatnu mogućnost da hospitaliziraju dijete i poduzmu potrebno liječenje.

Ovaj tragični slučaj vrlo jasno govori u pri-log znanoj činjenici da za rezultat liječenja nipošto nije odgovoran samo ili isključivo liječnik već i sam bolesnik, a u slučaju djeteta njegov roditelj, skrbnik ili zastupnik, ali također i sve one nadležne službe i institucije koje imaju zakonsku zadaću da zaštite interes djeteta u svim onim slučajevima kad to iz bilo kojeg razloga ne čini sam roditelj. Hrvatska liječnička komora i ovom prilikom

još jednom želi jasno ukazati na ulogu i odgovornost medija u izvještavanju javnosti i stvaranju javnog mnijenja vezano uz teme liječenja, zdravlja i bolesti, te obvezu pažljivog odabira vjerodostojnih sugovornika i stručnjaka koji u svojim izjavama neće iznosi nedovoljno točne ili neprovjerene stvari.

U ovom slučaju pojedini mediji se nisu pridržavali svoje uloge, iznosili su neprovjerene informacije, uveli široku javnost u zabludu te u konačnici krivicu za ovaj tragični događaj na sasvim neprihvatljiv način prebacili na leda liječnika, koji su jedini u ovom slučaju postupili u cijelosti ispravno i pokušali zaštiti interes teško bolesnog djeteta.

Licence proglašene nevažećima sukladno rješenjima

1. RJEŠENJE, KLASA: UP/I-05-160/2015/4, UR. BROJ: 385-05-160-44/2015/3 od 28.09.2015. godine - Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 13107-19311, izdano 6. ožujka 2013. godine za samostalno obavljanje djelatnosti specijalistice ortopedije u razdoblju od 21.02.2013. do 21.02.2019. godine, proglašava se nevažećim

2. RJEŠENJE, KLASA: 05-160/2015/1, UR. BROJ: 385-05-160-44/2015/1 od 15.07.2015. godine - Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 7871, izdano za samostalno obavljanje djelatnosti hitne medicine za razdoblje od 20.12.2014. do 20.12.2020. godine, proglašava se nevažećim dana 15.07.2015. godine

3. RJEŠENJE, KLASA: UP/I-05-160/2015/2, UR. BROJ: 385-05-160-44/2015/2 od 02.09.2015. godine - Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 15457-16540, izdano za samostalno obavljanje djelatnosti specijaliste anestezijologije, reanimatologije i intenzivne medicine za razdoblje od 26.10.2011. do 25.10.2017. godine, prestaje važiti s danom 02.09.2015. godine.

4. RJEŠENJE, KLASA: UP/I-05-160/2015/3, UR. BROJ: 385-05-160-44/2015/4 OD 28.09.2015. - Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 18482-16056, izdano 28. studenog 2011. godine za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine u razdoblju od 03.11.2011. do 02.11.2017. godine, proglašava se nevažećim.

Drage kolegice i kolege, sudjelujte u anketi

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje provode istraživanje o izazovima komunikacije liječnika s pacijentima.

Hrvatska liječnička komora drži da je adekvatna komunikacija liječnika s pacijentima iznimno važna komponenta za uspješno obavljanje liječničkog poziva.

Stoga Vas pozivamo da sudjelovanjem u anketi podržite nastojanje istraživača za objektivno procjenjivanje razine i kvalitete komunikacije između liječnika i pacijenta.

Rezultati ankete mogli bi biti dobar osnov za unapređenje našeg profesionalnog rada.

Anketa je dragovoljna i anonimna. Rezultati ankete bit će predstavljeni na kongresu Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja koji se održava od 8. do 10. listopada 2015. (<http://hdmvzo.com/vijesti/13kongres/13kongres.htm>) te objavljeni na službenim stranicama Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr).

Link na istraživanje :
<http://goo.gl/forms/W7miIcf6pZ>

PROF. DR. SC. MARIJAN KLARICA, DEKAN MEDICINSKOG FAKULTETA SVEUČILIŠTA U ZAGREBU

„Naš fakultet značajno doprinosi pozicioniranju zagrebačkog Sveučilišta i njegovoj međunarodnoj prepoznatljivosti“

Andreja Šantek

Donedavni prodekan za upravu i poslovanje Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. sc. Marijan Klarica od 1. listopada obnaša dužnost dekana na ovom fakultetu. O planovima i njegovom programu razgovarali smo za Liječničke novine.

... Kada stupate na novu dužnost i koje su osnovne smjernice Vašeg programa tj. budućeg rada?

Novi mandat dekana i dekanskog kolegija (čine ga prodekan, direktori podružnica u koje spadaju ŠNZ „Andrija Štampar“ i Hrvatski institut za istraživanje mozga, te predstavnik studenata i zaposlenika) započinje 1. listopada, a traje iduće tri godine.

Medicinski fakultet u Zagrebu je prema svojoj veličini i znanstveno-nastavnoj kvaliteti jedna od vodećih sastavnica Sveučilišta u Zagrebu i jedan od najboljih fakulteta u Hrvatskoj.

Stoga novi program rada buduće Uprave omogućava da fakultet sačuva postojeći ugled, ostvari daljnji napredak u svom ustroju, te osigura stabilno financiranje kako bi i dalje napredovao u znanstveno-nastavnom pogledu.

U našoj državi nedostaje liječnika, te stoga naš fakultet, kao najveći medicinski fakultet u Hrvatskoj, ima najvažniju ulogu u rješavanju problema nedostatka zdravstvenog kadra od razine doktora medicine, preko specijalista i subspecijalista svih struka, pa do obnove kadra i povećanja broja sveučilišnih nastavnika iz područja biomedicine. Naš fakultet predstavlja jedan od najznačajnijih oslonaca sustava zdravstva u Hrvatskoj.

Naime, mi školujemo 60 posto svih doktora medicine, više od 70 posto svih specijalista (mijedini možemo školovati sve subspecijalizante), te više od 80 posto svih doktora znanosti iz područja biomedicine.

Kod nas se odvijaju tečajevi trajne edukacije koji pokrivaju sve struke i time omoguća-

vamo daljnju edukaciju zdravstvenog osoblja i sustav licenciranja.

... Kako biste ocijenili trenutno stanje na MEF-u, koje su dobre strane, a koje su manjkavosti i kako ih ispraviti?

- Na našem fakultetu provode se tri studijska programa (integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine na hrvatskom jeziku u trajanju od šest godina, integrirani studijski program medicine na engleskom jeziku i sveučilišni diplomski studij sestrinstva) i planira se četvrti (sveučilišni preddiplomski i diplomski studij primaljstva).

U tijeku je i izrada 49 poslijediplomskih specijalističkih i subspecijalističkih studijskih programa. Provodimo dva doktorska studija, Biomedicina i zdravstvo, te Neuroznanost koji se provode i na hrvatskom i na engleskom jeziku.

Ti su programi od domaćih nadležnih tijela, ali i međunarodnih evaluatora, ocijenjeni najvišim ocjenama. Tako je i studijskom programu medicine na engleskom jeziku u Parizu u veljače ove godine dodijeljen Certifikat za kvalitetu internacionalizacije u području visokog obrazovanja (CeQuInt).

Ovaj certifikat ima i šire pozitivno značenje na rangiranje i percepцију zagrebačkog Sveučilišta i hrvatskog visokog obrazovanja.

Dakle, jako dobro stojimo što se tiče na

stavnih programa i iskustva u njihovom una-prjeđivanju i provodenju (bliži se i 100-godišnjica rada ovog Fakulteta koja će se dostoјno obilježiti u 2017. godini), no ne stojimo dobro s brojem znanstveno-nastavnih i suradničkih zvanja, a niti s brojem djelatnika tzv. nena-stavnog kadra koji omogućavaju provođenje nastavnih i znanstveno-istraživačkih aktivnosti.

Prema posljednjem nalazu revizije samo u nastavi je nedostajalo više od 70 djelatnika. Stanje je dodatno zakomplicirano zabranom zapošljavanja u javnim službama i zamrzavanjem zbirnog koeficijenta zaposlenika zatečenog sa stanjem iz 2013. godine. Osim kadrovskih, teški problemi su nedostatno i komplikirano financiranje znanstvene dje-latnosti, kao i općenito nedostatno financiranje troškova rada fakulteta, tj. materijalni troškovi pokrivaju se iz budžeta na razini od svega 30 posto.

Veći dio problema za sada rješavamo iz vlastitih prihoda kojim financiramo razliku troškova „hladnog pogona“ i materijalnih troškova, potpore najboljim znanstveno-istraživačkim grupama, kupovinu opreme i kemikalija, časopisa, knjiga, računalne opreme i sl., te pokrivamo plaće za rad iznad norme, za rad vanjskih suradnika i slično.

... Kako biste ocijenili poziciju MEF-a unutar hrvatskog obrazovnog sustava? Počemu je MEF drugačiji od ostalih medicinskih fakulteta u zemlji?

- Medicinski fakultet je u svakom pogledu jedna od najznačajnijih i najaktivnijih sastavnica Sveučilišta u Zagrebu, a novi rektor Sveučilišta jasno je pokazao da cijeni i prepoznaće ulogu našeg fakulteta već prvog dana svog mandata time što je našeg dotadašnjeg prodekana za znanost, prof. dr. sc. Miloša Jundaša, imenovao novim prorektorom za znanost, međuinstitucijsku i međunarodnu suradnju. Štoviše, brojni članovi našeg fakulteta imenovani su kao voditelji ili članovi ključnih

**Ove godine
20% više
studenata
- nedostaje
70 djelatnika
u nastavi**

odbora i povjerenstava na razini Sveučilišta.

Primjerice, naš fakultet ima tri predstavnika u Senatu Sveučilišta, kao i predstavnike u Odboru za proračun, Fondu za razvoj Sveučilišta, Rektorskom kolegiju, Etičkom savjetu, Upravnom odboru Sveučilišta, Povjerenstvu za doktorske rade, Odboru za doktorske programe, Povjerenstvu za poslijediplomske specijalističke programe, Odboru za znanost i međunarodnu suradnju. Vrijedi istaknuti da su prodekan koji predlažem u svom programu za novo mandatno razdoblje upravo novozabrani članovi u spomenutim odborima i povjerenstvima. Time je Sveučilište našem

fakultetu jasno pružilo ruku suradnje i naša je moralna obveza i ugodna zadaća da s novom upravom Sveučilišta zajedno i odlučno radimo ne samo na sustavnom poboljšanju znanstvenog, nastavnog i stručnog rada na Sveučilištu, nego i na stalnom jačanju šire društvene uloge i jačanju društvenog položaja našeg Sveučilišta, kao jednog od temelja opstojnosti našeg naroda i stožerne ustanove za obranu i promicanje kritičkog i kreativnog mišljenja i autonomije združene s društvenom odgovornošću, za očuvanje naše kulturne baštine i tradicije te za trajnu zaštitu javnog dobra i promicanje javnog interesa.

MEF u Zagrebu je znanstveno-istraživački najproduktivniji i najaktivniji fakultet u području biomedicine u Hrvatskoj, na kojem doktorira prosječno 50 do 60 studenata godišnje (oko 70 posto svih doktorata iz područja biomedicine u Hrvatskoj).

Ukupan broj radova publiciran od 2009. do 2013. godine s adresom našeg fakulteta bio je 4221 prema bazi SCOPUS, što je prosječno 5,2 rada po istraživaču.

Naš fakultet time značajno doprinosi međunarodnoj prepoznatljivosti i pozicioniraju samog Sveučilišta u Zagrebu. Potrebno je istaknuti da je naš fakultet, uz Prirodoslovno-matematički fakultet i Institut „Ruđer Bošković“, jedna od tri znanstveno najaktivnije institucije u našoj domovini, tako da se može reći kako je lokacija Šalata, gdje su smještene sve tri institucije među kojima postoji vrlo intenzivna suradnja, doslovno znanstveno najznačajnija regija u Hrvatskoj.

Uz sve to, naš fakultet je stalno potpomagao rast i razvoj ostalih medicinskih fakulteta u Hrvatskoj i tako predvodio u razvoju biomedicine u našoj domovini.

... Kakva je trenutno struktura MEF-a, koliko imate studenata, a koliko nastavnika?

- Imamo oko 2700 studenata na svim raniјe spomenutim studijskim programima. Već šestu godinu zaredom upisujemo po 300 studenata na studij medicine.

Na upisnu politiku za studente medicine utječe činjenice da u Hrvatskoj nema dovoljno liječnika i da je velik broj liječnika specijalista u dobi iznad 50 godina. Osim toga, na broj upisanih studenata utječu prostorni, materijalni i kadrovski kapaciteti fakulteta.

Suradujemo sa Sveučilištem u Zagrebu, Ministarstvom znanosti obrazovanja i sporta, Ministarstvom zdravlja, te strukovnim udrugama na sustavnom rješavanju problema nedovoljnog broja liječnika.

Naime, upisne kvote tek su dio rješenja tog problema, jer se mora poraditi i na poboljšanju materijalnog i društvenog statusa liječnika kako bi se prevenirao njihov odlazak iz zemlje.

Medicinski fakultet ima više od 800 zaposlenih, od čega oko 500 zaposlenika u suradničkim (asistenti, novaci) i znanstveno-nastavnim zvanjima (docenti, izvanredni i redoviti profesori).

Već sam istaknuo kako za edukaciju i izvođenje svih studijskih programa imamo značajan nedostatak nastavnika i stručnjaka. Akutni nedostatak kadra djelomice rješava-



mo izborima suradnika i nastavnika u naslovna zvanja, te većim angažiranjem znanstvenih novaka i umirovljenih nastavnika.

... Jeste li zadovoljni nastavnim programom ili nešto treba mijenjati?

• Svi oblici nastave na fakultetu prilagođeni su zahtjevima Europskog sustava prijenosa bodova (ECTS) i zahtjevima Europske unije medicinskih specijalista (UEMS) u cilju međunarodne mobilnosti studenata i nastavnika, usporedivost opterećenja polaznika i kvalitete nastave te priznavanje kvalifikacija u drugim europskim državama.

Za svoje programe imamo nacionalne i međunarodne certifikate, te stoga možemo biti zadovoljni. Trebali bismo poraditi na ravnateljnjem opterećenju studenata tijekom studija.

Naime, treća godina studija je zbog obima gradiva izuzetno teška za većinu studenata i tu moramo uložiti napore kako bismo to riješili.

Prema EU direktivama, studijski programi medicine trebaju imati 5500 sati. Ta činjenica je iskoristena za uvođenje većeg broja sati praktične nastave (dežurstva u hitnom prijemu, kliničke rotacije, praksa koja se provodi kroz sedam dana u zdravstvenim ustanovama različite organizacijske razine).

Na nižim godinama studija studenti prakticiraju komunikacijske vještine i bolesničku njegu (sestrinske vještine), a na višim godinama studenti odraduju kliničke vještine, i to pod nadzorom liječnika – mentora.

Riznica pokriva samo 30% materijalnih troškova

Fakultet je stoga uložio značajan vlastiti novac u opremanje kabineta vještina i planiramo osnivanje Centra za simulacijsku medicinu na Šalati kako bismo unaprijedili nastavu.

... Posljednjih godina ponovno je porastao interes za studij medicine. Što je, prema Vašem mišljenju, dovelo do toga?



Prof. dr. **MARIJAN KLARICA** rođen je 1960. u Benkovcu. Osnovna i srednja škola u Sinju.

Medicinski fakultet u Zagrebu 1984. (dr. med.), 1988. (mr. sc.), 1992. (dr. sc.). 1985.-1986. stručni suradnik u Zavodu za farmakologiju MEF-a u Zagrebu, 1986. liječnički stručni ispit DZ "Željezničar" Zagreb, 1987.-1988. stručni suradnik u Zavodu za farmakologiju MEF-a u Zagrebu, 1988.-1992. znanstveni asistent u tom Zavodu, 1990.-1998. koordinator nastave iz farmakologije za područni studij u Osijeku, 1994.-1995. postdoktorsko usavršavanje (Synthelabo Recherche, Paris), 1992.-1996. viši znanstveni asistent u Zavodu za farmakologiju MEF-a u Zagrebu, 1996. – 2002. docent na tom Fakultetu, danas ravnatelj Centra za kliničku primjenu neuroznanosti.

Od 2002. izv. profesor farmakologije na MEF-u u Zagrebu. Područje znanstvenih istraživanja: patofiziologija cerebrospinalnog likvora, intrakranijskog tlaka i hidrocefalusa; mehanizam djelovanja lijekova za sniženje intrakranijskog tlaka; farmakologija NMDA receptora.

Do sada publicirao 29 znanstvenih i stručnih radova (12 u CC; preko 70 citata). Sudjelovao je na više od 20 znanstvenih skupova (domaći i međunarodni). Bio je član organizacijskog odbora 12 domaćih znanstvenih skupova.

Više od 18 godina održavanja nastave iz farmakologije za studente medicine u Zagrebu, Splitu i Osijeku. Pet godina održavanja nastave iz farmakologije na MEF-u u Mostaru.

Nastava za postdiplomande iz neurologije, farmakologije i znanstvenog poslijediplomskog studija MEF-a u Zagrebu. Voditelj 4 poslijediplomske kolegije.

Autor više poglavlja u udžbenicima iz farmakologije i temeljnih neuroznanosti. Mentor jedne disertacije i četiri magistrska rada.

• Točno je kako je porastao interes za studij medicine. Mi to jasno vidimo po sve većem broju maturanata koji se prijavljuju na prijamni ispit. Ove godine je taj broj bio za 20 posto veći nego prošle. To nam daje priliku da proberemo ponajbolje učenike koji će doći na naš fakultet.

Taj povećani interes zasigurno nije posljedica sve boljih uvjeta rada i materijalnog statusa liječnika u našem društvu jer smo svjedoci kako nam i mlađi i stariji, iskusniji liječnici odlaze iz zemlje.

Vjerojatno je to odraz dugotrajne gospodarske krize, pa se u tim uvjetima biraju zanimanja u kojima je veća šansa zapošljavanja i koja imaju stabilna kakva-takva primanja za svoj rad.

... Što biste poručili budućim studentima, zašto bi izabrali studiranje baš na ovom fakultetu?

• Završavanjem studija medicine na MEF-u u Zagrebu, te dobivanjem naše međunarodno priznate diplome doktora medicine slobod-

no se može reći da su takvoj osobi otvorena sva vrata u domovini i svijetu i da temeljem njezinih želja, sposobnosti i ambicija može ostvariti različite vrste karijera gdje to poželi.

Tijekom studija koji je orijentiran ishodima učenja uz rad s najboljim znanstvenicima i stručnjacima na našem fakultetu, od kojih su mnogi prepoznati na europskoj i svjetskoj razini, studenti stječu potrebna znanja i vještine za budući samostalan rad.

Uz to, potičemo i kreativnost studenata i njihovo uključivanje u znanstvena istraživanja. Znanstveni i stručni rad studenata inače trebaju biti sastavni dio sveučilišne medicinske edukacije jer se time kod studenata potiče razvoj kritičkog rasuđivanja, te stjecanje dodatnog znanja i istraživačkih i praktičnih vještina koja im omogućavaju kvalitetan razvoj karijere.

Naravno, mi želimo da naši studenti ostaju raditi u našoj domovini i prije svega da tu ostvare svoje ambicije, te tako podižu kvalitetu biomedicine i zdravlja našeg naroda. ●



ČETVRTI HOSPITAL DAYS OKUPILO VIŠE OD 700 STRUČNJAKA

Pred više od 700 sudionika iz sektora zdravstva, IT-ja, farmacije i osiguranja održana je četvrta Hospital Days konferencija u organizaciji tvrtke IN2. Dva dana konferencije donijela su više od 70 predavanja, a sudjelovao je rekordan broj od više od 75 predavača.

Razgovaralo se o 14 vrlo aktualnih zdravstvenih i tehnoloških tema, a panelisti su razmjenili mišljenja na 9 okruglih stolova. Na konferenciji je ove godine gostovao najveći broj regionalnih predavača do sada, uz rekordan broj sudionika iz regije pa se konferencija s pravom može proglašiti najvećim regionalnim događanjem na temu upravljanja bolnicama.

U tematskom bloku Upravljanje bolnicama istaknut je primjer KBC-a Rijeka koji tijekom 2015. godine pozitivno posluje, a dobre rezultate je predstavio sanacijski upravitelj **Davor Štimac**. Njegovo izlaganje ukazalo je na dobre strane novog sustava poslovanja bolnica

koji je uведен s 1. siječnjem 2015., a predviđa plaćanje bolničkih usluga nakon izvršenja pa prihodi bolnica izravno ovise o izvršenju usluga te ostvarenju indikatora uspješnosti i kvalitete. Panelisti na okruglom stolu „Finansijska održivost bolnica u postojećem modelu financiranja“, **Zoran Bahtijarević**, sanacijski upravitelj Klinike za dječje bolesti Zagreb, **Sven Kurbel**, sanacijski upravitelj KBC-a Osijek, **Danko Velimir Vrdoljak**, sanacijski upravitelj KBC-a Sestre Milosrdnice i **Davor Katavić**, zamjenik ravnateljice HZ-ZO-a, složili su se da je plaćanje po izvršenju dobra opcija, no smatraju da se na novouvedenom sustavu treba dodatno poraditi, pogotovo kada je riječ o usklađivanju koeficijenata za pojedine bolničke usluge.

U tematskom bloku Nove tehnologije u zdravstvu naglasak je bio na dijeljenim uslugama i oblaku. APIS IT predstavio je projekt Shared Service Centra, odnosno Centra dijeljenih usluga, čijom je uspostavom APIS IT

postao središnje mjesto za objedinjavanje sve informacijske infrastrukture državne uprave.

Elena Bonfiglioli, direktorica u sektoru zdravstvene industrije u Microsoftu, predstavila je Microsoftove cloud usluge u zdravstvu, a predstavnici Hrvatskog telekoma predstavili su kako izgleda i kako bi u budućnosti moglo izgledati digitalno zdravstvo u oblaku.

Na okruglom stolu na temu „Pristupi informatizaciji javnog sektora – od otvorenog tržista do državnog pružatelja usluge“ panelisti iz javnog i privatnog sektora složili su se da se informatizacija može provesti samo uz suradnju svih dionika u procesu, no i da je napravljen dobar korak u pravom smjeru – ka digitalizaciji i informatizaciji Hrvatske, što je krajnji cilj.

U tematskom bloku Zdravstveni radnici na okruglom stolu „Prijeti li nam egzodus liječnika“ povela se živa rasprava o položaju liječnika u Hrvatskoj.



Predsjednica HUBOL-a Ada Barić, predsjednik HLK-a Trpimir Goluža, dopredsjednik HLZ-a Boris Brkličić

Predstavnici struke istaknuli su da je EU projekat 3,4 liječnika na 1000 stanovnika, dok je u Hrvatskoj taj omjer 2,9 naprama 1000, što znači da u sustavu nedostaje gotovo 2600 liječnika.

Predsjednik Hrvatske liječničke komore **Trpimir Goluža** istaknuo je da je prvi korak na rješavanju problema odlaska liječnika u inozemstvo uspostava konstruktivnog dijaloga s državnom administracijom da bi se poradilo na poboljšanju položaja liječnika u društvu.

O temi eZdravlja kao o jednoj od najaktualnijih IT / zdravstvenih tema prvi dan se raspovjalo u čak dva tematska bloka. Sudionici su imali priliku čuti kako izgleda danski model, koji se smatra jednim od najnaprednijih, ali i usporediti hrvatska iskustva s onima iz Srbije i Slovenije.

Predstavljene su i novosti kada je riječ o projektima eBolnice i eNaručivanja te rezultati pilot projekta eNovorodenče.

Drugi dan konferencije otvorila je tema akreditacije bolnica. U tematskom bloku „Kvaliteta zdravstvene zaštite“ mogli su se čuti konkretni primjeri akreditacija bolnice Magdalena i Opće bolnice Murska Sobota. Na okruglog stolu raspravljalo se o spremnosti hrvatskih bolnica za međunarodnu akreditaciju, a panelisti su se složili da akreditacija do-

nosi poboljšanje kvalitete, no i da je preduvjet za provedbu definicija standarda.

Tema „Financiranje zdravstvenog sustava“ preispitala je mogućnosti ostvarenja dodatnih prihoda za bolnice, od kliničkih ispitivanja do zdravstvenog turizma.

Tijekom panel diskusije bilo je moguće čuti da preduvjeti za dodatne prihode postoje jer zdravstvo od 1. siječnja posluje prema ekonomskim principima.

U praksi sve konkretnе inicijative i planovi stranih investitora deklarativno dobivaju zeleno svjetlo administracije, no zapinju na razini operativne izvedbe. U tematskom bloku „(Ne)kompleksnost DRG sustava“ demistificirana je primjena DRG sustava u Hrvatskoj. Panelisti okruglog stola „Plaćanje bolnica prema učinku“ složili su se da je implementacija novog sustava zaživjela, no ima prostora za unaprjeđenje. U završnom tematskom bloku konferencije sudionici su imali priliku čuti dvije različite vizije budućnosti hrvatskog zdravstvenog sustava.

Ante Čorudić smatra da je prije svega bitno napraviti financijsku konsolidaciju zdravstvenog sustava, počevši od transformacije Ministarstva te pripadajućih ustanova i institucija. Prevelik je broj bolnica s obzirom na broj stanovnika pa hrvatsku bolničku mrežu treba redizajnirati.

Također zagovara dodatno zdravstveno osiguranje koje pruža viši standard liječenja, od izbora bolnice nadalje. S druge strane, ministar **Varga** je predstavio osnovne smjernice nacionalnog programa reformi s ciljem da se, između ostalog, poboljša kontrola rashoda bolničkih sustava, uvede novi model ugovaranja i plaćanja za bolnice, eZdravstvo te zajednička javna nabava.

Osvrnuo se i na do sada postignute rezultate, među kojima se ističe plaćanje bolnicama prema izvršenoj usluzi.

Ravnateljica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje **Tatjana Prenda Trupec** iznijelila je rezultate reforme zdravstva za razdoblje od 2012. do 2015. te istaknula da je s izlaskom iz Riznice omogućena autonomija u upravljanju finansijskim sredstvima za zdravstvo.

Značajan broj bolnica smanjio je dugovanje i znatno zdravije posluje.

U izlagачkom prostoru mogle su se vidjeti najsvježije IT inovacije za zdravstvo: Uz hrvatske izlagачe prvi put su izlagale tvrtke iz Danske, Rumunjske, Njemačke i Španjolske.

Lahorka Cvitković

Dr. Ada Barić izabrana za novu predsjednicu HUBOL-a

Hrvatska udruga bolničkih liječnika (HUBOL) izabrala je na svojoj izvanrednoj skupštini održanoj 11. rujna u Zagrebu dr. **Adu Barić** za svoju novu predsjednicu.

Do izvanrednih izbora došlo je zbog ostavke dosadašnjeg predsjednika udruge dr. **Trpimir Goluža**, koji je u lipnju izabran za novog čelnika HLK-a.

Dr. Barić, anesteziloginja iz KB-a Dubrava, jedna je od utemeljiteljica HUBOL-a, a do sada je obnašala dužnost dopredsjednice. U izborima za predsjednicu nije imala protukandidata.

U inauguracyjskom je govoru zahvalila svom prethodniku na dosadašnjem radu kojim je HUBOL pozicionirao kao respektabilnu i vrlo utjecajnu liječničku udrugu, što potvrđuje i premoćna pobjeda ostvarena na ovogodišnjim izborima za delegate skupštine Hrvatsku liječničku komore.

Naglasila je da u narednom razdoblju želi nastaviti vjerodostojno i dosljedno zastupati interesе liječnika, poglavito onih zaposlenih u bolničkom sustavu.

Kao prioritete u svojem radu istaknula je borbu za strukovni kolektivni ugovor, donošenje akcijskog plana za sprječavanje egzodus-a liječnika te promoviranje ideje o nužnosti postizanja širokog društvenog konsenzusa u pogledu reforme hrvatskoga zdravstvenog sustava.

Bivši predsjednik **Trpimir Goluža**, primivši posebno priznanje HUBOL-a, zahvalio je svima na suradnji i podršći u protekle dvije godine te naglasio potrebu bliske suradnje HLK-a i HUBOL-a za boljšak hrvatskog liječništva te zdravstvenog sustava u cijelini.

Za novog dopredsjednika HUBOL-a izabran je dr. **Ivan Bekavac**, anestezilog iz Klinike za dječje bolesti u Klaićevu. Dr. Bekavac do sada je u udruzi obnašao dužnost predsjednika Odbora za financije.

Prigodna riječ nove predsjednice

Čovjek je svjedok vremena u kojem živi. S jedne strane ta činjenica predstavlja veliku sreću, a s druge strane obavezu podnošenja tereta koji nađe po putu.

Liječnici su ljudi koji, osim što nose vlastiti teret, žive sudsbine bolesnika za koje svakodnevno rade. Kakve god okolnosti bile, pomoć



bolesniku je uvijek bila i uvijek će biti glavni fokus našeg djelovanja.

Upravo zato da pomažemo našim bolesnicima kako zaslužuju, prije nešto manje od dvije godine je osnovana Hrvatska udruga bolničkih liječnika.

Nakon godina obespravljenog položaja u društvu, bolnički liječnici su osjetili potrebu da se samoorganiziraju na brz i učinkovit način te strukom, argumentima, etičnošću i transparentnošću poboljšaju jako narušen status u društvu.

“Djela, a ne samo riječi” moto je HUBOL-a koji je ostao, a i ostat će, leitmotiv u svim dosadašnjim i budućim djelovanjima.

Okupljamo oko 2000 liječnika iz cijele Hrvatske te smo isključivo upornim radom i trudom u kratkom vremenu kao udruga pokrenuli pozitivne promjene u hrvatskom zdravstvenom sustavu.

No, u trenucima kada smo svjedoci migracije naroda, unazad dvije godine gledamo i neželjenu migraciju liječnika na rad u zemlje Europske Unije.

Taj odlazak ne bi predstavljao ništa loše kad ne bismo znali njegove razloge - obespravljenost, poniženost, nemogućnost ispunjenja svojih intelektualnih i profesionalnih potencijala, iscrpljujući prekovremeni rad i potplaćenost samo su neki od bolnih razloga napuštanja zemlje koja nam je dom i u kojoj smo željeli dočekati starost.

Nadalje, činjenica koja stoji kao mač nad glavom prošlih, sadašnjih i, nadamo se, ne budućih zdravstvenih administracija je činjenica da su uopravdu u listopadu 2005. godine

počeli pristupni pregovori za ulazak Hrvatske u Europsku Uniju.

U točno 10 godina nije donesena niti jedna mjeru kojom bi se očekivani odlazak liječnika zasutavio. Očekivani zato jer nismo prva zemlja koja je pristupala EU-u i bilo je dovoljno, da ne kažemo i previše vremena da se sada ne moramo suočiti s brojevima - oko 1000 liječnika je zatražilo dokumentaciju za odlazak na rad u inozemstvo, a oko 300 liječnika je već napustilo Hrvatsku, što samostalno, što sa svojim obiteljima.

Najveći su kapital svake zemlje ljudi. Briga za postizanjem i održavanjem kvalitetnog zdravstvenog i obrazovnog sustava podrazumijeva ulaganje u zdravu sadašnost i još kvalitetniju budućnost.

Sadašnjost liječnika je takva da radimo u kaotičnim i nedovoljno definiranim uvjetima koje nam određuju ljudi koji nisu liječnici. Sadašnjost je takva da nemamo sugovornike s kojima bismo definirali naše uvjete rada i koji bi liječnike vratili na položaj u društvu koji im pripada po odgovornosti posla što ga obavljaju.

Dapače, sindikalno pregovaranje isključivo predstavnika struke koje je instrument postizanja željenih uvjeta rada u svakoj razvijenoj zemlji trenutno, za bolničke liječnike u Hrvatskoj ne postoji.

Deset godina je prošlo izuzetno brzo. Idućih deset će proći isto tako brzo. Zar je moguće da u maloj zemlji velikih intelektualnih, sportskih, umjetničkih, tehnoloških i brojnih drugih uspjeha kao što je Hrvatska nema razumijevanja ni volje da se zadrže oni koji žive za svoj narod?

HUBOL je tu da kaže jasno “NE!” jer nakon argumentirane kritike uvijek podastiremo prijedloge za rješenje problema.

Krajnje je vrijeme da se zdravstvena politika kreira s liječnicima, a ne protiv njih jer, kako je rekao velikan moderne medicine William Osler: “Budućnost je danas.” ●

Socijalni i društveni pokazatelji u gradu Zagrebu u 2014. godini

Marija Škes, mag.educ.reh.

Služba za javno zdravstvo, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

Prema podacima Ministarstva socijalne politike i mlađih RH u 2014. godini pravo na zajamčenu minimalnu naknadu u socijalnoj skrbi u Gradu Zagrebu ostvarilo je 10.424 korisnika, što čini udio od 1,32% u ukupnom stanovništvu grada (790.017).

U protekloj godini pruženo je 5.890 sveukupno zajamčenih minimalnih naknada samcima i kućanstvima, što je povećanje u odnosu na 2013. godinu kada ih je ostvareno 5.486. U sveukupnu zajamčenu minimalnu naknadu ulaze i pomoći za uzdržavanje.

U naknade za osobne potrebe korisnika smještaja (682) zbrajaju se naknade za korisnike smještaja (659) i za organizirano stanovanje (23). Trend broja korisnika i prava u socijalnoj skrbi u Gradu Zagrebu u razdoblju od 2003. do 2014. godine vidljiv je na Sliku 1.

U 2014. godini dodijeljeno je ukupno 13.770 jednokratnih naknada i pomoći, što je također povećanje u odnosu na 2013. godinu (13.134), a sastoji se od 12.681 jednokratnih naknada i 1.089 jednokratnih pomoći.

Najviše je pomoći korišteno za nabavu osnovnih predmeta u kućanstvu (1.396), rođenje i školovanje djeteta (1.005), bolest ili smrt člana obitelji (931) te za nabavu nužne odjeće i obuće (543). Drugi oblici pomoći obuhvatili su 9.116 različitih usluga. Ukupno

7.922 korisnika (samci i obitelji) primilo je jednokratnu naknadu, što je porast u odnosu na 2013. godinu kada ih je bilo 7.355. Najveći dio korisnika koji ostvaruje pravo na jednokratnu naknadu i pomoći živi na područjima koja obuhvaćaju nadležni Centri za socijalnu skrb Dubrava, Novi Zagreb i Peščenica.

U 2014. godini bilježi se porast korisnika doplatka za pomoći i njegu (7.040) u odnosu na 2013. godinu (6.831), od čega je u punom iznosu (100% osnovice) doplatak koristilo 4.637 osoba, a 2.403 u smanjenom iznosu (70% osnovice) (Slika 2).

Osobnu invalidinu primilo je 4.197 osoba. Podjednako su i žene i muškarci bili korisnici osobne invalidnine, kako u punom tako i u smanjenom iznosu (Slika 3).

Ukupno 37 korisnika primilo je naknadu vezano uz obrazovanje (9) i potporu za obrazovanje (28).

Pravo na status roditelja njegovatelja (325) ili njegovatelja (6) u 2014. godini ostvario je ukupno 331 roditelj. Naknadu do zaposlenja primila je 561 osoba.

U okviru socijalnih usluga prvu socijalnu uslugu koristile su 9.323 osobe. U savjetovanje i pomaganje bilo je uključeno 17.012 osoba uz pruženih 36.950 usluga.

Tijekom prethodne 2013. godine provedeno je 32.739 savjetovanja i pomaganja u pre-

vladavanju posebnih teškoća za 15.325 korisnika, dok je prva socijalna usluga pružena za 10.896 korisnika.

Ukupno 166 korisnika je primilo pomoći u kući u obliku: ostvarivanja prava na organiziranje prehrane (150), obavljanje kućnih poslova (18), održavanje osobne higijene (12) te zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba (6). Psihosocijalnu podršku potražilo je 227 osoba, a pruženi broj usluga rane intervencije za 64 korisnika bio je 109. Pomoći pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja (integracije) dobilo je 50 osoba uz pruženih 59 usluga.

U 2014. godini usluge cijelodnevnog boravka koristilo je 208 osoba, a poludnevnog 644 osobe. Privremeni smještaj organiziran je za 228 osoba, a dugotrajni smještaj za 2.797 osoba. Organizirano stanovanje osigurano je za ukupno 50 osoba. Ukupno 3.025 osoba – djece i mladež te odraslih i starijih u 2014. godini smješteno je prema prikazu u Sliku 4.

Dodatak za osobne potrebe koristilo je 950 smještenih korisnika, a isplaćeno je 26 dodataka za pogrebne troškove.

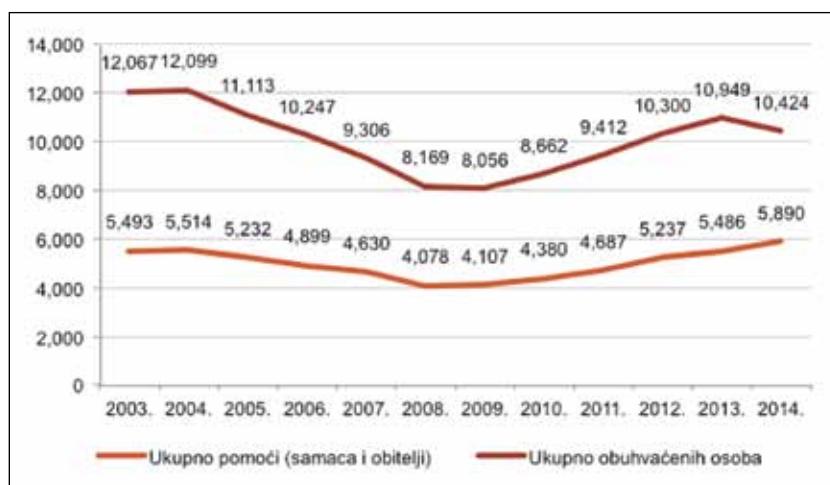
Usluge stručne potpore u obavljanju poslova i zapošljavanju korisnika primilo je 9 osoba. Broj djece korisnika prava na privremeno uzdržavanje je 927 (čl. 352. Obiteljskog zakona).

Struktura korisnika zajamčene minimalne naknade

Udio korisnika zajamčene minimalne naknade pomoći u ukupnom broju stanovnika Grada Zagreba najveći je na području Dubrave, zatim Peščenice i Trešnjevke (Slika 5). Međutim, u odnosu na broj stanovnika koji obuhvaća nadležni Centar za socijalnu skrb, najviše korisnika zajamčene minimalne naknade nalazi se na Peščenici (3,51%), zatim u Dubravi (2,37%) i Trnju (1,54%).

Zaposlenost

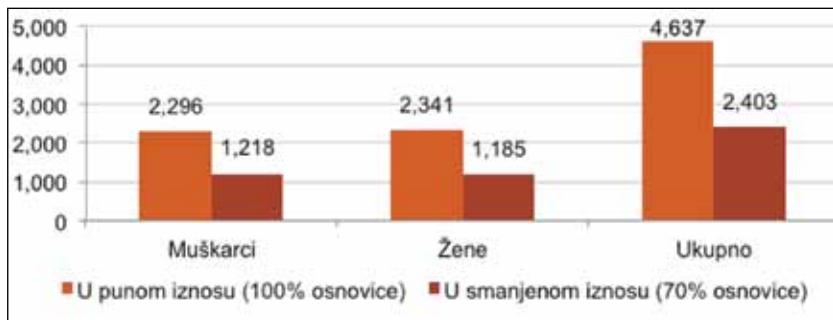
U prosincu 2014. godine u Gradu Zagrebu zaposleno je iz evidencije na temelju radnog odnosa 1.616 osoba, 731 muškarac i 885 žena,



Slika 1 – Zajamčena minimalna naknada – broj korisnika i prava u socijalnoj skrbi

u Gradu Zagrebu u razdoblju od 2003. do 2014. godine

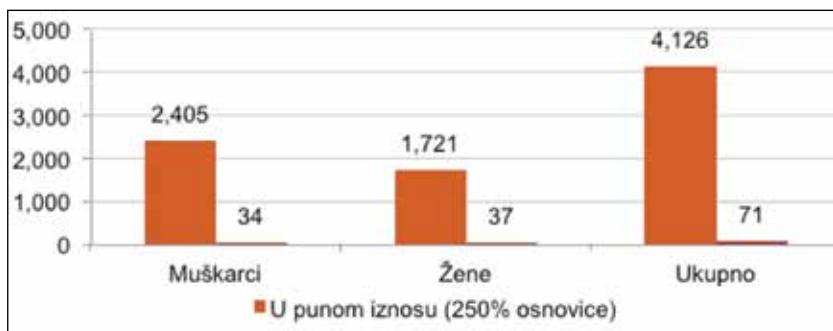
Izvor: Ministarstvo socijalne politike i mlađih RH (ožujak, 2015.)
i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Služba za javno zdravstvo



Slika 2 – Broj korisnika doplatka za pomoći i njegu u Gradu Zagrebu tijekom 2014. godine po spolu

Izvor: Ministarstvo socijalne politike i mladih RH (ožujak, 2015.)

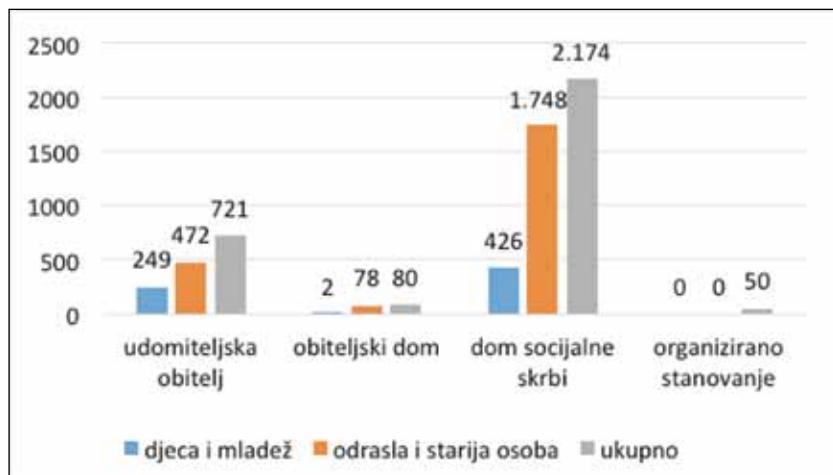
i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Služba za javno zdravstvo



Slika 3 – Broj korisnika osobne invalidnine u Gradu Zagrebu tijekom 2014. godine

Izvor: Ministarstvo socijalne politike i mladih RH (ožujak, 2015.)

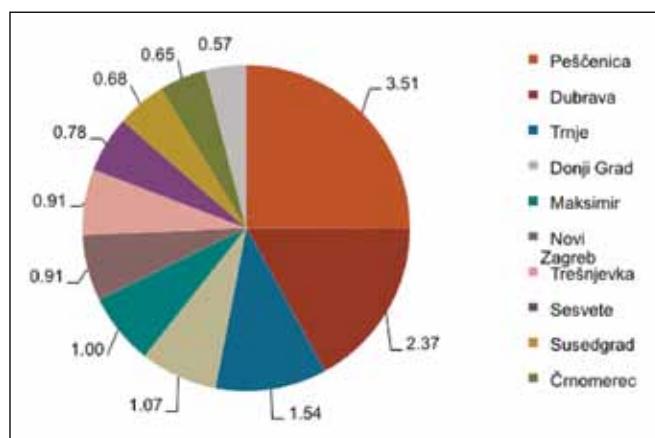
i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Služba za javno zdravstvo



Slika 4 – Broj korisnika smještaja tijekom 2014. godine

Izvor: Ministarstvo socijalne politike i mladih RH (ožujak, 2015.)

i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Služba za javno zdravstvo



Slika 5 – Udeo (%) broja osoba korisnika zajamčene minimalne naknade u broju stanovnika po uređima CZSS (31.12.2014.)

Izvor: Ministarstvo socijalne politike i mladih RH (ožujak, 2015.) i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Služba za javno zdravstvo

dok je na temelju drugih poslovnih aktivnosti iz evidencije zaposleno 669 osoba, 227 muškaraca i 442 žene.

Na neodređeno vrijeme zaposlene su 164 osobe, na određeno vrijeme 1.452, skraćeno vrijeme 28, sezonski II i samo jedan pripravnik. U prosincu 2014. godine zaposleno je s evidencije na temelju radnog odnosa i drugih poslovnih aktivnosti u Gradu Zagrebu 2.285 osoba, od toga 958 muškaraca i 1.327 žena.

U programu aktivne politike zapošljavanja u 2014. godini uključeno je ukupno 6.527 osoba u potpore: za očuvanje radnih mesta (5), samozapošljavanje (253), za javne radove (322) i zapošljavanje (1.296).

U mjeru institucionalnog obrazovanja uključeno je 235 osoba (obrazovanje nezaposlenih i potpore za usavršavanje), a za stručno osposobljavanje za rad bez zasnivanja radnog odnosa ukupno 4.416 osoba.

Nezaposlenost

Krajem prosinca 2014. godine u Gradu Zagrebu registrirano je 41.134 nezaposlenih osoba. Više je nezaposlenih žena 21.387 (51,99%) u odnosu na muškarce 19.747 (48,01%).

U evidenciji je bilo 3.363 novo prijavljenih osoba. Zbog ostalih razloga iz evidencije je izašlo 669 osoba, a krajem prosinca protekle godine prijavljena je potreba za 2.712 radnika.

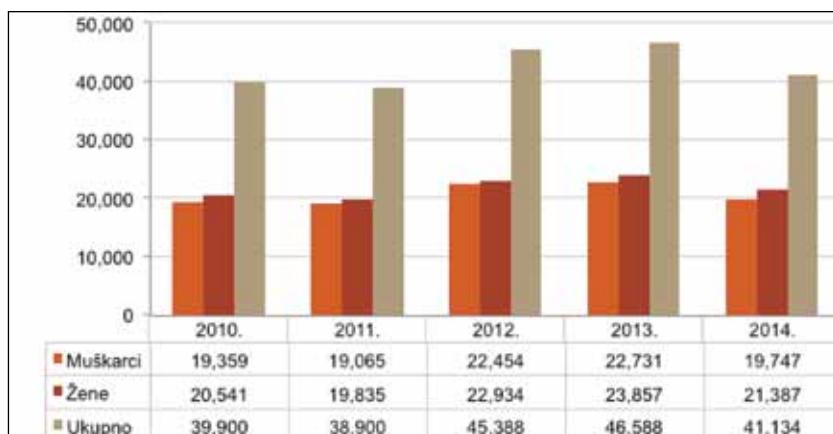
U razdoblju od siječnja do prosinca 2014. godine prosječno je registrirano 43.957 nezaposlenih.

U evidenciji je novo prijavljeno ukupno 42.855 osoba, od čega 20.821 muškarac i 22.034 žene. Prosječan broj korisnika novčane naknade je 8.487 osoba, od čega 4.032 muškarca i 4.455 žena. Od siječnja do prosinca 2014. godine na području Grada Zagreba prijavljene su potrebe za zapošljavanje ukupno 32.389 radnika.

Trend registrirane nezaposlenosti na području Grada Zagreba u prosincu svake godine za razdoblje od 2010. do 2014. godine vidljiv je na Slici 6. Raspodjela nezaposlenih osoba prema dobnim skupinama ukazuje na 55,78% nezaposlenih u radno najaktivnijoj dobi od 25 do 49 godina, 13,74% u dobi do 24. godine te 30,48% iznad 50. godine života (Slika 7).

Detaljnije analizirajući nezaposlene osobe, najviše ih je 13,17% u dobi od 25 do 29 godina, 11,67% u dobi od 30 do 34 godina, a značajan je udio od 12,90% nezaposlenih osoba između 50 i 59 godina života.

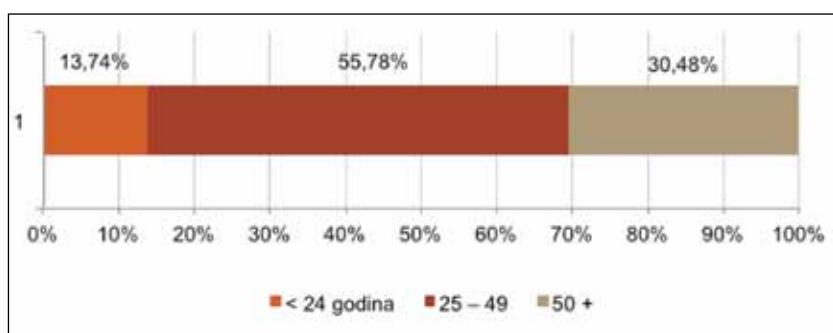
Veći je broj nezaposlenih žena u većini dobnih skupina. Nezaposlene osobe srednjeg ob-



Slika 6 – Nezaposlenost u Gradu Zagrebu u razdoblju od 2010. do 2014. godine

Izvor: Hrvatski zavod za zapošljavanje – Područni ured Zagreb, Mjesečni statistički bilten br. 12/2014

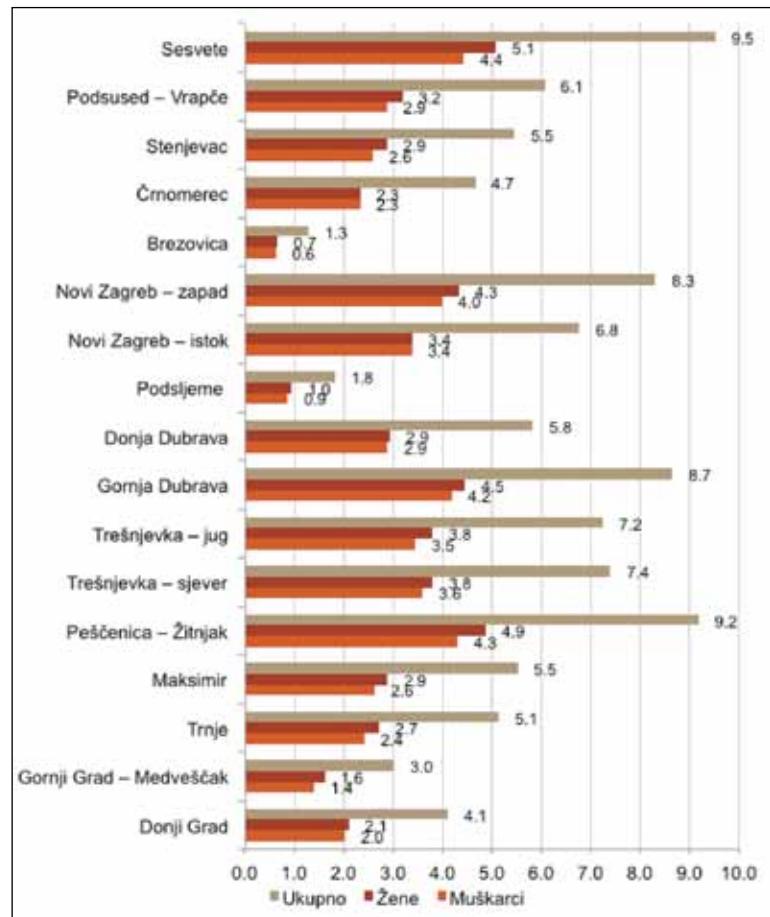
i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Služba za javno zdravstvo



Slika 7 – Nezaposlene osobe u Gradu Zagrebu prema dobi krajem prosinca 2014. godine

Izvor: Hrvatski zavod za zapošljavanje – Područni ured Zagreb, Mjesečni statistički bilten br. 12/2014

i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Služba za javno zdravstvo



Slika 8 – Nezaposlene osobe u Gradu Zagrebu po gradskim četvrtima krajem prosinca 2014. godine – udjeli (%)

Izvor: Hrvatski zavod za zapošljavanje – Područni ured Zagreb, Mjesečni statistički bilten br. 12/2014 i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Služba za javno zdravstvo

razovanja čine 57,60% ukupno nezaposlenih u Gradu Zagrebu. Završenu osnovnu školu ima 16,48% nezaposlenih. Sa završenim fakultetom, akademijom, magisterijem ili doktoratom znanosti nezaposleno je 14,93% osoba.

Gledajući spolnu raspodjelu ukupno je više nezaposlenih žena nego muškaraca u svim kategorijama, osim srednjoškolskim zanimanjima do tri godine i školama za KV i VKV radnike, gdje se upisuje i više muškaraca.

Analizirajući trajanje nezaposlenosti vidljivo je da 24,42% nezaposlenih osoba čeka zaposlenje do tri mjeseca, 16,55% od jedne do dvije godine te 13,79% nezaposlenih od tri do šest mjeseci.

Nezaposlenost po gradskim četvrtima Grada Zagreba krajem prosinca 2014. godine najveća je na području Sesveta (9,52%), zatim na Peščenici – Žitnjak (9,18%) te na području Gornje Dubrave (8,65%) i Novog Zagreba – zapad (8,31%). Najmanji udio u ukupno nezaposlenih živi na području Brezovice (1,29%) i Podsljemena (1,82%) (Slika 8).

25 GODINA ZAVODA ZA BOLESTI KRVNIH ŽILA U KBC-u SESTRE MILOSRDNICE

Dana 1. listopada održan je tim povodom, a u organizaciji KBC-a Sestre milosrdnice i Hrvatskog kardiološkog društva, simpozij iz područja vaskularne medicine pod nazivom „25 godina angioškog odjela KBC Sestre milosrdnice – I. hrvatski vaskularni dan“.

Otvorio ga je predsjednik HAZU-a akademik **Zvonko Kusić**, koji je podsjetio da je upravo ovaj KBC zaslužan za razvoj pojedinih medicinskih struka u Hrvatskoj, kao i za nastanak MEF-a Zagrebu.

Zavod je nazvao elitnim zavodom i struku elitnom strukom.

Predsjednik Hrvatskog kardiološkog društva akademik **Davor Miličić** kazao je da je angiologija, koja se bavi dijagnostikom perifernih žilnih bolesti, dugo bila zapostavljena u odnosu na kardiologiju, što se u posljednje vrijeme mijenja te je u tom smislu pohvalio suradnju KBC-a Sestre milosrdnice i KBC-a Zagreb.

U ime Razreda za medicinske znanosti HAZU-a skup je pozdravio tajnik Razreda akademik **Marko Pećina**, a u ime KBC-a Sestre milosrdnice zamjenica upravitelja prof. dr. **Diana Delić-Brkljačić**.

Kardiovaskularne bolesti predstavljaju značajan javnozdravstveni problem i glavni

Državna nagrada šestorici znanstvenika s Ruđera

Odbor za podjelu državnih nagrada za znanost Hrvatskoga sabora dodijelio je državne nagrade za znanost za 2014. godinu, kojom je ukupno dodijeljena 31 znanstvena nagrada u četiri kategorije. Čak šestero znanstvenika IRB-a nagrađeno je u tri kategorije. Među njima je nagrađen dr. sc. **Darko Orešković**, znanstveni savjetnik, IRB, za znanstveni opus posvećen istraživanjima koja su dovela do nove hipoteze o regulaciji intrakranijskoga tlaka. Prema toj hipote-

zi intrakranijski tlak likvora ovisi o zakonima mehanike tekućine i anatomske karakteristikama u sklopu kranijalnoga i spinalnoga likvorskog prostora, a ne kao što se dosad vjerovalo o sekreciji, cirkulaciji i apsorpciji likvora. Orešković je do sada publicirao 54 rada, od toga 37 izvornih znanstvenih radova objavljenih u CC i WOS bazama. Kumulativan IF svih rada je 76,756, a kumulativan IF najboljih 10 radova je 43,771. Broj citata u WOS bazi je 347, h-Indeks 10. Bio je mentor u 2 dokto-

su uzrok smrti u razvijenim zemljama svijeta. Na razini Europe odgovorne su za 48 posto svih smrtnih ishoda na godišnjoj razini, a u zemljama Europske unije za 42 posto smrti.

Posljednjih godina je u razvijenim zemljama taj mortalitet smanjen, u prvom redu zahvaljujući programima prevencije te učinkovitijim terapijskim postupcima.

Na tragu navedenog simpozij je obuhvatilo aktualne teme iz područja angiologije, poglavito periferne arterijske i tromboembolijske bolesti. S obzirom na interdisciplinarnu na-

rav skupa predavači su bili ugledni specijalisti kardiologije, vaskularne kirurgije, neurologije, radiologije, nefrologije i intenzivne medicine Sveučilišta u Zagrebu.

U sklopu Simpozija održan je okrugli stol na temu „Novi oralni antikoagulansi u tromboembolijskoj bolesti“ s ciljem upoznavanja šire medicinske javnosti s novim terapijskim pristupom ovom čestom kliničkom entitetu. ●

u ženskoj populaciji te čini 25 posto svih karcinoma. Bio je jedan od vodećih zdravstvenih problema u svijetu u 20. stoljeću, a prema realnim epidemiološkim predviđanjima obilježit će i 21. stoljeće.

Od raka dojke u Hrvatskoj oboli jedna od 9,5 žena, a u razvijenim zapadnoeuropskim zemljama i SAD-u jedna od osam žena i još uvijek je često fatalna bolest. Dok



Akademik Ivan Prpić

25. Znanstveni sastanak „Bolesti dojke u HAZU-u“

U organizaciji Odbora za tumore Razreda za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti te Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a „Sestre milosrdnice“ održan je 23. rujna u HAZU-u jubilarni 25. znanstveni sastanak Bolesti dojke na kojem su vodeći znanstvenici i stručnjaci s medicinskih fakulteta u Osijeku, Rijeci, Splitu i Zagrebu raspravljali o napretku u otkrivanju i liječenju raka dojke u Hrvatskoj i u svijetu tijekom proteklih 25 godina te o najnovijim spoznajama do kojih su došle znanost i praksa.

Skup je otvorio predsjednik HAZU-a akademik **Zvonko Kusić**, ujedno i predstojnik

Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a „Sestre milosrdnice“ koji je istaknuo da je znanstveni sastanak o bolestima dojke jedan od najuglednijih medicinskih skupova u Hrvatskoj i posebno se zahvalio akademiku **Ivanu Prpiću**, predsjedniku Odbora za tumore, umirovljenom profesoru MEF-a u Zagrebu, koji je 1991. pokrenuo ovaj znanstveni sastanak te je podsjetio na njegove zasluge kao predstojnika Zavoda za bolesti dojke i kasnije Kirurške klinike KBC-a Zagreb.

Tom mu je prigodom uručena nagrada Hrvatskog onkološkog društva za životno djelo. Kako je istaknula prof. dr. **Marija Strnad**, rak dojke najčešći je zločudni tumor

rata znanosti. Nagrada za životno djelo u području biomedicinskih znanosti dodijeljena je prof. dr. **Borisu Labaru**.



Dr. sc. Darko Orešković

OSNIVANJE CENTRA ZA GERIJATRIJU U BIOGRADU

Osnovan je u Specijalnoj bolnici za ortopediju u Biogradu na moru inicijativom prof. dr. **Branka Vitalea** uključivanjem gerontologa i gerijatara iz Hrvatske te gerijatra iz Švedske. Projektni program Centra za gerijatriju i gerontološku rehabilitaciju u Biogradu značajan doprinos za unapređenje zdravstvene zaštite i zaštite zdravlja starijih osoba ne samo za

hrvatsko starije pučanstvo, nego i za razvoj zdravstvenog turizma i za starije turističko europsko pučanstvo. Organiziranjem radilišta gerijatrijskog odjela/produženo liječenje gerijatrijskih bolesnika omogućit će i jedno od edukacijskih operativnih gerijatrijskih centara. ●

RUĐEROVI GENETIČARI DOKAZALI DA SATELITSKA DNA REGULIRA AKTIVNOST GENA U STRESnim UVJETIMA

Tim genetičara koji vodi dr. sc. **Đurdica Ugarković** u Laboratoriju za evolucijsku genetiku Instituta Ruđer Bošković (IRB) po prvi puta je dokazao da satelitska DNA ima važnu regulatornu ulogu u prilagodbi organizama na stresne promjene u okolišnim uvjetima. Rezultati do kojih su znanstvenici došli mogli bi objasniti kako organizam uspješno preživljava stres. Studiju je objavio vodeći genetički časopis *PLOS Genetics* (IF: 8.555). Satelitske DNA su uzastopno ponovljene ne-kodirajuće DNA koje su glavni građevni element centromera, dijelova kromosoma važnih za pravilnu diobu stanica. Utjecaj satelitskih DNA na susjedne gene je epigenetske prirode, odnosno nastaje kao rezultat određenih promjena u okruženju, kao što je dugoročni termički stres. Fiziološka uloga satelitskih

DNA u regulaciji genske aktivnosti do sada, međutim, nije bila opisana. Istraživanje grupe s IRB-a, rađeno na kukcu *Tribolium castaneum* kao modelnom organizmu, po prvi put je pokazalo da satelitska DNA nakon dugo-trajnog termičkog stresa izaziva privremeno smanjenje aktivnosti gena smještenih u svojoj blizini. Otkriven je također i molekularni mehanizam koji je odgovoran za smanjenje genske aktivnosti. '*Tribolium castaneum* (hrv. crveni brašnar) pripada tvrdokrilcima ili kornjašima. Velik je štetnik u skladištima hrane (silosima) i na svim proizvodima koji potječe od žitarica - brašnu, keksima itd. Često se koristi kao modelni organizam u razvojnoj biologiji i genetici usporedno s vinskom mušicom. Genetičari s IRB-a dr. sc. **Isidoro Feliciello**, mr. sc. **Ivana Akrap** i dr. sc. **Đurdica Ugarković** ove su rezultate objavili u radu *Satellite DNA Modulates Gene Expression in the Beetle *Tribolium castaneum* after Heat Stress*. Oni otvaraju sasvim novo istraživačko područje vezano uz proučavanje uloge satelitske DNA u prilagodbi organizama na promjene u okolišnim uvjetima. Istraživanje je djelomično finančirano sredstvima projekta 'NEWFELPRO' Ministarstva znanosti obrazovanja i sporta RH. Zahvaljujući ovom projektu talijanski znanstvenik dr. Feliciello se pridružio timu IRB-a.' Rezultati do kojih smo došli mogli bi objasniti kako organizam uspješno preživljava stres, a budući da pretpostavljamo da se radi o univerzalnom mehanizmu, njegovo

je 1989. u Hrvatskoj bilo 1353 novooboljelih, u 2013. bilo ih je 2557. Od raka dojke u Hrvatskoj su u 2013. umrle 994 žene i to je četvrti najznačajniji pojedinačni uzrok smrti u žena, iza cerebrovaskularnog inzulta i nekih bolesti srca. Od 2006.

Provodi se Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke iako mu je cilj smanjiti mortalitet za 25 posto, još uvjek nema zamjetnog pada stope smrtnosti.

U proteklih 25 godina znanstveni sastanak Bolesti dojke pod vodstvom akademika Prpića postao je glavni forum za onkologiju dojke. Ustanovljeno je da rak dojke nije jedinstven tumor, već da postoje pojedini podtipovi.

Također se vidi postupni pomak prema ciljanom liječenju koje je danas temeljni terapijski pristup kod oboljelih.

Sve to je dovelo do personaliziranoga sistemičnog pristupa bolesnici, s uključenjem svih relevantnih struka.

Marijan Lipovac



Velika dvorana u palači HAZU-a u Zagrebu

istraživanje čemo nastaviti i na drugim modelnim sistemima koji uključuju ljudska tkiva i stanične linije. Iznimno sam zadovoljna što čemo to istraživanje nastaviti okviru projekta Hrvatske zaklade za znanost, vrijednog 122,397.00 EUR." - zaključila je dr. Ugarković.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA IZBJEGLICA

Krizni stožer Ministarstva zdravlja donio je Postupnik, koji sadrži mјere za zaštitu od zaraznih bolesti i sadržaj zdravstvenog pregleda osoba tražitelja azila i azilanata, stranca pod privremenom zaštitom i stranaca pod supsidijarnom zaštitom. Evidenciju osoba po spolu, dobi i matičnoj državi odakle osoba

dolazi provodi MUP, a važna je za planiranje i osiguranje elementarnih potreba osoba u prihvatilištu te zdravstveni nadzor nad njima tijekom njihovog boravka u prihvatilištu. Zdravstvene mјere će zajednički provoditi Zavodi za javno zdravstvo županija u kojima će biti smješteni prihvativni centri, kao i zdravstveni timovi za čije su formiranje zaduženi ravnatelji Domova zdravlja županija u kojima će biti smješteni prihvativni centri.

Predviđen je rad ordinacija 0-24 sata, za što će biti osigurana četiri tima po ordinaciji. Potrebna oprema u ordinaciji definirana je Pravilnikom o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti („Narodne novine“, broj 61/2011).

Za ambulante i depo lijekova Ministarstvo zdravlja će izdati privremenu suglasnost za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Zdravstveni timovi provodit će trijažu osoba smještenih u prihvatnom centru radi utvrđivanja statusa zdrav/akutno bolesan, koja se radi u svrhu identificiranja akutno bolesnih osoba. Voditelj zdravstvenog tima zadužen je za izradu dnevnog izvješća o ukupnom broju migranata u Trijažu akutno bolesnih osoba provoditi će zdravstveni timovi. Voditelj zdravstvenog tima je liječnik opće/obiteljske medicine, odnosno liječnik pedijatar. Ako medicinsko osoblje procjeni/utvrdi da je osoba akutno bolesna, osoba se upućuje na zbrinjavanje i ili liječenje. Za sanitetski prijevoz zadužen je nadležni Dom zdravlja ili nadlež-

Prva intervencija HHMS-a uspješna

Već prvog dana od uspostavljanja hitne helikopterske medicinske službe (HHMS), 9. rujna, uspješno je realizirana prva intervencija u Republici Hrvatskoj. Pacijent nastradao u prometnoj nesreći na otoku Cresu, u manje je od sat vremena hospitaliziran u KBC-u Rijeka, a njegovo je liječenje započelo u helikopteru. „Medicinska prijavno-djavna jedinica Zavoda za hitnu medicinu Primorsko-goranske županije izvrsno je komunicirala sa svojim medicinskim timom u helikopteru, kao i zemaljskim timom te uspješno koordinirala cijelu intervenciju. S obzirom na poživot opasne ozljede, najvažnije je da je pacijent u iznimno brzom vremenu s terena stigao

u bolnicu te je odmah po dolasku prebačen u operacijsku salu“, poručila je **Maja Grba Bujević**, ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu. Od trenutka kada je HHMS zaprimio poziv do trenutka predaje pacijenta u KBC Rijeku prošlo je ukupno 55 minuta, što je velik napredak u odnosu na dosadašnju praksu, kada se za ovakve slučajevе koristio nemamenski vojni helikopter bez adekvatnih timova za zbrinjavanje unesrećenih. HHMS je pilot-projekt Ministarstva zdravlja, u potpunosti financiran iz Svjetske banke, koji hrvatskim pacijentima osigurava visokokvalitetnu i dostupnu zdravstvenu uslugu na razini standarda Europske unije. Riječ je o deset educiranih timova

medicinskih djelatnika i dva helikoptera, opremljena kao manje jedinice intenzivne nege, koji su stacionirani na Krku i na Braču. Helikopteri za ove specijalne namjene, za razliku od transportnih, mogu slijetati na različite, manje površine bliže pacijentu, što olakšava pristup pacijentu i dodatno skraćuje prijevoz do bolnice. To je osobito značajno kod stanja kao što su srčani i moždani udar, kada ishod liječenja tih pacijenata direktno ovisi o što brzem zbrinjavanju unutar „zlatnog sata“. Isto vrijedi i za teške ozljede, kritična stanja, prometne nesreće pri velikim brzinama koje do sada nismo primarno zbrinjavali helikopterom zbog nemogućnosti da brzo dođu do takvih bolesnika.



PRIZNANJA LIJEĆNICIMA ZA IZVANREDAN DOPRINOS ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Ministar zdravlja prim. **Siniša Varga** uručio je 7. rujna priznanja za izvanredan doprinos hrvatskom zdravstvenom sustavu ukupno 27 hrvatskih liječnika, čiji je rad Ministarstvo ocijenilo najučinkovitijim od ožujka do svibnja ove godine. Liječnike su nagradile i njihove nadležne zdravstvene ustanove, dodjelivši im stručno usavršavanje po izboru u iznosu od 10.000 kuna.

Priznanje najučinkovitim liječnicima dodjeljivat će se svaka tri mjeseca, a u sljedećoj fazi Ministarstvo zdravlja projektom će obuhvatiti i vrednovanje rada drugih medicinskih djelatnika. Učinak liječnika procijenjen je na temelju faktura koje bolnice ispostavljaju HZZO-u za svaki dijagnostičko-terapijski postupak. Svaki liječnički zahvat ima određenu vrijednost, koju određuje zahtjevnost provedene procedure. To znači da se u istoj specijalnosti mogu prepoznati liječnici koji su zbrinjavali komplikiranje pacijente. Drugim riječima, uz broj obrađenih pacijenata, mjeri se i složenost postupka, što se na koncu pretvara u finansijsku vrijednost temeljem koje se može napraviti rang-lista najuspješnijih. Nagrade su dobili **Sonja Tanfara**, **Zenon**

Pogorelić, **Mari Perić** i **Marijan Šitum** iz KBC-a Split, **Liborija Lugović Mihić**, **Valentina Matijević** i **Jakov Ajduk** iz KBC-a Sestre milosrdnice, **Hrvoje Vlašić**, **Robert Cerović**, **Nenad Petrović**, **Milan Rimac**, **Marina Fućak** i **Miranda Muhvić Urek** iz KBC-a Rijeka, **Martina Ciglar Hlašć**, **Marija Štanfel**, **Mato Sušić**, **Goran Bičanić**, **Martina Majstorović**, **Asja Čelebić**,



Senka Meštirović i **Andrej Aurer** iz KBC-a Zagreb, **Nataša Dužella** i **Hrvoje Krpina** iz OB Zadar, **Ljiljana Hodak** iz OB Našice, **Spomenka Manojlović** iz KB Dubrava, **Maro Dragičević** iz KB Merkur te **Mirjana Balen-Topić** iz Klinike za infektivne bolesti dr. Fran Mihaljević.

ni Zavod za hitnu medicinu, u ovisnosti tko provodi sanitetski prijevoz. Za organizaciju je zadužen ravnatelj doma zdravlja ili ravnatelj županijskog zavoda za hitnu medicinu. Odrasle osobe koje nemaju dokumentaciju da su uredno cijepljene protiv ospica, difterije, tetanusa i dječje paralize, trebaju biti cijepljene protiv ospica monovalentnim cjepivom ili kombiniranim cjepivom protiv ospica, rubele i mumpsa, te kombiniranim cjepivom protiv difterije i tetanusa i trovalentnim inaktiviranim cjepivom protiv dječje paralize.

SVJETSKI DAN BRIGE ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Na inicijativu Svjetskog psihijatrijskog društva (WPA) 4. rujna se obilježava "Svjet-

ski dan brige za mentalno zdravlje" (World Mind Matters Day) te početak globalne kampanje s glavnim ciljem postizanja jednake razine psihijatrijske zdravstvene zaštite. Kampanjom se želi postići jednak pristup u skrbi za mentalno zdravlje, a u prvom planu su ovi prioriteti:

- jednakost u financiranju, sredstvima, rezultatima i istraživanjima,
- dostupnost učinkovitih intervencija,
- integracija tjelesnog i duševnog zdravlja,
- smanjenje diskriminacije i stigmatizacije,
- dostojanstvo i jednakost za sve,
- obrazovanje javnosti i dionika,
- suradnju s bolesnicima i osobama koje skrbe za oboljele,
- umrežavanje s različitim organizacijama i drugim medicinskim specijalnostima.

Misija WPA društva je poticanje napretka u psihijatriji i zaštite mentalnog zdravlja diljem svijeta, a Hrvatsko psihijatrijsko društvo tu misiju provodi na razini naše države.

Prof. dr. **Vlado Jukić**, predsjednik Hrvatskog psihijatrijskog društva, upozorava da je stanje mentalnog zdravlja u Hrvatskoj opterećeno nizom teškoća, pri čemu se posebno ističe povećanje broja osoba starije životne dobi oboljelih od demencije, naslijede rata s velikim brojem oboljelih od PTSF-a te ne-povoljno djelovanje dugotrajne ekonomske krize. U cilju poboljšanja prava i zaštite osoba s duševnim smetnjama, od 1. siječnja 2015. na snazi je novi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji naglašava važnost jednakе zaštite zdravlja osoba s duševnim smetnjama u odnosu na somatske bolesnike.

Stručni sastanak posvećen prim. dr. Štefaniji Puretić

UHrvatskom liječničkom Domu u Šubićevu 9. održan je 28. svibnja stručni sastanak Pedijatrijske sekcije Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a, Ogranka Zagreb. Sastanak, koji su zajednički organizirali pedijatri i dermatovenerolozi, odnosno Klinike za dermatovenerologiju KBC-a Zagreb i MEF-a u Zagrebu te Poliklinike Sabol, vodila je prim. dr. sc. Jasmina Stepan Giljević, a bio je posvećen prim. dr. Štefaniji Puretić (Prelog, 2.7.1922.) doajenki hrvatske pedijatrije i dermatologije, od koje smo se oprostili u siječnju 2015. Unatoč poodmakle dobi, sve dok ju je zdravljje služilo redovito je pohađala i aktivno sudjelovala na pedijatrijskim i dermatovenerološkim sastancima te uvijek imala riječi pohvale za mlađe kolege. Plijenila je osobnošću blage i komunikativne osobe koja je istinski voljela poziv liječnika i svoju Kliniku i MEF u Zagrebu, gdje je provela gotovo cijeli radni vijek, do umirovljenja 1981. Na Klinici je osnovala prvu ambulantu za djecu 1950. godine. Primarno njezinim zalaganjem, uz potporu tadašnjeg predstojnika akademika Franje Kogoja, osnovan je 1952. moderno uređen Dječji dermatološki odjel s 22 kreveta, u kojem je prvih 15 godina prim. Puretić radila uz pomoć jednog ili dva specijalizanta.

U radu Klinike i na MEF-u ostavila je neizbrisiv trag. Potvrdila se kao iznimna kliničar i znanstvenica s međunarodno prepoznatim doprinosom te je na taj način širila dobar glas hrvatske medicine. Nakon toga je prim. dr. sc. Zlatko Sabol prikazaobolesnicu sa sindromom juvenilne hijaline fibromatoze, odnosno sindromom Puretić, koju on prati već niz godina, a u postavljanju dijagnoze savjetovao se s prim. dr. Puretić. Opisu ovog sindroma

**Prim. dr.
Štefanija
Puretić,
doajenka
hrvatske
pedijatrije i
dermatologije**



WPA je objavio povodom početka kampanje Izjavu o društvenoj pravednosti u skribi za osobe s duševnim smetnjama i rezultate "Radne skupine Svjetskog psihijatrijskog društva o duševnom zdravlju migranata, izbjeglica i tražitelja azila". WPA čini 135 društava iz 117 zemalja i predstavlja preko 200.000 psihijatara.

KBC OSIJEK DOBIO NOV UREĐAJ ZA LIJECENJE TUMORA

U KBC-u Osijek, Zavod za radioterapijsku onkologiju, pušta se u rad uređaj za brahiterapiju, vrijedan 4,6 milijuna kuna.

Riječ je o sofisticiranom aparatru visoke brzine i doze zračenja koji se koristi u liječenju

ginekoloških tumora, ali i tumora drugih sjela poput tumora glave i vrata.

Ovaj uređaj omogućiće onkološkim pacijentima iz Osijeka i okolice da se ubuduće liječe u svojoj bolnici odnosno da pacijentice više ne moraju na liječenje odlaziti u Zagreb. U tijeku je nabava još nekih vrijednih uređaja za ovu bolnicu. „Godišnje se u KBC-u Osijek od ginekoloških tumora liječi oko sto pacijentica, koje su na brahiterapiju morale odlaziti u zagrebačku Kliniku za ženske bolesti i porode u Petrovoj. Novi uređaj omogućiće liječenje oboljelih i od drugih vrsta tumora, a koristit će stanovnicima šire regije“, rekao je ravnatelj KBC-a Osijek prof. dr. Sven Kurbel.

U KBC-u Osijek godišnje se pruža oko 780 tisuća raznih zdravstvenih usluga, od čega oko 40 tisuća usluga za pacijente koji leže u

prvi put je objavljen u članku „A unique form of mesenchimal dysplasia“ u *British Journal of Dermatology* 1962.

Uz Štefaniju Puretić autor i bili Božidar Puretić, Marijana Fischer-Herman i Milena Adamčić.

U drugom dijelu sastanka, kojim su evocirane uspomene na pok. dr. Puretić predavale su prim. mr. sc. Karmela Husar i prim. mr. sc. Slobodna Murat-Sušić iz Zavoda za pedijatrijsku dermatologiju Klinike za dermatovenerologiju KBC-a Zagreb i MEF-a u Zagrebu, o zanimljivostima dijagnostike i terapije ihioza te o naslijednoj buloznoj epidermolizi.

Slobodna Murat-Sušić

bolnici. Uredaj za brahiterapiju financiralo je Ministarstvo zdravljia, a kroz postupak javne nabave kupljeno je nekoliko takvih uređaja za više zdravstvenih ustanova.

25 GODINA HRVATSKOG INSTITUTA ZA ISTRAŽIVANJE MOZGA

Na MEF-u u Zagrebu obilježeno je 25. rujna godina rada tog Instituta. Ta znanstveno-nastavna ustrojbeni jedinici MEF-a u Zagrebu osnovana je 1990. s ciljem razvijanja značajnog i dinamičnog polja suvremene znanosti – neuroznanosti te uspostavljanja suradnje temeljnih i kliničkih neuroznanosti. Osnivanje Instituta podudara se s početkom Desetljeća mozga (1990.), kada je

MEF u Zagrebu, na temelju poticaja i jasno obrazloženog prijedloga akademika **Ivice Kostovića**, pokrenuo osnivanje. Za taj projekt MEF je dobio potporu Vlade RH i pokroviteljstvo **Franje Tuđmana**. Institut razvija znanstvene programe iz područja razvojne neurobiologije čovjeka, kao i istraživanja biološke osnove psihijatrijskih i neuroloških bolesti i kognitivnih poremećaja. Dobro razvijena infrastruktura omogućuje istraživačkim skupinama sa svih temeljnih zavoda MEF-a izvođenje međunarodno ocjenjenih projekata (EU, UKF, HRZZ, Adris), suradnju s kliničkim nastavnim bazama i suradnju s vodećim inozemnim znanstvenim institucijama (Yale University, The Johns Hopkins University, McGill University, INSERM, University of Geneva, University of Amsterdam, Université Libre de Bruxelles). Osigurana je izobrazba za doktorande (doktorski studij Neuroznanost), uspješan razvoj znanstvenih karijera mladih istraživača u vodećim

svjetskim centrima te njihov povratak u Hrvatsku. Međunarodni znanstveni savjet Instituta, sastavljen od istaknutih američkih i europskih znanstvenika, periodički ocjenjuje njegov program HIIM-a. Više o tome na www.hiim.unizg.hr.

Ana Hladnik, dr. med – glasnogovornica, tel: 091 5104008, e-mail: ana.hladnik@mfh.hr Akademik Ivica Kostović, tel: 01 4596 902, 01 4596 801, e-mail: ikostov@hiim.hr

POBJEDA ISTRAŽA NA NATJECANJU „RESIMO ZIVLJENJA 2014-2020“

Tim u sastavu **Marija Ana Božić** dr. med., **Tarik Gvoždar** i **Mario Nosil**, medicinski tehničari, predstavljao je Zavod za hitnu medicinu Istarske županije (ZHMIZ) na stručnom edukativnom natjecanju timova hitnih medicinskih službi Slovenije „Rešimo

življena 2014-2020“, koje je održano 5. rujna u Krškom. Natjecateljski timovi su na šest različitih radnih stanica pokazali praktična i teoretska znanja u zbrinjavanju hitnih pacijenata na terenu, a kroz realistične scenarije i različite izvanredne okolnosti tijekom zbrinjavanja, kada do izražaja dolazi sposobnost brzih odluka koje život znače.

Naš tim osvojio je prvo mjesto, dok su drugo i treće mjesto zauzeli timovi KBC-a Ljubljana i Zdravstvenog doma u Novom Mestu.

To je četvrta ekipa našeg Zavoda koja je ostvarila vrhunski rezultat. Ova je pobeda dokaz da se upornim, kontinuiranim, sustavnim i planiranim radom na edukaciji svih radnika u Zavodu mogu postići pravi rezultati. Link: http://zhmiz.hr/?page_id=176.

Mirjana Kiridžić, Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

„Pokretom protiv Parkinsona“ u zagrebačkom Maksimiru

Unatoč kiši, 3. listopada je u zagrebačkom parku Maksimir održana po treći put akcija „Pokretom protiv Parkinsona“, koju su podržale brojne osobe iz političkog i javnog života pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja i Grada Zagreba. Zajedničkom šetnjom putem nade dana je podrška oboljelima od Parkinsonove bolesti i Parkinson plus sindroma. Akciju su svojim dolaskom podržali Marijana Prevendar iz Gradskog ureda za zdravstvo, **Massimo Savić** sa suprugom **Eni**, **Ivana Boljkovac**, **Ana Tomasković** i **Anita Hrstić**.

„Cilj je ove akcije bio podizanje svijesti i bolje informiranje javnosti o Parkinsonovoj bolesti te vitalne i protektivne važnosti fizičkih aktivnosti kod oboljelih. Budući da od ove teške i progresivne bolesti obolijeva sve veći broj naših građana, neobično je važno ukazati na važnost provođenja fizičke terapije te upoznati cijelokupnu javnost s ovim brzorastućim problemima i za obitelji i za zdravstveni sustav.

Namjera nam je potaknuti i mjerodavne u zdravstvu da fizičku terapiju za Parkinsonove bolesnike uključe u re-

dovito propisivanu terapiju na teret HZZO-a“, izjavila je ovom prigodom prim. dr. sc. **Vladimira Vuletić**, predsjednica udruge „Parkinson i mi“.

Na manifestaciji su prisustvovali i pokazali načine vježbanja koji se preporučaju za oboljele: **Mario Krot** (Thai Chi), **Petra Matić** (Pilates), **Ivana Marić** i **Marko Gjurin** (Salsa), **Marija Miletić** i **Marijan**

Mašić (fizička terapija). Održan je i koncert **Martine Kutleša** i jazz benda (feat. **Saša Nestorović**). Također su se dijelili i informativni letci a donirani su predmeti s logom Udruge (majice, privjesci, antistres loptice, torbe, narukvice) kao podrška Udrizi.

Prim. dr. sc. Vladimira Vuletić, neurolog (e-mail: vvuletic@kdb.hr)





Prof. dr. sc.
Darko Chudy,
dr. med., dr. sc.
Jurica Marakovic,
dr. med., Damir
Tomac, dr. med. i
Olivera Mihordin,
bacc. med. techn.
predvode uspješan
tim za spinalnu
instrumentalizaciju
u KB Dubrava

NEUROKIRURGIJA U KB-u „DUBRAVA“

Moderna oprema za bolju kvalitetu i smanjenje troškova liječenja

Andreja Šantek

Ukličkoj bolnici „Dubrava“ počela se prije nekoliko godina ubrzano razvijati spinalna neurokirurgija, a danas liječnici Odjela za spinalnu neurokirurgiju Zavoda za neurokirurgiju već rutinski izvode prilično zahtjevne postupke spinalne instrumentacije u kojima se koriste različiti implantati (vijci, šipke, pločice, tzv. kavezzi) kako bi se postigla trenutna stabilizacija kralježnice.

Kako su u tako kratkom razdoblju uspjeli postići takvu razinu ekspertize razgovarali smo s neurokirurgom dr. sc. **Juricom Marakovićem**, voditeljem tima za spinalnu instrumentaciju koji radi na Zavodu za neurokirurgiju pod vodstvom doc. dr. sc. **Darka Chudyja**.

... Kako ste se odlučili za početak izvođenja zahvata koji se prije nisu izvodili u Zavodu za neurokirurgiju KB-a „Dubrava“?

• Kontinuirana ambicija Zavoda za neurokirurgiju, na čelu s pročelnikom doc. dr. sc. Darkom Chudyjem, je stalan napredak znanja i razine tehnološke opremljenosti tima, kako u zahvatima koje već tradicionalno izvodimo, tako i u novim zahvatima i novim metodama, uključujući i različite tehnike minimalno-invazivne kirurgije, kojima mo-

žemo pomoći svojim pacijentima, ali i znatno smanjiti ukupne troškove zahvata.

U skladu s tom ambicijom bolnica je prije dvije godine nabavila jedan od najboljih spinalnih navigacijskih sustava: „O-arm“ intraoperacijski uredaj za oslikavanje sa „StealthStation S7“ navigacijskim uredajem, tvrtke Medtronic. Sustav omogućava vizualizaciju spinalnih struktura u realnom vremenu, objedinjuje intraoperativno fluoroskopsko oslikavanje (imaging), koje je nalik na kompjuteriziranu tomografiju (CT) i kompjutersku navigaciju, a predstavlja sigurno jednu od „najuzbudljivijih“ novijih tehnoloških inovacija u spinalnoj kirurgiji. S obzirom na to da sustav između ostalog pruža mogućnost iznimno preciznog postavljanja različitih implantanata (najviše ugradujemo transpedikularne vijke), možemo reći da nam je moderna tehnologija omogućila da u kratkom vremenu usvojimo potrebnu vještini i preciznost u izvođenju zahvata za koje su liječnicima prije dolaska takve tehnologije trebale godine i godine edukacije i iskustva.

... Kako vam točno O-arm navigacijski sustav pomaže u radu?

• „O-arm“ uredaj omogućuje intraoperativsko oslikavanje anatomije pacijenta u real-

nom vremenu, s visoko kvalitetnim slikama i velikim poljem oslikavanja te prikaz u dvije i u tri dimenzije, vrlo slično kao što to omogućuje i kompjuterizirana tomografija (CT). Integracija „O-arm“ uredajem sa „StealthStation S7“ navigacijskim uredajem omogućava nam vrlo preciznu navigaciju prilikom postavljanja različitih implantata, naročito vijaka, i to bez prisutnosti stalnog zračenja za osoblje u operacijskoj dvorani. Naime, princip rada ovog navigacijskog uredaja vrlo je sličan GPS navigaciji koja se danas koristi sve više u svakodnevnom životu, a nama kirurzima omogućava precizno navođenje praktički svakog instrumenta i svakog implantata koji koristimo. Dodatno, nakon postavljanja svih vijaka, šipki i drugih implantata, kontrolno intraoperativno trodimenzionalno oslikavanje koje radimo s uredajem potvrđuje stvarni položaj postavljenih implantata te nam omogućava korekciju položaja implantata prije završetka operacije i zatvaranja operacijske rane. Inače bi se takvo kontrolno oslikavanje obično radilo prvog postoperacijskog dana, te bi se u slučaju potrebe za korekcijom položaja implantata moralо pristupiti reoperaciji. „O-arm“ uredaj s navigacijskim sustavom najviše koristimo kod liječenja različitih degenerativnih bolesti kralježnice (spinalne stenoze, spondilolistzeze, hernije i.v. diska), no velika

nam je pomoći i kod operacija različitih spinalnih tumora, jer omogućava intraoperacijsku vizualizaciju određenih tumora kralježnice i provjeru radikalnosti odstranjenja tumora.

... Kakvu ste edukaciju prošli za rad na sustavu?

- Iako smo i prije dobivanja ovog navigacijskog sustava imali više od deset godina iskustva rada sa sličnim uredajem iste tvrtke ("StealthStation treon") kojeg koristimo za intrakranijsku navigaciju, prije početka rada na bolesnicima inzistirali smo na kvalitetnoj edukaciji za korištenje novog sustava. Edukaciju smo realizirali u suradnji s uglednom neurokirurškom klinikom u Miljanu, u Italiji, kod iskusnih spinalnih neurokirurga koji već više godina u svom radu koriste dva „O-arm“ uredaja i imaju godišnje oko 1500 spinalnih operacija. Najprije smo radili u anatomske laboratoriju na kadaverima, zatim na spinalnim modelima, a potom i u sali s talijanskim kolegama. Svoje prve operacije uz pomoć novoga navigacijskog sustava realizirali smo u našoj ustanovi uz asistenciju talijanskih kolega. Kroz ove dvije godine od nabave ovog uredaja išli smo polako, korak po korak, od jednostavnijih do složenijih i zahtjevnijih operacija, pa smo postupno i potpuno ovladali korištenjem ovog sustava u spinalnoj neurokirurgiji. Preciznost sustava kod postavljanja vijaka i drugih implantata pokazala se doista zadivljujuća, čime je mogućnost komplikacija zbog neodgovarajućeg postavljanja vijaka i drugih implantata značajno smanjena.

... Koliko takav navigacijski sustav povećava preciznost kirurga prilikom operacije?

- Želim ovdje prvo jasno reći da nikakva tehnologija ne može zamijeniti anatomsko znanje, vještina i iskustvo kirurga i njegova

tim. No, tehnologija se u svim područjima života, tako i u medicini i u neurokirurgiji, ubrzano razvija i pomaže nam u izvođenju posebno onih najkompliciranijih zahvata. Pametnim korištenjem tehnologije svakako možemo povećati sigurnost i uspješnost operacija i time direktno povećavamo sigurnost pacijentata i skraćujemo im oporavak. U brojnim studijama jasno je pokazano kako korištenje ovakvih sustava za spinalnu navigaciju značajno povećava točnost prilikom postavljanja različitih implantata, prvenstveno transpedikularnih vijaka.

Tako su kliničke studije pokazale od 28,1 posto do čak 39,9 posto neadekvatno postavljenih vijaka kod klasične (konvencionalne) fluoroskopije. Srećom, iako je taj postotak suboptimalno postavljenih vijaka vrlo visok, učestalost time uzrokovanih komplikacija ipak je značajno manja, ali su te komplikacije kada se dogode vrlo ozbiljne i dovode do teškog neurološkog deficitata, likvorskih fistula, krvarenja zbog oštećenja krvnih žila, postoperativne boli i potrebe za revizijom, odnosnom reoperacijom. Nasuprot tome,

kod korištenja navigacijskih sustava kao što je ovaj naš, točnost postavljanja vijaka pokazala se i preko 95 posto, čime se učestalost komplikacija zbog malpozicije implantata minimalizira. Također, preciznost kod ovakvih zahvata je iznimno važna jer je upravo cilj korištenja implantata u spinalnoj kirurgiji postizanje stabilizacije kralježnice, a svako suboptimalno postavljanje implantata dovodi, u manjoj ili većoj mjeri, do slabosti biomehaničke konstrukcije. Iz vlastitog iskustva u KB-u „Dubrava“ mogu reći da je sustav iznimno precizan, i mi od početka korištenja sustava nismo imali niti jednu komplikaciju koja bi bila izazvana suboptimalnim postavljanjem implantanata u kralježnicu, na što smo posebno ponosni. Možemo rezimirati da jedan takav navigacijski sustav, uz smanjenje vremena potrebnog za osposobljavanje kirurga, povećava preciznost zahvata, smanjuje razinu zračenja u operacijskoj sali i smanjuje vjerojatnost naknadnih komplikacija, što pak sve povećava sigurnost pacijenta i medicinskog osoblja te smanjuje i direktni i indirektni trošak zahvata. ●

**Doc. dr. sc.
Darko Chudy
(lijevo)
i dr. sc.
Jurica Maraković**



Liječenje hemoptize transkateriskom embolizacijom bronhalnih arterija

Doc. dr. sc. Vinko Vidjak, KB Merkur, Zagreb

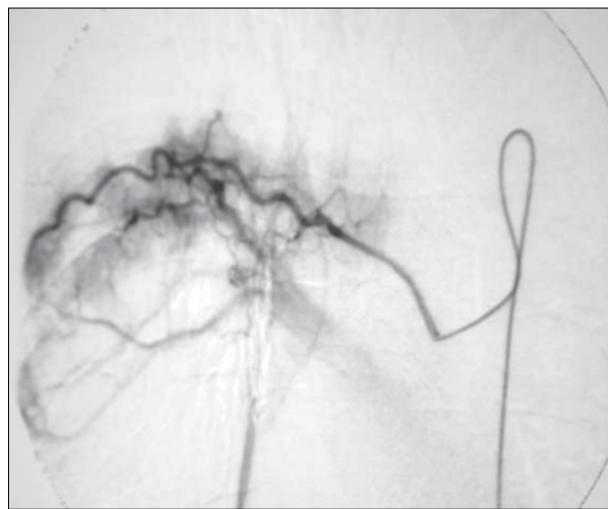
Bronhalne arterije su parijetalni ogranci torakalne aorte, čija se polazišta nalaze od razine trećeg do osmog torakalnog kralješka. Predstavljaju nutritivni krvotok plućnog tkiva i krvnih žila, a vaskulariziraju jednjak, srčanu ovojnicu, dušnik, unutarnju ovojnicu pluća i plućne hilarne limfne čvorove. Više je anatomskih varijanti broja i polazišta bronhalnih arterija. Prema većini autora najčešća je Cauldwelova anatomска klasifikacija broja i polazišta bronhalnih arterija iz 1947. g., a nalazi se kod gotovo 83% bolesnika. Pri tome je važan podatak o zajedničkom polazištu bronhalne i interkostalne arterije, što čini interkostobronhalno arterijsko stablo u 88,7% bolesnika, a koje je nerijetko izvorom masivnih hemoptiza plućnog parenhima. Osim navedene anatomske varijante polazišta bronhalnih arterija, ogranci luka aorte, a. mamarije, a. subklavije, tr. brahiocefalikusa, tr. tireocervikalisa, a. phrenicae inferior i abdominalne aorte mogući su izvori krvarenja u plućnom parenhimu. U uzorku bolesnika KB-a Merkur, bronhalne arterije bile su izvorom masivnih hemoptiza u 90,9% bolesnika, a ogranci potključne arterije u preostalih 9,1%.

Angiografija bronhalnih arterija je dijagnostička metoda koja pouzdano vizualizira arterije i njihovo grananje. Prikaz bronhalnih arterija i razlikovanje normalnih od patološki promijenjenih arterija moguće je

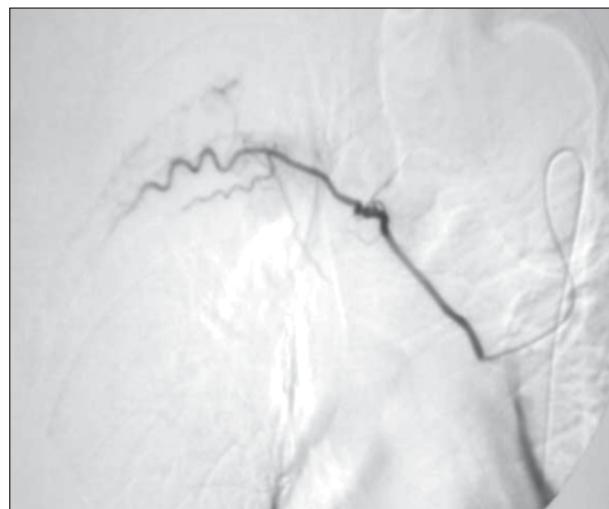
selektivnom angiografijom, znači pristupom kateterom u polazište bronhalne arterije. Dijagnostičkoj angiografiji najčešće se pristupa putem a. femoralis communis, a rjeđe putem a. aksilaris i a. brahialis. Angiografski znaci koji ukazuju na mjesto krvarenja su: proširene odnosno izvijugane bronhalne arterije, aneurizme arterija, peribronhalna hipervaskularizacija i AV komunikacije s ranim prikazom pulmonalnih vena (Slika 1a; 2a,b,c). Ekstravazacija kontrasta, kao jasan znak krvarenja, vidi se u svega 22% slučajeva jer je krvarenje iz bronhalnih arterija sporo i intermitentno. Zanimljivo je podatak o 11,2% angiograma osoba s masivnom hemoptizom u kojih se nalazi negativan DSA nalaz. Potrebno je naglasiti kako se u uzorku naših bolesnika, uz navedenu hipervaskularizaciju i patološku imbibiciju parenhima kontrastom, nalazio minimalno jedan od ostalih patognomoničnih znakova: AV fistule (54,5%), vijugave i hipertrofirane arterije (72,7%) i aneurizme arterija (27,3%). Ovakav nalaz infiltracije parenhima bio je sugestibilan za mjesto krvarenja. Stoga i dokazom za BAE.

Embolizacija bronhalnih arterija (BAE) metoda je liječenja hemoptiza (Slika 1b; 2d,e). Primjenjuje se kao oblik liječenja od 1973. g. ili je nadopuna kirurškom, bronhoskopskom i/ili konzervativnom načinu liječenja. Omogućuje neposrednu kontrolu krvarenja, čime se otklanja potreba za operacijom koja je

praćena većim mortalitetom (40%), dužom hospitalizacijom i većim troškovima liječenja. Također se embolizacijom postiže i bolji klinički preduvjeti za ev. daljnje kirurško liječenje. Tehnički je uspjeh BAE zahvata visok (77-94%), a dugotrajan uspjeh primarnog zahvata i do 80%, ali ovisi o stupnju progresije osnovne plućne bolesti koja izaziva hemoptizi. Uspjeh zahvata ovisi i o izboru sredstva odnosno vrste embolizacijskog materijala potrebnog za okluziju arterija. Jednomjesečni klinički rezultati primarne embolizacije bronhalnih arterije su 48-98%. Ovakav širok raspon rezultata primarne embolizacije može se objasniti i patofiziološkim promjenama u parenhimu nakon embolizacije. Odnosno, vrlo često nakon embolizacije dolazi do hipertrofije „susjednih“ arterija. Aktivnost osnovnog procesa, sklonost kolateraliziranju krvotoka ili nedostatna embolizacija i preveniranje širokih komunikacija ciljane i susjednih arterija, mogući su razlozi primarnog neuspjeha i sklonosti sekundarnim krvarenjima. Bronhiekstazije i tuberkuloza su u gotovo 73% bolesnika čimbenici masivne hemoptize i razlogom višekratnog aktivnog liječenja (embolizacija i ili operacija). Dobra kontrola osnovne bolesti najvažniji je čimbenik dugotrajnog uspjeha i prevencije recidiva hemoptize. Prije početka embolizacije važno je orijentirati se o radikularnim arterijama, odnosno o polazištu a. spinalis



Slika 1a.: DSA kod pluća s bronhiuktazijama prije embolizacije

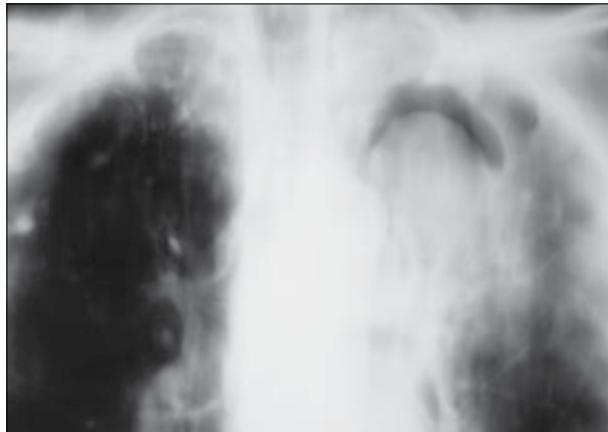


Slika 1b.: DSA s bronhiuktazijama nakon embolizacije

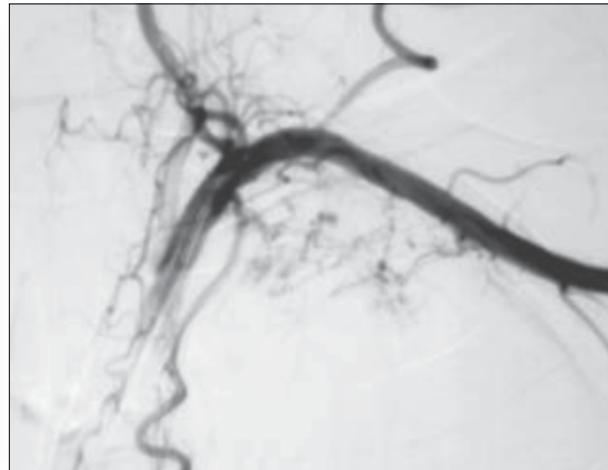
anterior (Adamkiewiczeva arterija), koje sudjeluju u vaskularizaciji medule spinalis. Njena embolizacija dovodi do spinalne ishemije i transverzalnog mijelitisa. U 15% bolesnika Adamkiewitzeva arterija ima polazište između petog i osmog grudnog kralješka, dok u 5% populacije polazi iz interkostobronhijalnog trunkusa. Vrlo je važan podatak kako se

u 5,17 % slučajeva a. spinalis ant. može prikazati i nakon embolizacije bronhalne arterije, a da prije embolizacije ona nije bila vizualizirana. Objasnenje je u postembolizacijskom porastu distalnog otpora arterije, što je važna spoznaja zbog mogućnosti paradoksalnih embolizacija. Zato je embolizacijski materijal potrebno injicirati isključivo pod kontrolom

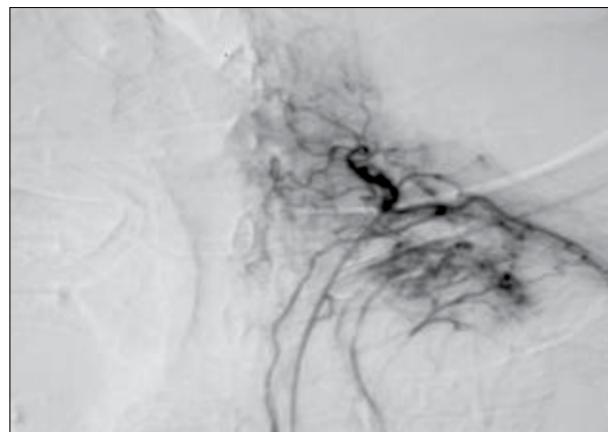
dijaskopije i uz dodatak kontrasta, kako bi se vizualizirao čitav tok embolizacije. Tim načinom se značajno umanjuje mogućnost jatrogene embolizacije, odnosno umanjuje se mogućnost neželjene embolizacije radikularnih ograna. Ovo smatramo važnim navodom u postupku izvođenja sigurne embolizacije. Istraživanjem naših rezultata po-



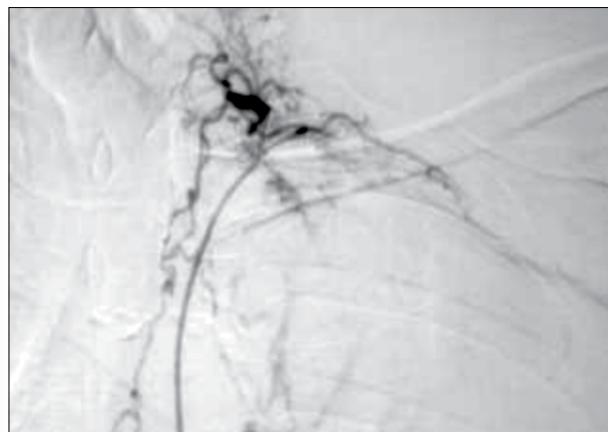
Slika 2a: Rendgenogram/tomogram aspergiloma



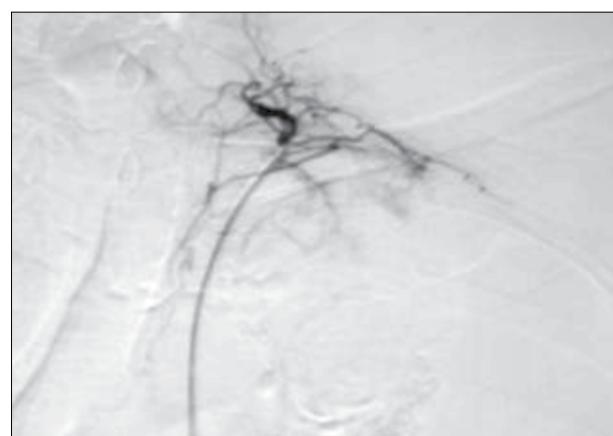
Slika 2b: DSA aspergiloma prije embolizacije



Slika 2c: DSA aspergiloma prije embolizacije



Slika 2d: DSA aspergiloma nakon primarne embolizacije



Slika 2e: DSA aspergiloma nakon sekundarne embolizacije

stupka BAE, obratili smo pozornost na ev. prikaz spomenih arterija jer su Uflacker i autori u 42/75 slučajeva BAE prikazali radikularne arterije tijekom samog postupka embolizacije, a što može biti kontraindikacija za BAE, ali ne i apsolutna kontraindikacija. Uporaba mikro-katetera nerijetko čini postupak BAE jednostavnijim i sigurnim ukoliko je otežano smjestiti vrh klasičnog katetera (5F) u ciljanu arteriju. Korist mikrokatetera se iskazuje u mogućem selektivnijem pristupu u ciljanu arteriju, odnosno pozicioniranjem vrha mikrokatetera distalno od ev. ogranka-polazišta radikularne arterije. Međutim, sigurno pozicioniranje vrha klasičnog katetera (5F) u ciljnu arteriju može se provjeriti snažnim, ali doziranim injiciranjem kontrastnog sredstva. Napredak DSA, uporaba mikrokatetera i korištenje neionskog izo/niskoosmolalnog kontrastnog sredstva, omogućili su još uspješnije liječnje hemoptiza. Učestalost recidiva hemoptiza može biti do 46 % nakon prve embolizacije. Prema nekim autorima to je prisutno u značajnom postotku (87 %) kao posljedica rekanaliziranja prethodno već emboliziranih arterija, a manje kao posljedica hipertrofiranja arterija (27 %) i to prvenstveno ukoliko se upotrijebi privremeno embolizacijsko sredstvo - Gelfoam. Međutim, PVA (polivinil alkohol) i Microsfera (Embosphere, Embogold) trajna su embolizacijska sredstva, nakon kojih je ponovna embolizacija potrebna samo u 15,5 % slučajeva.

Odabir embolizacijskog materijala jedna je od najvažnijih činjenica u postupku embolizacije bronhalnih arterija, a temelji se ponajprije na svojstvima koja određuju trajanje embolizacijskog učinka te na veličini upotrijebljenih čestica ($350\text{--}500\text{ }\mu\text{m}$), što ukupno omogućuje dugotrajnu kontrolu hemoptiza. Stoga veličina čestica embolizacijskih materijala mora biti $350\text{--}500\text{ }\mu\text{m}$, jer upotreba čestica manjih od $350\text{ }\mu\text{m}$ povećava rizik od nenamjerne sistemske i pulmonalne embolizacije.

To je značajan podatak zbog širine i prošnosti komunikacija bronhalnih arterija i plućnih vena te bronhalnih i plućnih arterija, ali i neočekivanih komunikacija bronhalnih sa sistemnim arterijama opisanih u literaturi i kod drugih endovaskularnih postupaka. Osim pravilnog izbora embolizacijskog materijala u postupku BAE važan je i izbor kontrastnog sredstva. Hiperosmolalnost može izazvati prolaznu ishemiju radikalarnih arterijskih ogrankova, a u literaturi se navodi transverzalni mijelitis kao posljedicu vazo-toksičnosti uporabom ionskog kontrasta.

Zaključak. Masivna hemoptiza hitno je kliničko stanje koje ugrožava život bolesnika zbog moguće asfiksije. Embolizacija bronhalnih i nebronhalnih sistemskih arterija siguran je i učinkovit intervencijski postupak kojim se uspješno liječi akutna hemoptiza. Predviđeni za uspjeh su poznавање anatomije bronhalnih arterija, njihovih mogućih komunikacija i patofiziološke pozadine masivne hemoptize. Napredak u angiografskoj tehnici te korištenje novih, kvalitetnih materijala čini postupak BAE sigurnim, a uz minimalan rizik za bolesnika. Kontrola osnovne bolesti koja je uzrokovala promjene u parenhimu i na arterijama te tako je dovela do krvarenja, važan je čimbenik prevencije recidiva krvarenja. Opće napomene o hemoptizi, tehnici, prednostima i rezultatima BAE te važnost odabira embolizacijskog materijala rezultiraju boljim pristupom značajnoj hemoptizi. Isto tako se boljom interdisciplinarnom suradnjom pulmologa i intervencijskih radiologa još uspješnije liječiti masivna hemoptiza. ●

Literatura:

- Caudwell EW, Siekert RG, Lininger RE. The bronchial arteries: an anatomic study of 150 human cadavers. *Surg Gynecol Obstet* 1948; 86:395-341.
- .Sancho C, Escalante E, Dominguez J, Vidal J, Lopez E, Valldeperas J, Montana XJ. Embolization of bronchial arteries of anomalous origin. *Cardiovasc Interv Radiol* 1998; 21: 300-304.
- Osaki S, Nakanishi Y, Wataya H, Takayama K, Inoue K, Takaki Y, Murayama S, Hara N. Prognosis of bronchial artery embolization in the management of haemoptysis. *Respiration* 2000; 67: 412-416.
- Vidjak V, Novačić K, Hebrang A, Mažuranić I, Samaržija M, Ljubić S, Breitenfeld T, Klasić B. Transcatheter embolization of bronchial arteries in the treatment of hemoptysis. *Radiology and Oncology* 2009; 43(3):152-161.
- Yoon W. Embolic agents used for bronchial artery embolisation in massive haemoptysis. *Expert Opin Pharmacotherapeutics* 2004; 5: 361-367.
- Yu-Tang Goh P, Lin M, Teo N, En Shen Wong D. Embolization for hemoptysis: a six-year review. *Cardiovasc Interv Radiol* 2002; 25: 17-25.
- Remy J, Arnaud A, Fardou H, Giraud R, Volsin C. Treatment of hemoptysis by embolization of bronchial arteries. *Radiology* 1977; 122: 33-37.
- Kato A, Kudo S, Matsumoto K, et al. Bronchial artery embolization for hemoptysis due to benign disease: immediate and long term results. *Cardiovasc Interv Radiol* 2000; 23:351-357.
- Fernando HC, Stein M, Benfield JR, Link DP. Role of bronchial artery embolization in the management of hemoptysis. *Arch Surg* 1998;133:862-866
- Kim KJ, Yoo JH, Sung NC, Won HS, Youn KH, Kang HM. The factors related to recurrence after transcatheter arterial embolization for the treatment of hemoptysis. *Korean J Intern Med*.1997 Jan;12 (1):45-51
- Mal H, Rullon I, Mellot F, Brugiere O, Sleiman C, Menu Y, Fournier M. Immediate and long term results of bronchial artery embolization for life threatening hemoptysis. *Chest* 1999 Apr;115(4): 996-1001.
- White RI Jr. Bronchial artery embolotherapy for control of acute hemoptysis: analysis of outcome. *Chest* 1999; 115: 912-915.
- Cremaschi P, Nascimbene G, Vitulo P, Catanese C, Rota L, Barazzoni G, Cornalba G. Therapeutic embolization of bronchial artery: a successful treatment in 209 cases of relapse hemoptysis. *Angiology* 1993; 44: 295-299.
- Yoon W, Kim JK, Kim YH, Chung TW, Kang HK. Bronchial and nonbronchial systemic artery embolization for life threatening hemoptysis; a comprehensive review. *Radiographics* 2002;22:1395-1409.
- Feigelson HH, Ravin HA. Transverse myelitis following selective bronchial arteriography. *Radiology* 1965;85:663-665.
- Kardjiev V, Symeonov A, Chankov I. Etiology, pathogenesis and prevention of spinal cord lesions in selective angiography of bronchial and intercostal arteries. *Radiology* 1974;112:81-83.
- Mauro MA, Jaques PF. Transcatheter bronchial artery embolization for inflammation (hemoptysis). In :Baum S, Pentecost M, eds. *Abrams Angiography*. Boston: Lippincott Williams and Wilkins 1997:819-828.
- Bookstein JJ, Moser KM, Kalafer ME, Higgins CB, Davies GB, James WS. The role of bronchial arteriography and therapeutic embolization in haemoptysis. *Chest* 1977; 72: 658-661.
- Uflacker R, Kaemmerer A, Picon PD Rizzon CFC, Neves CMC, Oliveira ESB, Oliveira MEM, Azevedo SNB, Ossanai R. Bronchial artery embolization in the management of haemoptysis: technical aspects and long-term results. *Radiology* 1985; 637-644.
- Tanaka N, Yamakado K, Murashima S, Takeda K, Matsumura K, Nakagawa T, Takano K, Ono M, Hattori T. Superselective bronchial artery embolization for haemoptysis with a coaxial microcatheter system. *J Vasc Interv Radiol* 1997; 8: 65-70.
- Corr PD. Bronchial artery embolization for life threatening hemoptysis using tris-acryl microspheres; short term results. *Cardiovasc Interv Radiol* 2005; 28: 439-441.
- Rivera-Sanfeliz G, Kansal N. Right thyrocervical trunk bronchial artery collateral: source of type II endoleak after endovascular repair of thoracic aortic aneurysm. *J Vasc Interv Radiol* 2007;18:655-658
- Yamakawa H, Shimizu K, Michimoto K, Kameoka Y, Kang R, Yoshida J, Yamada M, Yoshida M, Ishikawa T, Takagi M, Kuwano K. Springerplus. Transcatheter embolization for hemoptysis associated with anomalous systemic artery in a patient with scimitar syndrome. 2015 Aug 14;4:422. doi: 10.1186/s40064-015-1219-9. eCollection 2015.
- Chen YP, Chen YG, Jiang F, Chen JM. Correlation and interventional embolization therapy of posterior intercostal arteries-induced hemoptysis. *Genet Mol Res*. 2014 Jun 9;13(2):4252-9. doi: 10.4238/2014.June.9.10

VELIČINA PORCIJE, PAKIRANJA I POSUĐA ZA SERVIRANJE HRANE UTJEĆU NA PROMJENU IZABRANE VRSTE I KOLIČINE HRANE, ALKOHOLA I DUHANA

PROF. DR. SC. LIVIA PULJAK, MEDICINSKI FAKULTET U SPLITU

Sažetak

Istraživačko pitanje: U ovom Cochrane sustavnom pregledu analizirani su dokazi iz kliničkih pokusa kako bi se utvrdilo na koji način na količinu hrane, alkohola ili duhana koju biraju ili konzumiraju djeca i odrasli može utjecati promjena veličine ili oblika porcija ili pakiranja, ili posuđa (kao što su tanjuri ili čaše).

Značajke studija: U ovaj Cochrane sustavni pregled uključene su 72 randomizirane kontrolirane studije objavljene do srpnja 2013. u kojima su uspoređene najmanje dvije skupine ispitanika, od kojih je svaka dobila različitu veličinu porcije, pakiranja ili posuđa. Uključene studije mjerile su količine hrane, alkohola ili duhana koje su uzeli i/ili konzumirali ispitanici, obično u tijeku jednog dana ili kraćeg razdoblja.

Gotovo sve uključene studije ispitale su hranu, dok su svega tri studije ispitale duhan, a nije pronađena niti jedna u kojoj je ispitana alkohol.

Većina studija analizirala je odgovore ispitanika na različite veličine porcija, pakiranja ili posuđa, dok je manji broj ispitivao njihov oblik.

Prosječna dob ispitanika u različitim studijama bila je od 3 do 55 godina; veći dio studija uključio je odrasle nego djecu i većina je studija provedena u SAD-u. Većina studija navela je izvore finansiranja, i nije bilo dokaza o finansiranju iz komercijalnih izvora.

Ključni rezultati i kvaliteta dokaza

Učinak veličine na konzumaciju: Pronadjeni su dokazi da ljudi dosljedno jedu više hrane ili piju više bezalkoholnih napitaka kad im se ponude veće porcije, pakiranja ili posuđe nego ako se radi o njihovim manjim verzijama.

Procijenjeno je da je veličina tog efekta malena do umjerena i kod odraslih i kod djece. Ukoliko bi se veličina tog efekta preračunala na cijelokupnu prehranu, to bi odgovaralo

promjeni od 12-15% dnevne energije iz hrane. Ukupna kvaliteta dokaza, što se tiče tog efekta, ocijenjena je kao umjerena zbog ograničenja studija, uključujući nepotpun ili nejasan prikaz metoda i postupaka.

U tri studije o duhanu nije nađena razlika utjecaja između dulje ili kraće cigareta na količinu konzumiranog duhana.

Ukupna kvaliteta dokaza za taj efekt ocijenjena je kao niska zbog ograničenja studija i manjkavih dokaza.

Utjecaj oblika na konzumaciju: Jedna je studija pokazala da odrasli piju veće količine vode ako dobiju niže, a šire boce i da u njih ulijevaju više tekućine nego kad dobiju više i uže boce.

Međutim, kvaliteta tih dokaza ocijenjena je kao vrlo niska zbog ograničenja studije i manjka dokaza (samo jedna studija koja sadrži podatke o svega 50 ispitanika).

Učinak veličine na izbor: Nadalje, utvrđeno je da odrasli, ali ne i djeca, dosljedno uzimaju (biraju) veću količinu hrane (uključujući i bezalkoholne napitke) kad im se ponude veće porcije, veća pakiranja i veće posuđe nego kad se radi o njihovim manjim verzijama.

Ukupna kvaliteta tih dokaza procijenjena je kao umjerena zbog ograničenja studija.

Utjecaj oblika na izbor: Dokazi iz tri studije pokazuju da odrasli uzimaju veću količinu bezalkoholnih napitaka za naknadnu konzumaciju ako dobiju niže i šire boce ili čaše u usporedbi s višim i užim bocama ili čašama.

Ti su dokazi ocijenjeni niskom kvalitetom zbog ograničenja studija i neobjašnjivih varijacija efekta između te tri studije.

Zaključak: Ovaj Cochrane sustavni pregled daje najdosljednije dokaze da smanjenje veličine, dostupnosti i privlačnosti velikih porcija, pakiranja i posuđa ima potencijal za smanjenje količine hrane koju osobe biraju i konzumiraju, i to u značajnoj mjeri.

Rezultati upućuju na potrebu za provedbom daljnjih istraživanja u kojima će se razriješiti dvojbe o učincima i analizirati otvorena pitanja uključujući dugoročne učinke i utjecaj na konzumaciju alkohola.

Opis stanja

Kronične nezarazne bolesti, osobito kardiovaskularne bolesti, dijabetes i neki oblici karcinoma i kronične respiratorne bolesti, uzrokovale su 62% svih smrti širom svijeta u 2012. godini prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije, a širom svijeta se udio izgubljenih godina života kao rezultat nezaraznih bolesti povećao s 38% u 2000. na 47% u 2012. godini.

Glavni čimbenici rizika za te bolesti dijelom su određeni obrascima ponašanja koji se u principu mogu promjeniti, a uključuju konzumaciju hrane, alkohola i duhana. Otkrivanje intervencija koje mogu biti djehotvorne za postizanje održivih promjena ponašanja stoga je glavni javnozdravstveni izazov 21. stoljeća.

Opis intervencije

Sve jasnije postaje da fizički okoliš koji nas okružuje može značajno utjecati na naše ponašanje vezano za zdravlje i da promjena tih okoliša može biti katalizator promjene ponašanja. U nedavnom sveobuhvatnom pregledu literature Hollandsa i suradnika opisane su intervencije koje uključuju promjenu osobina ili postavljanje predmeta ili podražaja u mikro-okolišu kao što su trgovine, restorani, barovi ili kućanstva, a kojima je cilj promijeniti ponašanje povezano sa zdravljem.

Veličina porcije ili pakiranja je promjenjiva osobina prehrabnenih, alkoholnih i duhanskih proizvoda, koja može utjecati na njihov izbor i konzumaciju. U slučaju prehrabnenih i alkoholnih proizvoda, veličina ili oblik posuđa koji se koriste za njihovu konzumaciju također može utjecati na izbor i konzumaciju tih proizvoda.

Primjer uključuju veličinu porcije alkoholnih pića koja se servira u barovima ili hrane koja se servira u restoranima ili u kućanstvu, veličina i oblik tanjura ili čaša koje se koriste za serviranje hrane i napitaka te broj ili duljinu cigareta koje se prodaju u pojedinačnom

pakiranju.

U tom kontekstu intervencije uključuju promjenu veličine ili fizičkih dimenzija prehrambenih, alkoholnih i duhanskih proizvoda, kao i njihova pakiranja i posuđa koje se koristi za njihovu konzumaciju. Usposobljenom izbora i konzumacije prehrambenih, alkoholnih i duhanskih proizvoda korištenjem tih intervencija može se ispitati njihova djelotvornost.

Kako bi te intervencije mogle djelovati

Na naše ponašanje utječe niz čimbenika koji su izvan naše svjesne kontrole. Smatra se da se većina ljudskog ponašanja odvija izvan svijesti, a pod utjecajem podražaja u okolišu, zbog čega djelujemo bez svjesne refleksije. Taj prijedlog doveo je do većeg broja istraživanja u kojima se ispituju intervencije i mehanizmi djelovanja koji su manje ovisni o svjesnom uključivanju ispitanika, a koje uključuju intervencije u kojima se mijenjaju svojstva predmeta ili podražaja u mikro-okolišu koji okružuju čovjeka i koji mogu djelovati na ponašanje.

Predložen je niz mehanizama koji mogu utjecati na to kako veličina proizvoda može utjecati na konzumaciju. Smatra se da se povećanjem količine dostupnog proizvoda za konzumaciju kod osobe kontinuirano stvara percepcija da je sve veća količina hrane primjerena količina koju treba konzumirati. Taj se fenomen može objasniti nekolicinom čimbenika, uključujući osobne i društvene norme o tome što je primjerena količina proizvoda koju bi trebalo konzumirati. Na takve norme može se djelovati količinama proizvoda koje se daju osobama za konzumaciju.

Budući je postalo uobičajeno povećavati količinu i porcije hrane, postalo je malo vjerojatno da će osobe male porcije smatrati normalnim ili prikladnim za jedno serviranje. Također je poznato da osobe najbolje reagiraju na proizvod kao jedinstvenu cjelinu, neovisno o njegovoj veličini. „Pristranost jedinice pakiranja“ znači da smo skloni konzumirati cijeli proizvod, čak iako se veličina proizvoda promijeni. Osim toga, način na koji se proizvodi prezentiraju može utjecati na njihovu konzumaciju. Prezentacija hrane i alkohola često uključuje uporabu posuđa i pribora za jelo, kao što su tanjuri, čaše, žlice, viljuške i noževi. Ne samo da veličina posuđa može izravno utjecati na količinu proizvoda koji je dostupan za konzumaciju nego i sama fizička veličina posuđa može djelovati na

kognitivne pristranosti, koje zatim mogu utjecati na percepciju kvantitete i na taj način utjecati na razinu konzumacije. Isto tako podjela fiksne porcije hrane u manje količine također utječe na percepciju kvantitete. Svi ti mehanizmi mogu također utjecati na izbor proizvoda (s kupnjom ili bez nje), što je važan intermedijarni ishod u konzumaciji.

Postojeća istraživanja koja uključuju eksperimentalnu manipulaciju veličinom porcije, pakiranja ili posuđa glavni su fokus stavila na hranu, uključujući bezalkoholne napitke, dok je manja pozornost dana duhanskim proizvodima.

Iako se kauzalni mehanizmi koji se nalaze u podlozi takvih manipulacija i njihova utjecaja na izbor ili konzumaciju duhana mogu smatrati sličnima kao i kod hrane, za pušače je poznato da titriraju uzetu dozu nikotina kako bi regulirali njegovu razinu u tijelu, što može umanjiti utjecaj intervencija kojima je cilj smanjiti veličinu duhanskih proizvoda.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Nedavni pregled dokaza ukazao je da postoji značajan broj randomiziranih kontroliranih pokusa u kojima su istraženi učinci promjene porcije, pakiranja ili posuđa na izbor i konzumaciju različitih proizvoda. Većina tih studija odnosi se na hranu, ali budući i uporaba alkohola i duhana također uključuje izbor i konzumaciju proizvoda, slične intervencije bi možda mogle djelovati i na te proizvode.

Nužno je kritički sažeti postojeće dokaze kako bismo dobili jasne informacije o djelotvornosti tih intervencija.

Ovaj je sustavni pregled važan zbog velikoga javnozdravstvenog interesa. Od 1970-ih je uočeno povećavanje porcija u SAD-u i Europi. Također je nedavno zabilježen niz pokušaja reguliranja veličine porcije i pakiranja kako bi se smanjila konzumacija ciljanih proizvoda i poboljšalo javno zdravstvo.

Primjerice, gradonačelnik New Yorka Michael Bloomberg predložio je 2013. zabranu prodaje porcija zasladienih napitaka u pakiranju, većim od 16 uncii (473 ml). U Velikoj Britaniji su nedavno zabilježeni pokušaji smanjenja veličine porcija zasladienih napitaka kao dio vladine javnozdravstvene inicijative.

Zaključak za praksu

Zbog ograničenja pronađenih istraživanja, glavnina pronađenih dokaza u ovom Cochrane sustavnom pregledu odnosi se na konzu-

maciju hrane i bezalkoholnih napitaka. Stoga nije moguće dati savjete vezano za veličinu porcija i pakiranja koji bi se odnosili na alkohol ili duhanske proizvode. Osim toga, svi dostupni dokazi dolaze iz studija provedenih u zemljama visokih prihoda (uglavnom iz SAD-a), bez ikakvih dokaza iz zemalja srednjih ili niskih prihoda. Stoga je upitna primjenjivost pronađenih rezultata na zemlje srednjih i niskih prihoda.

Glavni je rezultat ovoga sustavnog pregleda da ljudi dosljedno konzumiraju više hrane i bezalkoholnih napitaka ako im se ponude veće porcije, pakiranja i posuđe. To pokazuje da politike i prakse koje smanjuju veličinu porcija, pakiranja i posuđa u kućanstvu i izvan kućanstva mogu dovesti do značajnih smanjenja u količini hrane i bezalkoholnih napitaka koju ljudi biraju i konzumiraju u kratkom i srednjem roku. Stoga su s javnozdravstvene perspektive opravdane inicijative kojima je cilj povećati ili obrnuti trend povećanja porcija i pakiranja proizvoda. Sobzirom na te rezultate trebalo bi razmotriti inicijative kojima će biti cilj promjeniti fizički okoliš koji utječe na veličinu porcija i pakiranja, uključujući zakonske regulative ili dobrovoljne sporazume unutar prehrambene industrije.

Također je moguće napraviti različite „arhitektonске“ promjene u restoranima i supermarketima, kao što je smanjenje dostupnosti velikih porcija i pakiranja, smještanje velikih porcija na udaljenija mjesto ili jasno označavanje pojedinačnih porcija u pakiranju pomoći pakiranja ili vizualnih oznaka.

Druge moguće intervencije uključuju ekonomski okoliš u kojem bi trebalo ukloniti praksu po kojoj su veća pakiranja jeftinija po jedinici pakiranja i stoga mogu biti ekonomski privlačnija potrošačima te ograničavati promotivne cijene za velika pakiranja. Iako postoje ograničeni dokazi o intervencijama čiji cilj nije ograničiti velike porcije/pakiranja nego educirati potrošače o njima, to ne znači da ne bi trebalo provoditi edukativne kampanje kako bi se povećala svjesnost potrošača o posljedicama izloženosti većim porcijama/pakiranjima. Intervencije kojima je cilj mijenjati fizičke ili ekonomske okolnosti, ili im je cilj edukacija, ili žele stvoriti povoljne društvene, kulturne ili političke uvjete za provedbu tih smjernica trebaju imati u vidu lokalne kulturne i socioekonomske uvjete.

Ovaj sustavni pregled pokazuje da je veličina efekta značajna i da nema dokaza da se veličina efekta značajno razlikovala između muškaraca i žena, ili osoba s različitim in-

deksom tjelesne mase, osjetljivošću na glad ili sklonosti svjesne kontrole ponašanja pri hranjenju. Ti se rezultati trebaju potvrditi u budućim istraživanjima kako bi se mogle oblikovati odgovarajuće javnozdravstvene mjere. Ako se potvrde, ti bi rezultati povećali uvjerljivost tvrđnji da su ljudi skloni okolišnim utjecajima kad je u pitanju konzumacija hrane, koji djeluju neovisno o osobnim karakteristikama koje se obično krive za pretjerunu konzumaciju hrane.

Drugi preliminarni rezultati pokazuju da bi ispitane intervencije mogle biti osobito djelotvorne u smanjenju konzumacije hrane među odraslima i da bi manje porcije hrane koja je nezdrava i koja je kalorična moglo dovesti do djelotvornih javnozdravstvenih mjera.

Dokazi iz ovog sustavnog pregleda pokazuju da bi se najveća smanjenja u konzumaciji mogla postići smanjenjem izloženosti velikim porcijama proizvoda čiju bi konzumaciju trebalo smanjiti u interesu vlastitog zdravlja. Isto tako su dokazi konzistentni s tvrdnjama kako je „učinak veličine porcije“

prisutan i kad treba povećati količinu hrane koja je zdravija i koja sadrži manje kalorija – odnosno, ako želimo da ljudi jedu veću količinu odredene hrane kao što je povrće, onda im treba povećati porciju/pakiranje takve hrane.

Svakako je važno naglasiti da je jedno od ograničenja pronađenih istraživanja na ovu temu činjenica da su intervencije istražene jednokratno, ili ponavljane svega nekoliko puta kroz kratko vrijeme, tako da se ne može zaključivati o dugoročnom učinku tih intervencija.

Zaključak za buduća istraživanja

Sustavni pregled ukazuje na manjak dоказa iz zemalja sa srednjim i niskim prihodima pa bi iste intervencije trebalo ispitati i u tim uvjetima. Nadalje, dokazi o djelovanju porcija/pakiranja/posuđa na konzumaciju alkoholnih napitaka nisu pronađeni pa je potrebno napraviti kliničke studije i na tu temu. O utjecaju na konzumaciju duhana pronađeno je svega nekoliko studija pa je i to potrebno

detaljnije istražiti.

Bilo bi uputno istražiti i intervencije kao što su zakonske mjere, sporazume s industrijom i edukativne kampanje čiji bi cilj bio promjena veličine porcija i pakiranja. O intervencijama koje jesu istražene u nadenim studijama potrebno je napraviti nova, dugoročna ispitivanja, tako da se vidi jesu li te intervencije održive i djeluju li na mršavljenje i različite zdravstvene ishode.

Cochrane sustavni pregled

Hollands GJ, Shemilt I, Marteau TM, Jebb SA, Lewis HB, Wei Y, Higgins JPT, Ogilvie D. Portion, package or tableware size for changing selection and consumption of food, alcohol and tobacco. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD011045. DOI: 10.1002/14651858.CD011045.pub2.

livia@mefst.hr

Nobelova nagrada za fiziologiju ili medicinu za 2015. godinu

Odbor za izbor laureata Nobela za fiziologiju ili medicinu za 2015. godinu dodijelio je u pondjeljak 5. listopada znanstveniku iz Irske **Williamu C. Campbelu** (85) (1/4 nagrade) i iz

Japana **Satoshi Omuri** (80) (1/4 nagrade), koji su značajno pomogli u djelotvornoj terapiji protiv parazita obliča, te **Youyou Tu** (85) (1/2 nagrade), koja je prvi kineski dobitnik Nobela za medicinu. Zasluzna je

za terapiju protiv malarije, koja svake godine usmrti oko 450 000 ljudi (http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2015/)

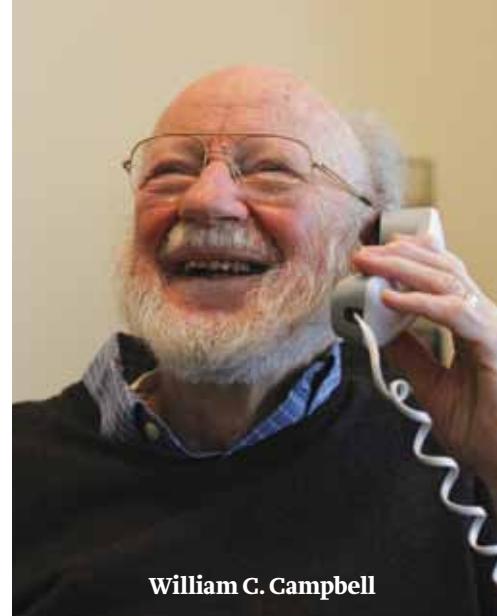
Priredio Zvonimir Kaić



Youyou Tu



Satoshi Omura



William C. Campbell



NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

- Neinvazivna dijagnostika nealkoholne masne bolesti jetre kod dijabetičara
- *Lactobacillus rhamnosus GG* u prevenciji proljeva povezanih s antibioticima: meta-analiza
- Endoskopska balonska dilatacija striktura kod Crohnove bolesti
- Učinak udvostručenja doze infliksimaba kod ulceroznog kolitisa
- Utjecaj metoda probira na incidenciju kolorektalnog karcinoma
- Preživljenje karcinoma štitnjače niskog rizika izvrsno i bez adjuvantne terapije radioaktivnim jodom
- Pušenje povećava rizik dehiscencije anastomoze nakon lijeve hemikolektomije
- Peroralna endoskopska miptomija uspješno rješava ahalaziju
- Novi pogledi na patofiziologiju raka jajnika s implikacijama za probir i prevenciju
- Obilježja dugoročno preživjelih pacijentica s karcinomom jajnika
- Zbrinjavanje postpartalne analne inkontinencije
- Trombofilija i venski tromboembolizam u trudnoći - meta-analiza genetskog rizika
- Nivolumab vs. everolimus u uznapredovalom karcinomu bubrega
- Analiza sveukupnog preživljjenja s fulvestrantom 500 mg vs. anastrozol 1 mg u prvoj liniji liječenja uznapredovalog karcinoma dojke - studija FIRST
- Kombinirana BRAF i MEK inhibicija dabrafenibom i trametinibom u kolorektalnom karcinomu s prisutnom BRAF V600 mutacijom
- Ažurirane ASCO kliničke preporuke za sustavnu antineoplastičnu terapiju nemalostaničnog raka pluća stadija IV
- Analiza dugoročne kardijalne ugroženosti/sigurnosti u bolesnika uključenih u NCCTG N9831 studiju o adjuvantnoj primjeni trastuzumaba
- Adjuvantni erlotinib vs. placebo u bolesnika s IB-IIIA stadijem nemalostaničnog raka pluća: RADIANT studija
- Specifičnosti genetskog savjetovanja kod preživjelih od nasljednog karcinoma dojke
- Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemnim časopisima indeksiranim u CC, SCI ili SSCI

Neinvazivna dijagnostika nealkoholne masne bolesti jetre kod dijabetičara

Nealkoholna masna bolest jetre (skr. NAMB) najčešća je kronična bolest jetre današnjice te se smatra jetrenom komponentom metaboličkog sindroma. NAMB čini spektar kliničko-patoloških entiteta koji se očituje makrovezikularnom steatozom jetre, ali bez značajne konzumacije alkohola u anamnezi. Histološki se bolest može prezentirati običnom steatozon, steatozom i upalom (NASH-Nonalcoholic Steatohepatitis) ili fibrozom sa cirozom ili bez nje. Incidencija i prevalencija bolesti nisu posve točno utvrđene.

To je velikim dijelom zbog toga što je, još uvjek, biopsija jetre jedina egzaktna dijagnostička metoda, a ne može se upotrijebiti kao metodu probira u općoj populaciji. Trenutačne smjernice ne preporučuju metode probira za NAMB ili uznapredovalu fibrozu, a poznato je da pacijenti koji boluju od šećerne bolesti tipa 2 imaju povišen rizik za navedene bolesti.

Kolegica **Doycheva I.** sa suradnicima iz SAD-a (NAFLD Translational Research Unit, University of California, San Diego, CA, SAD) istraživala je neinvazivne metode probira za NAMB i uznapredovalu fibrozu kod dijabetičara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koristeći magnetnu rezonanciju (hepatic proton density fat fraction -MRI-PDFF) i MR elastografiju (skr. MRE). U prospektivno kohortno istraživanje uključeno je 100 ispitanika (53% muškog spola) koji su bolovali od šećerne bolesti, bez druge etiologije za jetrenu bolest. Svi ispitanici su obavili fizikalni pregled, laboratorijsko testiranje, MRI-PDFF i MRE.

Rezultati istraživanja su pokazali kako je prosječna životna dob bila $59.7 (\pm 11.2)$ godina, indeks tjelesne mase $30.8 (\pm 6.5)$ kg/m². Prevalencija NAMB (definirane kao MRI-PDFF $\geq 5\%$) i uznapredovale fibroze (MRE ≥ 3.6 kPa) bila je 65 % i 71 %. Jednom ispitaniku s uznapredovalom fibrozom detektiran je hepatocelularni karcinom. Kada se usporede s ispitanicima bez NAMB-a, ispitanici s NAMB-om su bili mlađi ($P = 0.028$) i imali veći ITM ($P = 0.0008$), veću abdominalnu cirkumferenciju ($P < 0.0001$) i veću prevalenciju metaboličkog sindroma (84.6 % vs. 40.0 %, $P < 0.0001$). Samo 26 % ispitanika s NAMB-om imalo je povišene serumske vrijednosti AST.

Autori zaključuju kako ova studija pokazuju da bolesnici s DMT2 imaju značajno veću stopu NAMB-a i uznapredovale fibroze. Neinvazivne metode probira poput MR elastografije i MRI-PDFF-a potrebno je testirati na većoj skupini ispitanika, a budućnost će pokazati vrijednost ovih metoda probira.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Sep 15. [Epub ahead of print])
Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Lactobacillus rhamnosus GG u prevenciji proljeva povezanih s antibioticima: meta-analiza

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije probiotici su živi mikroorganizmi (tzv. "dobre" bakterije) koji primjenjeni u adekvatnoj količini imaju povoljne učinke na zdravlje domaćina. Gastrointestinalni sustav predstavlja složeni ekosustav u kojem se uspostavlja ravnoteža između domaćina i crijevne mikroflore. Nju čine fakultativni i obvezatni anaerobi. Otprilike 95 % crijevne bakte-

rijske populacije kod ljudi čine obvezatni anaerobi kao što su *Bifidobacterium*, *Clostridium*, *Eubacterium*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus* i *Bacteroides*, dok 1-10 % crijevne populacije čine fakultativni anaerobi *Lactobacillus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* i *Bacillus*. Učinak je probiotičkih sojeva specifičan, stoga klinički učinak svakog soja treba i evaluirati zasebno. Kolegica **Szajewska H.** sa suradnicima iz Poljske istražila je učinak *Lactobacillus rhamnosus* GG u prevenciji proljeva povezanih s antibiotiskom terapijom kod djece i odraslih. Pretraživanjem Cochrane Library, MEDLINE i EMBASE datoteka, u meta-analizu je uključeno 12 randomiziranih kliničkih istraživanja s ukupno 1499 ispitanika. Rezultati su pokazali kako liječenje s LGG-om u komparaciji s placeboom smanjuje rizik proljeva kod osoba liječenih antibioticima s 22.4 % na 12.3 %. Kada su statističkom analizom podaci evaluirani zasebno, značajna razlika je uočena samo kod djece, dok je kod odraslih uočena razlika samo kada se radilo o podskupini ispitanika s eradicacijskom terapijom za *H. pylori*. Autori meta-analize pokazuju kako je *Lactobacillus rhamnosus* GG učinkovit u prevenciji proljeva povezanih s antibioticima, međutim razina dokaza je srednje jaka do niska.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Sep 13. [Epub ahead of print])
Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Endoskopska balonska dilatacija striktura kod Crohnove bolesti

Endoskopska balonska dilatacija (EBD) prepoznata je terapijska opcija kod simptomatskih striktura kod Crohnove bolesti. Nekoliko studija je pokazalo učinkovitost ove terapijske mjere. Kolega **Morar PS.** sa suradnicima iz Velike Britanije (Department of Surgery and Cancer, Imperial College, London, UK) istražio je simptomatski i tehnički odgovor, nuspojave EBD-a i karakteristike striktura. Pretraživanjem relevantnih datoteka COCHRANE, MEDLINE i EMBASE inkluzijske kriterije je zadovoljilo 25 istraživanja s ukupno 1089 ispitanika i 2664 dilatacija.

Simptomatski odgovor je definiran ako nije bilo opstrukcijske simptomatologije na kraju praćenja, terapijski odgovor ako se uspostavila postdilatacijska pasaža endoskopom kroz područje strikture, a nuspojave su definirane kao prisutnost komplikacija poput perforacije i krvarenja. Rezultati su pokazali kako je simptomatski odgovor postignut kod 70.2 % ispitanika, terapijski kod 90.6 %, a stopa komplikacija i perforacija bila je 6.4 % i 3 %. Potreba za kirurškom terapijom tijekom petogodišnjeg razdoblja praćenja je bila 75 %. Autori zaključuju kako je učinkovitost i stopa komplikacija kod endoskopske balonske dilatacije veća nego li su pokazali dosadašnji rezultati istraživanja. Većina striktura zahtijevat će kirurški zahvat u prvih 5 godina. Studije u budućnosti trebaju pokazati koliko EBD striktura ima dugotrajan terapijski učinak.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Sep 11. [Epub ahead of print])
Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Učinak udvostručenja doze infliksimaba kod ulceroznog kolitisa

Kod bolesnika s upalnim bolestima crijeva koji gube odgovor na biošku terapiju infliksimabom savjetuje se optimiziranje doze infliksimaba. Međutim, za sada nema podataka o ishodu ulceroznog

kolitisa kod pacijenata nakon udvostručenja doze lijeka. Kolega **Dumitrescu G.** sa suradnicima proveo je istraživanje s ciljem da utvrdi učinkovitost i sigurnost nakon udvostručenja doze infliksimaba kod bolesnika s ulceroznim kolitisom koji gube terapijski odgovor na biološku terapiju. Od siječnja 2006. do svibnja 2013. retrospektivno su praćeni ispitanci s ulceroznim kolitisom liječeni udvostručenom dozom infliksimaba (10 mg/kg) nakon gubitka odgovora na biološku terapiju u 4 francuska akademska centra. Praćeni su klinički odgovor i remisija. Ukupno je uključeno 157 ispitnika (84 muškog spola, prosječne dobi 38 godina). Medijan praćenja bio je 1.8 godina (1.0-3.1). U 8. i 24. tjednu 55 % i 43 % ispitnika postiglo je klinički odgovor. Vjerojatnost trajanja remisije bila je 71%, 61% i 55% nakon 6 mjeseci, 1 godine i 2 godine. Multivarijantna analiza je pokazala, kako su prediktori neuspjeha udvostručene doze infliksimaba: istodobno ne uvođenje imunomodulatora, UCD indeks aktivnosti >6, CRP >10 mg/L, leukociti >8000/mm³ i razina hemoglobina <125 g/L. Nuspojave su zabilježene kod 12 pacijenata (8%). Autori zaključuju kako udvostručenje doze infliksimaba dovodi do kratkoročne i dugoročne remisije ako je došlo do smanjenja terapijskog odgovora na prvotnu terapijsku dozu, u postotku većem od 50 %. Benefit ove strategije značajno je veći ako se priključi terapija imunomodulatorima.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Sep 10. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Utjecaj metoda probira na incidenciju kolorektalnog karcinoma

Metode probira za kolorektalni karcinom (skr. KRK) poput testa na okultno krvarenje iz stolice - FOBT (engl. fecal occult blood test) pokazale su se učinkovitim u smanjenju specifičnog mortaliteta. Međutim, iako detektira prekancerozne adenome, nije točno jasno koliko FOBT reducira incidenciju invazivnog karcinoma. Cilj ovog istraživanja koje je predvodio kolega Giorgi Rossi iz Italije, bio je ispitati utjecaj metoda probira poput FIT-a (fekalni imunkemijski test) na incidenciju i mortalitet od KRK-a. S organiziranim programom probira započelo se 2005. godine u sjevernoj Italiji te se pozivao domicilno stanovništvo životne dobi od 50-69 godina na FIT svake dvije godine. Pozitivni ispitnici su upućivani na kolonoskopiju, te je razdoblje praćenja trajalo 8 godina. Ukupno je uključeno 171 785 ispitnika, od čega je kod 70 % učinjen FIT najmanje jednom (ukupno 272 197 testiranja). Stopa provedene kolonoskopije bila je 90%; zabilježeno je 2896 slučaja karcinoma (1237 u razdoblju probira). Kumulativna incidencija i mortalitet su smanjeni za 10 % i 27 %.

Rezultati istraživanja su pokazali kako FIT koristeći se u programu probira za KRK smanjuje incidenciju i mortalitet od karcinoma debelog crijeva.

(*Am J Gastroenterol.* 2015;110(9):1359-66.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Preživljjenje karcinoma štitnjače niskog rizika izvrsno i bez adjvantne terapije radioaktivnim jodom

Ograničena uporaba radioaktivnog joda (RAI) trebala bi biti strategija izbora u liječenju diferenciranog raka štitnjače niskog rizika (DTC) jer je preživljjenje izvrsno, čak i bez uporabe RAI, tvrde Sacks i sur. (Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California, SAD). Novi podaci iz njihovog centra analizirani su kako bi se utvrdilo je li RAI tretman odgovarajuće korišten na 444 bolesnika s DTC-om koji su liječeni od 2009-2012. godine. Autori su također usporedili stope RAI ablacija njihove institucije s onima iz US National Cancer Database (NCDB). Pokazali su manju vjerojatnost korištenja RAI njihove ustanove od nacionalnog prosjeka.

Učestalost karcinoma štitnjače porasla je tijekom godina, većinom u stadiju I i histološki dobro diferenciranog tipa. Istovremeno, poraslo je korištenje RAI tretmana za sve veličine tumora, osobito raka štitnjače niskog rizika, kao što su stadij I i II (bez udaljenih metastaza). Međutim, mnoge studije pokazale su da postoperativna RAI ablacija ne mijenja već odličan ishod bolesnika s karcinomima štitnjače niskog rizika (faza I i II, bez udaljenih metastaza).

Upravo su neke prethodne studije pokazale da bolesnici s niskim rizikom raka štitnjače imaju izvrsno preživljjenje i preživljjenje bez recidiva bez obzira primaju li ili ne primaju RAI. Upravo RAI može potencijalno dovesti do neželjenih posljedica koje se mogu izbjegići bez utjecaja na kvalitetu liječenja.

Oko 95 % cohorte imalo je papilarni karcinom štitnjače, a 65 % bilo je u stadiju I bolesti. Srednje praćenje iznosilo je 0,8 godina, s rasponom od 0 do 3,7 godina. Krivulje preživljjenja za pacijente u stadiju od I do III DTC-a pokazale su da je preživljjenje bez bolesti onih koji nisu primili RAI su imali preživljjenje bilo 100 %-tno, što je zapravo bolji rezultat od onih koji su primili RAI. Međutim, s obzirom na to da je ukupan broj bolesnika u stadiju II i III bolesti bio malen, razlika između onih s ovim fazama bolesti koji jesu i nisu primili RAI nije bila statistički značajna.

Značajno povećana učestalost recidiva bolesti primjećena je u stadiju I bolesti kod pacijenata koji su primali RAI, što ukazuje na vjerojatnu pristranost (bias) kod pacijenata s opsežnim zahvaćanjem limfnih čvorova.

Autori još uvijek koriste RAI za liječenje kod: mlađih od 45 godina, s velikom limfadenopatijom, lokalno invazivnom bolešću, histologijom visokog rizika ili udaljenim metastazama - svi su oni u kategorizaciji stadija bolesti I / II - ali se smatraju srednjim do visokim rizikom za perzistentnu ili rekurentnu bolest. Razborito korištenje RAI liječenja treba uzeti u obzir kod bolesnika niskog rizika. Istraživači su također usporedili cijene RAI liječenja svoje bolnice u odnosu na NCDB, od 1998. do 2011.: više od 100.000 pacijenata na nacionalnoj razini primilo je RAI ablaciju.

Analiza je pokazala da su nacionalne RAI stope za sve faze DTC-a svake godine stalno bile iznad 50 %, s ukupnom stopom liječenja od 57 %. Počevši od 2007. godine, ustanova autora pokazuje znatno nižu stopu RAI ablacija u usporedbi s nacionalnim prosjekom – stopa je smanjena s 50 % u 2009. na 36 % u 2012. godini. To znači da su mnogi pacijenti 'overtreated' na nacionalnoj razini, jer većina DTC pacijenata pripada u vrlo nisko rizičnu skupinu, sugeriraju autori.

S obzirom na to da je broj pacijenata u stadiju bolesti II i III bio ma-

len, razlike između bolnice i nacionalnog prosjeka (NCDB) u stopi RAI obje skupine nije se statistički značajno razlikovalo. Autori također kažu da se u nekoliko istraživanja pokazalo da je u ustanovama koje koncentriraju takve bolesnike u stadiju I mnogo niža postoperativna stopa RAI terapije u usporedbi s drugim institucijama.

Tako specijalizirane ustanove pružaju bolju kiruršku obuku i imaju bolje rezultate nakon totalne tiroidektomije, što rezultira s manjom stopom RAI. Uz povećanje stope detekcije DTC-a, a većina njih je s niskim rizikom, postoji potreba za prospективnom randomiziranom studijom s procjenom dugoročnih učinaka RAI na nastanak recidiva kod tih bolesnika.

(*Thyroid. 2015;25:377-85.*)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Pušenje povećava rizik dehiscencije anastomoze nakon lijeve hemikolektomije

Pušači imaju povećan rizik od anastomotskog curenja (leak-a) nakon lijeve hemikolektomije i kirurzi bi trebali razmisliti o odgodi elektivnih operacija dok pacijent ne prestane pušiti, kažu autori. **Baucom** i sur. (Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee, SAD) ocijenili su pušenje kao nezavisan čimbenik rizika za dehiscenciju anastomoze kod 246 odraslih osoba koje su podvrgnuli resekciji debelog crijeva između 2008. i 2012. godine gdje je 29 pušača iznosilo 12 % kohorte.

Značajke skupine nepušača bile su da su stariji, ženskog spola i s višim (American Society of Anesthesiologists) ASA statusom, napisali su autori u radu objavljenom u časopisu *American Journal of Surgery*. Većina operacija učinjena je zbog divertikulitisa (53 %), raka (37 %) ili polipa koji se nisu mogli resecerati endoskopski (8 %). U prvih 30 dana nakon operacije 16 je pacijenata razvilo anastomotsko curenje pa su zahtjevali povratak u operacijsku salu ili perkutanu drenažu. Anastomotski 'leak' bio je znatno češći kod pušača (17 % prema 5 %, $p = 0,01$).

Multivariantna analiza pokazala je da je rizik klinički značajnog anastomotskog curenja 4,2 puta veći kod pušača nego kod nepušača ($p = 0,02$) i 3,5 puta veći kod bolesnika s niskom prednjom resekcijom rektuma s anastomozom u odnosu na resekciju i anastomozu sigmoidnog kolona ($p = 0,02$). Sekundarni ishod studije - stopa infekcije organa (organ space infection) bila je veća kod pušača (17 % prema 8 %), ali razlika nije statistički značajna.

U svjetlu ovih rezultata i drugih podataka koji pokazuju negativne učinke pušenja na zacjeljivanje rana, fizikalne funkcije i emocionalno i socijalno blagostanje, znanstvenici sugeriraju da prestanak pušenja prije elektivne lijeve hemikolektomije treba ozbiljno uzeti u obzir. Pokušaji da pomažu pacijentima prestati pušiti variraju u praksi kao i u pojedinom kirurgu, objašnjavaju autori.

Komplikacije vezane uz kiruršku ranu nakon određenog postupka u nekim specijalnostima, kao što je plastična kirurgija, dobro su opisane, zbog čega je o prestanku pušenja lakše raspravljati. U drugim su područjima kirurgije posebni rizici manje jasno definirani. To čini razgovore s pacijentima da pušenje povećava rizike same operacije izazovnijim i težim. Kod elektivnih operacija, naglašavaju autori, neki kirurzi jednostavno kažu pacijentima da su rizici operacije previsoki dok ne prestanu pušiti te ostavljaju pacijente same na putu prestanka pušenja.

Drugi lječnici koriste nekoliko pristupa za pomoći pacijentima da prestanu pušiti. 'Coaching' je vjerojatno najčešće korištena metoda: autori ističu da to uključuje savjete kako prestati pušiti s jasnom, snažnom porukom o zdravstvenim rizicima povezanim s pušenjem. Kao sljedeći korak, važno je procijeniti spremnost za prekid. Ako pacijent izražava interes u tome, dobiva savjete o okidačima, simptomima susetezanja i drugim aspektima prekida pušenja. To mu može pomoći da razvije strategije za suočavanje s takvim situacijama.

Upućivanje na programe prestanka pušenja, bilo uživo ili online ili putem telefona, također može pomoći. Deborah Nagle, pročelnica kirurgije debelog crijeva i rektuma u Beth Israel Deaconess Medical Center u Bostonu, SAD, koja nije bila uključena u studiju, rekla je da hitna ili polu-hitna operacija može isključiti prestanak pušenja kao važan faktor.

U tim slučajevima, lječnici su svjesni da je potreba prestanka pušenja manje bitna od pravovremene kirurške intervencije. Članak iz 2003. godine u časopisu Colorectal Disease (Sørensen i Jørgensen) izvjestio je da prestanak pušenja dva do tri tjedna prije operacije debelog crijeva nije smanjio rizik problema vezanih uz cijeljenje tkiva i rana ili drugih komplikacija.

Autori ove nove studije. Baucom i sur., kao i dr. **Nagle**, slažu se da je optimalno vrijeme za prestanak pušenja četiri tjedna prije operacije. (Am J Surg. 2015;210:1-5.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Peroralna endoskopska miotomija uspješno rješava ahalaziju

Peroralna endoskopska miotomija (Per-oral endoscopic myotomy - POEM) sigurna je i učinkovita za liječenje ahalazije, tvrdi istraživači iz Japana u studiji objavljenoj u *Journal of American College of Surgeons*. U njihovoj seriji lječenih bolesnika nije bilo ozbiljnih komplikacija, a stopa uspjeha doseže oko 95 %, objašnjavaju **Inoue** i sur. (Showa University, Northern Yokohama Hospital, Yokohama, Japan).

Autori su objavili svoje iskustvo s 500 uzastopnih zahvata ahalazije u razdoblju od 2008. do 2013. godine. Trajanje zahvata iznosilo je u prosjeku 90 minuta (raspon: 70,8 do 119 min), a median ukupne dužine endoskopske miotomije 14,0 cm (11,0 cm u jednjaku i 3,0 cm u želucu). Stopa kratkoročnog uspjeha je 91 % (386/423), mjereno poboljšanjem Eckardtovog rezultata, iako je dvije trećine pacijenata imalo endoskopski nalaz refluks ezofagitisa.

Kod 370 pacijenata koji su praćeni jednu do dvije godine nakon POEM-a, došlo je do poboljšanja u simptomima kao i tlaku donjeg sfinktera jednjaka, s ukupnom stopom uspješnosti od 91 %. Jedan od pet pacijenata žalio se na žgaravicu ili regurgitaciju. Kod 61 pacijenta, koji su praćeni tri ili više godina, stopa uspjeha je 88,5 % bez porasta stope žgaravice ili regurgitacije. Šesnaest bolesnika (3,2 %) imalo je štetne događaje vezane uz sam POEM zahvat, ali niti kod jednog ti događaji nisu utjecali na uspješan završetak samog POEM postupka. Pacijenti su otpušteni četiri do pet dana nakon POEM zahvata.

Istraživači naglašavaju da POEM zahvat trebaju provoditi iskusni endoskopičari kako bi se izbjegle komplikacije ili nepovoljni ishodi. Ključ je za uspješno provođenje POEM postupka kompletna disekcija cirkularnog mišića na razini donjeg sfinktera jednjaka, naglašavaju autori.

Autori preporučuju intenzivno promatranje dobre izvedbe POEM postupka u centrima visokog volumena. Prije pokretanja kliničke

prakse izvođenja POEM postupka, autori savjetuju promatranje izvođenja najmanje 20 slučajeva, jer ima puno varijacija kod ahalazije. Treniranje na životinjskim modelima u laboratoriju također je obavezno, navode autori.

Autori naglašavaju da bi POEM postupak trebao "definitivno" biti standardni tretman za simptomatske ahalazije. U njihov je institutu do sada 900 uzastopnih bolesnika podvrgnuto rješavanju ahalazije (više od 400 slučajeva nakon podnošenja ovog članka) s POEM postupkom i s izvrsnim rezultatima. Dr. **Toshitaka Hoppo** (Allegheny Health Network in Pittsburgh, Pennsylvania, USA) koristi POEM postupak za liječenje raznih poremećaja motiliteta jednjaka. On je potpuno suglasan da je POEM postupak razuman pristup liječenju ne samo ahalazije nego i ne-ahalaziskih spastičkih poremećaja jednjaka.

POEM postupak više nije eksperimentalan, zaključio je dr. Hoppo i ekvivalent je laparoskopskog pristupa u pogledu sigurnosti i djelotvornosti.

(*J Am Coll Surg.* 2015;221:256-64.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Novi pogledi na patofiziologiju raka jajnika s implikacijama za probir i prevenciju

Usprkos napretku medicine, rak jajnika i dalje predstavlja najsmrtonosniju ginekološku malignu bolest. **Farr R. Nezhat** i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Gynecologic Oncology, Mount Sinai Roosevelt, Division of Minimally Invasive Gynecologic Surgery, Winthrop University Hospital, State University of New York at Stony Brook, College of Medicine, New York, NY, SAD, u ekspertnom preglednom radu prikazuju najnovije spoznaje o temi iz naslova, pri čemu posebno ističu novu paradigmu patogeneze raka jajnika. Ona uključuje dva odvojena tipa epitelnog karcinoma jajnika s odvojenim molekularnim profilima: tip I i tip II.

Karcinomi tipa I uključuju endometrioidni karcinom, karcinom svijetlih stanica, kao i serozne karcinome niskog stupnja malignosti. Ovi karcinomi uglavnom nastaju prema definiranom obrascu iz endometrioze ili borderline seroznih tumora te se prezentiraju u ranom stadiju. Češći su karcinomi tipa II, uglavnom serozni karcinomi visokog stupnja malignosti, a najnoviji dokazi ukazuju da većina njih nastaje iz fimbrijskog kraja jajovoda.

Za razliku od tipa I, karcinomi tipa II često se prezentiraju u kasnom stadiju, vjerojatno kao posljedica rapidnog peritonealnog širenja iz otvorenih krajeva jajovoda.

S obzirom na izrečeno, potrebno je učiniti pažljivu kliničku evaluaciju zajedno s procjenom rizika i ciljanim liječenjem pacijentica s premalignim stanjima koja vode k tipu I karcinoma, primarno endometrioze i endometrioma.

Premda je vjerojatnost njihove maligne preobrazbe niska, razumijevanje ove povezanosti nudi mogućnost prevencije i rane intervencije.

Ovi novi dokazi objašnjavaju poteškoće vezane uz probir i pomažu u oblikovanju novih preporuka za procjenu rizika i profilaktičko liječenje raka jajnika, zaključuju autori preglednog rada.

(*Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(3):262-7.)

Matija Prka, dr. med.

Obilježja dugoročno preživjelih pacijentica s karcinomom jajnika

Rosemary D. Cress i suradnici iz Department of Public Health Sciences, School of Medicine, University of California, Davis, Davis, and the Division of Gynecologic Oncology, University of California Davis Medical Center, Sacramento, CA, SAD, koristili su Kalifornijski registar za rak kako bi istražili temu iz naslova.

U njemu su identificirali sve pacijentice s dijagnozom karcinoma jajnika (1994.-2001.), s razdobljem praćenja do 2011. godine.

Obilježja pacijentica koje su preživjele >10 godina (dugoročno preživjele) uspoređena su s tri ostale skupine: pacijentice koje su preživjele <2 godine, one koje su preživjele 2-5 godina, te pacijentice koje su preživjele 5-10 godina.

Ukupno 3582 od 11541 (31%, CI 30.2-31.8%) pacijentice preživjelo je >10 godina. Mlada životna dob, raniji stadij, niži stupanj malignosti i ne-serozna histološka slika bili su značajni prediktor dugoročnog preživljivanja, ali među dugoročno preživjelim pacijenticama bilo je onih s karcinomom visokog rizika.

Dugoročno preživljivanje nije neobično kod pacijentica s karcinomom jajnika, čak i kod onih s malignom bolešću visokog rizika. Mnogi od prognostičkih čimbenika dobro su poznati, ali potrebno je istražiti zašto neke pacijentice s karcinomom jajnika visokog stadija i stupnja malignosti prežive duže nego druge s istom histologijom. Ti podaci važni su za savjetovanje oboljelih pacijentica.

(*Obstet Gynecol.* 2015;126(3):491-7.)

Matija Prka, dr. med.

Zbrinjavanje postpartalne analne inkontinencije

Recentno objavljen rad **Villota** i suradnika na temu pristupa pacijentica s dijagnosticiranom analnom inkontinencijom kvalitetan je sistemski, pregledni članak nastao pretraživanjem ključnih riječi u velikim medicinskim bazama podataka. Ideja članka je analiza prevalencije postpartalne analne inkontinencije, definiranje rizičnih faktora i pravilnog pristupa u liječenju.

Radi boljeg razumijevanja članka potrebno je razlikovati fekalnu od analne inkontinencije; naime fekalna inkontinencija definira se kao nemogućnost kontroliranja čvrste ili tekuće stolice, a analna kao nesposobnost kontroliranja plinova i sluzi (op. pr.). Prevalencija postpartalne analne inkontinencije varira od oko 4 % za primipare do 39 % za multipare 6 tjedana poslije porodaja, dok prevalencija fekalne inkontinencije iznosi 8-12 %.

Identificirani rizični faktori su: vaginalni porodaj u odnosu na carinski rez, instrumentalno dovršeni vaginalni porodaji u usporedbi sa spontanim vaginalnim porodajima, ali samo oni dovršenim focepsom (OR:1.50), a ne vakuum ekstraktorom (OR:1.31).

Dob majki iznad 35 godina, broj porođaja (više od tri) i nalaz pretvodne ozljede analnog sfinktera signifikantno povisuju rizik od analne inkontinencije neovisno o načinu porođaja. Perinealnu rehabilitaciju teško se interpretira, s obzirom na manjkavost randomiziranih kontroliranih istraživanja. Ako smetnje perzistiraju, sfinkteroplastika se preporuča šest mjeseci poslije porođaja.

Rezultati kirurške korekcije su zadovoljavajući iako s vremenom njihov učinak slab; uspješnost kirurške korekcije nakon šest mjeseci procjenjuje se između 60 i 90%, da bi nakon pet godina iznosila oko 50%, a nakon 10 godina oko 40%. Autori zaključuju kako postpartalna analna inkontinencija zahtijeva posebnu skrb te kako bi preporuke u zbrinjavanju pacijentica s ovakvim problemom bile nužne.

(*Prog Urol. 2015;15.*)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

Trombofilija i venski tromboembolizam u trudnoći - meta-analiza genetskog rizika

Trombofilija predstavlja spektar prirođenih i stečenih poremećaja u kaskadnom procesu zgrušavanja krvi koji rezultira nastankom arterijskih i venskih tromboza i drugih opstetičkih komplikacija. Posljednjih godina svjedoci smo učestalog testiranja na trombofiliju s indikacijama ili bez njih, kao i učestalog administriranja nisko molekularnog heparina, počesto bez jasne indikacije. Kako bi identificirali genetski rizik duboke venske tromboze u trudnoći, **Ziakas** i suradnici su analizirali do sada objavljenu literaturu i meta-analize na temu značajnog genetskog utjecaja na duboke venske tromboze u trudnoće i procijenili vezu između gena i simptoma, odnosno bolesti, kao i način nasljeđivanja.

Analizirano je 12 studija u kojima je navedena puna distribucija genotipa za najmanje jednog kandidata, kako bi se procijenio genetski rizik. Tri najčešće polimorfne varijante: faktor V Leiden (FVL), protrombin G20210A (PT G20210A) i enzim metilentetrahidrofolat reduktaza (MTHFR) C677T smatraju se kandidatima za nastanak duboke venske tromboze.

FVL povezuje se s povišenim rizikom za nastanak duboke venske tromboze u trudnoći i dominantnim načinom nasljeđivanja. Mutacija gena za protrombin također se povezuje s visokim rizikom nastanka duboke venske tromboze u trudnoći, s napomenom da efekti heterozigotnih nosioca gena prelaze one homozigotnih.

Zanimljivo je napomenuti kako rezultati ove studije nisu našli povezanost između mutacije MTHFR gena i nastanka tromboze u trudnoći. Ova opsežna studija pružila je novo viđenje povezanosti genetskih mutacija i nastanka duboke venske tromboze u trudnoći, dokazavši direktnu vezu između FVL-a i mutacije gena za protrombin i nastanak tromboze.

(*EJOGRB. 2015 u tisku*)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

Nivolumab vs. everolimus u uznapredovalom karcinomu bubrega

Terapija uznapredovalog karcinoma bubrežnih stanica je s uvođenjem mTOR inhibitora i novijim lijekovima antiVEGF mehanizma izmijenila terapijsku sliku i budućnost ove bolesti, međutim i dalje se nailazi na ograničene rezultate u sveukupnom preživljaju takvih bolesnika, jednom kada ti agensi više nisu učinkoviti.

Inhibitor kontrolne točke programirane smrti (PD-1 *checkpoint inhibitor*) nivolumab pokazao je ohrabrujuće rezultate u nekontroliranim studijama među prethodno liječenim bolesnicima s uznapredovalim

karcinomom bubrega. **Robert J. Motzer** i suradnici proveli su randomiziranu, open-label studiju faze 3, u kojoj su usporedili nivolumab s everolimusom, u bolesnika s karcinomom bubrežnih stanica, a koji su prethodno bili liječeni.

Ukupno 821 bolesnik s uznapredovalim karcinomom bubrežnih stanica, a koji su prethodno primili jednu do dvije linije liječenja antiangiogenskom terapijom randomizirani su u dvije skupine, u omjeru 1:1, kako bi primili nivolumab u dozi od 3 mg po kilogramu tjelesne mase intravenski, svaka tri tjedna, ili 10 mg everolimus tableta peroralno svaki dan. Primarni ishod studije bio je sveukupno preživljenje (OS). Sekundarni ciljevi podrazumijevali su objektivnu stopu odgovora i sigurnost.

Nakon minimalnog praćenja od 14 mjeseci, medijan sveukupnog preživljenja iznosio je 25 mjeseci s nivolumabom i 19,6 mjeseci s everolimusom.

Omjer hazarda za smrtni ishod s nivolumabom u odnosu na everolimus iznosio je 0,73, što se uklopilo u zadani kriterij za superiornost. Objektivna stopa odgovora pokazala se većom s nivolumabom, nego uz everolimus (25% vs. 5%). Medijan preživljenja bez progresije bolesti (PFS) iznosio je 4,6 mjeseci s nivolumabom i 4,4 mjeseca s everolimusom.

Uz tretman vezani neželjeni učinci gradusa III i IV javili su se u 19% bolesnika liječenih nivolumabom i 37% njih na everolimusu. Najčešći neželjeni učinak u skupini na nivolumabu bio je umor (2%), a u skupini na everolimusu anemija (8%).

Dakle, među prethodno liječenim bolesnicima s uznapredovalim karcinomom bubrežnih stanica, nivolumab je pokazao dulje sveukupno preživljenje i rjeđu pojavu ozbiljnih nuspojava (gradusa III i IV), nego everolimus.

(*Meeting ESMO, OnlineFirst; September 25, 2015, DOI: 10.1056/NET-Moa1510665*)

Ana Tečić Vugger, dr. med.

Analiza sveukupnog preživljenja s fulvestrantom 500 mg vs. anastrozol 1 mg u prvoj liniji liječenja uznapredovalog karcinoma dojke - studija FIRST

Studija FIRST jest randomizirana, open-label, multicentrična studija faze II, koja je u postmenopausalnih žena s ER (estrogen receptor) s pozitivnim, lokalno uznapredovalim ili metastatskim karcinomom dojke, koji nije ranije liječen, usporedila učinkovitost fulvestranta u dozi od 500 mg s anastrozolom u dozi od 1 mg, u prvoj liniji liječenja. Primarni cilj studije, klinički benefit i analiza praćenja – medijan vremena do progresije bolesti, već su ranije obznanjeni rezultati i pokazali su premoć na strani fulvestranta.

U drugom rujanskom izdanju *Journal of Clinical Oncology* 2015. g. objavljena je analiza sveukupnog preživljenja (OS) u ovoj studiji. Provedena je nakon što je zabilježeno otrprilike 65% smrtnih slučajeva. Također, ocijenjena je i podnošljivost lijeka kroz praćenje neželjenih učinaka.

Sveukupno, od 205 bolesnica randomiziranih u skupine s fulvestrantom ili anastrozolom, u trenutku analize u skupini na fulvestrantu bilo je 61,8%, a u skupini na anastrozolu njih 71,8% preminulih. Omjer hazarda za sveukupno preživljenje na strani fulvestranta u odnosu na anastrozol iznosio je 0,70, odnosno medijan preživljenja

na fulvestrantu iznosio je 54,1 mjesec u odnosu na 48,4 mjeseca na anastrozolu, a s relativnom redukcijom rizika smrtnosti u skupini na fulvestrantu u odnosu na anastrozol od 30%, iako je i anastrozol ovdje dao veći OS nego što je prethodno bilo zabilježeno. Učinci terapije činili su se konzistentnima kroz sve analizirane podskupine. Nisu zapažene važnije nuspojave sa sigurnošću lijeka.

Postoji nekoliko ograničenja ove studije vezanih za analizu sveukupnog preživljjenja, ponajprije je to činjenica da OS nije bio planiran u originalnom protokolu, već je dodan kao parametar nakon što su analizirani rezultati vremena do progresije bolesti (TTP), kao i to da nisu sve bolesnice potom sudjelovale u naknadnom praćenju.

Unatoč tome, prezentirani rezultati debelo sugeriraju da je fulvestrant 500 više produžio sveukupno preživljjenje nego anastrozol. Ovaj podatak trenutno se provjerava u većoj prospективnoj studiji faze III FALCON.

(*JCO. September 14, 2015.*)

Ana Tečić Vugger, dr. med.

Kombinirana BRAF i MEK inhibicija dabrafenibom i trametinibom u kolorektalnom karcinomu s prisutnom BRAF V600 mutacijom

Ryan B. Corcoran i suradnici evaluirali su učinkovitost i sigurnost selektivnog BRAF inhibitora, u kombinaciji sa selektivnim MEK inhibitorom trametinibom, u bolesnika s metastatskim kolorektalnim karcinomom i prisutnom BRAF V600 mutacijom.

Ukupno 43 bolesnika s BRAF V600 mutiranim kolorektalnim karcinomom lijećeno je dabrafenibom u dozi od 150 mg dva puta dnevno i trametinibom u dozi od 2 mg dnevno, od toga je njih 17 bilo uključeno u kohortu za praćenje farmakodinamike, koja je redovito podvrgavana biopsijama prije i tijekom terapije.

Prikupljena tkiva potom su analizirana na mikrosatelitnu nestabilnost, PTEN status i sekpcioniranje 487 gena.

Od njih 43, pet bolesnika (12%) dosegnulo je barem parcijalni odgovor, uključujući jedan kompletan odgovor (2%), s trajanjem odgovora duljim od 36 mjeseci, 24 bolesnika (56%) postiglo je stabilnu bolest kao najbolji odgovor na terapiju. Deset bolesnika (23%) sudjelovalo je u studiji dulje od 6 mjeseci.

Svih devet bolesnika koji su analizirani biopsijama imalo je tijekom terapije reducirane razine fosforiliranog ERK-a u usporedbi s predterapijskom biopsijom. Analizom mutacija ustanovilo se da su bolesnik koji je postigao kompletan odgovor i dva od tri bolesnika koji su postigli parcijalan odgovor imali PIK3CA mutacije.

Niti gubitak PTEN niti mikrosatelitna nestabilnost nisu korelirali s učinkovitošću. Odgovori na dabrafenib i trametinib bili su slični u miševa koji su nosili ksenografe potekle od bolesnika (iz primarnih core biopsija) i optoviranih lezija u svakog pojedinog bolesnika.

U zaključku, kombinacija dabrafeniba i trametiniba ima učinka u podskupini bolesnika s BRAF V600 mutiranim kolorektalnim karcinomom. Mitogenom aktivirani signalni put protein kinaza inhibiran je u svih bolesnika, no u manjem stupnju, nego što je uočeno u BRAF mutiranom melanomu na terapiji samim dabrafenibom.

U nekih su bolesnika identificirane PIK3CA mutacije, no ne impliciraju odgovor na ovu terapiju. S obzirom na navedeno, potrebne su daljnje studije na temu analiziranja spomenutog mitogenom aktivir-

ranog protein-kinaznog signalnog puta.

(*JCO. September 21, 2015.*)

Ana Tečić Vugger, dr. med.

Ažurirane ASCO kliničke preporuke za sustavnu antineoplastičnu terapiju nemalostaničnog raka pluća stadija IV

Kako bi se temeljem medicine utvrđene na dokazima ažurirale ASCO kliničke preporuke za sustavno liječenje nemalostaničnog raka pluća IV stadija, formiran je odbor stručnjaka koji je proveo sustavni pregled literature i randomiziranih kontroliranih studija od siječnja 2007. do zaključno veljače 2014.

Iznjedrene smjernice odražavaju prvenstveno promjene u medicinskim dokazima u odnosu na ranije smjernice, posljednje publisirane 2009. godine. Od tada se puno napredovalo u razumijevanju histoloških i molekularnih podtipova nemalostaničnog raka pluća i na temelju toga u mnoga nova pitanja od kliničke važnosti usmjerena na traženje odgovora u analizi tih novih podataka.

Ove ažurirane preporuke nastale su na temelju analize 73 randomizirane kontrolirane studije faze III koje su istraživale sustavnu terapiju. Pregledani su i analizirani novi i ažurirani stari podaci, uključujući i one o lijekovima poput afatiniba, ceritiniba, krizotinibai erlotiniba te o kontinuumu i prekidu terapije održavanja.

Sažetak zaključaka je sljedeći: nema lijeka za bolesnike u IV stadiju nemalostaničnog raka pluća. Za bolesnike s performans statusom (PS) 0 do 1, kao i za neke slučajeve PS 2 bez EGFR mutacije ili preslagivanja gena za ALK, preporučena je kombinirana citotoksična kemoterapija, birana prema histologiji, s ranim uvođenjem paralelne palijativne skrb.

Preporuke za prvu liniju liječenja uključuju protokole temeljene na spojevima platine za bolesnike PS 0 do 1 (može se uvesti i bevacizumab uz karboplatinu i paklitaksel, ako nema kontraindikacija), kombinacijska, monokemoterapija ili samo palijativna skrb za one s PS 2, afatinib, erlotinib ili gefitinib za one s EGFR mutacijama, krizotinib za one s ALK ili ROS1 preslagivanjem gena, a platina i etopozid za one s velikostaničnim neuroendokrinim karcinomima.

U terapiji održavanja može se razmotriti kontinuirano apliciranje pemtrekseda za bolesnike sa stabilnom bolesti, ili za one koji su odgovorili na prvu liniju liječenja protokolima koji su sadržavali pemtreksed, na alternativni kemoterapijski protokol ili pauzu od kemoterapije.

U drugoj liniji liječenja preporuke uključuju docetaksel, erlotinib, gefitinib ili pemtreksed za bolesnike s neskvamoznim karcinomom, docetaksel, erlotinib ili gefitinib za one sa skvamoznim karcinomom i kemoterapiju ili ceritinib za one s ALK preslagivanjem, nakon progresije na krizotinib.

U trećoj liniji liječenja, za bolesnike koji nisu primili erlotinib ili gefitinib, preporučuje se erlotinib.

Nema dovoljno podataka na temelju kojih bi se formirale preporuke o rutinskoj citotoksičnoj terapiji u trećoj liniji liječenja. Odluke o terapiji ne bi se trebale temeljiti samo na dobi bolesnika; izrazito je važno uzeti u obzir i druga stanja organizma bolesnika i komorbiditete.

(*JCO. August 31, 2015.*)

Ana Tečić Vugger, dr. med.

Analiza dugoročne kardijalne ugroženosti/sigurnosti u bolesnika uključenih u NCCTG N9831 studiju o adjuvantnoj primjeni trastuzumaba

Velika studija **Edith A. Perez** i suradnika o pridruživanju trastuzumaba adjuvantnoj kemoterapiji u liječenju bolesnica s HER2 pozitivnim ranim rakom dojke pokazala je značajan napredak u preživljaju. No, dodatak trastuzumaba može uvjetovati i povećan rizik od kardijalne toksičnosti u ovih bolesnica.

Navedena NCCTG N9831 studija usporedila je adjuvantno primijenjen doktorubicin i ciklofosfamid (AC), praćen tjednim paklitakselom (arm A), ili praćen tjednim paklitakselom pa trastuzumabom (arm B), ili istovremeno paklitakselom i trastuzumabom pa potom trastuzumabom u monoterapiji (arm C), u bolesnica s HER2 pozitivnim rakom dojke. Među 1944 žene koje su dospjele na terapiju nakon provedenog AC protokola, analizirana je kumulativna incidencija kardijalnih incidenata te evaluirana ejekcijska frakcija lijevog ventrikula (LVEF). Coxovim regresijskim modelom identificirani su rizični čimbenici za trastuzumabom inducirano kardijalnu toksičnost.

Rezultati su pokazali da je šestogodišnja kumulativna incidencija kardijalnih incidenata iznosila 0,6 % u prvoj skupini (arm A), 2,8 % u drugoj (arm B) te 3,4 % u trećoj skupini (arm C).

Nakon medijana praćenja od 9,2 mjeseca zabilježene su samo dvije dodatne dijagnoze kroničnog zatajenja srca (od 1046 bolesnica), odnosno, nakon prethodnog izvješća, po praćenju od 3,75 godina.

U većine bolesnica koje su razvile kronično zatajenje srca LVEF se oporavila. Zabilježene su dvije smrti uzrokovane bolešću srca u skupini A te po jedna u skupini B i C.

U sve tri skupine s većim rizikom od kardijalnih incidenata bile su udružene dob od 60 i više godina, zabilježena LVEF od 60 % ili manje, te uporaba antihipertenzivne terapije.

Dakle, nakon 6 godina praćenja, kumulativna incidencija kardijalnih incidenata nešto je viša s dodatkom trastuzumaba, no kasno razvijanje kardijalnih incidenata nije učestalo.

Trastuzumab i dalje zadržava zadovoljavajući omjer rizika i koristi primjene, promatran u kontekstu dodavanja adjuvantnoj antraciklinsko-taksanskoj kemoterapiji.

(*JCO. September 21, 2015.*)

Ana Tečić Vugr, dr. med.

Adjuvantni erlotinib vs. placebo u bolesnika s IB-IIIA stadijem nemalostaničnog raka pluća: RADIANT studija

EGFR (receptori epidermalnog faktora rasta) tirozin kinazni inhibitori pokazali su učinkovitost u liječenju uznapredovalog nemalostaničnog raka pluća (NSCLC).

Uz pretpostavku da će jedan od njih, erlotinib, biti učinkovit i u adjuvantnom setingu, formirana je RADIANT studija, međunarodna, randomizirana, dvostruko slijepa, placebom kontrolirana studija faze III, koja je testirala ovu pretpostavku među bolesnicima s kompletno reseciranim NSCLC-om, stadija IB do IIIA, a kod kojih tumor izražava

EGFR protein (utvrđeno imunohistokemijski) ili ima EGFR amplifikaciju (zabilježeno FISH metodom).

Bolesnici su raspodijeljeni u omjeru 2:1 kako bi primali erlotinib u dozi od 150 mg jedanput dnevno, ili placebo, tijekom dvije godine. Stratifikacijski čimbenici uključivali su stadij bolesti, histologiju, prethodnu adjuvantnu kemoterapiju, pušački status, status EGFR amplifikacije te državu bolesnika.

Primarni cilj studije bio je preživljjenje bez bolesti (DFS), a ključni sekundarni ciljevi bili su sveukupno preživljjenje (OS) te DFS i OS u bolesnika čiji tumor je izražavao EGFR aktivirajuće mutacije (EGFRm-pozitivni).

Ukupno su od studenog 2007. do srpnja 2010. randomizirana 973 bolesnika. Rezultati su pokazali da nema statistički značajne razlike u DFS-u (medijan na erlotinibu iznosio je 50,5 mjeseci, na placebo 48,2 mjeseca).

U podskupini s 161 EGFRm-pozitivnim bolesnikom (16,5 % od ukupnog broja) DFS je u korist erlotiniba – medijan od 46,4 mjeseca, u odnosu na 28,5 mjeseci na placebo, međutim ovaj podatak nije bio statistički značajan zbog samog postupka hijerarhijskog testiranja. Podaci o OS-u još nisu dostatni.

Od neželjenih učinaka najčešći su bili osip i dijareja, s pojavnosću od 86,4 %, odnosno u 528 bolesnika, i 52,2 % ili u 319 bolesnika u skupini na erlotinibu, u odnosu na 110 bolesnika, odnosno 32,1 % i 54, odnosno 15,7 % u skupini na placebo.

Najčešće nuspojave gradusa III na erlotinibu bile su upravo osip (u 22,3 % bolesnika) i dijareja (6,2 %).

Prema navedenim rezultatima, adjuvantno primijenjen erlotinib nije produžio DFS u bolesnika s NSCLC-om i izražajem EGFR, niti u skupini EGFRm-pozitivnih. U ovoj podskupini potrebna je dalja evaluacija.

(*JCO August 31, 2015.*)

Ana Tečić Vugr, dr. med.

Specifičnosti genetskog savjetovanja kod preživjelih od nasljednog karcinoma dojke

Genetsko savjetovanje je komunikacijski proces koji se bavi postojanjem ili rizikom genetskog poremećaja u obitelji te njegovim posljedicama. Naglasak je na komunikaciji, a ne samo i isključivo na davanju informacija.

Naglasak je također na pomaganju pacijentu u prilagodbi na novu situaciju te na razumijevanju prirode medicinskih i genetskih informacija vezanih za bolest, kako bi napravio za sebe najbolji odabir. Prema rezultatima dosadašnjih istraživanja, genetsko savjetovanje utječe na porast znanja o nasljednom karcinomu dojke i jajnika.

Međutim, dobiveni rezultati uglavnom su se temeljili na istraživanju zdravih i oboljelih žena ili davanju informacija koje su općenite i nisu specifične samo za nasljedne karcinome dojke i jajnika. Također, dosadašnji radovi nisu uključivali upitnike s pitanjima specifičnim za osobe koje su preživjele ovu malignu bolest.

Tim znanstvenika pod vodstvom dr. **Susan Vadaparampil** iz Moffitt Centra za karcinome, SAD, odlučio je ispitati pacijentice koje imaju i/ili su preživjele karcinom dojke te kojima su date informacije specifične i važne za njihovu bolest. Istovremeno, Američko društvo kliničkih onkologa preporuča genetsko savjetovanje kao jednu od

smjernica koje doprinose boljem preživljavanju ovih pacijenta.

Neka od pitanja koja su dodana u spomenuti upitnik su ova: Kako se među onima koji su preživjeli karcinom dojke s vremenom mijenja opće i specifično znanje te spoznaje o nasljednim karcinomima dojke ili jajnika? Je li, nakon što se odlučilo napraviti genetsko testiranje, došlo s vremenom do promjene u spoznajama o nasljednim karcinomima dojke ili jajnika?

Rezultat je pokazao kako je uistinu došlo do porasta specifičnog znanja o karcinomu dojke među preživjelim pacijenticama, iako taj rezultat i nije bio najbolji, odnosno bio je manji od 70 %.

Jedan od razloga za to bi mogla biti činjenica da se tijekom samog genetskog savjetovanja daje veliki broj složenih informacija kao i činjenica da su savjetnici trenirani da prilagode savjetovanje kako bi zadovoljili potrebe pacijenta.

Autori pretpostavljaju kako genetski savjetnici fokusiraju sadržaj seanse na potrebe pacijenata tako da im olakšaju osobno donošenje odluka, a ne da osiguraju diskusiju "standardnog" edukativnog sa-držaja.

Doista, cilj je genetskog savjetovanja kao psihoedukativnog procesa olakšati sposobnost klijenata da se koriste genetskim informacijama na osobno suvrsli način, koji minimizira psihološku patnju i povećava osobnu kontrolu. Kao takva, standardna ljestvica znanja možda neće vjerno predvići jedinstveno znanje ili druge rezultate koji se dobiju tijekom genetskog savjetovanja i možda će smanjiti druge važne rezultate koji mogu utjecati na odluke pacijenata o testiranju i terapiji.

(*Public Health Genomics. 2015, DOI: 10.1159/000439162*)

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

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

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

Pibernik-Okanović M¹, Hermanns N, Ajduković D¹, Kos J¹, Prašek M¹, Šekerija M², Lovrenčić MV¹. Does treatment of subsyndromal depression improve depression-related and diabetes-related outcomes? A randomised controlled comparison of psychoeducation, physical exercise and enhanced treatment as usual. Trials. 2015;16:305.

¹Merkur University Hospital, Vuk Vrhovac University Clinic for Diabetes, Zagreb, Croatia, ²Croatian Institute of Public Health, Zagreb, Croatia.

Jelavić TB, Miše BP, Strižić A, Ban M, Vrdoljak E. Adjuvant chemotherapy in locally advanced cervical cancer after treatment with concomitant chemoradiotherapy - room for improvement? Anticancer Res. 2015;35(7):4161-5.

Clinic for Oncology and Radiotherapy, University Hospital Split, Split, Croatia.

Mikolasevic I, Racki S, Spanjol J, Zupan Z, Jakopčić I, Devčić B, Orlic L. Outcomes following renal transplantation in older renal transplant recipients: a single-center experience and "Croatian senior program". Int Urol Nephrol. 2015;47(8):1415-22.

Department of Nephrology, Dialysis and Kidney Transplantation, UHC Rijeka, Rijeka, Croatia.

Kapuralin K¹, Ćurlin M¹, Mitrečić D¹, Kosi N¹, Schwarzer C, Glavan G, Gajović S¹, STAM2, a member of the endosome-associated complex ESCRT-o is highly expressed in neurons. Mol Cell Neurosci. 2015;67:104-15.

¹University of Zagreb School of Medicine, Croatian Institute for Brain Research, Zagreb, Croatia.

Bedenić B*, Beader N*, Godić-Torkar K, Vranić-Ladavac M, Luxner J, Veir Z, Grisold AJ, Zarfel G. Nursing home as reservoir of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*. Microb Drug Resist. 2015; 21(3):270-278.

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

Ibrahimagić A, Bedenić B*, Kamberović F, Uzunović S. High prevalence of CTX-M-15 and first report of CTX-M-3, CTX-M-22, CTX-M-28 and plasmid-mediated AmpC beta-lactamase producing Enterobacteriaceae causing urinary tract infections in Bosnia and Herzegovina in hospital and community settings. J Infect Chemother 2015; 21(5): 363-369.

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

Bedenić B*, Zujić-Atalić V, Jajić I, Djuras-Cuculić B, Godić-Torkar K, Vraneš J, Zarfel G, Grisold A.: Clonal spread of *Klebsiella pneumoniae* producing KPC-2 β-lactamase in Croatian University Hospital. J Chemother. 2015; 27 (4):241-5.

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

Bruketa T, Majerović M, Augustin G. Rectal cancer and Fournier's gangrene - current knowledge and therapeutic options. World J Gastroenterol. 2015;21:9002-20.

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

Demanti na članak objavljen u Liječničkim novinama broj 142

U Liječničkim novinama, glasili Hrvatske liječničke komore, br. 142 od 15. rujna 2015., na naslovnoj stranici objavljen je naslov **“Oni su odlučili: lijećnicima upola manje!”**, a u uvodnom dijelu članak pod nazivom **“Hrvatski liječnik - žrtva neliječničkih sindikata, kolega “uspješnih” političara i međuliječničkog neuvažavanja”**, autora mr. sc. Trpimira Goluža dr. med., predsjednika Hrvatske liječničke komore. Ovakvi naslovi i sam članak jasno pokazuju da dr. Goluža nepoznavanjem prava, obveza i odgovornosti pokušava javnosti prikazati kako se boriti za prava liječnika, a zapravo napada, omalovažava i vrijedi ostale radnike u djelatnosti zdravstva koja je, podsjećamo, djelatnost od općeg interesa i u kojoj je svaki radnik i važan i odgovoran u okviru svog djelokruga rada.

Dr. Goluža kao predsjednik Liječničke komore bi morao znati zakonski okvir djelovanja komora, pa tako i Liječničke. Temeljem hrvatskih zakona ni jedna komora nema zakonom propisane ovlasti kolektivnog pregovaranja. Tekst je prepun nedopustivih kvalifikacija i uvreda drugih zdravstvenih djelatnika, dovodi u pitanje načela zdravstvene zaštite i odgovornosti svih sudionika u pružanju iste.

Podsjećamo dr. Golužu i predlažemo mu da pozorno pročita Direktivu EU 2000/5/36 i uvjeri se da je npr. sestrinstvo REGULIRANA PROFESIJA kao i liječništvo, da svaki profesionalac snosi jednaku odgovornost za zdravstvenu zaštitu koju pruža.

Ne možemo, a da se ne osvrnemo na navod dr. Goluža kako su liječnici taoci reprezentativnih sindikata u zdravstvu koji nemaju legitimitet zastupanja liječnika. Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara – medicinskih tehničara je po svim nacionalnim i međunarodnim propisima ovlašten na kolektivno pregovaranje i zaključivanje kolektivnih ugovora na području djelatnosti zdravstva. Stoga nema riječi o nepostojanju legitimiteta kako to navodi dr. Goluža.

Znali dr. Goluža kako izgleda prosječan radni dan jedne medicinske sestre? Zna li, barem okvirno, koje su njegove odgovornosti? Ovdje to obrazlagati smatramo nepotrebним jer naši građani, pacijenti, a vjerujemo i veliki broj liječnika znaju, vrednuju i cijene... što za dr. Golužu ne možemo reći.

Pravo je svakog radnika u Republici Hrvatskoj, pa tako i liječnika, na sindikalno organiziranje i sindikalno djelovanje.

Moramo jasno reći i imenovanog podsjetiti da je upravo Liječnički sindikat počinio procesnu pogrešku u tijeku Pregovora za sklapanje Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, a za koju je on znao. Ili možda nije?

Odgovor zna on, a nas ne zanima!

S kojim pravom dr. Goluža navodi da Pregovarački odbor prilikom sklapanja Kolektivnog ugovora nije bio motiviran zaštiti radna prava liječnika?

Odgovor je jasan, dr. Goluža zbog nepoznavanja brojnih činjenica u uvodnom dijelu elaborira niz netočnih informacija, a svi znamo da ga neznanje ne opravdava.

Na preostali dio teksta koji se ne odnosi na Dodatak I. Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja ne želimo se očitovati iako bismo, s obzirom da tekst vrti s mnoštvom neutemeljenih tvrdnjai, prijedloga, konstatacija, to mogli, ali to je dio o kojem će razmišljati, a vjerujemo i očitovati se oni na koje se to odnosi.

Završno možemo reći i pitati se: Zar Liječničke novine trebaju ovaku reklamu?

U Zagrebu, 29. rujna 2015. godine

Predsjednica HSS MS - MT

Vlasta Vuković Hoić, v.r.

Predsjednica Glavnog vijeća HSS MS - MT

Anica Prašnjak, v.r.

Deset godina poliklinike za dječje bolesti Helena

Poliklinika za dječje bolesti Helena u Zagrebu osnovana je 2005. godine i posvetila se isključivo zdravstvenoj skriji djece. Organizirana je kao dijagnostičko-terapijska poliklinička ustanova koja svoju djelatnost u području pedijatrijske medicine provodi ambulantno ili na principu dnevne bolnice, omogućujući tako kontinuiranu prisutnost roditelja uz svoje dijete. Cjelokupni prostor poliklinike osmišljen je prema principu «child friendly» s prostorima čekaonica uređenima poput igraonice (slika na str. 78), a medicinski uredaji prilagođeni su potrebama dječje dobi.

Poliklinika ima cjelodnevnu ambulantu iz opće pedijatrije, u kojoj se mogu realizirati sve preventivne pedijatrijske djelatnosti (sistemske pregledi, cijepljenje, savjetova-

nje, ultrazvuk kukova), ali i kompletna skrb za akutno bolesnu djecu uključujući dijagnostičke i terapijske postupke (inhalacije, aspiracije, primjene antibiotske terapije), s naglaskom na područje pedijatrijske nefrologije, gastroenterologije, pulmoalergologije i ikardilogije. Organiziraju se tretmani poput „Škole mokrenja“ te biofeedback vježbe za uspostavu kontrole mokrenja i stolice. Uvedene su neuromodulacija i vježbe zdjeličnih mišića, a u suradnji s Klinikom za dječje bolesti Zagreb organizira pedijatrijski ultrazvučni tečaj. Poliklinika ima ugovore sa HZZO-om i s privatnim osiguranjima. ●





Psihijatrija i društvo, 2015.

Prof. dr. Norman Sartorius, dr. med. et phil., dr. h. c.

NORMAN SARTORIUS, hrvatski psihijatar i sveučilišni profesor, bio je tijekom dvadesetak godina direktor Odjela za duševno zdravlje SZO-a, a poslije predsjednik Svjetskog psihijatrijskog udruženja i predsjednik Europskog psihijatrijskog udruženja.

Profesor Sartorius odrastao je u Koprivnici i Zagrebu. Majka mu je bila pedijatrica prim. doc. Fedja Fischer Sartorius, koja je stvorila Centar za zaštitu majke i djece u Zagrebu (koji je uključio Dječju bolnicu u Klaićevoj ulici) i kao javno-zdravstveni radnik značajno doprinijela zdravlјiju djece u Hrvatskoj. Prof. Sartorius doktorirao je na MEF-u u Zagrebu i diplomirao na Katedri za psihologiju Sveučilišta u Zagrebu. Završio je specijalizaciju iz neurologije i psihijatrije 1963. i doktorirao radom o poremećajima mišljenja shizofrenih bolesnika 1965. Naredne godine proveo je u Institutu za psihijatriju u Londonu zahvaljujući stipendiji Britanskog savjeta. Živi u Ženevi.

Krajem 1967. postao je voditelj Interregionalnog tima za epidemiologiju duševnih bolesti SZO-a u New Delhi-u a 1974. preuzeo je odgovornost za Odjel za duševno zdravlje SZO-a u Ženevi koji doskora (1977.) pod njegovim vodstvom postaje Divizija za duševno zdravlje. Na tom je položaju ostao do 1993. Bio je predsjednik Svjetskog psihijatrijskog udruženja (1993-1996) i Europskog psihijatrijskog udruženja te igrao ključnu ulogu i kod više drugih stručnih organizacija.

Bio je profesor sveučilišta u Ženevi, Zagrebu i Pragu, počasni profesor sveučilišta u Londonu i Pekingu te gostujući ili izvanredni profesor sveučilišta u Baltimoru, Beogradu, New Yorku i St Louisu. Počasni je član medicinskih akademija u Hrvatskoj, Meksiku, Peruu i Španjolskoj te dopisni član HAZU-a. Počašćen je doktoratom medicine u Švedskoj (Umea) i Češkoj (Prag), doktoratom psihologije (Kopenhagen) te doktoratom znanosti i u Engleskoj (Bath), Rumunjskoj (Temišvar) i SAD-u (Gainesville). Počasni je član Kraljevskog udruženja psihijatara u Engleskoj, Australiji i Novom Zelandu, Američkog psihijatrijskog društva i Zapadno-afričkog psihijatrijskog udruženja te niza drugih stručnih udruženja. Urednik je nekoliko stručnih i znanstvenih časopisa i član savjeta mnogih drugih.

Radio je i radi na područjima javnoga zdravstva, epidemiologije, organiziranja zdravstvene službe te na znanstvenom ispitivanju shizofrenije i depresija. Teme njegovih radova uključuju i prava duševnih bolesnika, borbu protiv stigmatizacije duševnih bolesti, komorbiditet mentalnih i somatskih bolesti te promicanje nastave o duševnim bolestima, njihovom sprečavanju i liječenju. Objavio je više od 400 radova u časopisima s editorijalnom politikom, autor je ili izdavač više od 80 knjiga. Citiran je više nego li 27.000 puta, a h-indeks njegovih radova je 67.

Željko Poljak

Uvod: društvena zbivanja

Psihijatrija živi u svom vremenu i mijenja se u skladu s promjenama društva. Te su promjene brojne i značajne. Moderna tehnologija komunikacije dovela je do inzularizacije: ljudi imaju sve više dodira s drugim ljudima preko elektronskih mreža, telefona, interneta ali se osjećaju sve više usamljeni i sve su manje skloni ulaganju energije u stvaranje tradicionalnih direktnih prijateljstava, u održavanje obiteljskih veza, u mentorstvo i u građenje ljubazne neposredne veze sa susjedima i drugim ljudima koje sreću manje više redovito.

Ekonomski pokazatelji postali su za mnoge najvažniji kriteriji uspješnosti. To je razumljivo za trgovinu i prihvatljivo za ocjenu komunalnih službi; nažalost, taj način gledanja na uspjeh prevladao je i ocjenama medicinske službe. Bolnice moraju zaradivati, stvarati novce kao da su tvornice koje proizvode robu za tržište. Argumenti za razvoj ili uvodenje novih mjera za zdravstvenu zaštitu nisu više etičke naravi niti je dovoljno dokazati da promjene organizacije službe poboljšavaju kvalitetu života bolesnika ili njihovih obitelji; da bi uspjela, argumentacija mora počivati na dokazima da će reforma sniziti cijenu pomoći i da će nov način rada omogućiti poslovanje s većim materijalnim učinkom. U nekim

zemljama – na primjer u Engleskoj – direktori bolnica traže se među „menadžerima“, stručnjacima koji su već pokazali da mogu voditi poslovanje na ekonomski uspješan način. Razumljivo je da valja biti štedljiv i da je važno spriječiti izdatke koji ne doprinose poboljšanju stanja bolesnika, ali je takvo nastojanje vrlo različito od naloga direktora da se upotrebljava što više pretraga jer to donosi veću zaradu za laboratorij i bolnicu.

Demografske promjene – povećanje broja ljudi u višoj životnoj dobi i smanjenje broja djece i ljudi u proizvodnji – dovode to niza društvenih problema. Neki se od njih mogu riješiti tehnologijom, na primjer upotrebom sve savršenijih strojeva i robotike koja poviše produktivnost ljudi u radnim godinama. Za druge probleme koji su vezani uz demografske promjene tehnologija nema odgovora. Djeca koja odrastaju u društvu odraslih imaju poteškoće u stvaranju odnosa s vršnjacima. Briga starijih članova društva za odrastanje djece često postaje njihov jedini doprinos razvoju društva; ako je djece malo, njihov osjećaj korisnosti za društvo opada i to ih deprimira. Porast broja ljudi koji nisu u procesu produkcije smanjuje sredstva koja se mogu staviti na raspolažanje zdravstvenoj službi i time se pogoršava zdravstveno stanje većine stanovništva.

Porast stanovništva dovodi i do povišenja gustoće žitelja na područjima zemlje na kojima se može živjeti. Visoka gustoća stanovnika zahtijeva načine života koji su različiti od onih koje se može tolerirati kad je gustoća niska. Neke su zemlje – na primjer Japan – naše načine života koji smanjuju opasnost od nasilja i netrpeljivosti u uvjetima visoke gustoće stanovništva; stanovnici drugih zemalja morat će naučiti kako živjeti u takvim uvjetima ili se izložiti značajno smanjenoj kvaliteti života, trajnom strahovanju, nasilju i ostalim opasnostima življjenja u takvim uslovima.

Urbanizacija napreduje brže nego li ikad prije u povijesti. U nekim zemljama – na primjer u Argentini – više od četiri petine stanovništva živi u gradovima. U nekim se zemljama postotak stanovništva koje je do selilo u gradove podvostručio u posljednjih desetak godina. Tradicionalni oblici zajednice – u kojima stanovnici poznaju jedan drugoga i imaju mnoge korisne međusobne veze ne staju u toku urbanizacije i jedino što se može smatrati njihovim nadomjeskom je stvaranje elektronskih zajednica u kojima su članovi odvojeni u prostoru i vezani uglavnom u virtualnom smislu. Moglo bi se očekivati da će

nestanak zajednica dovesti do reformulacije strategija zdravstvene službe koja je u drugoj polovini dvadesetog stoljeća vidjela svoju osnovu u zajednici i inzistirala da je medicina u zajednici ideal koji mora služiti kao nadahnuc za izobrazbu u medicini i za organizaciju pružanja pomoći bolesnim ljudima, članovima zajednice. To se još nije dogodilo premda je sve više javno zdravstvenih radnika koji postaju skloni traženju drugih oblika zdravstvene službe. Jedan je od izraza tog razmišljanja strategija „uravnotežene službe“ koja predlaže da se briga za zdravlje osloni na različite oblike njege pružene u različnim vrstama ustanova i putem zdravstvenih radnika koji međusobno surađuju.

Migracija stanovništva iz ekonomskih razloga postupno se smanjuje unutar Europe i nadomještava se migracijom iz siromašnih zemalja Afrike i dijelova Azije u Evropu i stanovnicima zemalja latinske Amerike u Sjedinjene Američke Države i Kanadu. Migranti iz Azije u Australiju sve su brojniji i zadaju australskoj vladu mnogo problema. Broj izbjeglica iz zaraćenih područja – uglavnom u susjedne zemlje ali i dalje od zemalja u ratnom stanju – u stalnom je porastu. Posljedice te seobe naroda za zdravlje naroda brojne su i većinom nepredviđene. Bolesti koje migranti donose nisu dobro poznate zdravstvenim radnicima u zemljama u koje su migranti došli. Bolesti zemalja u koje su migranti stigli nove su za migrante. Značajne su poteškoće rada s izbjeglicama i migrantima koji ne govore ni jedan jezik osim svoga i koji žive po pravilima kulture koja je karakterizirala zemlju iz koje su došli. U zemljama iz kojih dolaze migranti nastaju ekonomski invalidizirana područja iz kojih su iselili oni sposobni za rad, tako da je stanovništvo uglavnom sastavljeno od invalida, starijih osoba i ponekad djece.

Mladi ljudi u industrijaliziranim zemljama zbog produženog školovanja ostaju sve duže bez direktnе odgovornosti i nisu ekonomski produktivni. Osim poteškoća s adaptacijom na nove oblike adolescentnog ponašanja većina obitelji koje su u razvijenim zemljama činile srednju klasu postaju i zbog toga sve siromašnije. Osiromašenje dovodi do smanjenja broja obitelji koje se mogu smatrati srednjom klasom, s nizom posljedica, od kojih je najvažnija smanjenje podrške koju srednja klasa daje moralnim pravilima društva. Smanjenje socijalnog kapitala, porast kriminaliteta, atmosfera nezadovoljstva i ne-povjerenja među ljudima javljaju se najranije i doprinose daljnjem smanjenju socijalnog kapitala (definiranog kao javno dobro koje

proistjeće iz dobrih i međusobno korisnih veza među ljudima.)

Psihijatrija u mijeni

Psihijatrija se također mijenja, dijelom zbog društvenih promjena a dijelom i zbog razvoja znanja i skupljenog iskustva. Specijalizacija u sve to manja područja pojavila se kao važna tendencija posvuda u medicini pa tako i u psihijatriji. Ne samo da su se psihijatri podijelili po tome koliko ih privlači biologija ili društvene znanosti u „biologijske“, „socijalne“ i „psihologijske/psihoterapeutske“ grupe, već je počela i podjela po bolestima tako da se pojavljuju i specijalisti za rano liječenje psihoza, za bipolarne bolesti, za anksiozna stanja i za druge grupe bolesti. U nekim zemljama odvojile su se i grupe bolničkih psihijatara od psihijatara koji se uglavnom bave ambulantnom službom. Psihoterapeutske škole zahtijevaju od svojih članova odanost i predanost teoriji koja ih ujedinjuje čak i kad postoje opravdane sumnje da je ta oslabljena rezultatima znanstvenih istraživanja.

Psihijatri se također nalaze u borbi s članovima drugih profesija koje imaju brojne članove koji aktivno sudjeluju u liječenju duševnih bolesti, u znanstvenim radovima, u nastavi i u organizaciji službe. Psiholozi, socijalni radnici specijalizirani u psihijatriji, defektolozi i medicinske sestre specijalizirane za psihijatriju sve su brojniji i njihova prisutnost i vrijednost onoga što rade zahtijeva razgovor i dogovor svih koji sudjeluju u brizi za duševne bolesnike da bi se spriječilo nerazumijevanje, nepotrebna rasprava i smanjenje efikasnosti službe.

Dodatne probleme uzrokuje uvođenje novih dijagnostičkih pomagala, koja bi mogla značajno povisiti ugled psihijatrije, dosad medicinske discipline malo vezane s laboratorijima i objektivnim izvorima podataka o biologijskom stanju svojih bolesnika. Većina psihijatara nije vična čitati rezultate modernih metoda ispitivanja mozga; specijalisti u tom poslu čuvaju svoj teritorij i ponekad je teško uspostaviti sračnu u uspješnu suradnju između psihijatara u praksi i specijalista različitim dijagnostičkim metodama. Razdvojenoost produžuje vrijeme koje je potrebno da se dođe do dijagnoze i povisuje cijenu liječenja.

Promjene u strukturi psihijatrijske službe i ranije navedene poteškoće još su neugodnije kad se uzme u obzir da su neke psihijatrijske bolesti promijenile svoj oblik i tok. Tako se smanjila prevalencija katatonih i hebefrenih oblika shizofrenije, megalomske ideje kod

NAŠI LIJEĆNICI U INOZEMSTVU

maničnih stanja postale su rijetkost (kao i klasični oblici melankolije), a depresija je u epidemičnom porastu. Neke su bolesti postale očitije vjerojatno zbog promjena u društvu; tako je na primjer često traženje pomoći za hiperkinetski sindrom kod djece vjerojatno vezano s povišenjem postotka obitelji u kojoj oba bračna druga rade izvan kuće, djedovi i bake žive daleko od nuklearne obitelji a učitelji nemaju vremena (a ponekad niti volje) da djeci posvete individualiziranu pažnju.

S druge strane, psihijatriji je prošireno područje rada. Ljudi koji imaju blaže oblike bolesti – na primjer laganje oblike anksioznih stanja i depresije – traže pomoći jer su čuli, čitali, saznali da moderna psihijatrija ima metode liječenja koje bi mogle smanjiti ili ukloniti neke od nevolja što ih osjećaju. Neka stanja - koja su postala česta zbog mnogih razloga – na primjer „sindrom izgaranja“ (burn-out) ili pretjerana upotreba alkohola (bez ovisnosti), stavljaju se pred psihijatriju premda se njihova rješenja nalaze u promjenama načina rada, u promjenama društvenih odnosa, u suradnji socijalnih službi i u drugim područjima organizacije društva.

Neki od postulata psihijatrijske službe zastarjeli su i valja ih promijeniti. Tako je sredinom prošlog stoljeća smještanje psihijatrijske službe u zajednicu bilo smatrano osnovnim zadatkom. Razlozi za tu strategiju bili su mnogobrojni. Prvo, u većini bolnica za duševne bolesnike uvjeti za život i liječenje bili su vrlo loši, čak i u bogatim zemljama. Osnovna opskrba – hrana i piće - bila je podmirena, prema je u mnogim siromašnim zemljama dotacija za hranu u takvim bolnicama bila izvanredno mala. Zdravstvene usluge bile su loše – dijelom zbog toga što duševne bolnice nisu imale sredstava da se brinu za somatske bolesti duševnih bolesnika, a dijelom zbog predrasude da duševni bolesnici rijetko boluju od fizičkih bolesti. Ponašanje osoblja prema bolesnicima bilo je lišeno svakog poštovanja duševnih bolesnika kao ljudi. Zloupotrebe bolesnika bile su česte a gotovo uvijek nekažnjene. Bolesnici su nakon dužeg boravka u tim bolnicama zaboravili osnovne socijalne vještine i odučili se od normalnog druženja s ostalim članovima zajednice.

Bilo je i drugih razloga da se odustane od bolničkog liječenja duševne bolesti i da se pokuša liječiti bolesnika bez odvajanja iz sredine u kojoj je živio. Očekivalo se da će veze koje je bolesnik stvorio prije bolesti ostati očuvane i da će nakon uklanjanja simptoma bolesti biti lakše ponovno uklapanje bolesnika u zajednicu. Mislilo se i da će obitelj, uz

pomoći medicinskog osoblja, naučiti kako postupati s bolesnicima u toku njihove bolesti. Izgledalo je da će cijena liječenja u zajednici biti niža od liječenja u bolnici.

U posljednjih nekoliko desetljeća došlo je do promjena koje su obesnažile ideju psihijatrije u zajednici. U mnogim zemljama zajednice – definirane kao grupe ljudi koji žive na istom području, ljudi koji se znaju, pomažu i brinu jedan za drugog – a koje su ranije bile brojne, postale su rijetke i većina ih je isčezla. Urbanizacija je već i gradnjom višekatnica smanjila vjerojatnost redovitih slučajnih susreta ljudi koji žive na nekom području. Migracija seoskog stanovništva u gradove razdvojila je ljudi koji su se poznavali i brinuli jedan za drugoga. Velik priliv novih građana, uz klasno raslojavanje, stvorio je zajednice siromašnih karakterizirane ekonomskim mjerilom: siromašni ljudi žive zajedno na određenom području, ali osim siromaštva nemaju ništa zajedničkog. I u drugim ekonomski definiranim grupama malo je zajedničkih osjećaja; vjerojatno je da će se tokom vremena uspostaviti veze i da će tache zajednice biti slične onima koje su imali pred očima tvorci komunitarne medicine. Do koje će mjere pojavi interneta i drugih elektronskih mogućnosti doprinijeti stvaranju novih čvrstih zajednica koje nisu definirane geografski već na druge načine, ostaje još otvoreno pitanje.

Dio strategije komunitarne psihijatrije bio je i pokušaj da se psihijatar približi ljudima, da se onima koji imaju problema s duševnim zdravljem omogući lakše doći do stručne pomoći. Nažalost i taj dio strategije samo je djelomično upotrebljiv. Bolesnici koji su okolini poznati kao takvi doći će do psihijatrijske ambulante u svojoj sredini; oni koji trebaju savjet o svom stanju i pomoći za vlastite probleme vrlo često će ih potražiti daleko od mjesta svog stanovanja jer se boje da će ih posjet psihijatru stigmatizirati.

Komunitarna psihijatrija predlagala je i druge oblike pomoći – dnevne bolnice u kojima bi bolesnik proveo dio dana ali bi nočio kod kuće; noćne bolnice u kojima bi bolesnik proveo noć a tokom dana bi radio drugdje; različite ustanove u kojima je bolesnik stjecao znanje i vještine koje bi omogućile zaposlenje; smještaj u porodice kojima se plaća da se brinu za bolesnika (heteroporodični smještaj) i još niz drugih „prelaznih“ ustanova i oblika pomoći. Danas je jasno da svi ti oblici pomoći mogu biti korisni u svojim uvjetima ali da niti jedan od njih nije univerzalno primjenjiv. Komunitarna psihijatrija i smještaj bolesnika

u zajednici postupno se nadomještava novim oblikom pomoći („balanced care“) u kojem moraju postojati mnogi oblici službe, odabrani zbog korisnosti u kulturnoj sredini u kojoj su nastali, tako da psihijatar može, u dogovoru s bolesnikom i obitelji, odabratи ono što će za tog bolesnika biti najbolja kombinacija oblika službe.

I druge komponente strategije zdravstvene službe za duševne bolesnike vjerojatno moraju biti detaljno ispitane i reformulisane. Tako se na primjer zamisao da se značajan dio odgovornosti za službu za duševne bolesti prebací na liječnike obiteljske medicine također mora modificirati. Mnogi liječnici specijalizirani u obiteljskoj medicini nevoljko prihvataju liječenje duševnih bolesnika. Nastava na medicinskom fakultetu obično ne daje studentima znanje i vještine koje bi im trebale za suvereno liječenje psihijatrijskih bolesti. Stigmatizacija duševnih bolesti također igra ulogu u odbijanju da se preuzme odgovornost za njihovo liječenje. Promjena načina prijediplomske i poslijediplomske nastave vjerojatno bi omogućila dobrom broju liječnika nepsihijatara da brinu za lakše oblike duševne bolesti, pogotovo ako bi ta odgovornost bila olakšana dobrom suradnjom s psihijatrijskom službom. Nije jasno je li moguća takva promjena nastave i odnosa liječnika psihijatara i ostalih liječnika u dogledno vrijeme pa je zato opravданo da se zasad prebacivanje odgovornosti na obiteljsku medicinu provodi postupno, u skladu s mogućnostima i u dogovoru sa zdravstvenim radnicima koji će sudjelovati u toj komponenti službe.

I procjene potrebe za psihijatrijsku službu valja ponovno raspraviti. U prošlom stoljeću potreba za službu ocjenjivala se prema prevalenciji bolesti za koju je ta služba bila odgovorna. Problem s tim načinom procjenjivanja potrebe službe - koje je postalo vrlo popularno u istočnim i u zapadnim europskim zemljama, ali i u drugim krajevima svijeta – jest to što se ne uzimaju u obzir tri značajna faktora: prvo, da neće svi oni koji imaju bolest tražiti liječenje; drugo, da nije jasno koliko će ljudi koji nemaju bolest tražiti pregled i pomoći; i treće, da briga za one za koje nema adekvatnog liječenja obično pripada drugim socijalnim službama. Potrebe za zdravstvenu službu moraju se ocijeniti uzimajući u obzir ta tri faktora jer su i mjere koje će slijediti ocjenu potreba biti drugačije. Tako će, na primjer, zdravstvena služba aktivno tražiti ljudi koji imaju neki zdravstveni problem za koji postoji učinkovit odgovor; nastojati će da bolesnike za koje nema liječenja zbrine suradnjom s

nekom drugom socijalnom službom; i pokušati će da zdravstvenom edukacijom i drugim mjerama smanji broj ljudi koji dolaze tražeći pomoć zdravstvene službe premda nemaju bolest koja bi se mogla liječiti.

Granice društvene i medicinske/psihijatrijske odgovornosti

Uloge i dužnosti psihijatrije i društva shvaćenog kao stanovništvo i njegovi predstavnici dodiruju se u nekoliko područja. Prvo je i možda najvažnije pitanje prioriteta koji društvo daje psihijatriji – njenoj nastavi, istraživačkom radu i praksi. U većini zemalja svijeta psihijatrija je viđena kao struka koja nije naročito znanstveno produktivna, koja nema dobrih odgovora za probleme duševne bolesti i koja nema osobitu važnost za javno zdravstvo. Smatra se također da su duševne bolesti razmjerne rijetke. Rezultati mnogih istraživanja i izvještaji SZO-a krajem 20. stoljeća pokazali su da to nije tako i da su psihijatrijske bolesti uzrokuju velik dio ukupne invalidnosti u svim zemljama svijeta. Pojavili su se i znanstveni radovi koji su pokazali da je učinkovitost lijekova za duševne bolesti viša nego li učinkovitost lijekova koji se upotrebljavaju za liječenje drugih kroničnih nezaraznih bolesti.

Unatoč tim istraživanjima predrasude o duševnoj bolesti i o psihijatriji ostale su prisutne pa su u većini zemalja u razvoju sredstva za liječenje duševnih bolesti daleko su ispod razine koja bi dozvolila primjeren razvoj službe za duševno zdravlje. Stanje je bolje u industrijski razvijenim zemljama, ali još uvjek nije zadovoljavajuće. Stigma vezana uz duševne bolesti igra važnu ulogu u procesu razvoja službe za duševno zdravlje; nažalost su nedavna istraživanja pokazala da su duševne bolesti, bolesnici, njihove obitelji i služba koja se brine za bolesnike više stigmatizirani nego li je to bio slučaj prije dvadesetak godina.

Područje forenzičke psihijatrije drugo je dodirno područje psihijatrije s društвom i društvenim potrebama. Prisutnost duševne bolesti koja smanjuje sposobnost rasudivanja važan je činilac u kriminalnim djelima i u posljedicama za počinitelja kad je uhvaćen. Dilema je s kojom se vlade i psihijatrija susreću u tom području o tome gdje smjestiti bolesnika koji je počinio zločin. Smještaj u duševnoj bolnici zahtijeva uvodenje sigurnosnih mjera koje su zastrašujuće za ostale bolesnike koji nisu počinili krivična djela, a nalaze se u istoj ustanovi, a i za njihove obitelji. Smještaj u zatvoru otežava liječenje i smanjuje

vjerojatnost da će biti moguće rehabilitirati bolesnika. Poteškoće u procjeni vjerojatnosti ponovnog zločina također je izvor glavobolje za zdravstvenu i za pravnu službu.

Prevencija mnogih duševnih bolesti moguća je a ovisi o socijalnim i drugim mjerama koje bi morali provesti članovi zajednice, vlasta, privreda i različite organizacije. Psihijatri mogu u tom pogledu dati savjete ali nemaju mogućnosti da provedu mjere koje bi mogle spriječiti duševne bolesti. Tako, na primjer, prevencija pojave jedne vrste duševne zaoštalošći ovisi o tome hoće li će žene koje bi mogle postati majke imati dovoljnju količinu joda u prehrani ili u dodacima hrani. Opskrba jodiziranom solju, dodavanje joda prehrabnenim proizvodima, objašnjavanje važnosti primjerene količine joda za žene u fertilnoj dobi ovise o činiteljima koji se ne nalaze pod komandom psihijatara; uloga je psihijatra u takvim slučajevima da saopći drugima što bi valjalo činiti, ali su takva objašnjenja često bez uspjeha, osobito kad ih daju psihijatri koji imaju malo vjerodostojnosti u području javnog zdravstva.

Borba protiv stigmatizacije morala bi biti normalan dio službe koja se brine za duševne bolesti. Psihijatri, psiholozi i drugih znanstvenici na području ponašanja moraju predložiti uputu o mjerama destigmatizacije. Neke od tih mjeru tiču se funkciranja službe za duševno zdravlje i tu psihijatri moraju učiniti sve što je potrebno. Većina intervencija međutim ne ovisi o psihijatrima nego zahtijeva aktivno sudjelovanje društva, koje se često libi aktivnog sudjelovanja u primjeni programa destigmatizacije.

Izazovi pred psihijatrijom, 2015.

Nažalost, iz mnogo razloga – povijesnih i drugih – psihijatri nemaju zajedničke stave niti pravila koje bi svi u struci priznavali. Trajanje postdiplomske nastave iz psihijatrije različito je u različitim zemljama i varira od jedne do sedam godina. Sadržaj postdiplomske nastave također je do neke mjeru različit. Psihijatri slijede različita pravila za liječenje duševnih bolesti. Premda je u nekim zemljama učinjeno mnogo da se nade konsenzus o najefikasnijem načinu liječenja, razlike još uvijek postoje i unutar zemalja i između zemalja. Rukovodstva „guidelines“ koje proizvode nacionalne profesionalne organizacije, vodeće klinike i druge ustanove također postoje, ali dosad nisu dosegle uniforman stava i akciju u praksi. Prva i osnovna zadaća udruženja psihijatara i vodećih stručnjaka

mora biti stvaranje zajedničkog stava prema osnovnim zadacima struke – uključujući izobrazbu za te zadatke, etička pravila i način na koji se devijacija od dogovorenih pravila može kazniti.

Drugi je izazov kojem psihijatrija mora naći odgovor ponovno stvoriti uspješnu i ugodnu suradnju s ostalim granama medicine. Tokom godina psihijatrija se odvojila od drugih struka i od opće medicine. Ponovno uspostavljanje – ili stvaranje veza, jer ih često nije mnogo ni bilo – od velike je važnosti iz više razloga. Prevalencija komorbiditeta – istovremene prisutnosti somatskih i psihijatrijskih bolesti – stalnom je porastu i nema sumnje o tome da će i dalje rasti, djelomično zbog starenja stanovništva i uspjeha medicine da održi na životu mnoge bolesnike koji bi prije napretka medicine ubrzo umrli. Osim toga praktičnog razloga veza s drugim granama medicine korisna je iz sindikalnih razloga, zajedničkog nastupa liječnika kao profesije a i zbog toga što je sve važnije biti upućen o napretku medicine, ato se najjednostavnije postiže suradnjom s kolegama iz drugih struka.

Treći je izazov pred psihijatrijom je stvaranje suradnje sa svima koji sudjeluju u brizi za duševne bolesnike. To uključuje bolesnike, njihove obitelji, ali i političke i druge autoritete u kraju u kojem bolesnik živi. Organizacije članova obitelji često imaju finansijske i tehničke poteškoće i teško im je uspostaviti dobru suradnju s medicinskim osobljem. Njihov doprinos – koji je velik – često se ne cijeni i ne nagrađuje. Psihijatri rijetko pomažu razvoju udruženja obitelji – na primjer savjetom obitelji svakog bolesnika da se povežu s udruženjem, predavanjima – ili barem prisutnošću s vremenom na vrijeme – i javnim priznanjem doprinosa koji udruženja čine službi.

Razvoj i stalno održavanja borbe protiv stigmatizacije duševne bolesti i svega što bolest dotakne četvrti je glavni zadatak psihijatrise ako želi ispuniti svoju ulogu. Iskustvo i znanost omogućile su razvoj uspješnih načina borbe protiv stigme; osnovni je sastavni dio svih intervencija protiv stigmatizacije sudjelovanje psihijatara i ostalog medicinskog osoblja u tim intervencijama, koje inače ne bi imale vjerodostojnosti.

Dr. Aurel Zlatarović – prvi školovani hrvatski psihijatar

**Kao suosnivač stranke prava u Dalmaciji
1892. preživio težak atentat**

Ivica Vučak

Uvod

Odlazak dr. Aurela Zlatarovića iz Šibenika, nakon dvanaest godina boravka u tome gradu, popraćen je noticom u zadarskom „Narodnom listu“: „Nadaleko poznati sa svog rođoljublja, plemenite duše i vještine liječničke, kao iskreni i vatreni borioc za hrvatsku misao, doživio je ljutih razočaranja, pa malne platio i glavom.“

Na dokaz riedke samozataje i požrtvovnosti napomenut ćemo da je i u ovo zadnje doba mogao imati mastno mjesto kod ludnice zagrebačke i da je bilo sve ugovorenog, ali on ga je odkazao samo s razloga što nije htio ničijim robom da bude, nije htio zaniekati osjećaj hrvatski. Njegova ljubav prama narodu i uobće prama svim nevoljniciima bijaše toliko jaka da on iz Šibenika, nakon toliko godina neumornog rada, polazi gotovo prazne kese. Šibenski Hrvati žele mu sretan polazak i od boge zdravlje.“

Dr. Zlatarović, primarni liječnik Odjela za umobolne u Zemaljskoj bolnici u Šibeniku od njegova osnutka 1883. godine, nije dobio mjesto u Zavodu za umobolne u Stenjevcu pokraj Zagreba za koje je, izgleda, bio zainteresiran.

Koliko je bilo realno njegovo očekivanje? Zlatarevićev poznanik iz studentskih dana u Gracu dr. Dragutin Forenbacher (1850. – 1895.) bio je u Stenjevcu od 14. srpnja 1891. kućni liječnik u definitivnom svojstvu, a 1. kolovoza 1893. premješten je u Gospic u svojstvu županijskog zdravstvenog izvjestitelja (Liječ nov 77:66-70, ožujak 2009.).

Na Forenbacherovo je mjesto primljen dr. Vjekoslav Bachman koji je u Stenjevcu ostao do proljeća 1896. Dr. Ivana Rohačeka (1843. – 1898.), Čeha, ravnatelja Zavoda u Stenjevcu od 20. listopada 1878., zamijenio je 1. travnja 1894. godine dr. Ivo Žirovčić (1855. – 1938.), po pozivu zemaljskog praliječnika

i odsječnoga savjetnika vlade u Zagrebu dr. Viktor Struppija (1844. – 1899.).

Žirovčić je bio sa Zlatarovićem u istom razredu u Kraljevsкоj gornjogradskoj gimnaziji u Zagrebu, studij medicine završio je u Beču i do dolaska u Stenjevec imao 14 godina iskustva na mjestima općinskog, podžupanijskog

ru i svaku pomoć za proučavanje zavodske administracije – a polazio sam i predavanja na sveučilištu u Gracu – i tako sam postao psychiater”.

Nakon Žirovčićeve dvije godine na mjestu ravnatelja na to je mjesto 1. travnja 1896. došao dr. Jan Šimsa dok je za sekundarnog liječnika 1896. postavljen dr. Jaroslav Daneš, obojica Česi.

Obitelj i školovanje

Aurel Zlatarović rođen je 3. lipnja 1855. u Krapini. Izvorno je prezime obitelji bilo Goldschmidt, a njegovom djedu Georgu Goldschmidtu, porezniku (Dreissigst-Einnehmer) u Samoboru, kralj Franjo II je 1829. dodijelio plemstvo i pravo na pohrvenje prezimena u Zlatarović.

Aurelov otac Gjuro pl. Zlatarović (1828. – 1883.) završio je pravoslovne nauke na tadašnjoj zagrebačkoj akademiji te stupio odmah 1849. u službu kod zagrebačke županije. Odvjetnički ispit položio 1850. te postao realnim jurasrom zagrebačke županije i začasnim kotarskim sucem. Od 1854. bio je upraviteljem kotarskog suda okoline zagrebačke, a pri definitivnoj organizaciji zemlje provedenoj 1854. postao aktuarom prvog razreda kotarskog ureda u Krapini. Zatim je postao pristav kotarskog ureda u Varaždinskim Toplicama. Nakon položenog sudačkog ispita postao je 1857. samostalni sudac kotarskog suda u Velikoj Gorici, a 1861. dodijeljen županijskom sudbenom stolu u Zagrebu.

Pričvremenim vijećničkim tajnikom i državnim odvjetnikom u Varaždinu imenovan je 1962. te je pola godine upravljao državnim odvjetništvom. Potkraj 1867. imenovan je pričvremenim prisjednikom te ujedno državnim odvjetnikom kraljevskog sudbenog stola u Rijeci. Po povratku iz Rijeke vodio je u Zagrebu poslove državnog nadodvjetništva, bez



Gjuro pl. Zlatarović

i okružnog liječnika, no ne i u psihiatriji (Liječ nov 134:70-6, studeni 2014.).

Svoj dolazak i pripreme za preuzimanje nove funkcije opisao je sam Žirovčić u svojim „Uspomenama starog psihijatra“: „Ja sam bio zapanjen, jer šef mene nije ni poznavao, a niti ja njega. Taj časni poziv ja sam odmah otklonio, jer za takovu službu nisam čuo dovoljno spreme. No on me je prizvao k sebi, svakojako me je nagovarao, apelirao na moj patriotizam i obećao mi svaku pomoć u svojem položaju. Morao sam se pokoriti.

Pol godine boravio sam u štajerskom zavodu Feldhof kraj Graca, gdje sam uživao generozno gostoprимstvo, imao sam obilat živi materijal za izučavanje, obilnu literatu-

POVIJEST HRVATSKE MEDICINE

ikakve plaće i nagrade, do imenovanja 1870. priznjednikom Kralj. sudbenog stola prvog razreda u Zagrebu, a 1876. postao je vijećnikom banskog stola u Zagreba. Bio je muzikalno naobražen – pravi virtuoza na harmoniju. U mlađim godinama sudjelovao kod svakog koncerta u dobrotvorne svrhe. Bio je među utemeljiteljima Hrvatskog pjevačkog društva „Kolo“ i njegov prvi predsjednik. Imenovan je i začasnim građaninom Varaždina.

Aurel Zlatarović je gimnaziju završio u Zagrebu. Drugo polugodište trećeg razreda proveo je, zbog očeva premješta, u riječkoj gimnaziji. Sljedeće školske godine, ponovno u zagrebačkoj gimnaziji, završio je IV razred s najboljim uspjehom.

Školske godine 1872./1873. završio je s odlikom VIII razred. S njim i Žirovčićem u generaciji su bili **Duro Arnold** (1854. – 1941.), **Dušan Lopastić** (1852. – 1921.), **Dušan Preradović** (1854. – 1920.), sin generala i pjesnika Petra Preradovića, i **Milan Rojc** (1855. – 1946.). Ostvarivši uspješne karijere svi su oni ostavili trag u hrvatskom društvu.

Studij medicine u Gracu

Studij medicine Zlatarović je upisao 1873. u Gracu. Na odabir studija, a i mesta studiranja moglo je utjecati i to što je u tome gradu tada liječnik bio njegov stric dr. **Josip pl. Zlatarović** (1807. – 1874.), nekadašnji profesor u bečkom „Josephinumu“ i poslije istaknuti propagator homeopatske medicine. Tek su u novije doba postala poznatija nastojanja njegova strica 1862. godine oko reforme zdravstva u Hrvatskoj i otvaranja medicinskog studija na zagrebačkom sveučilištu (LN 106:67-9, veljača 2012).

Da je bilo više razumijevanja za njegove ideje možda bi Aurel mogao studirati medicinu u Zagrebu. U Gracu je Aurel bio među utemeljiteljima Hrvatskog akademskog društva „Hrvatska“.

Na sjednicama je održao više predavanja o slobodi, slobodoumlju i smrtnoj kazni. Nakon promocije u Gracu 7. travnja 1881. ostao je u tamošnjoj Općoj bolnici na mjestu sekundarnog liječnika.

Šibenik

U ožujku 1882. Zlatarović je imenovan liječnikom u Šibeniku. Bilo je to po preporuci prof. **Richarda von Kraft-Ebbinga**, znamenitoga psihiatra u Gracu, upitanoga za savjet oko gradnje Odjela za psihiatriju u novoj bolnici u Šibeniku za koju je kamen te-

ZLATAROVICH (ZLATAROVIĆ)



meljac položen 22. kolovoza 1881. Zlatarović je dodijeljenu mu stipendiju za specijalističku izobrazbu u psihiatriji iskoristio kod von Kraft-Ebbinga, a posjetio je i druge psihiatrijske institucije u Austriji i Njemačkoj.

Po šibenskom povjesniku medicine dr. **Stjepanu Sirovici** (1935. – 2007.) Zlatarović je «vjerojatno prvi školovani hrvatski psihiyatru». Njegovo je imenovanje popraćeno u zagrebačkom „Pozoru“ komentarom: „Možemo se ugledati u ovo lijepo liberalno postupanje Zemaljskog dalmatinskog Odbora koji želi baš svojega imati te mu ujedno pruža priliku da se usavrši. Ovim načinom dobiva zemlja čestite strukovnjake i to svoje sinove, a ne kao u Hrvatskoj gdje se ne brine da se domaćem dade priliku usavršavanja“.

Bila je to jasna aluzija na izbor za ravnatelja novootvorenog Zavoda za umobolne u Stenjevcu pokraj Zagreba od 1. listopada 1879. Čeha dr. Rohačeka, dotadašnjeg zatvorskoga liječnika u Lepoglavi, koji je prethodno od 1. kolovoza 1875. do 31. prosinca 1877. radio kao sekundarni liječnik u zavodu za psihiatriju u Kosmanosu te u zemaljskoj ludnici u Dobrinju u Češkoj.

U Stenjevcu su mu, u statusu pomoćnog liječnika, suradnici bili početkom 1880. dr. **Ljudevit Brodsky** koji je ostao u Stenjevcu svega pet mjeseci te dr. Forenbacher od 1. rujna 1880. do 30. travnja 1881., obojica Hrvati. Zatim je kućnim liječnikom u Stenjevcu od 1. svibnja 1881. do konca studenoga 1883. bio je imenovan dr. **Vilim Sedlon**, također Čeh, dotada gradski fizik u Taboru.

Nova bolnica u Šibeniku svečano je otvorena u nedjelju 24. lipnja 1883. Zlata-

rović, na čelu Odjela psihiatrije, obznanio je u novinama otvaranje kuglane u Zavodu 16. listopada 1883. u svrhu utemeljenja glavnice za potporu „biednih umobolnika“ i sam privožio 2 forinte.

Prikupljeno je ukupno 53 forinta, a Zlatarović je u novinama zahvalio u ime „povjerenih mu nesretnika“. O radu na svome odjelu pisao je godišnja statistička izvješća Saboru kraljevine Dalmacije u Zadar. Njegov je rad bio s priznanjem praćen u novinama. „Narodni list“ od 13. siječnja 1885. donosi: „...U ludnici šibenskoj ima sada 80 umobolnih. Pošto su sva mjesta zauzeta neki ne mogu za čas biti primljeni. Uostalom mnogi ozdrave i kroz prošlu godinu postotak ozdravljenih povoljniji je kod šibenske ludnice nego kod ijedne druge ludnice“.

Na rodendan cara i kralja Franje Josipa u Šibenik je 18. kolovoza 1886. ujutro redovnim vlakom iz Splita doputovao namjesnik Blažeković. Dočekan, „uz slavljenje crkvenih zvona, uz gruvanje mužara, uz sviranje glazbe“ obišao je sve škole i urede te pokrajinsku



Statistik und Beobachtungen aus der Landes-Irrenanstalt Pergine (Südtirol).

Von
Director Dr. Aurel v. Zlatarovic.

Erst vom Jahre 1894 an wurde in Oesterreich pellagrösse Irrsein offiziell als besondere Krankheitsform in die Statistik eingeführt, und zwar wurde es unter die Intoxicationspsychosen eingereiht.

In der fünfjährigen Periode 1894 bis 1898 kamen in Pergine 204 pellagröse Irre oder 22,6 Prozent aller Aufnahmen zur Behandlung.

Die überwiegende Mehrzahl der Pellagrösen waren Landleute (Bauern), und zwar 174, der Rest waren Taglöhner, Gewerbetreibende etc., jedoch auch Landbewohner; Städter war kein einziger.

Von 204 Pellagrösen waren 107 Männer, 97 Frauen. Die Mehrzahl war verheiratet oder verwitwet (146 = 71 Prozent) und 58 waren ledig.

Das mittlere Alter der pellagrösen Männer war 49 Jahre, das der Frauen 43, also über das mittlere Lebensalter hinans.

Von den 204 pellagrösen Irren wurden geheilt entlassen 123 oder 60,29 Prozent, gebessert 39 oder 19 Prozent; nicht geheilt 7 oder 3,4 Prozent; es starben 30 (7 Männer, 23 Frauen) oder 14,7 Prozent.

Von den geheilten und gebesserten Kranken recidivirten, und wurden während der 5 Jahre neuerlich aufgenommen 29 (18 Männer, 11 Frauen = 14,2 Prozent, und zwar:

bolnicu i ludnicu. „Osobito se i rado zadržao sa prvijencem dr. Zlatarovićem kojemu je izrazio svoje potpuno zadovoljstvo. U bolnici je i okusio sa gotove trpeze“.

Početkom 1887. Zlatarović je pristupio Zboru liječnika u Zagrebu. Bio je i među redovitim članovima Hrvatskog naravoslovnog društva u Zagrebu od 1887. godine.

Uključio se u aktivnosti Hrvatskog starijarskog društva u Kninu koje je utemeljio i vodio fra **Luj Marun** (1857. – 1939.), a krajem veljače 1889. postao je povjerenik društva.

Zlatarović je bio među osnivačima dalmatinske stranke prava u Šibeniku. Njegovo je pristajanje uz pravašku ideju bio otklon od političkog djelovanja njegova oca i strica **Roberta pl. Zlatarovića** (1817. – 1881.) koji su u banovinskom dijelu Hrvatske doživljavani madžaronima.

Dr. Zlatarović je brzojavkom iz Šibenika pozdravio s "Budilo se i širilo hrvatstvo pomoći svijestne i poštene dalmatinske mlađeži. Bog i Hrvati" sijelo hrvatske mlađeži održano 26.-28. kolovoza 1883. u Selcima na Braču. U prigodi smrti don Mihovila Pavlinovića 18. svibnja 1887., biranoga u Dalmatinski sabor od 1861. do 1883., novine su donijele i izraze Zlatarovićeve sućuti.

Među čestitarima svome političkom sumišljeniku Laginji, prigodom pobjede na izborima za Carevinsko vijeće u Beču 1891. godine, bio je i Zlatarević iz Šibenika. Sudjelovao je višekratno u skupljanju novca za „Bratovšćinu hrvatskih ljudi u Istri“ te za „Družbu sv. Cirila i Metoda u Istri“.

Ime njegove supruge Malvine pl. Zlatarović bilo je među onima koja su u Šibeniku

prikupljala doprinos za gradnju „Starčevićeva doma“ u Zagrebu.

Na veliko iznenadenja građana Šibenika napadnut je 22. studenoga 1892. dr. Zlatarović oštrim kamenom težine oko 2 kg. Prvu pomoć pružio mu je u žandarmerijskoj stanici dr. **Božo Peričić** (1865. – 1947.) i odmah spoznao da je udarac težak i smrtonosan, kako je to istaknuto i u njegovoj svjedočbi i na raspravi na sudu. Mnoge su novine iz dana u dan donosile izvješća o zdravstvenom stanju ranjenika.

Opća je ocjena bila da se radilo o atentatu zbog političkih sukoba. Uhićen je Šibenčanin Ante Belamarić, pristaša Šupukove „narodnjačke“ stranke, i nakon ispitivanja odveden u Zadar radi sudeњa.

Na raspravi održanoj 15. rujna 1893. u Zadru Belamarić proglašen krivim zbog ranjavanja s ciljem usmrćenja te osuđen na 11 godine tvrde tamnice, na isplatu 300 fiorina odštete dr. Zlataroviću, 100 fiorina Zlatarovićevu odvjetniku dr. Giljanoviću i na plaćanje ostalih parničkih troškova.

Dr. Zlatarović se oporavio od teške ozljede i sudjelovao pri utemeljenju "Hrvatske čitaonice" u Šibeniku 22. prosinca 1892.

Zagrebački izletnici u Dubrovnik 1893. na otkrivanje spomenika Gunduliću posjetili su Šibenik na putu iz Trogira. Hrvati stranke čistog prava u Šibeniku imaju „Hrvatsku čitaonicu“ (predsjednik Ante Zorić), a narodnjaci imaju „Narodnu Slavjansku čitaonicu“. U izaslanstvu za doček, uz Antu Zorića, bili su dr. Zlatarović, kanonik Vidović i težak Bogdan, a narodnjaci su imali delegaciju Šupuk, Mile Iljadica i Pekas.

Gosti dr. Frank i kolovoda izletnika dr. Gjuro Arnold odabrali su „Hrvatsku čitaonicu“ usprkos Šupukovima prijetnjama. Na odlasku je pravaš i književnik Eugen Kumičić održao narodu krasan govor stojeći na parobrodu. Tijekom večere na brodu je zdravicom goste pozdravio Zlatarović, a politički komesar grada je zabranio pjevanje.

U Kninu je 24. kolovoza 1893. otvoren Prvi muzej hrvatskih spomenika. U raspravi na glavnoj skupštini Hrvatskog starijarskog društva sudjelovao je i društveni upravitelj dr. Zlatarović. Na povratku iz Knina 25. kolovoza 1893. u Šibeniku je Zlatarović, u ime „Hrvatske čitaonice“, pozdravio zastupnike „Hrvatskog kluba“ predvodene don Jurom Binkinijem.

Tirolska Zemaljska vlada u Innsbrucku raspisala je 12. kolovoza 1893. natječaj za upražnjeno mjesto ravnatelja i primarnog liječnika zemaljske umobolnice u mjestu Pergine u južnom Tirolu. Zainteresirani su trebali priložiti diplomu doktora sveukupnog liječništva stečenu na jednom od austrijskih sveučilišta, dokaze dotadašnjeg službovanja, posebice o višegodišnjem radu u velikoj umobolnici kao i o poznавanju literature svih područja psihijatrije te dokumente o dobi i religiji, moralnom držanju i punom poznавanju talijanskog i njemačkog jezika. Na to je mjesto koje je, pored godišnjeg prihoda 2000 fiorina i položajnog dodatka od 200 fiorina i troškova smještaja, nosilo mogućnost dviju petogodišnjih povišica od 200 fiorina, imenovan dr. Zlatarović.

Na sastanku prigodom odlaska dr. Zlatarovića iz Šibenika prikupljeno je 13 fiorina



Psihijatrijska
bolnica
Pergine

POVIJEST HRVATSKE MEDICINE

za "Družbu sv. Ćirila i Metoda u Istri". Pri odlasku iz Šibenika 25. studenoga 1893. šibenski su Hrvati otpratili dr. Zlatarovića do parobroda, a kolege liječnici šibenski obdariše ga srebrnom pliticom vrijednom oko 120 fiorina. Mladi hrvatski pjesnik, Istranin **Rikard Katalinić-Jeretov** (1869. – 1954.), koji je tada živio u Zadru i, pored ostalog, bio povjerenik „Družbe sv. Ćirila i Metoda u Istri“, oprostio se od njega sonetom „Zvonjelica dr. Zlatku Zlataroviću na polasku iz Dalmacije“.

Pergine

Nova adresa dr. Zlataroviću bila je Pergine u južnom Tirolu, u kojem je 1882. podignut Zemaljski zavod za umobolne kapaciteta 204 postelje namijenjen pučanstvu Tirola kojemu je talijanski jezik bio materinji.

Iz već postojeće psihijatrijske ustanove u gradu Hallu, također u Tirolu, preseljena je tijekom kolovoza i rujna 1882. 91 bolesnica u Pergine. Zbog potrebe novih postelja bile su i Zlatarovićeve godine na mjestu ravnatelja obilježene nastojanjima oko izgradnje novih paviljona. Na novom se radnom mjestu Zlatarović pozabavio neurološkim i psihičkim promjenama kod bolesnika s pelagrom, što je u Austriji tek od 1894. uvedeno u statistiku kao zaseban entitet.

U petogodišnjem razdoblju 1894-1899. promatrao je u svojoj ustanovi 204 takva bolesnika (22.6% od ukupnog broja liječenih). Od toga su 174 bili zemljoradnici sa sela. Otpušteni su ozdravljeni njih 123 (60,29), poboljšana 39 (19%), neizlijеčenih je ostalo 7/3,4% a umrlo ih je 30 (14,7%), od čega 7 muškaraca i 23 žene (od ukupno 97). Tijekom petogodišnjeg praćenja ponovno je na liječenje primljeno njih 29 (14,2). O svojim je zapažanjima pisao u godišnjim izvješćima Zavoda za umobolne Pergine, a zatim ih pod naslovom "Etwas über Pelagra: Statistik und Beobachtungen aus der Landes-Irenanstalt Pergine (Südtirol)" objavio u "Godišnjaku" bečkog Društva za psihijatriju i neurologiju.

Premda daleko od Dalmacije, nastavio je primati dalmatinske novine i upoznavati se s događajima u starom kraju. Već početkom ožujka 1894. uplatio je godišnju pretplatu na "Hrvatsku Krunu".

U Bolnici milosrdne braće pokraj Trga bana Jelačića u Zagrebu je 1. prosinca 1895. umro dr. Forenbacher, nekadašnji pomoćni pa kućni liječnik u Stenjevcu, koji je nakon godinu dana rada u Gospiću premješten za kotarskog liječnika u Slunj. Prema nekrologu „Premješten je nakon što se jednom otvoreno usproti-

vio vješanju srpske zastave na hrvatskom teritoriju. Taj događaj je tako silno potresao njegovom dušom da je siromahu potamnila pamet pa je morao biti predan u Zavod za umobolne. U svoju brigu uzeo ga je poznati odlični hrvatski psihijatar Zlatko Zlatarević, ravnatelj zavoda za umobolne u Trentu“. Poznavali su se, jer su obojica bili aktivni u „Hrvatskoj“ u Gracu, a u Šibeniku je Zlatarević redovito primao „Liječnički vjesnik“ i u njemu mogao čitati Forenbacherove tekstove – predavanja na sastancima Zbora liječnika.

No Forenbacherova bolest pokazala se neizljječivom pa je vraćen u Zagreb da tamо umre u naručju svojih milih.

Ivan Karabaić (1854. - 1896.) rodom iz Punta na Krku, također Zlatarovićev prijatelj i pobratim iz studentskih dana u Gracu i Hrvatskome akademskom društvu «Hrvatska», bio je od 1889. kotarski poglavар u Kninu i imao zasluga za otvorenje Muzeja hrvatskih starina. Nakon što je obolio bio dugotrajno liječen zbog duševne bolesti u Pergine i tamo umro 18. studenoga 1896.

Na glavnoj godišnjoj skupštini Zbora liječnika u Zagrebu 24. siječnja 1907. spomenut je dr. Zlatarović u popisu onih koji su tijekom 1906. prestali biti članovi.

Na mjestu ravnatelja pokrajinskog Zavoda za umobolne Pergine ostao je do svibnja 1911., tj. do svoga imenovanja općinskim liječnikom u Puntu na otoku Krku, tada dijelu Austrijskog primorja, koje je imalo 2.700 stanovnika na površini od 20.69 četvornih kilometara.

Pag

Od ratne 1914. spominje se dr. Zlatarović u gradu Pagu na istoimenom otoku. Misom don Hinka Brnetića u Zbornoj crkvi 18. kolovoza 1914. u Pagu je svečano obilježen rođendan cara i kralja Franje Josipa. Nakon toga, na poziv općinskog načelnika **Frane Budaka** (1865. – 1944.), utemeljen je i u Pagu mjesni odbor za prikupljanje priloga za Crveni križ. Predsjednik odbora bio je don Brnetić, a među članovima se nalazio općinski liječnik Zlatarović. Pri samom osnutku prikupljeno je 400 kruna.

U ožujku 1915. na Pagu je za Crveni križ bilo prikupljeno ukupno 892.60 kruna (dr. Zlatarović priložio je 20 kruna). U danima nakon Prvoga svjetskog rata, punim preokreta, dr. Zlatarović je član „Narodnog vijeća“ u Pagu. Zbog političkog i vojnog komešanja i pregovaranja Pag je nekoliko puta naizmjenice prelazio pod talijansku i jugoslavensku

vlast. U kasnijim opisima tih događaja stoji da se on, strahujući od težih komplikacija između vrata dviju zemalja, suprotstavlja vojničkim zamislima don **Jose Felicinovića** (1889. – 1984.).

Medu problemima koji su zaokupljali dr. Zlatarević na Pagu bila je malarija. Vodio je 1924. redovitu protumalarisku kampanju u gradu Pagu te mjestima Povljana, Gorica, Dinjuška i Vlašić.

U jesen 1925. je, zbog jake jesenske i zimske epidemije malarije koja je trajala do ožujka 1926., preuzeo na sebe ambulantno dijeljenje kinina za selo Kolan i u selu Barbatu općine Novalja, u pomanjkanju liječnika u Novalji.

Od osnutka Liječničke komore 1923. godine bio je član Liječničke komore za Bosnu i Hercegovinu, Dalmaciju i Crnu Goru sa sjedištem u Sarajevu.

Na odborskoj sjednici u Sarajevu 24. studenoga 1927. raspravljena je njegova molba za intervencijom Komore povodom njegova otpuštanja iz općinske službe koju je vršio dugo bez ikakva ugovora.

Zaključeno je da Komora ne može ništa poduzimati jer ne postoji nikakav ugovor dr. Zlatarovića s općinom, ali će se zamoliti općinu da dr. Zlataroviću, s obzirom na njegov dugogodišnji rad, dade penziju ili, ako to nije moguće, bar doličnu otpremninu. Zlatarović se obratio i velikom županu, a on je Zlatarovićevu molbu proslijedio Odboru Liječničke komore u Sarajevo koji je 23. veljače 1928. prihvatio tekst dopisa županu o potrebi da se dr. Zlataroviću prizna mirovina ili dolična otpremnina.

Zagreb

Nakon preseljenja iz Paga u Zagreb 1930. Zlatarović se učlanio u Liječničku komoru Savske banovine, iz čijega je Imenika članova brisan u veljači 1932. jer se odrekao liječničke prakse. Umro u Zagrebu 11. veljače 1939. i pokopan na Mirogoju pokraj svoje supruge Malvine, koju je nadživio tri i pol godine.

Dolazak dr. Žirovčića 1894. za ravnatelja Zavoda za umobolne u Stenjevcu pokazao se u sljedećim desetljećima dobrim izborom. Ostaje pitanje nije li se moglo naći mjesto u Hrvatskoj na kojem bi znanje i iskustvo dr. Zlatarovića stečeno radom u psihijatrijskim ustanovama u Šibeniku (1883. – 1893.) i Pergine (1894. – 1911.) moglo biti bolje iskorišteeno? ●

PERSPEKTIVA DOMOVA ZDRAVLJA*

Ivica Crnica, dr. med., specijalist opće medicine

Gotovo da danas nema prijepora u struci, upravljačkim strukturama domova zdravlja (DZ-a) pa ni među ljudima koji se bave organizacijom zdravstvene zaštite u političkim strankama, oko činjenice da DZ-i moraju doživjeti redizajn u skladu sa svekolikim recentnim i budućim okolnostima. Postoje međutim različiti pogledi i putevi ka navedenome. DZ-i bi trebali dobiti sasvim novu ulogu u kreiranju i provođenju mjera zdravstvene zaštite.

Kao prvo, potrebu snažnijeg sudioništva u provođenju nacionalnih preventivnih programa. Koliko je to važno ilustrira primjer izrazitog neuspjeha preventivnog programa Rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma jer je odaziv pučanstva bio je svega oko 19 % (najlošiji u Europi).

Razlog je što nije bio dobro osmišljen. Odaziv bi bio mnogo bolji da je bio spušten na razinu liječnika obiteljske medicine i patronažnih sestara, nota bene, jedinih zdravstvenih radnika koji ulazi u dom naših osiguranika bez poziva.

Druga važna uloga DZ-a trebala bi biti promišljanje i provođenje zdravstvenih programa i djelatnosti lokalnog karaktera kroz suradnju pa i institucionalno povezivanje sa županijskim zavodima za javno zdravstvo.

Treće je osmišljavanje racionalne sekundarne zdravstvene zaštite u mreži zdravstva za koju su nadležni. Naime, moguće je kroz uvođenje specijalistike (bolničkih liječnika) u DZ-ima, gdje god je to moguće, znatno poboljšati njezinu dostupnost. A dostupnost je jedan od glavnih čimbenika putem kojeg se procjenjuje kvaliteta zdravstvenih sustava.

Zalažem se za poliklinički model koji bi omogućio s jedne strane bolničkog specijalista „na kućnom pragu“, a s druge strane taj bi model bio most ka bolnici u slučaju potrebe daljnje dijagnostike ili liječenja.

Domovi zdravlja trebali bi koordinirati sve sastavnice PZZ-a, ali i primarne i

pripadajućih ustanova sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Naglašavam potrebu institucionalnog, a ne volontaričkog pristupa u provedbi koordinacije.

Osim nove ili novih uloga DZ-a, svakako je nužna reorganizacija službi. Po zadnjem popisu stanovništva u RH 2011. godine u našoj zemlji ima oko 18 % stanovnika starijih od 65 godina.

Demografi predviđaju da će njihov udio 2067. godine biti oko trećine ukupnog stanovništva. Navedeno implicira da će zdravstvene potrebe biti bitno drugačije nego danas. Ne elaborirajući, naglašavam iznimnu potrebu ustrojavanja službe palijativne skrbi te jačanja uloge patronažne službe.

Neke službe, kao npr. sanitetski prijevoz i koji je, istine radi, zbog načina financiranja sada DZ-ima isplativ, treba iz njih izdvojiti. Postoji nekoliko modela kako ga ustrojiti, ali svakako ga ne vidim u DZ-u.

Nadalje treba, provodeći sve navedeno, usporedno racionalizirati administraciju. Nažalost, to je nužnost i treba je provoditi po jasno definiranim kriterijima te načelu pravednosti i humanosti.

Konačno, potrebito je racionalno nastaviti proces davanja u koncesije svih sastavnica PZZ-a

(domova zdravlja) koje po zakonu to mogu. Apostrofiram riječ racionalno. Naime ukinuti odredbu o tome da 30 % svih djelatnosti koje mogu ići u koncesiju ostaje u sastavu DZ-a, te dozvoliti nekontrolirano koncesioniranje, može dovesti pojedine DZ-e u ozbiljne finansijske poteškoće.

S druge strane, nije za očekivati bitno poboljšanje dostupnosti i kvalitete kao ni zaustavljanje procesa odlaska liječnika opće medicine iz Hrvatske. Stoga se prije nastavka procesa koncesioniranja sastavnica DZ-a zalažem za stvaranje ujednačene i dobro promišljene mreže javnozdravstvene službe . Ona bi se trebala formirati nakon definiranja se-

lektivnih standarda i normativa (broj stanovnika, gustoća naseljenosti, dob stanovništva, kvaliteta prometnica, udaljenost od županijske bolnice, otočki zdravstveni standard itd.).

Dakle, puki administrativni pristup u formiranju Mreže javnozdravstvene službe, odnosno samo broj osiguranika, nikako je ne može učiniti racionalnom.

Drugi je iznimno važan čimbenik jačanje institucije grupne prakse, i to kvalitetne grupne prakse, a ne *pro forma* kako je danas uglavnom ustrojena.

I onda možemo bez straha od mogućih potresa nastaviti proces koncesioniranja, a DZ-u omogućiti provođenje prije navedenih novih uloga. Jer, DZ-i su ipak osnovani 1952. godine u vrijeme prevladavajuće problematike zaraznih bolesti te sasvim drugih svekolikih okolnosti.

Današnje i buduće vrijeme traži od nas nove pristupe pa i u organizaciji rada domova zdravlja. ●

*Predavanje u sklopu Javne tribine održane 14. srpnja 2015. u Europskom domu u Zagrebu

Sati olovnih nogu

Dr. Ankica Kale, Zadar

Zagreb, veljača, pada snijeg.

Mirjana je zvuk poruke na mobilu namjestila na najmanju čujnost jer nije željela da je probudi ako zaspi. Ali ga je, taj tihi zvuk, refren jedne pjesme koja joj je, pogotovo nekad, puno značila, svaki put svejedno čula, spavala ili ne spavala. Tako je bilo i ovog puta. Jedino ne zna je li ovog puta spavala ili joj se samo činilo da spava. Zna da je bila u nekom čudnom međuprostoru između sna i jave i da su slike, sudarajući se u tom polumraku svjesnosti, bile ispremještane kao u pretrpanu i nepospremljenu ormaru iz kojeg su predmeti ispadali iznenada i bez ikakva pravila.

Ne ustajući, tražila je naočale nervozno pipajući po stoliću nadomak kreveta na kojem je ležala. Pipala je oprezno i u strahu da joj naočale slučajno ne padnu na pod i ne razbiju se. I inače ih je čuvala kao što se čuvaju oči u glavi, a to su joj na neki način i bile jer je pogled na svijet bez njih bio još mutniji i neizvjesniji.

Našavši ih, nataknula ih je na nos i uzela mobitel. Prvo što je pročitala na ekranu mobitela bilo je ime pošiljatelja poruke. Vesna. Ime je bilo napisano velikim tiskanim slovima. Davno ga je tako napisala, sva važna imena pisala je velikim slovima, vjerojatno nesvesno, a sada, vidjevši ga, kao da ju je nešto presjeklo, lice joj se ukočilo, a u grlu ju je stalo gušiti. Osjetila je da joj se oči pune suzama pa kako ni s naočalama nije mogla dalje čitati, mobitel je ponovno odložila na stolić.

S Vesnom se posljednji put čula za Božić.

Kada joj je Mirjana, nekih mjesec dana prije Božića, telefonski priopćila da su joj otkrili rak dojke, obje su plakale. Vesna je bila toliko potresena viještu da je Mirjana nju moralu tješiti. Jer, bile su kolegice, prijateljice, srodne duše, znale su se iz mladosti, pa su, iako se zbog životnih obveza nisu prečesto viđale, znale da im je stalo jednoj do druge i da jedna drugoj uvijek mogu biti oslonac.

Sve je započelo prije kojih mjesec dana kad je Mirjani postavljena dijagnoza i kad je u šoku i panici koja ju je obuzela vrlo brzo otišla na operaciju. Osim najužoj obitelji i rijetkim osobama koje su bile uključene u postupak liječenja, ništa nije govorila. Prema van se ponašala uobičajeno, a to znači neupadno i ljubazno. Tako da nitko iz okoline, ili se njoj

tako činilo, na njoj nije mogao primijetiti promjenu. Možda se jedino u njenim očima mogao naslutiti užas koji je proživljaval u ali samo kad bi se tko u njih zagledao. Ali, kako se danas ljudi pri susretima, koji su ionako kratki i površni, jedan drugom rijetko zagleđavaju u lice, a kamoli u oči, to nitko nije video ništa ili gotovo ništa.

Kroz to se bolno i košmarno vrijeme Mirjana sto puta sjetila Vesne. Kako bi je samo ugrijale njene riječi utjehe, ohrabrio njen neiscrpan optimizam, osnažila njena blizina! Jer je Vesna i inače dobra osoba i ima ljubavi za sve ljudi, razumijevanja za svaciće probleme, a njeno strpljenje je skoro poslovnično. Nekoliko je puta skoro posezala za telefonom u njeni da je nazove, ali bi je svaki put zaustavila pomisao da će je ružnom viještu rastužiti i da joj uz vlastite životne brige nisu potrebne još i njene. Znala je da će, kao što se prije ili poslije sve sazna, i ona, kad sazna što joj se dogodilo, nazvati je, ili je, što je vjerojatnije, doći posjetiti.

I doista. Bilo je prošlo dvadesetak dana nakon operacije kad ju je Vesna nazvala. Mirjana po njenu glasu nije odmah mogla biti sigurna zna li već ili ne zna, ali je primijetila da je, nakon što joj je priopćila ružnu novost, bila jako potresena, čak je i zaplakala. Po tome je zaključila da ništa nije znala i da ju je nazvala tek onako, da je čuje.

Mirjana moja, što se to tebi dogodilo - jecala je u telefonsku slušalicu.

Zašto tebi koja si tako dobra? – nastavljala je jecajući, sad već tiše.

Uz, kad se malo sabrala, ono njeni i neizostavno: - Iskreno da ti kažem, baš sam se bojala za tebe... Imala sam neki predosjećaj, neki instinkt, nešto me je tjeralo da te nazovem. Ja sam točno znala da nešto nije u redu s tobom i, eto, vidiš...

Mirjana se sjeća kako ju je to njen „iskreno da ti kažem“ na početku njihova poznanstva malo smetalo. Pitala se, kako bi to što joj „iskreno kaže“ izgledalo kad ne bi bilo tog „iskreno“. Bi li bilo isto ili drugačije? Međutim se, navikavši se s vremenom na nju naviknući i na tu njenu poštalicu pa je više nije ni primjećivala.

Vesna je taj put još malo plakala, a onda se smirila. Razgovor su nastavile s time tko ju

je i gdje operirao i kad će ići na zračenje. Naravno da joj je bilo žao što ranije nije znala što se s njom dogada, ljutila se što joj odmah nije javila, ali sad kad zna, sad će biti u kontaktu i „sve će biti dobro“.

- Sve će biti u redu, vidjet ćeš. Molit ću se za tebe. I – tu je malo zastala u govoru – iskreno da ti kažem, ja nemam osobu kao što si ti, takvu osobu kojoj mogu sve iskreno reći, nekoga tko će me razumjeti kao što me ti razumijes i koja mi toliko znači...

I opet joj je glas napuknuo od suza koje su nadolazile. Pri kraju razgovora obje su plakale.

Kako je Mirjanu ohrabrio ovaj razgovor! Koliko su nade i snage ove Vesnine riječi unijele u njenu dušu! Kako je dobro imati ta stara prijateljstva i kako ništa nije vrjednije od njih, mislila je, skoro ushićena. Odsada će joj Vesna biti društvo i potpora. Dobro da joj se nije javljala, ovako je ispalо spontano, nije ju htjela opterećivati, ali sad kad zna...

Tih dana je ugodilo vrijeme i Mirjana je samu sebe prisiljavala na izlaske u šetnju. Operirana dojka ju je boljela, a i omršavjela je nekoliko kilograma, ali se silila i na hranu i na izlase. Više puta joj je palo na um kako bi bilo lijepo zajedno se prošetati i porazgovarati s Vesnom. Ionako blizu stanuju, a i prije su s vremenom na vrijeme znale zajedno otici na kavu. Ali, Vesna se nije javljala. Mirjana je znala da je Vesna previše zaposlena, znala je da i inače puno radi, zato je pustila da je nazove kad „uhvatit“ vremena. Zašto je požurivati i dosađivati joj, umirivila se.

Ali, kako je vrijeme odmicalo, a Vesna se i dalje nije javljala, Mirjana se počela bojati da joj se nešto dogodilo. Diskretno se raspitala kod zajedničkih znanaca, ali ni od kog nije cula ništa što bi upućivalo na štograd neuobičajeno.

Tako je, sporije nego inače, došao i Božić. Mirjana je tog dana telefonom razmijenila desetak čestitki i poruka s poznatima i prijateljima, ali je cijelo vrijeme isčekivala Vesnin poziv. Na svaki zvon je mislila da je upravo ona. Bilo je prošlo osam sati kad joj je odlučila poslati poruku „Sretan i blagoslovjen Božić, tebi i obitelji, Mirjana.“

I čekala. I doista, nakon pola sata Vesna ju je nazvala. Mirjana je bila sretna što joj čuje

glas. Nakon kratka čestitanja ju je upitala kako je i kako joj je cijela obitelj.

Vesna je bila dobro, i cijela obitelj joj je bila dobro. Dalje joj je ispričala gdje je sve bila i što je sve radila otkad se nisu čule. I tko joj je sve dolazio. Još joj je puna kuća. - Tu mi je...- pa je nabrojila tko joj je sve došao za Božićne blagdane.

- Nisam ti se javljala - rekla je, a Mirjani se učinilo da osjeća tračak mrzovolje u njenu glasu, (ali je tu pomisao odmah odagnala od sebe) - ali stalno mislim na tebe... i, opet, mislim, dolazi Božić, onda se ionako *moramo* čuti.

Mirjani je nakon ovih riječi popustila pozornost i više nije slušala što Vesna govori. U ušima joj je kao pila zastrugalo i ponavljalo se ono „dolazi Božić, ionako se *moramo* čuti“. Poslije je puno puta prevrtala ovu rečenicu kao rukavicu na kojoj se odjednom ukazala rupa koju dotad nije primjećivala. Pogotovo ono „*moramo* se čuti“. Onda je, nakon duga premišljanja zaključila da je to bila samo nespretnost uveličana njenom preosjetljivosti i da sve treba što prije zaboraviti. Hvala Bogu da je Vesna dobro, to je najvažnije, mislila je. I opet je priježljivala da je nazove i na svaki zvon telefona bi pomislila da bi to mogla biti upravo ona. Bilo je i drugih ljudi s kojima se povremeno čula i koji su joj bili potpora, ali je i dalje, uporno, iščekivala Vesnin poziv. Kao da je upravo ona, koja joj je bila bliska i s kojom su je vezivale tolike lijepe ali i teške uspomene iz mladosti, jedina imala pravi melem za njenu ranu. U tom je melemu bila snaga i ljepota mladosti, snaga zajedništva i nekog uzajamnog pouzdanja, nade da se i najteže prepreke zajedno mogu prebroditi.

Otada su prošla puna dva mjeseca. Dva duga mjeseca razmravljeni u sate s olovnim nogama, lica prilijepljena uz prozorsko okno koje rano zastire smrknuto zimsko lice. Bolešnički blijedo nebo s kojega kao sitne smrznute suze prosipaju pahulje snijega. Drhturenje duše i tijela. Vrijeme pretvoreno u čekanje, osluškivanje nadolaženja i kratkog popuštanja bolova, isprekidani snovi koji donose kratak bijeg od zbiljnosti, zaklon od oštice koja se svakom mišlju jače zabada u dušu kao nož u ranu.

Pritom je Mirjanu jedino ugodno iznenadila spoznaja da ne osjeća ljutnju. Nikoga nije ni za što krivila, nikome nije ništa zamjerala. Samo je nekim oslobođenim i dotle nespoznatim osjetilom, nekim unutarnjim ticalom, mnogo pažljivije nego ranije, bilježila sve što se u vezi s njom događa. Tako i tu očekivanu ljutnju, za koju je znala da kao što

hijena, nanjušivši, ustrajno prati pljen, i ona prati takve i slične duševne patnje, kod sebe nije raspoznavala. To joj je na jedan poseban način bilo dragoo jer ju je jedino to izdizalo iznad onog neljudskog, onog ogavnog, onog bijednog osjećaja straha koji je nailazio u valovima i svu ju preplavljivao. Taj izostanak ljutnje i bijesa nad onim što joj se dogodilo pomagao joj je da se osjeti manje poniženom, jer ništa ne može poniziti tako jako kao bolest i nemoć praćena ljutnjom. Zato je, usprkos svemu, imajući to malo zadovoljstvo, mogla mirnije sagledavati svoju situaciju i sačuvati pribranost i samopoštovanje. Jedino se, u rijetkim trenucima, zdvojno pitala je li ta ljutnja izostala zato što je već bila negdje iza nje, potrošena ranije ili negdje drugdje. Ali se nikad nije previše zaustavljala na tom pitanju i nikad nije previše inzistirala na odgovoru, bojeći se da moguća spoznaja ne produbi onaj strah koji je uporno pokušavala obuzdati, a koji se uvijek vraćao, iznenada i u krugovima, zatežući se oko nje kao omča.

Bila je polovica veljače kad je došla na red za zračenje. Velika siva zgrada s dugačkim hodnikom koji se račva u nekoliko manjih. Drvene stolice sa svake strane zida uvijek punе šutljivih i zamišljenih lica. Brzo je shvatila da se vrata kroz koja se ulazi u sobu za zračenje otvaraju svakih sedam minuta. Točno i nepogrješivo kao smrt. Na njima se pojavljuje sredovječan muškarac krupne građe, u bijelom mantiliu koji mu je prevelik. Inženjer. Ima usko i kožičavo lice i teško hoda, a kod prozivanja prezimena pacijenata izgovara ozbiljnim i reskim glasom, kao da ih poziva na raport ili na izricanje presude. Mirjana je neka prezimena već zapamtila, ali ne diže pogled prema njima kad ih ovaj proziva, gleda ispred sebe i ne reagira. Šuteci čeka na svoj red. Nekad se taj red poremeti pa inženjer proziva pacijente koji su došli posljednji. Šutljiva lica se pogledavaju negodujući, ali samo kad njega nema na vratima i nitko neda da se išta primijeti. I svih šute.

Mirjana se čudi kako inženjer teško hoda izbacujući noge iz kukova i zdjelice i misli kako mora da ga to boli. Ne primjećuje se da noge sagiba u koljenima, već izgleda kao da ih u hodu, kao dva štapa, samo premješta jednu ispred druge. Svejedno hoda jako brzo i Mirjana uvijek, prateći ga uskim hodnikom, žuri za njim da ga dostigne. Putem prema aparatu za zračenje Mirjana raskopčava bluzicu da ubrza postupak svlačenja. Ostalu odjeću već bi ranije svukla sa sebe i nosi je preko ruke. Onda brzo lježe na metalni krevet, a inženjer šutke podiže ručicu kojom krevet podiže do

željene visine. S lijeve strane kreveta je čeka velika siva polukugla na visokoj crnoj poluzi kao na kakvoj dugoj ogoljeloj ruci. Polukugla je kao veliki čelični pauk s četvrtastim crnim otvorom u kojem svijetli crveno svjetlo. Kao crveno oko koje ne trepće. Mirjana, ne pomičući glavu prati kako se metalni pauk počinje uzdizati iznad nje praveći polukrug, zaustavlja se s njene desne strane gdje joj je operirana dojka i počinje zujati sipljivim glasićem.

Dotle su Mirjani obje ruke položene u po dva čvrsta utora koja se nalaze sa svake strane glave. Koljena su joj poduprta kožnatim podmetačem. Da i hoće ne može se micati. Niti smije. Ali zato se smije moliti pa se prvo obraća Isusu koji je isto bio na križu. Onda shvaća da je usporedba neprilična pa se moli dušama svojih roditelja koji su odavna umrli i sad su na nebu, a kao dobre duše tamu sigurno imaju neki utjecaj. Zatim se moli svom anđelu za koga ne sumnja da je uvijek s njom. Sjeti se i nekih drugih dragih osoba. Jednom se sjetila i Vesne, ali ju je ta misao zaboljela pa ju je otada zaobilazila.

Danas joj je od Vesne stigla poruka. Poslije skoro dva mjeseca od Božića. Mirjana je, polizavši suze koje su joj se dokotrljale do usana, napokon uzela mobitel i stala čitati.

„Mirjana moja draga, gdje si?“ pisalo je na početku poruke i nastavljalo se s: „Je li ti terapija završila? Nisam ti se javljala da te ne bih uznemiravala, ali si mi stalno u mislima. Nadam se da si sada bolje. Puno lijepih pozdrava, Vesna.“

Mirjaninim licem je zatitroa neki čudan osmijeh koji se zaledio i ubrzo pretvorio u grč. Onda se skupio između očiju i usana tako da joj se cijelo lice poprimilo bolnu grimasu.

Ponesena iznenadnom mišlju naglo se trgnula, uzela mobitel i ponovo stala čitati poruku. Začula je sebe kako se smije nekim gorkastim, rastrzanim smijehom. Bila je u pravu, u poruci zaista nije bilo onog *iskreno da ti kažem*.

P.S. svaka sličnost sa stvarnim osobama je posve slučajna.

„ŽENSKI“ INFARKT*

Tragedija u tri čina i kako je izbjegći

Ivana Trivić, stud. med.

Govorimo li o najnovijoj prijeteći na strojenoj reklami za acetil-salicilnu kiselinu ili o prijelomnom trenutku radnje posljednje turske sapunice, medijska slika infarkta miokarda uvijek izgleda jednako. Sredovječni muškarac u trenutku fizičkog napora ili emocionalnog stresa, orošen znojem i s bolnom grimasom na licu, smeten i uplašen steže lijevu ruku držeći se za prsni koš...

Upravo je ta medijska slika akutnog koronarnog sindroma uvelike zaslužna za podizanje svijesti o ishemijskoj bolesti srca i smanjenje mortaliteta i morbiditeta u muškoj populaciji. Međutim, ona ostavlja krivi dojam. Simptomatologija ovog po život opasnog događaja nije uvijek tako uniformna, a pogodeni nisu redom muškarci, već i pripadnice nejednjeg spola svih dobnih skupina.

Čin prvi: Bolje sprječiti nego liječiti

Od 1984. godine do danas u SAD-u je od posljedica kardiovaskularne bolesti preminulo više žena nego muškaraca, pri čemu porast incidencije akutnog infarkta miokarda za žensku populaciju iznosi 36, a za mušku 8 %. Kardiovaskularne bolesti, posebice srčani i moždani udar, uzrok su smrti 8,6 milijuna žena godišnje, što znači da stoje iza jednog od tri smrtna slučaja.

Ilustracije radi, rak dojke bit će uzrok smrti jedne od sedam žena. Unatoč tome, svijest o mjerama koje se mogu poduzeti radi što ranijeg otkrivanja maligne bolesti dojke na znatno je višoj razini od one o opasnostima infarkta miokarda za prosječnu ženu.

Iz nekog nepoznatog razloga nitko ne vjeruje da bi žena mogla stradati od „srca“. Biomedicinska istraživanja na ovom području nisu se namjerno fokusirala isključivo na mušku populaciju.

Akutni koronarni sindrom, koji podrazumijeva infarkt miokarda i nestabilnu anginu pektoris, uvijek je bio lakše prepoznatljiv u muškaraca. Budući da je mušku populaciju bilo lakše pravilno dijagnosticirati i liječiti,

na njih je bila usmjerena većina preventivnih programa. Nadalje, dijagnostički postupci koji se koriste u procjeni kardiovaskularnih bolesti, npr. koronarografija, prvenstveno su učinkovite u otkrivanju suženja glavnih, većih ograna koronarnih arterija. Pouzdani su kada se primjenjuju na pacijentima s makrovaskularnom patologijom, ali nisu primjereni za pacijente u kojih se akutni koronarni sindrom javlja zbog mikrovaskularne koronarne bolesti.

Ti pacijenti su primarno žene. U njih je mikrovaskularna koronarna bolesti uzrok više od polovine slučajeva srčanog udara. Jasno je stoga da nam nedostaju kvalitetni edukativni programi koji bi stavili naglasak na žensko kardiovaskularno zdravlje, ali i bolje dijagnostičke metode. U velikog broja bolesnica javljaju se prodromalni simptomi u trajanju od nekoliko tjedana do čak dvije godine prije potencijalno letalnog događaja.

Ti nespecifični, ali upozoravajući simptomi, koje istraživanja nisu zabilježila u muškoj populaciji, mogli bi postati vrijedni anamnestički podaci. Radi se o neuobičajenom i neobjašnjivom umoru, osjećaju nelagode među lopaticama i povremenim senzacijama u prsištu koje nisu nužno bolnog karaktera. Prilično drugačije od svima poznate, višegodišnje anamneze stabilne angine pektoris, zar ne?

Čin drugi: Izgled ponekad vara

Razdiruća bol koja se širi u čeljust i lijevu ruku, osjećaj „kao da mu netko sjedi na prsima“, zaduha i slabost koje ne popuštaju ni u mirovanju niti na uzimanje nitroglicerina, karakteristični su simptomi za infarkt miokarda sredovječnog muškarca. U žena se, izuzev osjećaja slabosti, manjka daha i kašila, takva bol rijetko javlja. Češći su osjećaj nelagode u prsištu, bol u ledima, iznenadan umor s naglim padom kognitivnih sposobnosti ili pak vrtoglavica, mučnina, ponekad povraćanje te nagli naleti vrućine. Atipična prezentacija simptoma jedan je od razloga



zašto bolesnice odgađaju medicinsku pomoć, što dakako nepovoljno utječe na ishod događaja. Zbog neupućenosti pripadnice ženskog spola pripisuju te simptome drugim kroničnim bolestima. Pogrešna interpretacija simptoma jedan je od razloga iznimno lošeg ishoda akutnog koronarnog sindroma u žena starijih od 65 godina.

U toj skupini prosječno vrijeme od pojave simptoma do prvog kontakta sa stručnim medicinskim osobljem traje dulje od dvanaest sati. Žene su sklene podcijeniti jačinu bolova i ozbiljnost stanja u kojem se nalaze. Pokušavaju ga samostalno razriješiti različitim psihološkim mehanizmima, često ignoriranjem, ali i nestručnom medikacijom po vlastitom nahođenju. Jednom kada bolesnice stignu u ordinaciju hitne pomoći, infarkt miokarda često ne bude točno dijagnosticiran, jer široka paleta simptoma predstavlja pravi diferencijalno dijagnostički izazov. U



*Preneseno iz „Medicinara“, časopisa studenata MEF-a u Zagrebu, vol. 56, broj 1, zima 2014., str. 34-36

slučajevima kada je on pravilno dijagnosticiran, žene se rjeđe lijeći sukladno propisanim smjernicama. Kada bismo usporedili zahvaćene muškarce i žene iste dobi i težine akutnog infarkta miokarda (prema nalazu EKG-a i razini specifičnih enzima u krvi), žene se, iz nejasnih razloga, signifikantno rjeđe upućuju na perkutanu koronarnu intervenciju ili *bypass* operaciju.

Čin treći: Prekratka ruka spasa

Imajući na umu koliko vremena protekne od pojave simptoma srčanog udara, preko odgadanja potrage za medicinskom pomoći, pogrešnih dijagnoza, sve do pružanja ili uskraćivanja terapijskih postupaka, ne čudi da je morbiditet i mortalitet u žena veći no u muškaraca.



Uprvoj godini dana poslije akutnog infarkta miokarda i njegovih posljedica premine 19 % muškaraca i 26 % žena. Jedan je od stupova rehabilitacije u slučaju kardiovaskularnih bolesti promjena životnog stila. U životima muškaraca koji su pretrpjeli srčani udar, često dolazi do radikalne promjene u načinu prehrane, suočavanja sa stresnim situacijama i bavljenja rekreativnim sportom. Te se promjene događaju prvenstveno zahvaljujući iznimnom trudu njihovih supruga. S druge strane, žene dobivaju znatno manje potpore u krugu svoje uže obitelji, a njihovi bračni partneri često svoju ulogu percipiraju kao adaptivnu, a ne suportivnu.

Žene navode da su im u pravilu jedina podrška prijateljice. Uz fizičke poteškoće i pad kvalitete života, žene su znatno podložnije psihičkim bolestima u razdoblju nakon traumatičnog događaja. Do 49 % žena pati od depresije i anksioznih poremećaja nakon proživljenog infarkta miokarda.

Osjecaj krivnje zbog smanjene sposob-

nosti u radnoj i obiteljskoj sredini, nerijetko i osjećaj srama i bespomoćnosti, otudu je ih od njihovih bližnjih. Sve to dakako otežava njihov dugoročni oporavak. Studije pokazuju da žene, nakon preboljenog težeg infarkta miokarda, svoju bolest ne prikazuju kao težu, već upravo lakšu u odnosu na muškarce. To dodatno ukazuje na činjenicu da je ženama veoma važno da ih se ne tretira kao osobe smanjene sposobnosti, budući da to ima nepovoljan učinak na njihovo samopouzdanje i osjećaj vrijednosti.

Nepotpuno razumijevanje akutnog infarkta miokarda u žena jasno ih zakida za primjerenu zdravstvenu njegu. Potrebno je ulaganje financijskih sredstava u daljnja istraživanja patofiziologije i kliničke slike, te javnozdravstvene mјere edukacije kao najbolje preventivne strategije. I dok Skandinavija prednjači u području istraživanja, Amerikanci su već započeli zvučne kampanje poput *Go Red for Women* i *Million Hearts* kojima je cilj do 2017. sprječiti milijun smrti od kardiovaskularnih bolesti. Kako je porast broja pušača u ženskoj populaciji odgovoran za porast incidencije koronarne bolesti srca među ženama, bit će to vrijedan podatak pri dalnjem kreiranju preventivnih kampanja. Zašto se kod „ženskog infarkta“ ne bi mogla doseći razina svijesti kakva postoji kod prevencije i liječenje raka dojke? U konačnici, žensko zdravlje ne uključuje samo žensko reproduktivno zdravlje. ●



Literatura

1. Isaksson RM, Holmgren L, Lundblad L et al. *Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial infarction over a 15-year period. The Northern Sweden MONICA Study*. Eur J Cardiovasc Nurs. 2008;7:2:152-158.
2. Kim KA, Moser DK, Garvin BJ et al. *Differences between men and women in anxiety early after acute myocardial infarction*. Am J Crit Care. 2000;9:4:245-253.
3. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. *Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men*. Heart Lung. 2005;34:1:39-50.
4. McSweeney JC, Cleves MA, Zhao W et al. *Cluster analysis of women's prodromal and acute myocardial infarction symptoms by race and other characteristics*. J Cardiovasc Nurs. 2010;25:4:311-322



Akademik Srećko Šimić, ginekolog i pionir BiH sporta

Eduard Hemar

Po prvi puta u rubrici predstavljamo jednog liječnika sportaša iz Bosne i Hercegovine. Srećko Šimić rođen je u Travniku, 3. siječnja 1929. U djetinjstvu se za vrijeme Kraljevine Jugoslavije često selio zbog službe svojih roditelja.

Otar Franjo, rodom iz Travnika, bio je službenik u bolnici a majka Ljubica, rođ. Miličević, rodom iz okolice Ljubuškog, bila je viša medicinska sestra. Imao je mlađeg brata Miroslava (Mostar, 12. studeni 1935.), profesora engleskog i hrvatskog jezika, koji je također bio uspješan sportaš. Pretci Šimića doselili su se u BiH iz Dalmacije. Prvi rođak obitelji Šimić po majčinoj liniji je Miroslav – Ćiro Blažević (Travnik, 10. veljače 1935.), čuveni nogometni trener i bivši izbornik hrvatske nogometne reprezentacije. Brat Srećkove majke bio je Nikola Miličević (Zvečanje kraj Omiša, 27. studenoga 1922. – Zagreb, 1. ožujka 1999.), ugledan hrvatski pjesnik, prevoditelj i redoviti član Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti. Srećko Šimić je završio Isusovačku gimnaziju u Travniku. Nakon II. svjetskog rata najprije je godinu dana studirao brodogradnju na Fakultetu strojarstva i brodogradnje u Zagrebu, potom se upisao na Medicinski fakultet u Sarajevu i diplomirao 1954.

Šimić je svoju sportsku karijeru započeo u Tuzli odmah nakon završetka rata. Počeo se baviti atletikom u Radničkom fiskulturnom društvu Sloboda. Prve nastupe imao je 1945. u Tuzli a potom je sudjelovao na prvom Prvenstvu BiH u atletici održanom 1946. u Sarajevu. Na tom je prvenstvu osvojio prvo mjesto u štafeti Slobode na 4x100 metara (S. Šimić, H. Sadiković, I. Salihspahić, M. Kamenjašević). Njegov kolega iz štafete bio je poslije čuveni sportski novinar TV Sarajevo Mirko Kamenjašević. Po dolasku u Sarajevo Šimić je postao član Sportskog društva Milicionar osnovanog 1948. Najprije je igrao košarku i odbojku i u ta dva sporta postao reprezentativac BiH. S košarkaškom ekipom Milicionara sudjelovao je u Saveznoj ligi Jugoslavije 1949. ali nisu uspjeli zadržati prvoligaški status. Paralelno s osnivanjem Milicionara u Sarajevu održan je u svibnju

1948. jednomjesečni rukometni tečaj za instruktore i suce u svrhu osnivanja prvi rukometnih sekcija. Tečaj je vodio prvi instruktor rukometnog odbora Fiskulturnog saveza Hrvatske Irislav Dolenc. Nakon završenog tečaja Dolenc formira osam rukometnih ekipa od srednjoškolaca s kojima provodi prvi rukometni turnir u Sarajevu. Zajedno s Dolencem u Sarajevo je stigao i Borko Đulepa, rođen iz Prozora u BiH, koji je također bio rukometni instruktor i rukometaš za vrijeme školovanja



u Zagrebu. Dolenc je primijetio kako su svi košarkaši Milicionara dobro građeni; bili su prave atlete i natjerao ih je da igraju rukomet. Tako su pola sezone članovi Milicionara igrali košarku, a pola sezone rukomet, da bi se na kraju potpuno posvetili rukometu. Treba spomenuti da se tada u Jugoslaviji igrao veliki rukomet s 11 igrača i da su se utakmice igrale na igralištima dimenzija kao i za nogomet. Mali rukomet koji danas znamo kao rukomet sa 7 igrača počeo se igrati tek 1953.

Rukometni klub Milicionar osnovan je 1949. Prvi trener i ujedno igrač u klubu bio je Borko Đulepa koji je tada studirao na Arhitektonskom fakultetu u Sarajevu. Prethodno je reprezentacija Sarajeva 1948. nastupila na Saveznom turniru Jugoslavije u velikom rukometu i osvojila drugo mjesto. Ruko-

metaši Milicionara imali su uspjeha odmah poslije osnivanja. Iste godine sudjelovali su na Prvenstvu Jugoslavije koje je održano na turnirski način. Na finalnom turniru osvojili su drugo mjesto s istim brojem bodova kao i prvak RK Zagreb. Ekipu Zagreba je kao igrač i trener predvodio Irislav Dolenc. No nije trebalo proći puno vremena da učenici nadmaše učitelja. Godine 1950. održana je po prvi puta Savezna liga s 12 klubova koji su igrali po jednostrukom bod-sistemu. Ekipa Milicionara superiorno je osvojila ligu s pet bodova ispred Meteora iz Zagreba i osam bodova ispred Dinama iz Pančeva a ekipa Zagreba je završila tek na osmomu mjestu. Tako je po prvi puta u povijesti BiH jedan klub u ekipnom sportu postao prvak Jugoslavije. Povijesnu titulu u Sarajevo su donijeli igrači: Slavko Vrebac, Ivica Pauković, Srećko Šimić, Mustafa Baralić, Conrado Gessi, Bruno Palestro, Drago Dopuđa, Rafael Brčić, Petar Čivić, Borko Đulepa, Drago Karaman, Boro Spasojević, Fuad Hajrović, Radislav Đodo, Omer Alić i Aleksandar Šarić. Ta je generacija još tri puta uzastopno postala državni prvak u istom sastavu. Najprije su još jednom osvojili Saveznu ligu 1951. ispred ekipa Dinama i Meteora. Potom su 1952. osvojili prvenstvo po turnirskom sistemu u Sarajevu ispred Zagreba i Železničara iz Niša. Konačno 1953. osvajaju i četvrti naslov na turniru u Beogradu, ali pod novim nazivom kluba 20. oktobar. Tako su se igrači iz Sarajeva upisali u rukometnu povijest i utri put kasnijim uspjesima BiH rukometa. Srećko Šimić je u toj zlatnoj generaciji nastupao u prvoj postavi kao obrambeni igrač.

Reprezentacija Jugoslavije je svoju prvu službenu utakmicu u velikom rukometu odigrala 19. lipnja 1950. u Zagrebu protiv Belgije 17:3. Na toj su utakmici gotovo svi igrači bili članovi zagrebačkih klubova. Srećko Šimić je svoju jedinu utakmicu za reprezentaciju odigrao 5. svibnja 1951. u Liegeu protiv Belgije kada je Jugoslavija pobijedila sa 23:8. Bila je to utakmica u kojoj je nastupilo najviše igrača Milicionara. Uz Šimića još njih šest: Vrebac, Baralić, Đulepa, Čivić, Karaman i Spasoje-

HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI

vić. Ova utakmica, te dvije koje su uslijedile s Flandrijom, bile su uvertira za turnir Europskih klupske prvaka u belgijskom gradu Eupenu, smještenom na samoj granici s Njemačkom.

Rukometni Milicionari na tom su turniru dočekani podcjenjivački, bili su smješteni u omladinski dom s krevetima dužine metar i pol. No, to im nije smetalo da u prvoj utakmici turnira pobijede Grasshopers, švicarske pravake. Gledatelji i novinari su tada, oduševljeni brzom i modernom igrom, svjedočili kako nikada nisu vidjeli bolju ekipu.

Poslije meča sa Švicarcima prebačeni su u najbolji hotel, nakon čega su pobijedili austrijskog prvaka Polizeisportvereins s 8:5 i Helas iz Švedske s 4:3. Sjajan uspjeh je po povratku u Sarajevo pozdravilo tisuće građana Sarajeva dočekom ispred današnje željezničke stанице. Bio je to tada najveći međunarodni uspjeh jugo-rukometa.

Nakon 1953. raspada se ekipa Milicionara; većina igrača nakon završenih fakulteta prestaje igrati a jedan dio prelazi na mali rukomet. Veliki rukomet se prestao igrati u državi 1958. a iste godine Milicionar se sjedinio s Akademskim rukometnim klubom Bosna.

Riječ dvije i o suigračima Srećka Šimića iz legendarne ekipe Milicionara. Većina ih je završila fakultete i postali su zasluzni građani u svojim profesijama a mnogi su bili i svestrani sportskaši.

Od igrača koji su potekli iz zagrebačkog rukometa treba uz Đulepu spomenuti i **Rafaela Brčića** (Livno, 1931. – Sarajevo, 1986.), uglednog BiH povjesničara. Brčić je za vrijeme školovanja u Zagrebu počeo igrati rukomet da bi po dolasku u Sarajevo završio Filozofski fakultet i postao magistar povijesti.

U Hrvatskoj je rođen **Dragomir - Drago Dopuđa** (Udbina, 1926. – Sarajevo, 2011.);

RK Milicionar, Sarajevo, četverostruki prvak Jugoslavije u velikom rukometu; slijeva: Borko Đulepa (ujedno i trener), Slavko Vrebac, Srećko Šimić, Corado Gyessi, Petar Čivić, Borislav Spasojević, Mustafa Baralić, Drago Karaman, Rafael Brčić, Ivica Pauković i Bruno Palestro



bio je prvak BiH u atletici te međunarodni rukometni sudac i savezni nogometni sudac. Slavko Vrebac bio je i nogometni prvoligaški vratar Željezničara iz Sarajeva. Atletska štafeta na 4x100 m u sastavu Ivica Pauković, Mustafa Baralić, Mirko Kamenjašević, Drago Karaman držala je republički rekord BiH više od osam godina.

Posebno je zanimljivo da je u etnički miješanom sastavu Milicionara igralo uz pripadnike triju konstitutivnih naroda čak tri igrača talijanskih korijena. Rođeni Talijan Conrado Gessi je poslije kao komunist emigrirao u Jugoslaviju.

Njegov kolega **Petar Čivić** (Sarajevo, 1927. – Sarajevo, 2015.), magistar šumarstva, izjašnjavao se kao Talijan po majci. Bio je član Vijeća nacionalnih manjina Federacije BiH kao predstavnik talijanske zajednice.

Treći Talijan u Milicionaru bio je **Bruno Palestro** (Bijeljina, 1930.), dipl. ing. šumarstva. Palestro je Talijan po ocu i danas je predsjednik Udruženja građana talijanskog porijekla iz Sarajeva. Palestro je također bio odličan atletičar. Osim Palestre danas je iz te generacije, koliko je poznato, živ još jedino ugledan arhitekt **Borislav – Boro Spasojević** (Sarajevo, 1930.).

Srećko Šimić je nakon završetka sportske karijere ostvario iznimnu znanstvenu karijeru. Nakon diplome na sarajevskom MEF-u položio je specijalistički ispit iz ginekologije i akušerstva 1961. na Ginekološko-akušerskoj klinici Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu.

Habilitacijski rad pod naslovom "Mogućnosti laparoskopije i kuldoskopije u ginekološkoj dijagnostici" obranio je 1968., a doktorsku disertaciju pod naslovom "Neki efekti estrogena i progesterona na subepitelnu kapilarnu mrežu vaginalnog dijela uterus" 1972.

Radi stručnog usavršavanja boravio je na klinikama u Ljubljani, Gracu, Beču, Münchenu, Hamburgu, Kielu, Stokholmu, Londonu i Oxfordu. Za asistenta na Katedri za ginekologiju i akušerstvo izabran je 1961., za docenta 1968., za izvanrednog profesora 1974., za redovnog profesora 1982. godine, a za profesora emeritusa 1998. godine. Bio je direktor Ginekološko-akušerske klinike od 1974. do 1994. U tom je vremenu ta klinika s 10.000 poroda godišnje i s tisućama ginekoloških operacija bila je jedna od najvećih u Europi.

U kliničku praksu uveo je sve tada najsvremenije dijagnostičke i terapijske metode. Tako je u svakodnevnu praksu uveo vakuum



Rukometni Milicionari, trofejna generacija rukometnika Milicionara u velikom rukometu; slijeva: B. Đulepa (kapetan i trener), S. Vrebac, S. Šimić, C. Gessi, P. Čivić, M. Baralić, D. Kamenjašević, D. Dopuđa, R. Brčić i I. Pauković

ekstraktor za dovršavanje vaginalnog poroda, amnioskopiju, Ph fetalne krvi, kardiotorografiju (CTG), serklažu cerviksa, ultrazvučnu dijagnostiku (treći ultrazvučni aparat u Jugoslaviji) i ekstraperitonealni carski rez. Nadalje, uveo je mnogobrojne abdominalne i vaginalne operacije te posebno značajnu vaginalnu operaciju kod cervikalnog karcinoma (Schauta, Amreich, Ingelman). Poslije uvodi još kolposkopiju i kolpomikroskopiju s konizacijom. Prvi na prostoru Jugoslavije (1962.) u kliničku praksu uvodi kuldoskopiju i laparoskopiju (u to vrijeme nazvanu celioskopijom). Od 1992. do 1997. bio je član Direktorijuma Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu. U mirovinu je otisao 1998. Potom je radio kao savjetnik na Ginekološko-akušerskom odjelu Opće bolnice "Prim. dr. Abdulah Nakaš" u Sarajevu. Bio je pročelnik Katedre za ginekologiju i porodiljstvo i Katedre za zdravstvenu njegu majke i novorođenčeta Fakulteta zdravstvenih studija. Bio je mentor 18 dok-

torskih disertacija i 25 magistarskih radova. Objavio je 198 stručno-znanstvenih članaka i radova.

Za dopisnog člana Akademije nauka i umjetnosti BiH izabran je 2002., a za redovnog člana 2008. Bio je jedan od najuglednijih liječnika svoga vremena u Sarajevu i šire. Za svoj doprinos medicini dobitnik je velikog broja društvenih nagrada i priznanja.

Akademik Srećko Šimić se i u kasnijoj životnoj dobi rekreativno bavio sportom. Bio je veteranski prvak BiH u tenisu. Njegov mlađi brat Miroslav Šimić bio je juniorski državni rekorder u troboju i republički rekorder BiH u na 100 m, 4x100 m i u skoku s motkom a rukomet je igrao za ekipu Mlade Bosne iz Sarajeva.

U profesionalnoj karijeri bio je zaposlen u Zračnoj luci Dubrovnik i u poduzeću Atlas iz Dubrovnika u kojem se i trajno nastanio. Sinovi akademika Šimića naslijedili su oca u liječničkom zvanju. Stariji sin doc. dr. Ognjen

Šimić (Sarajevo, 1955. – Sarajevo, 2012.) diplomirao je na MEF-u u Zagrebu i specijalizirao kardiologiju a mlađi sin prim. dr. Marin Šimić (Sarajevo, 1962.) specijalizirao je ginekologiju i zaposlen je u OB-u Zabok.

Akademik Šimić preminuo je u Sarajevu 17. prosinca 2011. u 83. godini života. Nakon njegove smrti u Sarajevu je održan Memorijalni simpozij "Napredak u ginekologiji i opstetriciji."

Izv.: Razgovor autora s prim. dr. Marinom Šimićem iz Zaprešića; dokumentacija autora.

Izv.: Godišnjak Rukometnog saveza Jugoslavije 1948 – 1962, Beograd, 1963; Almanah Rukometnog saveza Jugoslavije 1949 – 1989, Beograd, 1991; Atletika u Bosni i Hercegovini od najranijih vremena do danas, Sarajevo, 2000; Nedim Hasić, "Od Misionara (1951.) do Bosne (2006.)", Slobodna Bosna, 4. siječnja 2007; In memoriam, Akademik Srećko Šimić (1929-2011), ANU BIH, Sarajevo, 2011.

Zagrebački liječnici pjevači primaju nove članove

Dragi kolege!

Ako volite pjevati, imate glasa, sluha i ponajprije dobre volje priđite se Zagrebačkim liječnicima pjevačima! Muški pjevački zbor Zagrebački liječnici pjevači dio su Glazbenog društva Hrvatskog liječničkog zbora koje okuplja studente i doktore medicine i stoma-

tologije, zaljubljenike u glazbu. Dodite pjevati s nama kao što mi to radimo već 45 godina. Nastupali smo i nastupat ćemo u Zagrebu i u drugim lijepim mjestima naše domovine kao što su Varaždin, Plitvička jezera, Požega, Imotski, Čakovec, Šibenik, ali i izvan naše zemlje. Zapjevajmo o Božiću Narodi nam se i Crosbyjev White Christmas;

Suzu za zagorske brege, Cocine Ribare, američke Bridge over troubled waters, Sinatrin My way... te još mnoge pjesme iz hrvatske, europske i svjetske glazbene baštine. Već na mnogo godina uspješno vode naši kolege Mijo i Leonard Bergovec.

Koji put ostanite s nama na druženju i nakon probe, u društvu kolega, uz čašu dobrog vina ili kojeg drugog soka i ugodan razgovor.

Dodite nas vidjeti i cuti našu glazbenu probu četvrtkom uvečer u Kliačevu 10 u 19.30 sati ili nam se javite na kontakt mail adresu roko.granic@gmail.com

Radujemo se Vašem dolasku!

Zagrebački liječnici pjevači

Biser iz korespondencije

Motto: "Tko prvi, njemu djevojka"

(Narodna poslovica)

Pismo poslano e-mailom 2. listopada Manuela Maltarić, mag. nutricionizma, Centar za zdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ u 14,45 sati na e-adresu manuela.maltaric@stampar.hr

Poštovana magistra,

Danas sam doživio šok. Kad sam u Komori nastojao dobiti privolu da se u sljedećem broju Liječničkih novina odobri prostor za tiskat cijeloga Vašega članka (Dr. sc. Nada Tomasović Mrčela, dr. med., Ivana Popk, dr. med., Manuela Maltarić, mag. nutr.: Trinaesti Gerontološki simpozij, na 8 stranica i s 9 fotografija), netko mi je dobio da je doslovno isti članak tiskan u časopisu Medix, koji ima iste čitatelje kao i Liječničke novine.

Majeli to istina da ste isti tekst poslali na dvije adrese? Ako jest, bilo bi tiskanje Vašeg članka i u Liječničkim novinama sramota (intelektualno piratstvo) zbog koje bih trebao dati ostavku na mjestu urednika.

Željko Poljak

Odgovor koji je stigao e-mailom nakon 45 minuta, 2. listopada u 15,30 sati:

Hvala dragi prof. dr. sc. Željko Poljak, dr.med., Upravo smo i mi sada saznali kako je u cijelosti objavljen naš gerontološki članak na zadovoljstvo svih lječnika u Hrvatskoj. Eto, MEDIX je bio prvi pa možda nije loše da Vi objavite kratku

vijest. S nestrpljenjem čekamo da nam stigne taj broj MEDIX-a. Hvala Vam najljepša.

S poštovanjem,

Manuela Maltarić, mag. nutricionizma,
Centar za zdravstvenu gerontologiju
NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

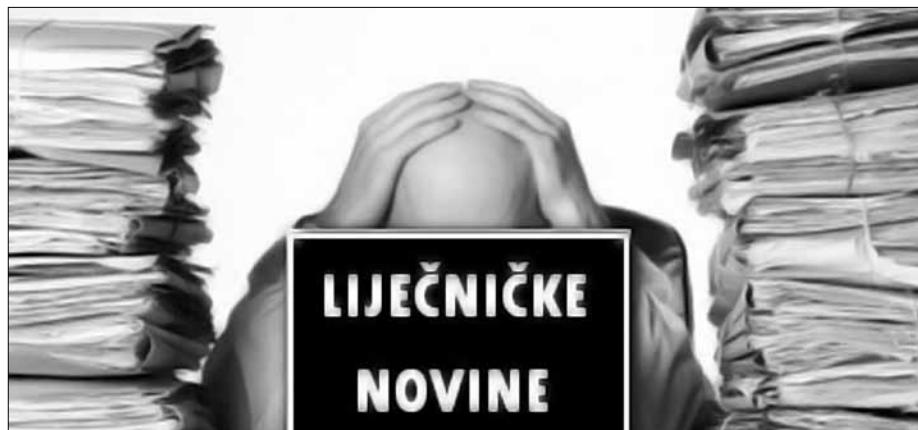


Foto: Sonja Fruk: Hlam na otoku Krku

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

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

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr - rubrika „**Prijava stručnog skupa**“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi **Fulvia Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 - 16,00 sati, a srijedom od 10,30 - 18,30 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „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 dogovoriti s poduzećem za marketing „Bonamark“ (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01/4922-952, tel. 01/4818-600, mail: bonamark@bonamark.hr), po postojećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

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/AED) 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 anestesiologiju, 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 psihijatrijsko društvo – Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga liječnika PZZ - 140 radionica
Dr. Patricia Delimar, tel.: 01/2481-234

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske naobrazbe nalazi se na www.hlk.hr

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

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 Rakić-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

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

Mjesечно, 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 mjesечно

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 mjesечно (18 sati)

Dr. Maja Mustač, 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

Detal 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: gmilic55@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 „Sveti Duh“
Zagreb, 01.01.-31.12.2015.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka I dio

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 02.02. - 31.12.2015.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-923

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

Rad u savjetovalištu za HIV/spolno zdravje - radionica za liječnike

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 01.05. - 31.12.2015.
Tatjana Nemeth Blažić, tel.: 01/4683-345

Liječnička samouprava u Evropi

- 20. obljetnica obnovljenog rada Hrvatske liječničke 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 poglavља iz urologije

PLIVA Hrvatska d.o.o.
on-line, 15.07.-01.11.2015.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HLZ, HD za akupunkturu
Zagreb i Daruvar, 26.09.2015. - 11.09.2016.
Maja Mustać, mob.: 091/4748-492, e-mail.: blaise676@gmail.com
15000,00kn

LISTOPAD

Zdravlje i stres, Anti stres kamp

Promjena - Udruga za promicanje zdravlja i zdravog načina života
Zagreb, 13.-18.10.2015.
Dr. Ljiljana Lulić Karapetić, mob.: 098/301-812
1000,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraći 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

ZZZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.10.2015.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166

Topička analgezija za liječenje simptoma periferne neuropatske boli

Stada d.o.o.
Zagreb, 14.10.2015.
Željka Levak, mob.: 091/6077-901

Jedan bolesnik, različiti pogledi, isti cilj

Krka-farma d.o.o. Zagreb
Nova Gradiška, 14.10.2015.
Damir Vuković, mob.: 092/742-811

Jedan bolesnik, različiti pogledi, isti cilj

- Razmjena iskustava LOM i specijalista
Krka-farma d.o.o. Zagreb
Varaždin, 14.10.2015.
Melita Kinčl Dujo, mob.: 098/202-575

Kardiovaskularna sigurnost sitagliptina potvrđena u TECOS studiji

Merck Sharp & Dohme
Zagreb, 14.10.2015.
Aleksandra Ivošević, tel.: 01/6611-308

Emergentne i reemergentne zoonoze 21. stoljeća

HLZ, HD za biosigurnost i biozaštitu
Zagreb, 15.10.2015.
Nevenka Jakopović, mob.: 099/3740-158
200,00kn

Jedan bolesnik, različiti pogledi, isti cilj

Krka-farma d.o.o. Zagreb
Požega, 15.10.2015.
Damir Vuković, mob.: 092/742-811

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

12th BANTAO Congress - DiaTransplant 2015.

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Opatija, 15.-18.10.2015.
Prim.dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-258
500,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

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

Jednodnevna edukacija mrtvozornika

HZJZ
Zagreb, 16.10.2015.
Dr. Tanja Čorić, tel.: 01/4863-344

Specifičnosti palijativne skrbi u Dalmaciji: priobalju, zaledju 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

Ospozobljavanje predavača prve pomoći za kandidate za vozače

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 16.-17.10.2015.
Blaška Ledinsky, mob.: 098/417-730
1250,00kn

Novartis Oncology Alphabet - NOA

Novartis Hrvatska d.o.o.
Split, 16.-18.10.2015.
Ana Maretić, mob.: 091/4550-788

Mehanička respiracijska potpora

HLZ, HD za anestezilogiju i intenzivno liječenje
Dubrovnik, 16.-19.10.2015.
Jadranka Radnić Salijevski, mob.: 091/5097-154
1200,00kn

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

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 mjehura)

Astellas d.o.o.
Zagreb, 17.10.2015.
Lasta Čala, mob.: 098/471-936

Bol u području glave i vrata

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 17.10.2015.
Mario Cvek, tel.: 01/4566-966
400,00kn

Stručna kardiološka i pulmološka radionica

Sandoz d.o.o.
Zagreb, 17.10.2015.
Angela Vukman, mob.: 091/2353-161

Spine A la Carte

HLZ, Hrvatsko ortopedsko društvo
Zagreb, 17.10.2015.
Dr. Tadija Petrović, mob.: 098/9656-648
750,00kn

Pedijski ultrazvuk 2015 - hands-on tečaj

Klinika za dječje bolesti Zagreb, Poliklinika Helena
Zagreb, 18.-21.11.2015.
Andrea Cvitković Roić, mob.: 091/5319-808
5000,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

„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
Trenin izvanbolničkih djelatnika hitne medicinske službe liječnika i medicinskih sestara/tehničara
Nastavni zavod za hitnu medicinu grada Zagreba
Zagreb, 19.-21.10.2015.
Iverka Brigljević, mob.: 091/4100-233

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 plijesnima 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

10 koraka do uspješnog dojenja u jedinicama neonatalne intenzivne skrbi u praksi hrvatskih rodilišta

UNICEF Ured za Hrvatsku
Split, 21.10.2015.
Lili Retek Živković, tel.: 01/3031-635

Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju 2015.

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 21.-24.10.2015.
Dr. Irena Zakarija Grković, tel.: 021/557-823
2000,00kn

Jedan bolesnik, različiti pogledi, isti cilj

Krka-farma d.o.o. Zagreb
Đakovo, 22.10.2015.
Damir Vuković, mob.: 092/742-811

Klinička iskustva i zapažanja u primjeni dugodjelujućeg olanzapina

Eli Lilly - Predstavništvo u RH
Osijek, 22.10.2015.
Antonia Rušk, tel.: 01/2350-999

Kirurgija dojke u KBC Split – jučer i danas

Hrvatski zavod za telemedicinu
Split, Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Cres
22.10.2015.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

Hrvatska udruga 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

Primjena 3R pristupa u radu s laboratorijskim životinjama

HD za znanost o laboratorijskim životinjama
Zagreb, 22.-23.10.2015.
Sofia Ana Blažević, mob.: 091/4664-114
200,00/300,00kn

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

Simpozij o osteoporozu

HD za kalcificirana tkiva
Zagreb, 23.10.2015.
Romana Blažek, tel.: 0174566-812
100,00kn

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

Osnove palijativne medicine

MEF Sveučilišta u Osijeku
Zagreb, 23.10.-21.11.2015.
Penta d.o.o., Ana Jurašić, tel.: 01/4628-615
500,00kn

Stručna kardiološka i pulmološka radionica

Sandoz d.o.o.
Rijeka, 24.10.2015.
Angela Vukman, mob.: 091/2353-161

Alergijske reakcije na lijekove s tečajem zbrinjavanja anafilaksije

HD za alergologiju i kliničku imunologiju
Zagreb, 24.10.2015.
Lana Stanković, mag.oec., mob.: 091/9578-311, tel.: 01/2305-444
1000,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

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

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

Suvremeni pristup liječenju hormonski ovisnog raka dojke

Stada d.o.o.

Rijeka, 28.10.2015.

Željka Levak, mob.: 091/6077-901

Pradaxa - superiorna zaštita potvrđena iskustvom

Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o.

Varaždin, 28.10.2015.

Jadranka Premužić, mob.: 099/3115-651

MENCARE - Uključenje muškarca u postizanje rodne ravноправности u Međimurju

Organizacija mladih Status M

Čakovec, 28.-30.09.2015.

Leila Younis, tel.: 01/2300-447, mob.: 095/8389-010

Dan otvorenih vrata Klinike za neurologiju KBC „Sestre milosrdnice“ povodom obilježavanja Dana moždanog udara

KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za neurologiju

Zagreb, 29.10.2015.

Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282

Kirurgija dojke u KBC Split - jučer i danas

Hrvatski zavod za telemedicinu

Hvar, Vis, Trilj, Knin, Vrlika, Korčula, Vela Luka 29.10.2015.

Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

Primjena aklidinijevog bromida u liječenju KOPB-a

Berlin-Chemie Menarini d.o.o. Hrvatska

Labin, 29.10.2015.

Vjekoslav Rade, mob.: 099/2696-727

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, 30.10.-01.11.2015.

Dr. Tvrto Pervan, tel.: 01/3313-031

2500,00kn

STUDENI

Međunarodni tečaj Nice klasifikacije

Hrvatsko gastroenterološko društvo

Split, 03.11.2015.

Mia Badovinac, mob.: 091/4899-037

3rd International Conference on regenerative Orthopaedics and Tissue Engineering

HAZU

Zagreb, 04.11.2015.

Darija Papo, tel.: 01/8892-361

Mladi s psihičkim i intelektualnim teškoćama izvan odgojno-obrazovnog sustava: zašto i kako dalje?

Psihijatrijska bolница za djecu i mlađež Kukuljevićeva 11

Zagreb, 04.11.2015.

Ana Mihajlović, tel.: 01/4826-501

200,00kn

Perspektiva suradnje u liječenju osteoporotičnih prijeloma

Eli Lilly – Predstavništvo u RH

Olsijek, 04.11.2015.

23. godišnja konferencija hrvatskih psihologa

Hrvatsko psihološko društvo

Šibenik, 04.-07.11.2015.

Josip Lopičić, tel.: 01/2312-733, mob.: 091/2312-733

Rana kot. (do 31.08.2015.) 1.200,00kn

Kineziološka dijagnostika dojenčadi po Vojti

Akademija za razvojnu rehabilitaciju

Zagreb, 04.-08.11.2015.

Silvija Philipps Reichherzer, mob.: 091/6677-643

5000,00kn

Topička analgezija za liječenje simptoma periferne neuropatske boli

Stada d.o.o.

Zagreb, 05.11.2015.

Željka Levak, mob.: 091/6077-901

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

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

CEEA 4. tečaj - Majka i dijete

HLZ - HD za anesteziologiju i intenzivno liječenje
Zagreb, 05.-06.11.2015.
Prim.dr.sc. Jasna Špiček Macan, mob.: 091/5358-431
1500,00kn

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 osteoporozи

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

Topička analgezija za liječenje simptoma periferne neuropatske boli

Stada d.o.o.
Osijek, 07.11.2015.
Željka Levak, mob.: 091/6077-901

SEŠMEK - Servierova škola medicinske komunikacije

Servier Pharma
Zagreb, 07.11.2015.
Dinko Lupi, mob.: 091/6551-528

STMA - Akupunktura kod psihoemotivnih problema

Ban tours d.o.o.
Daruvarske Toplice, 07.-08.11.2015.
Maja Mustač, mob.: 091/4748-492,
e-mail.: blaise676@gmail.com
2500,00kn

First HUSE Psychiatry Standalone Meeting: Doing the Best Right from the Start to Improve Treatment Outcomes in Schizophrenia

Hrvatsko psihijatrijsko društvo
Zagreb, 09.11.2015.
Iva Tonković, tel.: 01/6610-762

Topička analgezija za liječenje simptoma periferne neuropatske boli

Stada d.o.o.
Rijeka, 10.11.2015.
Željka Levak, mob.: 091/6077-901

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 Lazarć 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

AO Trauma - Advanced Principles in Operative Fracture Management Course for Surgeons

Filida - putnička agencija
Zagreb, 13.-15.11.2015.
Tatjana Mrzljak, tel.: 01/4616-520
4800,00kn

AO Trauma - Advanced Lower Extremity Course for Surgeons

Filida - putnička agencija
Zagreb, 13.-15.11.2015.
Tatjana Mrzljak, tel.: 01/4616-520
4800,00kn

Konferencija - Pravna, finansijska i statusna pitanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i ljekarništvu

Certitudo partner d.o.o.
Zadar, 13.-15.11.2015.
Zlatko Goronja, mob.: 091/6009-589
400,00/500,00kn

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

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Topička analgezija za liječenje simptoma periferne neuropatske boli

Stada d.o.o.
Split, 14.11.2015.
Željka Levak, mob.: 091/6077-901

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

Primjena kliničke hipnoterapije u odvikanju od pušenja

Udruga Medikus
Zagreb, 16.11.2015.
Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

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, stazisti i umirovljenici - 1150,00kn
Kotizacija od 01.09.2015. - liječnici 1700,00kn, medicinske sestre /medicinski tehničari, studenti, stazisti i umirovljenici - 1380,00kn

Obuka za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine – Nove spoznaje iz područja zrakoplovne medicine

Agencija za civilno zrakoplovstvo
Zagreb, 21.11.2015.
Marica Božić, tel.: 01/2369-317

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 23.-27.11.2015.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju
Zagreb, 23.11.-18.12.2015.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
10000,00 kn

Onkoplastični pristup kirurškog liječenja raka dojke

AMZH
Zagreb, 24.11.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, www.amzh.hr

3. znanstveni sastanak: Tumori prostate

Zaklada Onkologija
Zagreb, 27.11.2015.
Sandra Šutić, mob.: 099/2572-470

Prevencija, rano otkrivanje i liječenje karcinoma usne šupljine

KB Dubrava
Zagreb, 27.11.2015.
Marija Juras Maček, tel.: 01/2903-431
500,00kn

Novosti u dijagnostici spolno-prenosivih infekcija

NZJZ dr. Andrija Štampar
Zagreb, 27.11.2015.
Ivana Lukšić, mob.: 09174678-026

Dijagnostički i terapijski postupci u neurologiji

KBC Split
Split, 27.-28.11.2015.
Ljiljana Topić, tel.: 021/556-423

3D/4D VISUS ultrazvučni tečaj

Specijalna bolnica Podobnik
Zagreb, 27.-28.11.2015.
Dr. Petra Podobnik Brlečić, tel.: 01/6398-000
2000,00kn

Zdravlje i zdravstvena zaštita 2015 - 2030 FUTUR Z

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; Anja Aleksić,
mob.: 099/4406-728, e-mail: anja@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

2. nacionalna edukacija o novim psihoaktivnim tvarima (NPS)

MEF Sveučilišta u Splitu, Katedra za sudsku medicinu
Šibenik, 28.11.2015.
Livia Slišković, mob.: 021/556-777

Bol u području glave i vrata

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 28.11.2015.
Mario Cvek, tel.: 01/4566-966
400,00kn

16. hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. I ktg. - „Kurt Semm“

HD za ginekološku endoskopiju HLZ, OB Zabok i Bolnica Hrvatskih veterana
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 Odjel ginekologije i opstetricije OB Sisak „Kontroverze u minimalnoj invazivnoj ginekološkoj kirurgiji“

Sisak, 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

4. Hrvatsko - slovenski simpozij rehabilitacijske medicine i Obilježavanje dva stoljeća kontinuiranog rada liječnika u Bolnici

HLZ, HD za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu

Varaždinske Toplice, 04.-05.12.2015.

Danijela Šošo, mob.: 099/3231-153

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: mrsandrea385@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

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 09.12.2015.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166

Objedinjeni hitni bolnički prijem: Suradnja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

HLK - Karlovačka županija

Karlovac, 12.12.2015.

Petar Mišković, mob.: 091/7864-986

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. SIJEČANJ

Intraportalni nadzor

KBC „Sestre milosrdnice“

Zagreb, 29.-30.01.2016.

Vesna Gall, mob.: 099/3787-017

2000,00/1000,00kn

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

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

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

TRAVANJ

VI. kongres fizikalne i rehabilitacijske medicine

HD za fizikalnu 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

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Besplatna pomoć organizatorima medicinskih kongresa!

Kongresni ured Turističke zajednice Zagreba

• Ured pruža nepristranu i savjetodavnu potporu svim liječničkim stručnim društvima, organizatorima domaćih i međunarodnih kongresa, te pomaže prilikom procesa kandidature, od pomoći prilikom pripreme dokumentacije - izrade tzv. *bid book* dokumenta i, prema potrebi, sudjelovanja u pripremi posebne prezentacije.

Osim toga osigurava promotivne materijale predstavnicima nacionalnih udruženja, koji imaju namjeru podnijeti kandidaturu, kao i odgovarajuće promotivne materijale za sudionike skupova koji se održavaju u Zagrebu, ali i šire.



Zlatan Muftić

• +385 1 4898 525 • zmuftic@meetinzagreb.hr

Aleksandra Mandić-Kauzlaric

• +385 1 4898 520 • amandic@meetinzagreb.hr

Martina Csiffary

• +385 1 4898 521 • mcsiffary@meetinzagreb.hr

Jadranka Čubrić-Drnjević

• +385 1 4898 523 • jcubric@meetinzagreb.hr

ili na mrežnu stranicu

www.meetinzagreb.hr

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

1900,00/2100,00knn; specijalizanti članovi HDHM

1200,00/1500,00kn, ostali 1600,00/1800,00kn

17. Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. I ktg., „Kurt Semm“

HD za ginekološku endoskopiju HLZ, OB Zabok i Bolnica Hrvatskih veterana

Rijeka, 23.-26.05.2016.

Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,

e-mail: mkopjar9@gmail.com

7600,00kn

25. Kongres Svjetskog udruženja ginekologa i endoskopičara (ISGE 25th ANNUAL CONGRESS)

4-ti hrvatski kongres minimalno invazivne ginekološke kirurgije O-tours d.o.o.

Opatija, 25.-28.05.2015.

Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,

e-mail: mkopjar9@gmail.com

O-tours d.o.o., tel.: 01/4921-720, e-mail: isge.opatija@otours.hr

LISTOPAD

Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međ.sud., CROCAD-16

HLZ, HD za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi Tučepi, 05.-09.10.2016.

Studio Hrg d.o.o., tel.: 01/6110-450, 6183-140,

e-mail: kongres@studiohrg.hr,

ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr, www.alzheimer 2016.com

SVIBANJ

7. KOHOM kongres

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine

Šibenik, 19.-22.05.2016.

Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,

e-mail: anja@conventuscredo.hr

Rana kotizacija za članove KOHOM-a 1600,00kn

Rana kotizacija za nečlanove KOHOM-a 1800,00kn

Kasna kotizacija za članove KOHOM-a 1800,00kn

Kasna kotizacija za nečlanove KOHOM-a 2000,00kn

Kotizacija za specijalizante članove KOHOM-a 500,00kn

Kotizacija za specijalizante nečlanove KOHOM-a i umirovljenike

600,00kn

Kotizacija za studente 400,00kn

Rok za uplatu rane kotizacije 14.03.2016.



Čekaonica
uređena poput
dječje igraonice
(Helena, Zagreb)