

LIJEČNIČKE NOVINE



**Javnozdravstveni aspekti
hrvatskoga zdravstvenog sustava**

LIJEČNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
Adresa uredništva: Središnji ured Hrvatske liječničke komore
Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Hrvatska

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

Dr. sc. Trpimir Goluža, dr. med.
e-mail: trpimir.goluza@hlk.hr

IZVRŠNI UREDNIK

Prof. dr. sc. Željko Poljak, dr. med.
Vlaška 12, 10000 Zagreb
e-mail: zeljko.poljak@zg.t-com.hr

NOVINARKA

Daniela Dujmović Ojvan, dipl. nov.
e-mail: daniela.dujmovic@hlk.hr

IZDAVAČKI SAVJET

Miran Cvitković, dr. med. • Prim. Ante-Zvonimir Golem, dr. med.
Eva Jendriš Škrliak, dr. med. • Ivan Lerotić, dr. med.
Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.
Prim. Hrvoje Minigo, dr. med. • Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med.
• Dr. sc. Iva Pejnović Franić, dr. med.
Ivan Raguz, dr. med. • Dragan Soldo, dr. med. • Prof. dr. sc.
Davor Vagić, dr. med. • Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.

TAJNIK UREDNIŠTVA

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
e-mail: lijeckicke.novine@hlk.hr

UREDNIČKI ODBOR

Tomislav Božek, dr. med. • Prof. dr. sc. Zdenko Kovač, dr. med.
Prim. Slavko Lovasić, dr. med. • Adrian Lukenda, dr. med.
Meri Margreiter, dr. med. • Doc. dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.
Tatjana Nemeth Blažić, dr. med. • Izv. prof. dr. sc. Davor Plavec, dr. med.
• Matija Prka, dr. med. • Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
• Prof. dr. sc. Livia Puljak, dr. med. • Ana Tečić Vuger, dr. med.
• Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med. • Ksenija Vućur, dr. med.

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

Liječničke novine su glasilo Hrvatske liječničke komore za staleška i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno. Izlaze mjesečno (osim u siječnju i kolovozu). Godišnja pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn. Rukopisi se šalju e-mailom na adresu: hlk@hlk.hr ili e-adresu urednika. Članci ne podliježu recenziji i uredništvo se ne mora slagati s mišljenjem autora. Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

OGLAŠAVANJE

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

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail: hlk@hlk.hr

Pretplatnička služba

Radno vrijeme: svaki radni dan 8:00 - 20:00
Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465
e-mail: lijeckicke.novine@hlk.hr

Dizajn: Restart, Hrvojka i Antonio Dolić,
e-mail: hrvojka@restart.hr, tel. 091/3000 482

Tisak: Radin, Gospodarska 9, Sveta Nedelja

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 6. ožujka 2017.

LIJEČNIČKE NOVINE

Journal of the Croatian Medical Chamber
Address: Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Croatia
Editor-in-chief: Trpimir Goluža, MD, PhD
Published in 19.000 copies

5	UVODNA RIJEČ I doktorima je puk'o film, al' to još uvijek nikoga ne uzbuđuje
6	RAZGOVOR Dr. Marko Rudnički
14	TEMA BROJA Komora u kreiranju javnozdravstvene politike
22	HRVATSKI LIJEČNICI U SVIJETU Prof. dr. Andrea Bezjak
26	IZ KOMORE Povjerenstvo za stručna pitanja • Prekovremeni rad liječnika Dr. Stiv Laksativ • Ministarstvo počelo nadzirati specijalizacije Posjet Istarskoj županiji • Humanitarni balovi • Pametna liječnička iskaznica • Članovima knjiga na dar • Pregled aktivnosti „Aktivna Hrvatska“ • Info dani u svim regijama
47	IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA Europska komisija zabrinuta za naše zdravstvo • Omogućiti prijelaz u koncesiju • Kongres o hemodinamici • HUBOL o sisačkoj bolnici Odgovornost LOM-a u zdravstvu • Zdravstvo u pojedinim županijama Program za reumatoidni artritis
58	LIJEVI – DESNI KUT Trebalo li Hrvatskoj suočavanje s prošlošću?
62	NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE
70	COCHRANE ZANIMLJIVOSTI Karcinom dojke
72	FARMAKOTERAPIJSKI SAVJET Liječenje anafilaksije
74	HRVATSKI ZA LIJEČNIKE Pisanje velikog i malog slova
76	KNJIGOLIJEK Mala saga o medicini
78	MEDICOPOLIS Povijest reklamiranja lijekova u Hrvatskoj
80	TERMINOLOGIJA Hrvatsko nazivlje u obrazovanju liječnika
88	PRAVO I MEDICINA Građanskopravna odgovornost u zdravstvu
90	MEDICINA I UMJETNOST Umjetnošću za kulturu zdravlja
92	TRAUMATOLOGIJA Zašto su pali niz stube
94	BIOETIKA
96	IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE
100	KOLEGA HITNJAK
102	HRVATSKI LIJEČNICI SPORTAŠI
107	POLJAKOV SATIRIČKI KUTAK
108	ESEJ
110	KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Iskoristite priliku, neka vam se nova liječnička iskaznica izradi o trošku Komore

Aktualne, "stare" liječničke iskaznice prestaju vrijediti 30.6.2017.



Nove, "pametne" liječničke iskaznice početak će se izdavati u svibnju 2017.



NAPOMENA: da biste iskoristili mogućnost izrade liječničke iskaznice o trošku HLK-a, dostavite svoju biometrijsku fotografiju u HLK zaključno s 15. travnjem 2017. Detaljne informacije o dimenzijama fotografije i načinu njene dostave preuzmite s www.hlk.hr

I doktorima je puk'o film, al' to još uvijek nikoga ne uzbuđuje



DR. SC. TRPIMIR GOLUŽA
PREDSJEDNIK HRVATSKE
LIJEČNIČKE KOMORE

Politički proces tranzicije hrvatskog društva od samoupravnog socijalizma do liberalnog kapitalizma samo je djelomično zahvatio hrvatski zdravstveni sustav. Čini se da je hrvatsko zdravstvo postalo nakaradni hibrid socijalističkog poimanja zdravstvene zaštite u financijski nemilosrdnom kapitalističkom društvenom okruženju

Drage kolegice i kolege,

U veljači smo svjedočili velikoj aferi u Hrvatskom audiovizualnom centru (HAVC-u). Nakon što je Državni zavod za reviziju utvrdio brojne financijske nepravilnosti te objavio negativan nalaz o radu HAVC-a za 2015. godinu, ravnatelj HAVC-a podnio je ostavku na svoju funkciju. Brojni stvaratelji hrvatskog filma okupljeni u inicijativi „Puk'o nam je film“ alarmirali su javnost i zahtijevali od premijera Plenkovića „da ih hitno primi na sastanak kako bi se čim prije razriješila situacija s hrvatskim filmom i HAVC-om te hrvatskom filmu jasno i nedvosmisleno osigurala neovisnost od politike i politikanstva“. Premijer ih je, u društvu resorne ministrice, promptno primio. Poručeno im je da se „ne impresioniraju halabukom oko sadašnje situacije te da će se u narednim tjednima poduzeti niz konkretnih koraka vezanih uz tehničke probleme, uredbe, kriterije, pitanja zapošljavanja, izmjena i dopuna zakona“. Sve skupa izazvalo je burne reakcije u javnosti, a jedan oporbeni saborski zastupnik obećao je da će „braniti umjetnike od povampirene desnice“ ma što god to značilo.

Hrvatska liječnička komora je sredinom prosinca prošle godinedetaljno predstavila javnosti podatke o liječnicima koji su, nakon ulaska Hrvatske u Europsku Uniju, otišli iz Hrvatske na rad u inozemstvo. Držeći neupitnim da se radi o zabrinjavajućoj razini kadrovske devastacije zdravstvenog sustava, s tendencijom daljnje progresije, koja predstavlja ozbiljnu prijetnju perspektivi, sigurnosti i prosperitetu hrvatske države, ocijenili smo da problem nije sektorsko pitanje kojim bi se trebalo baviti isključivo Ministarstvo zdravstva, već pitanje od nacionalnog interesa koje hrvatska država treba shvatiti prioriteto u rješavanju državnih pitanja. S inicijativnom održavanja sastanka na kojem bismo dogovorili konkretne mjere za zaustavljanje svojevrsnog egzodusa hrvatskih liječnika, obratili smo se premijeru Plenkoviću, ministru zdravstva, predsjednici Republike i predsjedniku Sabora. Od tada su prošla gotovo puna tri mjeseca, još uvijek nam nitko nije odgovorio. Zanimljivo, nitko se od saborskih zastupnika nije samoinicijativno prometnuo u zaštitnika hrvatskih građana u borbi za dostupnost i kvalitetu njihove zdravstvene zaštite u vrlo skoroj budućnosti.

Politički proces tranzicije hrvatskog društva od samoupravnog socijalizma do liberalnog kapitalizma, koji je započeo krajem osamdesetih godina prošlog stoljeća, a za koji su mnogi smatrali da je završio ulaskom Hrvatske u Europsku Uniju, samo je djelomično zahvatio hrvatski zdravstveni sustav. Čini se da je hrvatsko zdravstvo postalo nakaradni hibrid socijalističkog poimanja zdravstvene zaštite u financijski nemilosrdnom kapitalističkom društvenom okruženju. Gotovo neograničena prava svih građana, za koja država nema dovoljno sredstava, udružena sa specifičnim socijalističkim načinom vođenja sustava po principu „prelijevanja iz šupljeg u prazno“ rezultiraju financijskom neodrživošću hrvatskog javnog zdravstvenog sustava. U takvoj situaciji, umjesto da žurno reorganizira i racionalizira sustav, politika vlastitu odgovornost za stvaranje financijske dubioze prebacuje na zdravstvene radnike. U jeku pregovora Vlade Republike Hrvatske sa sindikatima javnih službi o temeljnom kolektivnom ugovoru za službenike i namještenike u javnim službama, u javnost se ponovo plasiraju teze o neučinkovitosti i neradu hrvatskih liječnika. Pri tome se kao „rješenje“ problema priziva državna kontrola izvršenosti rada pojedinog liječnika. U nepotpuno i nedovoljno dobro informatiziranom sustavu, u kojem čak nisu određeni vremensko-kadrovski normativi rada, nisu uspostavljeni potrebni parametri kontrole kvalitete pružene usluge niti je provedena akreditacija zdravstvenih ustanova, rad bilo kojeg radnika pa tako i liječnika nemoguće je objektivno valorizirati.

Podaci iz prosinca 2016. nedvojbeno pokazuju da suspekti neradnici i politički osuđeni krivci za situaciju u zdravstvu ne vide svoju profesionalnu perspektivu u ovakvom začaranom krugu hrvatskoga zdravstvenoga sustava. Velikom broju njih već je puk'o film, a još većem broju film je pri kraju. Zbog svih hrvatskih građana bilo bi poželjno da se glavni „redatelji“ hrvatske državne politike napokon aktiviraju. Na njima je da, umjesto dosadašnjeg refleksa ignoriranja problema i prebacivanja vlastite odgovornosti na druge, realno sagledaju situaciju te pronađu vremena i mudrosti da u suglasju sa svim dionicima u zdravstvu osmisle i u djelo provedu mjere za stvaranje održiva financijskog i kadrovske okvira funkcioniranja hrvatskog zdravstva. U protivnom riskiraju pucanje hrvatskog javnog zdravstvenog sustava po svim šavovima.

Razgovor sa stručnjakom za investicije u zdravstvu i bivšim savjetnikom ministra Varge

Dr. Marko Rudnički:

“Bolnice će biti gubitaši, sve dok ih vode politički podobni, a financijski nepismeni ljudi”

Razgovarala: **DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN**
 daniela.dujmovic@hlc.hr

Ukupni dug u zdravstvu popeo se na 4,7 milijardi kuna, a više od polovice dugovanja stvara bolnički sustav. Na fiskalnu neodrživost zdravstvenog sustava upozorila je i Europska komisija u svom izvješću za Hrvatsku za 2017. godinu, u kojem se navodi kako su dugovi uglavnom povezani s organizacijskom strukturom bolnica. Izražena je i zabrinutost zbog neprovođenja nužnih reformi u zdravstvu kao što su reorganizacija bolničkog sustava te reforma njihova financiranja. Istaknuto je i kako se sadašnjim sustavom upravljanja ne potiču kvaliteta i troškovna učinkovitost. Stoga smo za ovaj intervju kao sugovornika izabrali dr. Marka Rudničkog, dobrog poznavatelja uređenih zdravstvenih sustava kao što su američki i njemački, inače prvog hrvatskog liječnika s MBA diplomom. Riječ je o poslijediplomskim specijalističkom studiju iz poslovnog upravljanja koji je završio u SAD-u, specijalizirajući se za korporativne financije. Kao iskusnog konzultanta koji je radio za vodeće međunarodne konzultantske tvrtke kao što je „Roland Berger“, u kojima se bavio investicijama u zdravstvenom sektoru te radio na projektima poslovne strategije, bivši ministar zdravlja prim. Siniša Varga angažirao ga je u svom mandatu za svog posebnog savjetnika za reformske mjere. Tijekom sanacije bolnica bio je predsjednik Sanacijskog vijeća KBC-a Zagreb. Na ključne slabosti u našem sustavu zdravstva, a ponajprije u bolničkom sektoru koji generira najviše dugovanja, dr. Rudnički već odavno upozorava, no i nudi rješenja za njegovo ozdravljenje. Ne otkriva „toplu vodu“ nego nudi recepte koji su se pokazali uspješnima u uređenim zdravstvenim sustavima i u korporativnom sektoru. Do sada nije bilo političke volje i interesa za njihovom primjenom u naš sustav, no s obzirom da nam „voda dolazi do grla“, dobro je mjerodavne podsjetiti na moguća i kvalitetna rješenja.

■ Kako ste postali poseban savjetnik bivšeg ministra zdravlja prim. Siniša Varge?

Sasvim slučajno. Upoznao sam ga dok je još bio pomoćnik ravnatelja za kvalitetu u KB-u Dubrava. Kada je 2012. postao ravnatelj HZZO-a, naša se suradnja intenzivirala; bilo je konkretnih ponuda za operativno uključivanje u sustav, ali sam tada u svojoj primarnoj djelatnosti prelazio u novu ulogu i nije bio prikladan trenutak da se aktivnije uključim u Hrvatskoj. Kada je postao mi-

nistar zdravlja, Varga je prof. dr. Ratka Matijevića i mene imenovao svojim prvim posebnim savjetnicima. „Posebni“ smo bili zato jer smo radili volonterski. Prof. Matijević je postao posebni savjetnik za plan i analizu, a meni su pripale reformske mjere.

■ Pomagali ste u pripremi izlaska HZZO-a iz Riznice, a toj odluci najviše su se protivili ministri financija. Ministar Zdravko Marić tvrdi da nema više transparentnosti u njegovu poslovanju, a bivši ministar Lalovac ističe kako HZZO nije



Dr. Marko Rudnički s predsjednikom Komore dr. sc. Trpimirom Golužom. Komoru smatra trenutno najsnažnijim reformskim pokretačem u zdravstvu

konsolidirao sustav niti smanjio gubitke, što su bili glavni argumenti za njegovo izdvajanje.

Uvijek sam ministru Vargi govorio da niti jedna reforma neće uspjeti ako se ne spusti na operativnu razinu, a to su bolnice i domovi zdravlja. Ako uzmemo bolnički sektor, u koji se odlijeva najveći dio sredstava iz HZZO-a koji se prikuplja kroz doprinose, nedostatak financijske transparentnosti u njihovu poslovanju te nepostojanje profesionalnih i kompetentnih menadžmenta sprječavaju da reforma uspije na operativnoj razini. Aktualnom stanju nije uzrok što je HZZO tehnički izašao iz državne riznice, nego zato što na operativnoj razini ne postoji transparentnost niti racionalno upravljanje sredstvima. Novac u zdravstvu je ograničen resurs, a to zahtijeva racionalno upravljanje. Tvrdim da su bolnice entiteti čija je financijska održivost moguća jedino na principima racionalnog upravljanja koje je mjerljivo.

■ **Koji je bio vaš zadatak kao posebnog savjetnika za reformske mjere?**

Moj je zadatak bio da kao osoba koja ima operativno iskustvo iz uređenih zdravstvenih sustava pomognem u približava-

nju tih iskustava. Ministar me uvijek pitao kako to rade drugi, što možemo naučiti od njih te što je kod nas primjenjivo. Drugi moj zadatak bila je operativna implementacija novog sustava obračunavanja u bolničkom sustavu, jer se umjesto unaprijed određenog limita uvodio sustav fakturiranja prema broju izvršenih usluga.

■ **Onda je HZZO optužio bolnice za hiperfakturiranje...**

To je normalna pojava, koja me uopće nije iznenadila. Bio sam tome svjedok kad je Njemačka prelazila na sustav obračunavanja prema broju izvršenih usluga. Upozorio sam Vargu da ne očekuje da će se taj prijelaz odviti glatko ili u godinu dana. Nijemci su tu tranziciju mudro strukturirali jer su dali bolnicama rok od tri godine da se odluče hoće li obračunavati prema bolničkim danima ili prema dijagnostičko-terapijskim postupcima (DTS). Nakon toga je cijeli sustav prešao na fakturiranje DTS skupina, što je rezultiralo smanjenjem broja bolnica i broja postelja, odnosno dovelo je do konsolidacije bolničkog sektora u kojem su privatni lanci bolnica počeli preuzimati bolnice u javnom vlasništvu.

■ **Niste se bojali da bi se nešto slično moglo dogoditi i kod nas, tim više što se mnoge bolnice nisu snašle u novom načinu obračuna?**

Bilo je za očekivati da neke bolnice neće postići financijsku održivost jer nisu imale dovoljno pacijenata, a to je posebice problem u Istočnoj Slavoniji u kojoj ima previše bolničkih kapaciteta. No, to je trebalo biti riješeno drugom fazom Nacionalnog plana razvoja bolnica, i to kroz funkcionalnu integraciju i prenamjenu, no do nje nije došlo.

■ **Kako komentirate vraćanje na bolničke limite?**

Limiti su paušalna doznaka gotovine u definiranom vremenskom razdoblju i to nije dobar put. Poslovno upravljanje polazi od pretpostavke da je postizanje financijske održivosti moguće jedino kada se pokrije ono što se privredi i prema tome se prilagođavaju troškovi. Kod nas bolnice i zdravstvene ustanove posluju prema krivoj i obrnutoj logici; one se bore kako namaknuti sredstva da bi pokrile svoje troškove. Limiti i budžeti su potpuno demotivirajući jer polaze od potpuno pogrešne pretpostavke u poslovnom upravljanju:

>>

kreću od rashoda, a ne od prihoda te onemogućuju konkurenciju u kojoj će oni koji rade više i bolje i uprihoditi više.

■ **Bolnice su nakon prekinute sanacije vraćene svojim osnivačima, županijama i lokalnoj samoupravi. Kako one njima upravljaju?**

Bivši ministar Nakić se hvalio kako je napravio veliko dostignuće time što je bolnice vratio vlasnicima, ali ako ste vi vlasnik bolnice onda morate biti odgovorni i za njezino funkcioniranje i poslovanje. No, oni i dalje očekuju da ih Zagreb financira. Iako su željeli biti vlasnici tih bolnica te su kritizirali sanaciju i prisilne uprave, sada, kada su vlasnici, županije se moraju pobrinuti da na čelo bolnica dovedu kompetentne menadžere i u upravna vijeća postave isto tako kompetentne ljude kako bi ih mogli nadzirati. S jedne strane žele biti vlasnici i postavljati svoje ljude na čelo bolnica, ali ne žele preuzeti financijsku i bilo kakvu odgovornost za entitet u svom vlasništvu. To jednostavno ne funkcionira.

■ **Bivša zdravstvena administracija ustvrdila je kako je sanacija bolnica bila loš potez.**

Tehnički gledano sanacija je značila uvođenje prisilnih uprava u bolnice te jednokratnu dokapitalizaciju kojom su se pokrili nagomilani dugovi bolnica. No što je bio njezin pravi cilj? Napraviti preokret u poslovanju bolnica, no to se nije dogodilo.

■ **Zašto?**

Zato jer nije promijenjena zakonska osnova poslovanja bolnica, nisu poduzete mjere kojima bi se unaprijedilo poslovanje bolnica i obuzdali rashodi. Nije se poduzelo ništa kako bi bolnice dobile suvremene upravljačke strukture nego je jednog neukog liječnika ravnatelja zamijenio drugi neuki liječnik ravnatelj. Što je najgora, ta dokapitalizacija nije korištena u svrhu edukacije liječnika, djelatnika i menadžmenta te obnavljanje tehnološke i građevinske infrastrukture. Zato su bolnice zadnjih godinu dana Vargina mandata uspijevale tek održati *status quo*, odnosno nisu pravile nove dugove. Promjenom Vlade i zdravstvene administracije sve je opet krenulo nekontroliranim tijekom. Samo je pitanje dana ili mjeseca kada će većina bolnica prijeći tih magičnih tristo dana obveza prema dobavljačima i čeka nas sljedeća sanacija i ubrizgavanje likvidnosti iz državnog proračuna. Osobno me čudi što jedan sposoban ministar financija kao što je Zdravko Marić, koji ima ogromno iskustvo iz korporativnog sektora, to nije predvidio u državnom proračunu. Na njegovu mjestu bio bih jako zabrinut.

■ **Razloga za zabrinutost ima. Dugovi u zdravstvu povećali su se na 4,7 milijardi kuna, a u samo dva mjeseca ove godine bolnice su se zadužile za još 150 milijuna kuna.**

Kod nas vlada široko prihvaćeno mišljenje kako će se problemi u zdravstvu riješiti ako ćemo u njega ubrizgavati više novaca. No to nigdje u svijetu nije dovelo do rezultata niti do poboljšanja kvalitete pružanja zdravstvene skrbi. Smatram da naš sustav, bez obzira na to što u njega možda premalo ulažemo, još uvijek ima ogromne rezerve. Iz te kune koju ulažemo u zdravstvo možemo izvući puno više. U 16 godina koliko se bavim financijama, a dobro sam upoznat s mnogim sustavima, bolnicama i tvrtkama, nigdje nisam vidio da negdje tako nekontrolirano curi novac na sve strane

kao u hrvatskim bolnicama! Zašto privatni lanci bolnica u Njemačkoj tako dobro posluju i zašto su profitirali nakon uvođenja novog sustava obračuna prema izvršenoj usluzi? Zato što su stvarali regionalne ili nacionalne bolničke lance te osnivali centre izvrsnosti. Uveli su centralizaciju i profesionalizaciju upravljačkih struktura, postigli transparentnost u financijskom poslovanju uvođenjem profesionalnih metoda kontrolinga, a jedan je od najvažnijih faktora uspjeha to što su institucionalizirali terapijske i dijagnostičke smjernice, kojih se njihovi liječnici strogo drže. Oni strateški planiraju ljudske resurse i sustavno obnavljaju kapitalnu opremu. Drugi je ključan segment kontrola troškova i objedinjena javna nabava. Sve hrvatske bolnice zajedno imaju veličinu jednog većeg njemačkog bolničkog lanca. Kada bi sve njihove mjesečne, godišnje i trogodišnje potrebe uspjeli planirati i objediniti, postigli bi famozne uštede u zdravstvu.

U 16 godina koliko se bavim financijama, a dobro sam upoznat s mnogim sustavima, bolnicama i tvrtkama, nigdje nisam vidio da negdje tako nekontrolirano curi novac na sve strane kao u hrvatskim bolnicama

■ **Tvrdite da sama profesionalizacija menadžmenta u bolnicama nije dovoljna za „ozdravljenje“ bolnica.**

Nije. Za početak morate kompletno promijeniti zakonsku osnovu na kojoj danas posluju bolnice, kako bi mogle početi s primjenjivanjem načela korporativnog upravljanja i poslovanja kao odgovorni gospodarski entiteti. Morate staviti bolnice pod ingerenciju Zakona o trgovačkim društvima, što nitko ne želi.

■ **Zašto ne, ako bi to bilo rješenje?**

Biti reguliran tim Zakonom znači snositi odgovornost za financijsko poslovanje i za to kazneno odgovarati. Sve njemačke bolnice, čak i one javne, moraju poslovanje prema Zakonu o trgovačkim društvima. U Hrvatskoj su bolnice regulirane Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o ustanovama i pravilnicima za unutarnji ustroj, a primanja djelatnika Zakonom o plaćama u javnim službama. Potonji je dobar za zaposlenika u gradskoj upravi ili muzeju, ali ne za jednog liječnika koji radi više i kojeg je prema tom Zakonu nemoguće honorirati. Moja je ideja bila kompletno poslovanje bolnica izdvojiti iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti te ga temeljiti na Zakonu o trgovačkim društvima. Aktualni zakoni jednostavno onemogućuju uvođenje suvremenih praksi i alata u upravljanju te racionalizaciju poslovnih struktura i procesa, dok bolnički menadžment uopće nema fleksibilnost za prilagođavanje svoje strukture jer im pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj to onemogućuje. Bolnice koriste računovodstvene principe kao neka državna agencija ili vrtić. Tako se ne može upravljati jednim ekonomskim entitetom. Dok se, za početak, ne promijeni zakonska regulativa, bolničkom sustavu neće svanuti sunce.

■ A što je s profesionalizacijom menadžmenta?

Kada govorimo o upravljanju bolnicama, na čelu bolnica bi u prvom redu trebali biti ljudi koji posjeduju financijsko-pravne i upravljačke kompetencije. Primjerice, KBC Zagreb je osmi po veličini poslodavac u Hrvatskoj po broju djelatnika i godišnje ima prihode veće od milijardu i 600 milijuna kuna. Dakle, to je jedna ozbiljna tvrtka. I takvim velikim poslovnim subjektima ne mogu upravljati liječnici, jer su financijski nepismeni; ne znaju čitati financijska izvješća, razlikovati lijevu od desne strane bilance, racionalizirati procese itd. Zato je moj savjet bio dvostruko upravljanje, odnosno uvođenje poslovnog i medicinskog direktora. Sve dok će naše bolnice voditi politički postavljeni i financijski nepismeni ljudi, one će i dalje biti gubitaši, a djelatnici će biti nezadovoljni i odlaziti. U svojoj karijeri nisam vidio toliko nezadovoljnih ljudi na jednom mjestu kao kad sam bio predsjednik Sanacijskog vijeća KBC-a Zagreb. I ti ljudi nisu bili nezadovoljni toliko plaćom koliko načinom na koji se s njima ophodi, kaotičnim poslovnim procesima, tom razinom dezorganizacije i ogromnim otporima bilo kakvim promjenama nabolje.

■ Jesu li u našim bolnicama i zdravstvenim ustanovama čuli za upravljanje ljudskim resursima?

Bojim se da nisu. Kod nas općenito u javnom sektoru ne postoji pozitivna selekcija, prije svega ne postoje procesi koji bi je omogućili. U prvom redu mislim na procese regrutiranja zaposlenika, ali i regrutiranje djelatnika na rukovodećim položajima. Jednostavno nije definirano koje vještine i kompetencije morate posjedovati da biste bili lider. Uspješan menadžer danas manje je tehnokrat i administrator, on je prije svega lider; netko tko svojim znanjem i integritetom služi kao uzor koji motivira ljude i zna ih povesti i zanimati. Razvijene su metode kojima se u jednom regrutacijskom procesu te kompetencije mogu provjeriti.

■ Spominjete sukobe interesa kada govorite o imenovanjima u upravna vijeća bolnica.

Da. Riječ je o kombinaciji samoupravljanja i konflikta interesa. Ne može u uprav-



Dr. Rudnički otkriva kako u svojoj karijeri nije vidio toliko nezadovoljnih ljudi na jednom mjestu kao kad je bio predsjednik Sanacijskog vijeća KBC-a Zagreb

nom vijeću bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska sjediti predstavnik HZZO-a, dakle onaj o kome ovisi 95 posto prihoda bolnice. S druge strane, imate i suprotan konflikt interesa u HZZO-u, gdje je član menadžmenta jednog KBC-a istovremeno i predsjednik upravnog vijeća HZZO-a. Imamo i slučajeve kada članovi upravnog vijeća jedne bolnice rade u konkurentskim bolnicama. Neprihvatljivo je da djelatnik jedne bolnice kontrolira drugu, barem unutar iste regije, kada se sve bore za isti dio kolača.

■ Smatrate kako nije nužno da ministri zdravstva dolaze iz redova liječnika što je kod nas praksa.

Točno. Da bi razumjeli kako funkcionira jedan zdravstveni sustav morate znati kako se stvara lanac vrijednosti u njemu te poznavati i druge zdravstvene sustave; i lošije i bolje od hrvatskog. Jedan od najboljih poznavatelja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj je svakako prof. dr. Stipe Orešković koji nije liječnik, ali ima iskustvo operativnog menadžera. Za jed-

nog uspješnog ministra zdravstva uopće nije nužno da bude liječnik, a još manje je nužno da bude dio zdravstvenog establišmenta.

■ Tko pripada tom tzv. zdravstvenom establišmentu u Hrvatskoj?

On je limitiran, broji oko 300 ljudi. Riječ je o magičnim tzv. kulmulativcima, koji ponajprije rade u KBC-ima i kliničkim bolnicama te imaju dva ugovora o radu: jedan s bolnicom u kojoj rade, a drugi s fakultetom. Ti kulmulativci imaju ključnu pozadinsku ulogu u zdravstvenom sustavu i misle da su ga predodređeni voditi. Osobno smatram kako su naša dva najuspješnija ministra, Darko Milinović i Siniša Varga, a oni ne dolaze iz tog establišmenta. Zato podržavam novo vodstvo Komore jer ga zapravo čine donedavni "outsideri". Smatram kako je riječ o mladim i sposobnim ljudima koji očito imaju jasnu viziju i cilj, i kojima je javni interes iznad osobnog. Jedino takvi ljudi mogu promijeniti Hrvatsku na bolje.

>>

■ Mislite li da taj establišment pruža glavni otpor bilo kakvim promjenama u zdravstvenom sustavu?

Da. Predsjednik Komore pozdravio je mjeru koju sam napravio u KBC-u Zagreb kada sam odbio produžiti ugovore za 14 djelatnika koji su davno, davno bili stekli uvjete za mirovinu. To je bio nepopularan potez, ali je motivacijski puno značio mlađoj generaciji liječnika na Rebru. Naime, otvorio im se put da počnu napredovati pozitivnom selekcijom. Smatram ohrabrujućim što se ta generacijska smjena dogodila i u Liječničkoj komori i smatram je trenutno najsnažnijim reformskim pokretačem u zdravstvu.

■ No, oni u tim pokušajima nailaze na goleme otpore.

Bilo kakvo zadržavanje *statusa quo* nije dobro jer je današnji sustav neodrživ. Promjena vodstva u Komori bio je svakako disruptivan događaj. Poremetio je ustaljene načine razmišljanja i procese te ugrozio interese nekih dionika u sustavu. No, to je dobro jer generira javnu diskusiju kroz koju se kristaliziraju moguća rješenja.

■ Kako ocjenjujete novu zdravstvenu administraciju?

Za vrijeme ministra Milinovića stvari su se počele ubrzano pokretati, dok se za vrijeme ministra Ostojića opet sve usporilo. Varga je dobio nov zamah, ali nakon njega je ponovno nastupilo zatišje. To vam je princip akcije i reakcije. Mislim da se trenutno nalazimo u fazi reakcije. No i ova zdravstvena administracija zaslužuje šansu. Treba joj dati vremena, a za godinu, dvije možemo dati realniju ocjenu.

■ Ministar Kujundžić najavio je funkcionalno spajanje bolnica u drugoj polovini 2017. godine. To je jedan od njegovih planova za smanjenje minusa u zdravstvu.

Kad je funkcionalna integracija bolnica u pitanju, mislim da dolazi do nerazumijevanja kako ona rezultira značajnim uštedama u zdravstvu. Kada dolazite iz operativnog sektora poput mene, kada

Sve hrvatske bolnice zajedno imaju veličinu jednog većeg njemačkog bolničkog lanca. Kada bi sve njihove mjesečne, godišnje i trogodišnje potrebe uspjeli planirati i objediniti, postigli bi famozne uštede u zdravstvu

Za početak je potrebno kompletno promijeniti zakonsku osnovu na kojoj danas posluju bolnice, kako bi mogle početi s primjenjivanjem načela korporativnog upravljanja i poslovati kao odgovorni gospodarski entiteti

ste restrukturirali poduzeća, onda znate da su poluge za sniženje troškova integracijom bolnica minimalne; spojili ste dva odjela u jedan, ali broj pacijenata i broj djelatnika ostao je isti, i gdje je tu ušteda? Funkcionalna integracija tek indirektno i vremenski odgođeno može dovesti do smanjenja troškova, i to samo zbog povećanja kvalitete pružanja zdravstvene skrbi. Naime, dokazano je da kvalitetnije liječenje košta manje. Konkretno, finansijske efekte u najboljem slučaju možete očekivati za tri godine. Glavni je problem to što kod nas nisu institucionalizirani dijagnostičko-terapijski postupci i dok to ne napravimo kvaliteta zdravstvene skrbi neće se poboljšati, a troškovi posljedično sniziti. Isto tako, da biste proveli funkcionalnu integraciju, morate prvo definirati potrebe, a to možete jedino na temelju nacionalne i regionalne epidemiologije, zatim prema djelatnostima te na temelju raspoloživih materijalnih i ljudskih resursa. Mi u ovom trenutku u Hrvatskoj ne znamo što nam treba, gdje i koliko.

■ Ističete kako provedba tzv. master plana bolnica nije moguća bez „velike slike“, a što je s otporima među liječništvom?

Ministar Varga nije uspio spojiti dva odjela u dvije bolnice u sjeverozapadnoj Hrvatskoj. Kao predsjednik Sanacijskog vijeća KBC-a Zagreb zbog otpora nisam uspio preseliti dermatologiju i ortopediju sa Šalate u nekorištene prostore na Rebru; nismo zbog otpora uspjeli procesno integrirati operacijske dvorane, poliklinike i dnevne bolnice na Rebru, zato jer svaka ustrojstvena jedinica ima svog „šefića“, svoju glavnu sestru, svoj raspored. Ne diraj moju titulu, ne diraj moj koeficijent, ne diraj mi plaću, ne diraj moj mali „feud“.

■ Funkcionalna integracija onda djeluje kao nemoguća misija...

Ne znam kako ministar misli realizirati funkcionalnu integraciju bolnica jer se, osim nepoznavanja potreba i očekivanog otpora među liječništvom, javlja i problem vlasničke nepoznanice. Ukoliko želite funkcionalno integrirati bolnice u vlasništvu dviju županija i ako među njima nema konsenzusa te nemate njihovu stopostotnu podršku, nemojte ni pokušavati. Posebice ako nemate jasnu sliku što i gdje treba integrirati.

■ Iz Europske komisije su upozorili kako za medicinske i farmaceutske proizvode trošimo daleko više od prosjeka EU-a. Kako to komentirate?

Nedopustivo je da jedan sustav koji izdvaja 750 eura po stanovniku godišnje plaća lijekove i potrošni medicinski materijal više nego jedan sustav koji je četiri ili pet puta bogatiji! Farmaceutska industrija i proizvođači medicinske opreme i potrošnog medicinskog materijala iskorištavaju nedostatak profesionalnosti i kolektivnih struktura nabave u našem zdravstvu, a svaki hrvatski građanin to plaća. Za vrijeme ministra Ostojića uvedene su nabavne kategorije i određenim bolnicama dano je upravljanje u tim kategorijama. To je trebao biti međustupanj prema potpunoj centralizaciji javne nabave. No, vi još imate strukture u bolnicama koje upravljaju javnom nabavom, a nemaju ni vještine ni alate ni kompetencije za izvlačenje svih rezervi koje u cijenama postoje. Ali nije samo bolnički sektor problem, velik je potrošač i primarna zdravstvena zaštita jer ona najviše izdaje lijekove na

recept. Mi se glede cijene lijekova orijentiramo prema tzv. referentnim cijenama europskih zemalja, ali to ne znači da te referentne cijene zdravstvena osiguranja vani i plaćaju. Primjerice, u Njemačkoj nabavljaju lijekove putem javne nabave i cijene koje tim putem postižu su do 80 posto niže od referentnih cijena generičkih lijekova! A kod nas u Hrvatskoj te referentne cijene smatraju „svetim gralom“. Još jedan dokaz da nam taj, ionako mali novac koji ulažemo u zdravstvo, uistinu curi na sve strane: umjesto da ta sredstva kanaliziramo u stručno usavršavanje i plaće liječnika, znavljanje kapitalne opreme i obnovu bolničke infrastrukture, on odlazi farmaceutskej industriji i dobavljačima potrošnog materijala, no prije svega farmaceutskej industriji.

■ Svojedobno su domaći proizvođači lijekova okupljeni pri Hrvatskoj udruzi poslodavaca optužili HZZO da pogoduje proizvođačima inovativnih lijekova, a kao jedan od uzroka dugova u zdravstvu navodi se upravo sve veća potrošnja novih i skupih lijekova.

Ključno je pitanje kakva je dodana medicinska korist farmakoloških terapija koje izlaze na tržište u usporedbi sa zlatnim standardima liječenja koja se danas primjenjuju i koja se koriste u smjernicama. Dovoljno je pogledati nalaze i preporuke njemačkog IQWiG-a u svezi s inovativnim lijekovima u posljednjih pet godina, naime više od 50 posto obrađenih lijekova nema dodanu medicinsku korist. Inače, farmaceutske lobi u Hrvatskoj izuzetno je jak. I to će biti tako dok god ne stvorimo zdravstveni sustav u kojem će bolnice imati dovoljno novca da liječnike o svom trošku šalju na kongrese i stručna usavršavanja, a ne da ovise o financiranju farmaceutske industrije. Što očekivati kad vam u bolničkim menadžmentima sjede ljudi koji odlučuju o financijskim tijekovima, a istodobno su sponzorirani od farmaceutske industrije? Niti jedna hrvatska bolnica nema antikoruptivne smjernice, nema institucionalizirane procese za provođenje kodeksa ponašanja i etičkog kodeksa, a to su klasični instrumenti koji se primjenjuju u korporativnom svijetu i njih su u uređenim zdravstvenim sustavima preuzele javne bolnice. Mislim da ne postoji ni volja ni želja da se to uvede, a



Ova slika dobro ilustrirala životni moto dr. Rudničkog; uspijevaju oni koji stalno pomiču limite prema gore, naravno ne one bolničke...

volja mora doći iz liderstva cjelokupnog zdravstvenog sustava koji ne dolazi iz interesno povezanog zdravstvenog establišmenta. Sukob interesa i korupcija ne rješavaju se prijetnjama i kaznama nego uređenjem poslovnih procesa na način da ljudi uopće ne mogu doći u priliku da učine nešto neetično. Jedan je od najjednostavnijih instrumenata uvođenje principa „četiriju očiju“ prilikom potpisivanja dokumenata.

■ I na kraju, kako vidite ulogu privatnog sektora u hrvatskom zdravstvu?

Privatni sektor je dokazao da jednom kunom može upravljati bolje i racionalnije,

a mi danas privatnim pružateljima zdravstvenih usluga onemogućujemo pristup javnom zdravstvenom novcu. Ministru Vargi sam savjetovao da im omogući pristup barem privremeno, kako bi na njihov primjeru vidio da se može racionalnije upravljati novcem, ali i da se smanje liste čekanja. Njegov je prvi odgovor bio kako privatni sektor neće prihvatiti raditi po tim cijenama, a ja sam ga uvjeravao da hoće. Konkurencija je dobra i kad javne zdravstvene ustanove dobiju konkurenciju u obliku privatnih, profitirat će i sustav i ustanove i liječnici i pacijenti, jednom riječju svi.

Nužno jačanje uloge javnoga zdravstva

„Zdravlje nacije temeljna je snaga svake države“

Autor: Daniela Dujmović Ojvan, daniela.dujmovic@hlk.hr

Koliko je naš zdravstveni sustav učinkovit i kvalitetan možemo vidjeti iz pokazatelja o zdravlju populacije, zaključak je to dokumenta koji je izradilo Povjerenstvo za javnozdravstvenu djelatnost Hrvatske liječničke komore (dalje: Komore) pod nazivom „Izazovi javnozdravstvene djelatnosti“, a koji bi trebao poslužiti kao podloga za stručnu, a zatim i javnu raspravu. Osnovni zaključci tog dokumenta predstavljeni su u srpnju 2016. na skupu u Motovunu „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“. Komora želi aktivno sudjelovati u kreiranju javnozdravstvene politike i u tom je cilju osnovana radna skupina kojoj su na čelu dr. sc. Iva Pejnović Franelić i dr. Ivan Bekavac, kako bi u suradnji s relevantnim institucijama u zdravstvu aktualizirali javnozdravstvenu problematiku te ponudili kvalitetna rješenja Ministarstvu zdravstva i saborskom Odboru za zdravstvo i socijalnu politiku.

Nekoordiniranost na nacionalnoj razini

Javno zdravstvo danas se suočava s mnogim izazovima (diplomatski rečeno), stoga smo o stanju i problemima u toj djelatnosti odlučili porazgovarati sa stručnjacima koji se time bave, a jedan od njih je i prof. dr. sc. **Davor Plavec**, pomoćnik ravnatelja Dječje bolnice Srebrnjak, dopredsjednik Povjerenstva HLK-a za javnozdravstvenu djelatnost, inače specijalist medicine rada i sporta. Prof. Plavec ističe kako zdravlje i razina edukacije jedne nacije predstavljaju dva temelja ekonomske snage jedne države. Zdravlje nacije osigurava se kroz preventivno i kurativno djelovanje, s tim da preventivno djelovanje osigurava značajno bolji omjer uložnog i dobivenog (što naši političari i zdravstvene vlasti počesto zaboravljaju; op.a.). Javno zdravstvo kao osnova svih preventivnih aktivnosti predstavlja temelj zdravog društva i u svim razvijenim ekonomijama ima istaknutu ulogu. Naš sugovornik smatra kako se pozicija javnog zdravstva u Hrvatskoj, unatoč dugoj tradiciji zahvaljujući ocu javnoga zdravstva u Hrvata Andriji Štamparu, počela sustavno urušavati otkad imamo državu. Tom urušavanju pridonijelo je i izdvajanje pojedinih djelatnosti iz sustava javnog zdravstva te njihova predaja „u ruke“ drugim sektorima. Javno zdravstvo je, a to je i navedeno u spomenutom dokumentu Komorinog Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost, pitanje od nacionalnog interesa, a ne samo briga Ministarstva zdravstva, jer

i unapređenje zdravlja uvelike prelazi granice zdravstvene zaštite. Financiranje javnoga zdravstva zbog svoje strateške važnosti ne bi trebalo biti ugovarano s HZZO-om, ističe prof. Plavec, a još manje bi se trebalo financirati pružanjem svojih usluga na slobodnom tržištu. „S obzirom da je riječ o djelatnosti od nacionalnog interesa, javno zdravstvo bi trebalo financirati izravno iz državnog proračuna“, napominje. Naime, zdravlje treba biti na dnevnom redu svima koji određuju politiku, i to u svim sektorima i na svim razinama, a uloga javnozdravstvene službe je predlagati na temelju dostupnih podataka i analiza javnozdravstvene prioritete te osigurati potrebno planiranje, strategiju i edukaciju u svim segmentima i područjima, od zdravstva do porezne politike, ekonomije, prometa, energetike, zaštite okoliše itd. „Zbog urušavanja i marginalizacije javnog zdravstva, najveću krizu proživljava bolnički sektor koji mora rješavati epidemiju kroničnih nezaraznih bolesti kao posljedicu njihove nedostatne prevencije“, ističe prof. Plavec. Navodi i primjere nelogičnosti u sustavu, kao dokaz nekoordiniranosti na nacionalnoj razini glede prevencije te iznosi podatak koji su objavili kineziolozi, da se motoričke i funkcionalne sposobnosti djece pogoršavaju dva do tri posto godišnje zbog smanjenja tjelesne aktivnosti, a to u njih potiče razvoj pretilosti i povećava rizik od šećerne bolesti, astme i drugih kroničnih nezaraznih bolesti. Država istovremeno ulaže u program prevenci-



je debljine u djece, dok ona koja se bave sportom moraju plaćati zdravstvene preglede i članarine klubovima, čime se šalje suprotna poruka.

Izazovi javnozdravstvene djelatnosti

Voditeljica Odjela za međunarodnu suradnju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te predsjednica Komorinog Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost, dr. sc. **Iva Pejnović Franelić**, napominje kako je izazova danas puno te da sigurno ima prostora za poboljšanje i reorganizaciju javnozdravstvene djelatnosti da bi postala učinkovitija ali i bolje prepoznata u zdravstvenom sustavu. Izdvaja potrebu jačanja kapaciteta javnozdravstvenih službi za kontrolu i nadzor zaraznih bolesti te za djelovanje u izvanrednim situacijama kao što su elementarne nepogode i druga krizna stanja (aktualna migrantska kriza). Jačanje djelatnosti zdravstvene ekologije nužno je s obzirom na klimatske promjene, razvoj tehnologije, proizvodnju energije i urbanizaciju... Veću pozornost treba obratiti kroničnim nezaraznim bolestima, koje su postale vodeći javnozdravstveni problem u Hrvatskoj. To su na prvom mjestu kardiovaskularne bolesti, zatim maligne

bolesti, dijabetes, mentalni poremećaji i kronične respiratorne bolesti, dok je pojavnost i smrtnost od zloćudnih bolesti u stalnom porastu. U nedavno objavljenom izvješću Europske komisije, navodi se kao problem za Hrvatsku u 2017. godini slaba prevencija upravo tih kroničnih bolesti. Svakako je potrebno razvijati zaštitu mentalnog zdravlja i rehabilitaciju u zajednici te poraditi na ranom otkrivanju mentalnih poremećaja, osobito depresije, ističe dr. sc. Pejnović Franelić. Zdravstvena zaštita nekih skupina, kao što su djeca, mladi, radnici, stariji i nemoćni, zahtijevaju bolju koordinaciju u zdravstvenom sustavu, ali i bolju međusektorsku suradnju. Zdravstveno opismenjavanje nezaobilazno je u prevenciji i očuvanju zdravlja stanovništva, što će u konačnici smanjiti troškove zdravstvenom sustavu, napominje naša sugovornica.

Udar na prihode zavoda za javno zdravstvo

Glavni nositelj javnozdravstvene djelatnosti i koordinator na nacionalnoj razini je Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), dok aktivnosti na županijskim razinama koordiniraju i provode županijski zavodi za javno zdravstvo. U sklopu vladinog

Akcijskog plana za administrativno rastećenje gospodarstva, a kroz aktualne izmjene i dopune Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, priprema se velik udar na prihode zavoda za javno zdravstvo pod čijom je ingerencijom provođenje edukacije i nadzor nad osobama koje rukuju s hranom (tzv. izdavanje sanitarnih iskaznica i tečajevi higijenskog minimuma), upozorava dr. **Ivan Bekavac**, bivši pomoćnik ministra zdravlja, koji je na čelu Komorine radne skupine za javno zdravstvo. Naime, te su aktivnosti (postupak dobivanja sanitarnih iskaznica, edukacija i provedba ispita), proglašene parafiskalnim nametima i stoga se predlaže smanjenje frekvencije tih pregleda, čime se smanjenje prihoda Zavoda broji u desecima milijuna kuna. Dr. Bekavac ističe kako je vrlo dvojbeno njihovo svrstavanje u parafiskalne namete jer se radi o zdravstvenim pregledima, odnosno poduzetnici nadoknađuju troškove i aktivnosti koje provode zdravstveni radnici.

Novac zarađen na tržištu za preventivne programe

Ravnatelj HZJZ-a doc. dr. sc. **Krunoslav Capak** napominje kako zarada od tih aktivnosti čini 15 do 25 posto proračuna županijskih zavoda za javno zdravstvo te

>>



Povjerenstvo za javnozdravstvenu djelatnost HLK-a. S lijeva na desno: dr. Nataša Dragaš-Zubalj, doc. dr. sc. Vera Musil, dr. sc. Iva Pejnović Franelić, dr. Alba Dalbello Tir, izv. prof. dr. sc. Davor Plavec i dr. Melita Jelavić, izv. prof. dr. sc. Danijela Štimac Grbić

iznosi kako bi njihovim gubitkom Zavod za javno zdravstvo Istarske županije bio u minusu za 13 milijuna, splitski Zavod za 15 milijuna, a riječki za 9 milijuna kuna godišnje. „Mi nismo profitne organizacije, zavodi taj novac koji zarade na tržištu koriste za preventivne programe i javne edukacijske kampanje. Iz tog novca financiraju se i dodatni timovi liječnika koji rade u preventivi, jer sredstva koja se dobivaju od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) nisu dostatna za obavljanje svih aktivnosti timova koji obavljaju djelatnosti epidemiologije, javnoga zdravstva, školske medicine i zaštite mentalnog zdravlja. Dostatna su tek za golu plaću liječnika početnika i drugih članova tima. A mnogi su

Zbog urušavanja i marginalizacije javnoga zdravstva najveću krizu proživljava bolnički sektor, koji mora rješavati epidemiju kroničnih nezaraznih bolesti kao posljedicu njihove nedostatne prevencije

Zbog svoje strateške važnosti, jer je riječ o djelatnosti od nacionalnog interesa, javno zdravstvo bi trebalo financirati izravno iz državnog proračuna

od njih u međuvremenu doktorirali, imaju staž... treba platiti njihov odlazak na teren i materijalne troškove. Sve to zavodi financiraju zaradom s tržišta“, pojašnjava naš sugovornik i dodaje: „Mi smo umjesto smanjenja frekvencije pregleda, što je predloženo u akcijskom planu Vlade, predložili smanjenje njihova obuhvata, odnosno da se ne pregledavaju oni koji rade sa zapakiranom hranom i koji su fakultetskom naobrazbom stekli potrebna znanja kao što su liječnici, farmaceuti i veterinari. Predložili smo i smanjenje broja dana edukacije s pet na dva dana, čime bi se također postigle uštede“.

Školska medicina

Školsko razdoblje većina nas dobro pamti, što smo stariji sve bolje, a biti školski liječnik daje vam priliku, barem djelićem, svakodnevno živjeti to razdoblje. Iako su mladi te dobi većinom zdravi, zbog sazrijevanja i razvoja, zbog svega što sa sobom donose izazovi školovanja i odrastanja, ta je populacija osjetljiva na poremećaje zdravlja u najširem smislu, a to zahtijeva specifičnu pažnju nas liječnika te tome treba prilagoditi organizaciju zdravstvene zaštite. Naime, u toj se dobi javljaju ozljede i kronične bolesti, poteškoće kod učenja, rizična ponašanja, nedovoljna tjelesna aktivnost, poremećaji prehrambenih navika te izazovi na području reproduktivnog i mentalnog zdravlja. Organizacijom zdravstvene zaštite trebalo bi primjereno odgovoriti svim specifičnim zahtjevima populacije djece i adolescenata. Specijalist školske i adolescentne medicine treba posjedovati specifične vještine i znanja, znati se približiti mladima i biti dobar komunikator te raditi timski i međusektorski. Školski liječnici su do 1998. godine pružali preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu školskoj djeci i adolescentima. Te godine školska medicina organizacijski prelazi u zavode za javno zdravstvo kao preventivna djelatnost. U svom radu timovi su zadržali populacijski pristup, što omogućuje provođenje jedinstvenih preventivnih programa za svu djecu i mlade kao i zaštitu u školskom okruženju. Smatram kako bi neki oblici aktivne skrbi za mlade koji se školuju izvan mjesta prebivališta (što sada nije slučaj), unaprijedili zdravstvenu zaštitu. Mladi su naše bogatstvo i nastojmo ne zaboraviti kako će se oni sutra brinuti za nas i biti naša budućnost. Danas, iako postoji mogućnost ranog uočavanja problema, razdvojenošću zdravstvene zaštite onemogućuje se intervencija u obliku terapije, a povratne informacije roditelja i kolega često su nedostatne.

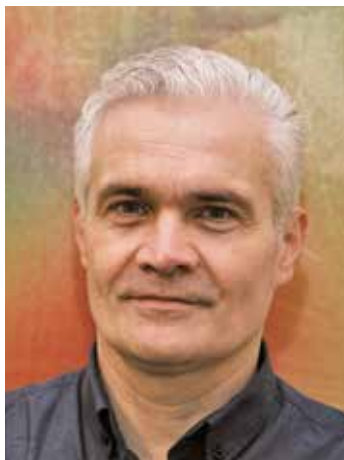
Predsjednica Komorinog Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost dr. sc. IVA PEJNOVIĆ FRANELIĆ, spec. školske medicine

Mala izdvajanja za javno zdravstvo

Kako to inače biva, kada se zagrebe ispod površine, isplivaju mnogi problemi, a s njima se suočavaju i u HZJZ-u, no doc. Capak smatra da unatoč tomu javno zdravstvo u Hrvatskoj generalno još uvijek dobro funkcionira, iako bi ga u nekim dijelovima trebalo restrukturirati i poboljšati. Napominje kako bi se javno zdravstvo trebalo financirati bolje nego što je to sada slučaj, jer se svaka kuna uložena u preventivu višestruko vraća. No u preventivi nema brzih rezultata, a političari ih vole jer im mandat traje četiri godine, pa se onda radije kupi jedan CT i smanji lista čekanja i to je onda udarna vijest u medijima, slikovito pojašnjava. Na europskoj razini je preporuka da se za preventivu izdvaja najmanje 3 posto iz zdravstvenog proračuna, što su naši susjedi Slovenci postigli (3,58 posto), dok je naše izdvajanje za preventivu u 2010. iznosilo tek 0,68 posto (podatak iz Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.). Prema metodologiji Sustava zdravstvenih računa kojom od 2011. HZJZ prati pokazatelje o udjelima izdataka za javno zdravstvo, a u koje su uključene ne samo preventivne aktivnosti zavoda za javno zdravstvo, nego i sve ostale djelatnosti koje se provode u njima (npr. mikrobiologija), u 2014. godini oni iznose 1,58 posto tekuće zdravstvene potrošnje. To je ipak pomak u odnosu na 2011. godinu kada se iz zdravstvene potrošnje za javno zdravstvo izdvajalo tek 0,97 posto (ti se podaci dostavljaju u Eurostatu i Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji). No, još uvijek ozbiljno „kaskamo“ za Slovencima, jer kad bi se naša izdvajanja za preventivu i dvostruko povećala, još uvijek bi to bilo manje nego što je to u njih. A s kim ćemo se uspoređivati nego s našim prvim susjedima, posebice ako su u nečemu bolji od nas?

Marginalizacija javnoga zdravstva

No, bez obzira na brojke i postotke, pa čak i razmjerno dobre zdravstvene pokazatelje, djelatnost javnoga zdravstva zasigurno nema položaj koji zaslužuje zbog svoje važnosti u prevenciji i očuvanju zdravlja nacije. Kao da je riječ o začaranom krugu: zbog nedostatka dugoročnog promišljanja zdravstvene politike i nedovoljne prevencije veliko je opterećenje na bolnički sustav koji, zbog niza faktora (od objektivnih razloga kao što je pritisak na



Prof. dr. sc. **DAVOR PLAVEC**
dopredsjednik Povjerenstva za
javnozdravstvenu djelatnost HLK-a

**Zbog slabog
poznavanja
sustava, liječnike u
javnom zdravstvu
neopravdano
se potcjenjuje
i percipira kao
službenike**



Dr. sc. **IVA PEJNOVIĆ FRANELIĆ**
predsjednica Povjerenstva za
javnozdravstvenu djelatnost HLK-a

sustav zbog epidemije kroničnih nezaraznih bolesti do neracionalnog upravljanja novcem), stvara velika dugovanja, a zbog njih se novcem iz zdravstvenog proračuna „krpaju“ ta dugovanja, i to na uštrb prevencije i financiranja zavoda za javno zdravstvo. Ili da citiramo doc. Capaka: „Kada je kriza i vatra gori, svi posežu za vatrogasnim mjerama, a nitko ne razmišlja o prevenciji“.

Položaj liječnika podcijenjen

Doc. Capak smatra i kako je položaj liječnika u javnom zdravstvu podcijenjen, ne samo zbog stvarno lošijeg financijskog položaja u odnosu na koncesionare ili kliničare, nego i zbog percepcije „da se umjesto ljudima bave papirima“. „Zbog slabog poznavanja sustava javnog zdravstva i slabe cijenjenosti našeg posla kao liječnika te slabog uvida u naš rad, neopravdano nas se percipira kao službenike“, kaže. Zbog toga sustav javnoga zdravstva teško dobiva ljude; rijetko im se tko javlja na raspisane natječaje. Već dugo, primjerice, ne mogu popuniti mreža školske medicine.

Potreba financiranja timova zdravstvene ekologije

Posebno je teško stanje zdravstvene ekologije koja je neopravdano podcijenjena ili, bolje rečeno, skoro potpuno zanemarena djelatnost koja funkcionira unutar zavoda za javno zdravstvo i nije prepoznata kao djelatnost koja bi trebala biti financirana. Neopravdano zato, ističe doc. Capak, jer je skoro trećina bolesti koje su breme današnjeg čovječanstva uzrokovana izravno ili neizravno faktorima okoliša. „Evidentan je trajan pritisak javnosti koja traži odgovore na pitanja je li i u kojoj mjeri onečišćenje zraka ili onečišćenje hrane i vode utječe na zdravlje nas i budućih generacija i kako te utjecaje spriječiti. U prošlosti je ta djelatnost financirana s tržišta laboratorijskih usluga koje su tradicionalno, kao podrška sanitarnoj inspekciji, obavljali laboratoriji zavoda. No, danas na tržištu postoji niz privatnih laboratorija i laboratorija u drugim institucijama, što usmjerava aktivnosti zdravstvene ekologije na tržišna natjecanja i prema onim djelatnostima koje se mogu dobro naplatiti, a to nije dobro“, smatra doc. Capak. Dio ekologije koji se bavi utjecajem okoliša na zdravlje ljudi ne bi smio raditi nitko drugi osim stručnjaka iz javnog zdravstva, stoga su, otkriva, nakon niza godina blizu dogovora s HZZO-om kako bi se u zavo-

>>



dima počelo financirati timove zdravstvene ekologije. U Komori također smatraju kako bi financiranje timova za zdravstvenu ekologiju, za potrebe kontrole zraka, vode i hrane, trebalo biti dio javnozdravstvenoga sustava, a ne djelatnost financirana na tržištu.

U prevenciji nužna pomoć drugih stručnjaka

S obzirom na to da se moramo usredotočiti na nezarazne kronične bolesti koje su problem broj jedan i kod nas i u svijetu, trebalo bi s puno više fleksibilnosti pristupati promjenama u strukturi timova u javnom zdravstvu, ističe doc. Capak. „Nama u prevenciji treba pomoć i drugih stručnjaka, kao što su nutricionisti, jer je prehrana jedan od rizičnih faktora za nastajanje zaraznih bolesti, ali nam treba i pomoć kineziologa jer je tjelesna aktivnost također važna u prevenciji tih bolesti. No, te ljude treba platiti. Stoga smo tijekom javne rasprave o Nacrtu Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite s HZZO-om tražili više timova javnog zdravstva, kao i plaćanje tih stručnjaka“, otkriva naš sugovornik.

Pitanje javnozdravstvene specijalizacije

Tu je i kompleksno pitanje javnozdravstvenih specijalizacija, jer su naše tradicionalno drukčije uređene nego u članicama Europske unije. Otkad je Hrvatska postala njezinom članicom, svoj je program specijalizacija trebala prilagoditi programu Europske unije medicinskih specijalizacija (UEMS). No, UEMS ima jednu specijalizaciju iz javnog zdravstva, a mi ih imamo tri (iz epidemiologije i iz javnog zdravstva te subspecijalizaciju iz zdravstvene ekologije), što znači da niti jedna neće biti priznata na teritoriju

EU-a. Doc. Capak misli kako bi trebalo obrazovati jednog javnozdravstvenog stručnjaka s mogućnošću subspecijalizacije, koji bi se mogao fleksibilnije baviti s više javnozdravstvenih pitanja. Navodi primjer otoka koji ne zadovoljavaju kriterije (nedovoljan broj stanovnika) za jedan tim javnog zdravstva, a kamoli da bi imali tri tima, jedan za javno zdravstvo, drugi za epidemiologiju i treći za zdravstvenu ekologiju. Predlaže da se sustav promijeni na način da se osnuje jedna specijalizacija s više subspecijalizacija,

U preventivi nema brzih rezultata, ali ih političari vole jer im mandat traje četiri godine i zato se radije kupi jedan CT i smanji lista čekanja, što je onda udarna vijest u medijima

Dio ekologije koji se bavi utjecajem okoliša na ljudsko zdravlje ne bi smio raditi nitko drugi osim stručnjaka iz javnog zdravstva

te da se postojeći specijalisti (npr. epidemiolozi, specijalisti socijalne medicine ili javnoga zdravstva) s radnim iskustvom, uz određene kriterije, unaprijede u subspecijaliste onih područja javnoga zdravstva kojim se bave, uz određenu financijsku stimulaciju. Time bismo dobili fleksibilnog javnozdravstvenog medicinskog stručnjaka koji bi mogao, prema trenutnim prioritetima, pokrivati i provoditi preventivne aktivnosti, zaključuje doc. Capak.

Prikupljanje podataka neovisno o HZZO-u

Kao što se ističe i u dokumentu Komorinog Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost, tako i doc. Capak drži kako bi sustav prikupljanja podataka za ocjenu zdravstvenog stanja i zdravstvene zaštite stanovništva trebao biti neovisan od sustava u kojem se ostvaruje plaćanje. Naime, podatke prikuplja HZZO kao osiguravatelj i logično je da on sustav prilagođava svojim potrebama. „Nama treba sustav u kojem će se upisati prava dijagnoza, a ne ona teža, koja se može bolje naplatiti. Ako će bolnica dobiti više novca jer upiše težu dijagnozu, morate očekivati da će ona to i napraviti“, kaže naš sugovornik, dodajući kako bi način prikupljanja podataka već trebao biti potpuno informatiziran, ali on to još uvijek nije.

Parasustav slabi sustav

U dokumentu Komorinog Povjerenstva navodi se kako „parasustav slabi sustav“, pri čemu se misli na razne udruge civilnog društva koje kroz razne natječaje dobivaju novac za provedbu programa promicanja zdravlja i prevencije bolesti. Postavlja se pitanje nadzora nad njihovim radom te korisnosti i izvršenosti svih tih programa. Doc. Capak smatra kako civilno društvo svakako ima korisnu ulogu, ali da treba odijeliti što mogu raditi zdravstveni stručnjaci, a što civilne udruge te procijeniti koliko su zapravo svi ti programi potrebni i koliko se preklapaju, te svakako kontrolirati izvršenja i postizanja ciljeva.

Cijepljenje kao zakonska obveza

Cijepljenje kao najučinkovitija mjera borbe protiv zaraznih bolesti morala bi ostati zakonskom obvezom, zalažu se u Komori, a s tim se slaže i naš sugovornik, tim više što je kampanja protiv cijepljenja zadnjih desetak godina, a u kojoj aktivno sudjeluje i nekolicina liječnika, smanjila procijepljenost ispod 90 posto. „Kod nas je prisutan bunt prema svemu što



Dr. **IVAN BEKAVAC**
voditelj Ureda HLK-a za stručno-
medicinske i međunarodne poslove
i voditelj Radne skupine HLK-a za
javnnozdravstvenu djelatnost

Prilikom donošenja odluka, često su ekonomski i drugi interesi iznad interesa zdravlja pučanstva



Doc. dr. sc. **KRUNOSLAV CAPAK**
ravnatelj Hrvatskog zavoda
za javno zdravstvo

kažu znanstvenici i vlada teorija zavjere. Ljudi više vjeruju neprovjerenom sadržaju na internetu nego znanstveno provjerenim i dostupnim činjenicama. Veliku štetu nanijelo je nekoliko naših kolega koji javno istupaju protiv cijepljenja. Naime, javna sukobljavanja stručnjaka kontraproduktivna su za edukaciju pučanstva jer im ulijeva nepovjerenje kada vide da i unutar struke ima nesuglasja o važnim i ključnim pitanjima. Iako je nasuprot te nekolicine većina liječnika koji shvaćaju važnost cijepljenja, ta glasna manjina dobiva puno veću pozornost u medijskom prostoru“, ističe doc. Capak i predviđa kako će „glavna tema“ prilikom donošenja novog Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti biti treba li cijepljenje ostati obavezno.

Cijelo društvo i vlada zajedno za zdravlje

Javno zdravstvo je specifično područje zdravstva, čiji cilj, očuvanje zdravlja, bitno ovisi i o drugim resorima i o angažmanu cijele zajednice. To je prepoznala Svjetska zdravstvena organizacija koja svoju strategiju „Health 2020.“ bazira na principu *whole-of-society and whole-of-government approach*, odnosno „Cijelo društvo i vlada zajedno za zdravlje“ (slobodan prijevod; op.a.). No u stvarnosti, često su prilikom donošenja odluka ekonomski i drugi interesi iznad interesa zdravlja pučanstva. Doc. Capak tvrdi, međutim, kako se ta međusektorska suradnja ipak poboljšala posljednjih godina, dijelom zbog legislative EU-a, ali i zbog veće osviještenosti zajednice kako je kroz zajedničke napore, zakone, strategije i akcijske planove važno osigurati ljudsko zdravlje.

Zdravlje stanovništva od nacionalne važnosti

U dokumentu koje je izradilo Komorino Povjerenstvo za javnozdravstvenu djelatnost otvorena su još mnoga pitanja te izneseni prijedlozi za poboljšanja i reorganizaciju sustava javnoga zdravstva. U jednom novinarskom članku nemoguće je prezentirati cjelokupnu problematiku jednoga tako složenog i kompleksnog sustava. No, jasno je da djelatnost javnoga zdravstva mora ponovno dobiti zasluženu ulogu, i to ne samo unutar zdravstvenog sektora, jer je zdravlje stanovništva pitanje od nacionalne važnosti. Stoga se nadamo da će oni koji odlučuju, osvijestiti važnost dugoročnog i promišljenog planiranja zdravstvene politike u kojoj bi preventiva trebala imati ključnu ulogu.

Prof. dr. Andrea Bezjak, renomirani stručnjak za radioterapiju raka pluća:

"Radioterapija u sjeni novih i skupih onkoloških lijekova"

Razgovarao: dr. JURE MURGIĆ,
onkolog sa Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC Sestre milosrdnice u
Zagrebu, alumni Sveučilišta u Torontu, Department of Radiation Oncology 2014-2015

Prof. dr. Andrea Bezjak, BMedSc, MDCM, MSc, FRCPC, rođena je i odrasla u Rijeci, gdje joj je otac bio profesor mikrobiologije i dekan Medicinskog fakulteta, a majka specijalist školske medicine. Obitelj je emigrirala te je dr. Bezjak diplomirala medicinu na Sveučilištu McGill u Montrealu, gdje je završila i specijalizaciju iz interne medicine. Potom je završila specijalizaciju iz radioterapijske onkologije u Torontu te magisterij iz kliničke epidemiologije na sveučilištu McMaster u Hamiltonu.

Prof. Bezjak je globalni stručnjak za radioterapiju raka pluća. Voditelj je radne skupine za liječenje raka pluća u jednoj od najprestižnijih bolnica za maligne bolesti u svijetu – Princess Margaret Hospital u Torontu. Redovni je profesor radioterapijske onkologije i kliničke epidemiologije na sveučilištu u Torontu. Svojim studijama provedenim u suradnji s glavnim kolaborativnim grupama (RTOG i NCIC) dala je temeljni doprinos oblikovanju optimalnog liječenja raka pluća. Prvi je autor najnovijih ASCO (American Society for Clinical Oncology) smjernica za liječenje raka pluća. Bila je predvoditelj suvremene radioterapije i kliničke primjene novih tehnika zračenja koje su danas rutinske u većim onkološkim centrima. Snažan pečat ostavila je i u palijativnoj radioterapiji i u studijama kvalitete života. Bila je predsjednik kanadskog udruženja radioterapijskih onkologa. Istinski je kliničar i znanstvenik s izvrsnim poznavanjem metodologije kliničkih ispitivanja. Autor je dvjestotinjak radova, s preko tisuću citata te je bila voditelj niza projekata. Promotor je radioterapije, kvalitetnih studija koje oblikuju kliničku praksu, a posebnu sklonost ima prema edukaciji mlađih naraštaja onkologa, za što je dobila i nagradu Sveučilišta u Torontu.

Dr. Bezjak ujedno je i supruga, u sretnom braku preko 20 godina, i majka dvoje djece koji su sada na fakultetu.

U Hrvatskoj je zadnji put boravila 22. travnja 2016. godine kada je na poziv Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a Sestre milosrdnice i Hrvatskog društva za onkologiju i radioterapiju održala predavanje na simpoziju posvećenom raku pluća, na kojem su sudjelovale sve

zagrebačke onkološke ustanove. Tom smo je prilikom zamolili za razgovor o stanju u hrvatskoj onkologiji i radioterapiji, posebice vezano uz rak pluća, ali i o nizu ostalih tema. Namjera je bila s čitateljima podijeliti razmišljanja te životno i profesionalno iskustvo vodeće svjetske onkologije u području raka pluća, koja je dosegla punu znanstvenu i stručnu afirmaciju u prestižnim svjetskim institucijama.

■ Kada ste otišli u Kanadu i zašto?

Kako to da ste unatoč završenoj specijalizaciji iz interne medicine izabrali radioterapiju kao svoj životni poziv?

Nakon gimnazije, koju sam završila u Rijeci, otišla sam u Kanadu te diplomirala medicinu na Sveučilištu McGill u Montrealu. To mi je otvorilo sva vrata u Kanadi. Specijalizirala sam internu medi-



Prof. dr. Andrea Bezjak, Princess Margaret Hospital

cinu jer mi se sviđala i kroz nju sam naučila puno o onkologiji. Kad sam se zainteresirala za onkologiju, prvo sam mislila ići u medicinsku (internističku) onkologiju, ali sam vidjela kako radioterapijska onkologija puno više pomaže pacijentima, a neke maligne bolesti može čak izliječiti. Uvidjela sam da je radioterapijska onkologija struka koja ima veliku perspektivu, koja puno pomaže bolesnicima, a nudi mogućnosti za znanstveni rad te sam se zato odlučila za tu struku.

■ **Voditelj ste grupe za liječenje raka pluća u Princess Margaret Hospitalu (PMH). Možete li opisati uobičajen postupak u PMH-u kod bolesnika s novo dijagnosticiranim rakom pluća?**

PMH je najveći centar za tumore u Kanadi i ubraja se među pet najpoznatijih onkoloških centara u cijelom svijetu. Ja sam šef cijele grupe (Lung Site Group Leader) za rak pluća u PMH-u. Kad dođe bolesnik važno je da se što prije obradi, da se što prije shvati tko će mu najviše pomoći; je li npr. kirurški slučaj, u kojem slučaju su kirurzi glavni, ali svakako s našom suradnjom i diskusijom o slučaju. Isto tako potrebno je što prije odrediti

treba li bolesniku CT scan, PET scan, eventualno MR, ili biopsija. Imamo i mi poteškoća, jer imamo više bolesnika nego što imamo mogućnosti da ih brzo obradimo pogotovo jer nam dolaze pacijenti ne samo iz užeg centra Toronta, nego i iz udaljenih mjesta zbog naše reputacije.

Bolesnik je uvijek u središtu, potom slijede znanstveni rad i klinička ispitivanja. U PMH, za razliku od drugih centara, nastojimo što više bolesnika uključiti u klinička ispitivanja, tako da je kod nas oko 20 % od ukupnog broja bolesnika uključeno u neko od brojnih kliničkih ispitivanja. Time se pomaže bolesniku, ali se ujedno stvara novo medicinsko znanje koje koristi svima u svijetu.

■ **Što je danas standard liječenja raka pluća u PMH-u?**

Jako se puno koristi tzv. „multimodality treatment“ (multimodalno liječenje). U tom liječenju prisutne su sve moguće kombinacije suvremene onkološke terapije (radioterapija, kemoterapija, kirurgija). Imamo puno konkomitantne kemoterapije s radioterapijom, puno se toga radi zajedno, gotovo nikada ne dajemo prvo kemoterapiju pa radioterapiju. **Naši internistički**

>>

onkolozi su posve uvjereni da je konkomitantna kemoradioterapija najbolja opcija. Kao što znate, radioterapija može kompletno izliječiti rak pluća. Radimo puno stereotaktične radioterapije, za rane stadije raka pluća, kao i za metastaze, u čemu smo bili među prvim u svijetu.

Preduvjet optimalnog liječenja onkološkog bolesnika je multidisciplinarni rad. Svaki centar koji želi liječiti bolesnike s malignom bolesti mora imati tumor board jer to donosi velik pomak u liječenju onkoloških bolesnika koji s relativno malo ulaganja može dati fantastične rezultate. To je prioritetno pitanje u hrvatskoj onkologiji.

Radioterapija je u sjeni novih i skupih onkoloških lijekova koje prati agresivni marketing farmaceutske industrije. Nedovoljno je poznato da se radioterapijom može svladati npr. rak prostate, ginekološkog sustava i pluća; nužna je u palijaciji simptoma te se preporuča u više od polovice novodijagnosticiranih bolesnika.

■ **Zašto je i danas rak pluća visoko smrtonosna bolest? Što je najveći problem i izazov u liječenju te bolesti?**

Dva su velika problema. Jedan je da se rak pluća otkrije kada je već metastazirao. I kod nas se u Kanadi, nažalost, preko 50% novih slučajeva raka pluća otkrije u IV. stadiju bolesti. Drugi je problem da bolesnici s rakom pluća često imaju i druge kronične bolesti povezane s dugogodišnjim pušenjem, tako da, ako se bolest i otkrije u ranijem stadiju, ti bolesnici nisu u dobroj kondiciji za liječenje.

Program ranog otkrivanja raka pluća pomoću niskodoznog CT-a predstavlja velik pomak. Ali, to još nije rašireno i mora se pametno implementirati jer će se neminovno nailaziti na razne sjene na probirnim CT scanovima... Studije su pokazale da se ovom metodom može sniziti mortalitet od raka pluća za 20 %. Tu je puno veća korist nego npr. od probirne mamografije i drugih programa ranog otkrivanja raka.

U Hrvatskoj kolege onkolozi dobro poznaju relevantne studije i znaju što bolesnicima treba, ali nedostaje objektivnih mogućnosti, tehnologije i tinskog rada. Ima puno znanja i puno sposobnih ljudi, ali sustav nije dobro organiziran i materijalni uvjeti su puno lošiji nego u Kanadi.

Uvidjela sam da je radioterapijska onkologija struka koja ima veliku perspektivu, koja puno pomaže bolesnicima, a nudi mogućnosti za znanstveni rad te sam se zato odlučila za tu struku

Bolesnik je uvijek u središtu, potom slijede znanstveni rad i klinička ispitivanja. U PMH, za razliku od drugih centara, nastojimo što više bolesnika uključiti u klinička ispitivanja, tako da je kod nas oko 20 % od ukupnog broja bolesnika uključeno u neko od brojnih kliničkih ispitivanja. Time se pomaže bolesniku, ali se ujedno stvara novo medicinsko znanje koje koristi svima u svijetu

Preduvjet optimalnog liječenja onkološkog bolesnika je multidisciplinarni rad. Svaki centar koji želi liječiti bolesnike s malignom bolesti mora imati tumor board jer to donosi velik pomak u liječenju onkoloških bolesnika koji s relativno malo ulaganja može dati fantastične rezultate. To je prioritetno pitanje u hrvatskoj onkologiji

■ **Poznato vam je da u hrvatskoj onkologiji vlada sukob internističkih onkologa i kliničkih onkologa (specijalista radioterapije i onkologije). Kako vi gledate na to?**

Vjerujem da i u drugim zemljama ima puno problema i sukoba. Recimo, u Engleskoj je stanje slično kao u Hrvatskoj: imaju kliničke onkologe koji mogu raditi i kemoterapiju i radioterapiju, dok internistički onkolog radi samo kemoterapiju. Mislim da čovjek mora neke razlike pokušati prebroditi jer je to u korist bolesnika. Svaki model ima nešto dobro i nešto loše. Problem je s kojim se ja suočavam kod nas u Kanadi, gdje smo potpuno odvojeni, da ne mogu pacijentu sve savjetovati. Recimo, ja mogu savjetovati i predložiti bolesniku radioterapiju jer smatram da će mu ona pomoći, dok internistički onkolog predlaže kemoterapiju, a ne radioterapiju. Vrlo je važno da taj internistički onkolog i ja imamo dobru komunikaciju i da se međusobno slažemo, u suprotnom dolazi do kašnjenja i problema u liječenju.

Primijetila sam da ovdje bolesnici često počnu kemoterapiju, a trebali su početi radioterapiju. Vjerojatno zato jer specijalisti različitih struka ne rade zajedno. Onkolog odgovoran za kemoterapiju možda ne želi gubiti vrijeme, ali on koji puta ni ne zna kako radioterapija može pomoći bolesniku. On misli da radi u bolesnikovom najboljem interesu, a zapravo to nije tako.

■ **Bavite se i palijativnom radioterapijom. Kako to da ste izabrali to područje i što vas motivira za rad u palijativnoj onkologiji?**

Kad se bavite rakom pluća, a 50 % bolesnika u startu ima metastaze, znate kako radioterapija može puno pomoći kod bolova, kašlja i svih problema što ih bolesnik ima od metastaza. Palijativna onkologija nije popularna jer neki misle da nema mogućnosti za poboljšanje, a drugi misle da je depresivno baviti se bolesnikom koji se ne može izliječiti i koji će brzo umrijeti. Ali kad vidite koliko čovjeku možete pomoći, čak i ako ga ne možete izliječiti, onda to daje puno poticaja za rad i meni je je velik uspjeh svaki bolesnik kojem se može pomoći bez obzira u kojoj mjeri.

Potrebno je stalno se educirati i valja znati da uvijek postoji više podataka nego što ih posjedujete i da će doći bolesnik s novim problemima koje nikad prije niste vidjeli. Bitno je ne samo baratati informacijama, nego imati i



Dr. Mary Gospodarowicz (medicinski direktor Princess Margaret Hospital i bivša predsjednica UICC (Union for International Cancer Control)) uručuje prof. Andrei Bezjak godišnju nagradu



Uručenje posebnog priznanja prof. Andrei Bezjak za klinički i akademski leadership u radioterapiji raka pluća koji dodjeljuje Princess Margaret Foundation (2005. g.) - „Addie McNaughton inauguration in honorary chair for lung cancer radiotherapy“

trezvenu kliničku prosudbu kako na pravi način upotrijebiti medicinsko znanje.

■ **Možete li nam reći nešto o edukaciji specijalizanata radioterapijske onkologije u Kanadi?**

Specijalizacija iz radioterapijske onkologije traje pet godine. Prva je godina slična našem stažu, gdje se u blokovima od mjesec-dva prolazi kroz razne grane medicine, od kirurgije do hitne medicine. Sljedeće četiri godine je radioterapijska onkologija s malo internističke onkologije. Očekuje se da će svi i znanstveno raditi. Specijalistički ispit se polaže centralno, jednom godišnje za sve specijalizante iz cijele Kanade, u glavnom gradu Ottawi, a sastoji se od pismenog i usmenog dijela i prilično je rigorozan.

U zadnje je vrijeme tendencija da se nakon specijalizacije ide na subspecijalizaciju, tzv. fellowship. Izabere se grana onkologije, recimo tumori glave i vrata, ginekološki tumori, torakalna ili genitourinarna onkologija, i onda se godinu dana intenzivno klinički radi samo u tom području. Jasno, ima onih koji idu na MSc ili PhD, ali to nije toliko često kao kod vas. Na primjer, ja sam profesor puno godina, a nemam PhD, imam „samo“ magisterij iz kliničke epidemiologije koji sam završila

nakon specijalizacije. Više se klinički radi i stavlja naglasak na praktičan rad.

■ **Recite nešto o fellowship programu iz radioterapijske onkologije na Sveučilištu u Torontu, koji je jedan od najprestižnijih na svijetu?**

To je program stjecanja dodatnog usavršavanja i kvalifikacija u jednoj ili više grana radioterapijske onkologije u kojem se kombiniraju intenzivan klinički rad i znanstveno istraživanje. Aplikacije za program su otvorene svim kandidatima u svijetu, dostupne su na web stranici Sveučilišta u Torontu (University of Toronto Department of Radiation Oncology). Potrebno je imati dobar CV, uključujući objavljene publikacije, te snažne reference (pisma preporuke), u kojima treba biti jasno istaknuto da je kandidat među najsposobnijima i najperspektivnijima. Financiranje nije problem jer mi (Department of Radiation Oncology) osiguravamo punu plaću izabranom kandidatu.

■ **Imate li poruku mladim hrvatskim onkolozima i hrvatskim liječnicima općenito?**

Žao mi je čuti da su ljudi prilično deprimirani sadašnjim stanjem. Jasno mi je da nije lako raditi u teškim uvjetima, ali ništa nije idealno. Ni vani nisu stvari idealne,

Radioterapija je u sjeni novih i skupih onkoloških lijekova koje prati agresivni marketing farmaceutske industrije. Nedovoljno je poznato da se radioterapijom može izliječiti npr. rak prostate, ginekološkog sustava i pluća; nužna je u palijaciji simptoma te se preporuča u više od polovice novodijagnosticiranih bolesnika

postoje drugi problemi. Susrećem mlade hrvatske liječnike koji su napustili zemlju i došli u Kanadu ili u SAD da se tamo pokušaju plasirati i vidim da se jako muče jer im je teško ući u sistem. Voljela bih kad bi naši ljudi, koji su sposobni i imaju potencijal, mogli zajedno raditi u Hrvatskoj i stvoriti bolje mogućnosti i za sebe, i za struku, i za bolesnike. Radije to, nego gledati i misliti da je vani sve bolje.

Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor HLK-a

Jamac visoke stručne razine rada liječnika

Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić i doc. dr. sc. Joško Markić,
Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor HLK-a

U svim provedenim redovitim nadzorima Komisija je pronašla neke nedostatke i/ili nepravilnosti. Nedostatci su najvećim dijelom bili kadrovske naravi, tj. uočen je nedovoljan broj liječnika, osobito u djelatnosti anestezijske te nedostatci vezani uz zastarjelu ili nedostatnu opremu za obavljanje radiološke djelatnosti. Nepravilnosti su se uglavnom odnosile na organizaciju rada, neprimjerene prostorne uvjete i vođenje medicinske dokumentacije

Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor drugo je od devet stalnih povjerenstava Hrvatske liječničke komore koje predstavljamo u Liječničkim novinama.

Utvrđivanje standarda

Povjerenstvo vodi brigu i nadzor o opsegu i kvaliteti stručnog djelovanja, te o drugim stručnim pitanjima. Pritom sudjeluje u utvrđivanju standarda i normativa zdravstvenih usluga, daje stručna mišljenja kod pripreme propisa koji utječu na razvoj zdravstvene struke; sudjeluje u pripremi prijedloga mreže zdravstvene djelatnosti, razmatra te daje mišljenje i utvrđuje stajalište i o drugim stručnim pitanjima; surađuje sa stručnim društvima i medicinskim fakultetima, a po potrebi i s Ministarstvom, vodi brigu i nadzor o opsegu i kvaliteti stručnog djelovanja liječnika, pruža zaštitu građanima u ostvariva-

nju prava s obzirom na kakvoću, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge koja im se pruža; vodi brigu o unapređivanju vrsnoće stručnog djelovanja, opreme i organizacije zdravstvene zaštite, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom u provedbi zdravstveno-inspekcijskog nadzora, poduzima potrebne prethodne radnje za provođenje postupka pred Sudom Komore te promiče znanstvene postupke u dijagnostici i liječenju, a suzbija nadržiliječništvo. Statutom Hrvatske liječničke komore određeno je da u slučaju sumnje na nestručno obavljanje liječničke profesije, Povjerenstvo može pokrenuti disciplinski postupak pred Časnim sudom.

Predsjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor je dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dopredsjednica je prof. dr. sc. Ervina Bilić, a članovi Povjerenstva su dr. sc. Držislav Kalafa-

tić, prim. Branislav Kocman, prof. dr. sc. Boris Labar, prim. Mario Malović, doc. dr. sc. Joško Markić, prof. prim. dr. sc. Klementina Ružić i prof. dr. sc. Sven Seiwert.

Angažiranje uglednih stručnjaka

Od konstituiranja sadašnjeg saziva Povjerenstva u lipnju 2015. održano je 13 sjednica. Na njima je obrađeno oko 630 predmeta, u prosjeku 60 predmeta po sjednici. U šest predmeta utvrđeno je da je počinjena stručna greška u postupku liječenja. Povjerenstvo je izdalo tri pozitivna mišljenja za postupke pred Časnim sudom, a u jednom slučaju je samostalno prosljedilo predmet na daljnji postupak pred Časnim sudom HLK-a. Povjerenstvo u svom radu i donošenju mišljenja povremeno angažira kolege liječnike iz redova uglednih stručnjaka, koji svojom ekspertizom



Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor. S lijeva na desno: doc. dr. sc. Joško Markić, prof. prim. Klementina Ružić, dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, prof. dr. Ervina Bilić, prim. Mario Malović i prim. Branislav Kocman

pomažu da donesene odluke bude pravedne i stručno utemeljene. Do sada je u tom svojstvu bilo angažirano više od 30 liječnika, a cilj nam je da ih bude još i više.

Nadzor nad radom liječnika i zdravstvenih ustanova

Osim toga, u razdoblju od lipnja 2015. do danas obavljeno je 13 redovitih nadzora nad radom liječnika. Kod odabira stručnjaka za obavljanje stručnog nadzora vodili smo se pravilom da liječnici koji nadziru budu iste ili srodne specijalnosti kao i nadzirani liječnici te da su djelatnici zdravstvenih ustanova istog ili višeg ranga. Nadzirano je ukupno 26 različitih odjela/djelatnosti. Izvanredni stručni nadzor

proveden je u Domu zdravlja Osijek (LOM), KBC-u Rijeka (pedijatrija) i KBC-u Split (interna medicina), u kojima Komisija nije pronašla nikakve nepravilnosti u stručnom radu liječnika. U svim provedenim redovitim nadzorima Komisija je pronašla neke nedostatke i/ili nepravilnosti. Nedostatci su najvećim dijelom bili kadrovske naravi, tj. uočen je nedovoljan broj liječnika, osobito u djelatnosti anestezije, te nedostatci vezani uz zastarjelu ili nedostatnu opremu za obavljanje radiološke djelatnosti. Nepravilnosti su se uglavnom odnosile na organizaciju rada, neprimjerene prostorne uvjete te na vođenje medicinske dokumentacije. Zdravstvena ustanova nad

kojom je učinjen stručni nadzor, prema Pravilniku o stručnom nadzoru, dužna je u roku od tri mjeseca izvijestiti Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor o provedenim mjerama za otklanjanje uočenih nedostataka/nepravilnosti, što su do sada sve nadzirane zdravstvene ustanove i učinile.

Povjerenstvo će i dalje nastaviti sve svoje aktivnosti s ciljem održanja visoke stručnosti rada u našem zdravstvenom sustavu te ukazivati na nedostatke ili propuste koji postoje. Samo zajedničkim naporom i stalnim stremljenjem prema boljem možemo izgraditi sustav na zadovoljstvo nas i naših pacijenata.

Tko će konačno presuditi hrvatskom zdravstvenom sustavu?

Prema zahtjevu nadležnih inspekcija pokrenuti su protiv odgovornih osoba u zdravstvenim ustanovama, članova HLK-a, prekršajni postupci zbog duljine trajanja prekovremenog rada liječnika

Mr. sc. ANTE KLARIĆ, dipl. iur., voditelj Službe stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova HLK-a

U posljednje vrijeme svjedoci smo iznimno zabrinjavajućih situacija da su protiv odgovornih osoba u zdravstvenim ustanovama, članova Hrvatske liječničke komore pokrenuti prekršajni postupci po zahtjevu nadležnih inspekcija, vezano za duljinu trajanja prekovremenog rada liječnika. Najnoviji primjer navedenog je izvješće inspekcije rada Ministarstva rada i mirovinskog sustava o obavljenom inspekcijskom nadzoru u KBC-u Osijek. Po provedenom nadzoru utvrđeno je da su liječnici zaposlenici Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnog liječenja tijekom prvih šest mjeseci 2016. godine odradili više od dozvoljene i propisane godišnje norme prekovremenih sati. Slijedom utvrđenog inspekcija rada podnijela je zahtjev za pokretanje prekršajnog postupka protiv predstojnika Klinike te je istom predloženo provesti pred Prekršajnim sudom postupak protiv imenovanog te ga proglasiti krivim i kazniti po zakonu odgovarajućom novčanom sankcijom, kao i iz istog razloga naplatiti mu sve troškove prekršajnog postupka.

Pravo na zdravstvenu zaštitu

S druge strane Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16) u njegovim temeljnim odredbama jasno stoji da svaka osoba u Republici Hrvatskoj ima

pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja. Štoviše Zakonom o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine br. 169/04, 37/08) također je propisano da se svakom pacijentu jamči opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju. Uzimaju u obzir gore navedeno postavlja se onda realno pitanje kako je moguće ostvariti prethodno navedena načela u situaciji kad represivni sustav pristupa kažnjavanju liječnika te ih pritom sankcionira visokim novčanim kaznama, odnosno kad ih zbog neorganiziranosti i nedorečenosti pravne norme prisiljava raditi prekovremeno i van okvira standardnog radnog vremena, kao i kad je svojom neučinkovitošću i dvojbenim radno-pravnim zakonskim utvrđenjima omogućio kolektivnu formalno-pravnu nesigurnost.

U sustavu zdravstva koji svakim danom bilježi rast manjka liječnika kako u primarnoj zdravstvenoj zaštiti tako i bolničkih liječnika, a u kojem još uvijek ne postoje jasno definirani vremensko-kadrovske normativni rada liječnika, planovi i projekcije održivosti i razvoja sustava, integracije njegovih temeljnih subjekata zdravstvenih radnika u prvom redu liječnika kao nositelja zdravstvene djelatnosti, pravo na ustavom zagaraniranu primjerenu zdravstvenu zaštitu naši pacijenti ostvaruju zahvaljujući još uvijek

isključivo i jedino entuzijazmu i požrtvovnom radu liječnika i drugih zdravstvenih radnika. U tim okolnostima liječnici djelatnost pružanja zdravstvene zaštite obavljanju iznad i preko granice dozvoljenog, dakle u opsegu i sadržaju temeljenim na preopterećenju redovnih programa kao i iznimno velikog broja prekovremenih sati.

S jedne strane odredbe Zakona o radu (Narodne novine, broj 93/14) u čl. 65. st. 3. i 4, uređuju da ako radnik radi prekovremeno, ukupno trajanje rada radnika ne smije biti duže od pedeset sati tjedno te da prekovremeni rad pojedinog radnika ne smije trajati duže od sto osamdeset sati godišnje, osim ako je ugovoreno kolektivnim ugovorom, u kojem slučaju ne smije trajati duže od dvjesto pedeset sati godišnje.

Ograničenje broja radnih sati

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16) pak u čl. 162. uređuje da iznimno zbog potrebe posla, maksimalno ukupno trajanje radnog vremena tjedno, uključujući rad u dežurstvu i rad po pozivu, može biti duže od 48 sati uz prethodni pisani pristanak radnika, ne navodeći preciznije koje bi to bilo ograničenje broja radnih sati.

U takvoj pravno nezavidnoj situaciji iznimno je teško, odnosno gotovo je



nemoguće dati konkretan i relevantan praktični odgovor na pitanje tumači li se radno vrijeme radnika tj. liječnika u skladu s relevantnim odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti ili Zakona o radu, a poglavito dati nedvojben odgovor na upit koji je maksimalni broj radnih sati, uključujući prekovremene sate, koje liječnik u skladu s primjenjivim zakonom smije odraditi na dnevnoj, tjednoj, mjesečnoj i godišnjoj razini radeći u mreži javne zdravstvene službe (a uz prethodno izjavljenu suglasnost radnika/liječnika poslodavcu/ustanovi), odnosno je li u načelu postoji ograničenje broja radnih i prekovremenih sati u sustavu zdravstva preko kojih zdravstveni radnik, tj. liječnik ne bi mogao, odnosno smio raditi.

Riješiti ovakve dvojbene situacije pravno-zakonskog gordijskog čvora nije moguće bez jasne i precizne intervencije sustava, odnosno nadležnih državnih institucija i tijela i to na način nedvosmislenog propisivanja kriterija i standarda rada i radnih sati u sustavu zdravstva i zdravstvene zaštite.

U krajnjem slučaju ukoliko se u dogledno vrijeme zaista i donese gore naznačena sporna rješidba Prekršajnog suda po

zahtjevu predmetne inspekcije rada, nedvojbeno proizlazi da ovakav zdravstveni sustav i uvriježeni nekritični princip nametnutih standarda rada i obavljanja liječničke djelatnosti u pružanju zdravstvene zaštite, više neće biti moguć niti održiv, kako je evidentno sada i u formalno – pravno procesnom smislu. Nadležne osobe i predstavnici državnih tijela, ponajprije čelnici zdravstvenih ustanova i nadležnih ministarstva moraju konačno postati svjesni i pri tom odgovorni da sustav već duže vrijeme egzistira na rubu samoodrživosti. Nije moguće da se zdravstvena skrb pacijentima pruža na predmetan način, koji podrazumijeva prije svega evidentan deficit liječnika i drugih zdravstvenih radnika, a koje se zbog nedosljednosti prave norme i standarda, te nekritičnosti i nezainteresiranosti i neodgovornosti nadležnih tijela praktički stavlja u situaciju, bez mogućnosti realnog izbora, kontinuiteta kršenja zakonske norme i uvriježenih standarda prilikom obavljanja profesije u pružanju zdravstvene zaštite.

Zaključno se postavlja pitanje hoće li netko od odgovornih državnih tijela i

institucija konačno stati pred svekoliku javnost i priznati da zdravstveni sustav u skoro vrijeme, a kako sada vidimo na osnovu pokrenutih prekršajnih postupaka, neće moći odgovoriti svim zakonskim, pravnim i profesionalnim zahtjevima, a što će se u konačnici odraziti na sve pacijente i društvo u cjelini.

Jasni kriteriji rada

Zadatak je prije svega resornog Ministarstva zdravstva da u skladu sa načelima hrvatskog zakonodavstva, te standarda i pravne stečevine europskog gospodarskog prostora, donese jasne kriterije rada i mogućnosti rada liječnika kako u redovnom radnom vremenu, tako i kod mogućnosti i potreba korištenja prekovremenog rada i rada u dežurstvu.

Hrvatska liječnička komora ne može i neće prihvatiti činjenicu da se zbog nedostataka i nezainteresiranosti sustava procesuiru i kažnjava njene članove samo s formalne pozicije tzv. nadležnih osoba, te će u predmetnim i drugim situacijama čvrsto stajati u zaštiti interesa svojih članova, liječničke profesije i pružanja adekvatne i primjerene zdravstvene zaštite i skrbi svim pacijentima i društvu u cjelini.

STIV LAKSATIV

ZA SAD JEDINA PROMJENA, FIZIČKO I
PSIHIČKO STALJE MINISTARSTVA ZDRAVLJA
PRETVORILO SE U MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

MIČI SE, DA NASTAVIM
TU Gdje SI STAO!

ZZZ...!?



STIV
CINIK

Komora ukazala na potrebu integracije ažuriranih listi lijekova i ortopedskih pomagala u sve informatičke programe bolničkih zdravstvenih ustanova (tzv. Bis)



Hrvatska liječnička komora (HLK) predložila je Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) propisivanje obveze integracije ažuriranih lista lijekova i ortopedskih pomagala u sve informatičke programe bolničkih zdravstvenih ustanova (tzv. Bis). Prijedlog se odnosi na liste lijekova i ortopedskih pomagala koje u okvirima obveznog zdravstvenog osiguranja, prema indikaciji odnosno preporuci bolničkih liječnika (specijalista/užih specijalista), propisuju liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Izvršni odbor HLK-a podržao je zajedničku inicijativu triju svojih stalnih povjerenstava: Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu, Povjerenstva za bolničku djelatnost i Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor, koja su utvrdila kako većina bolničkih liječnika nema mogućnost uvida u ažuriranu listu lijekova i ortopedskih pomagala sa svim HZZO-ovim pravilima propisivanja. Zbog navedenog se ponekad događa da bolnički liječnici preporuča lijek ili ortopedsko pomagalo koje pacijent ne može dobiti receptom ili doznakom na teret

HZZO-a. To rezultira neželjenim situacijama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u kojima su izabrani liječnici izloženi bezrazložnom pritisku pacijenata za propisivanjem upravo preporučenog lijeka ili pomagala koje, pod prijetnjom novčanim kaznama HZZO-a, liječnici ne smiju propisati.

Usvajanjem prijedloga HLK-a, bolničkim liječnicima bi se omogućilo da, putem informatičkog sustava, u svakom trenutku imaju pristup u ažurirane liste lijekova i ortopedskih pomagala sa svim HZZO-ovim pravilima propisivanja. Na taj način pacijenti bi mogli biti pravovremeno i na primjeren način informirani o lijekovima i pomagalima čiji trošak im pokriva obvezno zdravstveno osiguranje.

Uvažavanjem prijedloga HLK-a izbjegle bi se, u zadnje vrijeme učestale, nepotrebne konfliktne situacije te dodatno ojačalo povjerenje pacijenata u liječnike, kako liječnike primarne zdravstvene zaštite, tako i liječnike bolničkih ustanova.

Ministarstvo zdravstva počelo nadzirati specijalističko usavršavanje

Iz Povjerenstva za mlade liječnike HLK-a



Tijekom veljače Ministarstvo zdravstva je počelo s prvim stručnim posjetima radi poboljšanja kvalitete specijalističkog usavršavanja. Za sada su obuhvaćene tri specijalizacije: kirurgija, fizikalna medicina i rehabilitacija te obiteljska medicina. Postupak posjeta utvrđen je Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, odnosno njegovim prilogom V te ćemo ga ukratko opisati.

Procjena kvalitete izobrazbe

Kao što je utvrđeno tim Pravilnikom, Ministarstvo imenuje članove Povjerenstva za stručni posjet (u nastavku: Povjerenstvo) za svaku specijalizaciju, u dogovoru s voditeljem programa specijalističkog usavršavanja. Povjerenstvo posjećuje zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, ordinacije i fakultete ovlaštene za provođenje specijalističkog usavršavanja. Čine ga tri člana iz područja specijalizacije koja

se ocjenjuje, a može se po potrebi pridodati i specijalist neke druge specijalnosti. Povjerenstvu se pridodaje i specijalizant specijalnosti koja se ocjenjuje. Svrha posjeta je unaprjeđenje, osiguranje i procjena kvalitete izobrazbe specijalističkog usavršavanja u njima. Povjerenstvo prikuplja upitnike propisane Pravilnikom koje ispunjavaju glavni mentori, dok specijalizant koji je član Povjerenstva prikuplja upitnike što ih ispunjavaju specijalizanti. Prikupljeni upitnici specijalizanata su povjerljivi. Povjerenstvo posjećuje onu djelatnost ustanove koja je uključena u program specijalističkog usavršavanja i specijaliste s kojima specijalizanti rade. Razgovara sa svim specijalistima i specijalizantima, pri čemu se sa specijalizantima razgovara povjerljivo. Posjet završava raspravom s mentorima i razgovorom s predstavnikom uprave zdravstvene ustanove u kojoj se provodi specijalizacija.

Procjenom specijalističkog usavršavanja Povjerenstvo uspoređuje opaženo stanje s kriterijima koji su prihvaćeni na nacionalnoj razini, a prema pravilima koje je postavilo Nacionalno povjerenstvo za specijalističko usavršavanje doktora medicine. Pri tome se služi propisanim kontrolnim listom. Povjerenstvo podnosi izvješće sa svojim prijedlozima spomenutom Nacionalnom povjerenstvu, tijelu koje je nadležno za predlaganje odluke ministru, a u skladu s propisima o davanju ili oduzimanju ovlaštenja za specijalističko usavršavanje. Dakle, ishod stručnog posjeta može se koristiti u nacionalnom programu ovlašćivanja ustanova koje provode specijalističko usavršavanje, ovisno o važećim propisima.

Prihvatanje kritike

S obzirom na to da je postupak oko prvih stručnih posjeta još u tijeku, ostaje za vidjeti hoće li donijeti neke promjene i poboljšanja u specijalizaciji. Ključnu ulogu za vrijeme stručnih posjeta imaju svi sudionici sustava specijalističkog usavršavanja, od specijalista do specijalizanata, koji mogu ukazati na moguće nepravilnosti i poboljšanja. Naravno, uloga specijalizanata je ovdje osobito važna, a ovisna je o povjerenju u sustav da će njihove izjave ostati povjerljive, kako bi bile iskrene i bez straha od odmazde. Da bi ovakvi stručni posjeti bili konstruktivni i dali na kraju rezultate, osim što specijalizantima treba omogućiti da iskreno kažu ono što ih muči, nadležni moraju moći i biti voljni da prihvate konstruktivne kritike usmjerene na poboljšanje. Tek ćemo vidjeti jesmo li postigli takvu razinu sustava u kojoj se kritika smatra pozitivnom. Početak stručnih posjeta svakako daje nadu da idemo u tom smjeru.

Posjetom Istri vodstvo Komore započelo ovogodišnji obilazak županijskih povjerenstava

Vodstvo Hrvatske liječničke komore prevođeno predsjednikom dr. sc. Trpimirom Golužom posjetilo je 21. veljače Istarsku županiju, u sklopu redovitog godišnjeg obilaska svojih županijskih povjerenstava. Tijekom boravka u Istri, dužnosnici Komore posjetili su Opću bolnicu Pula i održali radni sastanak s ravnateljicom doc. dr. sc. Irenom Hršić koja ih je upoznala s dinamikom izgradnje nove bolnice te s ostalim aktualnostima vezanim uz vođenje OB Pula.

Problemi liječništva u Istri

Predsjednik Komore, prvi dopredsjednik dr. sc. Krešimir Luetić i voditelj Ureda za medicinsko pravo dr. Miran Cvitković obišli su objedinjeni hitni prijem bolnice i odjel radiologije. U nastavku posjeta nazočili su sjednici Županijskog povjerenstva Istarske županije, gdje su ih predsjednik Povjerenstva dr. Marino Derossi i suradnici upoznali s problemima liječništva u Istri, poglavito u kontekstu kadrovskog deficita te održivosti zdravstvenog sustava na području Županije. Na kraju jednodnevnog posjeta Istri, održana je tribina kojoj je nazočio i predsjednik Skupštine HLK-a doc. dr. Goran Hauser, na kojem su okupljenim članovima prezentirana ostvarenja Hrvatske liječničke komore tijekom lanske godine te planovi za 2017. godinu. Dužnosnici Komore također su odgovarali na sva pitanja, komentare i prijedloge članova.

Vodstvo Komore i ove će godine, tijekom sljedeća dva mjeseca obići sva svoja županijska povjerenstva, kako bi u izravnoj komunikaciji s članstvom te obilaskom zdravstvenih ustanova na tom području registrirali specifične probleme s kojima se u svakoj pojedinoj sredini susreće liječništvo.



Obilazak županijskih povjerenstava i tribine HLK-a

DATUM	ŽUPANIJA	MJESTO ODRŽAVANJA TRIBINE
6.3.2017.	Vukovarsko-srijemska	Vukovar
6.3.2017.	Osječko-baranjska	Osijek
7.3.2017.	Vukovarsko-srijemska	Vinkovci
8.3.2017.	Ličko-senjska	Gospić
13.3.2017.	Zadarska	Zadar
14.3.2017.	Šibensko-kninska	Šibenik
15.3.2017.	Splitsko-dalmatinska	Split
17.3.2017.	Dubrovačko-neretvanska	Metković
20.3.2017.	Dubrovačko-neretvanska	Dubrovnik
21.3.2017.	Dubrovačko-neretvanska	Korčula
27.3.2017.	Varaždinska	Varaždin
28.3.2017.	Požeško-slavonska	Požega
29.3.2017.	Koprivničko-križevačka	Koprivnica
30.3.2017.	Međimurska	Čakovec
4.4.2017.	Karlovačka	Karlovac
5.4.2017.	Virovitičko-podravska	Virovitica
6.4.2017.	Brodsko-posavska	Slavonski Brod
7.4.2017.	Primorsko-goranska	Rijeka
10.4.2017.	Bjelovarsko-bilogorska	Bjelovar
11.4.2017.	Grad Zagreb i Zagrebačka županija	Velika dvorana Hrvatskog liječničkog doma, Šubićeva 9, Zagreb
18.4.2017.	Sisačko-moslavačka	Popovača
25.4.2017.	Krapinsko-zagorska	Zabok
26.4.2017.	Povjerenstvo MORH-a	Zagreb
6.5.2017.	Povjerenstvo HZZO-a	Zagreb

Humanitarni liječnički balovi

Balovima su nazočili ugledni hrvatski liječnici kao i vodstvo Hrvatske liječničke komore

U Zagrebu za Zavod za infektivne bolesti djece KIB-a dr. Fran Mihaljević

U predvečerje Hrvatskog dana liječnika, koji se obilježava 26. veljače, u Zagrebu je održan tradicionalni bal Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ). Na balu su sudjelovali i najistaknutiji hrvatski liječnici, ravnatelji bolnica i kliničkih bolničkih centa-



ra, kao i ministar zdravstva dr. **Milan Kujundžić** i predsjednik Hrvatske liječničke komore dr. sc. **Trpimir Goluža**, rektor Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. **Damir Boras**, prof. dr. Dragan Primorac, zatim prof. dr. **Ranka Padovan Štern sa suprugom Davorom Šternom**, prof. dr. **Andrija Hebrang**, bivši ministar zdravstva prim. **Siniša Varga** i mnogi drugi. S obzirom da je HLZ osnovan 26. veljače 1874. godine iste je večeri, povodom svoje obljetnice, Hrvatski liječnički zbor Zavodu za infektivne bolesti djece Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ donirao uređaj za nazalni CPAP, koji pomaže u liječenju teških infekcija donjeg dišnog sustava u najmlađih bolesnika Klinike, vrlo često dojenčadi. Ovaj uređaj svakodnevno se koristi u Zavodu, osobito tijekom sezone virusnih respiratornih bolesti, koja je sada na vrhuncu. U uporabi je ovoga trenutka u Zavodu jedan takav uređaj, a osobito je važan u prevenciji razvoja terminalnog respiratornog zatajenja, odnosno u redukciji potrebe za invazivnom mehaničkom ventilacijom, što istovremeno prevenira dodatne komplikacije i skraćuje boravak djece u bolnici. Troškovi nabavke jednoga takvog uređaja iznose oko 25 000 kuna. Ove su godine izvođači na Balu HLZ-a bili legendarni **Stjepan Jimmy Stanić**, **Pero Kvirgić**, **Lela Margitić**, **Luka Vidović** i Plesni centar Zagreb.

U Osijeku za rođilište KBC-a Osijek

Prihod od ulaznica i tombole namijenjen je obnovi rođilišta KBC-a Osijek. U organizaciji Povjerenstva Osječko-baranjske županije Hrvatske liječničke komore (HLK) i podružnice Osijek Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ), u Osijeku je 4. veljače održan tradicionalni, humanitarni Liječnički bal.

Povod održavanja bila je 142. godišnjica osnutka podružnice Osijek HLZ-a. Rijetko se koja institucija u Hrvatskoj može podičiti tako dugom tradicijom. Prihod od ulaznica i tombole namijenjen je obnovi rođilišta KBC-a Osijek.

Uz brojne uzvanike i goste koji su otvorili humanitarni Liječnički bal, izdvojiti ćemo prvog dopredsjednika Komore-a dr. sc. **Krešimira Luetića**, tajnika HLZ-a dr. **Tomislava Božeka**, pomoćnicu ministra zdravstva za bolnička pitanja dr. sc. **Ružicu Palić Kramarić**, tajnika Hrvatske udruge bolničkih liječnika (HUBOL) dr. **Ivana Vukoju**, predsjednicu Komore medicinskih sestara Osječko-baranjske županije sr. **Dragicu Pavlović** te predstavnike ravnateljstva KBC-a Osijek.

Više od 130 liječnika i uzvanika družilo se u ugodnoj atmosferi do kasnih noćnih sati.



S lijeva na desno: dr. **Ivan Vukoja**, dr. **Vlatko Kojić**, dr. sc. **Krešimir Luetić**, doc. dr. **Domagoj Drenjančević**, doc. dr. **Željko Zubčić** i doc. dr. **Hervoja Mihalj**

Liječnički bal u Rijeci održat će se 8. travnja u hotelu Ambassador, a u Splitu 22. travnja u hotelu Radisson Blu

Prve nove iskaznice krajem svibnja

Projekt izrade pametne liječničke iskaznice u završnici!



U sklopu projekta *e-Komora* u tijeku je izrada nove liječničke iskaznice, tzv. pametne liječničke iskaznice s naprednim elektroničkim potpisom, koja će članovima omogućiti siguran način komunikacije s Komorom te brzo i jednostavno ostvarivanje članskih prava i pogodnosti.

Postupak izrade iskaznice

Do sada su definirani njezin vizualni izgled i sadržaj. Agencija za komercijalnu djelatnost d.o.o. (Komorin partner u ovom projektu) izradila je i dostavila prve uzorke. Slijedi testiranje iskaznica u informatičkom okruženju Komore. Za potrebe izrade nove iskaznice u tijeku je i prikupljanje biometrijskih fotografija naših članova, kojima je omogućena dostava svojih fotografija Komori u digitalnom obliku, i to na dva načina:

1. Učitavanje fotografije s osobnog računala putem *Portala za članove* u rubrici *Uredi profil*

2. Dostavom fotografije s naznakom imena, prezimena i OIB-a na e-mail: fotografija@hlk.hr

Komora je u tom cilju organizirala besplatno fotografiranje svojih članova po zdravstvenim ustanovama u cijeloj Hrvatskoj te je na taj način do sada prikupljeno 7900 fotografija.

Nakon testiranja, Komora mora potvrditi referentne uzorke Agenciji za komercijalnu djelatnost, zatim slijedi izrada iskaznica i njezina individualizacija putem posebne aplikacije.

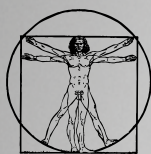
Kada članovi mogu očekivati iskaznicu?

S obzirom na to da je riječ o digitalnim certifikatima, dostava iskaznica ne ovisi ni o Komori ni o Agenciji za komercijalnu djelatnost, već o dopusnici ino-

zemnog certifikacijskog tijela i Ministarstva gospodarstva.

Prema dosadašnjem iskustvu, Agencija za komercijalnu djelatnost predviđa izdavanje liječničkih iskaznica krajem svibnja.

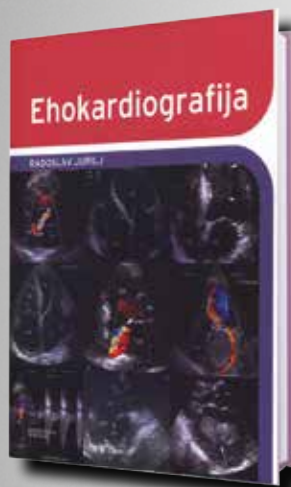
Za sve članove koji se još nisu fotografirali za novu iskaznicu organizirano je besplatno fotografiranje u Središnjem uredu HLK-a u Zagrebu, svaki utorak i četvrtak od 17 do 19 sati tijekom ožujka 2017. godine.



MEDICINSKA NAKLADA

Knjige s popustom

-50%



Knjiga *Ehokardiografija*, autora Radoslava Jurilja, podijeljena je u 19 poglavlja:

- Osnovni pojmovi ultrazvuka i ultrazvučne tehnike • Uloga ehokardiografije u dijagnostici bolesti srca • Anatomija srca • Transtorakalna ehokardiografija • Ehokardiografski prikaz srčanih struktura u 2D-modu • M-mod i 2D-mod • Doplerska ehokardiografija • Ehokardiografsko ispitivanje sistoličke funkcije klijetki • Dijastolička funkcija i disfunkcija srca • Bolesti ventila • Bolesti mitralne ventile • Bolesti aortne ventile • Bolesti trikuspidne i plućne ventile • Kardiomiopatije • Koronarna bolest • Bolesti perikarda • Bolesti endokarda • Stresna i kontrastna ehokardiografija i elektrostimulacija srca • Prirodne srčane greške.

Počnje osnovnim pojmovima i definicijama o ultrazvuku, slijedi anatomija srca, uredan ultrazvuk i patološka stanja koja se uspješno mogu dijagnosticirati ehokardiografijom. Navode se mogućnosti i tehnike izvođenja stresne i kontrastne ehokardiografije.

Knjiga je izvorno djelo; obiluje velikim brojem originalnih i kvalitetnih slika i crteža koje su važnije i od samoga teksta. Sažeto i izdvojeno, u obliku tablica, iznijete su osnovne mjere i mjerne jedinice koje su važne za procjenu funkcije i anatomije srca.

EHOKARDIOGRAFIJA

— 2. dopunjeno i obnovljeno izdanje

AUTOR: Radoslav Jurilj

DIMENZIJE: 21,5 x 27,5 cm

OPSEG: 356 str.

UVEZ: tvrdi

GODINA IZDANJA: 2013.

PUNA CIJENA: 399,00 kn

S POPUSTOM: 200,00 kn

-30%

POSEBNA
PONUDA
u
ožujku



**ATLAS
RENDGENSKE
ANATOMIJE**
— 7. prerađeno
i dopunjeno izdanje
- 244 ilustracije sa 600
pojedinačnih prikaza

AUTOR:
Lothar Wicke

DIMENZIJE: 19,5 x 25,5
OPSEG: 370 str.
UVEZ: meki

GODINA IZDANJA: 2010.
PUNA CIJENA:
210,00 kn
S POPUSTOM:
140,00 kn

**KLINIČKA
REUMATOLOŠKA
RADIOLOGIJA**
AUTORI:
Kristina Potočki,
Theodor Dürriegl

DIMENZIJE: 21,5 x 27,5
OPSEG: 238 str.
UVEZ: tvrdi

GODINA IZDANJA: 2011.
PUNA CIJENA:
315,00 kn
S POPUSTOM:
220,00 kn

**TORAKALNA
RADIOLOGIJA**
AUTOR:
Zlata Ivanovi Herceg

DIMENZIJE: 21,5 x 27,5
OPSEG: 222 str.
UVEZ: tvrdi

GODINA IZDANJA: 2012.
PUNA CIJENA:
294,00 kn
S POPUSTOM:
200,00 kn

**VASKULARNI
ULTRAZVUK**
AUTOR:
Boris Brkljačić

DIMENZIJE: 17 x 24
OPSEG: 362 str.
UVEZ: tvrdi

GODINA IZDANJA: 2010.
PUNA CIJENA:
367,50 kn
S POPUSTOM:
250,00 kn

**KLINIČKA
NEURO —
RADIOLOGIJA
KRALJEŽNICE
I KRALJEŽNIČNE
MOŽDINE**

AUTORI:
Stipan Janković,
Nada Bešenski
DIMENZIJE: 21,5 x 27,5
OPSEG: 334 str.
UVEZ: tvrdi

GODINA IZDANJA: 2013.
PUNA CIJENA:
357,00 kn
S POPUSTOM:
250,00 kn

**KLINIČKA
NEURO —
RADIOLOGIJA
MOZGA**

AUTORI:
Nada Bešenski,
Stipan Janković,
Ante Buča
DIMENZIJE: 21,5 x 27,5
OPSEG: 532 str.
UVEZ: tvrdi

GODINA IZDANJA: 2011.
PUNA CIJENA:
520,00 kn
S POPUSTOM:
360,00 kn

**RADIOLOŠKA
MJERENJA LINIJA,
OSI I KUTOVA
KOŠTANO-
ZGLOBNOG
SUSTAVA**

AUTOR:
Damir Matoković
DIMENZIJE: 21,5 x 27,5
OPSEG: 296 str.
UVEZ: tvrdi

GODINA IZDANJA: 2015.
PUNA CIJENA:
294,00 kn
S POPUSTOM:
200,00 kn

Popuste možete ostvariti od 10. do 10. ožujka 2017. u knjižarama MEDICINSKE NAKLADE, Vlaška 90 i Cankarova 13 u Zagrebu, narudžbom putem e-maila na adresu prodaja@medicinskanaklada.hr ili telefonom. Poštanski troškovi nisu uključeni u cijenu. Popusti se ne zbrajaju i akcije se međusobno isključuju.

Nova pogodnost za članove HLK-a

KNJIGA NA DAR



Dar za nove specijaliste i supspecijaliste

Članovi Hrvatske liječničke komore, po završetku specijalističkog ili supspecijalističkog usavršavanja te **stjecanja stručnog naziva specijaliste ili supspecijaliste**, imaju pravo izabrati i na trošak Komore dobiti stručnu knjigu iz ponude Medicinske naklade.

Novom pogodnošću, Komora želi na konkretan način čestitati svojim članovima stručno unaprjeđenje i potaknuti ih na njihovo daljnje stručno usavršavanje.

Pogodnost mogu iskoristiti svi članovi HLK-a koji su status specijaliste ili supspecijaliste stekli nakon 1. siječnja 2017.

Način realizacije pogodnosti

Liječnik je obavezan po dobivanju Rješenja o stjecanju naziva specijaliste ili supspecijaliste javiti se u Komoru radi

promjene licencije sukladno novoj specijalizaciji ili supspecijalizaciji. Tom prilikom bit će mu ponuđeno ispunjavanje obrasca za dostavu knjige po vlastitom izboru iz ponude Medicinske naklade. Popis izdanja Medicinske naklade može se vidjeti na mrežnoj stranici: www.medicinskanaklada.hr ili u knjižarama.

Izabranu knjigu član može osobno preuzeti u knjižarama Medicinske naklade na adresi Cankarova 13 ili Vlaška 90 u Zagrebu ili zatražiti da mu se ista dostavi poštom na kućnu adresu u roku od 30 dana. Troškove poštarine - dostave izabrane knjige, snosi sam član.

Popust za sve članove

Hrvatska liječnička komora omogućuje svim svojim članovima 15 posto popusta pri kartičnom plaćanju te 20 posto popusta za gotovinsko plaćanje pri kupnji bilo kojeg izdanja Medicinske naklade. Popust se može ostvariti pri kupnji knjiga u pro-

davaonicama Medicinske naklade u Zagrebu (Cankarova 13 ili Vlaška 90). Prilikom kupnje potrebno je predložiti dokaz o članstvu u Hrvatskoj liječničkoj komori (člansku iskaznicu ili važeću licenciju). Knjige je moguće naručiti i putem e-pošte: prodaja@medicinskanaklada.hr

Prilikom narudžbe potrebno je dostaviti preslik članske iskaznice ili važeće licencije kao dokaz članstva u Hrvatskoj liječničkoj komori.

Medicinska naklada vodeća je specijalizirana nakladnička kuća u Hrvatskoj za područje medicine, stomatologije, veterine i farmacije. Njezin izdavački program obuhvaća znanstvene i stručne monografije, popularnu medicinu te znanstveno-stručne medicinske časopise. U pedeset godina svoga djelovanja Medicinska naklada je objavila više od tisuću naslova i tako dala velik doprinos hrvatskoj medicinskoj publicistici.

Pregled aktivnosti dužnosnika Komore u veljači 2017.

2. veljače	Sastanak s predstavnicima zagrebačkog Zavoda za sudsku medicinu vezano uz segment medicinskog vještačenja, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. M. Cvitković)
2. veljače	Svečano otvorenje poliklinike Radiochirurgije Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić)
3. veljače	Sastanak u HZZO-u vezano uz provođenje dijagnostičko-terapijskih postupaka u ordinacijama opće/obiteljske medicine, Zagreb (dr. sc. K. Luetić, dr. D. Soldo)
3. veljače	Sastanak s predstavnicima Pravne klinike Pravnog fakulteta u Zagrebu (dr. I. Bekavac, dr. M. Cvitković)
4. veljače	Obilježavanje Svjetskog dana borbe protiv raka, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
4. veljače	Humanitarni liječnički bal u Osijeku (dr. sc. K. Luetić)
6. veljače	Gostovanje u emisiji Društvena mreža na HRT-HTV 1 na temu zdravstvenog turizma (dr. sc. T. Goluža)
8. veljače	Sastanak sa zamjenikom direktora Agencije za pravni promet i posredovanje nekretninama g. K. Žunićem vezano za mogućnosti subvencioniranja stambenih kredita za liječnike, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)
8. veljače	Radni sastanak s Wiener osiguranjem vezano uz protokol postupanja u slučaju pojave osiguranog slučaja i aktivacije police pravne zaštite, Zagreb (dr. M. Cvitković)
8. veljače	Sastanak s odvjetničkim timovima u svrhu definiranja načina postupanja u određenim postupcima vezane uz liječnike, Zagreb (dr. M. Cvitković)
9. veljače	Tematska sjednica Odbora za rad, mirovinski sustav i socijalno partnerstvo Hrvatskoga sabora vezano uz provedbu Zakona o zaštiti na radu, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
10. veljače	Sastanak s predstavnicima komora u zdravstvu vezano uz određene predmete od zajedničkog interesa, Zagreb (dr. I. Bekavac, dr. M. Cvitković)
11. veljače	Svečana akademija prigodom 50. obljetnice osnutka Hrvatske lige protiv raka, Zagreb (prim. dr. A.-Z. Golem)
13. veljače	Sjednica Dekanske konferencije medicinskih fakulteta u RH, Zagreb (dr. I. Bekavac)
14. veljače	Tematska sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora vezano za predstavljanje nacionalnog projekta "Živjeti zdravo", sufinanciranog sredstvima Europskog socijalnog fonda, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
15. veljače	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. D. Soldo)
15. veljače	Predavanje studentima 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u okviru kolegija Organizacija zdravstvene zaštite (dr. M. Cvitković)
16. veljače	Sastanak u Hrvatskom zavodu za zapošljavanje vezano uz realizaciju projekta edukacije liječnika primarne zdravstvene zaštite (prim. dr. A.-Z. Golem, dr. I. Bekavac)
17. veljače	Sastanak s ministrom financija g. Z. Marićem vezano za mogućnosti subvencioniranja stambenih kredita za liječnike, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić)

20. veljače	Sastanak s predstavnicima Hrvatske komore zdravstvenih radnika - strukovni razred sanitarnog inženjersva, vezano uz aktualni nacrt prijedloga odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, Zagreb (dr. I. Bekavac, dr. M. Cvitković)
21. veljače	Posjet vodstva HLK-a Županijskom povjerenstvu HLK-a Istarske županije, sastanak s ravnateljicom OB Pula i obilazak bolnice, održavanje tribine, Pula (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, doc. dr. sc. G. Hauser, dr. M. Cvitković)
22. veljače	Sastanak sa sudionicima skupa o osiguranju liječničke odgovornosti, Zagreb (dr. M. Cvitković)
23. veljače	Sastanak s dekanom riječkog Medicinskog fakulteta vezano uz teme mladih liječnika, stažiranja i druge predmete od zajedničkog interesa i međusobne suradnje, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. M. Cvitković)
23. veljače	Sudjelovanje na međunarodnom skupu o osiguranju liječničke odgovornosti, Zagreb (dr. M. Cvitković)
23. veljače	Sastanak s predstavnikom HZJZ-a na temu Demografskog atlasa liječnika, Zagreb (dr. I. Bekavac)
23. veljače	Stručni sastanak Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a, Zagreb (prim. dr. A.-Z. Golem, dr. M. Cvitković)
25. veljače	Tradicionalni humanitarni Liječnički bal, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, prim. dr. A.-Z. Golem, prof. dr. sc. D. Vagić)
26. veljače	Gostovanje u emisiji Tema dana na HRT-HTV 1 (dr. sc. K. Luetić)
28. veljače	Međunarodna konferencija HTI na području zdravstvenog turizma, Rovinj (prim. dr. A.-Z. Golem)

Sastanci tijela Komore u veljači 2017.

1. veljače	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
3. veljače	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
7. veljače	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
7. veljače	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost
10. veljače	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
16. veljače	Sjednica Izvršnog odbora
20. veljače	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
23. veljače	Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost
24. veljače	Sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti
24. veljače	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
28. veljače	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
1-28. veljače	2 rasprave na Časnom sudu

Edukacija i vježbanje s građanima se nastavlja

„Aktivna Hrvatska“ i Komora u Murskom Središću i Rovinju



Projekt „Aktivna Hrvatska“ ide dalje. Riječ je o nacionalnom sportsko–edukativnom projektu koji se održava petu godinu zaredom pod pokroviteljstvom hrvatske predsjednice Kolinde Grabar-Kitarović i u suradnji sa Središnjim državnim uredom za šport. Ove godine im se pridružila i Hrvatska liječnička komora kao stručni partner u cilju poticanja što većeg broja građana na aktivniji, a time i zdraviji život.

U sklopu projekta održavaju se zajednički treninzi i edukativni programi u gradovima diljem Hrvatske i na taj način je do sada aktivirano više od 25 tisuća ljudi. Sljedeća postaja je Mursko Središće 11. ožujka gdje je prijavljen maksimalan broj vježbača, njih 230.

Zainteresiranim građanima, članovi Županijskog povjerenstva Međimurske županije te predsjednica Povjerenstva HLK-a za javnozdravstvenu djelatnost dr. sc. Iva Pejnović Franelić i dr. Ivana Kerner, spec. medicine rada i sporta, dijelit će edukativne letke te odgovarati na njihova pitanja o važnosti kretanja za zdravlje. Kako djela govore više od riječi, predstavnici Komore će i ovaj put zdušno vježbati s građanima.

U Rovinju zajednički trening s mladima

Aktivna Hrvatska i predstavnici Komore održati će zajednički trening s građanima i u Rovinju, 12. travnja. To će biti odlična prilika i za obraćanje mladima jer se u tom terminu održava veliki međunarodni događaj „Snaga djece u pokretu“ u sklopu kojeg u Rovinj dolazi 2.000 djece i mladih sportaša iz cijele Europe.

Budimo "narcisoidni" 25. ožujka na Cvjetnom trgu

Karcinom dojke najčešća je zloćudna bolest žena, a cvijet narcisa simbol je nade, buđenja i novog života. Dan narcisa je humanitarna javnozdravstvena akcija, kojom se širu javnost nastoji osvijestiti o visokoj učestalosti karcinoma dojke u Hrvatskoj te mogućnostima i važnosti preventivnih pregleda za njegovo pravovremeno otkrivanje i uspješno liječenje.

Hrvatska liječnička komora ove će godine aktivno sudjelovati u obilježavanju Dana narcisa. U partnerstvu s udrugom P.I.N.K. life, na Cvjetnom će trgu promovirati odgovorno zdravstveno ponašanje i izraziti podršku oboljelim od karcinoma dojke.

Dođimo u subotu, 25. ožujka 2017. između 10 i 14 sati, na Cvjetni trg, uzmimo svoje narcise, ohrabrimo oboljele i podučimo zdrave.

Odgovorno zdravstveno ponašanje unapređuje naše živote.

AKTIVAN
+
ODGOVORAN

ZDRAV

PINK
life

uz podršku



Story

Dan narcisa

25.03.2017.

Cvjetni trg (10-14 sati)

Udruga

POGLED IZ NOVOG KUTA - LIFE

www.pinklife.hr

Pokrovitelji



Predsjednica Republike Hrvatske | Hrvatski Sabor | Gradonačelnik Grada Zagreba | Ministarstvo zdravlja | Kuća zelenog čaja

Budi informiran član, posjeti Komorin info dan!

Komorin info dan u svim regionalnim uredima

S namjerom što boljeg i potpunijeg informiranja svog članstva, Hrvatska liječnička komora je odlučila, na mjesečnoj razini, u svojim regionalnim uredima u Splitu, Rijeci i Osijeku organizirati Komorin info dan. Projekt Komorin info dan kreće u ožujku 2017.

Kako bi intenzivirala rad županijskih povjerenstava, Hrvatska liječnička komora je, uz središnji ured u Zagrebu, formirala i tri regionalna ureda i to u Splitu, Rijeci i Osijeku. Svaki od tih ureda obihvaća svoju te okolne županije i koordinira njihov rad.

Tijekom info dana članovi Komore-a moći će razgovarati s vodstvima županijskih povjerenstava čiji rad koordinira regionalni ured. Članovi će moći izravno, na jednostavan i efikasan način, dobiti sve informacije: od rješavanja administrativnih nejasnoća do informacija o pravima i pogodnostima koja proizlaze iz članstva u Komori, mogućnostima pravne zaštite koja im je na raspolaganju, načinu realizacije police osiguranja pravne zaštite u slučaju kaznenog, prekršajnog i disciplinskog postupka proisteklog zbog djela počinjenog tijekom obavljanja liječničke djelatnosti...

Komorin info dan prilika je članovima da svoje županijske povjerenike izvijeste o problemima s kojima se susreću u svom svakodnevnom radu te da iznesu svoje potrebe, prijedloge i razmišljanja.

Po pozivu organizatora, Info danu će nazočiti i članovi Izvršnog odbora Komore koji će strukturirano informirati zainteresirane o najnovijim aktualnostima vezanim uz rad Komore-a te o planovima skorašnjeg djelovanja.



REGIONALNI URED SPLIT: Zadarska županija, Šibensko – kninska županija, Splitsko – dalmatinska županija, Dubrovačko – neretvanska županija;

REGIONALNI URED RIJEKA: Istarska županija, Primorsko – goranska županija, Ličko – senjska županija;

REGIONALNI URED OSIJEK: Vukovarsko – srijemska županija, Osječko – baranjska županija, Požeško – slavonska županija, Brodsko – posavska županija, Virovitičko – podravska županija;

SREDIŠNJI URED ZAGREB: Grad Zagreb, Zagrebačka županija, Zagorsko – krapinska županija, Varaždinska županija, Međimurska županija, Bjelovarsko – bilogorska županija, Koprivničko – križevačka županija, Karlovačka županija, Sisačko – moslavačka županija.

Raspored info dana po regionalnim uredima:

SPLIT - svaki drugi četvrtak u mjesecu od 16 do 19 i 30 sati.
Prvi info dan održat će se 9. ožujka.

RIJEKA - svaki prvi petak u mjesecu od 12 do 16 sati.
Prvi info dan održan je 3. ožujka.

OSIJEK - svaki zadnji ponedjeljak u mjesecu od 16 do 19 sati.
Prvi info dan održat će se 27. ožujka.

Upozorenje hrvatskoj Vladi

Europska komisija zabrinuta zbog neprovođenja reformi i dugova u zdravstvu

Zdravstveni ishodi u Hrvatskoj i dalje su ispod prosjeka Europske unije, slaba je prevencija kroničnih bolesti poput raka, dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti, a stopa dojenačke smrti iznad je prosjeka EU. Zabrinjavaju dugovi u zdravstvu koji su uglavnom povezani s organizacijskom strukturom bolnica. Ne napreduje dugo očekivana reorganizacija bolničkog sustava, zaustavljena je i reforma financiranja bolnica, a sustavom upravljanja ne potiču se kvaliteta i troškovna učinkovitost. Rezime je to izvješća Europske komisije za Hrvatsku za 2017. godinu za područje zdravstva.

Zaustavljene reforme

"Tako se ponovno razmatraju planirane reforme zdravstvene zaštite, ne poduzimaju se određene mjere za rješavanje nagomilanih dospjelih nepodmirenih obveza u sektoru zdravstva. Zaustavljene su reforme koje uključuju povećanje iznosa osnovnog osiguranja koje se plaća HZZO-u, potom povećanje najvećeg iznosa participacije pacijenata, reforma dopunskog osiguranja te uvođenje novih pravila za hitnu medicinsku službu", navode u Komisiji.

Fiskalna neodrživost zdravstvenog sustava

Upozoravaju na velik rizik fiskalne održivosti zdravstva u srednjoročnom razdoblju. Naime, u 2015. godini, rashodi za zdravstvo u Hrvatskoj iznosili su 6,7 % BDP-a, što je još uvijek ispod prosjeka EU-a od 9,5 %. Potrošnja za medicinske proizvode izražena kao udio u ukupnim rashodima za zdravstvo te za farmaceutске proizvode u odnosu na BDP znatno je veća od prosjeka EU (29,3 % u odnosu na 17,1 %, te 2 % u odnosu na 1,3 %).



Dugovi u sektoru zdravstva, uglavnom povezani s organizacijskom strukturom bolnica, i dalje izazivaju zabrinutost. Ukupni iznos dospjelih nepodmirenih obveza povećan je sa 1,8 milijardi kuna (oko 0,5 % BDP-a) u 2015. na 2,7 milijardi kuna (oko 0,8 % BDP-a) u trećem tromjesečju 2016. godine.

Dospjele nepodmirene obveze uglavnom čine dugovanja bolnica, posebno kliničkih centara, iako je u znatnom porastu udio dugovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (porast sa 27 % na 41 % u istom razdoblju). Zbog stalnog priljeva dospjelih nepodmirenih obveza nužne su sustavne injekcije državnih sredstava, što upućuje na neodrživost postojećeg sustava i moglo bi uzrokovati dodatnu financijsku nestabilnost, upozoravaju u Komisiji.

Ističu da su problematični rezultati poslovanja bolnica dijelom uzrokovani modelom financiranja i nadoknada, koji se temelji na predujmovima. Sredstva se

rijetko vraćaju, čak i ako se ne iskoriste za predviđenu svrhu ili u predviđenom iznosu.

Sustav PZZ-a nedovoljno razvijen

Bolnički su kapaciteti neravnomjerno raspoređeni i koncentrirani su u područjima velikih gradova, a sustavom upravljanja ne potiču se kvaliteta i troškovna učinkovitost. "Preustrojem mreže bolnica i promicanjem fiskalno odgovornog upravljanja bolnicama mogao bi se ostvariti održiviji sustav", smatraju.

Pružanje usluga zdravstvene skrbi i dalje previše ovisi o bolnicama jer sustav primarne zdravstvene zaštite nije dovoljno razvijen. Pretjerano oslanjanje na bolnice negativno utječe na ukupnu učinkovitost sustava. Provedbom planiranog preustroja primarne zdravstvene zaštite mogao bi se smanjiti broj upućivanja na specijalističke preglede, kao i troškovi specijalističkih i bolničkih liječenja.

Predstavnicu udruga iz PZZ-a

Omogućiti svima prijelaz u koncesiju!

Predstavnicu liječnika primarne zdravstvene zaštite (PZZ) zatražili su ukidanje zakonske odredbe koja priječi svim zainteresiranim liječnicima prijelazu koncesiju. Naime, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, najmanje 30 posto liječnika mora ostati u domu zdravlja, što, smatraju, diskriminira jednu skupinu liječnika u odnosu na drugu. Sa svojim su problemima i zahtjevima upoznali su i članove saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku.

Dr. Vikica Krolo iz Koordinacije hrvatske obiteljske medicine iznova je naglasila kako je proteklih 20 godina pokazalo kako su liječnici koncesionari bolje motivirani od „domskih“ te svojim pacijentima pružaju bolju zdravstvenu skrb. Smatra kako kroz novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti treba omogućiti daljnju „privatizaciju“ primarne zdravstvene zaštite jer je pacijentima svejedno idu li kod „domskog“ liječnika ili koncesionara.

Predstavnicu udruga iz PZZ-a zatražili su i da se koncesija ne zatvara kada liječnik sa 65 godina ode u mirovinu, već da se može naslijediti.

Veliki problem je i nedostatak liječnika koji će u primarnoj zaštiti biti sve vidljiviji, s obzirom na prosječnu dob liječnika koja iznosi 50 godina te dugogodišnje nedovoljno ulaganje u specijalizaciju u primarnoj zaštiti, upozorili su. Naime, u iduće tri do četiri godine iz obiteljske medicine otići će oko 400 liječnika koje neće imati tko zamijeniti, jer će od 2020. godine u obiteljskoj medicini moći raditi samo liječnici specijalisti.

Besplatna edukacija za mlade liječnike

Održan 10. jubilarni kongres o hemodinamici

Voditelj kongresa i predsjednik HDIM-a
prof. dr. sc. Ino Husedžinović

U Hrvatskom liječničkom domu u Zagrebu održan je 25. veljače 10. jubilarni kongres o hemodinamici u organizaciji Hrvatskog društva za intenzivnu medicinu (HDIM). Hemodinamika je metoda kojom se dijagnosticira i određuje terapija te se prati odgovor u skupini hitnih, životno ugroženih bolesnika.

HDIM je osnovan prije 24 godine te broji više od 40 članova. Kontinuirano organizira dva međunarodna kongresa godišnje te je ove godine organiziralo i 24. simpozij intenzivne medicine. Svih ovih godina uspjelo je osigurati predavanja najuglednijih predavača, kako iz Hrvatske, tako i iz ostalih dijelova Europe.

Zbog povećanog odlaska mladih liječnika u inozemstvo, HDIM ih je ove godine oslobodio kotizacije za sudjelovanje kako bi im edukaciju učinili dostupnijom. Smatramo to malim doprinosom HDIM-a kako bi naši mladi liječnici, ponajprije anesteziolozi, ostali u Hrvatskoj.

HZZO će SMS-om podsjećati na termin pregleda

HZZO u suradnji s MZ-om pokreće pilot projekt SMS podsjetnika kojim će pacijente podsjećati na zakazane prve preglede i dijagnostičke postupke na koje su naručeni. Pilot projekt će se provoditi od 1. ožujka do 30. travnja u KBC-ima Split i Zagreb za preglede na koje osiguranici čekaju duže od 60 dana. U ostalim bolnicama projekt će se provoditi samo za liste čekanja na MR. Podsjetnik će se osiguranim osobama, koje su ustanovama dale svoj broj mobitela, slati dva puta, prvi puta 14 dana prije zakazane narudžbe, te drugi puta 3 dana prije zakazanog termina. Osiguranici mogu otkazati zakazani pregled ili pretragu kao i do sada elektroničkom porukom na otkazivanje@hzzo.hr ili putem web stranica HZZO-a kroz aplikaciju Liste narudžbi. Redovno slanje SMS-a za sve preglede u bolnicama predviđa se u drugoj polovici 2017. Kontakt: 01 / 4806 453



Pacijenti izabrali

Prof. dr. Stipislav Jadrijević proglašen najdoktorom u 2016.

Laskavu titulu „najdoktora“ Hrvatske u 2016. godini zaslužio je prema glasovima pacijenata ugledni zagrebački abdominalni kirurg prof. dr. Stipislav Jadrijević iz KB-a Merkur. Prigodnu zahvalnicu dodijelila mu je Udruga hrvatskih pacijenata povodom Svjetskog dana bolesnika, a njezin predsjednik Mario Drlje otkrio je kako je jedan pacijent opisao prof. Jadrijevića: „Da bi netko bio dobar liječnik, mora najprije biti dobar čovjek“.

Tom Sinjaninu s adresom u Zagrebu koji iza sebe ima više od 500 transplantacija jetre koje je obavio samostalno i još toliko na kojima je asistirao, ovo nije prva nagrada. Poznat kao „hrabar liječnik koji uzima najteže slučajeve koje nitko drugi neće“, dobio je i prestižnu nagradu Ponos Hrvatske u 2014. godini. Tada je operacijom spasio život mladoj pacijentici kojoj je tumor zahvatio sve tri jetrene vene.



Prijava pravobraniteljici za ravnopravnost spolova

HUBOL upozorio na diskriminaciju u sisačkoj bolnici

Hrvatska udruga bolničkih liječnika (HUBOL) upozorila je kako se u Općoj bolnici "dr. Ivo Pedišić" u Sisku sklapaju diskriminatorni ugovori sa specijalizantima. Naime, majkama i trudnicama u slučaju rođiljskog dopusta i bolovanja razmjerno se produljuje obveza ostanka na radu u toj ustanovi nakon završetka specijalizacije. Zbog toga su bolnicu prijavili pravobraniteljici za ravnopravnost spolova.

U spornom ugovoru o radu stoji kako „u slučaju spriječenosti specijalizanta da po završetku specijalizacije obavlja radne obveze, i ako ta spriječenost traje dulje od 30 dana godišnje, a odnosi se na rođiljni dopust, bolovanje ili druge okolnosti, obveza ostanka na radu produljuje se razmjerno vremenu koliko je trajala spriječenost“.

Iz HUBOL-a poručuju kako se time liječnike ponovno stavlja u neravnotežan položaj prema ostalim radnicima u Hrvatskoj, jer niti jedna druga struka nema takvu sramotnu odredbu u svom ugovoru o radu.

Ističu kako se takvim diskriminatornim ugovorom krši osnovno Ustavom zagarantirano pravo na ravnopravnost spolova i na jednakost u konzumaciji radnih prava kao i Zakon o suzbijanju diskriminacije te Povelja EU-a, kojima se štiti ravnopravnost spolova. Problem je, smatraju u HUBOL-u, što

svaka bolnica vodi svoju politiku. Stoga rješenje vide u jedinstvenom ugovoru za sve čime bi se izbjegle manipulacije lokalnih uprava i samouprava koje ucjenjuju radnike radi ostanka u bolnicama. No, događa se upravo suprotno, specijalizanti zbog takvih nepovoljnih ugovora odustaju od specijalizacije.



Odgovornost liječnika obiteljske medicine i njegova uloga u zdravstvenom sustavu

Autor: MERI MARGREITNER dr. med., savjetnica predsjednika HLK-a
za primarnu zdravstvenu zaštitu, e-adresa: mmeri1399@yahoo.co.uk



Obiteljska medicina najznačajnija je karika u lancu liječenja pacijenata. Najdostupnija je zdravstvena djelatnost u Republici Hrvatskoj. Njena sveobuhvatna i kontinuirana skrb za pacijenta, civilizacijski je doseg. Obiteljska medicina, koju neki još nazivaju, opća praksa, baza je ostalih specijalističkih djelatnosti. Od nje sve polazi, ali i završava.

Administrativne obveze

Zdravstvena administracija desetljećima je dozvoljavala, da se obiteljskoj medicini, pored osnovne uloge dodijeli i ona administrativna, različitih uslužnih djelatnosti. Administrativna uloga je toliko „jaka“ da gotovo niti jedna potvrda ne može bez nje. U svaki novi pravilnik ili zakon, involviraju se i liječnici obiteljske medicine. Zar smo mi, obiteljski liječnici, jedini koji savjesno i odgovorno obavljamo posao pa nam se sustavno nameće sve više obaveza, tako i

onih administrativnih. Mnoge od njih nemaju veze s liječenjem.

Imponira povjerenje koje nam se daje, ali iza njega stoji i odgovornost! Zoran primjer takvog povjerenja je MUP-ovo u slučaju pregleda vozača. Prema postojećem Zakonu o sigurnosti prometa na cestama, liječnik obiteljske medicine, u obvezi je, pisanim putem obavijestiti MUP o promjeni zdravstvenog stanja pacijenta (vozača), ako ono ugrožava sigurnost u prometu. Kazne su drakonske! gdje je osobna odgovornost vozača? Takve dijagnoze obično postavljaju neuropsihijatri pa se s pravom možemo zapitati, zar su kolege specijalisti drugih grana medicine, nepouzdanji? Zlonamjerni bi pomislili da se ovim postupkom osporava njihova profesionalna odgovornost.

Liječnici primarne zdravstvene zaštite (dalje: PZZ), a naročito obiteljske medicine,

odgovorni su za stopu bolovanja, mjesečnu potrošnju antibiotika i ostalih lijekova, novčana sredstva proizšla korištenjem usluga primarnog laboratorija te specijalističkih i dijagnostičkih pretraga, premda ih većinu sami nisu indicirali, već su ih indicirali konzilijarni liječnici. Za svako preko-račenje, financijski odgovaraju!

Pisanje ispričnica

Ministarstvo obrazovanja i sporta, donekadavno je svojim Pravilnikom, zahtijevalo od liječnika obiteljske medicine pisanje bespotrebnih ispričnica, s namjerom da se smanji broj izostanaka sa školske nastave. Umjesto roditeljske odgovornosti, tražila se odgovornost liječnika PZZ-a.

Prvi smo u svijetu osnovali domove narodnog zdravlja, i to još davne 1953. godine, kojima je osnovna djelatnost bila opća/obiteljska medicina. Proširivanje vrsta djelatnosti u domovima zdravlja nastalo

je iz potrebe da se dijagnostika i ostale specijalističke djelatnosti približe pacijentima.

Financijska održivost

Početkom devedesetih, se dotadašnja socijalistička ekonomija, zamjenjuje poduzetničkom. Mnoge zdravstvene ustanove, gomilale su financijske dugove, a tako i domovi zdravlja. Stoga tadašnji ministar zdravstva, prof. Andrija Hebrang, 1997. uvodi u Zakon o zdravstvenoj zaštiti, pojam zakupa. Svim timovima PZZ-a nalaže se prijelaz u zakup, tada još nepoznat odnos ugovaranja, koji je podrazumijevao ugovor s HZZO-om, u mreži PZZ-a. Na taj se način, odgovornost za financijski deficit, prebacuje na liječnike PZZ-a.

Liječnici PZZ-a u zakupu, danas koncesionari, osobnom imovinom jamče financijsku održivost ordinacije. Neki liječnici su tako godinama ostvarivali manju plaću od svojih medicinskih sestara, jer nisu imali više novaca. Potpisivanjem ugovora o zakupu, su se obvezali da će poštivati Kolektivni ugovor u zdravstvu, a time i obvezu o visini plaće svojih zaposlenika. Iako su svi liječnici, osim onih koji su bili pred mirovinom, prešli u zakup, nije se smanjio broj zaposlenih u upravi, računovodstvu, na fakturama i sl. Tehnološki napredak, odnosno informatizacija, omogućio nam je slanje mjesečnih izvještaja, sudjelovanja, faktura i sl. putem CEZIH-a u HZZO. Svi koncesionari ovu mogućnost koriste, a njih je 70% u Republici Hrvatskoj. No, neki domovi zdravlja, to još ni danas, potpuno ne prakticiraju, već to radi nezdravstveno osoblje.

Financijsko rasterećenje HZZO-a moralo bi ići u smjeru racionalizacije poslovanja domova zdravlja, s obzirom na to da je koncesionaru u poslovanju dovoljna jedna medicinska sestra/tehničar i jedan računovođa, koji opslužuje više ordinacija PZZ-a.

Kad bi se sustavno uvela osobna odgovornost ravnatelja i uprava svih državnih zdravstvenih ustanova, kao što je to slučaj kod koncesionara, sigurna sam da bi HZZO doživio financijski preporod. Srećom, postoje ravnatelji

koji se prema državnim ustanovama ponašaju odgovorno, no ima i onih koji to ne čine. Racionalizacija poslovanja, financijski bi oporavila cjelokupni zdravstveni sustav. U domovima zdravlja rade financijski produktivni i oni manje produktivni timovi. Oni produktivniji „rade“ za one neproduktivne, kao i za ostalo nezdravstveno osoblje, a koje je u procesima rada nepotrebno. Najproduktivnije se ne nagrađuje, već rade za drugoga. Valjda iz solidarnosti, a ona se, u ovom kontekstu, veže za neka prošla vremena. Liječnici domova zdravlja s više pacijenata (pacijenti slobodnim izborom biraju liječnika), a koji pružaju više usluga, primaju jednaku plaću kao i oni koji imaju manje pacijenata i rade manje. Ne samo da je zaposlenike doma zdravlja ustanove, u prihodima, uskraćuju, u odnosu na koncesionare, već oni koji više rade, za to još jednom nisu nagrađeni

Dodjeljivanje koncesija

Kako se tko sjeti, od nas se traži preuzimanje odgovornosti, od kojih neke nemaju veze s liječničkim pozivom, ali kada želimo preuzeti odgovornost za poslovanje ordinacije u kojoj radimo, prijelazom u koncesiju, ne daje nam se ta prilika. Kako drugačije objasniti zadržavanje onih 30% zaposlenika u sklopu domova zdravlja, već interesom onih manje sposobnih, tako da na osnovi tuđeg rada, ostvaruju osobnu materijalnu korist. Dugogodišnje iskustvo nam govori da liječnici u koncesiji, financijski posluju pozitivno, a kako i ne bi kad za to odgovaraju svojom osobnom imovinom.

Svi želimo financijski napredak zdravstvenog sustava tako da pacijentu nećemo uskraćivati lijek, ortopedsko pomagalo i zdravstvenu njegu u kući, ako smo ovaj mjesec prešli dopuštenu potrošnju, a sve zbog toga što se bespotrebno troši na nekom drugom mjestu. Dodjeljivanjem koncesija u PZZ-u uvodimo najviši stupanj osobne, financijske odgovornosti. Racionalizacijom financijskih izdataka, štedimo novac HZZO-a, a koji se može i mora koristiti isključivo na liječenje naših pacijenata.

RASPORED TRIBINA AMZH-a u 2017.

Akademija medicinskih znanosti, koja tradicionalno održava znanstvene tribine u Velikoj predavaonici Hrvatskog liječničkog doma u Šubićevoj 9 u 18 sati, priredila je za 2017. godinu sljedeći program:

28. ožujka

Prof. dr. sc. Josip Margaletić:
Šumski ekosustavi Hrvatske kao prirodna staništa uzročnika zoonoza.

25. travnja

Prof.dr.sc. Domagoj Delimar:
Ugradnja totalne endoproteze kuka u bolesnika s visokim stupnjem displazije kuka: operacijske tehnike rekonstrukcije acetabuluma i femura

30. svibnja

Godišnja skupština;
prof. dr. sc. Alemka Markotić:
Kakva treba biti strategija biosigurnosti i biozaštite u Republici Hrvatskoj u eri ratova i migracija?

26. rujna

Prim. dr. sc. Sanja Gregurić:
Izazovi mikronutricije u medicini

31. listopada

Doc. dr. sc. Ivan Pećin:
Porodična hiperkolesterolemija - nije rijetka bolest

28. studenoga

Prof. dr. sc. Nela Pivac:
Teranostički pristup posttraumatskom stresnom poremećaju

13. prosinca

Dies academicus

Mi pitamo, stručnjaci odgovaraju

Što smatrate najvećim izazovom u zdravstvu svoje županije?

Uredila dr. TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA

Sa socio-demografskim obilježjima naše županije vrlo je teško organizirati jednaku dostupnost i kvalitetu zdravstvene zaštite. SDŽ površinom zauzima 4466,38 km² i druga je po veličini u RH. Prema popisu stanovništva 2011. broji 454.798 stanovnika (10,6 % stanovništva Hrvatske).

PZZ organizirana je unutar jedinstvenog Doma zdravlja SDŽ-a. Koliko god takav model ima svojih prednosti, ukazuju se i brojni problemi koje nije moguće sagledati iz centraliziranog sustava.

Značajan problem sadašnjih DZ-a je dvojnost sustava. Postoje „domski liječnici“ i „koncesionari“. Taj dualizam stvara nezadovoljstvo i jednih i drugih. Koncesionari su opterećeni prevelikom administracijom i nizom drugih problema koji im stvaraju osjećaj neizvjesnosti. Na neki način to im je nadoknađeno boljim materijalnim statusom nego kod „domskih“ liječnika koji pak smatraju da su zakinuti jer su im plaće iste, bez obzira na opseg posla koji obave i ne pruža im se mogućnost nagrađivanja na osnovi kvalitete i obavljenih postupaka. Smatraju se zakinutim Zakonskom odredbom o ostanku najmanje 30% svih djelatnosti pri DZ-a, čime je netko dobio pravo na koncesiju, a netko ne.

Broj osiguranika po timu u odnosu na europske standarde jako je velik i odražava se na kvalitetu pruženih usluga. Problem predstavljaju i ordinacije u udaljenim seoskim sredinama i otocima. Liječnici nisu motivirani za rad u tim područjima zbog čega je tamo organiziranje zdravstvene zaštite otežano, katkad čak i nemoguće. Posebice se to osjeća u ljetnim mjesecima, u vrijeme turističke sezone, kada se broj

stanovnika udeseterostručuje. Ne postoje turističke ambulante, nema ni kadra za njih. Gdje naći dodatno medicinsko osoblje za razdoblje turističke sezone?

Sve su ovo problemi koji pritišću ne samo PZZ u SDŽ-u, već i sve ostale županije u RH. U javnozdravstvenom sustavu važna je dobro organizirana mreža hitne medicinske pomoći. U našoj županiji opremljenost vozilima na zavidnoj je razini. Kadrovska je popunjenost prema standardima zadovoljavajuća, no fluktuacija liječnika izrazito je velika. Mladi liječnici najlakše se zapošljavaju u HMP-u, ali se nažalost vrlo kratko tu zadržavaju. Cilj im što prije dobiti specijalizaciju. Drugi je problem HMP-a u SDŽ-u neprimjeren smještaj u samom gradu Splitu, što se moglo riješiti Projektom objedinjenog hitnog prijema unutar KBC-a Split. Na projektu se jako dugo radilo, ali smo još uvijek bez jasne vizije o mogućnosti ostvarenja.

Kronične nezarazne, kardiovaskularne i maligne bolesti vodeći su uzrok morbiditeta i mortaliteta. Nedostatak sustavnih preventivnih pregleda ima za posljedicu njihovo kasno otkrivanje pa su i ishodi liječenja lošiji. Promicanje zdravlja, prosvjećivanje i kontrola čimbenika koji utječu na zdravlje nameću se kao prioriteti. Izazovi su to kojima se sve više trebaju pozabaviti epidemiolozi i ostali javnozdravstveni djelatnici. Nacionalni programi ranog otkrivanja raka nisu polučili željene rezultate zbog značajno nižeg odaziva od očekivanog. U SDŽ-u gotovo da ne postoji izvanbolnička specijalistička-konzilijarna djelatnost. Sve se provodi u KBC-u Split. Liste čekanja na pojedine pretrage i specijalističke preglede su predugačke. Moguće rješenje nazire se u odobrenim bespovratnim sredstvima



Mr. sc. Jasna Ninčević, specijalist epidemiolog, ravnateljica Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije
e-mail: ravnateljica@nzjz-split.hr

EU-a za ulaganje u primarnu zdravstvenu zaštitu radi rasterećenja KBC-a Split. Pametnim i osmišljenim ulaganjem u izvanbolničke specijalističko-dijagnostičke centre, stacionirane izvan Splita i što bliže pacijentima, postigli bi se višestruki učinci. SDŽ je upravo u fazi izrade Strategije razvoja palijativne skrbi, čijom bi implementacijom zdravstveni sustav naše županije dobio jednu važnu sastavnicu sustava - palijativnu skrb, koju do sada nije imao.

Poseban su problem kadrovi. Nedostatak radnih mjesta, neprimjerene plaće i nemogućnost usavršavanja sve više doprinose da nam mladi, pametni i visokoškolvani kadrovi napuštaju domovinu. Potrebno je promišljati kako im omogućiti bar dio onoga što im Europa pruža i ukazati da je Domovina samo jedna.

Koliko ćemo u svemu tome uspjeti ovisi samo o nama, o našoj sposobnosti da budemo samokritični, fleksibilni, tolerantni i uporni u ostvarenju vizija u kojima opći interes mora biti iznad osobnoga.

MEĐIMURSKA ŽUPANIJA



Prim. Marina Payerl-Pal, dr. med., spec. kliničke mikrobiologije, ravnateljica ZZJZ-a Međimurske županije
e-mail: marina.payerl-pal@zzjz-ck.hr

Svakom čovjeku zdravlje je najveća vrijednost i jedna od *najvažnijih* pretpostavki za sretan život kojem svi težimo. Zdravstveni sustav ima zadaću očuvati i unapri-

jediti zdravlje i liječiti ljude. U Međimurju, najmanjoj i najsjevernijoj hrvatskoj županiji, ujedno i najgušće naseljenoj, te zadaće ostvaruju četiri zdravstvene ustanove: Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije, Dom zdravlja, Županijska bolnica Čakovec i Zavod za hitnu medicinu. Preko 80 % stanovnika svoje zdravstvene potrebe zadovoljava na području županije, što potvrđuje dobru organiziranost i učinkovitost zdravstvenog sustava. Iako se svi zaklinju u istinitost poznate narodne uzrečice „Bolje spriječiti nego liječiti“, što bi podrazumijevalo *veće* ulaganje sredstava u prevenciju bolesti i unapređenje zdravlja, stručnjaci koji se bave preventivom ipak osjećaju da je preventiva još uvijek na marginama zdravstvenog sustava i premalo priznata. U našoj županiji pojedine ustanove i pojedinci svojim znanjem, zalaganjem i ogromnim entuzijazmom uspijevaju postići pozitivne rezultate ostvarujući široku multisektorsku suradnju, ali zapravo bez prave institucionalizirane podrške koja je neophodna za postizanje vidljivijih poboljšanja. Kako je zdravlje znatno više od odsustva bolesti, a za što je potrebno sustavno i sveobuhvatno djelovanje ne samo unutar zdravstvenog

sektora, nego i mnogo šire unutar zajednice s aktivnim uključivanjem svih područja života, nužna je podrška najviših zdravstvenih struktura. Preventivni rad uključuje i rad na smanjivanju nejednakosti u zdravlju kroz izjednačavanje dostupnosti zdravstvenih usluga svim stanovnicima, kao i unaprjeđivanje zdravstvene pismenosti i educiranosti o važnosti zdravih stilova života. Kako bi se to postiglo, nužan je preventivni rad zdravstvenih radnika i izvan ambulanti i bolnica te izlazak iz okvira klasičnog odnosa zdravstveni radnik - pacijent. Takav će pristup poboljšati zdravstvenu sliku naše županije i pridonijeti poboljšanju kvalitete života svakoga našeg stanovnika, za što je potrebno ojačati preventivnu djelatnost i kadrovski i financijski. Osvještavanje stanovništva o važnosti osobnog doprinosa za poboljšanje svojega zdravlja osobit je zadatak za sve zdravstvene radnike, poglavito zavoda za javno zdravstvo. Važno je graditi povjerenje i s korisnicima razvijati partnerski odnos. Povjerenje u zdravstveni sustav ključno je za postizanje osjećaja sigurnosti i zadovoljstva naših stanovnika, a time i uspješno djelovanje na području zdravlja. Postizanju tog cilja trebaju težiti sve zdravstvene ustanove kako bi se kroz komplementarnost postigla i cjelovitost i sveobuhvatnost u pružanju zdravstvene zaštite.

BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA

Izazovi s kojim se susreće zdravstvo Brodsko-posavske županije (BPŽ) su toliko različiti i teški da će trebati puno napora da se zadrži i postojeća razina zdravstvene zaštite. Međutim, svako doba, pa tako i ovo, tražilo je nova rješenja i nove prilagodbe. Niti u prošlosti niti u budućnosti nije niti će biti godine za koju bismo mogli kazati „ponovila se“ kad govorimo o zdravstvu. Uvijek može i treba biti bolje. Statistički podatci, slično kao i u drugim županijama, ističu važnost kardiovaskularnih bolesti i tumora kao vodećih uzroka smrti. Na polju prevencije, kako bi se smanjio morbiditet i mortalitet od tih bolesti, ne ulažemo dovoljno. Edukacija o važnosti vlastite brige o zdravlju i usvajanju zdravih životnih navika najbolje se pokazuje na primjeru odaziva na nacionalne programe ranog otkrivanja raka, koji je loš. BPŽ graniči s Bosnom i Hercegovinom pa bi se mogla i pozicionirati kao centralno mjesto za pružanje zdravstvenih usluga kako vlastitim stanovnicima tako i građanima BIH. Naše dvije bolnice imaju i prostornih i kadrovskih kapaciteta za takav iskorak. Problemi vezani uz zdravstvenu ekologiju (onečišćeni zrak, voda, hrana) na našem primjeru oslikavaju

važnost prekogranične suradnje. Iako su učinjeni znatni naponi, područje endemske nefropatije krije još mnogo izazova. Zdravstvo na našem području, uzimajući u obzir resurse s kojima je raspolagalo, oduvijek je bilo izvrsno i iznad realnih mogućnosti. Temeljilo se na zdravstvenom osoblju koje je pružalo i više nego što se moglo očekivati. Međutim, vremena se mijenjaju. Kolik je problem s kadrovima najbolje oslikava natječaj koji je bolnica ovih dana raspisala za specijalizacije. Nastala je uzbuna u drugim zdravstvenim ustanovama jer mladi liječnici koje nema tko zamijeniti odlaze iz ambulanti obiteljske medicine i timova hitne pomoći. BPŽ jedna je od županija s najmanjim BDP-om po glavi stanovnika te je iluzorno očekivati kako bi dodatno mogla stimulirati ostanak liječnika. U prilikama kad pojedine zdravstvene ustanove duguju na milijune kuna, a zdravstveno osoblje odlazi van i u mirovinu, potrebno je iznaći modele kako privući liječnike u ove prostore. Jesu li to povećane upisne kvote na medicinske fakultete ili radne dozvole za liječnike iz okruženja ili



Doc. prim. dr. sc. ANTE CVITKOVIĆ, dr. med., spec. epidemiologije, ravnatelj Zavoda za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije, e-mail: ante.cvitkovic@sb.t-com.hr

nešto drugo, neka odluče mjerodavni, ali vrijeme je za odluke. Uvijek će trebati novih i skupljih uređaja i zgrada, ali prioritet broj jedan trebaju biti kvalitetni zdravstveni radnici.

Pilot program za bolesnike od reumatoidnog artritisa i spondiloartritisa

Prof. dr. sc. Jadranka Morović-Vergles, pročelnica Zavoda za kliničku imunologiju, alergologiju i reumatologiju, v.d. predstojnika Klinike za unutarnje bolesti MEF-a u Zagrebu, KB Dubrava, e-adresa: jmorovic@kdb.hr

U Kliničkoj bolnici Dubrava od jeseni 2014. godine provodi se pilot-program „Suradnja obiteljskoga liječnika i reumatologa“. Program se zasniva na informacijskoj povezanosti liječnika obiteljske medicine (LOM) i reumatologa u cilju rane dijagnoze i pravodobnog liječenja bolesnika od reumatoidnog artritisa (RA) i spondiloartritisa (SpA).

Poznato je da mišićnokoštane bolesti (MKB) bolesti nerijetko onesposobljavaju bolesnike. Jedan od ciljeva Globalnog saveza za mišićnokoštano zdravlje Desetljeća kostiju i zglobova 2010.-2020. i projekta Fit for Work Europe jest da se promijeni liječenje i briga oko bolesnika s MKB-om tako da umjesto bolesti koje onesposobljavaju bolesnike to postanu bolesti koje se liječe i „drže pod kontrolom“. To se može postići prevencijom ili pak ranom intervencijom. Rana intervencija znači rana dijagnoza i rano adekvatno liječenje MKB-a, koje rezultira i s vrlo važnim ishodom za pojedinca i društvo a to je nastavak rada, odnosno vraćanje na posao.

Manjak reumatologa

Svjesni važnosti rane intervencije i činjenice da je u RH nedostatan broj reumatologa te da se dulje čeka na reumatološki pregled, pokrenuli smo ovaj pilot-program u KB-u Dubravi jer smatramo da bi se poboljšanom suradnjom liječnika obiteljske medicine i reumatologa u informatiziranom sustavu mogao ostvariti prvi reumatološki pregled u roku do 4 tjedna.

Program obuhvaća edukaciju (osvježavanje znanja o najčešćim upalnim reumat-

skim bolestima: RA i SpA za LOM u trajanju od 90 min), koju besplatno provodi tim liječnika Zavoda, a koji boduje HLK. Edukacija je uvod u web-aplikaciju koja omogućava LOM prezentaciju bolesnika sa sumnjom na rani RA ili SpA reumatološima Zavoda. LOM na kraju edukacije dobiju pristup toj web-aplikaciji. Radi se o strukturiranom upitniku koji liječnici moraju ispuniti ako sumnjaju na upalnu reumatsku bolest kod bolesnika za kojeg traže prvi reumatološki pregled. Ova web aplikacija osmišljena je i učinjena u KB-u Dubrava. Na taj način se liječnici povezuju s timom reumatologa u KB-u Dubrava. U konačnici, takvom e-konzultacijom ostvaruje se prvi reumatološki pregled u Dnevnoj bolnici našeg Zavoda unutar 2-4 tjedna.

Program je pod pokroviteljstvom HNO Desetljeća kostiju i zglobova 2010.-2020.

Globalnog saveza za mišićno-koštano zdravlje (koordinatrica Desetljeća je prof. dr. sc. Jadranka Morović-Vergles).

Ostvarivanje programa u cijelog RH

Na zamolbu HZZO-a ovaj program je predstavljen u kratkom pisanom obliku krajem travnja 2015., a u lipnju 2016. održan je i prvi sastanak s predstavnicima HZZO-a u cilju prihvatanja i ostvarivanja ovog programa u cijeloj RH. Uključio bi ostvarivanje bodova liječnika u e-konzultaciji, mogućnost ostvarivanja A5 uputnice i drugo, na čemu bi trebalo dalje raditi, uz predstavnike Hrvatskog reumatološkog društva, predstavnika LOM-a i HZZO-a.

U privitku je strukturirani upitnik za RA, a odgovarajući upitnik sačinjen je i za SpA.

Novi pacijent za rani reumatoidni artritis

Osobni podaci:

Ime i prezime:
 Spol: Neodgovoreno
 Godina rođenja:
 Telefon:
 Specijalist: Neodgovoreno
 Doktor: Neodgovoreno

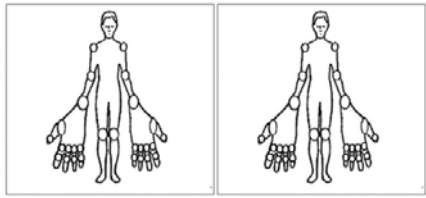
Kratka anamneza:

Dužina trajanja simptoma:

Bož? Neodgovoreno
 Otekline zglobova? Neodgovoreno
 Jutarnja ukočenost zglobova? Neodgovoreno
 Trajanje jutarnje ukočenosti? Neodgovoreno

Pregled GALT:

Odobrena bolna zglobova: Broj otvorenih zglobova:



Broj bolnih zglobova: Broj otvorenih zglobova:

Kalkulacija: CSF: SE:

DAKOS: Neodgovoreno

Laboratorijski:

SC:

CRP:

RF:

Komentar:



Dr. sc. HRVOJE KLASIĆ

Docent na Odsjeku za povijest Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Autor je knjige „Jugoslavija i svijet 1968.“ i suautor HRT-ove dokumentarne serije „Hrvatsko proljeće“. Dobitnik je brojnih nagrada za znanstveni rad.

Promjene koje se u Hrvatskoj događaju početkom 1990-ih a koje su uključivale demokratizaciju društva, izlazak iz jugoslovenske federacije te višegodišnji rat bitno su utjecale i na promijenjen odnos prema prošlosti. S jedne strane on je bio i nužan jer je bilo evidentno da su istraživanje i nastava povijesti u prethodnom razdoblju bili ideologizirani, tendenciozni i selektivni. Međutim, umjesto znanstveno utemeljenog suočavanja sa svim pozitivnim i negativnim posljedicama prošlosti uslijedio je (ponovo) politički motivirani povijesni revizionizam.

To se prije svega odnosilo na percepciju Jugoslavije, tj. jugoslovenske ideje uopće, socijalizma ali i antifašizma i antifašističke borbe. Za razliku od izrazito pozitivnog predznaka u prethodnom razdoblju, ovi pojmovi se pod utjecajem spomenutih promjena počinju doživlja-

Suočavanje s prošlošću nije jednostavan ni ugodan proces. Ali je nužan. Znajući koje vrijednosti revizionisti u Hrvatskoj u posljednjih dvadesetak godina napadaju a koje brane, hrvatsko društvo ima razloga za zabrinutost

vati kao nešto negativno, ili, točnije, kao nehrvatsko odnosno antihrvatsko. Više je razloga ovakvoj promjeni narativa i vrijednosnih sustava. S jedne strane hrvatsku prošlost se počinje procjenjivati kroz prizmu tada aktualnih događaja, što se u prvom redu odnosilo na rat kao sredstvo postizanja državne neovisnosti. Drugi važan moment bilo je stvaranje nove političke elite. S obzirom na „svehrvatsku pomirbu“ koju je zagovarao prvi hrvatski predsjednik Franjo Tuđman, na rukovodeće društveno – političke pozicije u Hrvatskoj dolaze između ostalih i bivši politički zatvorenici, oponenti komunističkog režima pa i zagovornici ustaškog pokreta i Nezavisne Države Hrvatske. Njihov stav o prošlosti bitno je utjecao na izgradnju novog narativa. Bez obzira na *de iure* zadržavanje antifašističkih vrijednosti vidljive u novom hrvatskom ustavu, proglašavanju Dana antifašističke borbe državnim praznikom, kao i činjenici da su na ključnim pozicijama u Hrvatskoj bivši partizani i komunisti (npr. Franjo Tuđman i Jan-ko Bobetko), sve prisutniji u društvu su relativizacija pa i negacija fašističkih (ustaških) zločina. Ove promjene vidlji-

ve su u brojnim primjerima, od novih sadržaja u povijesnim udžbenicima do nesmetanog korištenja ustaških simbola u javnom prostoru. Jedan od najočitijih primjera „obračuna“ s antifašizmom je odnos prema imenima ulica te spomenicima posvećenima događajima i ličnostima iz Drugoga svjetskog rata. Većina ulica koje su nosile imena istaknutih partizanskih boraca mijenjaju ime, dok npr. velik broj gradova po Hrvatskoj dobiva ulicu nazvanu po jednom od najviših dužnosnika ustaškog režima Mili Budaku. Sličan, ali još nasilniji je odnos prema spomenicima. Brojni spomenici uklonjeni su, neki od njih minirani, a neki „samo“ oskrnavljeni.

Suočavanje s prošlošću nije jednostavan ni ugodan proces. Ali je nužan. Iskustvo nas uči da zanemarivanjem i negiranjem događaja neće nestati niti će biti zaboravljeni. Naprotiv, subjektivno i selektivno pamćenje s vremenom će im podariti osobine kakve stvarno nikada nisu imali. Bilo da se radi o umanjivanju neuspjeha ili preuveličavanju uspjeha. Događaje iz prošlosti moramo neprestano preispitivati i kritički analizirati, ali ne i pokušavati ih mijenjati i prilagođavati vlastitim, bilo individualnim bilo kolektivnim interesima. S tim u vezi jasno je da povijesni revizionizam uvijek više govori o trenutku u kojem se izgovara nego o trenutku o kojem progovara. Znajući koje vrijednosti revizionisti u Hrvatskoj u posljednjih dvadesetak godina napadaju a koje brane, hrvatsko društvo ima razloga za zabrinutost. Jer, monolog umjesto dijaloga i isključivost umjesto multiperspektivnosti ne potiču suočavanje nego obračun s prošlošću. A kako stvari stoje i sa sadašnjošću i budućnošću.

Hrvatskoj s prošlošću?

Suočiti se s prošlošću znači izvući pouke iz iskustva života u nedemokratskim, totalitarnim režimima; a prije svega suočiti se sa zločinima počinjenim za vrijeme njihove vlasti. Time osiguravamo društvenu stabilnost, jačamo pravni poredak i državne institucije. Hrvatska ima iskustvo dvaju nedemokratskih režima, odnosno režima s totalitarnim ambicijama i karakterom – ustaškim i komunističkim. Prvi su kao nacionalni revolucionari, nakon dugogodišnje borbe protiv srpsko-jugoslavenske diktature, tijekom Drugoga svjetskog rata uz pomoć i pokroviteljstvo nacističke Njemačke i fašističke Italije proglasili Nezavisnu Državu Hrvatsku i preuzeli vlast. Četiri godine njihove vlasti obilježile su ratne strahote, rasni zakoni, koncentracijski logori i smaknuća te masovna kršenja ljudskih prava. Nacizam i fašizam su poraženi, a komunisti su kao internacionalni (uglavnom jugoslavenski) revolucionari uz pokroviteljstvo Sovjetskog Saveza i podršku „zapadnih saveznika“ preuzeli vlast te obnovili Jugoslaviju.

Koristeći Jugoslavensku armiju i posebne formacije proveli su masovna ubojstva zarobljenih pripadnika Hrvatskih oružanih snaga, dužnosnika i službenika NDH, kao i civila. Pripadnici ustaškog pokreta su pobijani, dio ih je pobjegao u emigraciju, a oni preostali i manje važni pasivizirani su dugogodišnjim zatvorskim kaznama, šikaniranjem i potpunim isključenjem iz javnosti. Tragovi njihova postojanja su uništeni, groblja su preorana, a mrtve je bilo zabranjeno spominjati. Desetci tisuća ljudi su „nestali“ a njihove su obitelji bile osuđene na šutnju, zaborav i političku nepodobnost – što je značilo status građana drugoga reda. Tako je „deustašizacija“ vrlo temeljito provedena, a ustaški, odnosno nacistički i fašistički zločini su ne samo do detalja prikazani javnosti, nego su i

Koliko god se nedemokratski režimi među sobom razlikovali, zajedničko im je da su iza sebe ostavili desetine tisuća mrtvih i ožalošćenih, kao i duboke društvene podjele i traume, bez obzira jesu li imali "krive" ili "prave" ciljeve

višestruko uvećani. Podsjetimo se samo monstruozne tvrdnje o 700.000 žrtava u Jasenovcu.

U obliku „permanentne revolucije“ uslijedilo je razdoblje komunističke diktature što je uključivalo uništenje klasnih, političkih, stvarnih i potencijalnih neprijatelja koji su označeni zajedničkim nazivnikom „fašisti“. Time su svoju svest i brojne zločine proglasili i opravdali „antifašizmom“. Za njih su Pavelić, Maček i Šepinac bili dio istih „(klero) fašističkih“ i „antijugoslavenskih“ snaga. Na taj način su formalno i simbolično izjednačili te stvarno ozloglasili i kriminalizirali svaki oblik političkog hrvatstva, odnosno organiziranja mimo socijalističkog okvira i komunističkog nadzora. Vremenom se intenzitet represije smanjivao, proporcionalno slabljenju otpora i povećanju uspjeha komunističke vlasti da kombinacijom prisile i korupcije uspostave punu kontrolu.

Propašću europskih komunističkih režima urušio se i jugoslavenski te je došlo do prvih slobodnih višestranačkih izbora u Hrvatskoj. Voljom građana na referendumu, hrabrošću hrvatskih vojnika na bojištu i odlučnošću državnog vodstva, Hrvatska je



Prof. dr. sc. IVO LUČIĆ

Viši znanstveni suradnik na Hrvatskom institutu za povijest u Zagrebu, predavač na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu i Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Mostaru

uspjela izići iz Jugoslavije i izboriti pravo na suverenost i demokratski razvoj. Teške ratne i poratne okolnosti kroz koje je hrvatsko društvo prolazilo, kao i očuvane mreže društvenih odnosa, onemogućili su potpuno i dosljedno suočavanje s nasljeđem jugoslavenskog komunističkog režima. Stoga se može razumjeti zašto se danas u Hrvatskoj koketiranje s ustaštvom javlja tek na marginama društva, u obliku minornoga obilježja, parole na zidu ili povika na stadionu – a sve to kao izraz duboke frustracije, osjećaja nepravde i nemoći, dok simboli jugoslavenskog komunizma prožimaju znatan dio javnog prostora kao znaci još uvijek prisutne nadmoći i utjecaja. Koliko god se nedemokratski režimi među sobom razlikovali, zajedničko im je da su iza sebe ostavili desetine tisuća mrtvih i ožalošćenih, kao i duboke društvene podjele i traume, bez obzira jesu li imali "krive" ili "prave" ciljeve i bez obzira jesu li ubijali u ime rase ili u ime klase. S njihovim se nasljeđem kao demokratsko i odgovorno društvo moramo suočiti, koliko zbog same prošlosti, još više zbog budućnosti.

Kako lijekovi dolaze na listu lijekova i kako im se određuje cijena?

AUTOR: doc. dr. sc. Ranko Stevanović,
Hrvatsko društvo za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva



Doc. dr. sc. Ranko Stevanović

Originalni patentirani lijekovi dolaze na tržište prema cjelovitom postupku složenih ispitivanja koji uključuje predklinička i klinička ispitivanja na više tisuća bolesnika (faze 1 – 3) i prosječno traju 10 godina. Nakon isteka patenta originalni se lijekovi mogu kopirati i staviti u promet skraćenim postupkom koji uključuje samo jedan klinički pokus (pokus bioekvivalencije), koji se provodi na 24 – 48 zdravih ispitanika (izuzeti su citotoksični lijekovi). Dokazivanje bioekvivalencije je zakonodavstvom reguliran postupak koji pretpostavlja da se na temelju postignutih koncentracija u krvi zdravih ispitanika može pretpostaviti da su ispitani proizvodi slične sigurnosti primjene i učinkovitosti. U Republici Hrvatskoj primjenjuje se Pravilnik o ispitivanju bioraspodjelivosti i bioekvivalenciji lijekova iz 1999. godine. Pravilnikom se smatra da primjenom generičkog lijeka neće nastati klinički znatne razlike u sigurnosti primjene i učinku u usporedbi s

originalnim lijekom ako odstupanja koncentracija nisu veća od $\pm 20\%$ u odnosu prema originalnom lijeku. Za razliku od spomenutih kemijski sintetiziranih lijekova, za biološke lijekove kojima istekne patent (npr. monoklonska protutijela), primjenjuju se drukčiji postupci u stavljanju u promet. Takvi se lijekovi nazivaju biološki slični lijekovi i njihovim se kliničkim ispitivanjem na bolesnicima pokušava također utvrditi hoće li nastati klinički znatne razlike u sigurnosti primjene i učinku u usporedbi s originalnim biološkim lijekom. Takve kliničke studije provode se za jednu odabranu indikaciju originalnog lijeka, a regulator (Europska medicinska agencija) odobrava ekstrapolaciju, tj. uporabu biološki sličnog lijeka u svim ostalim indikacijama koje ima originalni lijek.

Proces određivanja cijena lijekova na veliko u Republici Hrvatskoj

Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prošli je mjesec na osnovnu listu lijekova HZZO-a stavilo 16 novih lijekova, a na dopunsku listu lijekova HZZO-a stavljena su četiri nova lijeka. Uz njih su na listu lijekova stavljena nova pakiranja lijekova (44 na osnovnu i 19 na dopunsku listu), koji su generičke paralele i novi oblici postojećih lijekova u trenutnim listama. Nove lijekove na listama i taj potez HZZO-a pozdravili su i struka i pacijenti zato što se više od godine dana čekalo da dođu prijeko potrebne terapije i mogućnosti liječenja, posebice za onkološke bolesnike. Proces stvaranja cijena lijekova u našoj zemlji zasniva se na odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju

i Zakona o lijekovima. Na temelju članka 188. stavka 5. Zakona o lijekovima ministar zdravstva donio je Pravilnik o mjerilima i načinu za određivanje cijene lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko. Tim se Pravilnikom u pravni poredak unijela EU Direktiva 89/105/EEZ o transparentnim mjerilima kojima se utvrđuje određivanje cijena lijekova za ljudsku uporabu i njihovo uvrštenje u nacionalne sustave zdravstvenog osiguranja. Pravilnikom određeno mjerilo za određivanje cijene na veliko određenog lijeka predstavljaju usporedne cijene na veliko istog lijeka u Italiji, Sloveniji i Češkoj. Koristeći se izračunom usporednih cijena na veliko istog lijeka u spomenutim državama i u Republici Hrvatskoj, definirani su korektivni čimbenici. Navedeni proces određivanja cijene lijekova u praksi je poznat kao pojam **referenciranja**.

Tako određene cijene lijekova objavljuju se u Narodnim novinama kao:

- 1. Odluka o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje**
- 2. Odluka o utvrđivanju Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje**

Godišnji izračun cijena lijekova

Za lijekove uvrštene u liste lijekova u skladu s Pravilnikom svake se godine (prvi radni ponedjeljak u veljači) provodi i obvezni „godišnji izračun cijena lijekova“ kojim se prati brzina promjena cijena u referentnim zemljama. Sastavni dio definiranja cijene lijeka



na veliko u Republici Hrvatskoj čini vrijednost veleprodajne marže i drugih zavisnih troškova najviše do 8,5 %, koja se izračunava tako da se proizvođačka cijena lijeka uveća za vrijednost carine te se tako dobivena vrijednost uveća za vrijednost veleprodajne marže i drugih zavisnih troškova.

Uz navedeno definiranje cijena lijekova Pravilnikom o mjerilima i načinu za određivanje cijene lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko, u praksi postoje pregovori između Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i predstavnika

nositelja odobrenja za stavljanje u promet određenog lijeka, u kojima se određuju uvjeti ugovornog odnosa koji uz vremenski okvir te maksimalni volumen plaćane potrošnje uključuju cjenovna odstupanja s obzirom na prisutnu financijsku ograničenost sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Nakon spomenutih procesa utvrđivanja cijena lijekova u Republici Hrvatskoj te pregovaračkih postupaka s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, bolničke ustanove pojedinačno ili postupkom ujedinjene javne nabave raspisuju natječaj za nabavu lijekova. Bolničke usta-

nove u strukturiranju natječajne dokumentacije te samog troškovnika definiraju predmet nabave, procijenjene potrebe te jedinične cijene HZZO-a za svaki predmet nabave. Uza sve navedeno, bolničke ustanove definiraju i određenu procijenjenu vrijednost za predmet nabave koji ne predstavlja umnožak jedinične cijene HZZO-a (objavljene u Narodnim novinama) i procijenjenih količina, nego uvrštavaju i očekivani rabat kojim izravno potiču na kršenje članka 192. Zakona o lijekovima koji glasi „Fizičke i pravne osobe koje imaju dozvolu za promet lijekovima na veliko obvezne su lijekove koji se nalaze na osnovnoj, odnosno dopunskoj listi lijekova Zavoda, prodavati po cijenama utvrđenim sukladno pravilniku o mjerilima i načinu određivanja cijena lijekova na veliko te načinu izvješćivanja o njima.”

U zdravstvenoj skrbi vrlo je važno osigurati dostupnost svih terapijskih opcija

Zaključno, s obzirom na odrednice novog Zakona o javnoj nabavi, definirane člankom 294. st. 6.: „Ako je cijena određene robe ili naknada za određene usluge propisana zakonom ili drugim propisom, javni naručitelj ne smije u postupcima javne nabave koristiti cijenu kao kriterij za odabir ponude”, očito je da se navedeni stavak odnosi na proces nabave lijekova te je potrebno valorizirati isključivo kvalitativne parametre u odabiru ekonomski najpovoljnije ponude. Provođenjem procesa javne nabave za lijekove prema kriteriju u kojem cijena predstavlja znatnu težinsku vrijednost u valorizaciji ekonomski najpovoljnije ponude, stvara se okružje s „jednim pobjednikom”, što je suprotno težnji autora Zakona o javnoj nabavi i Europske komisije o promoviranju tzv. „multiwinning tendersa”. Uz to, moramo imati na umu da je u zdravstvenoj skrbi vrlo bitno osigurati dostupnost svih terapijskih opcija kako bi se zadovoljile odrednice Zakona o liječništvu u članku 4. gdje se ističe da je „U procesu donošenja odluka i izbora dijagnostike i odgovarajućeg liječenja liječnik samostalan u postupanju sukladno znanstvenim saznanjima i stručno dokazanim metodama koje odgovaraju suvremenom standardu struke.” Također može bitno zagovarati sustav nabave s „jednim pobjednikom” može ugroziti prava pacijenta na odabir terapije, što je određeno Zakonom o zaštiti prava pacijenata u kojem je predviđeno da bolesnik ima „pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički i terapijski postupak”.

Pravilnik također definira cijenu lijekova i u sljedećim situacijama:

- Cijena lijeka na veliko koji sadržava potpuno novu djelatnu tvar koja bitno utječe na povećanje mogućnosti liječenja i ozdravljenja, a u prometu Republike Hrvatske pojavljuje se prvi put, ne smije biti viša od prosječne usporedne cijene navedenog lijeka, pod uvjetom da na osnovnoj ili dopunskoj listi lijekova Zavoda nema uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima.
- Cijena lijeka na veliko koji se propisuje na recept, a sadržava potpuno novu djelatnu tvar, a na osnovnoj ili dopunskoj listi lijekova Zavoda ima uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima, ne smije biti viša od 100 % prosječne usporedne cijene lijeka, a cijena koju plaća Zavod ne smije biti viša od 90 % cijene najjeftinijega usporednog lijeka koju plaća Zavod.
- Cijena lijeka na veliko koji se ne propisuje na recept nego se izdaje u bolnicama, koji sadržava potpuno novu djelatnu tvar, a na osnovnoj ili dopunskoj listi lijekova Zavoda ima uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima, ne smije biti viša od 100 % cijene najjeftinijeg usporednog lijeka.
- Cijena prvoga generičkog lijeka ne smije biti viša od 70 % cijene lijeka iz stavka 2., 3. ili 4. ovoga članka.
- Cijena biološkoga generičkog lijeka ne smije biti viša od 85 % cijene lijeka iz stavka 2., 3. ili 4. ovoga članka. Cijena novoga generičkog lijeka, odnosno novoga biološkoga generičkog lijeka ne smije biti viša od 90 % cijene lijeka utvrđenog na način iz stavka 5. ili 6. ovoga članka.
- Cijena svakoga idućega novoga generičkog lijeka ne smije biti viša od 90 % cijene lijeka istog nezaštićenog imena utvrđene na način iz stavka 7. ovoga članka.

MJERENJE RASTA MOZGA I RIZIK ZA AUTIZAM

Poruka članka: Mjerenje promjena u volumenu i površini mozga tijekom prve godine života moglo bi pomoći znanstvenicima u otkrivanju djece s autizmom.

Mnoga istraživanja pokazala su da osobe s autizmom imaju veći mozak u usporedbi s ljudima kojima nije dijagnosticiran autizam. No, do sada nije bilo jasno kada se promjene u veličini mozga počinju događati i kako utječu na promjene u ponašanju karakteristične za autizam.

U svrhu ispitivanja opažene povezanosti, američki znanstvenici koristili su MR kako bi mjerili rast mozga u 106 dojenčadi koja su imala brata ili sestru s poremećajem iz autističnog spektra, što je shvaćeno kao visok rizik za autizam, te u 42 dojenčeta za koja se smatralo da imaju nizak rizik za razvoj autizma.



U 15-ero djece iz skupine visokog rizika, kojima je dijagnoza autizma postavljena u dobi od 24 mjeseca, MR je ukazao na „hiperekspanziju“ kortikalne površine u dobi od 6 do 12 mjeseci, a u dobi od 12 do 24 mjeseci došlo je do „prerastanja“ mozga. Navedeno „prerastanje“ mozga koreliralo je s pojavom simptoma i bilo je proporcionalno povezano s njihovom izraženošću.

Istraživači su zatim razvili kompjutorski algoritam za otkrivanje djece s visokim rizikom za razvoj autizma koja bolest stvarno i razviju. Prilikom stvaranja algoritma upotrijebili su prije sakupljene podatke o rastu mozga u dojenčadi u dobi od 6 do 12 mjeseci, među kojom je

bilo 34 one koja su razvili autizam i 145 one koji nisu.

U unakrsnom vrednovanju algoritam je točno predvidio kojoj djeci će biti postavljena dijagnoza autizma u 81 % slučajeva, tj. točno je prepoznao 30 od 37 djece s postavljenom dijagnozom i pokazao je 88 %-tnu osjetljivost. K tome, algoritam je točno predvidio koja djeca neće razviti poremećaj u 138 od 142 slučaja, odnosno u 97 %.

U slučaju da se rezultati ovog istraživanja potvrde, ovo otkriće moglo bi jednoga dana pomoći liječnicima da lakše otkriju djecu koja će razviti autizam i omogućiti vrlo rane intervencije.

(Nature. 2017;542 (7641):348 DOI: 10.1038/nature21369)

Dr. sc. Lovro Lamot, dr. med., specijalist pedijatar

ANTIBIOTICI PROŠIRENOG SPEKTRA NISU POTREBNI DJECI S AKUTNIM APENDICITISOM

Poruka članka: Antibiotici proširenog spektra nisu bolji od antibiotika užeg spektra za djecu s akutnom nekomplikiranom ili komplikiranom upalom crvuljka.

Retrospektivnom analizom gotovo 25.000 djece s akutnim apendicitisom u 23 dječje bolnice, istraživači su otkrili da empirijsko liječenje antibioticima proširenog spektra nije poboljšalo učinak. I u podskupini s komplikiranom upalom crvuljka bilo je empirijsko liječenje antibioticima proširenog spektra imalo je jednaku stopu terapijskog neuspjeha. Trenutne smjernice uključuju antibiotike i užeg i proširenog spektra za liječenje komplikiranih upala crvuljka, objašnjavaju **Kronman** i sur. (University of Washington, Seattle, Washington, SAD). Autori su usporedili učinkovitost antibiotika proširenog spektra (piperacilin ± tazobactam, tikarcilin ± klavulanat, cef-tazidim, cefepim, ili karbapenem) u usporedbi s antibioticima užeg spektra za djecu u dobi od 3 do 18 godina s upalom crvuljka kod kojih je učinjena apendek-

tomija. Od 24.984 pacijent, 17.654 (71%) suimala nekomplikiranu upalu crvuljka, dok ih je 7.330 (29%) imalo komplikiranu upalu crvuljka. Sveukupno su 664 (2,7%) bolesnika ponovno hospitalizirani zbog infekcije rane ili ponovne abdominalne operacije u roku od 30 dana (primarni ishod). To se dogodilo u oko 1% nekomplikiranih slučajeva i oko 6% komplikiranih slučajeva akutnog apendicitisa. Izloženost antibioticima proširenog spektra bila je značajno povezana s primarnim ishodom u komplikiranih (omjer ishoda 1,43), ali ne i nekomplikiranih slučajeva (omjer ishoda 1,32). Autori kažu da njihova opažanja imaju implikacije za pažljivo i odgovorno antimikrobno upravljanje. Optimalna antibiotska terapija kod akutnog apendicitisa ostaje nedefinirana - pojedina terapija jednom vrstom antibiotika proširenog spektra povezana je s kraćom hospitalizacijom i nižim bolničkim troškovima. Međutim, izbjegavanje antibiotika proširenog spektra preporuča se kada je to moguće, s obzirom i na povećanje troškova i povezanost između njihove uporabe i razvoja infekcija mikroorganizmima otpornih na antibiotike. Također, autori dodaju, da su 'lokalne smjernice' uspješno standardizirale skrb kod akutnog apendicitisa, sugerirajući da bi antimikrobni program upravljanja mogao podržavati odabir antibiotika užeg spektra kod djece s upalom crvuljka (a osobito kod nekomplikiranih upala crvuljka), kad god je to moguće.

(Pediatrics. 2016;138(1). pii: e20154547.)

Doc. dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Specijalist opće i subspecijalist abdominalne kirurgije

KAROTIDNA ENDARTEREKTOMIJA MOGLA BI BITI RIZIČNA KOD HEMODIJALIZIRANIH BOLESNIKA

Poruka članka: Kod bolesnika na dijalizi s asimptomatskom karotidnom stenozom preporuča se optimizacija medicinskog stanja bez karotidne endarterektomije (engl. carotid endarterectomy - CEA). U simpto-

matskih bolesnika na dijalizi preporuča se CEA, ali selektivno za pacijente s vrlo visokim rizikom za sljedeću tranzitornu ishemijsku ataku ili moždani udar.

Rizici karotidne endarterektomije (CEA, engl. carotid endarterectomy) kod bolesnika na hemodijalizi visoki su i mogli bi prevagnuti prednosti operacije kod nekih, rezultati su velike opservacijske studije. **Malas** i sur. (Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, SAD) napominju da su male studije pokazale povezanost bolesnika ovisnih o dijalizi s lošim rezultatima nakon CEA-e. Kako bi se to ispitalo na većoj populaciji, istraživači su pregledali podatke o 5142 bolesnika na dijalizi dobivenih iz nacionalne baze podataka od 2006. do 2011. godine. Srednja dob bila je 69, medijan praćenja bio je 2,5 godine, a 83% bili su asimptomatski. Tidesetodnevna stopa moždanog udara iznosila je 2,7% u asimptomatskih i 5,2% u simptomatskih bolesnika. Nije bilo statistički značajne razlike u stopi infarkta miokarda stopa (4,6 prema 5,0%) i smrtnosti (4,6 prema 5,0%). Perioperativne stope moždanog udara bile su veće kod onih koji su bili simptomatski (omjer izgleda OR 2,01), crne rase (OR 2,30) ili Latinoamerikanaca (OR 2,28). Ukupno preživljenje bilo je niže u simptomatskih nego u asimptomatskih bolesnika: 73 prema 78% nakon godinu dana, a 29% u odnosu na 33% nakon pet godina. Odgovarajuće stope moždanog udara također su bile niže: 87 prema 92% nakon prve godine i 69 prema 79% nakon pet godina. Pokazatelji dugoročnog moždanog udara su preoperativni simptomi (OR 1,67), ženski spol (OR 1,34) i nemogućnost kretanja (OR 1,81). Pokazatelji povišene stope dugoročne smrtnosti uključuju aktivno pušenje (OR 1,22), povijest kongestivnog zatajenja srca (OR 1,25), kao i kroničnu opstruktivnu plućnu bolest (OR 1,26). S obzirom na ova otkrića, istraživači su zaključili da se kod bolesnika na dijalizi s asimptomatskom karotidnom stenozom preporuča optimizacija medicinskog stanja i izbjegavanje CEA-e. U simptomatskih bolesnika na dijalizi preporuča se CEA, ali selektivno za pacijente s vrlo visokim rizikom za sljedeću

tranzitornu ishemijsku ataku ili moždani udar. Dr. Gilbert R Upchurch Jr (University of Virginia, Charlottesville, Virginia, SAD), koautor u popratnom uvodniku, izjavio je da je to posebno 'bolesna' skupina bolesnika u smislu komorbiditeta i dugoročnog preživljenja i da ne možemo ekstrapolirati studije s opće populacije na ovu specifičnu skupinu. Dodao je da korištenje velike administrativne baze podataka ne dopušta mnogo 'zrnatosti' kao što su vjerojatno subpopulacije bolesnika s terminalnim stadijem bubrežne bolesti i visokim stupnjem stenozе karotidnih arterija koje će živjeti pet godina i imaju visoko rizičan 'plak', koji imaju rizik za moždani udar, a koji će imati koristi od CEA-a. Ukratko, naglasio je da moramo promišljati o ovoj populaciji kad joj nudimo operaciju u okruženju asimptomatske bolesti. To vjerojatno također naglašava da koristimo postotak karotidne stenozе kao glavni pokazatelj rizika za moždani udar (i to je dokazano dobar pokazatelj, ali ne i jedini). Potrebni su nam bolji pokazatelji rizika temeljeni na karakteristikama bolesnika i samog plaka, kao i izbjegavanje grupiranja svih bolesnika s terminalnim stadijem bubrežne bolesti na dijalizi i s visokim stupnjem stenozе karotidnih arterija u jednu grupu i objašnjavajući im da ih nije potrebno operirati.

(JAMA Surg. 2016;151:947-952.)

Doc. dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Specijalist opće i subspecijalist abdominalne kirurgije

VISOKI PROTOK KISIKA ZA BRONHIOLITIS

Poruka članka: Visoki protok vlažnog ugrijanog kisika ne skraćuje potrebu za potporu kisikom u dojenčadi s bronhiolitisom.

Novo istraživanje provedeno u John Hunter bolnici, koja se nalazi u australskoj saveznoj državi Novi Južni Wales, imalo je 2015. godine za cilj ispitati skraćuje li terapija visokim protokom ovlaženog ugrijanog kisika (HFWHO, engl. *high-flow warm humidified oxygen*)



vrijeme u kojem dojenčad s bronhiolitisom zahtijeva potporu kisikom.

Istraživači su objasnili kako većina pedijatrijskih odjela u svijetu upotrebljava razmjerno hladan i suh kisik, koji se loše podnosi u protocima većim od dvije litre u minuti na nos. S druge strane, naveli su kako se ugrijani i ovlaženi kisik lakše podnosi te da se zbog toga može koristiti u visokim protocima.

U ranijim istraživanjima ispitana je uporaba HFWHO-a na odjelima neonatalnih i pedijatrijskih jedinica intenzivnog liječenja, no učinkovitost i sigurnost ove metode nije bila ispitana u randomiziranim kontroliranim istraživanjima.

U ovom istraživanju sudjelovala su 202 djeteta mlađa od dvije godine koja su se javila u hitnu ambulantu spomenute bolnice zbog umjereno teškog bronhiolitisa. Svi su sudionici nasumičnim odabirom u omjeru 1:1 liječeni HFWHO-om ili na standardan način. Liječenje HFWHO-om podrazumijevalo je maksimalan protok od 1L/kg do 20L/min zraka i kisika u omjeru 1:1, što je rezultiralo maksimalnim FiO₂ od 0,6, dok je standardna terapija podrazumijevala hladan 100 %-tni kisik iz zida preko nazalne kanule s protokom od najviše 2L/min. Primarni ishod istraživanja bio je mjerenje vremena od randomizacije do prestanka potrebe za kisikom.

Rezultati istraživanja pokazali su kako je medijan vremena u kojem su djeca skidana s kisika bio 24 sata (95% CI 18-28) za onu liječenu na standardan način te 20 sati (95% CI 17-34) za onu liječenu HFWHO-om. Nadalje, pokazalo se kako je manje djece liječene HFW-

HO-om ostalo bez odgovora na terapiju (14%) u usporedbi s djecom liječenom na standardan način (33%, $p=0,00169$). Naposljetku, valja istaknuti kako je 20-ero (61%) djece koje nije odgovorilo na liječenje na standardan način odgovorilo na terapiju HFWHO-om.

U zaključku istraživanja stoji kako se pokazalo da terapija visokim protokom ovlaženog ugrijanog kisika ne utječe na sam mehanizam bolesti u djece s umjerenom teškim bronhiolitisom. Ipak, istaknuto je kako bi ova metoda mogla imati ulogu kao terapija spasa u djece u koje standardna terapija ne djeluje te da, zahvaljujući njoj, određen broj djece ne bi trebao daljnje skupo liječenje u jedinicama intenzivne skrbi.

(Lancet. 2017 Feb 1. pii: S0140-6736(17)30061-2. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30061-2. [Epub ahead of print])

Dr. sc. Lovro Lamot, dr. med., specijalist pedijatar

USPOREDBA TRIJU ANTIBIOTSKIH SHEMA ZA PREVENCIJU ENDOMETRITISA NAKON CARSKOG REZA

Poruka članka: Kombinirana shema cefazolin 1 g i.v. i azitromicin 500 mg i.v. ordinirana 30-60 minuta prije ureza kože najučinkovitije prevenira endometritis nakon carskog reza.



Profilaktički Antibiotici imaju dokazanu profilaktičku vrijednost je smanjenju učestalost endometritisa nakon carskog reza (lat. *sectio caesarea*, SC). Pozitivan učinak profilakse pojačan je ako se antibiotici ordiniraju prije ureza kože, negoli

nakon podvezivanja pupkovine. Međutim, optimalna antibiotska shema za profilaksu još nije posve utvrđena.

Kako bi istražili naslovnu temu, **Erin Ward** i **Patrick Duff** iz Division of Maternal-Fetal Medicine, University of Florida College of Medicine, Gainesville, FL, SAD, učinili su retrospektivnu kohortnu studiju u tercijarnom perinatalnom centru u razdoblju od 2003.-2014. Od 01/2003 - 12/2007. bila je standardna profilaktična antibiotska shema za sve roditelje nakon SC-a cefazolin 1 g i.v. ordiniran neposredno nakon podveza pupkovine. U 11/2008. uvedena je kombinirana shema cefazolin 1 g i.v. i azitromicin 500 mg i.v.; oba su antibiotika ordinirana 30-60 minuta prije ureza kože. Tijekom 2014. doza cefazolina u navedenoj dualnoj shemi prilagođena je indeksu tjelesne mase (BMI) trudnic; 2 g i.v. ako je BMI $<30 \text{ kg/m}^2$ ili 3 g i.v. ako je BMI $>30 \text{ kg/m}^2$. Kirurška tehnika bila je identična kroz sva tri spomenuta razdoblja. Primarni cilj bio je utvrditi učestalost endometritisa u svakom od razdoblja. Dijagnoza se temeljila na vrućici $\geq 37.5^\circ \text{C}$, bolnosti i napetosti u donjem dijelu trbuha, isključenju ostalih uzroka infekcije i potrebi za ordiniranjem terapijskih antibiotika. Također je uspoređena učestalost neonatalne sepsa između prve godine korištenja nove antibiotske sheme i godine koja je prethodila toj promjeni.

Tijekom istraživnog razdoblja bilo je 29 633 porođaja, od toga 5455 (22 %) SC-om. U prvom razdoblju (01/2003-12/2007) bilo je 1034 SC-a (primarnih ili ponovljenih). Endometritis je imalo 170 roditelja (16.4 %; 95 % CI, 14.4-18.4 %). Tijekom drugog razdoblja (11/2008-12/2013) bilo je 4484 SC-a, a endometritis je razvilo 59 roditelja (1.3 %; 95 % CI, 1.0-1.7 %)($p<0.0001$ u usporedbi s prvim razdobljem). U 2014. bilo je 937 SC-a, a 22 roditelje imale su endometritis (2.3%; 95 % CI, 1.3-3.3 %) ($p<0.0001$ u usporedbi s prvim, te $p<0.1$ u usporedbi s drugim razdobljem). Učestalost neonatalne sepsa među istraživanim razdobljima nije bila statistički značajna.

U zaključku autori navode kako je kombinacija cefazolina i azitromicina i.v. ordinirana prije ureza kože značajno učinkovitije prevenira endometritis nakon SC-a, u usporedbi s cefazolinom i.v. ordiniranim nakon podveza pupkovine. Pritom je stopa endometritisa bila smanjena na vrlo nisku razinu bez povišenja stope neonatalne sepsa.

(Am J Obstet Gynecol 2016;214(6):751.e1-4.)

Matija Prka, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije

RIZIČNI FAKTORI ZA URINARNU INFEKCIJU NAKON „SLING“ OPERACIJE

„Sling“ operacija je naziv preuzet iz anglosaksonske literature, a budući da se doslovni hrvatski prijevod (pračka, omča i sl.) nije udomačio u našoj akademskoj zajednici, u njoj se niti ne koristi. Radi se o operacijskoj tehnici indiciranoj primarno za liječenje statičke urinarne inkontinencije, a bazira se na postavljanju polipropilenske trake ispod srednje uretre (engl. midurethral sling) s ciljem da se korigira angulacija uretre i vezikouretralni kut. Radi se zahvatima koji su iznimno učestali, a u većini svjetskih centara provode se ambulantno i na bazi tzv. dnevne kirurgije. Operira se u lokalno potenciranoj anesteziji, regionalnoj (spinalnoj i epiduralnoj), a najrjeđe u općoj anesteziji. Vrsta „sling“ operacije ovisi o tome je li bolesnica prethodno podvrgnuta nekoj operaciji u maloj zdjelici (adhezije; op. a.), ali i o preferencijama operatera. Bolesnica mora biti informirana o načinu izvođenja zahvata, ali i o mogućim, iako rijetkim, komplikacijama zahvata. U časopisu *Journal of Urology* su dr. Vigli i suradnici objavili rad o rizičnim faktorima urinarne inkontinencije nakon „sling“ operacije, s obzirom na to da nisu jasno definirani. Proveli su retrospektivno istraživanje s ciljem utvrđivanja incidencije urinarne infekcije u prvih 30 dana poslije operacije, pri čemu su se koristili bazom podataka National

Surgical Quality Improvement Program –NSQIP. Isključujući kriteriji odnosili su se na: operaciju koja se ne klasificira kao elektivna, operacija u prethodnih 30 dana, preoperativna urinarna infekcija, ASA $\geq$ 4, istovremena operacija i trajanje operacije >60 minuta. Rizični faktori urinarne infekcije procjenjivani su temeljem demografskih podataka, eventualnog komorbiditeta i zadanih kirurških varijabli. Rezultati logističke i multivarijantne regresijske analize ukazali su na individualne rizične faktore za nastanak urinarne infekcije. Od 2006. do 2014. učinjene su ukupno 9 022 „sling“ operacije koje odgovaraju kriterijima istraživanja. Utvrđena incidencija urinarne infekcije iznosila je 2,6 %. Utvrđeni rizični čimbenici za nastanak infekcije bili su: dob >65 godina, BMI (indeks tjelesne mase) >40 i prijem u bolnicu nakon zahvata. Rezultati istraživanja također su pokazali kako je rizik urinarne infekcije statistički manji ako operaciju rade urolozi u komparaciji s ginekolozima.

Autori zaključuju kako je incidencija urinarne infekcije nakon „sling“ operacija niska, a identifikacija rizičnih čimbenika omogućuje njeno dodatno smanjenje.

(J Urol. 2016, in print)

Doc. dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

Specijalist ginekologije i opstetricije

MARKERI KARDIJALNE DISFUNKCIJE U RANOJ PREEKLAMPSIJI

Na godišnjem skupu Društva za maternalnu i fetalnu medicinu (Society for Maternal-Fetal Medicine, SMFM) prezentirano je istraživanje od velike važnosti za kliničku medicinu. Naime, u trudnica s teškom preeklampsijom dijagnosticiranoj prije termina, markeri kardijalne disfunkcije mogu se detektirati kako tijekom trudnoće tako i u babinju. Pravovremena identifikacija tih markera omogućuje pravodobnu intervenciju s ciljem redukcije rizičnih faktora i pri-

druženog rizika od dugoročnog razvoja kardiovaskularnih bolesti. Autori istraživanja proveli su prospektivnu studiju u koju je uključeno 27 trudnica gestacijske dobi od 23 do 36 tjedana. U kontrolnu skupinu uključene su 24 trudnice istovjetne gestacijske dobi. Ultrazvuk srca u trudnoći i 6 tjedana poslije poroda učinjen je 21 od 27 ispitanica, kao i 16 (16/24) ispitanica kontrolne skupine. Analiza je provedena usklađivanjem trudnica obiju skupina prema odgovarajućim parametrima poput: dobi majke, gestacijske dobi, rasi i indeksu tjelesne mase. Rezultati istraživanja pokazali su kako ispitanice s preeklampsijom, unatoč održanoj ejskijskoj frakciji, imaju statistički značajno pogoršanje longitudinalnog naprezanja lijeve klijetke, što se smatra senzitivnim markerom sistoličke disfunkcije u trudnoći i 6 tjedana poslije poroda. Rezultati su statistički značajni za ispitanice u usporedbi s kontrolnom skupinom.

Studija je pokazala kako se znaci kardijalne, točnije sistoličke disfunkcije mogu verificirati u trenutku dijagnosticiranja preeklampsije te da ukazuju na važnost praćenja tih bolesnika.

(Cardiac Dysfunction in Pre-Eclampsia, 2017. Annual Meeting of the SMFM)

Doc. dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

Specijalist ginekologije i opstetricije

PD-1 I PD-L1 INHIBITORI KAO TERAPIJA RELAPSA UROTELIJALNOG KARCINOMA

Više od dvadeset godina jedino liječenje za koje je dokazano da produžuje sveukupno preživljenje bolesnika s uznapredovalim urotelijalnim karcinomom bilo je kombinacijska kemoterapija temeljena na cisplatinu. Takva je terapija u prvoj liniji liječenja ostvarila medijan preživljenja od 14 do 15 mjeseci, uz petogodišnje preživljenje u oko 5 do 15 % bolesnika. Kroz povijest, kemoterapija relapsa (engl. „salvage“ terapija) vinfluninom ili taksanom, nakon primjene pla-

tinske kemoterapije, pokazala je učinak u samo oko 10 % bolesnika, s medijanom preživljenja od samo 6 do 8 mjeseci. Vinflunin je bio odobren za uporabu u mnogim zemljama na temelju studije faze 3, koja je u multivarijantnoj analizi pokazala produljenje sveukupnog preživljenja, u usporedbi s tadašnjom najboljom opcijom suportivne skrbi, samo u dijela uključene populacije bolesnika, nakon što su isključeni oni bolesnici u kojih su na početku nastala veća narušavanja studijskog protokola. Međutim, vinflunin nije pokazao produljenje sveukupnog preživljenja u *intention-to-treat* populaciji te nije odobren u SAD-u. Djelovanje taksana nije provjereno kroz studije faze 3 niti su ga odobrile regulatorne agencije, iako su ih mnogi kliničari razmatrali kao spasonosnu terapiju. Zbog svega toga činjenica da je FDA odobrila PD – L1 inhibitor atezolizumab u svibnju 2016. te PD – L1 inhibitor nivolumab u veljači 2017. za bolesnike koji su doživjeli relaps bolesti nakon platinske kemoterapije, nosi puno dobrog i korisnog. Općenito govoreći, u kontekstu antineoplastične terapije i liječenja raka, PD – 1 i PD – L1 inhibitori smatraju se svojevrsnom nadolazećom plimom, koja će uzdrmati sve brodice. Ta monoklonalna protutijela pokazala su učinak u brojnim zloćudnim bolestima, oslobađajući tumorsku aktivnost limfocita T, ciljajući T – stanični inhibitorni put. I atezolizumab i nivolumab dobili su odobrenje za uporabu ubrzanim postupkom, na temelju nerandomiziranih studija faze 2, Imvigor210 i CheckMate 275. Oba lijeka postigla su odgovor u 15 do 20 % bolesnika, kao i produljenje postignutog odgovora. Ozbiljnije nuspojave i toksični učinci zabilježeni su u samo 16 do 18 % bolesnika. Ubrzana odobrenja smatraju se ranim odobrenjima, kako bi lijekovi zadovoljili velike potrebe liječenja, no nužna su daljnja potvrdna istraživanja kako bi se postiglo potpuno odobrenje.

U studijama faze 2 još je jedan PD – L1 inhibitor pokazao učinak, durvalumab. Bellmunt i suradnici objavili su rezultate

studije faze 3 KEYNOTE – 045, koja je ocijenila sveukupno preživljenje među bolesnicima koji su doživjeli relaps bolesti nakon liječenja platinskim spojevima. Navedeno istraživanje s uključena 542 bolesnika pokazalo je duži medijan sveukupnog preživljenja uz PD – 1 inhibitor pembrolizumab, nego uz taksane ili vinfluninsku kemoterapiju (10,3 vs. 7,4 mjeseca). Stopa odgovora također je bila veća uz pembrolizumab (21,1 % vs. 11,4 %), kao i trajanje odgovora od 12 ili više mjeseci (68 vs. 35 %). Ipak, nije uočena značajnija razlika u medijanu preživljenja bez progresije bolesti (2,1 mjesec uz pembrolizumab vs. 3,3 mjeseca uz kemoterapiju). Pembrolizumab se pokazao i manje toksičnim od kemoterapije u svakom od zabilježenih neželjenih učinaka (60,9 % bolesnika na pembrolizumabu vs. 90,2 % bolesnika na kemoterapiji), kao i u slučaju težih nuspojava (15,0 vs. 49,4 %). Na temelju ovih rezultata očekuje se odobrenje regulatornih tijela za pembrolizumab.

Sve to navodi na neka pitanja, poput onoga koji je od navedenih lijekova najbolji, pembrolizumab, nivolumab ili atezolizumab, kada bi liječenje PD – 1 i PD – L1 inhibitorima trebalo prekidati i može li se odabir lijeka među navedenima voditi izražajem biobiljega. Odgovori su, redom: nije moguće odabrati, s obzirom na to da nisu izravno međusobno uspoređeni u randomiziranom istraživanju. U obzir treba uzeti činjenicu da je u ovom trenutku jedino pembrolizumab lijek čija je učinkovitost dokazana u studiji faze 3. Terapiju se u slučaju radiološke progresije, a kliničke stabilnosti, može/treba nastaviti kako bi se izbjegla eventualna greška prekidanja, ako se radi o pseudoprogresiji (privremeno povećanje lezija na radiološkom nalazu zbog limfocitne infiltracije). U nijednom od navedenih istraživanja bolesnici nisu odabrani prema biobiljegu (npr. izražaj PD – L1 u tumoru). Istraživanje KEYNOTE – 045 pokazalo je benefit bez obzira na PD – L1 izražaj. Istraživanja Imvigor210 i CheckMate275 pokazala

su mogući prognostički utjecaj PD – L1 izražaja, genomskog podtipa, izražaja interferon – Y gena, kemokinskog potpisa, kao i tereta potencijalnih mutacija, no ovi biobiljezi zahtijevaju validaciju prije uporabe u praksi.

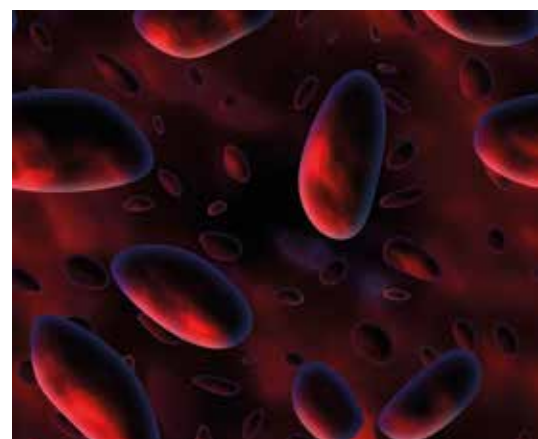
KEYNOTE – 045 utjecat će na promjenu kliničke prakse. Dulje preživljenje i manje toksičnih učinaka uz pembrolizumab u odnosu na kemoterapiju, a postiže bolji terapijski indeks u populaciji inače starijih bolesnika s komorbiditetima. Međutim, bolesnici kojima je potrebna „salvage“ terapija i dalje su neizlječivi. Istraživanja su istaknula nevjerovatnu molekularnu heterogenost urotelijalnog karcinoma. Zato se jako podupiru istraživanja koja vrednuju učinak bioloških lijekova u odabranim bolesnika s povećanim brojem molekularnih ciljnih mjesta za lijek u tumoru, potencijalno u kombinaciji s PD – 1 i PD – L1 inhibitorima. PD–1 i PD–L1 inhibitori učinkoviti su u prvoj liniji terapije, a u ovom trenutku istražuje ih se u studijama faze 3, kao adjuvantnu terapiju 1. linije u kombinaciji s kemoterapijom i imunomodulatorima nakon kirurškog zahvata u visokorizičnih bolesnika.

(N Engl J Med. OnlineFirst, 17.2.2017. DOI: 10.1056/NEJMe1701182)
Ana Tečić Vuger, dr. med.

ANEMIJA JE PREDIKTOR SMRTNOSTI, KARDIOVASKULARNIH DOGAĐAJA I VEĆIH KRVARENJA U STABILNOJ BOLESTI KORONARNIH ARTERIJA

Poruka članka: Nizak hemoglobin neovisan je prediktor smrtnosti, kardiovaskularnih događaja i većih krvarenja.

Anemija je čimbenik rizika u općoj populaciji kada govorimo o kardiovaskularnim bolestima. Ona je također neovisan prediktor nepovoljnog ishoda u akutnom koronarnom sindromu. Uz to, niže razine hemoglobina ili anemija predviđaju višu stopu mortaliteta na-



kon perkutane koronarne intervencije ili operacije srčanih prenosnica. Anemija se također može povezati i s povišenim razinama upalnih medijatora, a progresija ateroskleroze je usko povezana s upalom. Na takav način anemija teoretski može doprinijeti progresiji koronarne bolesti.

U ovoj je studiji cilj bio utvrditi vezu između razine hemoglobina, ili njegove promjene tijekom vremena, te ishoda u bolesnika sa stabilnom bolesti koronarnih arterija.

CLARIFY je prospektivna, kohortna studija koja se bavi bolesnicima sa stabilnom bolesti koronarnih arterija (32 901 bolesnik u 45 zemalja od 2009. do 2010. godine). Bili su podijeljeni s obzirom na razinu hemoglobina te im je označen status anemije (anemičan-A, neanemičan-N) na početku/u praćenju (engl. follow-up): N/N; A/N; N/A; A/A. Istraživani su svi uzroci smrtnosti, kardiovaskularni događaji i veća krvarenja u praćenju u trajanju od četiri godine. Niska razina hemoglobina (anemija) bila je neovisan prediktor kardiovaskularne i nekardiovaskularne smrtnosti, srčanog udara, moždanog udara i većih krvarenja (za sve navedeno, $p < 0,001$). Anemija je na kraju praćenja neovisno povezana sa smrtnošću svih uzroka (kardiovaskularni i nekardiovaskularni). U bolesnika u kojih se anemija normalizirala (A/N) nije pronađen viši rizik smrtnosti (HR, 1,02; 95 % CI, 0,77-1,35), iako je rizik za veća krvarenja bio viši (HR, 2,06; 95 % CI, 1,23-3,44; $p = 0,013$), nego u onih bo-

lesnika čiji je hemoglobin tijekom cijele studije bio uredan.

U ovoj velikoj populaciji bolesnika sa stabilnom bolesti koronarnih arterija bio je nizak hemoglobin neovisan prediktor smrtnosti, kardiovaskularnih događaja i većih krvarenja. Prezistentna ili novonastala anemija snažan je prediktor kardiovaskularne i nekardiovaskularne smrtnosti bolesnika.

(Am J Med. 2017 Jan 18; pii: S0002-9343(17)30032-3. doi: 10.1016/j.amjmed.2017.01.002)

Petra Radić, dr. med.

VAŽNOST ERGOMETRIJE PRIJE OTPUSTA BOLESNIKA S BOLI U PRSIMA U ERI VISOKOOSJETLJIVOG TROPONINA

Poruka članka: U eri visokoosjetljivog troponina, ergometrija prije otpusta bolesnika s boli u prsima nema prediktivnu vrijednost za smrt ili srčani udar.

Bol u prsima je u gotovo 20 % slučajeva razlog dolaska u hitnu službu, ako isključimo kirurške slučajeve. Oko 40 % bolesnika s boli u prsima bude primljeno radi daljnje obrade. Samo 10-20 % bolesnika dobije dijagnozu akutnoga koronarnog sindroma. U posljednjem desetljeću smjernice su predlagale korištenje ergometrije prije otpusta onih bolesnika u kojih je srčani udar isključen elektrokardiogramom i mjerenjem troponina. Ergometrija se u tom smislu smatrala vjerodostojnom metodom za dokazivanje ishemijske bolesti srca.

Cilj je ove studije bio utvrditi vrijednost ergometrije kod bolesnika kod kojih je isključen srčani udar navedenim metodama. U studiju su bili uključeni svi bolesnici koji su bili hospitalizirani na Klinici za kardiologiju u Södersjukhusetu, Stockholm, u razdoblju od siječnja 2011. do lipnja 2012. Krajnje točke istraživanja bile bolesnikova smrt, srčani udar te revaskularizacija 90 do 365 dana po otpustu. Ukupan broj bolesnika iznosio je 951. U 585 bolesnika (61,5 %) ergometrija je bila

negativna, u 94 (9,9 %) pozitivna a u 272 (28,6 %) nalaz nije bio konzistentan. Nije postojala značajna razlika u smrtnosti bolesnika i srčanome udaru između onih s pozitivnom i negativnom ergometrijom; bilo je 9 smrtnih slučajeva (0,9 %) u prvoj skupini i 10 (1,1 %) srčanih udara u drugoj skupini u prvih 365 dana.

Ergometrija nakon isključenja srčanoga udara u bolesnika nije predviđjela posljedičnu smrt ili srčani udar u populaciji bolesnika hospitaliziranih zbog boli u prsima. Budući da većina bolnica nema mogućnost za ergometriju tijekom noći ili vikenda, izostavljanje ergometrije skratilo bi boravak bolesnika u bolnici i, prema tome, smanjilo troškove. Daljnja testiranja mogu se razmotriti kod pojedinih bolesnika u slučaju ponavljajućih simptoma nakon otpusta. Nalazi ove studije govore u prilog tome kako bi se navedeni bolesnici mogli otpustiti kući i bez ergometrije.

(Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2017 Jan 1;2048872617690886. doi: 10.1177/2048872617690886)

Petra Radić, dr. med.

ANABOLIČKI STEROIDI - KOLIKO IH POZNAJEMO?

Zahtjeve suvremenog društva za potrebom povećanja mišićne mase u smislu poboljšanja izgleda, koju osoba samo tjelovježbom i prehranom ne može postići i održati, mnogi je ljudi postižu kupnjom i korištenjem anaboličkih androgenih steroida. Postoji svijest o učinkovitosti takvih preparata, ali ih znatan dio korisnika smatra potpuno neškodljivim.

Uz poznate nuspojave (akne, ginekomastija, agitiranost, testikularna atrofija, oštećenje jetre i bubrega) zna se da su rizici čimbenik za nastanak tromboembolije u osoba koje imaju predispoziciju za trombozu. Anabolički steroidi induciraju emboliju povećanom aktivnošću trombocita, pojačanim stvaranjem čimbenika koagulacije, inflamacijom, porastom LDL-a i smanjivanjem HDL-a.

Colburn i suradnici su opisali slučaj pacijenta s oštrom boli lokaliziranom lijevo lumbalno, bez iradijacije, koja je počela dva dana prije pregleda. U trenutku pregleda u hitnoj službi bio je afebrilan, a mokrenje, izgled urina i probava su anamnestički bili uredni. Bolesnik radi kao financijski savjetnik i uzima escitalopram zbog opsesivno-kompulzivnog poremećaja. U trenutku pregleda trbuh mu je bio mekan, bezbolan, lumbalna sukusija negativna, a nalaz urina, CKS i trombociti uredni, uz blago povišen kreatinin. Palpacija trbuha bila je bezbolna, LS negativna, CT trbuha uredan. Pacijent je ostao preko noći u bolnici, bez znakova infekcije. Otpušten je uz opioidni analgetik. Kako bolovi nisu prestajali, sutra se ponovno javio u hitnu službu. Napravljeni CT s kontrastom dijagnosticirao je parenhimni infarkt bubrega. Primljen je u bolnicu i započeta je kontinuirana terapija heparinom. Opsežna obrada isključila je trombofiliju. Tijekom daljnjeg ispitivanja pacijent je otkrio da je pet godina povremeno koristio testosteron i anabolički steroid trenbolon acetat, zadnji put dva tjedna prije hospitalizacije. Bol se je smanjivala, pacijentu je propisan apiksaban i treći dan po primtku u bolnicu je otpušten. Nakon četiri dana ponovno se javljaju lumbalni bolovi sa širenjem distalno i mučnina. Biva hospitaliziran i otkriva se novi bubrežni infarkt. Ponovno počinje kontinuirana heparinska terapija. Treći dan započeta je terapija enoksaparinom kao mostom do postizanja terapijskog INR-a na varfarinu. Po stabilizaciji je otpušten iz bolnice sa savjetom o riziku opasnih tromboembolija ako nastavi uzimati anaboličke steroide.

Unatoč široko korištenim anaboličkim steroidima, nema algoritama za liječenje komplikacija izazvanih njihovom primjenom. Važno je pažljivo uzimanje anamneze, a navedeni primjer naglašava potrebu se sve atletski građene ljude, osobito mlade uoita o mogućem korištenju dodatka vježbanju kao što su anabolički steroidi, bilo da su došli na preventivni pregled ili na pregled u slučaju iznenadne boli.

(Ann Med Surg. 2017 Jan 12.)

Dr. sc. Jasna Ajduković, dr. med.

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

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 SSCI.

Tomic S^{1,2}, Petkovic I², Pucic T¹, Resan B^{2,3}, Juric S^{1,2}, Rotim T⁴. Cervical dystonia and quality of life. Acta Neurol Belg. 2016 Dec;116:589-592.

¹Clinical Department of Neurology, Osijek University Hospital Center, Osijek, Croatia; ²School of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University, Osijek, Croatia; ³School of Engineering, University of Applied Sciences and Arts Northwestern Switzerland, Windisch, Switzerland; ⁴Clinical Department of Radiology, Osijek University Hospital Center, Osijek, Croatia.

Habek M^{1,2,3}, Crnošija L¹, Lovrić M⁴, Junaković A², Krbot Skorić M², Adamec I². Sympathetic cardiovascular and sudomotor functions are frequently affected in early multiple sclerosis. Clin Auton Res. 2016;26:385-393.

¹School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of Neurology, Referral Center for Autonomic Nervous System Disorders, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ³University Department of Neurology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴Department of Laboratory Diagnostics, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Ikić Matijašević M^{1,2}, Flegar D^{1,2}, Kovačić N^{2,3}, Katavić V^{2,3}, Kelava T^{1,2}, Šućur A^{1,2}, Ivčević S^{1,2}, Cvijica H^{1,2}, Lazić Mosler E^{2,3}, Kalajzić I⁴, Marušić A⁵, Grčević D^{1,2}. Increased chemotaxis and activity of circulatory myeloid progenitor cells may contribute to enhanced osteoclastogenesis and bone loss in the C57BL/6 mouse model of collagen-induced arthritis. Clin Exp Immunol. 2016;186:321-335.

¹Department of Physiology and Immunology, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ²Laboratory for Molecular Immunology, Croatian Institute for Brain Research, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ³Department of Anatomy, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ⁴Department of Reconstructive Sciences, University of Connecticut Health Center, Farmington, CT, USA; ⁵Department of Research in Biomedicine and Health, University of Split School of Medicine, Split, Croatia

Labor M^{1,2}, Vrbica Ž^{3,4}, Gudelj I⁵, Labor S^{1,2}, Jurić I⁶, Plavec D^{2,7}. Exhaled Breath Temperature as a Novel Marker of Future Development of COPD: Results of a Follow-Up Study in Smokers. COPD. 2016;13:741-749.

¹Department of Pulmonology, University Hospital Center Osijek, Osijek, Croatia; ²Faculty of Medicine, J.J. Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia; ³Department of Pulmonology and Immunology, General Hospital Dubrovnik, Dubrovnik, Croatia; ⁴University of Dubrovnik, Dubrovnik, Croatia; ⁵Department of Pulmonology, University Hospital Center Split,

Split, Croatia; ⁶Department of Cardiology, University Hospital Center Osijek, Osijek, Croatia; ⁷Research Department, Children's Hospital Srebrnjak, Zagreb, Croatia.

Mohar B¹, Smojver Ježek S², Rajković Molek K³, Štemberger C³, Kurpis M⁴, Kupanovac Ž⁴, Samaržija M⁵, Jonjić N¹, Grahovac B¹. Detection of an EGFR mutation in cytological specimens of lung adenocarcinoma. Cytopathology. 2016;27:444-451.

¹Department of Pathology, School of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia; ²Department of Pathology and Cytology, Jordanovac Pulmonary Cytology Division, Zagreb University Hospital Center, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ³Department of Cytology, Rijeka University Hospital Center, Rijeka, Croatia; ⁴Department of Pulmonology, Rijeka University Hospital Center, Rijeka, Croatia; ⁵Jordanovac University Hospital for Lung Diseases, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

Bosak Versic A, Glavan N, Bukvic N, Tomasic Z, Nikolic H. Does elevated urinary 5-hydroxyindole acetic acid level predict acute appendicitis in children? Emerg Med J. 2016;33:848-852.

Pediatric Surgery Clinic, University Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia.

Turudic D¹, Batinic D², Golubic AT³, Lovric M⁴, Milosevic D⁵. Calcium oxalate urolithiasis in children: urinary promoters/inhibitors and role of their ratios. Eur J Pediatr. 2016;175:1959-1965.

¹University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ²Children's Hospital Srebrnjak, Zagreb, Croatia; ³Department of Nuclear Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴Department of Clinical Laboratory Diagnostic, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁵Department of Pediatric Nephrology, Dialysis and Transplantation, University of Zagreb School of Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Djelmis J¹, Pavić M², Mulliqi Kotori V³, Pavlić Renar I⁴, Ivanisevic M¹, Oreskovic S¹. Prevalence of gestational diabetes mellitus according to IADPSG and NICE criteria. Int J Gynaecol Obstet. 2016;135:250-254.

¹School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of Obstetrics and Gynecology, Clinical Hospital Center, Zagreb, Croatia; ³Department of Obstetrics and Gynecology, Clinical Hospital Center, Zagreb, Croatia; ⁴Department of Endocrinology, Pediatric Clinic, University Clinical Center, Prishtina, Republic of Kosovo; ⁵School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁶Department of Internal Medicine, Clinical Hospital Center, Zagreb, Croatia



TOYOTA

ALWAYS A
BETTER WAY

NOVA COOL COROLLA ZA COOL CIJENU

od **116.900 kn**



Upoznajte najprodavaniji automobil svih vremena u novom Cool atraktivnom izdanju za Cool cijenu osnovnog modela od 116.900 kn*.

Za potpuni užitek u vožnji, odaberite model Luna s naprednim sustavom sigurnosti **Toyota Safety Sense** i multimedijom **Toyota Touch 2** s ekranom od 7" osjetljivim na dodir, Bluetooth® sustavom i kamerom za vožnju unatrag u standardnoj opremi.

Posjetite Toyota salone.



OSIJEK: INTEGRA-DUNDOVIĆ, J. Huttlera 31, (031) 54 04 44; **POREČ:** AUTO WILL, Buići 13C, (052) 63 95 63; **RIJEKA:** ARK-MIHELIĆ, Furićevo 64, (051) 44 08 00; **SOLIN-SPLIT:** AUTO ČONDIĆ, Zoranićeva 1, (021) 24 66 00; **VARAŽDIN:** FUTURA AUTO, Optujska 169a, (042) 33 29 99; **ZADAR:** TROFEJ AUTO, Zagrebačka 92, (023) 34 33 00; **ZAGREB:** TOYOTA CENTAR ZAGREB, Velikopoljska 1, (01) 63 70 900 i Avenija Dubrava 126, (01) 5999 590; ROTUS NOVOSEL, Kovinska 6, (01) 54 95 153.

Potrošnja goriva od 3,8 do 6,3 l/100 km u mješovitoj vožnji. Emisije CO₂ od 100 do 144 g/mm. Slika je simbolična.

5 godina
GARANCIJE
BEZ OGRANIČENJA

TOYOTA.HR

Postupci za povećanje svjesnosti o karcinomu dojke među ženama

Prof. dr. sc. LIVIA PULJAK, e-mail: livia@mefst.hr

Sažetak

Uvod: Karcinom dojke i dalje je jedan od najčešće dijagnosticiranih karcinoma širem svijeta. Rano otkrivanje ključno je za bolje ishode. Budući da će mnoge žene same otkriti simptome karcinoma dojke važno je da su svjesne glavnih činjenica o njemu, odnosno da imaju znanje, vještine i samopouzdanje za otkrivanje promjena na dojci te da se što prije jave liječniku.

Cilj istraživanja: Cilj ovog Cochrane sustavnog pregleda bio je procijeniti djelotvornost intervencija za podizanje svjesnosti o karcinomu dojke među ženama. Pretražena je literatura objavljena do veljače 2016. Uključeni su randomizirani kontrolirani pokusi u kojima su analizirane intervencije za povećanje svjesnosti o karcinomu dojke među ženama, odnosno znanje o potencijalnim simptomima i promjenama povezanim s karcinomom dojke i samopouzdanjem za pregled vlastite dojke; analizirane su sve intervencije bez obzira na način kako su provedene – individualni pristup, skupni pristup, kampa-nje u medijima.

Rezultati: Uključena su 2 klinička pokusa u kojima je sudjelovalo 997 žena. U jednom pokusu (867 žena) žene su razvrstane u skupinu koja je primala informativnu knjižicu i uobičajenu skrb (1. intervencijska skupina), drugu skupinu koja je primala informativnu knjižicu i uobičajenu skrb zajedno sa savjetovanjem radiologa ili psihologa (2. intervencijska skupina) i treću skupinu koja je primala samo uobičajenu skrb (kontrolna skupina). U drugom pokusu (130 žena) žene su razvrstane u skupinu koja je sudjelovala u edukativnom programu (3 puta po 60-90 min) i drugu bez ikakve intervencije (kontrolna skupina).

Poznavanje simptoma karcinoma dojke: U prvom istraživanju je u 1. intervencijskoj skupini povećano znanje o simptomima osim kvržice u usporedbi s kontrolnom skupinom dvije godine nakon intervencije, ali to povećanje nije bilo statistički značajno. Poznavanje simptoma također je bilo veće u 2. intervencijskoj skupini nakon dvije godine, ali također nije bilo značajno. U drugom istraživanju svjesnost žena o simptomima karcinoma dojke povećala se jedan mjesec nakon intervencije u edukacijskoj skupini u usporedbi s kontrolnom skupinom.

Poznavanje rizika povezanog s dobi: U prvom istraživanju znanje žena o riziku od karcinoma dojke povezanom s dobi povećalo se, ali ne značajno, u 1. intervencijskoj skupini u usporedbi s kontrolnom skupinom dvije godine nakon intervencije. Znanje žena značajno se povećalo u 2. intervencijskoj skupini u usporedbi s kontrolnom. U drugom istraživanju osobni dojam sklonosti karcinomu dojke (kako procjenjuju vlastiti rizik) povećao se značajno jedan mjesec nakon intervencije u edukacijskoj skupini u usporedbi s kontrolnom.

Učestalost pregledavanja dojke: U prvom istraživanju nije uočena značajna promjena u 1. intervencijskoj skupini, a u 2. je uočeno povećanje koje nije bilo značajno u usporedbi s kontrolnom dvije godine nakon intervencije. U drugom istraživanju se učestalost preventivnih ponašanja vezanih za karcinom dojke u žena značajno povećala jedan mjesec nakon intervencije u edukacijskoj skupini u usporedbi s kontrolnom.

Svjesnost o karcinomu dojke: Ukupna svjesnost žena o karcinomu dojke nije se značajno povećala u 1. intervencijskoj skupini, ali jest u 2. intervencijskoj skupini prvog istraživanja u usporedbi s kontrolnom skupinom dvije godine nakon intervencije. U drugom istraživanju je zabilježeno povećanje bodova na socijalno-kognitivnom modelu *Health Belief Model* koji uključuje konstrukte o svjesnosti i osobnom dojmu o sklonosti jedan mjesec nakon intervencije u usporedbi s kontrolnom skupinom.

Niti jedno od ta dva istraživanja nije opisalo ishode koji se tiču motivacije za samopregled dojke, smjelosti za traženje pomoći, vremena od otkrića simptoma na dojci do javljanja zdravstvenom radniku, namjere traženja pomoći, kvalitete života, neželjenih učinaka intervencije, stadija karcinoma dojke, procjena preživljenja ili stopa smrtnosti od karcinoma dojke.

Zaključak autora: Temeljem rezultata tih dvaju randomiziranih kontroliranih pokusa kratka intervencija ima potencijala za povećanje svjesnosti žena o karcinomu dojke. Međutim, rezultati ovog sustavnog pregleda trebaju se uzeti sa zadržkom jer procjena kvalitete dokaza pokazuje da su dokazi umjerene kvalitete pronađeni samo u jednom od ta dva istraživanja. Nadalje, ta su dva istraživanja bila različita po vrstama istraženih intervencija, populacija i analiziranih ishoda. Stoga se trenutni dokazi ne mogu generalizirati. Nužni su novi klinički pokusi koji će uključiti veće uzorke, validirane mjere ishoda i longitudinalni pristup.

Opis stanja

Iako se smrtnost od karcinoma dojke smanjuje, to je i dalje najčešće dijagnosticirana vrsta karcinoma u žena di-

ljem svijeta. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije u 2011. godini je u cijelom svijetu od karcinoma dojke umrlo 508.000 žena. Rana dijagnoza karcinoma dojke povezana je s boljim ishodima i duljim preživljenjem. Mnoge tumore dojke žene otkriju same. Međutim, neke žene odgađaju posjet liječniku nakon što otkriju simptome na dojci; razlozi za to su brojni, a uključuju i strah od dijagnoze karcinoma. Odgađanje traženja pomoći osobito je povezano s manjkom znanja o simptomima osim kvržice (npr. promjene na bradavici). To je zabrinjavajuća situacija s obzirom na važnost brzog javljanja liječniku nakon pojave simptoma.

Pojam „svjesnost o dojci“ (engl. *breast awareness*) koristi se u vezi s probirom za karcinom dojke i rano otkrivanje karcinoma na njoj. Nedavno se počela zagovarati promjena fokusa sa samopregleda dojke na svjesnost o dojci, pri čemu se potiče razvijanje svjesnosti o dojci kao dio općenite zdravstvene edukacije o dojci. Svjesnost o dojci uključuje samopouzdanje za gledanje i pipavanje dojke, tako da žene znaju što je normalno za njihovo tijelo te kakve promjene trebaju tražiti i osjetiti. Osim toga, svjesnost o dojci zahtijeva da žene poznaju implikacije promjena na dojci i da se posavjetuju s liječnikom što prije ako primijete kakve promjene. Stoga su koncepti svjesnosti o dojci i svjesnosti o karcinomu dojke čvrsto povezani. Osim toga, samopregled dojke se smatra bihevioralnom komponentom oba koncepta. Iako se svjesnost o dojci često promovira, dokazi ukazuju kako žene općenito nemaju razvijenu takvu svijest. Trenutne spoznaje pokazuju kako edukacija javnosti o simptomima karcinoma i važnosti ranog otkrivanja karcinoma mogu povećati broj žena koje se rano javljaju liječniku i poboljšati ishode karcinoma. Stoga je nužno povećati svjesnost o simptomima karcinoma dojke među ženama. U Velikoj Britaniji je razvijena intervencija za promociju ranog javljanja (engl. *Promoting Early Presentation*, PEP), koja je usmjerena na starije žene koje imaju mnogo veći rizik od razvoja karcinoma dojke. Cilj je te intervencije povećanje znanja, vještina, samopouzdanja i moti-

vacije za rano javljanje liječniku nakon otkrivanja simptoma. Međutim, zbog ranijeg medijana dobi u vrijeme otkrivanja karcinoma dojke, u usporedbi s drugim čestim karcinomima, smatra se da žene imaju nešto veću vjerojatnost razvoja karcinoma dojke prije 60. godine. U Irskoj je trenutno 50% žena kojima je novodijagnosticiran karcinom dojke, a mlađe su od 60 godina (srednja dob u trenutku dijagnoze je 59,6 godina). Stoga se veći broj žena svih dobnih skupina, osobito mlađih žena, može javiti s karcinomom dojke u ranijim stadijima i zato je nužno među njima povećati svjesnost o karcinomu dojke.

Zaključak sustavnog pregleda za praksu

Kvaliteta dokaza pronađenih u okviru ovog sustavnog pregleda bila je umjerenja, što onemogućuje donošenje jasnih zaključaka o najboljem načinu ustroja i sadržaja edukativnih intervencija za povećanje svjesnosti o karcinomu dojke među ženama. Dokazi jednog istraživanja pokazuju da edukacijska intervencija o simptomima, riziku povezanom s dobi i pregledavanje dojke, korištenjem kombinacije pisanih materijala i kratkog individualnog savjetovanja ima potencijal za povećanje svjesnosti u starijih žena tijekom duljeg razdoblja. Nadalje, ovaj sustavni pregled literature ukazuje na nejasnoće koje se tiču različitog nazivlja u literaturi koja se bavi konceptima svjesnosti o dojci i svjesnosti o karcinomu dojke. Kako bi se bolje pri-

stupilo istraživanjima iz ovog područja, nužno je postići suglasje o terminologiji i konceptima koji se istražuju.

Zaključak za buduća istraživanja

Nužno je jasno definirati koncept svjesnosti o karcinomu dojke kako bi se olakšalo osmišljavanje novih istraživanja i intervencija. Nužna su nova, kvalitetna istraživanja kako bi se dobili čvrsti dokazi o djelotvornosti intervencija za povećanje takve svjesnosti. U znanstvenim radovima nužno je navesti točan opis intervencija, načina na koji se provode, načina mjerenja ishoda, vremena praćenja, procjene ishoda i održivosti učinka. Analiziranje neželjenih učinaka intervencija može pomoći u otkrivanju daljnje podrške koja može biti potrebna ženama. Nužno je u istraživanjima obratiti pozornost dugoročnih učinaka intervencije na traženje pomoći od liječnika, stadij dijagnoze (ako je relevantno), kvalitetu života, morbiditet i mortalitet. Ključno je i uključiti širu populaciju žena. Također je nužno uzeti u obzir razinu pismenosti i isplativost intervencija.

Cochrane sustavni pregled

O'Mahony M, Comber H, Fitzgerald T, Corrigan MA, Fitzgerald E, Grunfeld EA, Flynn MG, Hegarty J. Interventions for raising breast cancer awareness in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD011396.



Uloga glukokortikoida i antihistaminika sekundarna je u liječenju anafilaksije

Alen Piralić, dr. med., dr.baltazar47@gmail.com

Adrenalin je bez ikakve sumnje osnova liječenja anafilaksije. Čak je istraživanjima utvrđeno da je liječenje učinkovitije kada se adrenalin primjenjuje u anterolateralni dio srednje trećine bedrenog mišića nego u deltoidni mišić. Standardne mjere liječenja su i primjena kisika visokog protoka i potpora krvotoku infuzijom fiziološke otopine. Međutim, primjena antihistaminika, i prve i druge generacije, kao i primjena glukokortikoida je kontroverzna.

Detaljne smjernice

Kao što je poznato, anafilaksija je alergijska reakcija koja uključuje, osim kožnih i/ili sluzničnih, i kardiovaskularne i/ili respiracijske manifestacije. Učestalost urtikarije i angioedema je do 90%, stridora i bronhospazma do 60%, hipotenzije do 35%, a bolova u trbuhu, mučnine, povraćanja i proljeva do 30%.

Prema hrvatskim (Smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe), ali i europskim (European Resuscitation Council) smjernicama, u liječenju anafilaksije treba primijeniti kloropiramin, odnosno klorfenamin i metilprednizolon, odnosno hidrokortizon. Slovenske smjernice iz 2014.g. su zanimljive, vrlo su temeljite i detaljne – od antihistaminika prve generacije koriste klemastin, ovisno o stupnju anafilaksije preporučuju polusjedeći, odnosno Trendelenburgov položaj, a koriste i nebulizirani adrenalin, te, osim salbutamola, ipratropij u kombinaciji s fenoterolom. Zanimljivo je da se klemastin koristi ili se barem koristio kao antihistaminik u Nizozemskoj,

a deksametazon kao glukokortikoid. Prema tome, čini se izvjesnim, barem iz moje perspektive, a prema literaturi i informacijama koje su mi bile dostupne, da ne postoji antihistaminik, odnosno glukokortikoid izbora, najbolji lijek iz skupine za liječenje anafilaksije.

Kontroverznost uloge antihistaminika i glukokortikoida u liječenju anafilaksije, ali i razlike između nacionalnih smjernica, posljedica su nedostatka visokokvalitetnih istraživanja, koja bi uspoređivala npr. rezultate liječenja anafilaksije adrenalinom, kisikom i fiziološkom otopinom s rezultatima liječenja anafilaksije adrenalinom, kisikom, fiziološkom otopinom i glukokortikoidima. Isto se odnosi i na antihistaminike.

Odgođen nastup djelovanja

Zbog odgođenog nastupa djelovanja, glukokortikoidi su sekundarni u "akutnom" liječenju anafilaksije. Ipak, važni su jer barem teoretski smanjuju vjerojatnost tzv. "rebound" anafilaksije, odnosno bifazične reakcije. Prema nekim istraživanjima, antihistaminici nisu korisni u prevenciji ili liječenju dišnih i kardiovaskularnih manifestacija anafilaksije, a dodatan je problem neselektivno djelovanje antagonista H1 receptora prve generacije, zbog čega su česte nuspojave poput sedacije i hipotenzije, a noviji antagonisti H1 receptora nisu dostupni u parenteralnom obliku, barem u Hrvatskoj.

Bez obzira na ove kontroverze, sve su smjernice suglasne da je najvažnije osi-



gurati dišni put te bez odgode primijeniti adrenalin uz potporu kisikom i nadoknadu volumena otopinom 0.9% NaCl. Pacijente sa umjereno teškim i teškim oblikom anafilaksije nužno je promatrati barem 4-8 sati, a glukokortikoidi i antihistaminici su od sekundarne važnosti.

Literatura:

World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis (2011) World Allergy Organ J. 13–37. doi: 10.1097/WOX.0b013e318211496c

Anaphylaxis - a practice parameter update 2015. (2015) Ann Allergy Asthma Immunol. 115(5):341–84. doi: 10.1016/j.anai.2015.07.019.

Bošan-Kilibarda I, Majhen-Ujević R (2012) Smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe. Zagreb

http://genoplivning.dk/wp-content/uploads/2015/10/Poster_Anaphylaxis_Treatment.pdf

<http://www.anafylaxis.nl/handelen%20bij%20een%20reactie.htm>

<http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/OBRAVNANA-ANAFILAKSIJE-PLAKAT-A3-A.pdf>

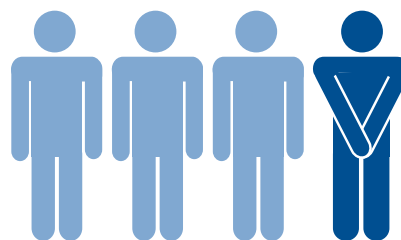


95%
muškaraca
ne koristi pravilnu
zaštitu¹

Muška zaštita

1 od 4 muškarca

Iznad 40 godina života doživi neki oblik istjecanja urina², a samo 5% ih koristi pravilnu zaštitu, specijalno dizajniranu za mušku inkontinenciju.



Ovom pojavom mogu biti pogođeni vaši muški pacijenti koji imaju problema s prostatom, koriste lijekove poput diuretika, imaju prekomjernu težinu, imaju dijabetes.

TENA Men upijajući proizvodi

specijalno su dizajnirani kako bi udobno pristajali anatomiji muškog tijela i pružili diskretnu i sigurnu zaštitu. Preko naše web stranice **www.TENA.hr** vaši pacijenti mogu naručiti besplatne uzorke OTC proizvoda (TENA Men Protective Shield/Level 1/Level 3/Level 4).

	Naziv proizvoda	Moć upijanja	Komada u pakiranju	Šifra HZZO-a prema ISO 9999	Količina /kom./3 mj.	Cijena /hrk./kom.
 TENA Men ulošci za muškarce	TENA Men Level 2	●●●●○○○○	20	0930041024023	do 275	2,23

Rx

Posjetite našu novu web stranicu za profesionalce:

www.TENA.hr/Profesionalci/

i saznajte kako još bolje pomoći svojim muškim pacijentima



SCA d.o.o., Tuškanova 37, Simps'S d.o.o., Antuna Bauera 4, 10 000 Zagreb, T: 01/5805 499

¹ SCA istraživanje tržišta, 2013

² SCA Study 2013, 40+ year old men, UK, US, DE, IT, MEX, RU, self-reported methodology, data on file not published



TENA Men Level 2

Zajedno činimo razliku!

"Dulce cum utili!"

Pisanje velikoga i maloga početnog slova u imenima blagdana i blagdanskih razdoblja te ponešto o tvorbi riječi

Izv. prof. dr. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ

Nalazimo se u uskrsnome vremenu pa ćemo pravila o pisanju velikoga i maloga početnoga slova u ovom broju primijeniti na riječi vezane uz Uskrs i vrijeme koje mu prethodi. Razdoblje pripreme za Uskrs nazivamo *korizma*, a razdoblje od *Cvjetnice* / *Cvjetne nedjelje* do *Uskrsa Velikim tjednom*. U tome će se razdoblju vjernici pripremiti za blagdan *Uskrsa* kroz obrede *Svetoga Trodnevlja* i *svetom ispovijedi*. Sveto trodnevlje čine *Veliki četvrtak*, *Veliki petak* i *Velika subota*. Velika subota je dan Isusova počinka u grobu. Prije pola noći u *Uskrsnom bdjenju* iščekuje se Isusovo uskrsnuće. Na Veliku subotu tradicionalno se boje ili, kako tradicionalno kažemo, šaraju jaja – *uskrzne pisanice*. Uz šarene pisanice vežu se brojni običaji koji temeljno simboliziraju plodnost i novi život. Ukrašena jaja pronađena su još u pretpovijesnim grobovima.

Izricanje osobitog štovanja

U prethodnom smo tekstu kosim slovima napisali neke pojmove vezane uz Uskrs i uskrzne običaje. Možete primijetiti da su to pojmovi pri čijem pisanju moramo povesti računa o velikom i malom početnom slovu, o pravilnom pisanju refleksa glasa jata *j* / *je* te o tvorbi pridjeva *uskrzni* / *uskršnji*.

Pa krenimo od pravila o pisanju velikoga i maloga početnog slova.

Opće je pravilo da se velikim početnim slovom pišu imena koja se sastoje od jed-

ne riječi. Tako se velikim početnim slovom pišu imena vjerskih blagdana koja se sastoje od jedne riječi te se prema tome pravilu i *Cvjetnica* i *Uskrs* pišu velikim početnim slovom.

U imenima blagdana koja se sastoje od više riječi velikim se početnim slovom piše samo prva riječ, a od ostalih samo one koje su i same vlastito ime, tj. koje bi se i izvan toga naziva, da se nađu samostalno u tekstu, pisale velikim početnim slovom. Prema tome se pravilu pišu nazivi: *Cvjetna nedjelja*, *Veliki tjedan*, *Veliki četvrtak*, *Veliki petak*, *Velika subota*, *Uskršno bdjenje*.

Velikim se početnim slovom pišu riječi i izrazi kojima se označuju važni katolički simboli pri izricanju osobitoga štovanja: *Muka* / *Muka Isusova* / *Muka Gospodnja*, *Srce Isusovo*, *Srce Marijino*. Kako se posebno liturgijsko štovanje izražava i *Svetim Trodnevljem*, obje se riječi pišu velikim početnim slovom.

Malim se početnim slovom piše naziv blagdanskoga razdoblja, pa se tako malim početnim slovom pišu *korizma* i *uskršno vrijeme*.

Važno je napomenuti kako se *Cvjetnica* / *Cvjetna nedjelja*, *bdjenje* pišu kratkim refleksom glasa jata, dakle s *-je*. Prije je u normi bila dopuštena dvojnost u pisanju riječi *bdjenje*, tako da se moglo pisati i *bdijenje* i *bdjenje*. S normativnoga stajali-

šta dvostrukosti poput ove nisu dobre jer nemaju funkcionalnu vrijednost i unose nedosljednost u primjeni. Normativni pravopis Instituta za hrvatski jezik i jezikoslovlje (možete ga pronaći na mrežnim stranicama Instituta: <http://pravopis.hr/>), koji je službeno u upotrebi od srpnja 2013., dokinuo je tu dvojnost u pisanju.

Značenjska razlika

Zanimljivo je promotriti pridjev *uskršan* u nazivima *Uskršno bdjenje*, *uskrzne pisanice*, *uskrсна jaja* i *uskrсна košarica*. U upotrebi se nerijetko može čuti i pročitati oblik *uskršnji*. Što se tiče standardologije, i nastavak *-ni* i nastavak *-nji* tvore pridjeve u skladu s tvorbenom normom hrvatskoga standardnog jezika, ali postoji bitna razlika među njima. Ponajprije tvorba pridjeva nastavkom *-ni* (božićni, nedjeljni, proljetni i sl.) češća je od one izvedene nastavkom *-nji* (današnji, jučerašnji, večerašnji i sl.), prilikom čije tvorbe u pridjeva čija osnova završava suglasnikom *s* dolazi do glasovne promjene jednačenja po mjestu tvorbe jer palatalno *nj*, koje se nalazi u nastavku, utječe na suglasnik *s* ispred sebe pretvarajući ga u palatalni parnjak *š*, dakle suglasnički se skup *-snji* pretvara u skup *-šnji*.

Između odnosnih pridjeva tvorenih nastavkom *-ni* i nastavkom *-nji* postoji i bitna značenjska razlika. Pridjevi tvoreni nastavkom *-nji* najčešće su izvedeni od vremenskih priloga koji na kraju osnove riječi sadrže suglasnik *-s* – sačuvani pra-

slavenski oblik pokazne zamjenice (sə) – pa prema tome u sebi nose i značenje te pokazne zamjenice. Tako -s u vremen-skome prilogu *danās* upućuje na to da se vrijeme odnosi točno na taj dan; *jutros* – upućuje na to jutro; *ljetos* – na to ljeto. Dakle, odnosni pridjevi izvedeni nastavkom -*nji* označuju najčešće vrijeme (današnji, jutrošnji, ljetošnji) te prostor (gornji, donji, tamošnji), a odnosni pridjevi na -*ni* podrijetlo i pripadnost (uskršni, božićni, nedjeljni, proljetni).

Da zaključimo: u skladu s izrečenim razlikama u svakodnevnoj, i privatnoj i javnoj komunikaciji treba upotrebljavati oblik odnosnoga pridjeva *uskršni*, a ne *uskršnji*, iako ćemo na geografskoj karti i u pravopisu hrvatskoga jezika naći naziv Uskršnji otok za otok Rapa nui smješten na jugu Tihog oceana.

Pozivamo Vas da nam na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr pošaljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom.

PROVJERITE ZNANJE!

1. U kojoj se rečenici javlja pravopisna pogreška?

- A Upalit ćemo svijeće za Hanuku.
- B Islamski vjernici danas slave Kurban-bajram.
- C Blagdan Sveta tri kralja slavi se 6. siječnja.
- D Na cvjetnu nedjelju blagoslovit ćemo grančice.

2. Ispišite pravilan oblik.

- A Najviše smo se veselili uskršnoj / uskršnjoj košarici. _____
- B Sutra ćemo ići na bdjenje / bdijenje. _____
- C Ne radimo na Uskršni / uskršni ponedjeljak. _____
- D Voljeli bismo nekud otputovati za Uskrs / uskrs. _____

Točni odgovori: 1. D Cvjetnu nedjelju; 2. uskršnoj, bdjenje, Uskršni, Uskrs.

ŽIVOT JE PUTOVANJE.
UŽIVAJTE U VOŽNJI...

BILO GDJE U SVIJETU.

Last minute
RENT A CAR

SPLIT | RIJEKA | ZADAR | ZAGREB | DUBROVNIK | OPATIJA | PULA | ROVINJ
www.rentacarlastminute.hr | info@rentacarlastminute.hr | +385 21 444 222

Koliko se za deset godina promijene hrvatska medicina i medicinska naobrazba?

MALO VINA I MNOGO AKADEMSKE SLOBODE ili MALA SAGA O MEDICINI

Anđa Raič, prof., mail: araic@medicinskanaklada.hr

Svijet neprestano napreduje i mijenja se, u svim područjima života, što naravno uključuje i medicinu.

Dapače, smatra se da se medicina mijenja brže i više nego druge struke. Hrvatska je medicina u knjizi *Medicina iznutra*, autora Matka Marušića, u izdanju Medicinske naklade iz Zagreba. 2006., opisana humoristično ali i znalački i sveobuhvatno: od anatomije, interne medicine, psihijatrije, preko supspecijalizacija kirurgije do temeljnih istraživanja i zubarstva. Svi su likovi stvarni i svaka je sličnost prirodna, kaže autor. Većina se likova prepoznala, naravno nisu svi bili zadovoljni sobom, stoga je knjiga i prije nego što se pojavila izazvala golemo zanimanje, toliko da je nakon objavljivanja mjesecima bila jedna od najprodavanijih. Jednako su je rado čitali i čitaju i medicinari i nemedicinari. Donosimo zanimljive dijelove nekih priča prema kojima bi bilo iznimno zanimljivo procijeniti danas što se to promijenilo u studiju medicine i hrvatskoj medicini uopće u odnosu na prije desetak godina.

Nitko ne treba pročitati cijelu knjigu, ali zacijelo će svatko naći neku priču koja će mu se svidjeti i u kojoj će pronaći sebe, svoje iskustvo ili prepoznati nekoga tko je danas važan i utjecajan u hrvatskoj medicini. A to je sasvim dovoljno, jer kao što se branio onaj splitski marksist kad su otkrili da nije čitao Marxa – ne mora čovik popit' cilu bačvu da vidi kako je vino dobro.

A o promjenama u medicini treba misliti, ponajprije da se ne bismo neugodno iznenadili: jedna vinska godina ni u čemu ne predviđa kvalitetu sljedeće berbe

Na početku studija medicine

Tek upisani brucioš vidi samo sreću upisa, oslobođenje od roditeljskoga nadzora, nove prijatelje i bezbroj novih djevojaka koje dolaze u obzir, a ne vidi, čak i ne osjeća, ne njuši, strašne opasnosti koje ga vrebaju. Prva je da ga stariji studenti uvjere da se mora otići upoznati s dekanom, a sve ostale mogu se podvesti pod pitanje početka ozbiljnoga učenja. Brucioš najprije ne shvaća da hitno treba početi učiti, potom ne vjeruje da treba naučiti sve što su već u prvom tjednu ispredavali, a onda mu se čini da on to i ne može naučiti. Najgore je ako pomisli, ili ga tko u to podmuklo uvjeri, da toliko gradiva zapravo nitko ne može naučiti i da je to nekakva zabuna, pa će se uskoro pred pločom pojaviti kakav razuman profesor i, kao razrednik u srednjoj školi, reći "djeco, malo smo se šalili, zar mislite da bih ja to dopustio?"

Anatomija

O sekciji se pričaju legende, uglavnom neistinite. Sekcija je svaki dan i traje najmanje tri sata. Na truplima se ništa ne vidi, a ono što se vidi, nimalo ne sliči slikama u anatomskim atlasima. Na sekciji studenti naprosto uče iz knjige, a razlika je u tome što su u sali za seciranje stolci nepodnošljivo neudobni. Sekcija je, međutim, važna zbog toga što na njoj student otkriva spolni život. Živo i zdravo mlado biće malokad može tri sata u skupini od pedeset sličnih nje-

mu učiti nepoznate latinske izraze, pa se u drugom satu sekcija pretvori u neku vrst sastanka mladića i djevojaka. Mladići su još prištavi i usukani, ali djevojke su jako lijepe u bijelim ogrtačima, a medicina ih još nije učinila ciničnima i proračunatima. U zbijenosti sale za seciranje rodi se mnogo ljubavi i veza, uglavnom neuspješnih, tj. ovisno kako se gleda, naime, bračno jesu neuspješne, ali u drugim aspektima funkcioniraju jako dobro.

Interna medicina

Interna se medicina proteže na sve organe i organske sustave, na sve tri tjelesne dimenzije te na vrijeme, jer se bolesti mijenjaju i u svojem kronicitetu. Pravi internist mora dobro poznavati zarazne bolesti, genetiku, neurologiju, radiologiju, a dobrim dijelom i psihijatriju. (Ne treba znati samo kirurgiju, ali zato kirurzi moraju znati internu.) Ne može se bez imunologije, a ta imunologija raste brzo poput koprivnjače. Molekularna biologija popela se do bolesničkog kreveta, a laboratorij se proširio na cijeli podrum. Treba znati čitati nejasne slike ultrazvučnih pregleda, ali i jasne ali nerazumljive slike koje stižu s protočne citometrije, nuklearne magnetne rezonancije i polimerazne lančaste reakcije. Iza ugla čeka tzv. medicina zasnovana na dokazima, liberalistička izmišljotina koja na internet stavlja jasne odgovore na klinička pitanja, do kojih bolesnici dolaze jednako lako

kao i doktori. Na kraju će bolji doktor biti onaj koji bolje zna engleski i bolje se snalazi s elektroničkim računalima.

Uostalom, tko više ima živaca perkutirati, palpirati i auskultirati? Kome se to isplati? Bolesnika se opet i uvijek mora poslati na rendgen ili barem na ultrazvuk! Brzina sedimentacije krvi zanimljiva je još samo infektolozima, anamneza psihijatrima, a EKG hitnoj službi. Interna se okrenula genetici i imunologiji, a s njima se mogu složiti lijepa predavanja, ali ne može se impresionirati laike koji ih ne razumiju, niti se može pomoći bolesniku kojega boli.

Psihoanaliza

S pomoću suvremene radiološke tehnologije doznalo se da id leži u moždanom debalu i limbičnom sustavu. Superego je u donjem čeonom području; on probire koje će se misli potisnuti, a ego je iznad njega, u gornjem dijelu čeonoga dijela mozga, gdje nadzire svjesne misli. U stražnjem dijelu moždane kore, gdje je predstavljen vanjski svijet, pohranjuju se svjesna i nesvjesna sjećanja, kao u ormara sa staklenim i s drvenim vratima: svjesne možeš, a nesvjesne ne možeš dozvati, iako znaš da su tamo.

Mojoj su supruzi najzanimljiviji dijelovi mozga moždano debalo i limbični sustav, koji filogenetski odgovaraju gmazjemu mozgu, ali razlozi tome zanimanju nisu znanstveni nego strogo privatni. U limbičnom sustavu i moždanom debalu krije se id i njegovi životinjski nagoni – spolni, želja za posjedovanjem teritorija i glad za hranom, točno kao u mene u cijelom mozgu. Nisam nikad vidio gmazve da piju pivo (s nedolično prevelikim užitkom!), a upravo je ta moja slabost njoj najjači dokaz te korelacije. Planuti, navijati, glasno se radovati nevažnim stvarima, pohlepno jesti, sladostrasno s drugim gmazovima govoriti o tuđim ženkama – sve je to muški i gmazji mozak. Superego koči id, a moguće je da sadrži pretežno ili samo ženski princip.

Karijera

Karijera ne ovisi o sreći, barem ne naša vlastita. Sreća pridonosi karijeri drugih. Dijeli se na običnu i ludu. Obična je sreća kad netko zbog neobjašnjiva razloga dobije moćna mentora, a luda kada publicira u uglednom znanstvenom časopisu.

Samo je u slučaju sveučilišne karijere drukčije: svaki je rizik tu strogo zabranjen! Marljivost treba postati obična upornost; inteli-

gencija jest potrebna, ali je se ne smije pustiti s lanca, nego je zakrinkati u posvemašnju uljuđenost, pače i dosadnost, samo s malim, vrlo malim i nikako ne osobito inteligentnim proplamsajima duhovitosti, tek do razine kavanskog vica, ali samo u posebnim, pažljivo ocijenjenim prilikama. Duh tu treba smatrati porukom intimnosti, a ne intelektualnom nadmoći. Intelektualna je moć među kolegama neprimjerena, duhovitost razuzdana, pravičnost primitivna, a otvorenost agresivna.

Zdravstveni sustav

Sastanak kod velike šefice. U slabo osvijetljenoj sobi pred njezinim stolom sjede šefovi odjela; sve su žene osim jednog. One se ne bune i ne žale, boje se šefice; odmah priznaju sve svoje pogreške i spremno prihvaćaju svaku krivnju i sve nove obveze glede pojačanoga rada i vrlo pojačane štednje.

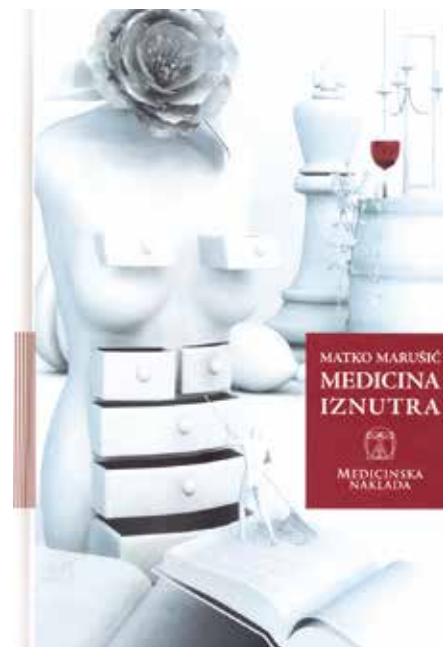
- Premašili ste sve zadane limite - kaže tihim, hladnim, prijekornim, osuđujućim glasom šefica.

One nijemo potvrđuju glavama, samo jedna, koja se nada postati buduća šefica, kaže:

- Jako puno radimo. Nalaze dostavljamo navrijeme. Unaprijedili smo dijagnostiku na europsku razinu. Ne razbacujemo se, ne propadaju nam testovi, pazimo na svaku mikrolitru...
- Previše ste potrošili.
- A gleda li itko koliko smo zaradili? Zašto se barem dio naše zarade, prihoda od našega rada kroz nabavku potrošnoga materijala ne vrati u naš odjel?
- Izvolite smanjiti svoje troškove.
- Rekli ste da moramo napraviti sve što bolnički liječnici zatraže. Naša se usluga naplaćuje, zar ne? Bolnici smo zaradili mnogo više nego što smo potrošili.
- Sustav je u krizi. Vaša odgovornost nije zarada nego troškovi.

Ministarstvo zdravstva

Nema gorega zadatka nego ako morate nazvati Ministarstvo zdravstva, napose ako tražite koga ponaosob. Najprije je stalno zauzeto, pa nikoga nema na telefonskoj centrali, pa ima, i kad vi kažete koga trebate, linija se prekine. Nakon mnogo pokušaja dobijete da telefon zvoni u željenom uredu, ali osobe nema, najčešće je već mjesecima na bolovanju. Mučna potraga otkriva da osobu na bolovanju zamjenjuje druga osoba, koja je na sastanku. Onda teškom mukom dobijete tu osobu između sastanaka, ali odmah



Cijena za članove Liječničke komore 50,00 kn
Knjiga se može kupiti u knjižarama Medicinske naklade, preko mrežne stranice ili telefonskom narudžbom.

Autor: Matko Marušić, format: 14 x 21 cm, izdavač: Medicinska naklada, godina izdanja: 2006., opseg: 624 str., uvez: tvrdi

se otkrije da se ona upravo vratila s bolovanja i pojma nema o tome što je vi pitate, najbolje je da pričekate dok se prva osoba vrati s bolovanja, ne će dulje od mjesec-dva.

Nazivlje

- Što znači lobirati? – ustrajem nekako iracionalno – tu riječ ne razumijem i ne priznajem, to nije hrvatska riječ.
- U pravu si. Prije se govorilo „antešambirati“; taj je izraz uveo Miroslav Krleža, a dolazi od francuske riječi chambre, soba, a znači stajati ispred sobe, dočekivati uglednike čekajući ispred njihovih ureda i onda ih moliti za potporu, trgovati, pregovarati, nuditi, kupovati... A lobiranje je isto, lobby je predvorje, pa lobirati znači čekati u predvorju i raditi to isto.
- Antešambiranje zvuči strašnije od lobiranja.
- To je pitanje jezika i kulture; ovisi kako se riječ doživljava unutar dane kulture. U tvojoj vlašnoj kulturi lobiranje ne postoji, a antešambiranje je strašno. A nama su strašni nož u drob, sikira među oči i kamen za vrat. A što su janjci, pršuti, mlado vino, sir iz mijeha i najbolja, mrazom opaljena dvogodišnja raščika?

Povijest reklamiranja lijekova u Hrvatskoj

Prof. dr. sc. Stella Fatović-Ferenčić

Suvremeni život nam je postao nezamisliv a da mu smjer, katkada i sadržaj, ne određuju reklamne poruke. Njihovim se oblikovanjem i plasiranjem danas bave mnogi stručnjaci i cijeli timovi, bez obzira o kojem se području djelatnosti radi. No, nije to oduvijek bilo tako. Povijest reklamiranja lijekova ima daleku prošlost koja se intenzivnije počinje razvijati tek s početkom pojave patentiranih ljekarničkih pripravaka krajem 19. stoljeća. A o toj su temi, slikovito i neovisno jedna od druge, ispričale nedavno svoje priče dvije zagrebačke izložbe. Prva je prikazala ulogu individualnog reklamiranja ljekarničkog specijaliteta početkom 20. stoljeća, dok je drugoj bila tema profesionalno grafički osmišljeno farmaceutske oglašavanje mlade tvornice *Kaštel d.d.* 1930-ih. No, krenut ću redom.

Izložba naslovljena *Od Elsa-fluida do Elsa fluid doma: Eugen Viktor Feller u javnom i kulturnom životu Donje Stubice i Zagreba* (autorice izložbe: Stella Fatović-Ferenčić i Jasenka Ferber Bogdan) otvorena je u Židovskoj općini – Galerija Ivo i Milan Steiner 31. listopada 2016.¹ Njezin je središnji lik ljekarnik Eugen Viktor Feller koji je došao na područje Hrvatske devedesetih godina 19. stoljeća iz Ukrajine, gdje je diplomirao na lavovskome Farmaceutskom fakultetu. Ubrzo u nas pripravlja i patentira svoj specijalitet pod nazivom *Elsa-fluid* te ga počinje i intenzivno oglašavati.

Poslovni uspjeh

U Donjoj Stubici kupuje vlastitu ljekarnu i gradi tvornicu te svojim proizvodima ubrzo osvaja ne samo domaće tržište, već ih izvo-

zi i na tržišta Austrije, Njemačke, Italije, Francuske, Engleske, Egipta, Kine, Japana i Amerike. Zahvaljujući Fellerovoj proizvodnji, sveprisutnoj reklami i velikoj potrošnji *Elsa-Fluida*, pošta u Stubici bila je prva u Hrvatskom zagorju koja je već početkom 20. stoljeća sudjelovala u međunarodnom poštanskom prometu s velikim brojem europskih zemalja, ali i s Afrikom (Egipat), Azijom (Kina i Japan), te Amerikom. Izuzetno važnu sastavnicu Fellerove proizvodnje činila je reklama, pa se njegovi oglasi mogu naći na stranicama raznih pučkih kalendara, u javnim glasilima te u drugim tiskovinama u zemlji i inozemstvu. Poslovni uspjeh donosi mu znatnu dobit pa dio svog kapitala ulaže i u građevinske investicije. Među njima je najpoznatija izgradnja stambeno-poslovnog zdanja na istočnom uglu Jelačićevog trga i današnje Jurišićeve ulice (danas zgrada Europskog doma u Zagrebu). Riječ je o velebnj ugovornici u Jurišićevoj poznatoj pod imenom *Elsa-fluid dom*, prvoj zagrebačkoj četverokatnici popularnoj i po reklami velike boce Fellerovog *Elsa-fluida*, koja se protezala njezinim pročeljem duž dva kata. Zgrada s bocom bila je prava senzacija u to vrijeme i, premda postaje prepoznatljivim punktom zagrebačke svakodnevice, izaziva brojne prosvjede pa će primjerice konzervativni Iso Kršnjavi predložiti da se „... razruši topovima ili prekrije velikom pokretnom stijenom“. Pod pritiskom javnosti Feller zgradu prodaje pa je ona kasnije modernizirana prema koncepciji njemačkog arhitekta Petera Behrensa, dok je njezino provokativno secesijsko pročelje zamije-

njeno modernističkim, naravno bez traga prisutnosti nekoć popularne boce. Tako je neslavno završila prva zagrebačka reklama za lijek u javnom prostoru i polako pala u zaborav. Njezin tvorac ljekarnik Feller umire 1936. godine, ostavivši za sobom početke tvorničke proizvodnje i izvoza lijekova te razrađenu ideju oglašavanja, kao značajno polazište dobrog poduzetništva. No to je tek prvi dio ove priče.

Marketinške strategije

Poklopilo se, naime, da je ubrzo nakon one posvećene Felleru, u Knjižnici HAZU 18. studenog 2016. otvorena još jedna izložba pod naslovom *Kaštel na vrhuncu: oglašavanje i ambalaža lijekova tvornice Kaštel u Zagrebu 1930-ih i 1940-ih*.² Ona je tematizirala početke farmaceutske industrije na našim prostorima i razvoj marketinških strategija oglašavanja lijekova nešto kasnijeg razdoblja (autorica izložbe je Sivija Brkić Midžić, upraviteljica Hrvatskog muzeja medicine i farmacije HAZU), a bit će otvorena do 31. siječnja 2017. godine. Izložba je važna i po činjenici da se njome novoosnovani Akademijin Muzej medicine i farmacije po prvi put predstavlja javnosti.³ Riječ je o djelovanju i uzletu tvornice *Kaštel d.d.* tijekom tridesetih godina prošloga stoljeća kada tvornica, po preseljenju iz Karlovca u Zagreb, nastavlja s radom na raznim područjima primijenjene kemije i već tada zauzima važno mjesto u nacionalnoj industriji.

Već tada reklamira galenske preparate, preparate za ručnu prodaju te naglašava svoju ekskluzivnost kao jedina domaća tvornica za izradu veterinarskih preparata i sredstava



za zaštitu bilja. S obzirom na to da se lijek ne reklamira kao roba široke potrošnje sredstvima laičke reklame, *Kaštel* razvija posebnu strategiju i pristup promidžbi proizvoda.

Promidžba proizvoda

Tu se ostvaruju prvi koraci komunikacije s liječnicima, koja se pomno razvija prerastajući u dugogodišnju ili u trajnu suradnju. Polet proizvodnje nesumnjivo zahtijeva i veći prostor za reklamu pa već od 1933. godine obilje podataka i reklama o *Kaštelovim* proizvodima možemo pratiti na stranicama tvorničke revije za praktičnu medicinu i terapiju koja od 1933. izlazi pod naslovom *Medicus*. Reklame su isprva isključivo verbalnog tipa, dinamizirane tek stiliziranjem okvira sadržaja te veličinom, debljinom i oblikom slova, horizontalnim ili vertikalnim linijama i slično. S vremenom će i vizualni elementi prodrijeti i u *Kaštelove* reklame, ponajprije kroz aplikaciju crteža ili pak uvođenje fotografije gotovih preparata u reprezentaciji njihove originalne ambalaže. Postupno će se i taj aspekt dorađivati pa neće proći mnogo vremena, a da umjetnička imaginacija i kreativna vještina oblikovanja poruke ne postanu nezaobilazan dio *Kaštelovog* komercijalnog i komunikacijskog interesa, uključivanjem umjetnika u promidžbu proizvoda. To potvrđuje i niz promidžbenih razglednica koje je za najznačajnije proizvode ove tvornice izradio akademski slikar Pavao Gavrančić, a

koje svojim domišljatim, katkada i duhovitim sadržajem upućuju na indikaciju lijeka. Okosnicu izložbe *Kaštel na vrhuncu : oglašavanje i ambalaža lijekova tvornice Kaštel u Zagrebu 1930-ih i 1940-ih* stoga čini niz reklamnih razglednica čije autorstvo potpisuje upravo ovaj grafički majstor, a čuvaju se u Hrvatskom muzeju medicine i farmacije i Kabinetu grafike HAZU. Uz navedeno izloženo je i devet skica za reklame i dva reklamna prospekta za *Kaštel*, podrijetlom iz donacije umjetnikove supruge Angele Gavrančić. Materijal je upotpunjen i trima primjercima liječničkih dnevnika s popisom lijekova, njihovim sastavom i indikacijama, koje je *Kaštel* izdao 1939. godine pod naslovom *Diarium medici*, a koji su stigli u Hrvatski muzej medicine i farmacije 2015. godine kao donacija iz ostavštine zagrebačkog liječnika Luje Naletilića. Izloženi su također i primjerci ambalaže lijekova preko kojih

posjetitelji mogu upoznati i dizajn ambalaže iz tog vremena. Za izložbu su odabrani i primjeri oglasa, članaka i dokumenata vezanih za djelatnost tvornice *Kaštel* iz Odsjeka za povijest medicinskih znanosti Zavoda za povijest i filozofiju znanosti HAZU. Ovaj materijal prezentira domete rane hrvatske farmaceutske propagande čiji je glavni protagonist jedan od vodećih hrvatskih majstora grafike, Pavao Gavrančić.

Tako je u kratkom vremenu šira javnost mogla upoznati jedan dio razvoja marketinških strategija naših ranih proizvođača lijekova. Od tada do danas taj fenomen se snažno razvija postajući slojevitim prostorom za istraživanje specifične kulture življenja i zdravstvene potrošnje. Bili su to početci ulaska u svijet iluzija koji oglašivači tako snažno i uspješno prodaju oblikujući nam živote.



*1 Izložba je popraćena katalogom istih autorica koji se može kupiti u Židovskoj općini Palmotićeva ulica 16.

*2 Katalog se može kupiti u Knjižari HAZU Hebrangova 1.

*3 Muzej je osnovan 7. 7. 2014. Rješenjem Ministarstva kulture RH, a o njemu su *Liječničke novine* izvjestile u nekoliko svojih priloga.

Hrvatsko nazivlje u obrazovanju liječnika



dr. sc. IVANA ŠUTEJ, dr. dent. med., KREŠIMIR BAŠIĆ, dr. dent. med.
dr. sc. KRISTINA PEROŠ, dr. dent. med., Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb

Mnoga stručna usavršavanja, specijalizacije, tečajevi i edukacije temeljeni su na suvremenoj znanstvenoj literaturi, knjigama i časopisima objavljenima na stranim jezicima. I dok je engleski jezik vrlo bogat, brzo se razvija i obogaćuje novim izrazima i za znanost i za struku, problem nastaje kada stručnjaci moraju međusobno komunicirati na materinjem jeziku

Poznato je da je engleski jezik u svijetu glavni jezik u znanstvenim krugovima. Znanstvenici diljem svijeta predstavljaju svoje rezultate i svoj rad najčešće na engleskom jeziku, posebno na međunarodnim skupovima i prilikom objavljivanja znanstvenih i stručnih radova iz svog područja djelatnosti u inozemnim časopisima. Velika većina komunikacije s drugim znanstvenicima i stručnjacima diljem svijeta, pogotovo onih koji rade u uskom, istom području istraživanja ili stručnog rada, odvija se upravo na engleskom jeziku. Može se reći da je engleski jezik ujedno jezik koji povezuje ljude istih interesa iz cijeloga svijeta i zapravo briše jezične barijere.

Trajno usavršavanje

Mnoga stručna usavršavanja, specijalizacije, tečajevi i edukacije temeljeni su na suvremenoj znanstvenoj literaturi, knjigama i časopisima objavljenima na stranim jezicima. I dok je engleski jezik vrlo bogat, brzo se razvija i obogaćuje novim

izrazima i za znanost i za struku, problem nastaje kada stručnjaci moraju međusobno komunicirati na materinjem jeziku, u našoj zemlji hrvatskom jeziku. Poseban problem je obrazovanje stručnjaka koje, da bi bilo suvremeno, nužno uključuje i novu stranu literaturu, čija brzina prevođenja na hrvatski jezik ne prati brzinu objavljivanja novih spoznaja u literaturi npr. na engleskom jeziku. Naši stručnjaci lako i bez poteškoća prate stranu stručnu literaturu i međusobno se razumiju služeći se brojnim stranim izrazima, ponekad i nekritički preuzetima u hrvatski jezik. Poteškoće s komunikacijom liječnika i pacijenta zapletene stručnim izrazima davno su prepoznate, a danas i dodatno opterećene izrazima preuzetima iz stranog jezika. Edukacija naših zdravstvenih djelatnika svakako mora biti na hrvatskom jeziku koji sadrži i u obrazovanju nudi odgovarajuće nazive za prijevode izraza sa stranih jezika.

Službeni nastavni materijali, poput udž-

benika i priručnika, moraju biti dostupni i na hrvatskom jeziku. Veliki se napor ulaže u pravovremeno prevođenje tekstova koji će se koristiti u nastavi, obraćajući veliku pozornost i na jasnoću prevedenih izraza, zadržavanje značenja samog pojma te prihvatanje naziva u duhu hrvatskog jezika. Tijekom prevođenja hrvatski znanstvenici i stručnjaci u različitim područjima doslovno vode borbu s nazivljem. Ponekad je vrlo teško naći nepodijeljeno mišljenje o prijevodu i primjeni pojedinog naziva u odgovarajućem smislu. Tako se stručnjaci i znanstvenici lako zateknu u ulozi lingvista, jer trebaju između više ponuđenih odlučiti koji je naziv bolji ili, u nedostatku odgovarajućeg prijevoda, osmisliti potpuno nov naziv.

Nešto strano, nešto naše

Brojni izrazi su u hrvatski jezik preuzeti izravno iz stranog jezika. Primjer za to je naziv „agonist“. Taj naziv široko se koristi u svojoj literaturi, i stranoj i hrvatskoj, no našim studentima pričinja novu poteškoću nedostatak jednostavne i precizne definicije samog naziva.

Različitost definicije u dostupnoj literaturi dodatno otvara prostor različitim tumačenjima istog naziva. Primjerice, u Dorlandovom *Medicinskom rječniku* agonist je tvar koja ima afinitet za nešto i potiče fiziološku aktivnost staničnog receptora, a u udžbeniku *Temeljna i klinička farmakologija* (Katzung et al, 11. Izdanje), agonist je definiran kao aktivator specifične molekule koja u biološkom sustavu ima regulacijsku ulogu.

Drugi primjer je izraz „eliminacija lijeka“ koji označava proces uklanjanja lijeka iz krvi ili organizma i prestanak njegova djelovanja, pri čemu lijek ne mora nužno biti odstranjen iz organizma (već može biti npr. bez učinka trajno odložen u nekom tkivu). Engleska istovrijednica *elimination of drug* često se u literaturi koristi u značenju i kao



Predstavljanje projekta FARMANA na 8. Hrvatskom kongresu farmakologije s međunarodnim sudjelovanjem, Split, 15-18. rujna 2016. Voditeljica projekta dr. Peroš sa suradnicima dr. Šutej i dr. Bašićem.

uklanjanje (eliminacija) lijeka i kao izlučivanje (ekskrecija) lijeka. Našim studentima biomedicinskih usmjerenja ostaju samo sveučilišni nastavnici bogati entuzijazmom prema hrvatskom jeziku kao oslonac za usvajanje jasnog nazivlja i nedvojbenih definicija.

Korak naprijed

Ujednačenost definicija i prikupljanje različitih naziva na jednom mjestu, uz objašnjenja, olakšavaju pretraživanje, korištenje i usvajanje hrvatskog strukovnog nazivlja. Projekt FARMANA koji financira Hrvatska zaklada za znanost u okviru STRUNA projekta obradit će svaki prikupljeni naziv s obzirom na sljedeće elemente: naziv na hrvatskom jeziku, jezičnu odrednicu, oznaku grane i područja kojem naziv pripada, definiciju (s vrelom iz kojeg je preuzet), kontekst (primjer primjene i vrela primjera), istoznačnice na hrvatskom jeziku (kao dopušteni, nepreporučeni, zastarjeli naziv i

žargonizam) te istovrijednice na stranim jezicima i suprotnice. Također, po potrebi moguće je unijeti kraticu, simbol, jednadžbu, formulu, poveznicu, sliku ili napomenu važnu za sam naziv.

Poboljšanje obrazovanja na hrvatskom jeziku i stjecanja novih znanja na hrvatskom jeziku, dugoročno gledano dovest će do lakše i pouzdanije komunikacije između zdravstvenih djelatnika i njihovih pacijenata.

Usuglašeni prijevodi odabranih pojmova bit će uneseni u bazu STRUNA (<http://struna.ihjj.hr/>) s odgovarajućim definicijama i svojim istovrijednicama na engleskom jeziku. Zainteresirani za ovaj dio hrvatskoga strukovnog nazivlja mogu predlagati rješenja problematičnog nazivlja na farmana@sfzg.hr te pratiti zbivanja i putem mrežne stranice projekta FARMANA <http://farmana.sfzg.hr> mail: peros@sfzg.hr

Šećerna bolest i oksidativni stres

Doc.dr.sc. JOSIPA RADIĆ, dr.med.

Zavod za nefrologiju i dijalizu

Klinika za unutarnje bolesti

Klinički bolnički centar Split

Adresa za dopisivanje: josiparadic1973@gmail.com

Šećerna bolest je sindrom poremećaja metabolizma ugljikohidrata, masti i bjelancevina koji nastaje kao posljedica nedostatnog lučenja inzulina i/ili smanjene osjetljivosti tkiva na inzulin.^{1,2} Etiološki gledano, najčešća dva tipa šećerne bolesti su tip 1 šećerne bolesti i tip 2 šećerne bolesti. Šećerna bolest tipa 1 posljedica je imunosno ili idiopatski posredovanog razaranja β -stanica Langerhansovih otočića gušterače, što uzrokuje gubitak sposobnosti stvaranja te ubrzo i apsolutno pomanjkanje inzulina.³ Kod osoba sa šećernom bolesti tipa 2 dolazi do promjena u homeostazi glukoze koje nastaju kao posljedica različitog stupnja rezistencije na inzulin i/ili smanjenog lučenja inzulina.⁴

Promjena životnih navika

Danas je šećerna bolest najčešća metabolička bolest i jedan je od vodećih javnozdravstvenih problema suvremenog društva, s vrlo visokom prevalencijom i uzlaznim trendom u broju oboljelih u razvijenim zemljama svijeta. Uzlazni trend broja oboljelih nastaje kao posljedica urbanizacije, starenja populacije i promjena životnih navika koje dovode do porasta indeksa tjelesne mase.^{5,6}

Prema podacima Međunarodne dijabetičke Federacije (eng. *International Diabetes Federation, IDF*) iz 2015. godine jedna od 11 odraslih osoba (415 milijuna) boluje od šećerne bolesti, a do 2040. godine će jedna od 10 (642 milijuna) odraslih osoba bolovati od nje. Također, podaci navode kako je 2015. godine 5 milijuna ljudi širom svijeta umrlo od posljedica šećerne bolesti

te da čak 46,5 % odraslih sa šećernom bolesti nema postavljenu dijagnozu.⁷ Prema podacima nacionalnog javnozdravstvenog registra osoba sa šećernom bolešću - CroDiab registra - u Hrvatskoj je 2014. učestalost šećerne bolesti iznosila 7,90 %, s ukupno 254 296 registriranih oboljelih bolesnika. Podjela učestalosti pojedinih tipova bolesti u Hrvatskoj odgovara svjetskim trendovima: šećerna bolest tipa 1 obuhvaća 12 % oboljelih, tipa 2 79 % oboljelih, drugi tipovi se odnose na 1% bolesnika, dok kod 8% oboljelih nije definiran tip šećerne bolesti od koje boluju. Dodatno opterećenja predstavljaju i činjenice da gotovo 50 % bolesnika nije otkriveno, tako da se ukupan broj oboljelih procjenjuje na preko 400.000.⁸ Šećerna bolest svake godine pogađa sve veći postotak svjetske populacije i prema predviđanjima Svjetske zdravstvene organizacije do 2030. godine bit će sedmi vodeći uzrok smrti u svijetu.⁹ Važno je istaknuti kako je posebno zabliježen ubrzan trend porasta pojavnosti šećerne bolesti u zemljama u razvoju pa se vjeruje da je porast broja oboljelih zapravo posljedica prihvatanja zapadnjačkog načina života i promjena u prehranbenim navikama.¹⁰

Šećerna bolest je kronična bolest koja zahvaća sve sustave u organizmu pa su bolesnici sa šećernom bolesti pod stalnim rizikom za razvoj komplikacija (akutnih metaboličkih te kasnih kroničnih komplikacija). Kronične su makrovaskularne (koronarna arterijska bolest, periferna vaskularna bolest i cerebrovaskularna bolest), koje zahvaćaju arterije i vene, te mi-

kovaskularne (neuropatija, retinopatija i nefropatija), komplikacije koje zahvaćaju kapilare te kombinacija mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija (dijabetičko stopalo).¹¹

Komplikacije šećerne bolesti i oksidativni stres

Perzistentna hiperglikemija dovodi do progresivnog razvoja mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija, a mikrovaskularne i makrovaskularne komplikacije predstavljaju glavni čimbenik rizika poboljšavanja i smrtnosti ove populacije bolesnika.¹² Među navedenim komplikacijama kardiovaskularne bolesti se izdvajaju kao vodeći uzrok mortaliteta i morbiditeta bolesnika sa šećernom bolesti.¹³ Bolesnici sa šećernom bolesti imaju dva do četiri puta veći rizik za razvoj kardiovaskularnih bolesti te tri puta veću smrtnost u usporedbi s populacijom bez šećerne bolesti.^{14,15} Kardiovaskularne se očituju kao dijabetička kardiomiopatija¹⁶, koronarna arterijska bolest i kongestivno zatajenje srca.¹⁴

Poznato je kako je oksidativni stres, uzrokovan hiperglikemijom, glavna pokretačka sila koja je odgovorna za razvoj komplikacija šećerne bolesti.¹⁷

Za stanicu je važno da posjeduje mogućnost smanjenja transporta glukoze u citoplazmu kada je izložena hiperglikemiji, kako bi održala unutarstaničnu kontrolu glukoze. Poznato je kako endotelne stanice kapilara mrežnice, mezangijske stanice bubrežnih glomerula, neuroni te Schwannove stanice perifernih živaca ne-



maju sposobnost adekvatnog smanjenja transporta glukoze u hiperglikemiji¹⁸, što ih čini posebno osjetljivima na promjene koje se događaju u dijabetičkom okruženju.¹⁹ Nastanak mikrovaskularnih komplikacija u šećernoj bolesti nastaje kao posljedica nekoliko definiranih mehanizama povezanih s hiperglikemijom kao glavnom karakteristikom bolesti.

Oštećenje tkiva

Visoke koncentracije glukoze uzrokuju glikaciju aminskih skupina u proteinima te posljedično nastaju krajnji produkti glikozilacije (*eng. advanced glycation end products, AGEs*) koji uzrokuju oštećenje tkiva različitim mehanizmima. AGEs uzrokuju modifikaciju intracelularnih proteina uključujući i proteine uključene u regulaciju transkripcije gena. Nadalje, AGEs prekursori mogu difundirati iz stanice i modificirati molekule izvanstaničnog matriksa, što za posljedicu ima promjenu signalizacije između matriksa i stanice koja dovodi do disfunkcije same stanice.²⁰ Vezivanje AGEs na receptore različitih stanica (makrofaga, endotelih stanica, neurona i glatkih mišićnih stanica) uzrokuje promjene u staničnim signalnim putevima i promjene u ekspresiji gena te započinje proizvodnja proupalnih citokina i čimbenika rasta,

uz aktivaciju oksidativnog stresa, što sve može izazvati promjene na krvožilju.^{21,22}

Hiperglikemija također uzrokuje povećanu aktivnost poliolskog metaboličkog puta. Važno je istaknuti kako aktivnost poliolskog puta raste u tkivima koja ne zahtijevaju inzulin za unos glukoze u stanicu, kao što su retina, bubreg, periferni živci i krvne žile. Poliolski metabolički put temelji se na djelovanju enzima aldoza reduktaze. U normalnim uvjetima on ima zadaću da neutralizira toksične aldehide u inaktivne alkohole. Povećana razina glukoze u krvi pojačava aktivnost aldoza reduktaze koja uzrokuje povećano stvaranje sorbitola koji predstavlja jedan od uzroka metaboličkih promjena koje uzrokuju neuropatiju i retinopatiju. Sorbitol dalje može biti oksidiran u fruktozu djelovanjem sorbitol dehidrogenaze. U nevedenom procesu reduciranja unutarstanične glukoze u sorbitol konzumira se kofaktor nikotinamid adenin dinukleotid fosfat (NADPH), koji je esencijalan kofaktor za regeneraciju važnog unutarstaničnog antioksidansa - reduciranog glutaciona. Smanjujući razinu reduciranog glutaciona poliolski metabolički put povećava podložnost stanice oksidativnom stresu.²⁴ Nedostatak NADPH također smanjuje sintezu dušičnog oksida

(*eng. nitric oxide, NO*), vazoprotektivnog čimbenika. NO ima nekoliko fizioloških uloga u organizmu, kao što su inhibicija aktivacije trombocita i vazodilatacija²⁵ te ostvaruje protuupalni učinak inhibirajući agregaciju trombocita i adheziju leukocita za endotel.²⁶ Smanjena bioraspoloživost NO potiče upalu i trombozu i oštećuje integritet endotelnih stanica, što je dokumentirano kod dijabetičara s razvijenom nefropatijom.²⁷

Perzistentna hiperglikemija

Nadalje, hiperglikemija povećava aktivaciju protein kinaze C (PKC) na dva različita načina. Perzistentna hiperglikemija unutar stanice povećava sintezu diacilglicerola, koji aktivira izoforme protein kinaze C.^{28,29} Također, interakcija AGEs sa staničnim receptorima može aktivirati izoforme PKC.³⁰ Aktivacija PKC povezana je s vazokonstrikcijom, proliferacijom glatkih mišićnih stanica i ubrzanom sintezom proteina ekstracelularnog matriksa, te ima važnu ulogu u pojavi i progresiji disfunkcije stanica vaskulature u bolesnika sa šećernom bolesti.³¹ Također, diacilglicerolom aktivirana PKC djelovanjem na gensku ekspresiju ključnih proteina potiče okluziju kapilara, smanjuju krvni protok, potiče razvoj upale, stvaranja slobodnih radikala i oštećenja

staničnih makromolekula.^{32,33}

Aktivacija heksozaminskog puta predstavlja četvrti mehanizam utjecaja hiperglikemije na stanicu. Iako se većina unutarstanične glukoze metabolizira, dio fruktoza-6-fosfata ulazi u signalni put u kojem ga enzim glutamin fruktoza-6 fosfat amidotransferaza pretvara u glukozamin-6 fosfat i na kraju u uridin difosfat N-acetilglukozamin. Taj se produkt veže na serinske i treoninske ostatke transkripcijskih faktora, što uzrokuje modifikaciju gena.²⁴

Slobodni radikali

Zajednička karakteristika svih navedenih mehanizama je krajnje stvaranje viška kisikovih radikala, odnosno prekomjerno stvaranje reaktivnih oblika kisika (*engl. reactive oxygen species; ROS*) u mitohondrijima.²⁴ ROS zbog prisustva nesparenih elektrona nazivamo slobodnim radikalima.³⁴ Slobodni radikali su molekule ili atomi koji u vanjskoj ljusci imaju jedan ili više nesparenih elektrona.³⁵ Njihovi nespareni elektroni uzrokuju njihovo davanje ili uzimanje elektrona drugim molekulama, što ih čini izrazito nestabilnim i visoko reaktivnim, a reagiraju s organskim ili neorganskim spojevima.³⁶ Mitohondriji predstavljaju glavni izvor slobodnih radikala kisika jer se približno 1-3 % ukupne količine kisika u mitohondrijima nekontrolirano reducira.³⁷ U uravnoteženim uvjetima su slobodni radikali razgrađeni staničnim antioksidansima, uz pomoć enzima kao što su superoksid dismutaza, katalaza i glutatjon peroksidaza ili neenzimatski uz pomoć glutatjona.³⁸ Antioksidansi su tvari koje odgađaju ili sprečavaju oksidaciju biološke molekule izazvanu ROS. Razlikujemo endogene i egzogene antioksidanse (unesene u organizam hranom ili suplementima). U endogene antioksidanse ubrajamo enzime poput superoksid dismutaze, glutatjon peroksidaze, glutatjon reduktaze, katalaze i neenzimatske antioksidanse uključujući glutatjon, α -lipoičnu kiselinu te vitamine C i E.^{39,40} Skupinu egzogenih antioksidanasa čine mikronutritijenti i druge egzogene unesene tvari poput vitamina E, vitamina C, elemenata u tragovima (selen, magnezij i cink) te karotenoida i flavonoida.⁴¹

Pomak ravnoteže u organizmu može nastati ako je smanjena antioksidativna sposobnost organizma ili ako je povećano stvaranje radikala. Ovakav poremećaj



ravnoteže prooksidansa i antioksidansa u korist prooksidansa definira se kao oksidacijski stres. U patološkim procesima povećana je koncentracija i aktivnost slobodnih radikala. Razmjer oštećenja nastalog kao posljedica oksidativnog stresa ovisi o stupnju, mehanizmu kojim je on izazvan, trajanju te o organskom sustavu koji je pogođen. Oksidativni stres uzrokuje teška oštećenja staničnih struktura, što na kraju uzrokuje staničnu smrt.⁴² Hiperglikemijom inducirani oksidativni stres danas je prepoznat kao pokretačka sila za razvoj komplikacija šećerne bolesti.⁴³ S jedne strane hiperglikemija povećava produkciju slobodnih radikala, a sa druge strane slabi funkciju endogenog antioksidativnog sustava, smanjujući aktivnost antioksidativnih enzima.⁴⁴ Bolesnici sa šećernom bolesti tipa 2 kontinuirano su izloženi oksidativnom stresu; razina prooksidanasa i markera oštećenja tkiva oksidativnim stresom pet puta je viša u serumu, plazmi, bijelim krvnim stanicama te u biopsijskim uzorcima gušterače dijabetičara u usporedbi s ispitanicima koji ne boluju od šećerne bolesti.⁴⁵⁻⁴⁷ Zahvaljujući sposobnosti slobodnih radikala da direktno oksidiraju i oštete DNA, proteine i lipide, vjeruje se da oni imaju ključnu ulogu u pojavnosti i progresiji kasnih komplikacija šećerne bolesti.⁴⁸ Hiperglikemija može izazvati porast razine markera oksidativnog stresa koji su pokazatelji oštećenja DNA-a (8-oxo-7,8-dihidro-2'-deoksigvanozina, 8-hidroksideoksigvanozina i 7-hidroksi-8-okso-2'-deoksigvanozina⁴⁹,

peroksidacije lipida (malonildialdehid)⁵⁰ te oksidacije proteina (proteinskih hidroperoksida, proteinskih karbonila).⁵¹ Stvaranjem slobodnih radikala u šećernoj bolesti neenzimatskom glikacijom proteina, oksidacijom glukoze i porastom peroksidacije lipida oštećuju se enzimi i stanične strukture te raste inzulinska rezistencija kao posljedica oksidativnog stresa.⁵² Prekomjeran porast koncentracije slobodnih radikala u konačnici uzrokuje smrt stanice. Stanje povišenog oksidativnog stresa u dijabetičara može potiče oštećenje miokarda, razvoj neuropatije, retinopatiju i nefropatiju. Koliko će hiperglikemija inducirati intracelularno oštećenje stvaranjem ROS ovisi o sposobnosti same stanice da inhibira preuzimanje glukoze u hiperglikemiji. Slijedom toga su, kako je i ranije rečeno, endotelne stanice kapilara mrežnice, mezangijske stanice bubrežnih glomerula, neuroni te Schwannove stanice perifernih živaca posebno osjetljive na promjene koje se događaju u dijabetičkom okruženju.¹⁹ Mogući mehanizmi kojima oksidativni stres potiče razvoj navedenih komplikacija su oksidacija glukoze, smanjena tkivna koncentracija antioksidansa kao što je glutatjon i vitamin E te smanjenje aktivnosti antioksidantnih enzima kao što su katalaza i superoksid dismutaza.⁵³

Danas se smatra kako je oksidativni stres uključen i u patogenezu kardiovaskularnih komplikacija koje se razvijaju u bolesnika sa šećernom bolesti.⁵⁴ Visoke koncentracije AGEs nađene su u bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2 i koronarnom

Pomak ravnoteže u organizmu može nastati ako je smanjena antioksidativna sposobnost organizma ili ako je povećano stvaranje radikala. Ovakav poremećaj ravnoteže prooksidansa i antioksidansa u korist prooksidansa definira se kao oksidacijski stres

arterijskom bolesti.⁵⁵ Glikacija povećava sklonost lipoproteina niske gustoće (*eng. low density lipoprotein (LDL)*) oksidaciji, što je važan korak u procesu aterogeneze.⁵⁶ Također glikacija može ubrzati razvoj ateroskleroze potičući zadržavanje LDL čestica u subendotelnim stanicama i smanjujući prepoznavanje AGEs modificiranog LDL od strane LDL receptora.⁵⁷

Toksičnost glukoze

Hiperglikemija osim negativnog djelovanja na makrovaskularnoj i mikrovaskularnoj razini, također ima negativan direktan utjecaj na same β -stanice. Obzirom na posljedice koje hiperglikemija ostavlja može se govoriti o toksičnosti same glukoze na β -stanice. Poznato je kako β -stanice gušterače imaju najniži intrinzički antioksidativni kapacitet u usporedbi s drugim metaboličkim tkivima kao što jetra, bubrezi, skeletna mišićna masa i masno tkivo. Također, β -stanice gušterače imaju smanjenu količinu glavnih antioksidativnih enzima (katalaze, superoksid dismutaze i glutation peroksidaze).⁵⁸ Hiperglikemija povećava razinu staničnog stresa u β -staničama gušterače, ali ne inducira porast aktivnosti antioksidativnih enzima.⁵⁹ S obzirom na to da β -stanice gušterače pokazuju iznimno nisku aktivnost antioksidativnih enzima, smatra se kako su upravo zbog toga posebno podložne oštećenju uzrokovanom oksidativnim stresom u usporedbi s drugim tkivima i organima.⁶⁰ Biosinteza inzulina se smanjuje kada su β -stanice izložene utjecaju kronične hiperglikemije u animalnim modelima oboljelih od šećerne bolesti tipa 2, a sličan fenomen nastaje kao posljedica djelovanja oksidativnog stresa u šećernoj bolesti.⁶¹ Također se smatra kako je oksidativni stres uključen i u inzulinsku rezistenciju koja nastaje kao posljedica kronične hiperglikemije.⁶²

Lijekovi i oksidativni stres u šećernoj bolesti

Neki lijekovi za šećernu bolest posjeduju antioksidativna svojstva. Troglitazon smanjuje oksidativni stres u ranom stadiju šećerne bolesti tipa 2 u štakora.⁶³ Nadalje, statini značajno reduciraju stvaranje

ROS u endotelnim stanicama.⁶⁴ Repaglinid smanjuje oksidaciju proteina za 17 % te povećava razinu ukupnog antioksidacijskog statusa u dijabetičkih zečeva.⁶⁵

Preparati sulfonilureje su najdulje korišteni u monoterapiji šećerne bolesti, već od 50-ih godina prošlog stoljeća. Danas su u uporabi preparati druge generacije, a u našoj zemlji: glibenklamid, glikvidon, gliklazid i glimepirid. Primarni način djelovanja sulfonilureja je stimulacija produkcije i lučenja inzulina iz β -stanica gušterače. Sulfonilureje se vezuju na specifične receptore na membranama β -stanica, što ima za posljedicu zatvaranje kalijevih kanala ovisnih o ATP-u. Nastaje depolarizacija membrane β -stanica, koja kao rezultat ima otvaranje kalcijevih kanala, ulazak kalcija u stanicu i stimulaciju oslobađanja inzulina. Pretpostavka za njihovo djelovanje je stoga postojanje očuvanih β -stanica.⁶⁶ Usprikoš njihovom pozitivnom učinku, dugotrajna uporaba derivata sulfonilureje može uzrokovati smrt β -stanica gušterače i njihovu apoptozu. Smatra se kako opetovani utok kalcija u stanicu posredovan derivatima sulfonilureje može biti mehanizam koji izaziva apoptozu β -stanica gušterače i njihovu smrt.⁶⁷ Derivati sulfonilureje (glimepirid i glibenklamid, ali ne i gliklazid) te nateglinid stimuliraju proizvodnju ROS putem aktivacije protein kinaze C, a posljedica je apoptoza β -stanica gušterače. S obzirom na to da gliklazid ne pokazuje ovaj neželjeni učinak, smatra se da može pozitivno djelovati na očuvanje funkcije β -stanice gušterače.⁶⁸ Otprije je poznato kako derivat sulfonilureje druge generacije, gliklazid, posjeduje antioksidativna svojstva.⁶⁹ U bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2 liječenje gliklazidom smanjuje razinu 8-isoprostana koji je marker oksidacije lipida, a povećava antioksidativne parametre kao što su tioli i superoksid dismutaza i antioksidacijski kapacitet plazme. Isti učinak nije zabilježen kod drugih ispitivanih derivata sulfonilureje.⁷⁰ Važno je istaknuti kako je antioksidacijski učinak gliklazida neovisan o kontroli glikemije.⁷¹ Poznato je kako gliklazid uz poboljšanje antioksidacijskog statusa poboljšava i vazodilataciju posredovanu NO u bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2.⁷²

cijskog statusa poboljšava i vazodilataciju posredovanu NO u bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2.⁷²

Antioksidansi i šećerna bolest

S obzirom na postojanje hiperglikemijom induciranog oksidativnog stresa u bolesnika sa šećernom bolesti za pretpostaviti je kako bi dijabetičari imali korist od unošenja egzogenih antioksidanasa (vitamina E, C i D, flavonoida i elemenata u tragovima). Iako rezultati ranijih eksperimentalnih i kliničkih studija govore o povoljnom učinku davanja antioksidanasa dijabetičarima⁷³⁻⁷⁵, današnji dokazi ne podupiru povoljan učinak dodavanja antioksidanasa onima koji imaju zadovoljavajuće uravnoteženu prehranu.^{76,77} Poznato je kako je ne-regulirana šećerna bolest često povezana s neadekvatnim unosom mikronutrijenata, uključujući i neadekvatan unos antioksidanasa⁷⁸ pa bi terapijski cilj bio adekvatna kontrola tjelesne težine uz zadovoljavajući unos antioksidanasa (vitamina i minerala) putem uravnotežene prehrane.⁷⁹

Zaključak

Šećerna bolest je kronična bolest koja zahvaća sve sustave u organizmu pa bolesnici sa šećernom bolesti imaju stalan rizik od razvoja komplikacija. Poznato je kako je oksidativni stres uzrokovan hiperglikemijom glavna pokretačka sila koja je odgovorna za razvoj kroničnih komplikacija šećerne bolesti. Iako ranije studije na animalnim modelima pokazuju povoljan antioksidativni učinak vitamina u oboljelih od šećerne bolesti, rezultati kliničkih studija ne upućuju na jasne zaključke. Međutim, postoje dokazi kako postojani antioksidativni učinak nekih antidijabetika (gliklazida) značajno pridonosi njihovom terapijskom učinku. Slijedom toga potreban je multiterapijski pristup u liječenju bolesnika sa šećernom bolešću. Uz kontrolu glikemije nužna je i blokada svih puteva koji su uključeni u stvaranje slobodnih radikala kako bi se spriječio razvoj hiperglikemijom uzrokovanih komplikacija šećerne bolesti.

POPIS LITERATURE:

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;1:81-90.
2. Zaccardi F, Webb DR, Yates T, Davies MJ. Pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus: a 90-year perspective. *Postgrad Med J*. 2016;92:63-9.
3. Zhao Y. Autoimmunity and Therapeutic Challenges of Type 1 Diabetes. *Translational Med* 2011;1:104e.

4. Ruhe RC, McDonald RB. Use of antioxidant nutrients in the prevention and treatment of type 2 diabetes. *J Am Coll Nutr*. 2001;20:363-9.
5. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus--present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol*. 2011;8:228-36.
6. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*. 2001;414:782-7.
7. International Diabetes Federation, 2015. <http://www.diabetesatlas.org>
8. Registar osoba sa šećernom bolešću, CroDiab izvještaj za 2014.godinu, http://www.idb.hr/CroDiab_2014.pdf
9. World Health Organization, Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2011.
10. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-1053.
11. Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. *Clin Diabetes* 2008;26:77-82.
12. Stratton IM, Adler AI, Neil HA i sur. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000;321:405-12.
13. Preis SR, Hwang SJ, Coady S i sur. Trends in all-cause and cardiovascular disease mortality among women and men with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study, 1950 to 2005. *Circulation* 2009;119:1728-35.
14. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease: The Framingham study. *JAMA* 1979;241:2035-8.
15. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the multiple risk factor intervention trial. *Diabetes Care* 1993;16:434-44.
16. Boudina S, Abel ED. Diabetic cardiomyopathy, causes and effects. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders* 2010;11:31-9.
17. Kawahito S, Kitahata H, Oshita S. Problems associated with glucose toxicity: role of hyperglycemia-induced oxidative stress. *World J Gastroenterol* 2009;15:4137-42.
18. Heilig CW, Concepcion LA, Riser BL, Freytag SO, Zhu M, Cortes P. Overexpression of glucose transporters in rat mesangial cells cultured in a normal glucose milieu mimics the diabetic phenotype. *J Clin Invest* 1995; 96:1802-14.
19. Forbes JM, Coughlan MT, Cooper ME. Oxidative stress as a major culprit in kidney disease in diabetes. *Diabetes*. 2008;57:1446-54.
20. Charonis AS, Reger LA, Dege JE i sur. Laminin alterations after in vitro nonenzymatic glycosylation. *Diabetes* 1990;39:807-14.
21. Ahmed N. Advanced glycation endproducts--role in pathology of diabetic complications. *Diabetes Res Clin Pract* 2005;67:3-21.
22. Giacco F, Brownlee M. Oxidative stress and diabetic complications. *Circ Res*. 2010;107:1058-70.
23. Chung SS, Ho EC, Lam KS, Chung SK. Contribution of polyol pathway to diabetes-induced oxidative stress. *J Am Soc Nephrol*. 2003;14:233-6.
24. Brownlee M. Biochemistry and molecular cell biology of diabetic complications. *Nature*. 2001;414:813-20.
25. Mehta JL, Rasouli N, Sinha AK, Molavi B. Oxidative stress in diabetes: a mechanistic overview of its effects on atherogenesis and myocardial dysfunction. *Int J Biochem Cell Biol* 2006;38:794-803.
26. Sharma JN, Al-Omran A, Parvathy SS. Role of nitric oxide in inflammatory diseases. *Inflammopharmacology* 2007;15:252-9.
27. Tessari P, Cecchetti D, Cosma A i sur. Nitric oxide synthesis is reduced in subjects with type 2 diabetes and nephropathy. *Diabetes* 2010;59:2152-9.
28. Du X, Matsumura T, Edelstein D i sur. Inhibition of GAPDH activity by poly(ADPribose) polymerase activates three major pathways of hyperglycemic damage in endothelial cells. *J Clin Invest* 2003;112:1049-57.
29. Giacco F, Brownlee M. Oxidative stress and diabetic complications. *Circ Res*. 2010;107:1058-70.
30. Thallas-Bonke V, Thorpe SR, Coughlan MT i sur. Inhibition of NADPH oxidase prevents advanced glycation end product-mediated damage in diabetic nephropathy through a protein kinase C-alpha-dependent pathway. *Diabetes* 2008;57:460-9.
31. Way KJ, Katani N, King GL. Protein kinase C and the development of diabetic vascular complications. *Diabet Med* 2001;18:945-59.
32. Klann E, Roberson ED, Knapp LT, Sweatt JD. A role for superoxide in protein kinase C activation and induction of long-term potentiation. *J Biol Chem* 1998;273:4516-22.
33. Noh H, King GL. The role of protein kinase C activation in diabetic nephropathy. *Kidney Int Suppl* 2007;106:49-53.
34. Gutteridge JMC. Biological origin of free radicals, and mechanisms of antioxidant protection. *Chem Biol Interact* 1994;91:113-140.
35. Halliwell B, Gutteridge JMC. *Free Radicals in Biology and Medicine*. Clarendon Press, Oxford 1989:29-32.
36. Anderson D. Antioxidant defences against reactive oxygen species causing genetic and other damage. *Mutat Res* 1996;350:103-108.
37. McCord JM. The evolution of free radicals and oxidative stress. *Am J Med*. 2000 1;108:652-9.
38. Siems WG, Sommerburg O, Mayer H, Grune T. Die wichtigsten Radikalquellen in menschlichen Organismus. *Pharm Ztg* 1998;143:11-25.
39. Fukui T, Ushio-Fukai M. Superoxide dismutases: role in redox signaling, vascular function, and diseases. *Antioxid Redox Signal* 2011;15:1583-606.
40. Lubos E, Loscalzo J, Handy DE. Glutathione peroxidase-1 in health and disease: from molecular mechanisms to therapeutic opportunities. *Antioxid Redox Signal* 2011;15:1957-97.
41. Pham-Huy LA, He H, Pham-Huy C. Free radicals, antioxidants in disease and health. *Int J Biomed Sci* 2008;4:89.
42. Benes L, Durackova Z i sur. Chemistry, physiology and pathology of free radicals. *Life Sci* 1999;65:1865-74.
43. Kawahito S, Kitahata H, Oshita S. Problems associated with glucose toxicity: Role of hyperglycemia-induced oxidative stress. *World J Gastroenterol* 2009;15: 4137.
44. Likidilid A, Patchanans N, Peerapatdit T, Sriratanasathavorn C. Lipid peroxidation and antioxidant enzyme activities in erythrocytes of type 2 diabetic patients. *J Med Assoc Thai*. 2010;93:682-93.
45. Nourooz-Zadeh J, Tajaddini-Sarmadi J, McCarthy S, Bette-ridge DJ, Wolff SP. Elevated levels of authentic plasma hydroperoxides in NIDDM. *Diabetes* 1995; 44:1054-8.
46. Rehman A, Nourooz-Zadeh J, Möller W, Tritschler H, Pereira P, Halliwell B. Increased oxidative damage to all DNA bases in patients with type II diabetes mellitus. *FEBS Lett* 1999;448:120-2.
47. Sakuraba H, Mizukami H, Yagihashi N, Wada R, Hanyu C, Yagihashi S. Reduced beta-cell mass and expression of oxidative stress-related DNA damage in the islet of Japanese Type II diabetic patients. *Diabetologia* 2002;45:85-96.
48. Rösen P, Nawroth PP, King G, Möller W, Tritschler HJ, Packer L. The role of oxidative stress in the onset and progression of diabetes and its complications: a summary of a Congress Series sponsored by UNESCO-MCBN, the American Diabetes Association and the German Diabetes Society. *Diabetes Metab Res Rev*. 2001 May-Jun;17(3):189-212.
49. Hinokio Y, Suzuki S, Hirai M, Suzuki C, Suzuki M, Toyota T. Urinary excretion of 8-oxo-7, 8-dihydro-2'-deoxyguanosine as a predictor of the development of diabetic nephropathy. *Diabetologia* 2002;45:877-82.
50. Selvaraj N, Bobby Z, Sathiyapriya V. Effect of lipid peroxides and antioxidants on glycation of hemoglobin: an in vitro study on human erythrocytes. *Clin Chim Acta*. 2006;366:190-5.
51. Martín-Gallán P, Carrascosa A, Gussinyé M, Domínguez C. Biomarkers of diabetes-associated oxidative stress and antioxidant status in young diabetic patients with or without subclinical complications. *Free Radic Biol Med*. 2003;34:1563-74.
52. Maritim AC, Sanders RA, Watkins JB 3rd. Diabetes, oxidative stress, and antioxidants: a review. *J Biochem Mol Toxicol* 2003;17:24-38.
53. Evans JL, Goldfine ID, Maddux BA, Grodsky GM. Are oxidative stress-activated signaling pathways mediators of insulin resistance and beta-cell dysfunction? *Diabetes*. 2003;52:1-8.
54. Kayama Y, Raaz U, Jagger A. Diabetic Cardiovascular Disease Induced by Oxidative Stress. *Int J Mol Sci*. 2015;16:25234-63.
55. Kilhovd BK, Berg TJ, Birkeland KI, Thorsby P, Hanssen KF. Serum levels of advanced glycation end products are increased in patients with type 2 diabetes and coronary heart disease. *Diabetes Care* 1999;22:1543-8.
56. Bowie A, Owens D, Collins P, Johnson A, Tomkin GH. Glycosylated low density lipoprotein is more sensitive to oxidation: implications for the diabetic patient? *Atherosclerosis* 1993;102:63-7.
57. Bucala R, Makita Z, Vega G i sur. Modification of low density lipoprotein by advanced glycation end products contributes to the dyslipidemia of diabetes and renal insufficiency. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1994;91:9441-5.
58. Grankvist K, Marklund SL, Taljedal IB. Cu Zn-superoxide dismutase, Mn superoxide dismutase, catalase and glutathione peroxidase in pancreatic islets and other tissues in the mouse. *Biochem J* 1981;199:393-8.
59. Tiedge M, Lortz S, Munday R, Lenzen S. Complementary action of antioxidant enzymes in the protection of bioengineered insulin-producing RINm5F cells against the toxicity of reactive oxygen species. *Diabetes* 1998;47:1578-85.
60. Kawahito S, Kitahata H, Oshita S. Problems associated with glucose toxicity: role of hyperglycemia-induced oxidative stress. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4137-42.
61. Tanaka Y, Tran PO, Harmon J, Robertson RP. A role for glutathione peroxidase in protecting pancreatic-cells against oxidative stress in a model of glucose toxicity. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002; 99:12363-8.
62. Eriksson JW. Metabolic stress in insulin's target cells leads to ROS accumulation - a hypothetical common pathway causing insulin resistance. *FEBS Lett* 2007; 581: 3734-42.
63. Fukui T, Noma T, Mizushige K, Aki Y, Kimura S, Abe Y. Dietary troglitazone decreases oxidative stress in early stage type II diabetic rats. *Life Sci* 2000;66:2043-9.
64. Haendeler J, Hoffmann J, Zeiher AM, Dimmeler S. Antioxidant effects of statins via S-nitrosylation and activation of thioredoxin in endothelial cells: a novel vasculoprotective function of statins. *Circulation* 2004;110:856-61.
65. Gumieniczek A, Hopkala H, Rolinski J, Bojarska-Junak A. Antioxidative and antiinflammatory effects of repaglinide in plasma of diabetic animals. *Pharmacol Res* 2005;52:162-6.
66. Heine RJ. Current therapeutic options in type 2 diabetes. *Eur J Clin Invest* 1999;29:17-20.
67. Efanova IB, Zaitsev SV, Zhivotovsky B i sur. Glucose and tolbutamide induce apoptosis in pancreatic β -cells. *J Biol Chem* 1998;273:33501-7.
68. Sawada F, Inoguchi T, Tsubouchi H i sur. Differential effect of sulfonylureas on production of reactive oxygen species and apoptosis in cultured pancreatic beta-cell line, MIN6. *Metabolism*. 2008;57:1038-45.
69. Scott NA, Jennings PE, Brown J, Belch JJ. Glucilazide: a general free radical scavenger. *Eur J Pharmacol*. 1991;208:175-7.
70. O'Brien RC, Luo M. The effects of glucilazide and other sulfonylureas on low-density lipoprotein oxidation in vitro. *Metabolism*. 1997;46:22-5.
71. Jennings PE, Scott NA, Saniabadi AR, Belch JJ. Effects of glucilazide on platelet reactivity and free radicals in type II diabetic patients: clinical assessment. *Metabolism* 1992;41:36-9.
72. Fava D, Cassone-Faldetta M, Laurenti O, De Luca O, Ghiselli A, De Mattia G. Glucilazide improves anti-oxidant status and nitric oxide-mediated vasodilation in Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2002;19:752-7.
73. Akbar S, Bellary S, Griffiths H. Dietary antioxidant interventions in type 2 diabetes patients: a meta-analysis. *Br J Diabetes Vasc Dis* 2011; 11: 62-68.
74. Neyestani TR, Shariat-Zadeh N, Gharavi A, Kalayi A, Khalaji N. Physiological dose of lycopene suppressed oxidative stress and enhanced serum levels of immunoglobulin M in patients with Type 2 diabetes mellitus: a possible role in the prevention of longterm complications. *J Endocrinol Invest* 2007; 30: 833-838.
75. Neyestani TR, Shariat-Zadeh N, Gharavi A, Kalayi A, Khalaji N. The opposite associations of lycopene and body fat mass with humoral immunity in type 2 diabetes mellitus: a possible role in atherogenesis. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2007; 6: 79-87.
76. Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL i sur. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2008; 31:S61-S78.
77. Johansen JS, Harris AK, Rychly DJ, Ergul A. Oxidative stress and the use of antioxidants in diabetes: linking basic science to clinical practice. *Cardiovasc Diabetol* 2005;4:5.
78. Kaur B, Henry J. Micronutrient status in type 2 diabetes: a review. *Adv Food Nutr Res* 2014; 71: 55-100.
79. Ley SH, Hamdy O, Mohan V, Hu FB. Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and nutritional strategies. *Lancet* 2014; 383: 1999-2007.

Preuzimamo rizike za Vas!

Pružamo Vam
kvalitetno savjetovanje!

Nudimo Vam
sveobuhvatnu zaštitu!



Pogodnosti za članove HLK:

1. **FLEXI BENEFIT** – klasično životno osiguranje kojom su ujedinjene zaštita i štednja. Popust **25%** za članove HLK se ostvaruje na ugovorene police na 20 i više godina na svaki obrok premije u prvoj godini trajanja.
2. **MOJ (O)SIGURAN DOM** – **25%** popusta za članove HLK
3. **OBVEZNO OSIGURANJE OD AUTOMOBILSKE ODGOVORNOSTI**
 - **10%** popust za članove HLK
4. **OSIGURANJE AUTOMOBILSKOG KASKA**
 - **5%** popusta za članove HLK
5. **ZDRAVSTVENO (O)SIGURAN** - dopunsko zdravstveno osiguranje
 - **10%** popusta za članove HLK
6. **PAKET ZA LIJEČNIKE** s definiranim svotama osiguranja i premijama - uključuje:
 - Opću odgovornost (odgovornost prema trećim osobama)
 - Odgovornost prema vlastitim djelatnicima
 - Profesionalnu odgovornost
 - Nezgodu koja obuhvaća 24 satnu zaštitu sa pokrićem za cijeli svijet

Navedeni popusti i pogodnosti za članove Hrvatske liječničke komore vrijede samo u razdoblju od 15.02. – 30.06.2017.



KONTAKT INFO TELEFON

01/3718-894

POSEBNA LINIJA ZA VAS



KONTAKT MAIL

hlk@wiener.hr

www.wiener.hr

**TU SAM
(O)SIGURAN**

**WIENER
OSIGURANJE**
VIENNA INSURANCE GROUP

Građanskopravna odgovornost zdravstvenih djelatnika i ustanova (I.)

Piše: dr. sc. TOMISLAV JONJIĆ

U prethodnih nekoliko priloga u ovoj rubrici bavili smo se uglavnom kaznenopravnim aspektom odgovornosti zdravstvenih djelatnika. Ukratko prikazujući razvitak pojedinih kaznenopravnih instituta i navodeći nekoliko sudskih odluka od sredine 19. stoljeća do danas, htjeli smo pokazati da se i pravnici i liječnici već stoljeće i pol – ako ne i više – nose u biti s istim poteškoćama i istim otvorenim pitanjima. Iz toga se s priličnom pouzdanosti smije zaključiti kako ni u budućnosti ne treba očekivati korjenitije zaokrete. To je razlog više da se i kasnije, u nekom od budućih priloga, osvrnemo na još neke ilustrativne odluke naših kaznenih sudova.

Realna životna situacija

Nije smisao toga u apstraktnom stjecanju nekih osnovnih predodžaba o kaznenim djelima protiv zdravlja ljudi, niti se radi samo u općoj kulturi, nego bi taj prikaz trebao imati i neposredne praktične posljedice. Iako je svaka životna situacija jedinstvena i neponovljiva, ipak se iz studija te sudske prakse mogu izvući zajednički nazivnici, pa time i bar načelne smjernice za ponašanje liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika u kritičnim situacijama. Time se ujedno želi potaknuti i sudske vještace da pomnije prouče i zakonsku, a ne samo medicinsku dimenziju spisa u kojem nastupaju u tom svojstvu, i da nikad ne smetnu s uma da se vještači realna životna situacija, a ne idealizirani, udžbenički model. Kad bi vještaci to uvijek imali na umu, tada bi svoja mišljenja oblikovali nesumnjivo skrupuloznije i opreznije, uvijek precizirajući i popisujući sve dokumente i radnje koje su u pod-

lozi njihova nalaza, i uvijek imajući na umu da njihove neoprezne i nedovoljno precizne formulacije mogu dovesti do toga da zakonsku sankciju izbjegne čak i počinitelj kakvoga gruboga (očitog) propusta, ali i do toga da se unište ne samo karijere, nego ponekad i životi i zdravlje liječnika koji to svojim profesionalnim postupanjem nisu zaslužili.

No, kako se ne bi stekao dojam da sve počinje i završava na području kaznenog prava, potrebno je upozoriti i na građanskopravne, ali i na stegovne posljedice ponajprije liječničkih pogrešaka. Literatura o tome je bogata i zapravo lako dostupna, ali nas iskustvo uči da zdravstveni djelatnici, uključujući liječnike, za njom rijetko posežu, pa se i u sudskim postupcima vrlo često pokazuje da ne vladaju čak ni elementarnim znanjem s tog područja. Nije jasno zašto je tako. Privatni raspit, proveden, doduše, na sasvim nereprezentativnu uzorku, sugerira da je posrijedi prevladavajuće uvjerenje kako građanskopravna odgovornost zahvaća u prvom redu zdravstvene ustanove, a one će ionako u možebitnoj parnici angažirati odvjetnike (dok u kaznenom postupku pojedini liječnik, ako mu u pomoć ne priskoči Hrvatska liječnička komora, pred sudom ostaje sam), pa zato nema velike potrebe da se pojedini zdravstveni djelatnik umara bistranjem čak ni pojmova skopčanih s građanskopravnim institutom koji u ovom kontekstu ima središnje mjesto, institutom naknade štete.

Propisi o naknadi štete

Takvo je shvaćanje teško braniti. Čitav pravni sustav, baš kao i život, djeluje na

načelu spojenih posuda, pa je kazneno pravo nemoguće odvojiti od ostalih grana prava, a zdravstveni se djelatnici varaju ako misle da za štetu prouzročenu njihovim propustima odgovara samo ustanova, i da će se ustanova od njih regresirati samo u rijetkim situacijama.

Propisi o naknadi štete

To je pogrešno: oštećenika načelno ništa ne priječi da u brojnim situacijama tužbom za naknadu štete obuhvati i ustanovu i pojedinoga zdravstvenog djelatnika. Kako pokazuje naša sudska praksa, oštećenik se zasad najčešće zadovoljava time da tuži samo zdravstvenu ustanovu, vodeći se pritom ponajprije pragmatičnim kriterijima: on procjenjuje kako će se od nje lakše naplatiti ako u postupku uspije, a ne treba podcijeniti ni psihološki moment, odnosno predodžbu da će i sud u dvojbjenim situacijama lakše usvojiti tužbeni zahtjev upravljen protiv ustanove nego protiv pojedinca. No, već širenje privatne osigurateljne zaštite na zdravstvo izmijenit će tu situaciju, ali i bez toga bi zdravstveni djelatnik imao i stvarnoga i pravnog interesa da se u nekim situacijama prijavi kao umješač u parnici koju protiv njegova poslodavca vodi oštećeni pacijent. Na taj bi način mogao svoja prava zaštititi odmah, u sasvim ranoj fazi, ne čekajući da se nepovoljni učinak iz parnice protiv ustanove protegne na nj.

K tome valja imati na umu da je građanskopravna odgovornost šira od kaznene, pa građanski delikt odnosno odgovornost za naknadu štete postoji ili može postojati i tamo gdje nema kaznenog djela, dok će počinjenje kaznenog djela

u pravilu rezultirati i obvezom naknade štete (analogno tomu, kazneno djelo koje počinio liječnik koji je član Hrvatske liječničke komore rezultira primjenom Komorina Pravilnika o disciplinskom postupku, ali to ne znači da stegovnih povreda iz tog Pravilnika nema i tamo gdje ne postoji pravomoćna kaznena presuda). Zato, da bi čitatelj nepravnik shvatio zbog čega ga treba zanimati i građansko-pravni aspekt odgovornosti zdravstvenog djelatnika, potrebno je ukratko prikazati sam institut odgovornosti za štetu.

Složeni pravni institut

Riječ je o razmjerno složenome pravnom institutu, koji je u svome temeljnom obliku reguliran odredbama vrijedećega Zakona o obveznim odnosima (dalje: ZOO), koji je objavljen u *Narodnim novinama*, br. 35/05, 41/08, 125/11 i 78/15. No, za naknadu štete u medicinsko-pravnome smislu to nije jedini relevantni materijalnopravni propis. Dok Zakon o parničnom postupku (NN, br. 53/91, 58/93, 112/99, 88/01, 117/03, 88/05, 02/07, 84/08, 123/08, 57/11, 148/11, 25/13, 89/14) sadržava pravila o ponašanju i postupanju suda, stranaka i drugih sudionika sudskog postupka za naknadu štete (pa je njima reguliran i spomenuti način miješanja u parnicu između trećih osoba), ZOO predstavlja samo temeljni materijalnopravni propis kojim je regulirana ta materija. Pored njega, u određenim slučajevima se kao relevantni materijalnopravni propisi mogu pojaviti i drugi zakoni (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o liječništvu, Zakon o zaštiti prava pacijenata, Zakon o sestrinstvu, Zakon o ljekarništvu, Zakon o stomatološkoj djelatnosti, Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima itd.), ali i međunarodni dokumenti (primjerice, Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, kao i razne smjernice tijela Europske unije), kao i pravni propisi nižega ranga, pa čak i pravni dokumenti koji nemaju karakter propisa u užem smislu, poput Kodeksa medicinske etike i deontologije.

Pojam naknade štete, subjekti i zastara

U pravnoj se doktrini odgovornost za štetu definira kao obveznopravni odnos u kojem je jedna strana ovlaštena zahtije-

vati popravak prouzročene štete, a druga joj je strana tu štetu dužna popraviti odnosno nadoknaditi. ZOO u članku 1046. definira štetu kao smanjenje nečije imovine (obična šteta – *damnum emergens*), sprječavanje njezina povećanja (izmakla dobit – *lucrum cessans*) i povreda prava osobnosti (neimovinska šteta). Dok je pojam imovinske štete, koji obuhvaća običnu štetu i izmaklu dobit (korist koju bi oštećenik prema redovitom tijeku stvari ostvario da nije bilo štetne radnje) u pravilu jasan i laicima, stanovite nedoumice može izazivati pojam neimovinske štete. On je uvelike sličan pojmu „nematerijalne štete” koji je postojao u ranijem zakonodavstvu, a u doktrini i u praksi bio je još nazivan i imaterijalnom, nenovčanom, neekonomskom, idealnom ili moralnom štetom. Množina naziva za isti pojam, dakako, nerijetko izaziva nejasnoće i nedoumice, a i postojeća zakonska regulativa znala je biti izložena kritikama.

Ipak, zakon daje jasne smjernice da se pod tim pojmom ima shvaćati povreda oštećenikovih subjektivnih prava i interesa. Budući da sva ta prava i interese nije moguće popisati, zakonodavac im je dao spomenuti skupni naziv, te je u čl. 19. ZOO naveo neke od oblika neimovinske štete, koje je sudska praksa dopunila i izgradila. Tako u neimovinsku štetu spadaju, primjerice: povreda prava na život, povreda prava na tjelesno ili duševno zdravlje, povreda prava na ugled, čast i dostojanstvo, povreda prava na privatnost osobnoga i obiteljskog života, povreda prava na ime, povreda prava na slobodu i sl. U tom je kontekstu korisno

napomenuti da ne samo tjelesne (fizičke), nego i pravne (jurističke) osobe također mogu biti oštećenici – iako će to rijetko biti u slučajevima kad je štetnik medicinski djelatnik ili medicinska ustanova – pa i one mogu trpjeti neke oblike neimovinske štete koji nisu tipični za situaciju u kojoj je oštećenik fizička osoba. Njih je ZOO egzemplifikativno naveo u čl. 19. st. 3.: povreda prava na ugled i dobar glas, povreda prava na ime odnosno tvrtku, povreda prava na poslovnu tajnu, povreda prava na slobodu privređivanja i sl.

Odgovornost za drugoga

Subjekti obveznopavnog odnosa odgovornosti za štetu su štetnik (fizička ili pravna osoba koja je prouzročila štetu) i oštećenik (fizička ili pravna osoba koja je pretrpjela štetu). Postoje i slučajevi u kojima za štetu odgovara osoba koja je nije prouzročila. Ta odgovornost za drugoga ravna se prema posebnim odredbama ZOO-a koje se tiču ubrojivosti odnosno sposobnosti za rasuđivanje (čl. 1050. i 1055.) odnosno poslovne sposobnosti neposrednih štetnika (čl. 1051., 1056.-1060.) te je njima regulirana odgovornost za štetu koju počinio duševno bolesni i zaostali u umnom razvitku, djeca i malodobnici i sl. Napokon, u smislu čl. 1061. ZOO, poslodavac odgovara za štetu koju trećoj osobi prouzroči radnik koji je kod njega radio u trenutku prouzročenja štete, osim ako dokaže da su postojali razlozi koji isključuju odgovornost zaposlenika. Ako je radnik štetu prouzročio namjerno, oštećenik može naknadu tražiti i od njega i od njegova poslodavca.

(Nastavit će se)



Umjetnošću za kulturu zdravlja

Prof. dr. sc. VELJKO ĐORĐEVIĆ, dr. med.,
predsjednik Zagrebačkog instituta za kulturu zdravlja

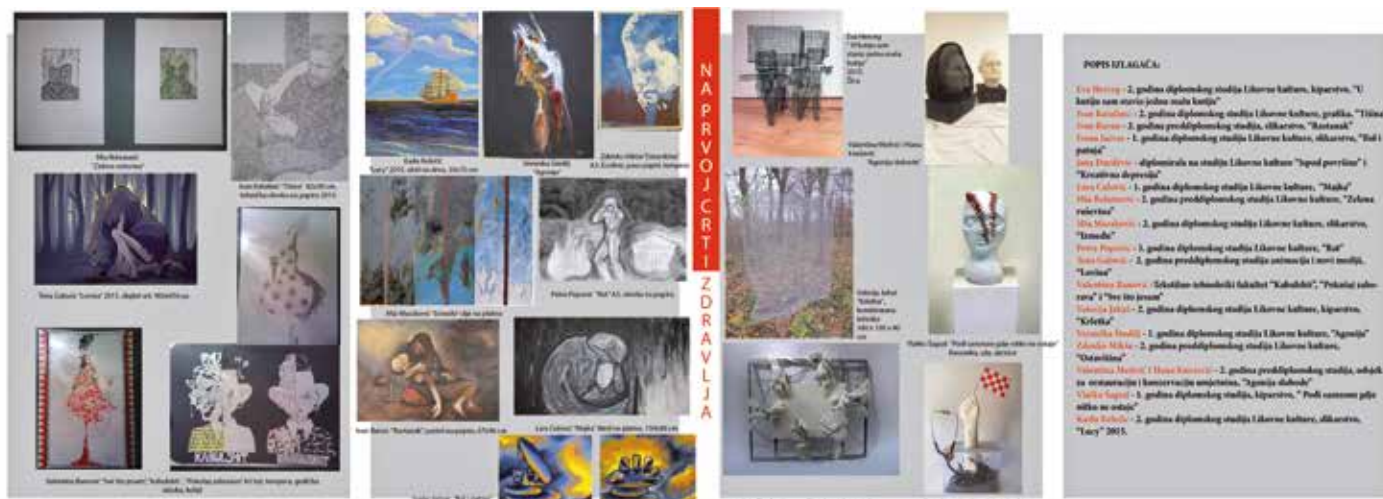
Umijeće medicine (*ars medica*) je i umjetnost u medicini i medicina u umjetnosti.

Umjetnost se danas sve više koristi u medicini kao metoda podučavanja zdravstvenih profesionalaca, oblik senzibilizacije javnosti te važan oblik terapije (art terapija)

Kada smo 2013. godine osnovali Zagrebački institut za kulturu zdravlja (ZIKZ), nismo mogli ni slutiti kuda će nas odvesti ovo putovanje od kulture bolesti do kulture zdravlja, od simptoma i dijagnoze do čovjeka i osobe. Razmišljajući o zdravlju kao stanju potpunog tjelesnog, duševnog, socijalnog i duhovnog blagostanja, a ne samo odsustvu bolesti i iznemoglosti, često si postavljamo pitanje kako zaista ostvariti ovakvo zdravlje pojedinca, zajednice ali i naroda u cjelini. Umijeće medicine (*ars medica*) je i umjetnost u medicini i medicina u umjetnosti. Liječnik je u suradnji s pacijentom kreator zdravlja, a kreacija zdravlja je proces, a ne događaj, te u njemu obojica sudjeluju kao partneri. U tom kreiranju bitno je uvijek pred sobom gledati pojedinca kao osobu, a ne kao skup simptoma i dijagnozu. Zbog toga je medicina usmjerena prema osobi stvaralačka i umjetnička, a u svom odnosu koristi prošla iskustva i stečena znanja te stvara novu kvalitetu. U tom je smislu ona jedinstvena, neponovljiva i kreativna.

Stvaranje nove kvalitete

ZIKZ sa svojim brojnim partnerima u svijetu promiče na razne načine ovaj koncept te smo izrazito ponosni što će nakon prvog i peti svjetski kongres medicine usmjerene prema osobi biti održan u Zagrebu od 23-25. listopada 2017. godine. Postoji li razlika između znanosti i umjetnosti u ovakvom pogledu na kreativnu medicinu? Mislim da nema razlike, jer obje teže za novim otkrićem i stvaranjem nove kvalitete, a ne ponavljanjem starih obrazaca. Upravo zbog toga je umijeće medicine i znanost, i klinička praksa, ali i umjetnost. Umjetnost se danas sve više koristi u medicini kao metoda podučavanja zdravstvenih profesionalaca, oblik senzibilizacije javnosti te važan oblik terapije (art terapija). ZIKZ od svog osnutka njeguje upravo ovakvu upotrebu umjetnosti u medicini i zdravstvu kroz svoj program pod nazivom Medicina i umjetnost. Kroz ovaj je program ZIKZ u suradnji s međunarodnim ekspertima jedan od pionira promicanja i razvoja art terapije u Hrvatskoj, a u suradnji s tri umjetničke akademije Sveučilišta u Zagrebu (Muzička akademija, Akademija dramske umjetnosti i



Izložba Na prvoj crti zdravlja, posvećena zdravlju hrvatskih branitelja, a autori su studenti Akademije likovnih umjetnosti (ALU) i mladi umjetnici



Naslovnica romana prof. dr. sc. Veljka Đorđevića "Glumac na kauču"

Akademija likovnih umjetnosti) i Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu do sada su realizirani brojni zajednički projekti s ciljem podučavanja i senzibiliziranja javnosti i stručnjaka o vodećim javnozdravstvenim problemima. Počeli smo koristiti simulirane pacijente u edukaciji, zajednički osmislili projekt Komunikacijom protiv boli te posvetili brojne aktivnosti u kojima je umjetnost korištena kao način edukacije i senzibilizacije o palijativnoj medicini, psihoonkologiji, komunikacijskim vještinama te osobito o zdravlju hrvatskih branitelja i članova njihovih obitelji. Rezultat ove suradnje su i brojne knjige, grafičke mape, nekoliko izložbi koje su postavljane u Hrvatskoj i brojnim zemljama u svijetu, izvedbe drama po principu verbatim kazališta (istinite priče pacijenata i profesionalaca) te brojni koncerti. Posebno smo ponosni na našu zadnju aktiv-



Andrey Gugnin, poznati pijanist iz Moskve, tijekom koncerta Umjetnošću za kulturu zdravlja u Muzičkoj akademiji, 4.11.2016.

nost, a to je organizacija koncerta Umjetnošću za kulturu zdravlja u zgradi Muzičke akademije 4. studenoga, na kojem su se povezali studenti i mladi umjetnici iz svih akademija i Medicinskog fakulteta s ciljem podrške promicanja kulture zdravlja. Ponosni smo i na pokretanje niza konferencija s međunarodnim sudjelovanjem koje su se bavile korištenjem umjetnosti u pomoći djeci i odraslima s posebnim potrebama te na zajednički rad na predmetu *Mozak, um i umjetnost - od neuro-na do zajednice* koji provodimo na Akademiji likovnih umjetnosti, gdje naglašavamo kolika je važnost mozga kao nadređenog pokretača svih kreativnih aktivnosti - misli, emocija, nakana. Fantastično je promatrati suvremene spoznaje iz neuroznanosti koje povezuju umjetnost i zdravlje u našem mozgu, a uz to koristeći i vizualne prikaze živog mozga.

Pozitivno stanje duha

Danas svjesniji nego ikad ranije znamo da nas kreativnost i stvaranje može izbaviti i pomoći u rješavanju mnogih problema i poremećaja, jer samo mozak koji stvara pozitivno utječe na stanje duha, na zadovoljstvo i sreću. Ništa nije ljepše od procesa stvaranja i činjenja dobra, jer taj nas proces očovječuje, stvara samopouzdanje te potiče na učenje, rast i razvoj. Samo zadovoljan čovjek može biti sretan, a sreću će graditi svatko od nas za sebe i svi zajedno. Živimo li da bismo stvarali ili stvaramo da bismo živjeli? Znanost i umjetnost moramo povezati u kulturi zdravlja, u procesu kome smo svi okrenuti, zdravlju kao kulturi ali i zdravlju kao općem dobru.



Prof. Željko Lapuh, ALU, grafika Stanje boli, iz grafičke mape BOL



Prof. Robert Šimrak, ALU, grafika Opredmećenje, iz grafičke mape BOL

Papa Franjo, Gerald Ford, Fidel Castro, Ivo Josipović, Carla del Ponte, Vice Vukov...

Zašto su pali niz stube?

Joško Kalilić, mail: josko.kalilic@gmail.com

Stubišta kao dio važne stambene komunikacije gradile su se i prate čovječanstvo od svog početka te je teško i zamisliti život bez njih (prve stepenice su otkrivene 3000 g. prije naše ere).

Nažalost, statistika pokazuje da je od svih slučajnih smrti kod ljudi pad niz stube kao uzrok smrti na drugomu mjestu (na prvom mjestu su prometne nesreće). 90 % padova nastaju kod silaženja a samo 10 % kod penjanja uza stube.

Trećina padova se dogodi kod silaženja na prvoj ili zadnjoj stubi a dvije trećine kod prvih ili zadnje tri. Najčešće padaju djeca, ali rijetko umru zbog toga.

Četiri petine ljudi starijih od 65 godina, koji padnu niz stubište, umru od posljedica ozljeda kod tog pada. Žene češće padnu od muškaraca. 50 % svih padova dogode se kod kuće. 40% hospitaliziranih starijih osoba primljeno je zbog frakture kuka.

U 2002. je oko 300.000 Britanaca zatražilo medicinsku pomoć zbog ozljeda kod pada niz stube.

I nisu samo starije osobe sklone takvom padu, kao što neki misle, jer tome su još sklonije mlađe i sportski razvijene osobe zato što su samouvjerene, da se to njima ne može dogoditi. Stoga su za razliku od starih ljudi manje oprezne pa češće padnu, ali na sreću s blažim posljedicama.

Više je razloga padu niz stube.

Najvažniji je uzrok nepažnja u trenutku približavanja stubištu, pogotovo ako je pažnja osobe zauzeta važnim razgovorom, gledanjem okoliša, prolaznika ili publike, što je čest slučaj kod visokih dužnosnika, koji u općoj gužvi i ne vide dobro početak stubišta.

Važni su i drugi tehnički detalji – loša rasvjeta, prekasno upozorenje domaćina, gradivo stuba, kliskost, vlažnost, naboranost tepiha, visina između pojedinih stuba (idealna visina je 15-18 cm), njihova širina (idealna je oko 28 cm), postojanost hvatišta za ruke, prikladna obuća i odjeća (duge haljine, naročito vjenčalice, mogu biti uzrok pada) i nošenje većih tereta. Pokretna stubišta jednako su opasna kao i fiksna. Opće je sigurnosno pravilo da se kod silaženja niz stube stalno u njih gleda dok se ne dođe do zadnje, odnosno do ravne površine.

Analizirajući razlog pada **pape Franje** za vrijeme mise u Poljskoj (višestrukom analizom videa) očito je da je njegova pažnja za vrijeme dok je hodao bila usmjerena ravno prema naprijed pa nije primijetio da se bliži prvoj stepenici oltara. Svećenička pratnja ga očito nije na vrijeme na to upozorila smatrajući da on to sigurno i sam vidi pa nema potrebe. U svečanim trenucima stubišta su zadnje na što visoki dužnosnik misli i tim više je bila važna uloga pratnje da o tome vodi računa i blago upozori Papu pa čak i da ga lagano pridržava za ruku zbog njegovih visokih godina. Tako je papa Franjo zakoračio u prazno, što je dovelo do pada cijelog tijela svojim prednjim dijelom. Olakotna je okolnost bila što ga je jedan od svećenika iz pratnje uspio za vrijeme pada u zadnji čas dohvatiti za ruku i tako spriječiti nastavak pada s eventualnim težim posljedicama.

Castrova fraktura koljena

Naš slavni **pjevač Vice Vukov** je kao saborski zastupnik, nakon pada na stubištu Sabora, bio više od godinu dana u komi prije smrti.

I bivšem **predsjedniku RH Ivi Josipoviću** dogodio se sličan pad na prvoj stepenici silazeći s govornice prilikom posjeta Beogradu



Pjevač Vice Vukov bio je nakon pada na stubištu Sabora u komi godinu dana sve do svoje smrti



Papa Franjo pao je tijekom mise u Poljskoj. Srećom, bez težih posljedica jer ga je jedan od svećenika uhvatio u padu

(2010.), ali na njegovu sreću bez većih posljedica jer se radilo o manjem broju stuba i brznoj pomoći suradnika.

Slična se dogodilo (potpuno jasno i danas vidljivo na „you tube“-u) predsjedniku Kube **Fidelu Castru**, koji je nakon završenog govora na pozornici u Santa Clari 2004. pred velikim auditorijem krenuo sam prema njima. Gledajući u njih razdraženo i tako zaboravivši da se približava prvoj stubi zakoraknuo je u prazan prostor (18 cm do prve stube) uz strahovit pad cijelog tijela prema naprijed. Zadobio je višestruke frakture koljena i brojne druge površne ozljede tijela te je bio hitno operiran.

Razlog pada američkog predsjednika **Geralda Forda** na avionskim stubama kod dolaska u Beč 1975. imao je nešto drukčiji razlog: padala je kiša i stubište je bilo vlažno. Silazio je sa suprugom držeći u desnoj ruci kišobran a lijevom je držao njenu lijevu ruku pomažući joj da ne padne, pri čemu je sa smiješkom gledao u domaćine koji su ga čekali pod avionom. Sve te specifične radnje toliko su mu smanjile oprez

pri silazanju da se poskliznuo i pao, na sreću bez većih posljedica jer se nalazio na posljednjih 5-6 stuba.

Oprezan predsjednik SAD-a

Svatko može primijetiti zanimljiv način silaska niz avionske stube predsjednika **Baracka Obame** koji nikada ne drži ruke uz tijelo za vrijeme silazanja, nego savijene u laktu, tako da su mu podlaktice horizontalne a šake mu se skoro dodiruju. Taj položaj ruku omogućava mu u slučaju naglog skliznuća najbrži mogući pokret obje ruke za hvatanje lijevog i desnog rukohvata i sprječavanja opasnog pada zbog velikog nagiba stubišta.

Mala djeca su posebno ranjiva skupina te ni u kom slučaju ne bi smjela sama silaziti niz stubište bez pratnje odraslih.

Najčešće ozljede kod pada niz stube su prijelom kuka i ostalih kostiju, ozljeda glave i kralježnice, iščašenje zgloba te unutarnja krvarenja. Sekundarne bolesti kao posljedica ozljeda su razne infekcije, upala pluća, koma, moždani udar i kardijalni infarkt.



Čak 90 posto padova nastaje kod silazanja niz stube

Zaključak

1. Silazak niz stubište treba smatrati potencijalno opasnom radnjom.
2. Oprez i stalno gledanje stuba dok se ne završi silazak (bez obzira na sve prisutne okolnosti i događanja u okruženju) moraju biti maksimalni.
3. Osvjetljenje stubišta noću mora biti primjereno.
4. Svakako se koristiti rukohvatom, ako ga ima
5. Obuća mora biti udobna i sigurna
6. Idealna visina stube je 15-18 cm a širina 23-28 cm (odabranu mjeru moraju imati sve stube, od prve do zadnje)
7. Površina stuba mora biti ravne. Poželjno je da vanjska stubišta imaju na svojim rubovima protukliznu traku zbog kiše koja povećava njihovu kliskost.
8. Osobe s težim poremećajem zdravlja, kao i invalidi, moraju povećati oprez na stubištu, uz pomoć drugih osoba gdje je to potrebno.

(LINK - za pad predsjednika Kube Fidela Castra - <https://www.youtube.com/watch?v=6zxktqK4gUU>)

Zdravlje ili kultura?



Doc. dr. sc. MARIJA SELAK
e-mail: marija.selak@gmail.com

Dobro oprati ruke više puta dnevno, izbjegavati kontakt sa zaraženima i boravak u zagušljivim prostorijama neke su do preporuka koje ove, kao i svake druge, godine dobijamo kako bismo uspješno izbjegli virus gripe. U tom smislu gripa kao zarazna bolest omogućuje nam da uočimo kako se zajednica ponaša za vrijeme epidemije, u situaciji kada se u bližnjem krije potencijalna opasnost. Ta je lekcija u slučaju gripe, većinski, iako ne isključivo, lagana i svodi se na bolje higijenske i prehrambene navike, pa što bilo. No, ono što nam gripa daje tek naslutiti, neke druge vrste epidemija, od povijesnih slučajeva pomora uzrokovanih kugom do nedavne eksplozije ebole, razotkrivaju u potpunosti, a to je kakav je odnos zdravlja i kulture te tko odnosi pobjedu u trenutku kada su njihovi interesi suprotstavljeni.

Odstranjanje tijela

Naime, u slučaju po život(e) „opasnije“ epidemije, nužno je ekspeditivno odstranjanje tijela pokojnika, te stavljanje u karantenu svih onih koji su bili u dodiru s njim. Tako su za vrijeme epidemije ebole javnozdravstveni djelatnici, pretežno stranci, obučeni u „astronauze“ bili primorani upadati u kuće u kojima su se nalazili

oboljeli, a u slučaju da je bilo pokojnih izolirati i kremirati njihova tijela. Zbog toga je dolazilo do ozbiljnih sukoba između javnozdravstvenih djelatnika i naroda. U Gvineji u najtežem napadu na „stručno osoblje“ ubijeno je osam ljudi koji su širili informacije o eboli, a vozila koja su odvozila bolesne i umrle često su bila kamenovana. Također, lokalno se stanovništvo, unatoč upozorenjima i riziku po vlastito zdravlje, oglašivalo o službene preporuke za suzbijanje bolesti te bježalo u šumu oplakivati pokojne, a smrt bi prijavljivali tek onda kada bi obavili sve potrebne rituale, što je omogućilo nesmetano širenje virusa.

Da bismo takvo ponašanje mogli razumjeti potrebno je znati kakav je odnos prema smrti u ruralnoj Africi. Francuski antropolog Louis Vincent Thomas u vrlo opsežnoj studiji antropologije smrti sedamdesetih godina prošlog stoljeća usporedio je pogrebne običaje i rituale na „zapadu“ i u onome što on naziva „crnačkoj Africi“. U „crnačkoj Africi“ kremiranje nije učestala praksa. Afrički kozmos u kojem je svijet sazdan od simbola i sila pretpostavlja cirkularno razumijevanje vremena, međuovisnost prirode i čovjeka. Smrt je samo promjena stanja koja dovodi do reorganizacije zajednice. Duh individualizma na zapadu oprečan je duhu zajednice koji prevladava u Africi, a pogrebni su rituali važan dio života zajednice koji služi njezinom obnavljanju. Pravilno izveden pogrebni ritual preduvjet je da bi se duša umrloga privoljela u svijet duhova, inače dolazi do produžetka ovozemaljske egzistencije i „ometanja“ normalnog života zajednice.

Imajući navedeno u vidu jasno je zašto je narod odbijao „svemirske“ javnozdravstvene intervencije te potajice i dalje obavljao različne rituale. Epidemija ebole počela se usporavati tek kada se prihvatila kultura lokalnog stanovništva, pa su se posljedično i običaji prilagodili novonastaloj situaciji. Kada su javnozdravstveni djelatnici pristali na kompromis i shvatili nužnost izvođenja barem nekih obreda, pokazalo se da su i rituali fleksibilni te su u slučaju nemogućnosti oplakivanja tijela izmišljeni zamjenski obredi.

Blizina (moguće) smrti, a u slučaju „ozbiljnijih“ epidemija i svakodnevnih susreta s njom, iznosi egzistencijalne dvojbe na površinu, a njihova su rješenja često drugačija nego što bismo očekivali, što nam pokazuje i afrički primjer.

Realizacija besmrtnosti

Ako Afriku usporedimo sa zapadnim svijetom primjetljive su supstancijalne razlike u odnosu prema smrti koje proizlaze iz odnosa čovjeka i društva. Na zapadu dominira kult života koji je praćen sve češćim tehno-znanstvenim pokušajem realizacije besmrtnosti. U Africi smrt je stepenica prema gore. Tamo se razlikuju ratnička društva, društva gdje se žudi za junačkom smrću, čija je alternativa vječno lutanje duša i društva s progresivnim bogaćenjem ličnosti – gdje je predač najviši stupanj, a smrt obavezna etapa u usponu. Kao što ističe Landsberg, afrički participativni mentalitet ne dozvoljava da se smrt shvati u kategorijama odvajanja i osamljivanja. Na zapadu je pak prisutna individualizacija pokojnika te proces „dokidanje crnine“ – odsustvo bilo kakve mogućnosti da se afektivna zbivanja izraze kroz obred. Stoga se patnja sublimira, prelazi u područje nesvjesnog i tjeskobe, a ožalošćeni su nehotične žrtve društvenog sistema. Proces usporedbe može ići u nedogled. Ovdje ćemo ga dakako skratiti te pritom istaći njegovu evidentnu poruku: svjesni smo prednosti zapadnog svijeta, ponekad i njegovih nedostataka. Poznati su nam nedostaci ili, kako se često tumači, zaostaci afričkog svijeta. No rijetko se, izuzev možda u pastoralnim maštarijama, obrazujemo u njegovim kvalitetama. Način odnošenja prema smrti mjesto je gdje od njega možemo učiti. Afrika suočena s epidemijom ebole nas u tom smislu podsjeća da u dihotomiji zdravlje ili kultura, kultura, u smislu poštivanja tradicije i njegovanja vjerskih obreda, može odnijeti pobjedu, čak i pod cijenu očuvanja pukog biološkog života, fetiša zapadnog svijeta koji tehno-znanstvenim sužavanjem čovjeka sve više gubi smisao, ali i mogućnost transcendiranja postojećeg.

Do liječničke diplome i nakon petogodišnjeg zarobljeništva u Rusiji

Dr. Josip Matuš

Piše: IVICA VUČAK



Gimnazijalac u sjemeništu

Josip Matuš
promoviran je 1925.
i ostao je na stažu u
Bolnici milosrdnih
sestara u Zagrebu. Od
1932. bio je kotarski
liječnik u Donjoj Stubici,
a od 1936. godine bio je
i predsjednik sportskog
društva Stubica

Prije stotinu godina Europa je bila rastrgana ratom koji je trajao dulje od četiri godine. O doživljajima hrvatskog kirurga dr. Florschütza na ratištu znamo temeljem nedavno objavljenog njegova dnevnika. No, nisu stradali samo brojni liječnici nego je zbog rata i velik broj studenata medicine prisilno prekidao studij, a neki su i poginuli (LN 14/132/:68-73, rujan 2014). Ovo je priča o jednom od onih hrvatskih studenata medicine koji su zbog rata kasnili s promocijom pet godina.

Djetinjstvo i školovanje

Josip Matuš rođen je u selu Radešiću, općina Visoko u kotaru Novi Marof, 23. travnja 1893. u seljačkoj obitelji Luke Matuša i Ane rođ. Hadrović. Istoga dana krstio ga je u crkvi Presvetog Trojstva u Visokom Gabrijel pl. Hadrović-Vinodolski (1820. - 1908.), umirovljeni visočki župnik, stric njegove majke Ane. Na mjestu župnika u Visokom zamijenio ga je 1891. njegov sinovac, brat Josipove majke, Josip pl. Hadrović-Vinodolski (1856. - 1927.) koji je tamo došao iz župe Sv. Peter Orehovec koju je vodio od 15. prosinca 1890. Kumovi na krštenju bili su supružnici Jozefa i Mato Sekovanec, seljaci iz Radešića, a dječak je ime dobio po svome ujaku župniku.

Poput Hadrovića, i očeva obitelj Matuš bili su kalnički plemenitaši "šljivari". Po legendi su plemstvo dobili od kralja Bele IV. (1235.-1270.) koji se pred Tatarima sklonio u utvrdu Veliki Kalnik. Bio je to znak zahvalnostima gradokmetovima (*iobagionescastri*) okolnih šest gospodarstava koja su opkoljene opskrbljivala hranom (kad je drugog ponestalo, onda i šljivama) tijekom dugotrajne tatarske opsade.

Obitelj Hadrović iz Visokog dala je više svećenika. Gabro pl. Hadrović, poznat pod imenom „oca hrvatskih učitelja“, bio je učenik Ljudevita Gaja. Prije dolaska u rodno Visoko za župnika, još kao kapelan u Raveni, otvo-

rio je u „družinskoj“ sobi župnog dvora školu u kojoj je poučavao djecu čitanju, pisanju, računanju, katekizmu i pjevanju te od 1846. do 1863. bio župnik u Raveni. Anin brat Josip pl. Hadrović završio je osnovnu završio u rodnom selu. Tijekom šest razreda gimnazije u Varaždinu i u nastavku u sjemeništu u Zagrebu bio je školski kolega Antuna Bauera (1856. - 1937.), poslije nadbiskupa zagrebačkoga. Bauer nakon zaređenja 1879. odlazi u Augustineum u Beč, a Hadrović je bio kapelanom u župama Mahićno, Završje, Kloštar Podravski i Visoko kao pomoćnik stricu Gabrijelu. Kao župnik bio je skupštinar Županije varaždinske, a od 1885. do 1891. povjerenik Matice Hrvatske za Rieku Gornju. Poučavao je seljake racionalnoj obradbi polja i obnovi propalih vinograda. On je prvi u čitavom podkalničkom kraju svojom rukom zacijepio nadarbinski vinograd i time pokazao svojim župljanima put do blagostanja.

Nakon osnovne škole završene u Visokom Matuš je nastavio školovanje u gimnaziji u Zagrebu, a maturirao je 1913. Na preporuku Josipa pl. Hadrovića, Matuš je u Zagrebu bio smješten u sjemeništu pa ne bi bilo neočekivano da je i on slijedio ujakov primjer u izboru budućeg poziva. No, nakon ispita zrelosti započeo je Josip Matuš studirati medicinu u Innsbrucku. To je predstavljalo značajan financijski teret za obitelj jer mu je otac rano umro. Time je ujakova skrb bila je posebno važna.

Unovačenje

Nakon dva semestra Matuš je morao prekinuti studij zbog rata i unovačenja u austrougarsku vojsku. Temeljnu vojničku obuku prošao je u Varaždinu, zatim je najprije upućen u Karlovac i dodijeljen 96. regimentu IV kompanije i potom kao medicinar u 11. regimentu u Pisek u Češkoj. Putovao je vlakom, a dio puta i pješao, preko Kapošvara, Budimpešte, Beča i Budjevovica. Iz Piseka "za kojeg nisam



Vjenčanje dr. Josipa Matuša s Olgicom Švarc 1925. godine



Dr. Josip Matuš s obitelji

ni znao prije, malenoga i jednostavnoga, ali simpatičnog grada, sjeverno od Budjevojica, a južno od Praga" javio se 16. kolovoza 1914. pismom ujaku u Visoko (pošta Gornja Rieka) "pošaljite mi 20 kruna, ali čekajte adresu, točniju, koja će odmah stići". Poslao je pozdrave majci i sestri.

Ujaku je ponovno pisao, ali iz Praga, 16. rujna 1914. "razdijeliše nas jer mnoge poslaše k drugim regimentama, a nas 200 ostalo je kod 11. regimente. Čujemo da naša regimenta neće tako brzo na bojno polje budući je vrlo stradala u Bosni odnosno u Srbiji...Ovdje ima i Hrvata po bolnicama, ali sami Bosanci, a nešto iz 70. regimente, inače skoro sami Mađari... Bio je razočaran "ne toliko samim Pragom, koliko Česima". "Grad je lijep i velik, ali Čeh i egoista su tako usko spojeni i nerazdruživi da si jedno bez drugoga ne možete pomisliti. Češki ću valjda slabo naučiti, jer oni nemaju ni pojma o kakvom kombiniranju. Na pr. ja mu kažem "nerazumijem", a on me gleda dok ne kažem "nerazumim" i tako ima mnogo riječi koje su iste, ali oni ne shvaćaju. Razumijem već sve, ali govoriti će ići teško, jer se čovjeku ne da gnjaviti, a i nemam vremena, pa sve na brzu ruku njemački...Majci poručite da mi pošalje dvije košulje što su ostale, gaće i jedno tri ručnika te nekoliko čarapa. K tomu neka mi napravi nekoliko pari obojaka i još po-

šalje povjesma. Za zimu neka mi kupi dvije majice i sve zajedno pošalje na adresu koju Vi znate. No, molim odmah. K tomu, molim Vas, pošaljite mi 15 kruna... Molio bih Vas da mi se štogod javite i pošaljete "Hrvat" kad ga pročitate, jer me vrlo zanimaju stvari koje se kod nas zbivaju".

Nastojanjem župnika Josipa pl. Hadrovića sakupljeno je ujesen 1914. u Visokom mnogo rubenine i novca te otpremljeno "Crvenom Križu" u Zagrebu i Varaždinu.

Lakše ranjen u nogu

Iz Praga je upućen kao sanitetski dočasnici na frontu u Karpatima. Sudjelovao je u višednevnim borbama u Galiciji u kojima je austro-ugarska vojska pod vodstvom generala Svetozara pl. Borojevića imala velikih gubitaka u ljudstvu. Matuš je 11. ožujka 1915. zarobljen kod Wolla Michova blizu Smolnika. U povijesnim dokumentima je zapisano da je 11. ožujka 1915. ruska vojska zauzela Smolnik, a Wollu Michovu zauzeli su 1. travnja 1915. Već je bio među zarobljenicima na ruskoj strani kada je, od austrijskog šrapnela, ranjen u nogu. Srećom, rana je bila lakše naravi. Rusi su zarobljenike natjerali odatle marširati kroz čitavu Galiciju do ruske granice. Od 11. do 30. ožujka prelazili su dnevno 20-30 km. Zatim su od gradića Radziwilowa na ruskom teritoriju preve-

zeni vlakom pored utvrde Przemysl i Lavova do Kijeva u kojem je ostao dva dana te 9. travnja upućen u Samarkand. U zarobljenički logor u Ašgabat, glavnom gradu Turkmenistana, stigao je 20. travnja 1915. Grad je podignut 1881. kao utvrda na ruševinama grada Kanjikale na nekadašnjem "Putu svile".

U Ašgabat je sreo dvojicu Hrvata, Hoholača iz 16. pukovnije iz Zagreba, a drugi je bio iz 26. domobranske pukovnije iz Karlovca. Ratnim zarobljenicima bilo je dopušteno upotrijebiti poštanske karte i pisati na ruskom, francuskom ili njemačkom jeziku, a katkad je bilo moguće poslati i brzojav. Čim je zarobljen, Josip je nastojao obavijestiti ujaka o svome stanju. Napisao je nekoliko listova i poslao brzojav. No, nije bilo odgovora. Matuš je karte slao u Visoko (prva je nosila nadnevak 16. srpnja 1915.) Uvijek je isticao da je živ i zdrav, a u karti, napisanoj 22. srpnja 1915., obavijestio je ujaka „sada mi je dobro, jer kao medik radim i dobivam 50 rubalja mjesečno“ te svoje javljanje završio „Nadam se, da ću skoro, pa makar to bilo i za par mjeseci, saznati kako ste mi Vi i mama“. O emocionalnom stanju zarobljenika svjedoči rečenica kojom se 4. kolovoza 1915. javio gospodici Mariji Križe, domaćici svoga ujaka „Najgore baš ne ide, a bolje ne može. Vas se sjeća iz daleke Azije i srdačno pozdrav



Proslava 20. obljetnice mature 1913. - 1933.

lja Josip Matuš, mediciner, kriegsgefg“. Tek je 3. prosinca 1915. (20. studenoga) dobio ujakov odgovor (upućen 16. rujna) i doznao njegovu novu adresu. Naime, Josip pl. Hadrović je početkom travnja 1915. unaprijeđen za podarcidakona kotara Zeline. Ustoličen je 29. travnja 1916. Bio je 98. po redu kalnički arcidakon (od 1687. godine), a ujedno je obnašao i funkciju kanonika na zagrebačkom Kaptolu kamo je i preselio.

U Aschabadu je dočekao i Novu 1916. godinu, a od 24. siječnja 1916. premješten je u “Zolotaja Arda” (“Zlatna Horda”) u Taškentu, glavnom gradu srednjoazijskog Uzbekistana. I tamo je među zarobljenicima našao jednog Hrvata, časnika iz 28. domobranske pukovnije iz Vukovara. Zabrinut viješću o potresu koji je razorio mnogo kuća u Zagrebu, pročitano u dalekom Taškentu u novinama 29. veljače 1916., javio se kartom ujaku. Pisao mu je i o obilasku logora jednog danskog profesora. U novom je obitavalištu obilježio godišnjicu pada u zarobljeništvo te drugu godinu otkako se, odlazeći u vojsku, oprostio od obitelji. Sredinom rujna Matuš je iz Taškenta upućen u Moskvu. Tu je, u europskom dijelu Rusije, proveo dulje od dva mjeseca, dodijeljen u jednu od bolnica.

Početkom siječnja 1917. ponovno je premješten, ovaj put u Pavlovsk, u voronješkoj guberniji, na lijevoj obali Dona. Uopće mu nisu dali raditi. Imao je prigode susresti

mnoge zemljake. U karti upućenoj ujaku pisao je “u svemu sam od Vas primio 14 karata u 1916. godini, od mame 2, od gđe Radić 3 i od g. Resa jednu. Pred nekoliko dana primio sam kartu od tete. Valjda se u 1918. zdravi opet vidimo”.

Pristupio kozačkoj vojsci

Nakon karte poslane ujaku 23. svibnja 1917. najavio je mogući odlazak iz logora u Pavlovskom, prestao je pisati. Javio se tada među dobrovoljce i sudjelovao u bojevima na rumunjskom frontu i u Galiciji “kod provala austrijskih linija no nesreća htjede te se morasmo sramotno povući”. Ponajviše je boravio u Ukrajini (Odesa, Poltava, Krim). Kad su Nijemci okupirali Krim morao je bježati. Između odlaska na Kavkaz ili na područje Dona, odabrao je Caricin na Volgi (preimenovan 1925. u Staljingrad, a od 1961. Volgograd), gdje je ostao do listopada 1918. Budući su mu boljševici već bili dodijali, bio je “moralno prisiljen” stupiti u kozačku vojsku koja se borila protiv boljševika.

Nakon ispunjene obveze boravka šest mjeseci među Kozacima odlučio je krenuti 23. ožujka 1919. kući. Trebalo mu je mjesec dana da prikupi dokumente i 1. svibnja krenuo je iz grada Novorosijska u Krasnodarskom kraju do Soluna, u kojem je ostao nekoliko dana. Zatim je doputovao u Makedoniju, prošao kroz Skoplje i zadržan u Kumanovu u 30. pješadijskom puku, 3. bataljonu, 1. četi. U činu podna-



Proslava mature

rednika radio je u uredu intendanta kapetana Otmara Erdelca iz Karlovca. Točnost kojom je Matuš vodio poslove u uredu i način kako je uredio prozivnik oduševila je njegovoga pretpostavljenoga tako da je osjećao gubitak njegovim odlaskom. Odlučan da se vrati kući, javio se Matuš već 23. svibnja 1919. ujaku pismom na ćirilici moleći tisuću dinara potrebnih za kupnju pristojne odjeće. Radosnu vijest o povratku nećaka, nakon pet godina, pristigli 15. lipnja 1919., na dan Presv. Trojstva, ujak je već 16. lipnja prosljedio majci Ani u Visoko. U svom odgovoru pisanom 17. lipnja 1919. ujak žali “novac ti ne mogu doznačiti, jer brzozav funkcionira samo u Beograd. Zato ćeš morati kad te se otpusti putovati u svom običnom vojničkom monduro do Zagreba, a ovdje ćeš sve potrebito dobiti”. Za Matuša je posebno važna bila obavijest “Medicinu ćeš nastaviti studirati u Zagrebu” jer je u međuvremenu na zagrebačkom sveučilištu otvoren i Medicinski fakultet, a prvi su ispiti održani 10. srpnja 1918. Za izgradnju klinika darovao je nadbiskup Bauer 1918. Medicinskom fakultetu 23 katastarske čestice zemljišta na Šalati, ukupne površine 6 jutara, u vrijednosti 2 milijuna dinara. Uz to je utemeljio šest stipendija po 1500 kruna za slušače medicine sa zakladnom glavnicom od 210.000 kruna predanom 7. rujna 1918. vladi u založnicama Hipotekarne banke s kamatom 4.5%.

Kad je nakon smrti dr. Antuna Radića država SHS uskratila njegovoj udovici mirovinu, kanonik Hadrović joj je dao dvije sobe u svojoj kuriji. Stanarinski joj je ured rekvirirao te dvije sobe za nekog kapetana srpske vojske, koji je udovici oduzeo pokućstvo pa se morala odseliti. Toliko je bila pogođena da je na grobu svoga supruga 6. srpnja 1919. ispila otrov. O tužnoj smrti i pokopu ujne Vilme kanonik Hadrović pisao je Josipu u Kumanovo.

Studij medicine

Jedna od prvih stvari koju je Josip Matuš učinio po povratku kući bila je odlazak u Karlovac i predaja novca i stvari što ih je kapetan Erdelac po njemu poslao svojoj supruzi.

U Zagrebu je Matuš ujesen 1919. nastavio studij medicine. U utorak 18. studenoga 1919. održana je u velikoj predavaonici Morfološko-biološkog instituta na Šalati žalobna akademska svečanost za pokojnog Ernsta Haeckela (1834. – 1919.). Govorili su prof. dr. Miroslav Mikuličić (1883. – 1955.) i prof. dr. Boris Zarnik (1883. – 1945.). Zagrebački su medicinari održali veliku protestnu skupštinu povodom poziva prof. Peroviću da prijeđe sa zagrebačkog MEF-a u Beograd za profesora anatomije.

Matuš je u Zagrebu postao član Sveučilišne organizacije HSS-a. Na jednom od skupova HSS-a upoznao je Olgicu Švarc jedinicu Štefanije i Vjekoslava Švarca mjernika-geometra u Mađarevu. Sačuvali su razglednice koje joj je iz Zagreba slao od 13. travnja 1923. u Mađarevo. Vjenčali su se 7. lipnja 1925., a kćeri rođenoj 4. lipnja 1926. nadjenuli su ime Smiljka

Liječnička karijera

Promoviran je u Zagrebu 1925. i ostao na stažu u Bolnici milosrdnih sestara u Zagrebu. Bolnički liječnik dr. Josip Matuš nazočio je, kao gost, mjesečnoj skupštini Zbora održanoj 29. listopada 1925. a Zboru je pristupio 1926. godine kao privatni liječnik u Novome Marofu.

Godine 1927. imenovan je općinskim liječnikom u Malom Bukovcu, kotar Ludbreg. Zatim je od 1930. službovao u Garešnici. Iz Garešnice je 24. studenoga 1930. poslao pismo supruzi koja je tada s kćerkom Smiljkom stanovala u Zagrebu kod svojih roditelja „Sad sam primio list i odmah odgovaram. Put stoji 37 dinara. Ja držim da ću ti svakako moći poslati novac za sada. Ti, srčeko, ne bi li mogli počekati i s mantlom od male, jer ja ću sutra imati na raspolaganju oko 2000 dinara... Maloj kupi za Nikolu (sv. Nikolu) nešto zgodna, ali nemoj skupo. Znam da je ona dobra curica, ali Ti ona već i razumije ako se što može ili ne može. Ti njoj lijepo reci da

bi joj mi mnogo toga kupili, ali je vrijeme takvo da se ne može. Ona ti to već razumije i bit će zadovoljna. I to djeluje dobro odgojno.... Kukička (pacijentica) Ti još živi. Ovih dana mučila se sa stolicom pa sam joj morao pincetom vaditi blato. Poslije toga se tako oporavila da opet misli da će ozdraviti. Od njih već imam dobiti oko 300 dinara. Prilažem ti 100 dinara koje ti za sada mogu poslati. Ovih dana sam već izdao preko 100 dinara... Dobili smo jednog purana, velikog da ga jedva Ruža nosi, jednu racu i opet rakije, dobre šljivovice.... Novac ti prolazi brže nego dolazi... Tako srce, štedi, pa bude već dobro...”

Od 1932. bio je dr. Matuš kotarski liječnik u Donjoj Stubici. Odmah po doseljenu uključio se u rad Stubičkog športskog društva Stubica utemeljenog u prostorijama tadašnje Narodne gostionice u srpnju 1925. godine (službeno registrirano 1926.) premda se nikada nije aktivno bavio sportom. Prva sekcija bila je nogometna, a poslije su utemeljene kuglačka, stolnoteniska, teniska, skijaška i biljarska. Od 1936. godine bio je predsjednik sportskog društva.

Sastao se sa svojim suškolarcima u Zagrebu 1933. prigodom obilježavanja 20. obljetnice mature. Ivo Pevalak je 13. srpnja 1917. doktorirao na Mudroslovnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, a 1929. postao članom JAZU. Ivo Stipčić je 29. svibnja 1919. u Pragu na Karlovom sveučilištu promoviran je na čast doktora sveukupne medicine te se nakon kraćeg boravka u Zagrebu vratio u rodni grad za voditelja internog odjela sisačke bolnice.

Mnogo puta je dr. Matuš morao intervenirati u kućama svojih pacijenata. Tako je bilo i 15. siječnja 1943. Pozvan je bolesniku u Gornju Stubicu. Nakon pregleda i intervencije dr. Matuš se hodajući u mraku poskliznuo na ledu. Nezgodno je pao te zadobio teške ozljede. Ostao je bespomoćno ležati u nesvijesti. Prošlo je dosta vremena dok ga nisu našli. Zbog veoma loših vremenskih prilika nisu mogli naći načina da ga prevezu u bolnicu u Varaždinu gdje bi mu se mogla pružiti bolja pomoć. Umro je prije navrššenih pedeset godina.

Na groblju u Donjoj Stubici od dr. Josipa Matuša oprostio se 17. siječnja 1943. kolega dr. Tomislav Godek. Njegova je smrt



Karte iz logora

obznanjena u “Liječničkom vjesniku” te komemorirana na glavnoj godišnjoj skupštini 1943. godine. U novinskom članku u spomen dr. Josipu Matušu, objavljenome u utorak 2. veljače 1943., istaknuto je poštovanje koje je uživao među pacijentima.

Iza njega ostala je supruga Olga i dvoje djece Smiljka i Željko. Podizala ih je uz pomoć svoje majke koja je živjela uz obitelj svoje kćeri u Donjoj Stubici poslije smrti svoga supruga 9. travnja 1933. godine. Nakon smrti Olge Matuš, 8. veljače 1951. u 48. godini, “omama” Štefanija, nastavila se brinuti o unučadi. Ona je umrla u Donjoj Stubici, a pokopana 24. svibnja 1963. na groblju “Mirogaj” pokraj supruga.

Željko koji je u trenutku očeve smrti imao sedam i pol godina odlučio se poziv u kojem će moći pomoći ljudima u bolesti. No, imajući primjer svoga oca pred očima želio je raditi u segmentu medicine u kojem neće morati odlaziti, po pozivu, u kućne posjete. Stoga se opredijelio za studij stomatologije i diplomirao na zagrebačkom stomatološkom fakultetu. Drugo što je baštiniio od oca bilo je zanimanje za nogomet. Pokazao se pravim talentom. Poslije igranja u zagorskim klubovima prešao je u zagrebački “Dinamo”. Veliki je njegov doprinos u domaćim i međunarodnim uspjesima “Dinama” i državne reprezentacije s kojom je osvojio zlato na Olimpijadi u Rimu 1960.



Dr. DRAGAN MALOŠEVIĆ

koLEGA hitnjak

HITNA MEDICINA KROZ HUMOR

Rođen u Zagrebu prije gotovo pola stoljeća. U sretnoj bračnoj kohabitaciji s kolegicom. Ponosan otac tri sina. Purger i lega koji živi na relaciji Zagreb - Osijek. Radi u OHBP-u KBC-a Osijek. Hitnjak u srcu i duši. U slobodno vrijeme, ako nije na putu između Osijeka i Zagreba, piše i trči. Uglavnom za druge.



KLJUČNA RIJEČ

Odlazak u noćno dežurstvo. Pekara u kvartu. Gužva.

Taman dolazim na red.

- Vi ste mene spremili u bolnicu!

Okrenem se. Lik me gleda. Nekih

šezdesetak godina, proćelav, sijeda brada.

Mislim si, nemam auto i nisam nikog

pregazio.

Nisam ni boksač pa da ljude "spremam" u bolnicu.

- Meni kažete!?

- Da, baš vama! Vi ste mene sprem...

- Ne, gospodine, nisam!

- O, da! Jeste, jeste!

- A ne, nisam, NISAM!

- Jeste, jeste! Vi ste doktor i radite na

hitnom prijemu.

Baca smiješak i nastavlja.

- Bio sam na hitnom prijemu i BEZVEZE ste me spremili u bolnicu!

- Bezveze!? Aha! Pa, tako recite. Ako je bilo bezveze onda sam to ipak bio ja!

Eto, što ti je ključna riječ u prepoznavanju.

Pada zagrljaj, a dobio sam i par krafni...

KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE

Kakav ludi dan s još luđim završetkom. Intervencija do intervencije, psihijatrija do jaja.

Sve je počelo odvoženjem starog djeda na psihijatriju u bolnicu jer nam je njegov sin, pukovnik HV-a s PTSP-om prijetio bacanjem bombe ako to ne učinimo! Što je definitivno ozbiljna medicinska indikacija kojom sam spasio jedan život. Svoj, naravno.

A onda šećer na kraju.

- Ekipe 63 imate prvi stupanj. Susjed javlja kako njegova prijateljica iz zgrade prijeti skokom s drugog kata! Policija je već tamo.

Jurnjava kroz grad. Stižemo za tri minute!

Ulazim uspuhan, znojao i besekrajno nadrdan u stan.

- Dobro več, gospođo!

- Dobro več. Tko ste vi i tko je vas zvao!?

- Mi smo hitna pomoć. Javljeno nam je da želite skočiti s drugog kata.

- Da, i što onda!?

- Ma ništa, ali me nešto muči.

- Što sad vas muči?

- Ovo je treći kat!

- Da, ovo je treći kat!

- Pa, kako ćete onda s trećeg kata skočiti s drugog kata!?

- Što kako ću skočiti? I kakve sad to ima veze koji je kat?

- Ima, ima! Vaš je susjed lijepo prijavio da ćete skočiti s drugog kata. Aha! Da vas sad čujem!

- Što mene briga što je moj susjed prijavio! Valjda ja znam s kojeg ću kata skočiti.

- Znam, znam, ali u našem listu za intervenciju lijepo piše drugi kat. A ovo je treći. Hoćete li možda otići do susjeda?

- Kojeg sad susjeda?

- Pa, onog ispod vas. Onog na drugom katu!

- Ne, neću ići do tog susjeda jer me baš briga što je javio moj susjed. Valjda ja znam na kojem katu živim. Ja sam za vrijeme rata bila...



- Čekajte, čekajte, stanite! Nismo još do kraja definirali ovo s katom.

- S katom!? Kakvim katom? Vi niste normalni!

- Ja nisam normalan!? A ovdje lijepo piše da ćete skočiti s drugog...

- Dosta! Dosta više, vi zaista niste normalni!

- U redu, smirite se, molim vas!

- Ja da se smirim!? Ja? Pa, ja sam bila smirena dok vi niste došli. SMI RE NA!

Bila sam smirena! I znate što? Sad se neću baciti. Neću!

- A s kojeg kata?

- Što s kojeg kata!?

- Pa, s kojeg se kata nećete baciti? S

drugog, s trećeg ili sa svih?

- Neću ni s drugog ni s trećeg. Sad se neću baciti ni da me molite!

- Nećete!?

- Nema šanse! I gubite se van.

- Dobro, dobro! Idemo mi, ali me zanima...

- Van!

Završetak intervencije. U evidencijski list upisano: „Pacijentica blago uznemirena, normalnog toka misli, nema suicidalnih namjera.“

Kažu dečki iz policije koji su ostali sastavljati zapisnik kako je uporno tvrdila da neće skočiti. Čak je rekla da će živjeti vječno i nikada neće umrijeti i to samo zbog one budale iz hitne pomoći!

Eto, a kažu kako komunikacijske vještine nisu bitne. Svašta...

Povodom godišnjice – „Najbolji Hitnjak“

Prije godinu dana uvedena je humoristična je rubrika „Hitnjak“ kojom je dr. Dragan Maloševac odmah osvojio čitatelje. Kad stigne novi broj Liječničkih novina ima ih koji najprije potraže „legu Hitnjaka“. Obilježavamo tu godišnjicu tako da ponovno objavljujemo njegovu dosad najbolju humoresku, koju bi nesumnjivo poželjela svaka antologija humora na svijetu. Hitnjakov humor je originalan i, osim toga, pošten je, jer se najviše smije na vlastiti račun.

Kad god ste loše volje ili ste ljuti na sav svijet, samo posegnite za najbližim primjerkom Liječničkih novina i sigurno je da će vam Hitnjak izazvati smijeh. U tome mu na komplementaran način izvanredno pomaže osječki karikaturist i pedijatar u jednoj osobi, dr. Igor Berecki, originalnim prepoznatljivim stilom. Hvala obojici što unosite vedrinu u naše živote!

Željko Poljak

Prof. dr. sc. Radovan Medved

Atletski rekorder i bard hrvatske sportske medicine

Eduard Hemar



Prof. dr. sc. Radovan Medved

U okviru svoje znanstvene djelatnosti prof. dr. sc. Medved obrađivao je široko područje preventivne kardiologije, funkcionalne kardiologije i sportske medicine

Predstavljanje liječnika koji su bili zaslužni članovi HŠK Concordia iz Zagreba povodom 110-godišnjice osnivanja tog kluba 2016. završavamo s pričom o Radovanu Medvedu. Rođen je u Zagrebu, 9. veljače 1926. Njegovi roditelji su bili Josip i Branka, rođ. Srkulj. Otac mu je bio liječnik u Zagrebu, što će bitno utjecati na njegov životni poziv.

Radovan je u rodnom gradu završio gimnaziju i potom se upisao na Medicinski fakultet koji je završio 1950. Već u nižim razredima gimnazije pokazivao je ljubav prema sportu. Kao subjunior postao je član Atletske sekcije HŠK Concordia. Bio je sudionik prvog skijaškog tečaja za zagrebačke srednjoškolce koji je u organizaciji Hrvatskog skijaškog saveza održan na Oštrcu, iznad Velikog dola u Samoborskom gorju od 27. prosinca 1939. do 2. siječnja 1940. Na tom je tečaju formirana grupa najboljih skijaša alpinaca srednjoškolaca, a od njih su se na završnom slalom natjecanju istaknuli braća Nenad i Predrag Heruc, Radovan Medved i Henrik Kumar (istaknuti liječnik i sportaš kojeg smo već predstavili u ovoj rubrici).

Svoju natjecateljsku karijeru ostvario je u atletici kao član Concordije za vrijeme II. svjetskog rata. Samo dva mjeseca nakon što je navršio 15 godina života, bila je u travnju 1941. nakon ratnog sloma Kraljevine Jugoslavije u Zagrebu proglašena Nezavisna Država Hrvatska. Iako vrlo mlad po godinama ubrzo se nametnuo kao odličan trkač u sprintu te postao jedan od najperspektivnijih atletičara u novoj državi i najmlađi reprezentativac. Atletika je za vrijeme NDH bila odlično organizirana i

uz nogomet uživala najveću popularnost među sportovima.

Odlični rezultati

Svoj prvi uspjeh ostvario je na klupskom prvenstvu Concordije za juniore u listopadu 1941. kada je pobijedio na 100 m rezultatom 11.9 sek. Tjedan dana poslije je u konkurenciji seniora podijelio na 100 m prvo mjesto s Janom Botkom jer je najbolji Marijan Urbić kao član HŠK-a Zagreb nastupio izvan službene konkurencije. U studenom je na natjecanju svoga kluba postigao na 200 m 24.0 sek. Taj rezultat mu je na kraju godine donio podjelu 1. mjesta na rang listi najboljih hrvatskih atletičara u toj disciplini zajedno sa M. Urbićem i M. Galom koji su bili pet godina stariji od njega. Na 100 m bio je sedmi na državnoj rang-listi s 11.7 sek.

Seriju dobrih rezultata na atletskim stazama nastavio je u 1942. g. S Concordijom se u srpnju plasirao u finale ekipnog Prvenstva Hrvatske koje je njegov klub u dva susreta izgubio od HAŠK-a. Već se tada ustalio u seniorskoj ekipi iako je bio junior. Klupske boje branio je na 100 i 200 m te kao član štafete 4x100 m. U kolovozu je na pojedinačnom državnom prvenstvu u Zagrebu bio peti na 100 m i drugi kao član štafete 4x100 m. Krajem kolovoza na državnom natjecanju mladih atletičara NDH postaje najbolji u konkurenciji Mlade Starčevićeve mladeži na 200 m te drugi na 100 m. U rujnu je s ekipom Concordije nastupio na međunarodnom klupskom susretu protiv ŠK Bratislave u Slovačkoj. S navršenih 16 i pol godina debitirao je za Hrvatsku reprezentaciju na međunarodnom dvoboju protiv



Štafeta Hrvatske na 4x100 m nakon pobjede protiv Bugarske 1942. u Sofiji. S lijeva Miroslav Gal, Radovan Medved, Mirko Vanić - Lala i Zvonimir Turkalj

Bugarske u Sofiji 3. listopada 1942. Bio je član pobjedničke štafete Hrvatske na 4x100 m s rezultatom 44.5 sek. (Turkalj - Vanić - Medved - Gal). Danas, 74 godina poslije, još je živ član te štafete Mirko Vanić - Lala. Na kraju godine Medved je na 100 m zauzeo četvrto mjesto na hrvatskoj rang listi s postignutih 11.3 sek. a ispred njega su već spomenuti sprinteri Gal, Turkalj i Vanić.

Zabrana nastupa

Godine 1943. bio je u samom vrhu hrvatske atletike. Na finalu Pokala Hrvatskog atletskog saveza (HAS) između Concordije i HAŠK-a 6. lipnja u Zagrebu u utrci na 100 m pobijedio je i pritom izjednačio hrvatski rekord s rezultatom 11.1 sek. ispred Gala, Vanića, Despota, Vincijanovića, Javora i Botke. Bio je to jedini poraz Miroslava Gala iz Osijeka te sezone u sprinterskim disciplinama. Ekipe Concordije je s dva boda prednosti pobijedila gradskog rivala HAŠK i osvojila prvo natjecanje za Pokal HAS-a. Potom je uvršten u državnu reprezentaciju za nastup protiv Rumunjske. Otputovao je u Bukurešt, ali nije nastupio jer je izjavio da nije spreman. Zbog toga je kažnjen s

mjesec dana zabrane nastupa pa ga nije bilo na državnom prvenstvu u Zagrebu. S Concordijom je ponovo došao do finala ekipnog prvenstva Hrvatske protiv HAŠK-a i opet su izgubili i ostali bez naslova. U listopadu je pred domaćom publikom nastupio za predstavništvo Zagreba na dvoboju protiv Okružja Budimpešte. U utrci na 100 m zauzeo je treće mjesto, a Gal je postigao novi hrvatski rekord s 10.9 sek. Obojica su uz Vanića i Turkalja bili članovi pobjedničke štafete na 4x100 m protiv jakih Mađara. Na kraju godine HAS-ov poredak poredak najboljih atletičara prema postignutom rezultatu u sezoni bio je ovaj: 100 m – 1. M. Gal (Zrinjski/Zagreb) 10.9, 2. R. Medved (Concordia) 11.1 i 3. M. Vanić (HAŠK) 11. 2. te na 200 m - 1. M. Gal (Zrinjski/Zagreb) 22.6, 2. M. Vanić (HAŠK) 23.0 te 3. i 4. N. Despot (HAŠK) i R. Medved (Concordia) 23.4.

U 1944. sudjelovao je na manjem broju natjecanja. Najbolje rezultate ostvario je početkom srpnja na mitingu u Bratislavi kada je bio drugi na 200 m i treći na 100 m te prvi u Švedskoj štafeti Concordije 400+300+200+100 m s kolegama Adalbertom Dernikovićem, Janom Botkom

i Božidarom Javorom. U ekipnoj konkurenciji je s Concordijom osvojio dvostruku krunu: HAS-ov pokal i Prvenstvo Hrvatske. Na kraju godine je s rezultatima iz Bratislave zauzeo u Hrvatskoj 4. mjesto na 100 m (11.3) i 3. mjesto na 200 m (23.4). Po završetku II. svjetskog 1945. posvetio se studiju i nije se više aktivno bavio atletikom. Kad je Concordia odlukom novih vlasti rasformirana, Medved nije prešao u drugi klub i sa samo 19 godina završio je svoju natjecateljsku karijeru iako je mogao još puno toga postići. Zbog toga što je svoje uspjehe postigao za vrijeme rata i NDH, u njegovim poslijeratnim biografijama u Jugoslaviji bila mu je atletska karijera prešućivana, a po osamostaljenju Republike Hrvatske vrlo se rijetko i šturo pisalo o njegovim atletskim rezultatima. Zato sve do danas nije percipiran u javnosti kao sportaš iako je od rane mladosti bio aktivan u sportu.

Nakon promocije na MEF-u u Zagrebu specijalizirao je internu medicinu 1957., a doktorirao 1961. disertacijom „Osjetljivost povećanog srca sportaša na pomanjkanje kisika“. Iz njegova bogatog profesionalnog opusa i društvenog djelovanja izdvojit ćemo samo bitno.



Dvoboj atletičara Concordije i HAŠK-a 1943. u Zagrebu. U utrci na 100 m u cilj ulazi kao prvi Mirko Vanić - Lala a iza njega trče s lijeva: Zvonimir Turkalj, Radovan Medved i Adalbert Derniković

Zaposlio se kao asistent na Institutu za higijenu rada JAZU u Zagrebu 1950. Nakon osnivanja Zavoda za fizičku kulturu 1952. zapošljava se u njemu kao asistent. U njemu osniva i vodi Odjel za sportsku medicinu. Kao zaposlenik Zavoda 1959. prelazi na novoosnovanu Visoku školu za fizičku kulturu u Zagrebu. Godine 1962. izabran je za docenta i poslije za izvanrednog honorarnog profesora MEF-a za potrebe postdiplomske nastave na ŠNZ-u „Andrija Štampar“ u Zagrebu. Predavao je na postdiplomskim studijima iz kardiologije, školske medicine, medicine rada, sportske medicine i opće medicine. Još tijekom studija osobito ga je zanimala biologija i fiziologija tjelesnog vježbanja. Godine 1963. izabran je za izvanrednog, a 1968. za redovnog profesora na Fakultetu za fizičku kulturu (danas Kineziološki fakultet), gdje je bio predstojnik

Katedre za fiziologiju i patologiju. Na Fakultetu za fizičku kulturu bio je dekan 1971. - 1973. i prodekan, a obnašao je i druge dužnosti.

Kao jedan od nositelja sportske medicine u Hrvatskoj i Jugoslaviji bio je iznimno aktivan u nizu republičkih i saveznih sportskih organizacija, kao i u stručnim organizacijama sportske medicine. Bio je predsjednik Udruženja liječnika sportske medicine Jugoslavije 1964. - 1976. te član više međunarodnih organizacija. Između ostaloga, Međunarodno udruženje sportske medicine (FIMS) izabralo ga je 1980. za člana znanstvenog odbora. Bio je višegodišnji član Medicinske komisije Hrvatskog olimpijskog odbora. Godine 1975. izabran je za člana suradnika JAZU, te ponovno izabran 1980. a dopisnim članom postaje 1988. Nakon promjene naziva od 1991. član je HAZU-a.

Najstarija hrvatska liječnica sportašica navršila 100 godina

Dr. Sokolica Bartulović Mellochi u Dubrovniku je 2. studenog 2016. navršila 100 godina života. O njoj smo opširno pisali u LN-u br. 135 kada je navršila 98 godina. Prije II. svjetskog rata bila je državna prvakinja i reprezentativka u plivanju kao članica dubrovačkog Juga. U liječničkoj karijeri vodila je privatnu ginekološku ordinaciju u Rimu. Nakon odlaska u mirovinu prije Domovinskog rata vratila se u svoj Dubrovnik. Stoti rođendan dočekala je u Domu sestara služavki Malog Isusa u Gospinu polju gdje živi već desetak godina. Vrlo je vitalna i do prošle godine još se šetala Dubrovnikom. Čestitamo dr. Sokolici okrugli životni jubilej i želimo joj zdravlje i puno sreće u daljnjem životu.

Dobitnik brojnih priznanja

Objavio je 98 znanstvenih radova (od toga 36 u inozemnim časopisima), 129 stručnih radova, 38 stručno-popularnih članaka, 6 knjiga (među kojima se posebno ističe "Sportka medicina") i troje skripata. U okviru svoje znanstvene djelatnosti obrađivao je široko područje preventivne kardiologije, funkcionalne kardiologije i sportske medicine. Godine 1953. prvi je puta uveo metodu balistokardiografije u našu kardiologiju te o tome publicirao nekoliko značajnih radova. Posebno se bavio i volumetrijom srca, odnosno utjecajem kontinuirane aktivnosti na neke morfološke i funkcionalne osobitosti srca i krvotoka. Bavio se i tzv. sportskim srcem, a na području preventivne i kliničke kardiologije počeo je primjenjivati neke od metoda funkcionalnih testova koji su se do tada koristile samo u sportskoj medicini. Posebno se bavio ergometrijom i registracijom elektrokardiograma u toku napora, te je i iz tog područja publicirao veći broj radova. Provodeći ideje preventivne kardiologije u praksu, osnovao je 1972. Savjetovalište za detekciju i prevenciju koronarne bolesti. O njegovu djelovanju u razvoju sportske medicine na našem prostoru moglo bi se još puno toga napisati a sigurno se bez dvojbe može smatrati bardom hrvatske sportske medicine.

Prvi je profesor emeritus na Kineziološkom fakultetu u Zagrebu (izabran 1996.) i dobitnik brojnih društvenih priznanja. Nositelj je Ordena rada sa srebrnim vijencem 1966. i Ordena rada sa zlatnim vijencem 1971. te dobitnik Majske nagrade Komisije za fizičku kulturu SR Hrvatske 1962. i Republičke nagrade fizičke kulture za životno djelo 1989.

Prof. Medved imao je dvoje djece. Preminuo je u Zagrebu, 11. listopada 2010. u 85. godini života i pokopan je na gradskom groblju Mirogoju.

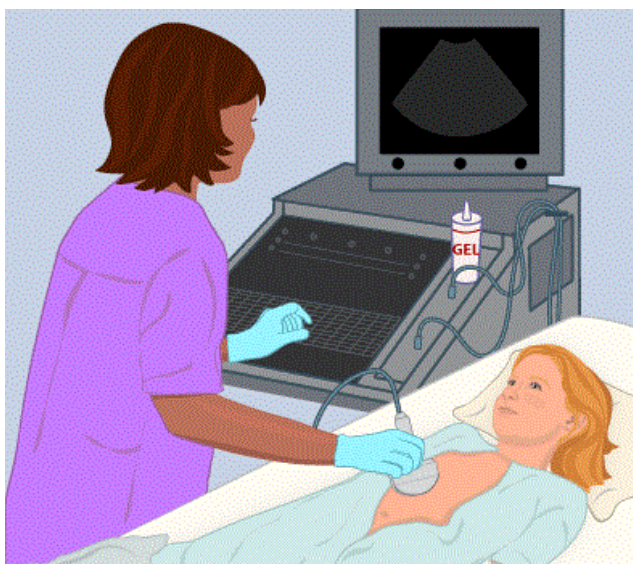
Izv.: Razgovor autora s profesorom Radovanom Medvedom 2009. u Zagrebu.

Lit.: *Tko je tko u Hrvatskoj* = *Who is who in Croatia*, Zagreb, 1993; *Tko je tko u hrvatskoj medicini* = *Who is Who in Croatian Medicine*, Zagreb, 1994; *Alpsko skijanje*, Zagreb, 2008; *Sveučilište u Zagrebu Kineziološki fakultet 1959. - 2009.*, Zagreb, 2009; *In memoriam Prof. dr. Radovan Medved*, Hrvatski športskomedicinski vjesnik br. 2, 2010; O. Karamata, *Atletika na tlu Jugoslavije u godinama rata 1941 - 1945*, Beograd, 2013.

STUPIDARIUM CROATICUM: Kako zaposliti višak liječnika u Hrvatskoj

U Skandinaviji

Ultrazvuk radi medicinska sestra, a liječnik „odčita“ nalaz



U Hrvatskoj

Liječnike guše administracijom



"Odsad upola manje jer za prva tri dana ispričnicu pišu roditelji"

U New Yorku

U kolima HMP-a su paramedicci, a liječnik je stacioniran



U Hrvatskoj

Liječnik se u kolima HMP- vozika sa šoferom i medicinskim tehničarom



„Da sam ja netko...”

Posebnoj djeci sa (ne) posebnim potrebama



SMILJANA PODRUG, dr. med., spec. školske med. i spec. transfuzijske med.,
Zavod za vještačenje, Tvrtkova 5, Zagreb, smiljana.podrug@mirovinsko.hr

Od cjepidlake do vještice

Na pisanje ovog teksta potaknuo me esej kolegice Lade Zibar „Osobe s invaliditetom – etičnost liječničke komunikacije” u NL-156 (veljača 2017., str. 104). Biti liječnik zapravo znači cijeli profesionalni život biti spreman na prilagodbu. Govorim to iz osobnog iskustva. Djelatnica sam Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom od 1. siječnja 2015., kada je zaživjelo Jedinствeno tijelo vještačenja (JTV), i kada je Zavod počeo s radom. Vještačenja se obavljaju prema Uredbi o metodologijama vještačenja koju je donijela Vlada RH 17. 12. 2014. za prava iz HZMO-a, HZZO-a, sustava Socijalne skrbi i prava Hrvatskih branitelja.

Kao specijalist školske medicine svaki dan pregledavam (ne volim riječ vještačim jer nisam vještica) teško i, na sreću, manje teško bolesnu školsku djecu radi ostvarivanja prava iz sustava Socijalne skrbi, HZMO-a i HZZO-a. Nabranje prava koja pripadaju ovim sustavima može biti tema nekog drugog eseja, što bi bilo jako korisno s obzirom na brojne promjene koje je donio Zavod i Uredba za sve kolege liječnike.

Ovim putem želim objasniti kako je potrebna prilagodba mojih „kikića”, kako ih ja volim nazivati, iako je riječ o korisnicima. Kao specijalist školske medicine radila sam u sustavu ZZJZ-a sa zdravom školskom djecom primarnu prevenciju, cijepljenje, sistemske preglede, a nakon toga kao specijalizant transfuzijske medicine na akcijama darivanja krvi. U oba slučaja poznanici su mi govorili: „Blago tebi, radiš sa zdravima.” Sada radim kao liječnik specijalist-vještak (vještica). Vještačim školsku djecu za navedene sustave, a i odrasle. U RH ima oko 510 000 osoba s invaliditetom, a od 320 000 djece u osnovnoj školi 18 500 ih je s teškoćama u razvoju. Pridodamo li tome djecu predškolske dobi s teškoćama u razvoju, njih oko 6000, radi se od oko 24 500 djece s teškoćama u razvoju. (Ne volim velike brojeve jer je svaki broj jedno dijete koje ima teškoću i jer su promjenjivi).

Prilagodba „kikića”

E sada, ono što je najzanimljivije. Sva ta djeca, da bi ostvarila svoja prava i (ne) posebne potrebe, moraju proći postupak vještačenja za prava iz spomenutih sustava. Tijekom svoje predškolske i školske dobi nekoliko puta dolaze na vještačenje. Ne mogu reći ništa pohvalno o prilagodbi sustava na njih - mislim na uvjete u kojima se vještače, od dolaska do odlaska, davanja zahtjeva u više ustanova koje moraju podnositi njihovi roditelji, od teškoća s prijevozom na pregled. Apeliram da se sustavi trebaju prilagoditi njima, a ne oni nama, ali je zapravo obrnuto. Kad razgovarate s roditeljima najbolnija mi je rečenica „Pa navikli smo se mi na to”. Moji „posebni kikići” su predivni i unatoč brojnim teškoćama u smislu poremećaja somatskog i intelektualnog zdravlja, mijenjaju vas na bolje. Sva moja iskustva u radu sa zdravima nisu mjerljiva s mojim „posebnim kikićima”. Njihove potrebe nisu posebne (poseban je način na koji ih oni jedino mogu ostvariti). Zanimljiva je misao pape Franje koji kaže: „Potrebiti su učitelji poznavanja Boga: njihova krhkost i jednostavnost razotkrivaju naše egoizme i lažne sigurnosti...”. Svaki dan je pred mojim očima krhkost i jednostavnost koja ništa ne zahtijeva, već čeka na nas i našu empatiju. I upravo zato apeliram na sve sustave da krenu ususret krhki-

ma, da im omoguće bolje uvjete kojima će se olakšati ostvarivanje potreba u njihovim malim životima.

HAND-CAP (hendikep - u kapu milostinja)

Dragi moji "kikići", da sam ja Netko sagradila bih vam najljepšu, veliku zgradu, sa svim prilagodbama koje su vam potrebne. To bi bila vesela zgrada u kojoj ne bi bilo mračnih hodnika, hladnoće koja zebe, sve bi bilo veselo, s osmjehom kakav samo Vi možete uputiti i onda kad možete govoriti samo očima. Dala bih vam unaprijed sva prava koja vam pripadaju, jer vaše tegobe nekada nisu potpuno izlječive. Vjerujte mi, iako nisam „Netko“, ja vas volim i koliko god mogu želim da vam dolazak k meni, barem što je do mene i mojih suradnika, bude lijep. Hvala vam što mi vi i vaši roditelji iz dana u dan pokazujete da svaki život ima smisla i da je vrijedan.

A vas koji ste „Netko“ molim da krenete ususret mojim „kikićima“, za početak osigurajte im bolju i ljepšu zgradu od ove u koju sada dolaze na vještačenje ili prilagodbu postojećim uvjetima, jer oni to zaslužuju. U Tvrtkovu 5 dolaze djeca iz Zagreba, Zagrebačke županije i zagrebačkog prstena, gotovo pola Hrvatske. Inače, Zavod za vještačenje, Područni ured u Zagrebu, podstanar je u zgradi HZMO-a, koja do osnutka Zavoda nikad nije imala toliko djece i koja nije predviđena za preglede. Jako su loši uvjeti i u izmještenim mjestima rada u Bjelovaru i Sisku.

Nemojte dopustiti da riječ „hendikep“, koja je složena riječi hand-ruka i cap-ka-pa „u kapu milostinja“, uistinu bude životni pratitelj svih osoba s „hendikepom“, velikih i malih.

A vas, moji dragi "kikići", na kraju pozdravljam riječima iz mjuzikla „Matilda“:

Djeca znaju što je važno, djeca znaju što su snovi, dječje srce kuca snažno, dječje srce uvijek voli.

Djeca mogu sve što žele, djeca i bez krila lete, odluka je zato moja kad odrastem bit ću dijete.

Voljela bih sve vas odvesti na taj mjuzikl i zajedno bismo pjevali kao što smo pjevale moja sestra i ja koje smo davno odrasle. Učinit ću za vas sve, iako nisam „Netko“, da i bez krila možete letjeti. Časna riječ!



KONFERENCIJA INTENZIVNI RAZVOJ VJEŠTINA U ZDRAVSTVU

Hotel Sheraton,
25. ožujka i 22. travnja, 2017.
9:00 - 15:30 h

IZABERI SVOJU RADIONICU!



Poludnevni treninzi u malim grupama • Vrhunski treneri i edukatori



Kotizacija iznosi 1.200,00kn + PDV.
Kotizacija za medicinske sestre iznosi 700kn + PDV.
Kotizacija uključuje: sudjelovanje na konferenciji/radionicama, materijale, pauzu za kavu, ručak. Uplate na IBAN HR9823400091110451361 (Privredna banka) uz napomenu „Bagatin Akademija“. Više informacija na 01 606 1379.



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 Fulviji Akrap, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 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 stručnih skupova koji se održavaju u Republici Hrvatskoj, mogu skupove prijaviti i Europskom udruženju liječnika specijalista (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem sljedećeg linka: <http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici www.hlk.hr – „Raspored stručnih skupova“.

OŽUJAK

Twinning projekt: „Organiziranje regionalnih radionica za 80 zdravstvenih djelatnika u području praćenja i izvještavanja o Nacionalnim programima ranog otkrivanja raka s ciljem proširenja stečenog znanja od strane educiranih zdravstvenih djelatnika“
Ministarstvo zdravstva
Rijeka, 08.-10.03.2017.
Matija Ivančić, tel.: 01/4607-608, e-mail: matija.ivanovic@miz.hr

Izložnost ljudi neionizirajućim elektromagnetskim poljima
Hrvatski zavod za telemedicinu
Cres, Mali Lošinj, Rab, Metković, Mljet, Lastovo, Supetar, 09.03.2017.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztlm.hr

Novi izazovi u hemodinamici i intenzivnoj medicini – međunar. kongres s radionicama
New Challenges in hemodynamics and intensive care medicine – international congress and workshops
KB Dubrava i MEF Sveučilišta u Osijeku
Zagreb, 09.-10.03.2017.
Mia Kolar, univ.bacc.oec., tel.: 01/2903-440, mob.: 097/7605-707, e-mail: mkolar@kdb.hr
1.500,00 kn specijalisti, 600,00 kn specijalizanti, studenti medicine bez kotizacije

International Conference on Mental Health Care in the Community „Client in the Centre“
HZJZ
Zagreb, 09.-10.03.2017.
Prof.dr.sc. danijela Štimac Grbić, dr.med., tel.: 01/4863-363
e-mail: mental.health.croatia@gmail.com
760,00 kn

Fiberoptička intubacija i otežani dišni put
Udruga „Tomislav Halapir“ za kontinuiranu edukaciju, profesionalni razvoj i usavršavanje na području anesteziologije, reanimatologije, intenzivnog liječenja i liječenja boli u RH
Zagreb, 09.-10.03.2017.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, e-mail: jobrst@gmail.com
1.850,00 kn

Edukacijska vježba za doktore medicine i medicinske sestre/ tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Karlovac, 09.-11.03.2017.
Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362, e-mail: ana.stipetic@hzhm.hr

8. međunarodni kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Bolesnik s bolestima mokraćnog sustava – što povezuje bubrege i srce?
Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 09.-12.03.2017.
Doc.dr.sc. Jasna Vučak, tel./fax.: 023/393-533, mob.: 098/272-787, e-mail: jaska.vuchak@zd.t-com.hr
Lipid grupa d.o.o., Aleksandra Polak, mob.: 091/1947-449, e-mail: info@lipid-grupa.hr
1.650,00/1.800,00 kn

Novosti u NDT – 2017. Debljina i bolest bubrega
HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju HLZ-a
Zagreb, 10.03.2017.
Dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-084, e-mail: tajnica@hndt.org

Invazivne vrste od javno-zdravstvenog značaja i utjecaja na okoliš
ZJZ Istarske županije
Pula, 10.03.2017.
Lorena Lazarić Stefanović, mob.: 091/5317-111, e-mail: lorenalazaricstefanovic@gmail.com

Multirezistentne nefermentativne bakterije
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 10.03.2017.
Branka Bedenić, mob.: 091/7531-597, e-mail: branka.bedenic@kbc-zagreb.hr
800,00 kn za specijaliste, 400,00 kn za specijalizante

Simpozij povodom obilježavanja Svjetskog dana bubrega 2017. godine – Menedžment zdravstvene skrbi kod osoba s kroničnom bubrežnom bolešću
HLZ, Podružnica Sisak
Sisak, 10.03.2017.
Berislav Persoglia, tel.: 044/553-114, mob.: 098/445-056, e-mail: biblioteka@obs.hr

Edukativne radionice za liječnike obiteljske medicine
Alkaloid
Yukovar, 10.-11.03.2017.
Lidija Sučić, mob.: 099/6157-019, e-mail: lidija.suic@alkaloid.hr

VESOMNI – dvostruka snaga za bolju kvalitetu života bolesnika s LUTS/BHP
Astellas d.o.o.
Zagreb, 10.03.2017.
Dubravko Pišonić, mob.: 099/7888-623, e-mail: dubravko.pisonic@astellas.com

Novi izazovi u prevenciji bolesti djece dobi: tranzicija zdravstvene skrbi
HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, Hrvatsko društvo za školsku i sveučilišnu medicinu
Sibenik, 10.-12.03.2017.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580, e-mail: ana@conventuscredo.hr
Rana kotizacija do 22.01.2017. – 1200,00 kn;
kasna kotizacija od 22.01.2017. – 1500,00 kn;
specijalizanti 750,00 kn, liječnici mlađi od 28 god. – 750,00 kn;
umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Individualizirani pristup kontracepciji, hormonskom nadomjesnom liječenju i liječenju moma maternice s ciljem očuvanja kvalitete života žene
HD za ginekološku endokrinologiju i humanu reprodukciju
Vodice, 10.-12.03.2017.
Contres projekti d.o.o., Josipa Čale, mob.: 091/3330-732, e-mail: jospa@contres.hr

Korak naprijed za mentalno zdravlje
Krka-farma Zagreb
Novo Mesto, Slovenija, 11.03.2017.
Jana Čotić, mob.: 099/3083-942, e-mail: jana.cotic@krka.biz

Pacijent sa seksualnim problemom u ordinaciji obiteljske medicine
Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 11.03.2017.
Lipid grupa d.o.o., Aleksandra Polak, mob.: 091/1947-449, e-mail: info@lipid-grupa.hr

Uvodni tečaj „Primjena mjera zaštite od ionizirajućeg zračenja za specijaliste medicine rada“

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu
Zagreb, 11.-12.03.2017.
Ines Šarić, tel.: 01/6558-703, e-mail: izobrazba@hzzzs.hr
1.200,00 kn

Tečaj obnove znanja „Primjena mjera zaštite od ionizirajućeg zračenja za specijaliste medicine rada“

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu
Zagreb, 11.-12.03.2017.
Ines Šarić, tel.: 01/6558-703, e-mail: izobrazba@hzzzs.hr
900,00 kn

Edukacijska vježba za doktore medicine

Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije
Ludbreg, 11.-13.03.2017.
Andela Simić, dr.med., mob.: 091/5101-854,
e-mail: andjela.simic.0005@gmail.com

EKG: Fibrilacija aatrija, antikoagulantna terapija (rad na primjerima)

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 12.03.2017.
Lipid grupa d.o.o., Aleksandra Polak, mob.: 091/1947-449,
e-mail: info@lipid-grupa.hr

Komunikacija pri ocjeni radne sposobnosti kod kroničnih bubrenih bolesti

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 12.03.2017.
Lipid grupa d.o.o., Aleksandra Polak, mob.: 091/1947-449,
e-mail: info@lipid-grupa.hr

Kako napraviti dobar poster – učenje na pogreškama

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 12.03.2017.
Lipid grupa d.o.o., Aleksandra Polak, mob.: 091/1947-449,
e-mail: info@lipid-grupa.hr

Primjena TENS-a, lasera i ultrazvuka u koštano-mišićnim bolestima u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 12.03.2017.
Lipid grupa d.o.o., Aleksandra Polak, mob.: 091/1947-449,
e-mail: info@lipid-grupa.hr

Važnost malih dišnih puteva u kontroli simptoma astme

Providens doo
Vrgrac, 13.03.2017.
Zrinka Milas, mob.: 099/2531-766,
e-mail: martina.schmidt@providens.org

Program edukacijskih vježbi obnove znanja i vještina za doktore medicine i med.sestre/tehničare IHMS

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 13.-14.03.2017.
Dr. Gordana Antić, mob.: 099/2554-042,
e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com

Novo zakonodavstvo – novi smjer za medicinske proizvode

Agencija za lijekove i medicinske proizvode
Zagreb, 13.-14.03.2017.
Matko Žurić, tel.: 01/4884-240,
e-mail: konferencija@halmed.hr
1.240,00/2.400,00 kn

Ultrasound in primary, emergency & critical care medicine

Winofocus, Zavod za intenzivnu medicinu KBC Zagreb, HLZ, Internističko društvo
Zagreb, 13.-14.03.2017.
Prof.dr. Radovan Radonić, tel.: 01/2367-481,
e-mail: rradonic@gmail.com
1.000,00 kn

Twinning projekt: „Organiziranje regionalnih radionica za 80 zdravstvenih djelatnika u području praćenja i izvještavanja o Nacionalnim programima ranog otkrivanja raka s ciljem proširenja stečenog znanja od strane educiranih zdravstvenih djelatnika“

Ministarstvo zdravstva
Osijek, 13.-15.03.2017.
Matija Ivancić, tel.: 01/4607-608, e-mail: matija.ivancic@miz.hr

Zagrebačka škola endokrinološke onkologije

HD za endokrinološku onkologiju
Zagreb, 13.-17.03.2017.
Jelena Marinković-Radošević, dr.med., mob.: 091/5719-712,
e-mail: jelena.marinkovic1@gmail.com

Dopler sonografija intrakranijske cirkulacije

Kl. za neurologiju KBC „Sestre milosrdnice“, HD za neurovaskularne poremećaje HLZ-a, MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 13.-18.03.2017.
Prof.dr.sc. Arijana Lovrenčić-Huzjan, mob.: 091/5032-501,
e-mail: arijana.huzjan@gmail.com
5.000,00 kn

202. Gerontološka tribina – Primjena lasera u liječenju stresne urinarne inkontinencije i genito-urinarne sindroma u menopauzi

Ref.centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba – Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.03.2017.
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164,
e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Forum u kućici 3. elementa: „Koraci koji pluća razbudi“

Novartis Hrvatska d.o.o.
Šibenik, 14.03.2017.
Valentina Jurčević, tel.: 01/6274-220,
e-mail: valentina.jurcevic@novartis.com

Forum u kućici 3. elementa: „Koraci koji pluća razbudi“

Novartis Hrvatska d.o.o.
Split, 15.03.2017.
Valentina Jurčević, tel.: 01/6274-220,
e-mail: valentina.jurcevic@novartis.com

Tapentadol – nova klasa u liječenju boli

HD za liječenje boli HLZ-a
Zagreb, 15.03.2017.
Andrea Mršo, mob.: 099/4486-805,
e-mail: mrsoandrea385@gmail.com

Uloga osteoanabolika u liječenju osteoporoze

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Split, 15.03.2017.
Mara Čabraja, mob.: 099/6179-955, e-mail: cabraja_mara@lilly.com

Izložnost ljudi neionizirajućim elektromagnetskim poljima

Hrvatski zavod za telemedicinu
Vela Luka, Korčula, Vrtika, Trilj, Knin, Vis, Hvar, Split, 16.03.2017.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztm.hr

Izazov: Stres na radu – Prevencijom psihosocijalnih rizika do zdravog radnog mjesta

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu
Rijeka, 16.03.2017.
Helena Koren, tel.: 01/6558-703, e-mail: hkoren@hzzzs.hr

Alogliptin: novi dokazi učinkovitosti i sigurnosti u liječenju šećerne bolesti tipa 2 u odraslih bolesnika

Takeda Pharmaceuticals Croatia doo
Zadar, 16.03.2017.
Jelena Han Ivić, mob.: 099/3047-494,
e-mail: nikolina.radakovic@takeda.com

3. Hrvatski neuroimunološki kongres

HD za neurovaskularne poremećaje HLZ
Zagreb, 16.-17.03.2017.
Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, tel.: 01/3787-756,
e-mail: vanjakes@net.hr

Rane – principi i postupci liječenja

Sekcija za rane HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju,
KB Dubrava
Zagreb, 16.-17.03.2017.
Prof.dr.sc. S. Budi, gđa. Marina Pavelić-Mamić, tel.: 01/2902-569,
e-mail: sbudi@kdb.hr
700,00 kn

Moderne tehnologije: Etika korištenja i pravne regulacije

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 17.03.2017.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

Debljina – jučer-danas-sutra

NZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 17.03.2017.
Dr. Ana Puljak, tel.: 01/4696-175, e-mail: ana.puljak@stampar.hr

Tečaj neinvazivne ventilacije

OB „Dr. Josip Benčević“
Slavonski Brod, 17.-18.03.2017.
Dr. Matija Jurjević, mob.: 095/5170-555, e-mail: mtjurjevic@yahoo.com
1.200,00 kn

Postgraduate Training Course „Clinical Endocrinology“

Zavod za endokrinologiju, Klinika za unutarnje bolesti KBC Zagreb
Zagreb, 17.-18.03.2017.
Doc.dr.sc. Tina Dušek, tel.: 01/2376-581,
e-mail: suncana.zgaga@kbc-zagreb.hr

Astma u obiteljskoj medicini

Klinika za plućne bolesti KBC Split
Split, 17.-18.03.2017.
Tihana Marić, tel.: 021/556-434, e-mail: tmarić@kbsplit.hr
500,00 kn

Edukacijska vježba za doktore medicine

Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije
Ludbreg, 17.-19.03.2017.
Andela Simić, dr.med., 091/5101-854,
e-mail: andjela.simic.0005@gmail.com

Smjernice i update u gastroenterologiji i hepatologiji

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Rastoke, 17.-19.03.2017.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398, e-mail: jduvnjak@hgd.hr

Najčešći infektivni sindromi u ordinaciji primarne zdravstvene zaštite

HD za infektivne bolesti HLZ-a
Zagreb, 18.03.2017.
Jasminka Blaha, tel.: 01/2826-191, mob.: 091/4012-622,
e-mail: jblaha@bfm.hr
300,00kn

Živjeti zdrav život

Krka farma
Vinkovci, 18.03.2017.
Ema Kuliš, mob.: 099/2551-515, e-mail: ema.kulis@krka.biz

Uloga arterijske krutosti u ranom otkrivanju kardiovaskularnih čimbenika rizika

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Centar za sportsku medicinu i unaprjeđenje zdravlja na radu
Zagreb, 18.03.2017.
Doc.dr.sc. Milan Milošević, tel.: 01/4590-167, mob.: 091/1101-222,
e-mail: milan.milosevic@snz.hr

2. glaucoma codes – Internacionalni simpozij o glaukomu

Referentni centar za glaukom Ministarstva zdravlja RH
Zagreb, 18.03.2017.
Mia Zorić Geber, mob.: 098/827-399, info@btmmedia.hr

Pružanje prve pomoći osobama ozlijeđenim u prometnoj nesreći

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 18.03.2017.
Ana Mikulčić, tel.: 01/4655-814, 4655-128,
e-mail: ana.mikulcic@hck.hr
800,00 kn

Radiološke metode pregleda kod akutnog pankreatitisa

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KBC Split, Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju
Split, 20.03.2017.
Doc.dr.sc. Krešimir Dolić, tel.: 021/556-243, e-mail: kdolic@bnac.net

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBCSM, Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 20.-24.03.2017.
Dr. Dina Miklič, dr. Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-713, 098/235-718,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00 kn

Uvod u neuroendokrine tumore

Hrvatski zavod za telemedicinu
Zagreb, Čakovec, Knin, Koprivnica, Ogulin, Virovitica, Našice, Sisak,
Vinkovci, Bjelovar, Karlovac, 21.03.2017.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztm.hr

20-satna edukacija zdravstvenih djelatnika za projekt „Rodilište prijatelj majki“

KB „Merkur“
Zagreb, 21.-22.03.2017.
Dr. Vedran Kardum, mob.: 098/1703-810, e-mail: kardum@gmail.com

SVAKI PUT „U SRIDU“ U LIJEČENJU HIPERTENZIJE

Servier Pharma d.o.o.
Bjelovar, 22.03.2017.
Branka Periša Vrblijanin, mob.: 091/6551-532,
e-mail: branka.perisa-vrblijanin@servier.com

PharMED simpozij: Psihotropni lijekovi danas

Hrvatsko farmaceutsko društvo, HD mladih liječnika HLZ-A
Zagreb, 22.03.2017.
Anita Galić, mag.pharm.univ.mag., tel.: 01/4872-849,
e-mail: anita.galic@farmaceut.org, Danko Relić, dr.med.,
e-mail: danko_relic@hotmail.com
Članovi Hrvatskog farmaceutskog društva ili HLZ-a – 100,00 kn + PDV,
Studenti diplomskih studija 80,00 kn + PDV, ostali 200,00 kn + PDV

Korak naprijed u liječenju hipertenzije

Servier Pharma d.o.o.
Karlovac, 23.03.2017.
Marija Bobinac, mob.: 091/6551-551,
e-mail: marija.bobinac@servier.com

Pogled na DPP-4 inhibitore iz ordinacije liječnika obiteljske medicine

Novartis Hrvatska d.o.o.
Split, 23.03.2017.
Josipa Kодиć, tel.: 01/6274-220, e-mail: josipa.kodic@novartis.com

Jedno zdravlje: Dijagnostika i praćenje žika i drugih emergentnih arbovirusnih infekcija u Hrvatskoj

HJZJ uz potporu Svjetske zdravstvene organizacije, Ured za Hrvatsku
Zagreb, 23.-24.03.2017.
Doc.dr.sc. Tatjana Vilibić-Čavlek, tel.: 01/4863-238,
mob.: 098/9641-935, e-mail: tatjana.vilibic-cavlek@hzjz.hr

5. Dani tromboze Dubrovnik

HD za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ-a
Dubrovnik, 23.-25.03.2017.
Hrvoje Brajčić, mob.: 098/699-671, e-mail: brajcichrvoje@gmail.com
1.100,00 kn

5. kongres Hrvatskog traumatološkog društva sa međ.sud.

Hrvatsko traumatološko društvo HLZ
Zagreb, 23.-25.03.2017.
Filida travel, Tatjana Mrzljak, mob.: 098/9828-478,
e-mail: tatjana@filidatravel.hr
1.000,00 kn

Dijagnostički i terapijski postupci u strabologiji i dječjoj oftalmologiji

OB Zadar, Odjel za oftalmologiju
Zadar, 23.-25.03.2017.
Suzana Konjevoda, mob.: 098/352-969,
e-mail: suzana.konjevoda@gmail.com
1.200,00 kn

Dijagnostika sluha i ravnoteže – nastavak

Klinika za ORL i kirurgiju glave i vrata, KBC Sestre milordnice
Zagreb, 24.03.2017.
Prof. Marica Grbešić, mob.: 091/5436-848,
e-mail: miskories@gmail.com

Intrapartalni nadzor

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za ženske bolesti i porođništvo
KBCSM
Zagreb, 24.-25.03.2017.
Dr.sc. Vesna Gall, mob.: 099/3787-017, e-mail: gall.vesna@gmail.com
2.000,00 kn specijalisti, 1.000,00 kn specijalizanti

Xarelto ordinacija

Bayer d.o.o.
Trakošćan, 24.-25.03.2017.
Josipa Vrkljan, mob.: 099/3058-476,
e-mail: josipa.vrkljan@bayer.com

Pomlađivanje bez skalpela

HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Zagreb, 24.-25.03.2017.
Dr. Rebeka Held, tel.: 01/2902-569,
e-mail: tecaj@estetika-lica.com.hr
1.000,00 kn

Tumori probavnog sustava: što je novo?

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Opatija, 24.-25.03.2017.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr
700,00 kn

Tečaj naprednih mjera održavanja života

HD za reanimatologiju
Zagreb, 24.-26.03.2017.
Mirna Šehović, mob.: 091/5787-300,
e-mail: mirna.sehovic@gmail.com
2.500,00 kn

Edukacijska vježba za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice

Zavod za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije
Osijek, 25.-26.03.2017.
Miroslava Kralj, mob.: 091/5677-048,
e-mail: miroslava.kralj@zzhm-obz.hr

Primjena kanabisa / indijske konoplje u medicinske svrhe

Udruga Medikus
Zagreb, 27.03.2017.
Dr. Vesna Vučičević, mob.: 091/5044-766, e-mail: info@medikus.hr

Šumski ekosustavi Hrvatske kao prirodna staništa uzročnika zoonoza

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 28.03.2017.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

Ultrazvuk prsnog koša i abdomena u intenzivnoj i hitnoj medicini

MEF Sveučilišta u Rijeci, Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Kabinet vještina
Rijeka, 29.03.2017.
Ana Čaval, mob.: 098/9868-916, e-mail: kabinet.vjestina@gmail.com
300,00 kn

Kineziološka dijagnostika dojenčadi po Voiti

Akademija za razvojnu rehabilitaciju
Zagreb, 29.03.-02.04.2017.
Silvija Philipps Reichherzer, mob.: 091/6677-643,
e-mail: sreigherzer@gmail.com
5.000,00 kn

Anksiozno-depresivni poremećaji s gledišta primarne

zdravstvene zaštite

Angelini Pharma Oesterreich GMBH
Zagreb, 30.03.2017.
Stanko Peko, mob.: 099/3163-860, e-mail: stanko.peko@angelini.hr

4. hrvatski kongres o hipertenziji s međ.sud.

HD za hipertenziju
Poreč, 30.03.-02.04.2017.
Ana Jelaković, dr.med., mob.: 091/3399-669, e-mail: tajnik@hdh.hr
1000kn do 31.12.2016.; 1200,00kn nakon 31.12.2016.; 500,00 kn za specijalizante i medicinske sestre/tehničare

V. Hrvatski kongres školske i sveučilišne medicine s međ.sud.

„Djeca i mladi – izazovi za budućnost“
HD za školsku i sveučilišnu medicinu HLZ-a
Opatija, 30.03.-02.04.2017.
Nataša Dragaš-Zubalj, univ.spec., dr.med., tel.: 051/358-790, mob.: 091/8828-051, e-mail: natasa.dragas-zubalj@zzjzpgz.hr
Rana kotizacija 1.500,00 kn, kasna kotizacija 1.875,00 kn, kotizacija na kongresu 2.600,00 kn, jednodnevna kotizacija 550,00 kn, specijalizanti 750,00 kn, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Izazovi u prvoj pomoći

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 31.03.2017.
Ana Mikulčić, tel.: 01/4655-814, 4655-128,
e-mail: ana.mikulcic@hck.hr
500,00 kn

Poremećaji refrakcije i pokretljivosti oka – suvremena dijagnostika i liječenje

MEF Sveučilišta u Splitu, Klinika za očne bolesti
Split, 31.03.-01.04.2017.
Doc.dr.sc. Dobrila Karlica Utrobičić, tel.: 021/556-402,
e-mail: dobrila.karlica@st.t-com.hr
500,00 kn

Estetska medicina – nekirurško pomlađivanje u teoriji i praksi

HD za estetsku licu HLZ-a
Opatija, 31.03.-01.04.2017.
Dr. Željko Rotim, mob.: 098/227-468, e-mail: hdel@hdel.hr
3.500,00 kn

Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u hitnoj medicini

HLZ, HD za hitnu medicinu
Donja Stubica, 31.03.-02.04.2017.
Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362, e-mail: edukacija.hms@gmail.com
1.000,00 kn / 1.300,00 kn

TRAVANJ

Dijagnostika i liječenje alergija

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 01.04.2017.
Prof.dr. Srećko Branica, tel.: 01/2367-576
400,00 kn

Multiploresistentne nozokomijalne infekcije kod djece

Pharmas d.o.o.
Zagreb, 01.04.2017.
Nina Baban Stiškić, mob.: 099/2493-921, nina.sliskovic@pharmas.hr

Gastroenterologija u obiteljskoj medicini

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Pula, 01.-02.04.2017.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398, e-mail: jduvnjak@hgd.hr
Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBCSM, Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 03.-07.04.2017.

Dr. Dina Miklič, dr. Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-713, 098/235-718,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00 kn

29. znanstveno-stručno-edukativni seminar s međ.sud. – DDD i ZUPP '17 – 800. obljetnica od odlaska hrvatskih hospitalaca u Križarski rat i 70. obljetnica od ustroja državne DDD djelatnosti u RH

Korunić d.o.o.
Mošenička Draga, 04.-07.04.2017.
Javorka Korunić, mob.: 098/261-432, e-mail: korunic@zg.t-com.hr
1.000,00 kn

Jedanaesti simpozij HD za zaštitu od zračenja s međ.sud.

HD za zaštitu od zračenja
Osijek, 05.-07.04.2017.
Marina Poje Sovilj, tel.: 031/232-700, e-mail: marina.poje@fizika.unios.hr
750,00-1.800,00 kn

Etičke dvojbe pri liječenju boli

Hrvatski zavod za telemedicinu
Split, Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Cres –
06.04.2017.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztm.hr

Splitska škola rijetkih bolesti

Sanofi-aventis Croatia d.o.o.
Split, 06.04.2017.
Plenković Ajster Bozana, mob.: 091/6171-061, e-mail: zana.plenkovicajster@sanofi.com

23. Dani Ramira i Zorana Bujasa

Odsjek za psihologiju Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 06.-08.04.2017.
Doris Čuržić, dipl.psuh., tel.: 01/4092-187, e-mail: larambas@ffzg.hr
Do 05.03.2017. – 550,00 kn, od 06.03.2017. – 700,00 kn

Neuropatije koje možemo izliječiti

KL za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLK, HLZ
Zagreb, 07.04.2017.
Milica Jug, bacc.phys, tel.: 01/2376-408, 2376-375, e-mail: predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr; ervina.bilic@mef.hr
600,00 kn specijalisti, 300,00 kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

2. Regionalna konferencija digitalne medicine – Budućnost je sada

HIT konferencija d.o.o.
Zagreb, 07.04.2017.
Mladen Kovacek, mob.: 095/8782-328, e-mail: mladen.kovacek@hit-konferencija.hr; andrea.stanicic@hit-konferencija.hr; http://hit-konferencija.hr
750,00 kn

Liječenje akutne boli

HD za liječenje boli HLZ-a
Osijek, 07.-08.04.2017.
Andrea Mršo, tel.: 031/511-502, e-mail: mrsoandrea@gmail.com
1.500,00 kn specijalisti; 700,00 kn specijalizanti; 500,00 kn med. tehničari

Suvremena racionalna primjena višestruke farmakoterapije u intenzivnoj medicini

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 07.-08.04.2017.
Jadranka Radnić Salijevski, 091/5097-154, e-mail: jradnic@kbc-zagreb.hr
800,00 kn specijalisti, 400,00 kn specijalizanti

Ispravljanje deformacija koštano-zglobnog sustava

Specijalna bolnica Akromion
Zagreb, 08.04.2017.
Elvira Gospočić Pavletić, tel.: 049/587-489, mob.: 095/2587-489,
e-mail: elvira.gospocic@akromion.hr

Osnove seksualne medicine: dijagnostika i terapija

HD seksualne terapije
Rijeka, 08.04.2017.
Nina Bašić Marković, mob.: 091/4118-911,
e-mail: nina.basic@hit-t-com.hr
600,00 kn

Autoinflamatorne bolesti u djece i odraslih

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 08.04.2017.
Prof.dr.sc. Marija Jelusić, tel.: 01/2388-701, mob.: 098/9265-569,
e-mail: marija.jelusic.drazic@gmail.com
300,00 kn za specijaliste, specijalizanti i umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Živjeti zdrav život

Krka farma d.o.o. Zagreb
Osijek, 08.04.2017.
Nina Markota, mob.: 099/3084-474, e-mail: nina.markota@krka.biz

Aurikuloakupunktura II dio

HLZ, HD za akupunkturu
Daruvar, 08.-09.04.2017.
Maja Mustać, mob.: 091/4748-492, e-mail: blaise676@gmail.com
2.500,00 kn

XXIV. kongres obiteljske medicine

Hrvatska udružba obiteljske medicine
Dubrovnik, 20.-22.04.2017.
Teo Depolo, mob.: 098/244-424, e-mail: teo.depolo@du.t-com.hr
Dubrovnik PartneR d.o.o., Tilda Bogdanović, tel.: 020/448-180,
e-mail: partner@dubrovnikpr.com
1.200,00 kn + PDV

SVIBANJ

Godišnji kongres Hrvatskog društva za vaskularnu kirurgiju

HLZ, HD za vaskularnu kirurgiju
Poreč, 03.-06.05.2017.
Studio Hrg, Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-449,
e-mail: kongres@studiohrg.org
2.500,00 kn

2nd Regional DBS meeting Deep Brain stimulation: New Horizons in Neurology and Psychiatry

Referentni centar Ministarstva zdravlja za funkcionalnu i stereotaksijsku neurokirurgiju, KB Dubrava
Zagreb, 04.-06.05.2017.
Doc.dr.sc. Darko Chudy, doc.prim.dr.sc. Vladimira Vuletić,
tel.: 01/2903-096,
e-mail: vladimira.vuletic@gmail.com, darko.chudy@gmail.com
Do 01.03.2017. – MDS članovi 200 EUR, Non-Members 220 EUR, Junior Participants 100 EUR, Students 50 EUR

2. međunarodni kongres palijativne skrbi Slavonski Brod

Udruga palijativne skrbi Slavonski Brod, OB Slavonski Brod, DZ Slavonski Brod
Slavonski Brod, 05.-06.05.2017.
Ranka Vučković, dipl.med.techn., mob.: 091/7276-569,
e-mail: vuckovic.ranka@gmail.com
500,00 kn specijalisti, 400,00 kn med.sestre i tehničari, specijalizanti, socijalni radnici, udomitelji, 300,00 kn jednodnevna kotizacija

6. hrvatski dijabetološki kongres / 80. dani dijabetologa

HD za dijabetes i bolesti metabolizma
Poreč, 11.-14.05.2017.
Doc.dr.sc. Dario Rahelić, mob.: 091/5156-576
800,00 kn

9. hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama s međ.sud.

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije
Opatija, 12.-14.05.2017.
Jelena Krmić, Spektar putovanja d.o.o., tel.: 01/4862-600, e-mail: jelena@spektar-holidays.hr
800,00 kn – 2.150,00 kn

Hrvatski kongres psihosomatske medicine i psihoterapije – „Psihološko u medicini 21. stoljeća“

Zagrebački institut za kulturu zdravlja (ZIKZ), Psihijatrijska bolnica Rab
Rab, 18.-20.05.2017.
Studio Hrg, Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-449, e-mail: kongres@studiohrg.hr
2.000,00 kn

8. KOHOM kongres

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Šibenik, 18.-21.05.2017.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax: 01/4854-580, e-mail: anja@conventuscredo.hr
Rana kotizacija, do 20.03.2017. – Članovi KOHOM-a 1600,00kn; Nečlanovi KOHOM-a 1.800,00 kn; Osoba u pratnji 500,00 kn; Specijalizanti članovi KOHOM-a – 500,00 kn; Specijalizanti nečlanovi KOHOM-a – 600,00 kn; Umirovljenici 600,00 kn; Studenti 400,00 kn; Medicinske sestre 500,00 kn
Kasna kotizacija, od 20.03.2017. – Članovi KOHOM-a 1.800,00 kn; Nečlanovi KOHOM-a 2.000,00 kn; Specijalizanti članovi KOHOM-a – 600,00 kn; Specijalizanti nečlanovi KOHOM-a – 700,00 kn; Medicinske sestre 700,00 kn

8. hrvatski kongres nefrologije, dijalize i transplantacije

9. simpozij medicinskih sestara i tehničara nefrologije, dijalize i transplantacije bubrega
Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju HLZ-a
Šibenik, 19.-22.05.2017.
Prim.mr.sc. Nikola Janković, tel.: 01/3712-258, e-mail: tajnik@hdndt.org; www.hdndt.org

Mind & Brain 57th International Neuropsychiatric Congress

Međunarodni institut za zdravlje mozga
Pula, 24.-27.05.2017.
Prof.dr.sc. Vida Demarin, mob.: 091/4321-415,
e-mail: info@pula-cong.com
Specijalizanti 100 EUR, 290 EUR rana kotizacija, 490 EUR kasna kotizacija

XI kongres intervencijskih radiologa Hrvatske s međ.sud.

Sekcija za intervencijsku radiologiju HLZ-a
Šibenik, 25.-28.05.2017.
Vinko Vidjak, prof.dr.sc., tel.: 01/2431-413,
e-mail: vinko.vidjak@gmail.com
250/300 EUR

Najčešće degenerativne bolesti – gdje smo danas?

Klinika za neurologiju KBC Rijeka
Rijeka, 27.05.2017.
Ana Turkalj Mahmutović, tel.: 051/658-311,
e-mail: neurologija@kbc-rijeka.hr

LIPANJ

12. kongres HD za digestivnu kirurgiju s međ.sud. i 1. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije

HLZ, HD za digestivnu kirurgiju, Društvo med.sestara/tehničara digestivne kirurgije, KBC Rijeka, Klinika za kirurgiju, MEF Sveučilišta u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija Rijeka, St. Mark's hospital Opatija, 07.-10.06.2017.
Ljubica Grbić, studio Hrg, tel.: 01/6110-449,
e-mail: kongres@studiohrg.hr
2.800,00 kn

