

LIJEČNIČKE novine

TEMA BROJA

Obračun plaća i
prekovremenih rad

> RAZGOVOR

Dr. sc. Krešimir Luetić

prvi dopredsjednik / v.d. predsjednika Hrvatske liječničke komore

OD 1. SIJEĆNJA 2019. STAMBENI KREDIT HRK 2,18 %

Ford NOVI ECOSPORT



Pravi mali SUV...
već od 122.990 kn



ford.hr/ecosport



Go Further

Emisija CO₂: 133-184 g/km. Prosječna potrošnja: 5,1-8,2 l/100 km. Slika je simbolična.
Za više informacija obratite se ovlaštenom Ford partneru.

LIJEĆNIČKE NOVINE

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

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA

Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.
e-mail: ladazibar@gmail.com

IZVRŠNI UREDNIK

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

NOVINARKA

Smiljana Škugor Hrnčević, dipl. politolog, e-mail: smilja.skugor@hlk.hr

IZDAVAČKI SAVJET

Miran Cvitković, dr. med. • Eva Jendriš Škrljak, dr. med.
Ivan Lerotić, dr. med. • Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med.
Prim. Mario Malović, dr. med. • Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med.
Dr. sc. Iva Pejnović Franelić, 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. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
e-mail: lijecnicke.novine@hlk.hr

UREDNIČKI ODBOR

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

Temejem 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 liječnika objavljene u ovom broju Liječničkih novina, cjelokupni odobreni sažetak svojstava liječnika te cjelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o liječnikima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

HRVATSKA LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

Preplatnička služba

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

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

Fotografija naslovnice: dr. Branko Meić-Sidić

Tisk: Radin print d.o.o., Gospodarska 9, Sveta Nedelja

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisk 13. prosinca 2018.

LIJEĆNIČKE NOVINE

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

IZDAVAČ

Aorta d.o.o., Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Croatia
e-mail: info@aorta.hr, mob + 385 99 4947 011

4 UVODNICI**6 RAZGOVOR**

Dr. sc. Krešimir Luetić

16 TEMA BROJA

Hoće li Ministarstvo priznati pogrešku?

Plaćanje prekovremenog rada

24 IZ KOMORE

Sjećanje na žrtvu Vukovara • Porez na dohodak u novom zakonu
Izvanredna sjednica Skupštine • Dobitnici godišnjih nagrada
Stipendisti Komore • Sedmi kirurški kongres

40 IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Naši dobitnici Medis Awards 2017. • Lučić: Bijeli put • Kongres transplantacijske medicine • HLS na skupštini FEMS-a
U Rijeci zahvat na srcu kroz preponu • Kronični GVHD i poslijetransplantacijske komplikacije • Osrvt prof. Pavletića
Centar za tumore prostate • Model suradnje na transplantaciji jetre • 20 godina MEF-a u Osijeku • Klinika za plastičnu kirurgiju KB-a Dubrava • Kirurgija očnih adneksa u Vinogradskoj Celijakija i Fokus-IN-CD • Svjetski dan AIDS-a

70 RIJEČ MLADIH LIJEĆNIKA

Cjeloživotno učenje
Europski gastroentero ispit

72 PRIMARCI**78 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE****96 MEDICINA 21. STOLJEĆA****98 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE****100 KNJIGOLIJEK****104 PRAVO I MEDICINA****108 NAŠI LIJEĆNICI U INOZEMSTVU****114 BIOETIKA****117 LIJEĆNIČKA KRATKA PRIČA****118 HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI****120 KOLEGA HITNJAK****122 POLJAKOV SATIRIČKI KUTAK****124 MEDICINA I UMJETNOST****126 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ
prije dopredsjednik / v.d. predsjednika
Hrvatske liječničke komore

Drage kolegice i kolege,

kraj je godine, vrijeme kada nam se pruža prilika za vrednovanje proteklog razdoblja, ali i vrijeme za planiranje nove, bolje i svjetlijih budućnosti.

Godina koja je na izmaku bila nam je poticaj za ostvarenje naših ciljeva, solidarnosti i zajedništva na zajedničkom putu koji vodi trajnom pomaganju onima kojima je naša pomoći najpotrebnija, onima bolesnima i nemoćnim te našim bližnjima koji su uvijek uz nas.

Blagdani koji su pred nama imaju u sebi snagu duha, snagu koja svima nama čini dobro.

Kao prvi dopredsjednik i obnositelj dužnosti predsjednika Hrvatske liječničke komore, kao

liječnik i Vaš kolega mogu reći da mi je bilo zadovoljstvo i čast u 2018. godini surađivati sa svima Vama.

Na našem zajedničkom uzbudljivom, dinamičnom i neprocjenjivom putovanju stekao sam neka nova poznanstva i spoznaje koje mi daju nadu i vjeru u nove zanimljive susrete ubuduće.

Uvjeren sam da ćemo zajedničkim snagama postići uspjeh, ostvariti životne ciljeve za dobrobit svih nas, naših najbližih i voljene nam domovine Hrvatske.

Svima Vama i Vašim najmilijima obilje dobra, radosti i mira u nastupajućim blagdanima.

Čestit Božić i sretna Nova 2019. godina.

S izrazitim poštovanjem,
Vaš Krešimir Luetić

Dragi liječnici, dragi čitatelji!

U blagdanski bogatom izdanju napuštamo 2018. godinu i opraćamo joj nedaće koje nam je priredila. Iz nje izlazimo još čvršći i nepokolebljivi u ustrajnosti za bolju sadašnjost i budućnost liječništva i društva u kojemu živimo. Još uvijek nas brinu neke iste brige, prekovremeno radimo, pogrešno nas malo plaćaju, borimo se za razum sustava, no naše se mišljenje ne uvažava pa je i novi zakon opet nepovoljan. Unatoč tome, nastavljamo tradiciju profesionalnih uspješnosti, inatimo se vrsnoćom, kao i uvijek kada nam je teško. A Komora je čistoga obraza stabilno uz vrijedne svoje članove, ojačana prevladanim kušnjama, u novim pregovorima za tužbe i kredite, s multifunkcijskom liječničkom iskaznicom i završenim prestižnim informatičkim sustavom

(ne zaboravite ih uporabiti!). I dalje je spremna stipendirati svoje članove za edukacije, nagrađivati najbolje za uspjehe i pomagati djeci onih koji su nas napustili zauvijek. Opet smo se poklonili Vukovaru i podsjetili se da i danas moramo voljeti domovinu, dar nam onih ondašnjih žrtava. Mi smo, liječnici, snaga uma i volje, znanja i savjesti, odgovornosti i mudrosti, i znat ćemo kako pobijediti i ove suvremene oluje. Neki od nas i dalje traže neka strana mirnija mora, a mi se trudimo privući ih natrag u naše, najljepše i najtoplje.

Želim vam svima blagoslovjen Božić i sretne blagdane, prijateljsku Novu 2019., dovoljno snage za prekovremeni rad, mudrost da znate pravilno izabrati i zdravlje za Vas, Vaše obitelji i sve nad kojima bdijete! Do slijedećeg broja u veljači 2019.



Prof. dr. LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

Osigurala **CROATIA**



UTEMELJ. 1884.

Ne čekajte da vas iznenadi požar



Osigurajte svoj dom uz policu osiguranja Croatia Imovina. Uz policu osiguranja Croatia Imovina osigurani ste od izljeva vode, poplave, požara, provale i krađe, tuče, udara groma, loma staklenih površina i brojnih drugih rizika.

Više od 130 godina uspješnog poslovanja i najšira mreža poslovnica garancija su da će vaš zahtjev biti stručno obrađen, a šteta brzo i sigurno isplaćena.

Za detalje nazovite:
0800 1884

 CROATIA[®]
OSIGURANJE

**PRVI DOPREDSJEDNIK / V.D. PREDsjEDNIKA
HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE**

Dr. sc. Krešimir Luetić

“O zbivanjima u Komori, njezinom radu i stanju u hrvatskom zdravstvu!”

Prvi dopredsjednik/v.d. predsjednika HLK dr. sc. Krešimir Luetić u inventuri učinjenog u godini na izmaku podvlači crtlu ispod odluke Skupštine HLK-a, odnosno razlozima smjene bivšeg predsjednika Komore, govori o nastavku dosadašnjih projekata i pokretanju novih te kao nepopravljivi optimist ističe uvjerenje da će iduća godina donijeti boljitet hrvatskom liječništvu i čitavom zdravstvenom sustavu.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

- Na kraju godine obično se radi inventura učinjenoza. Što je obilježilo rad Komore u godini na izmaku?

U godini koja je na izmaku Hrvatska liječnička komora pokazala je da je doista snažna i samostalna organizacija, kao malo koja u našem društvu. Dokaz tomu su unutarkomorska zbivanja tijekom ove godine. Činjenica da je na izvanrednoj sjednici Skupštine u srpnju razriješen dužnosti dotadašnji predsjednik, pokazatelj je snage, odlučnosti, transparentnosti, moralnosti i prin-

cipijelnosti naše krovne asocijacije. Delegati Skupštine koji predstavljaju glas i zastupaju interes svih članova Komore s 90%-tnom većinom donijeli su tu važnu i rekao bih, katarzičnu odluku. Razrješenje doc. Trpimira Goluže nastupilo je kao posljedica utvrđenja Nadzornog odbora da je počinio niz protustatutarnih postupanja, a između ostalog donosio financijske odluke bez prethodnog odobrenja nadležnih tijela Komore, za koje se utvrdilo da su štetne po Komoru. Naravno da jedna takva situacija nije ugodna za Komoru kao instituciju jer narušava njezin ugled, no mišljenja sam da je Komora upravo na ovom primjeru pokazala da je drugačija od brojnih drugih institucija u hrvatskom društvu koje se većinom opredjeljuju za politiku „ne talasaj“ i zapravo nemaju snage ili volje

A professional portrait of a man with dark hair and a well-groomed beard and mustache. He is wearing a dark blue suit jacket, a white dress shirt, and a dark blue tie with small white dots. He is looking slightly to his right with a neutral expression. The background is a light-colored wall with some faint text.

Intenzivno ćemo raditi
na nastavku projekata za
liječnike - raspisivanja
natječaja za dodjelu
stipendija za inozemno
stručno usavršavanje na
projektu „Kontinuirano
stručno usavršavanje
liječnika opće/obiteljske
medicine“.

obračunati se sa nepravilnostima u vlastitim redovima pa čak i kada one dolaze od samog vrha.

► Je li to razdoblje usporilo temeljni rad Komore?

Uz sve te unutarnje turbulencije Komora je uredno obavljala sve dodijeljene joj javne ovlasti te realizirala niz projekata koje donose jasan benefit našim članovima. Spomenuti ču samo najvažnije. Dopunsko zdravstveno osiguranje koje Komora nudi svojim članovima prepoznato je široko među članstvom kao dobar projekt i gotovo 12.000 naših članova u ovom trenutku iskoristilo je tu mogućnost. Polica koju je HLK sklopila s partnerskom osiguravateljskom kućom omogućava i povoljnije dopunsko zdravstveno osiguranje za članove obitelji liječnika te dodatne individualne opcije u nadogradnji osnovnog pokrića. Polica pravne zaštite koju je Komora sklopila za svoje članove alat je koji omogućava članovima aktivaciju u slučajevima kada se nađu u situacijama kaznenog, prekršajnog ili disciplinskog progona iz domene profesionalne djelatnosti ili žele zaštiti svoje interesu vezano uz radno-profesionalni status sudskim putem. Pored ove dvije police osiguranja osiguratelj je preuzeo i obvezu pokrića troškova po tužbama za pogrešan obračun prekovremenih sati. To se odnosi na zahtjeve za pokretanje tužbi koje su podnesene putem obrasca HLK-a do 15. ožujka 2018. godine, a za koje će svi sudski postupci biti pokrenuti do konca ove godine, kako bi se izbjegla zastara te kako bi bio obuhvaćen maksimalan period utuživosti. Posebno

je važno naglasiti da su ti postupci bez finansijskog rizika za članove jer trošak do pravomoćnosti presude u cijelosti pokriva osiguratelj. Komora je zaprimila više od 1500 takvih zahtjeva kolega liječnika zbog pogrešno obračunatih prekovremenih sati. Do zastaja u postupku pokretanja tužbi došlo je zbog neodgovornog postupanja članova tadašnjeg pravnog i stručnog tima Komore postavljenih od strane bivšeg predsjednika HLK-a, što je maksimalnim naporima ovog vodstva rješeno na dobrobit članova. Tužbe dakle idu do kraja godine.

► Ide li dalje i stipendiranje inozemnog stručnog usavršavanja?

Da. Stipendiranje članova Komore za inozemno stručno usavršavanje iznosom do 20.000 kuna po članu, projekt je koji je izuzetno dobro primljen među članovima te šire

prepoznat kao važan pozitivan iskorak HLK-a u osnaživanju hrvatskog zdravstva. Dokaz tomu je više od 100 stipendista u 2018. godini. Radi se o stipendiranju inozemnog usavršavanja s ugovornom obvezom za člana i njegovu matičnu ustanovu da naučenu vještina ili stečeno znanje član nakon edukacije u kratkom roku implementira u svoj svakodnevni rad te da o istoj održi edukaciju ostalim zainteresiranim kolegama u svojoj sredini i drugdje gdje se ukaže potreba. Ovim projektom HLK podiže kvalitetu hrvatskog zdravstva od čega naajviše koristi imaju naši pacijenti. Nedavno smo u medijima mogli čitati o endoskopskom ORL zahvatu na uhu koji je prvi puta učinjen u Hrvatskoj, a izveo ga je upravo stipendist HLK nakon povratka sa usavršavanja u Njemačkoj. Uvjeren sam da će takvih primjera biti još.

Po naravi sam nepopravljivi optimist pa se tako nadam boljoj budućnosti hrvatskog liječništva i našeg zdravstvenog sustava.



- U Hrvatskom saboru prihvaćen je novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji stupa na snagu s prvim danom 2019. Jeste li zadovoljni novim rješenjima ili....?

Komora želi aktivno surađivati i biti konstruktivan partner zdravstvenoj administraciji, poglavito Ministarstvu zdravstva. Upravo zato smo pripremu i donošenje Zakona o zdravstvenoj zaštiti doživjeli kao prioritet u tom smislu te iznijeli niz prijedloga u svrhu njegovog poboljšanja. Nažalost, neke od najvažnijih Komorinih ideja nisu uvrštene u taj Zakon, kao što su zadržavanje pripravničkog staža ili zamjensko uvođenje sekundarijata, reforma specijalističkog usavršavanja, ukidanje tzv. „robovlasničkih ugovora“ za specijalizante, omogućavanje svim lijećnicima u PZZ slobodan izbor za odlazak u koncesiju tj. privatnu ordinaciju, legalizaciju velikog obujma prekovremenog rada liječnika itd. Zakon je donio određena poboljšanja, a glede prijedloga koji nisu zasada implementirani u Zakon, Komora će nastaviti s upornom argumentacijom za njihovo uvrštavanje u neke buduće izmjene i dopune zakonskog akta.



» Pozdravljam svačiju inicijativu u smislu buduće kandidature za tijela Komore, ne samo za predsjednika i zamjenika nego i za zastupnike u Skupštini. I neka bolji pobijedi! «

- Kako tumačite da zakonodavac nije prihvatio prijedloge liječničke struke?

Predlagatelj Zakona, tj. Ministarstvo zdravstva i zakonodavac Hrvatski sabor, preuzeli su odgovornost za usvojeno zakonsko rješenje. Naglasak predlagatelja bio je na nekim drugim rješenjima koje se razlikuju od Komorinih prijedloga. Uvjeren sam da će se relativno brzo ići u promjene predmetnog propisa zato što će predlagatelj uvidjeti potrebu poboljšanja određenih odredbi, a potaknut ponajviše razvojem situacije na terenu. Ponoviti ću da Hrvatska nije i ne može biti otok u EU-u pa će tako zasigurno određene krute, arhaične i partikularnim interesima utemeljene zakonske odredbe relativno brzo doživjeti svoje usklađenje s kvalitetnijim i suvremenijim rješenjima kakva možemo vidjeti u uređenijim sustavima odnosno državama.

- Često ste izjavljivali da bolnički sustav počiva na nezakonitom radu. Možete li nam obrazložiti zašto to mislite?

Da, to je istina. Podatak da liječnici godišnje ostvare gotovo 3.000.000 prekovremenih sati pokazuje da je veliki volumen prekovremenoga rada nužan kako bi sustav funkcionirao, odnosno da nam nedostaje izvršitelja u sustavu. Više od polovice liječnika koji dežuraju tj. rade prekovremeno godišnji broj prekovremenih sati veći je od dozvoljenog maksimuma prema Zakonu o radu, dakle radi se o protuzakonito velikom broju prekovremenih sati. Kada bi se njihov opseg prekovremenog rada sveo u zakonske okvire mogli bi jednostavno zaboraviti na sadašnji način dežurstava i pripravnosti što bi imali značajne reperkusije na dostupnost i kvalitetu zdravstvene zaštite za naše građane. Stoga se jednostavno nameće zaključak da bolnički sustav u RH trenutno počiva na nezakonitom radu liječnika, odnosno njihovoj svojevrsnoj žrtvi, odricanju i narušavanju vlastite kvalitete obiteljskog i osobnog života.

- Što Komora može poduzeti i što poduzima?

Komora već niz godina zagovara uređenje našeg zdravstvenog sustava, pa tako i radnog statusa liječnika. Jedan od glavnih zahtjeva ne samo HLK nego i svih drugih liječničkih asocijacija je strukovni kolektivni ugovor ili neka vrsta njegovog ekvivalenta kao što je primjerice Zakon o plaćama liječnika i sl. Pri tome smo odgovornima u državnoj administraciji, pa i samom premijeru, isticali argumente koji idu u prilog tome, da sve razvijene države EU imaju takvo zakonsko rješenje, da je liječništvo profesija sa nizom specifičnosti te kao takva iziskuje poseban

propis kako bi se one uredile, da se donošenjem strukovnog ugovora za liječnike neće otvoriti „Pandorina kutija“ tj. poplava sličnih zahtjeva drugih profesija jer se takvo što nije dogodilo primjerice u Sloveniji itd. Uvјeren sam da će Vlada RH, poglavito Ministarstvo rada i Ministarstvo zdravstva uvidjeti da je takva promjena ne samo nužnost kako bi se rad liječnika „legalizirao“, nego i optimalno rješenje kakvo već godinama funkcioniра u uređenijim državama EU. Nadam se da ćemo takav željeni ishod dočekati još za mandata ove Vlade.

► Odlazak liječnika je sve vidljiviji. Što bi trebalo učiniti da se zaustavi?

Bolje reći kako zadržati liječnike i druge zdravstvene profesionalce u Hrvatskoj. Da bismo zadržali hrvatske liječnike u našoj zemlji potrebne su sustavne i kontinuirane mjere, kako one na razini središnje države, tako i one na razini lokalne države. Ja bih dodao da je više od svega nužna promjena načina razmišljanja. Unatoč tome što Komora i druge liječničke organizacije već godinama naglašavaju problem manjka liječnika, koji se stalno produbljuje, tek nedavno možemo zamijetiti da su i političari pomalo postali svjesni toga. Dok su se mjere lokalne države počele, doduše sporadično, donositi, one s razine središnje države još uvijek nažalost izostaju. Glede pozitivnog iskoraka lokalne države uvijek želim istaknuti primjer Bjelovarsko-bilogorske županije koja je donijela konkretnu odluku da tri milijuna kuna u naredne tri godine alocira u subvenciju kamata za stambene kredite liječnika ili za financiranje podstanarskog najma te stručnog usavršavanja liječnika. U mjere koje su u ingerenciji središnje države spadaju promjena zakonskog okvira te omogućavanje već spomenutog strukovnog kolektivnog pregovaranja, osvremenjivanje specijalističkog usavršavanja liječnika, zadržavanje pripravnika staža ili sekundarijata, prestanak prekršajnog procesuiranja liječnika zbog velikog broja prekovremenih sati, porezne olakšice ili veće glavarine za rad u manje atraktivnim sredinama, omogućavanje odlaska u koncesiju svim zainteresiranim

SVIBANJ 2018.

Na sjednici Izvršnog odbora se saznaje da nezavisna revizorska tvrtka nije dala pozitivno mišljenje o finansijskom poslovanju Komore za 2017. godinu.

Redovita sjednica skupštine Komore - raspravljanje o finansijskom poslovanju Komore, postavljana pitanja tadašnjem predsjedniku doc. Trpimiru Goluži u vezi sa završnim računima projekta adaptacije stanova Komore u Zagrebu i Rijeci.

LIPANJ 2018.

Nadzorni odbor Komore utvrđuje protustatutarno postupanje tadašnjeg predsjednika Komore doc. Trpimira Goluže u doноšenju finansijskih odluka, na štetu Komore, bez znanja i suglasnosti nadležnih tijela Komore, u vezi s adaptacijom stanova u Zagrebu i Rijeci te transakcija između Komore i Komorine tvrtke kćeri Aorte i plaćanja intelektualnih usluga.

SRPANJ 2018.

Izvanredna sjednica skupštine Komore sazvana na zahtjev Izvršnog odbora i delegata Skupštine Komore - razrješenje dužnosti tadašnjeg predsjednika Komore doc. Trpimira Goluže zbog navedenoga u izješču Nadzornog odbora. Funkciju v.d. predsjednika Komore preuzima dr. sc. Krešimir Luetić.

liječnicima u PZZ. Nadalje, potrebno je u prvom redu napustiti penalizacijski model kadrovskog planiranja liječnika, kakav egzistira na ovim prostorima još od vremena bivše države, a primjer za to su tzv. robovlanski ugovori za specijalizante. Takav model treba zamijeniti stimulacijskim. Robovlasnički ugovori i zastarjeli sustav specijalističkog usavršavanja jedan su od glavnih razloga zašto se mladi liječnici odlučuju na odlazak u inozemstvo, uz naravno uvjete rada, visinu primanja, organizaciju posla, opterećenost brojnim prekovremenim satima, nemogućnost realizacije profesionalnih ambicija itd.

U anketi koji smo proveli nad 1500 mladih liječnika, finansijski razlog bio je tek na trećem mjestu kod odluke o odlasku u inozemstvo, nakon uvjeta rada i organiziranosti sustava. To nam jasno ukazuje gdje treba uložiti dodatni napor u svrhu zadržavanja liječnika.

► Što je s mladim liječnicima koji izlaze s fakulteta, ukinut je pripravnicički staž?

Mladi liječnici odnosno budući mladi liječnici nalaze se u jednoj nezahvalnoj situaciji. Naime, prije početka zadnjeg semestra studija medicine naši mladi budući kolege još ne znaju sa sigurnošću hoće li imati pripravnicički staž ili neće. Točnije hoće li imati neku zamjenu za pripravnicički staž koji je novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti ukinuo. U protekloj godini mogli su čuti nekoliko različitih izjava najodgovornijih ljudi iz zdravstvene administracije o toj temi, pa mogu razumjeti njihovu zbumjenost. To nije dobro. Općenito se kod nas relativno često i ponekad prebrzo mijenjaju propisi, tako da liječnik na početku svoje profesionalne karijere nije upoznat niti može biti siguran na koji način i pod kojim propisima će se njegova karijera razvijati. Studenti završnih godina medicinskog fakulteta i mladi liječnici nezadovoljni su ukidanjem pripravnicičkog staža, a i Komora to ocjenjuje korakom unatrag u strukturi stručnog usavršavanja liječnika, jer im ne daje potrebnu sigurnost ulaska u rad u zdravstvenom

sustavu. Smatramo da bi, ako je već ukinut staž, trebalo uvesti tzv. sekundarijat, po uzoru primjerice na Sloveniju, koji bi počinjao odmah nakon završenog fakulteta, a mladi bi se liječnici usavršavali pod nadzorom mentora tijekom 9 do 24 mjeseca. Prvih minimalno 9 mjeseci sekundarijata trebalo bi biti strukturirano i obvezno za sve, na način da mladi liječnik radi u sustavu bolničke i izvanbolničke hitne medicinske pomoći te ordinaciji obiteljskog liječnika, uz završavanje tečaja naprednog održavanja života (ALS). Nakon toga liječnik bi ostatak sekundarijata, dok čeka specijalizaciju provodio radeći unutar specijalnosti koja ga zanima i to bi mu se vrijeme kasnije moglo uračunati u program specijalističkog usavršavanja. Umjesto ponekad dugotrajnog čekanja na specijalizaciju, mladog se liječnika na ovaj način uvodi u sustav bez odgode.

■ **Kakvi su planovi za iduću godinu, na čemu će biti naglasak rada Komore?**

Sljedeća godina je izborna godina u Komori. Očekuju nas novi izbori za sva tijela Komore te će pravilno održavanje izbornog procesa, između istaloga, biti u fokusu rada mojih suradnika i mene. Izvore ćemo po prvi puta održati elektronički putem, pomoći liječničkim iskaznicama. Trenutno smo u završnoj fazi rada na osiguranju svih infrastrukturalnih te tehnoloških preduvjeta za to. Naime, radi se o nastavku projekta e-Komora te će na taj način HLK biti prva institucija u Hrvatskoj u kojoj će se izbori održati na ovakav suvremeneni način. Do sada je izrađeno gotovo 12.000 pametnih liječničkih iskaznica. Naravno, alternativno će biti moguće i dopisno glasovanje za kolege koji neće moći glasovati na taj način.

Intenzivno ćemo raditi na nastavku projekata za liječnike poput raspisivanja sada već trećeg natječaja za dodjelu novčanih sredstava za inozemno stručno usavršavanje članova HLK, zatim nastavak rada na projektu „Kontinuirano stručno usavršavanje liječnika opće/obiteljske medicine“, a kojim su osigurana bespovratna sredstva iz Europskog socijalnog fonda. Komora će u tu

STUDENI 2018.

Izvanredna sjednica skupštine Komore - nije usvojeno financijsko izvješće za 2017. godinu zbog utvrđenih nepravilnosti u poslovanju (prethodno navedeno).

Odobreno je sklapanje novog ugovora za 2019. g. s Croatia osiguranjem za policu dopunskega zdravstvenog osiguranja liječnika i policu pravne zaštite, koji ugovor uključuje i tužbe za pogrešan obračun plaća (ugovor za 2018. g. ugovoren s ARAG-SE/CO nije produljen zbog problema u ostvarenju navodno dogovorenih prava, a netočno komunicirao stručni i pravni tim imenovan od bivšeg razriješenog predsjednika Komore).

PROSINAC 2018.

Pod vodstvom v.d. predsjednika Komore dr. sc. Krešimira Luetića dogovorena je nova stambena kreditna mogućnost za liječnike - članove Komore – Privredna banka Zagreb, na 7 godina, s kamatom stopom 2,18 %

svrhu organizirati radionice po županijskim središtima, te će dovesti najbolje predavače koji će liječnicima opće i obiteljske medicine prenijeti najnovije spoznaje o pojedinim dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Stručno usavršavanje će se provoditi kroz predavanja, interaktivne seminare, vježbe na modelima i simulacijske vježbe. Za projekt stipendiranja inozemnog stručnog usavršavanja u 2019. godini osigurali smo 1,5 milijuna kuna tako da će još više naših članova moći participirati u tom projektu.

■ **Možete li reći nešto o pogodnostima koje je Komora uspjela dogovoriti za svoje članove?**

Želim posebno istaknuti nove uvjete koje je Komora ispregavarala s poslovnom bankom koja je naš partner. Komora je prije toga aktivno sudjelovala u nedavnoj proceduri donošenja izmjena i dopuna Zakona o pritužbi na dohodak i predlagatelju zakonskog prijedloga Ministarstvu financija uspješno uspjela argumentirati dobrobiti promjene zakonske odredbe koja je donji limit kamata postavljala na 3 posto, odnosno da se izmjenom zakona spusti na 2 posto. Nakon što smo na taj način ostvarili preduvjete za još povoljnije uvjete za kreditne proizvode, uspjeli smo za naše članove dogovoriti kamate za stambene kredite u visini od 2,18% fiksno na 7 godina u kunama i eurima. To je daleko najniža kamata na našem tržištu i konačno sa zadovoljstvom možemo reći smo liječnicima osigurali kreditne uvjete usporedive sa razvijenim državama.

■ **Imate li informaciju kada će Vijeće Komore raspisati izbore za komorska tijela?**

Vijeće Komore je tijelo koje jedino ima statutarnu ovlast donijeti odluku o raspisivanju izbora za tijela Komore. Pravilnikom o izboru tijela Hrvatske liječničke komore pobliže je uređen način na koji se odvijaju izbori za sva tijela Komore. Odluku o raspisivanju izbora za Skupštinu Komore donosi Vijeće Komore najkasnije 60 dana prije isteka mandata zastupnicima u

Skupštine Komore. Istovremeno s odlukom o raspisivanju izbora za Skupštinu Komore, Vijeće Komore donosi i odluku o raspisivanju izbora za predsjednika i zamjenika predsjednika Komore. Također, Vijeće Komore bira i razrješuje Središnje izborne povjerenstvo koje provodi navedene izbore. Dakle, s obzirom da su izbori za tijela Komore u nadležnosti Vijeća Komore, Vaše pitanje bi bilo ispravnije postaviti predsjedniku Vijeća Komore. No, mogu potvrditi da u ovom mjesecu, dakle u prosincu, započinje izborni proces biranjem Središnjeg izbornog povjerenstva s ciljem kako bi se na proljeće slijedeće godine stekli svi potrebni uvjeti za provođenje izbora. Naravno, to uključuje i završetak svih tehnoloških preduvjeta za realizaciju e-izbora.

► **Neki članovi su, doduše u medijima, već istaknuli neslužbenu kandidaturu za čelna mesta Komore. Kako to komentirate?**

Pojačani interes za nadolazeće izbore u Komori shvaćam i kao uspjeh ovog vodstva HLK, budući da smo očito uspjeli približiti ulogu i značenje Komore našim članovima. Demokratsko je pravo svakog člana Komore kandidirati se za tijela Komore ukoliko ispunjava propisane uvjete za pravovaljanost kandidature. S obzirom na izbore još nisu raspisani u ovom trenutku možemo govoriti o neslužbenim kandidaturama i tzv. predkampanji. Budući da će predsjednika i zamjenika predsjednika Komore na ovim izborima birati svi članovi Komore neposrednim

putem odnosno po načelu 1 član -1 glas, u duhu demokratskih načela poželjno je imati mogućnost biranja između što više kandidata. Tako da pozdravljam svačiju inicijativu u smislu buduće kandidature za tijela Komore, ne samo za predsjednika i zamjenika nego i za zastupnike Skupštine. I neka bolji pobijedi!

► **Hoćete li se Vi kandidirati i s kojim programom za novi mandat?**

Još nisam donio odluku o tome. Trenutno sam maksimalno zaokupljen radom na tekućim projektima HLK-a, ponajviše onima koji donose jasne benefite našim članovima. O potencijalnoj kandidaturi odlučit ću nakon konzultacija sa svojim suradnicima i članstvom. Kao obnašatelj dužnosti predsjednika Komore od srpnja ove godine, a prethodno od 2015.g. kao prvi dopredsjednik stekao sam veliko iskustvo u iznimno odgovornoj funkciji vođenja i upravljanja najvećom samostalnom, neovisnom, staleškom i strukovnom organizacijom liječnika. To smaram vrijednim argumentom te zalogom za kvalitetnim potencijalnim dalnjim obnašanjem vodeće osobe Komore. Osim nastavka rada na započetim projektima koje sam prethodno naveo, svakako želim ubuduće još bolje pozicionirati liječnike u Republici Hrvatskoj te im osigurati društveni i profesionalni status kakav zaslužuju, budući da smo struka koja prolazi najduži edukacijski put od početka fakulteta do konačne izobrazbe u užeg specijalistu. Vjerujem da za navedeno imam potrebno znanje, iskustvo, ideje i ustrajnost.

U preostalom dijelu mandaasta nastaviti ću s promicanjem uključivosti kako bi smanjio određene nesuglasice koje ponekad postoje među krovnim liječničkim asocijacijama. I ovim putem pozivam Hrvatski liječnički zbor, Hrvatski liječnički sindikat, Koordinaciju hrvatske obiteljske medicine, Hrvatsku udrugu bolničkih liječnika (HUBOL) i ostale liječničke udruge na zajedništvo, ne samo na deklarativnoj, već i na praktičnoj razini, a sve radi postizanja zajedničkih staleških i strukovnih ciljeva.

► **Kako vidite budućnost hrvatskog liječništva?**

Po naravi sam nepopravljivi optimist pa se tako nadam boljoj budućnosti hrvatskog liječništva i našeg zdravstvenog sustava. No, realist u meni je svjestan da ovakav sustav opstaje ponajviše na požrtvovnosti, entuzijazmu, marljivom radu i prekovremenim satima koje odrade liječnici i ostalo medicinsko osoblje. Nažalost, odlasci liječnika u inozemstvo predstavljaju i dalje veliku prijetnju hrvatskom liječništvu i našem zdravstvenom sustavu te će biti potrebno uložiti dodatne napore kroz sve liječničke asocijacije da se ti negativni trendovi zaustave odnosno da se kolege koje su napustile Hrvatsku potaknu na povratak u Domovinu. Nadalje, iznimno je važno motivirati mlade liječnike koji su na početku svog radnog vijeka na ostanak u Hrvatskoj.

Zaključno bih rekao da ćemo mi liječnici kao stalež imati onoliko dostoјnu budućnost koliko se budemo imali hrabrosti i snage boriti za nju.

» Uspjeli smo za naše članove dogovoriti kamate za stambene kredite u visini od 2.18% fiksno na 7 godina u kunama i eurima. To je daleko najniža kamata na našem tržištu i konačno sa zadovoljstvom možemo reći da smo liječnicima osigurali kreditne uvjete usporedive sa razvijenim državama. «

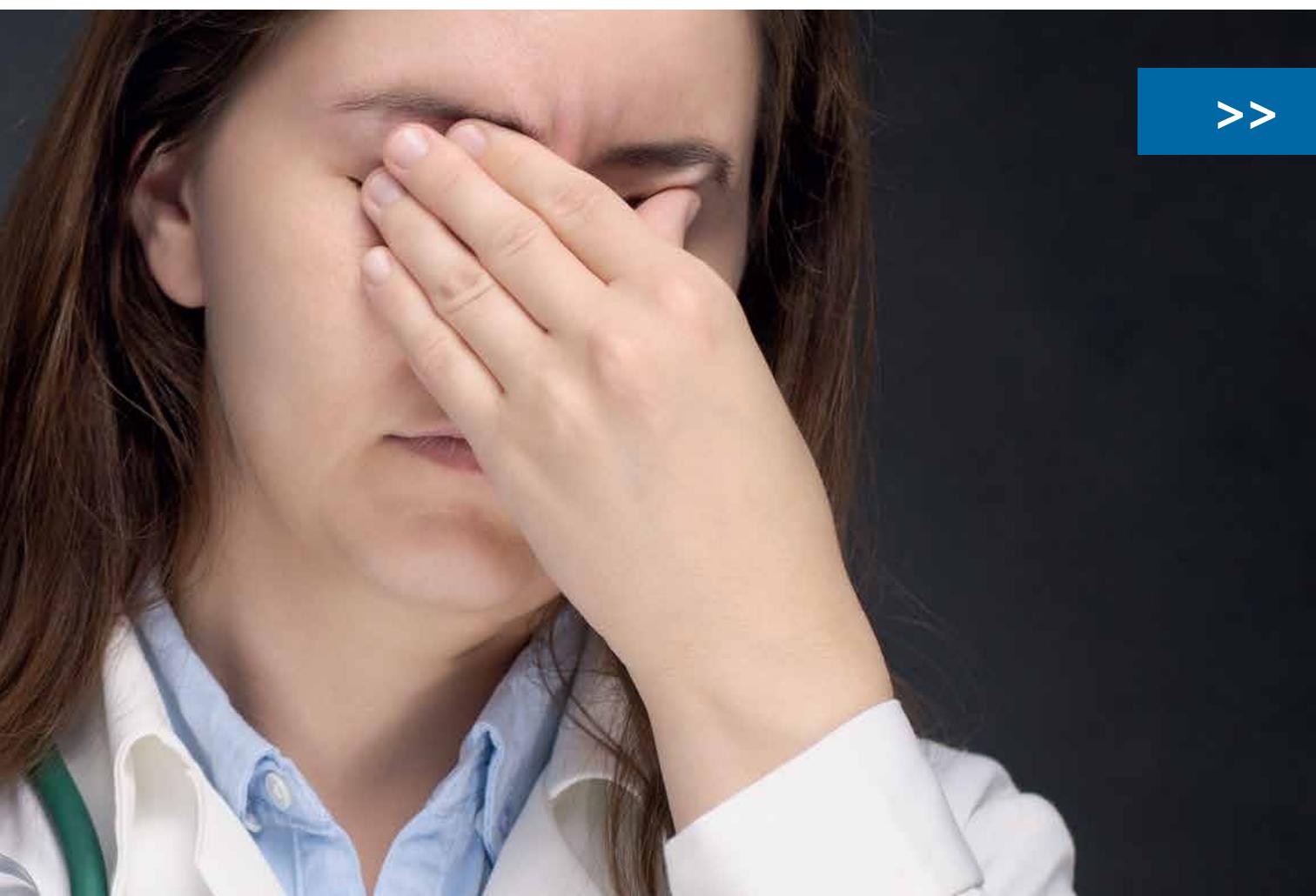
POGREŠNO OBRAČUNANI PREKOVREMENI SATI I DODACI NA LIJEĆNIČKE PLAĆE

> HOĆE LI MINISTARSTVO ZDRAVSTVA U 2019. PRIZNATI POGREŠKU ILI ĆE PRESUDITI VRHOVNI SUD

 Pripremila: SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Niti nakon pet godina, točnije od 2013. kada je krenulo pogrešno obračunavanje prekovremenih sati i dodataka na plaću, zdravstvena administracija nije izrazila spremnost da u dogovoru s predstavnicima liječničkih asocijacija riješi, ili bar pokuša riješiti problem zbog kojega bolnički liječnici odrade mjesечно ogroman broj prekovremenih sati i koji im na koncu nisu odgovarajuće plaćeni. Ogroman broj prekovremenih, što godišnje iznosi i do tri milijuna, bolnički liječnici odrade zbog manjka kolega i potrebe pacijenata kako se zdravstveni sustav kakav imamo ne bi urušio.

>>



Procjene govore da je po sadašnjem obračunu prekovremenih i dodataka na plaću svaki liječnik zakinut za prosječno i do tisuću kuna mjesечно, što je, kada se u obzir uzmu do sada podignute sudske tužbe, ogromna cifra koja bi državni proračun mogla opteretiti i do dvije milijarde kuna.

Kako početkom godine nastupa zastara za mogućnost podizanja sudske tužbe za pogrešno obračunavane sate od 2013. godine, u posljednjem mjesecu ove godine bolnički liječnici diljem Hrvatske najavili su podizanje novih tužbi kojih bi moglo biti i do dvije tisuće.

Ukupno su do sada podigli oko 3.400 tužbi po kojima je u tijeku 1.200 sudske postupaka. U prvom sudskom stupnju okončano je 300 postupaka i svi su bili u korist liječnika.

Više od 100 ih je pravomoćno riješeno na drugostupanjskim sudovima i 98 posto ih je dosuđeno u korist liječnika, podaci su koje je nedavno iznio Hrvatski liječnički sindikat.

> **SUDSKE PRESUDE U 98 POSTO SLUČAJEVA U KORIST LIJEČNIKA**

Iako je postotak riješenih sudske tužbe u odnosu na poslodavce daleko na strani liječnika (98 posto), mnogi od njih smatraju kako je čitava situacija absurdna i ponižavajuća. Zaista, u situaciji kada zbog nedostatka kolega odrađuju ogroman posao kako se sustav ne bi urušio, kada daju sve od sebe, natjerani su da vode brigu o tužbama, punomoćima i sudskim procesima, što je ispod liječničkog dosta-janstva i posla koji obavljaju.



Iz podataka o pravomoćnim tužbama ogleda se i absurdnost da ima sudova koji različito gledaju na taj problem te se konačna odluka očekuje od Vrhovnog suda. Uz taj, drugi je absurd da poslodavci koji su izgubili sudske sporove i dalje lijećnicima prekovremene sate i dodatke na osnovnu plaću obračunavaju na jednak pogrešan način.

U prilog liječničkim nastojanjima ide odluka Vrhovnog suda koji je 2014. odlučivao o sličnoj pitanjima kada se radilo o pravosudnim policajcima. Tada je Vrhovni sud odlučio da pravosudni policajci imaju pravo na dodatak za posebne uvjete rada i kada rade u redovnoj satnici i u prekovremenom radu. U to je vrijeme njihov kolektivni ugovor bio identičan kolektivnom ugovoru koji sada vrijedi za zdravstvene radnike pa je za nadati se da će i u slučaju liječnika donijeti pozitivnu odluku.

U vezi s pitanjem prekovremenih sati,

Hrvatska liječnička komora i druge liječničke udruge opetovano su tijekom godine predlagali rješenja i pozivali Ministarstvo zdravstva i Vladu RH na dogovor, ali nažalost bezuspješno.

Tek neznatan pomak može se iščitati u malo mekšem stavu ministra zdravstva prof. dr. Milana Kujundžića koji je, za razliku s početka godine, nedavno izjavio da liječnici s pravom kažu da trebaju biti drugačije plaćeni i da će se problem riješiti kolektivnim pregovaranjem koje će početi u proljeće iduće godine.

Naime od te za liječnike vrlo sporne 2013. na snazi je i Zakon o reprezentativnosti koji je usvojila Vlada Zorana Milanovića dok je ministar rada bio liječnik Mirando Mrsić, a iz kojeg je zbog nedovoljnog broja članova izbačen Hrvatski liječnički sindikat kao službeni predstavnik liječnika u Hrvatskoj. Od tada o liječničkim pravima, plaćama, obvezama, umjesto njih

pregovaraju nezdravstveni radnici zaposleni u zdravstvenom sustavu, a što je svojevrstan presedan zbog kojeg ne treba čuditi nerješavanje gorućeg pitanja pogrešno obračunanih prekovremenih sati i dodataka na osnovnu liječničku plaću.

Na upit Liječničkih novina Ministarstvu rada, jesu li krenule konzultacije u vezi s izmjenom tog Zakona o reprezentativnosti, odgovor nismo dobili ni nakon više od 20 dana.

> COP NE PREPOZNAJE RAZLIČITOST PLAĆA U ZDRAVSTVU

Kada liječnici ne bi pristajali na prekovremeni rad dulji od 48 sati tjedno zdravstveni sustav bi se urušio. Vještačenja nezavisnih finansijskih i knjigovodstvenih stručnjaka pokazala su da na prekovremene sate liječnicima nisu obračunani dodaci na uvjete rada, liječničku odgovornost i znanstvene titule, a posebna priča je i COP (centralni obračun plaća) koji ne poznaje različitost plaća u zdravstvu. Naime, lijećnicima se, kao ni drugim zdravstvenim djelatnicima, na prekovremene sate ne obračunava, primjerice, dodatak na subspecijalizaciju i odgovornost, kao ni drugi dodaci na koje imaju pravo u satnici kad je riječ o osnovnoj plaći. Zbog toga na prekovremenoj satnici liječnici gube od 15 do čak 40 posto u odnosu na onu u osnovnoj plaći.

Iako je postotak pozitivno riješenih sudske tužbi u odnosu na poslodavce daleko na strani liječnika, mnogi od njih smatraju kako je čitava situacija absurdna i ponizavajuća. Zaista, u prilikama kada zbog nedostatka kolega odraduju ogroman posao kako se sustav ne bi urušio, kada daju sve od sebe, natjerani su voditi brigu o tužbama, punomoćima i sudskim procesima, što je ispod liječničkog dostojanstva i posla koji obavljaju.

Stručnjaci objašnjavaju da je problem nastao zbog pogrešnog tumačenja pojma "osnovna plaća". Osnovna plaća u Zakonu o plaćama u javnim službama (ZPJS) definirana je kao umnožak osnovice s koeficijentom složenosti posla, čemu treba dodati uvećanje temeljem ostvarenoga radnog staža, pola postotka za svaku punu godinu staža koju je radnik ostvario. To je, dakle, osnovna plaća.

Prema ZPJS-u dodaci na plaću (i prekovremeni rad) obračunavaju se na osnovnu plaću. Centralnim obračunom plaća, međutim, liječnicima i medicinskim sestrama ti su dodaci obračunani na osnovnu plaću koja im se isplaćuje u redovnom, ali ne i na osnovnu plaću koja im se isplaćuje u prekovremenom radu.

Nisu se uvjeti rada na radnom mjestu promijenili samo zato što je liječnik odradio svoju mjesecnu satnicu. Po tome je moguće da liječnički tim operaciju započne u uredovnoj satnici, a da do kraja operacije već uđe u prekovremeni rad. U redovnom im se radu plati dodatak za odgovornost, a u prekovremenom ne plati, objašnjavaju stručnjaci.

> **MEĐU PRVIMA PRAVOMOĆNA RJEŠENJA I ODŠTETU VIŠU OD 600 TISUĆA KUNA DOBILI LIJEČNICI IZ KBC-A OSIJEK**

Među prvima koji su podigli tužbe i dobili pravomoćna rješenja bili su liječnici iz KBC-u Osijek. Dvadesetak liječnika dobilo je pravomoćne presude i osječka bolnica morala im je isplatiti svakom i više od 100.000, a nedavno ostalima pola milijuna kuna. Kao što smo već napisali, da absurd bude veći, provjerili smo da i nakon te isplate bolnica nije promjenila postupanje pa je istim liječnicima u ovoj i prošloj godini ponovno isplaćivala prekovremene bez očekivanih dodataka. Naravno, isti su liječnici, poučeni sudom, pokrenuli nove tužbe.

> **IAKO BI MU BIO ISPLATIVIJI DOGOVOR O ISPLATI DUGOVANJA NA RATE, MINISTARSTVO NIJE PRISTALO**

Očekujemo da bi još 2000 bolničkih liječnika moglo podići tužbe do kraja ove godine jer im je Hrvatska liječnička komora (HLK) Policom pravne zaštite omogućila da ne moraju plaćati sudske troškove, a dio njih podići će tužbe i uz pomoć HLS-a, kaže v.d. predsjednika HLK-a, dr. Krešimir Luetić.

Predsjednik Povjerenstva za bolničku djelatnost HLK-a,

Iz podataka o pravomoćnim tužbama ogleda se i absurd da ima sudova koji različito gledaju na njih te se konačna odluka očekuje od Vrhovnog suda. Uz taj, drugi je absurd da poslodavci koji su izgubili sudske sporove i dalje liječnicima prekovremene sate i dodatke na osnovnu plaću obračunavaju na jednakog pogrešan način.

prof. dr. Davor Vagić, ističe kako se radi o zakidanju oko 6000 bolničkih liječnika, a izračuni govore da bi to koštalo najmanje milijardu i pol kuna. Naveo je da je nedavno liječnica iz KBC-a Sestre milosrdnice dobila nepravomoćnu presudu prema kojoj bi joj bolnica trebala, ako tu presudu potvrди i drugostupanjski sud, isplatiti 80.000 kuna plus kamate. To znači da je njezina plaća u ovih pet godina svaki mjesec bila manja za 1000 kuna.

> **ZAKON O RADU, KOLEKTIVNI UGOVORI I SUDSKA PRAKSA DAJU ZA PRAVO LIJEČNICIMA**

Zakon o radu, Temeljni kolektivni ugovor, Kolektivni ugovor (KU) i sudska praksa daju za pravo liječnicima potraživati dodatke na plaću za prekovremeni rad jednakog kao za redovan rad.

Detaljno analizirajući trenutnu sudsку praksu dolazimo do zaključka da liječnici, kada im KU daje istodobno pravo na isplatu više različitih dodataka, imaju pravo na isplatu kumulativno svih dodataka po osnovama čl. 57. KU/13 zajedno s dodatkom za prekovremeni rad, odnosno da pored dodatka od 50 % za svaki odrađeni sat u prekovremenom radu liječnici ostvaruju i pravo na - ovisno o konkretnim situacijama - dodatke za odgovornost za život i zdravlje pacijenata te dodatke za znanstveno zvanje (magisterij ili doktorat), dodatke s osnove otežanih uvjeta rad i s osnove položajnog dodatka, za sve sate rada, a ne samo za redovni mjesecni fond sati. Također valja istaknuti i da Zakon o radu jasno uređuje da se, u slučajevima kada je neko pravo iz radnog odnosa različito uređeno ugovorom o radu, pravilnikom o radu, sporazumom sklopljenim između radničkog vijeća i poslodavca, kolektivnim ugovorom ili zakonom, primjenjuje ono za radnika najpovoljnije pravo, što znači da se na liječnike treba primjenjivati i zakoniti izračun plaća i dodataka na plaću. Nastave li poslodavci s ovakvim nezakonitim obračunom, i ne dođe li do nekog neočekivanog

>>



Stručnjaci objašnjavaju da je problem nastao zbog pogrešnog tumačenja pojma "osnovna plaća". Osnovna plaća u Zakonu o plaćama u javnom službama (ZPJS) definirana je kao umnožak osnovice s koeficijentom složenosti posla, čemu treba dodati uvećanje temeljem ostvarenoga radnog staža, pola postotka za svaku punu godinu staža koju je radnik ostvario. To je, dakle, osnovna plaća.

zaokreta u sudskoj praksi, za očekivati je da će radnici/lječnici i ubuduće s jednakim uspjehom potraživati isplatu preostalih prethodno neisplaćenih dodataka, pozivajući se na KU i trenutno važeću sudsku praksu, što mogu zahvaliti neusklađenosti COP-a i isplatnih lista liječnika s njihovim ugovorima o radu, KU-om, odnosno relevantnim zakonima i propisima u RH. Ujedno nam ostaje za vjerovati i da neće biti pokušaja utjecaja na neovisnost pravosuđa i promjenu postojeće sudske prakse koja trenutno nedvojbeno ide u korist lječnicima, a kako je to bilo na početku godine kada su se u vezi toga dopisivali ministar Kujundžić i ministar pravosuđa Dražen Bošnjakovi.

> KOMORIN PROGRAM PRAVNE ZAŠTITE S OSIGURAVATELJEM DOGOVOREN I ZA 2019.

Ovakotna okolnost u čitavom ovom ponižavajućem statusu za lječnike je ta što je naša Komora drugu godinu zaredom za sve svoje članove osigurala program pravne zaštite koja im pokriva troškove sudskog postupka te svojim angažmanom osigurala odvjetničke timove koji će im u tom poslu pomoći.

Zbog specifičnosti radnog statusa i organizacije posla, među lječnicima postoje znatne razlike u iznosima kako

osnovne plaće i dodataka na plaću tako i uvećane plaće kod prekovremenog rada; ne postoji mogućnost općenitog ili skupnog izračuna pogrešaka u obračunu plaća, već je moguću pogrešku potrebno utvrditi pojedinačno za svakog lječnika. Svaki lječnik na temelju spoznaja i saznanja o pogrešnom obračunu osnovne plaće, uvećane plaće kod prekovremenog rada i dodataka na plaću, treba odlučiti o eventualnom podnošenju tužbe protiv poslodavca. U slučaju podnošenja tužbe, tužbeni zahtjev treba se temeljiti na dokazima o pogrešno obračunanim plaćama, prekovremenim satima i dodacima na plaću koji se mogu utvrditi analizom ili vještačenjem mjesecnih isplatnih obračunskih lista, a za što će troškove također snositi osiguravatelj.

Prof. Vagić ističe kako nema dvojbe da je Ministarstvu zdravstva isplativiji dogovor o isplati dugovanja tijekom dvije godine u ratama, na što bi velik dio lječnika sigurno pristao.

PRAVO NA POVEĆANU PLAĆU ZA PREKOVREMENI RAD – NE MORAMO PRISTATI NA KOMPENZACIJU SLOBODNIM DANIMA



Na temelju Zakona o radu, poglavljja Temeljne obveze i prava iz radnog odnosa, članka 7., poslodavac je obvezan radniku za obavljeni rad isplatiti plaću. Prema članku 94. istoga Zakona radnik ima pravo na povećanu plaću za prekovremeni rad. Prema Kolektivnom ugovoru iz 2018. godine, članku 49., plaća će se za prekovremeni rad uvećati za 50 %. Prekovremenim radom smatra se svaki sat rada dulji od predviđenog rada utvrđenog dnevnim rasporedom rada, kao i svaki sat rada dulji od redovitoga mješevnog fonda radnih sati. Redoviti mjesecni fond radnih sati su sati koje radnik treba odraditi u tekućem mjesecu na bazi 40-satnoga

radnog tjedna. Mjesečni fond radnih sati tvori umnožak radnih dana u tekućem mjesecu s 8 sati. Poslodavac je obvezan svakom radniku platiti prekovremeni rad. **Ako radnik to želi**, poslodavac će na njegov pisani zahtjev umjesto uvećanja plaće po osnovi prekovremenog rada odobriti korištenje slobodnih dana prema ostvarenim satima prekovremenog rada u omjeru 1:1,5 (1 sat prekovre-

menog rada = 1 sat i 30 minuta za utvrđivanje ukupnog broja sati i slobodnih dana), sukladno mogućnostima organizacije rada.

Prekovremeni rad se može koristiti u slučaju više sile, izvanrednog povećanja opsega poslova i u drugim sličnim slučajevima prijeke potrebe, kada je radnik na zahtjev poslodavca dužan raditi dulje od punog radnog vremena, ali najviše do osam sati tjedno. Iz navedene odredbe proizlazi kako poslodavac prekovremeni rad može koristiti samo u iznimnim i nepredvidivim situacijama koje nije mogao izbjegći, poput primjerice naglog povećanja opsega poslova s kratkim rokovima izvršenja. S druge strane, **institut prekovremenog rada ne bi smio biti institut kojim se poslodavac svakodnevno koristi kako bi u svojem poslovanju nadoknadio nedostatak radne snage**.

Priredila Lada Zibar

Zakonsko pravo radnika koji radi prekovremeno je isključivo pravo na povećanu plaću. Korištenje slobodnog dana umjesto isplate povećane plaće za prekovremeni rad može doći u obzir isključivo ako na to pristane radnik.

Dani sjećanja na žrtvu Vukovara 1991.-2018.

U spomen na žrtve Vukovara izaslanstvo HLK-a na simpoziju o vukovarskoj bolnici i u Koloni sjećanja



U povodu obilježavanja „Dana sjećanja na žrtvu Vukovara 1991.-2018.“ dužnosnici Hrvatske liječničke komore predvođeni prvim dopredsjednikom/v.d. predsjednika dr. sc. Krešimirovom Luetićem sudjelovali su u subotu 17. studenoga na 14. Znanstveno-stručnom simpoziju „Ratna bolnica Vukovar 1991. – dr. Juraj Njavro“, a 18 studenoga u Koloni sjećanja na žrtvu Vukovara. Podno središnjeg spomenika na vukovarskom Memorialnom groblju žrtava iz Domovinskog rata izaslanstvo Komore položilo je vijenac u znak sjećanja na sve ubijene poginule i nestale branitelje i civilne žrtve Vukovara.

Komora će uvijek biti u Vukovaru odažući počast herojstvu svih ubijenih, poginulih i nestalih hrvatskih branitelja i civila s posebnim poštovanjem prema svojim stradalim kolegama liječnicima

i zdravstvenim radnicima, poručio je dr. sc. Krešimir Luetić

> Dr. Vesna Bosanac: herojsko osoblje bolnice ništa nije moglo pokolebiti u čuvanju i spašavanju ljudskih života

Već tradicionalni Znanstveno-stručni simpozij „Ratna bolnica Vukovar 1991. – dr. Juraj Njavro“, otvorila je ratna ravnateljica vukovarske bolnice mr. sc. Vesna Bosanac, dr. med., zahvalivši svim nazočnim na dolasku. I ovim simpozijem štujemo uspomenu na herojsko osoblje bolnice koje u to ratno doba ništa nije moglo pokolebiti u čuvanju i spašavanju ljudskih života, bez obzira koje nacionalnosti ti ljudi bili. Toga 17. studenoga 1991. pripremali smo ranjenike za mobilizaciju u nadi da će ujutro doći međunarodni Crveni križ i da će ranjenici otići na

bolja mesta gdje će im se pružiti pomoć, a mi u bolnici odahnuti. No, dogodila se tragedija i ono što je slijedilo poslije bilo je saznavanje istine i gdje su naši nestali kolege i pacijenti.

Ubrzo smo shvatili da nam nedostaje 300 ljudi, a nakon prve razmjene ratnih zarobljenika dobili smo prvi podatak o Ovčari. Nažalost, ni do danas mnogi od tih nestalih iz vukovarske bolnice nisu pronađeni. Unatoč tomu, 1997. godine, nakon oslobođenja, smogli smo snage, obnovili naša zgrada, našu bolnicu za sve naše građane. I upravo zbog toga već 14 godina i na ovom simpoziju okupljamo naše znanstvenike i zdravstvene stručnjake da se što bolje razvijamo i budemo na usluzi svim našim građanima iz ove regije. Bolnica, to je grad i dok je kucalo srce bolnice, kucalo je i srce Vukovara te i ovim simpozijem promoviramo tu hrabrost i istinu o Domovinskom ratu, poručila je dr. Bosanac.

> Dr. sc. Luetić: Vukovar i vukovarska bolnica trajno su urezani u hrvatsku nacionalnu memoriju

Stojimo ovdje ponizni pred žrtvom Vukovara, ali i ponosni na herojstvo, hrabrost, čovječnost kako hrvatskih branitelja tako i vas zdravstvenih djelatnika vukovarske bolnice. Vukovar i vukovarska bolnica trajno su urezani u hrvatsku nacionalnu memoriju, a ovaj simpozij pomaže ta brazda sjećanja bude još dublja i izraženija. Komora će uvijek biti uz Vukovar, istaknuo je dr. Luetić.

U ime pokroviteljice Simpozija, predsjednice Republike Hrvatske Kolinde Grabar Kitarović, prof. dr. sc. Andrija

Hebrang, ratni ministar zdravstva, nglasio je da je Vukovar svjetla točka hrvatske države i srce njezine prošlosti, sadašnjosti i budućnosti. Na Vukovaru je srpska armija slomila kralježnicu, a njihova tobоžnja pobjeda nad Vukovarom je Pirova pobjeda. Cijela Europa i svijet su gledali ubojstva, kulturocid, ekocid, razaranja, a nitko ništa nije napravio. Podsjetio je da je vukovarska bolnica i nakon oslobođenja prolazila kalvariju, a pogotovo njezina ravnateljica dr. Bosanac koju su lijevo liberalne koalicijske vlasti smjenjivale dva puta, prijetile prestankom finansiranja bolnice, odnosno njenim gašenjem. No, na svu sreću to smo uspjeli spriječiti, rekao je Hebrang, izrazivši željenje što se po desecima podignutih kaznenih prijava protiv agresora na vukovarsku bolnicu nije ništa dogodilo. Za to smo krivi svi mi što nismo dali Vukovaru ono što je on dao Hrvatskoj, poručio je prof. Hebrang.

> Medved: Zbog žrtve liječnika i medicinskih sestara vukovarska bolnica postala je upečatljiva u Domovinskom ratu

Ministar hrvatskih branitelja Tomo Medved istaknuo je kako je ponosan



što danas kao ministar ima čast biti pokrovitelj ovoga simpozija. Svima koji su prošli strahote u Vukovaru i u njegovoj bolnici, koji su spašavali ljudske živote u nemogućim uvjetima, izrazio je duboku zahvalnost, istaknuvši da to mogu samo rijetki ljudi.

Uloga vas liječnika i medicinskih sestara, svih koji su bili spremni žrtvovati svoje živote u spašavanju života hrvatskih branitelja i civila, dokaz je zašto su vukovarska bolnica i njen osoblje postali upečatljivi u Domovinskom ratu, a na nama je da te vrijednosti prenosimo na našu djecu, na nove generacije, rekao je ministar Medved.

Skup su pozdravili ministar zdravstva prof. dr. Milan Kujundžić, ministrica regionalnog razvoja i fondova Evropske unije Gabrijela Žalac, župan Vukovarsko-srijemski Božo Galić, dekan Medicinskog fakulteta u Zagrebu prof. dr. Marijan Klarica i drugi.

Po završetku Simpozija izaslanstvo Hrvatske liječničke komore predvođeno prvim dopredsjednikom/v.d. predsjednikom dr. sc. Krešimirom Luetićem upalilo je u dvorištu bolnice svjeće u spomen na žrtve Vukovara.



SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

U zakonski tekst uvršteni i prijedlozi HLK-a

Po novom Zakonu o porezu na dohodak

USKORO JOŠ POVOLJNIJI KREDITI ZA LIJEČNIKE

Hrvatska liječnička komora aktivno je sudjelovala u proceduri donošenja izmjena i dopuna Zakona o porezu na dohodak kojim će se članovima Komore omogućiti još povoljnije kamatne stope i u tom kontekstu prvi dopredsjednik/v.d. predsjednika HLK dr. sc. Krešimir Luetić sastao se s ministrom financija u Vladi RH Zdravkom Marićem.

Hrvatska liječnička komora (HLK), kao staleška i strukovna organizacija, uz to što štiti prava i interes lječnika, pokušava ostvariti i dodatne pogodnosti odnosno olakšati svakodnevni život svojim članovima. Unatoč tome što smo na području stambenog kreditiranja već omogućili lječnicima kredite s vrlo povoljnim kamatama koje se kreću tek nešto iznad 3 posto, prepoznali smo da na tržištu postoji prostor za novi iskorak u tom segmentu. No, kao prepreka u dodatnom sniženju kamatnih stopa koje poslovne banke nude klijentima

bila je odredba u Zakonu o porezu na dohodak koja je postavljala donji limit kamata na minimalno 3 posto, odnosno sve povoljnije od toga Zakon je tretirao kao drugi dohodak na kojem se moraju platiti sva davanja državi.

Komora je stoga, uz ostale zainteresirane, aktivno sudjelovala u nedavnoj proceduri donošenja izmjena i dopuna Zakona o porezu na dohodak i predlagatelju zakonskog prijedloga – Ministarstvu financija uspješno uspjela argumentirati dobrobiti promjene zakonske odredbe koja je donji limit kamata postavlja na 3 posto, odnosno da se spusti na 2 posto, objasnio je dr. sc. Krešimir Luetić.

> HLK otpočela razgovore s bankama o još povoljnijim kreditima

U svjetlu te nove zakonske norme HLK je otpočela pregovore s poslovnim bankama o novim povoljnijim bankarskim proizvodima za svoje članove s naglaskom na



Prvi dopredsjednik / v.d. predsjednika HLK-a dr.sc. Krešimir Luetić i ministar financija Zdravko Marić nakon sastanka u Ministarstvu financija.

stambene kredite s još nižom kamatnom stopom. O rezultatima tih pregovora članstvo će biti izvješteno sredinom prosinca, naveo je dr. sc. Luetić.

Izmjene i dopune Zakona o porezu na dohodak uključivo i spuštanje kamata na minimalno 2 posto Hrvatski sabor usvojio je 21. studenoga 2018., a na snagu će stupiti 1. siječnja 2019.

Izvanredna sjednica Skupštine HLK-a:

objedinjene Polica pravne zaštite i Polica dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2019. po povoljnijim uvjetima

Skupština Hrvatske liječničke komore održala je u subotu 10. studenoga izvanrednu sjednicu na kojoj je donijela odluku o prihvaćanju objedinjene ponude za Policu pravne zaštite i Policu dopunskog zdravstvenog osiguranja za svoje članove u 2019. g. Donošenje te odluke bilo je povezano s nužnošću pravovremenog ugavaranja te financiranja tužbi kolega liječnika zbog pogrešno obračunanih prekovremenih sati, kao i zbog ugavaranja Police dopunskoga zdravstvenog osiguranja za iduću godinu.

U tijeku prikupljanja najboljih ponuda razgoavarlo se, osim s dosadašnjim osigurateljem, i s alternativnim ponuditeljima, a o procesu tog pregovaranja Skupštinu je detaljno izvjestio v.d. predsjednika Komore dr. sc. Krešimir Luetić. Po završetku pregovora odabrana je objedinjena ponuda Croatia osiguranja.

Konkretno, uz Policu pravne zaštite osiguratelj je preuzeo i obvezu pokrića troškova po tužbama za pogrešan obračun prekovremenih sati. To se odnosi na zahtjeve za pokretanje tužbi koje su podnesene putem Komorinog obrasca do 15. ožujka 2018. godine, a za koje će sudski postupci biti pokrenuti do konca ove godine, kako bi se izbjegla zastara te kako bi bio obuhvaćeno maksimalno razdoblje utuživosti. Bitno je naglasiti da su ti postupci bez finansijskog rizika za članove jer trošak do pravomoćnosti presude u

cijelosti pokriva osiguratelj. Komora je zaprimila više od 1500 takvih zahtjeva kolega liječnika zbog pogrešno obračunanih prekovremenih sati. Do zastoja u postupku pokretanja tužbi došlo je zbog neodgovornog postupanja članova tadašnjega pravnog i stručnog tima Komore koje je postavio bivši predsjednik Komore, što je velikim naporom novog vodstva Komore riješeno na dobrobit članova.

Polica dopunskog zdravstvenog osiguranja za 2019. proširena je i dogovorenja po cijeni nižoj nego u 2018.

Radi jasnoće ponude na sjednicu Skupštine bili su pozvani i predstavnici Croatia osiguranja koji su delegatima odgovorili na više upita o dodatnim mogućnostima osiguranja.

Zbog već prije utvrđenih propusta u finansijskom poslovanju bivšeg predsjednika Komore i protustatutarnom

donošenju odluka mimo nadležnih tijela Komore, a što je u svom izvješću iz srpnja ove godine potvrdio i Nadzorni odbor Komore, Skupština je velikom većinom odbila prihvatiti Zaključni račun za 2017. Također je odbijen i prijedlog dvojice delegata da je sazivanjem izvanredne sjednice povrijeden Poslovniku o radu Skupštine Komore.

Na Skupštini je prihvaćen i Finansijski plan Komore za 2019. Od planiranih projekata u tom planu za iduću godinu navedene su stipendije za edukacije liječnika, jednokratne pomoći, stipendije za maloljetnu djecu, razvoj informatizacije Komorinog integriranog informacijskog sustava (KIIS), izbori (e-Izbori), Polica dopunskog osiguranja i Polica pravne zaštite. Za stipendije, tj. stručno usavršavanje liječnika, predviđeno je 1,5 milijuna kuna, a ta se sredstva isplaćuju odnosno osigurana su isključivo od donacija i prihoda trajne medicinske izobrazbe.

Skupština je izabrala revizorskiju kuću Interexpert za izradu revizorskog izvješća za 2018. godinu koja je poslala najpovoljniju ponudu.

Na Skupštini je bilo nazočno 97 od ukupno 148 delegata, a sve točke dnevnog reda usvojene su velikom većinom glasova.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

DOBITNICI GODIŠNJIH NAGRADA HLK-a



Izvršni odbor Hrvatske liječničke komore i ove je godine nastavio tradiciju i među predloženim kandidatima izabrao petero dobitnika „Godišnje nagrade HLK“ koje su zaslužili po osnovi najzapaženijeg stručnog ostvarenja i izvornog znanstvenog rada, promicanju interesa liječništva i zaštite prava liječnika i po osnovi promicanja liječnika i liječničke profesije u javnosti.

Nakon provedene rasprave Izvršni odbor glasovanjem je Godišnju nagradu za najzapaženije stručno ostvarenje dodijelio **prof.dr.sc. Darku Chudyu**, neurokirurgu i neuroznanstveniku iz KB Dubrava.

Najzapaženije stručno ostvarenje prof. Chudya ogleda se u razvoju robotske neuronavigacije i razvoja

prvog hrvatskog neurokirurškog robota Ronna. Taj projekt kao jedan od idejnih začetnika, prof. Chudy je razvio zajedno s profesorom robotike Bojanom Jerbićem i profesorom Gojkom Nikolićem kao interdisciplinarni projekt zagrebačkog Fakulteta strojarstva i brodogradnje, Hrvatskog instituta za istraživanje mozga i KB Dubrava.

Godišnja nagrada za znanstveni doprinos unapređenju liječničke struke, liječnicima znanstvenicima životne dobi iznad 40 godina dodijeljena je **doc. dr. sc. Marku Kutleši, specijalistu infektologije iz Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“**.

Doc. Kutleša značajno je pridonio unapređenju kliničke struke i profesije objavlјivanjem svog izvornog



znanstvenog rada. U 2017. objavio je pet izvornih znanstvenih radova u znanstvenim časopisima indeksiranim u bazi Web of Science (WoS), od čega je prvi autor u tri znanstvena rada.

Godišnja nagrada za znanstveni doprinos unapređenju liječničke struke, liječnicima znanstvenicima životne dobi do 40 godina dodijeljena je **doc. dr. sc. Zenonu Pogoreliću specijalistu dječje kirurgije zaposlenom u KBC-u Split**.

Doc. Pogorelić je u 2017. godini objavio trinaest izvornih znanstvenih radova u znanstvenim časopisima indeksiranim u bazi Web of Science (WoS), od čega je prvi autor u osam znanstvenih radova.





Godišnjom nagradom za promicanje interesa hrvatskog liječništva i zaštitu prava liječnika nagrađena je dr. Ivana Šmit, specijalistica interne medicine, subspecijalistica kardiolog iz OB Sisak.

Uz svoj stručni rad značajan dio svog vremena dr. Šmit izdvaja za promicanje interesa hrvatskog liječništva i zaštitu prava liječnika što ostvaruje djelujući na četiri razine: kroz HLK, HUBOL, Hrvatski liječnički sindikat te izravno u radnoj sredini u Radničkom vijeću u OB Sisak.

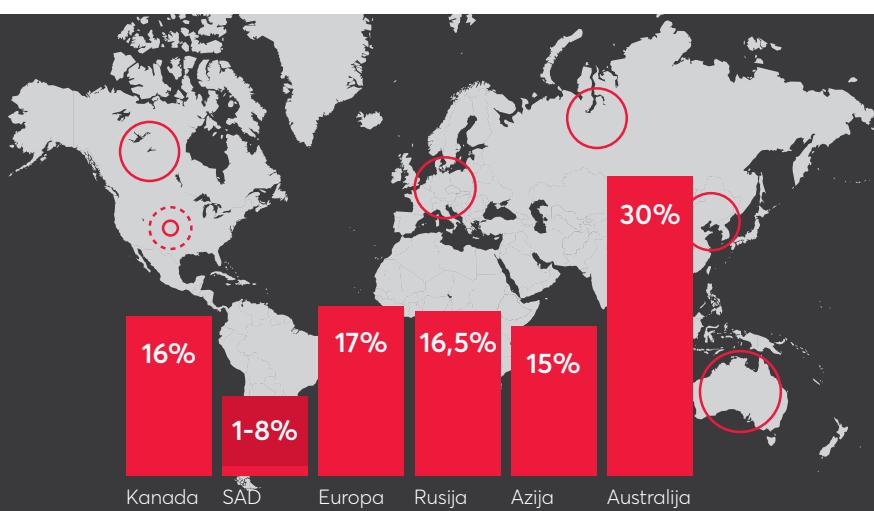
Godišnju nagradu za promicanje ugleda hrvatskih liječnika i liječničke profesije u javnosti Izvršni odbor HLK-a dodijelio je dipl. polit. Ani Pejičić Dejanović, novinarki Nove TV.

U svojim prilozima Pejičić Dejanović često je imala mlade liječnike koji se bore s egzistencijalnim problemima, iskusne liječnike koji su napravili veliki iskorak u hrvatskoj medicini, te predstavnike liječničkih udruga. Probleme o kojima je izvještavala nikada nije preувелиčavala niti



umanjivala, te ih je uvijek pravilno adresirala. Njezin novinarski rad ocijenjen je objektivnim i visoko-profesionalnim.

S. Škugor-Hrnčević



ZATVOR (OPSTIPACIJA) ČESTA JE TEGOBA

Liječenje kroničnog zatvora važan je dio kliničke gastroenterologije diljem svijeta. Zatvor mnogim pacijentima stvara fizičke i mentalne poteškoće te može značajno utjecati na njihov svakodnevni život i opće zdravstveno stanje. Premda se kod problema sa zatvorom samo manji dio pacijenata odlučuje potražiti liječničku pomoć, većina njih uzima propisane lijekove ili lijekove bez recepta kako bi poboljšali svoje stanje.

Funkcionalni zatvor

Funkcionalni zatvor jest funkcionalni gastrointestinalni poremećaj za koji je karakteristično naprezanje prilikom pražnjenja crijeva, grudasta ili tvrda stolica, osjećaj nepotpune ispraznjenosti i rijetko obavljanje velike nužde bez očitih organskih ili strukturalnih bolesti.

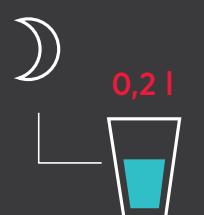
UČESTALOST ZATVORA

Prema većini studija obavljenih posljednjih godina učestalost funkcionalnog zatvora u općoj populaciji iznosi od 2 % (neke studije u SAD) pa sve do 30 % (navedeno u Australiji). U Europi stopa pretežitosti u prosjeku iznosi 17 %.

KAKO PITI DONAT Mg U SLUČAJU ZATVORA?



Popijte 0,2 – 0,3 l
Donata Mg na sobnoj
temperaturi ili toplog
ujutro, na prazan želudac.



Popijte još 0,2 l
prije večere.



donatmg.eu

Stipendisti HLK-a: Lovro Lamot, Mislav Malić i Luka Matak

RAZVOJ OSOBNIH ZNANJA I VJEŠTINA U TRANSLACIJSKOJ MEDICINI: ISPUNJENJE NEOSTVARENIH POTREBA BOLESNIKA?



 LOVRO LAMOT
lovro.lamot@gmail.com

Nerijetko se čuju komentari da bi možda bilo korisnije i za bolesnike i za liječnike i za zdravstveni sustav da liječnici svoju pozornost u potpunosti usmjere skrbi za bolesnike te da dodatno usavršavaju kompetencije i vještine koje im pri tome pomažu. Ipak, tijekom svoje edukacije liječnici se između ostalog upoznaju s osnovnim laboratorijskim metodama koje se koriste u bazičnim istraživanjima.

Dok svakodnevno svjedočimo velikom broju liječnika koji napuštaju ili razmišljaju o napuštanju Hrvatske te osjećamo nedostatak liječničkog kadra na svim razinama zdravstvene zaštite, nameće se pitanje koliko liječnici koji ostaju imaju vremena, sredstava i potpore za bavljenje bazičnim istraživanjima.

Nadalje, upravo su liječnici koji su u 19. i 20. stoljeću koristili nove labradorijske metode u svakodnevnom kliničkom radu doveli do strelovitog napretka medicine. No, čak i u zemljama koje imaju dovoljan broj liječnika, u 21. stoljeću došlo je do udaljavanja znanstvenika koji se bave isključivo laboratorijskim istraživanjima i liječnika koji skrbe o bolesnicima. Zbog toga je znanstvenicima koji provode većinu vremena u laboratoriju, daleko od bolesnika, teško razumjeti potrebe bolesnih ljudi, dok je lijećnicima koji provode vrijeme samo s bolesnicima teško shvatiti kompleksnost metodologije koja se koristi u bazičnim istraživanjima. Uz to, osnovni preduvjet za napredovanje karijere i financiranje istraživanja postaje broj objavljenih radova, zbog čega se znanstvenici danas često usredotočuju na istraživanja koja su trenutno u modi i koja je lako obja-

viti u prestižnim znanstvenim časopisima. Sve navedeno dovelo je do krize u znanosti, koja se iskazuje u činjenici da se velik broj znanstvenih radova u najprestižnijim časopisima ne može ni replicirati, a kamoli primijeniti u svakodnevnom radu s bolesnicima. Velika pozornost stoga se počela pridavati razvoju liječnika – znanstvenika koji mogu u partnerstvu s bolesnicima i njihovim obiteljima postaviti jasne ciljeve za poboljšanje svih aspekata zdravstvene skrbi uz pomoć suvremenih laboratorijskih metoda koje im stoje na raspolaganju. Takva primjena znanstvenih ideja i otkrića u liječenju i prevenciji bolesti te unapređenju zdravlja okosnica je translacijskih istraživanja.

Kao doktorand i poslijedoktorand MEF-a u Zagrebu te pedijatar i pedijatrijski reumatolog u KBC-a Sestre milosrdnice, imao sam prilike sudjelovati u nekoliko translacijskih istra-

živanja te se aktivno uključiti u rad društava koja veliku važnost polaže razvoju ovakve vrste istraživanja. Prije svega to je EUREKA institut za translacijsku medicinu koji je osnovan prije deset godina kako bi se stvorila mreža afirmiranih stručnjaka koji će biti sposobljeni za promicanje i provođenje pravih translacijskih istraživanja. Institut djeluje u partnerstvu s mnogim poznatim svjetskim sveučilištima, a njegov rad podupiru i brojne farmaceutske kompanije te istaknuti znanstveni časopisi. EUREKA institut svake godine organizira certificirane tečajeve na kojima podučava liječnike i znanstvenike svih profila o koracima u provođenju translacijskih istraživanja, o načinima na koje mogu rješiti probleme koji se pri tome javljaju te o važnosti prepoznavanja potreba onih zbog kojih se istraživanja provode. Tijekom jednotjednog tečaja u Utrechtu upoznat sam sa svim aspektima provođenja translacijskog istraživanja, od pronalaženja motiva i odabira cilja, do zaštite intelektualnog vlasništva. K tome, postao sam dio rastuće zajednice kojoj je cilj promijeniti način na koji se danas vrednuju znanstveni radovi i dodjeljuju sredstva neophodna za provođenje istraživanja. Navedeni tečajevi podupruti su različitim stipendijama o kojima se može više saznati na internet stranicama instituta (<http://eurekainstitute.org>).

I mnoga liječnička stručna društva u svoje programe uključuju translacijska istraživanja. Jedno od njih je Europsko društvo za pedijatrijsku reumatologiju (PReS) koje je suradnju između liječnika i znanstvenika postavilo za jedan od stupova razvoja. Kao novouzabrani predsjednik sekcije mladih pedijatrijskih reumatologa i istraživača (EMERGE) te član upravnog odbora navedenog društva, sudjelovao sam u stvaranju Programa usavršavanja mladih pedijatrijskih reuma-

tologa i istraživača (PReS EMERGE Fellowship). Navedeni program predviđa šestomjesečno usavršavanje na kliničkom odjelu u nekom od europskih središta za pedijatrijsku reumatologiju, uz provođenje istraživanja koje ima jasnu korist za zbrinjavanje djece s reumatskim bolestima. Cilj je ovog programa stvoriti mrežu mladih stručnjaka koji će biti nova generacija pedijatrijskih reumatologa u Europi i svijetu. Dodatne informacije o programu dostupne su na internet stranicama društva (<https://www.pres.eu/activities/young-investigators/fellowship-programs.html>).

Translacijska istraživanja u svim poljima medicine osobito su razvijena u SAD-u i Kanadi, gdje postoje i formalni programi usavršavanja za liječnike i znanstvenike koji se žele baviti ovakvom vrstom istraživanja. Zahvaljujući takvim programima, u travnju 2018. boravio sam na Sveučilištu i u Dječoj bolnici u Cinncinatiju u SAD-u, dok sam u srpnju 2018. započeo jednogodišnje poslijedoktorsko usavršavanje iz pedijatrijske reumatologije na Katedri za pedijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta Britanska Kolumbija te na Odjelu za pedijatrijsku reumatologiju i Istraživačkom institutu Dječje bolnice Britanska Kolumbija u Vancouveru. Navedena sveučilišta i bolnice visoko su rangirani na mnogim listama uspješnosti, velikim dijelom upravo zbog toga što znatna sredstva ulažu u istraživanja koja u biomedicinskom području često počinju uz bolesnikov krevet. Stoga ne čudi da su uz same bolnice smješteni veliki istraživački instituti te da većinu istraživanja vode liječnici koji skrbe za bolesnike, a imaju zaštićeno vrijeme tijekom kojeg se bave samo istraživanjem. Sredstva za istraživanja osigurana su na natječajima koje redovito raspisuju vladine agencije, sveučilišta, zaklade i bolesničke

udruge. K tome, specifična istraživanja s jasno postavljenim ciljevima često se financiraju i dobrovoljnim prilozima građana. U odabir istraživanja koje će se financirati, uključeni su i bolesnici, njihove obitelji te bolesničke udruge. Istraživanja doprinose ugledu bolnice te bolesnicima jamče da će dobiti najbolju moguću skrb, zbog čega pri odabiru bolnice u kojoj se žele liječiti bolesnici uzimaju u obzir i istraživanja koja se tamo provode. Stoga ne čudi da je gotovo svaki bolesnik u takvim središtima, uz poštivanje najviših etičkih standarda, u pravilu uključen u više bazičnih i kliničkih istraživanja. Opisana praksa omogućuje definiranje najboljih metoda otkrivanja, praćenja i liječenja bolesti. Uz to, provođenje dodatnih laboratorijskih analiza koje se ne koriste u svakodnevnoj kliničkoj praksi, a vrlo su bitne za definiranje molekularnog fenotipa i genotipa različitih bolesti, pridonosi personaliziranim pristupu bolesniku. Velik se naglasak stavlja i na pohranjivanje različitih uzoraka kako bi se bolesnici jednoga dana mogli uključiti i u istraživanja koja još nisu definirana. Poslijedoktorsko translacijsko usavršavanje u ovakvim centrima omogućuje sveobuhvatnu strukturiranu edukaciju uz bolesnika i u laboratoriju, upoznavanje s organizacijom rada u kojoj su pomno definirane uloge svih sudionika istraživačkog procesa te sposobljavanje za sudjelovanje u multicentričnim istraživanjima i preuzimanje uloge vođe istraživačkog tima.

Nadam se da će po povratku u domovinu znanja i osobna iskustva iz translacijske medicine moći primijeniti u razvoju struke i znanosti te zajedno s drugim kolegama omogućiti i bolesnicima u Hrvatskoj najbolju medicinsku skrb, koja danas podrazumijeva i sudjelovanje u translacijskim istraživanjima.

Stipendist HLK-a dr. MISLAV MALIĆ prvi u Hrvatskoj izveo ENDOSKOPSKU OPERACIJU UHA



Liječnički tim s KBC-a Zagreb predvođen dr. Mislavom Malićem i njegovim mentorom prof. dr. Mislavom Gjurićem prvi put u Hrvatskoj izveo je endoskopsku operaciju uha, što je revolucija u području hrvatske medi-

cine jer je prvi puta izvedena operacija uha bez da su pacijentu morali izbūšiti kost. Tako su umjesto mikroskopa prvi put u operaciji koristili endoskop. Operacija je trajala 4 sata i 16-godišnji pacijent se odlično oporavlja i već drugi dan nakon operacije ide doma.

Ideju oko uvođenja endoskopske kirurgije uha mi je sugerirao prof. Gjurić smatrajući da bih kao dio nove generacije liječnika u kirurgiji uha mogao otici na edukaciju u inozemstvo. Takva obuka je dosta skupa i teško ju je bilo platiti, međutim otvorila mi se sjajna prilika jer je Hrvatska liječnička komora objavila natječaj za stipendiranje hrvatskih bolničkih liječnika. Natječaj je bio za liječnike koji pruže najbolju ideju i plan, neku novu stvar koja se u Hrvatskoj još ne radi. Tako sam dobio tu

stipendiju i otišao u Škotsku, u Glasgow, na obuku za izvođenje endoskopske kirurgije. Educirali su me pioniri endoskopske kirurgije uha, kolega iz Glasgowa i nekoliko kolega iz Verone koja je vodeći centar endoskopske kirurgije uha. Tako sam u Škotskoj dobio temelje za izvođenje tog zahvata. S druge strane, kako se radi o sofisticiranoj opremi potrebnoj za takvu operaciju, vodstvo bolnice na čelu s ravnateljem Antonom Čorušićem i vodstvo Klinike na čelu s pročelnikom Dragom Prgometom prepoznalo je potencijal, podržalo projekt i nabavili su takvu opremu, ističe dr. Malić.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ



Dr. LUKA MATAK s Komorinom stipendijom na usavršavanju u njemačkom Tübingenu



Doc. dr. Mario Čorić, dr. sc. Ivan Bačić, dr. Zdenko Matas, dr. Luka Matak, prof.dr. Bernhard Kraemer, dr. sc. Marko Klarić i dr. Tomislav Dominis

Zahvaljujući stipendiji Hrvatske liječničke komore za inozemno usavršavanje dr. Luka Matak, specijalizant ginekologije i opstetricije u Općoj bolnici Zadar dva je mjeseca boravio i radio u Njemačkoj, u Referentnom centru za liječenje endometrioze u Tübingenu.

Tamo je uspostavio brojne kontakte i po povratku organizirao internacionalni simpozij o endometriizi, na kojem je sudjelovalo 40-ak ginekologa i opstetričara. Bio je to prvi takav simpozij u Europi.

Gost predavač bio je i profesor Bernhard Krämer, jedan od najvećih svjetskih autoriteta u liječenju endometrioze, predsjednik njemačkog društva za endometriozu, član Europskog vijeća za endometriozu i voditelj njemačkog Referentnog centra za endometriozu u kojem se godišnje obavi više od 5.000 operacija. U svome je predavanju objasnio kirurške pristupe i ishode liječenja duboke zdjelične endometrioze.

Pod pokroviteljstvom Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog liječničkog zborna, Odjela za ginekologiju i porodništvo Opće bolnice Zadar te zadarskog ogranka Lige protiv raka simpozij je održan u prostoru zadarskog sveučilišta.

Ugledni stručnjaci održali su iznimno kvalitetna predavanja o dijagnostici i primjeni suvremenih metoda liječenja duboke zdjelične endometrioze. Predstavljeni su novi modeli predikcije složenosti operacijskih postupaka koji bi trebali unaprijediti prijeoperacijsku pripremu pacijentica, ali i omogućiti im kvalitetno liječenje u centrima sa multidisciplinarnim timovima koji mogu odgovoriti najsloženijim kirurškim zahtjevima.

Predsjednik Hrvatskog društva za endometriozu, doc. dr. sc. Mario Čorić, predstavio je iznimno uspješne rezultate u liječenju duboke zdjelične endometrioze u jednom od najvećih hrvatskih centara, Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb, gdje se na godišnjoj razini zbrine dvadesetak bolesnica s tom bolesću, što odgovara brojevima nekih od najvećih europskih centara.

Zanimljive slučajeve neuobičajenih sijela endometrioze prikazali su zadarski liječnici Branko Dukić, Ivan Bačić i Tomislav Dominis, a dr. Marko Klarić iz KBC-a Rijeka govorio je o malignom potencijalu endometrioze. Voditelj Odjela ginekologije i opstetricije u zadarskoj bolnici dr. Zdenko Matas simpozij je zaključio predavanjem o utjecaju endometrioze na neplodnost i otvorio mnoga pitanja s kojim se susreću stručnjaci u liječenju te bolesti.

Ovom prilikom htio bi se još jednom zahvaliti svim sudionicima simpozija, svojim mentorima Branku Dukiću i Zdenku Matasu, koji su bili svesrdna podrška i članovi Organizacijskog odbora. Smatram da je ovo ujedno i veliko priznanje radu Odjela za ginekologiju i opstetriciju Opće bolnice Zadar i početak odlične suradnje sa Sveučilišnom klinikom u Tübingenu i Hrvatskim društvom za endometriozu, izjavio je dr. Matak.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske liječničke komore i časopisa MEDIX

Rezultati testiranja za broj 130/131 (lipanj 2018.)

Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena liječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60 %) pitanja na temu „Novosti u liječenju arterijske hipertenzije“ objavljenih u časopisu Medix broj 130/131 u lipnju 2018. godine. Svi kandidati time su ostvarili 7 bodova, sukladno Pravilniku HLK. Napominjemo da posebne potvrdnice neće biti dostavljene, nego će se kao potvrda koristiti popis objavljen u Liječničkim novinama za svibanj 2018. godine, uz upis bodova u elektroničkom obliku.

Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

Uredništvo

Test znanja – Novosti u liječenju arterijske hipertenzije

Ispitanici s riješenih 60 % ili više



Red. br.	IME	PREZIME
A		
1	Dragan	Aksentijević
2	Duro	Ambrušić
3	Izabela	Andrijašević-Trivić
4	Željka	Antonić
5	Lana	Augustinić Polec
B		
6	Ankica	Baboselac
7	Anita	Baćić
8	Dinko	Baćić
9	Asip	Bajrami
10	Manuela	Balabam Kumpare
11	Amil	Balić
12	Sandra	Balog
13	Bogoljub	Bančić
14	Mirjana	Barac-Santini
15	Sunčica	Bardač-Zelić
16	Sanja	Barić Santro
17	Mirjana	Barišić
18	Branka	Beatović-Macut
19	Mara	Bekavac
20	Krunoslav	Benčić
21	Silvija	Benković
22	Nevenka	Benović
23	Snježana	Berger-Richter
24	Gabrijela	Bešlić
25	Ivica	Bilić
26	Tomislav	Bilić
27	Jadranka	Biškup

28	Marija	Biškup
29	Katija	Biskupović
30	Dinka	Blaić
31	Ivana	Blažević
32	Silvana	Boban
33	Sandra	Boćkaj
34	Zvjezdana	Bodulović-Mišić
35	Gordana	Borić
36	Branimir	Bošnjak
37	Mirna	Bradić-Hammoud
38	Igor	Brajković
39	Livia	Brisky
40	Tibor	Brisky
41	Lorena	Brnjac
42	Kristijan	Bučević
43	Nerina	Bulešić Lončarić
44	Cecilia	Buljak
45	Melita	Buljan
46	Lidija	Burić
47	Josip	Buršić
48	Snježana	Buršić Pavlović
C		
49	Nikka	Car
50	Deana	Cecić-Sule
51	Snježana	Chamae
52	Karmen	Ciglar
53	Ivan	Cikoja
54	Olga	Cizler
Č		
55	Marija	Čaklović Božić

56	Zoran	Čekić
57	Ilija	Čelebić
58	Ljiljana	Čičmak Smirnjak
Ć		
59	Željko	Čorić
60	Marija	Črneli
61	Dubravka	Čučak
62	Željka	Čulinia
63	Marina	Čulinia
64	Marica	Čurković
D		
65	Nada	Dašić
66	Danijela	Daus-Šebedak
67	Darko	Dobrić
68	Nada	Dogan
69	Irena	Domić
70	Zlata	Domović
71	Božidar	Domuz
72	Ljiljana	Došen
73	Vesna	Dragoja
74	Spomenka	Drašinac Kurtagić
75	Nada	Dumančić
Đ		
76	Vellimir	Duras
DŽ		
77	Sanja	Džankić
F		
78	Tea	Fabijanić
79	Melda	Fabrio
80	Nina	Ferenaz

81	Ivana	Ferković
82	Jelena	Filipović
83	Ena	Filipović Ferenčić
84	Ivana	Flisar
85	Lidija	Forster
86	Ljiljana	Fujs
G		
87	Slavica	Gabelica
88	Anja	Gaćina
89	Anton	Galić
90	Melita	Gašpartić
91	Zdravka	Gjergja
92	Dolores	Glavan Radić
93	Milka	Gložinić
94	Mirjana	Glumac
95	Darko	Golubić
96	Sara	Golubić
97	Biserka	Grbčić-Mikulić
98	Maja	Grdić
99	Marjana	Grgić
100	Verica	Grkavec-Mađarević
101	Jelena	Grmuša Drobnjak
102	Barbara	Grubišić
103	Mislav	Guščić
H		
104	Marina	Hajdić
105	Verica	Hedi Ferenčević
106	Darko	Hlišć
107	Ljiljana	Horvat -Điko
108	Zdravko	Hustnjak

I		
109	Ana	Ikić
110	Amila	Iličić
111	Marija	Ivanković
112	Ivana	Ivanković Pavelka
113	Josip	Ivić
114	Milica	Ivić Tariba
J		
115	Vitomir	Jadrejčić
116	Helena	Jadrović Španja
117	Elena	Jagarčec
118	Jelena	Jagetić
119	Issam	Janbay
120	Boris	Jerbić
121	Martina	Jerbić-Cecelja
122	Milena	Jović
123	Radovan	Jozić
124	Danijela	Juras
125	Zora	Jurčević
126	Sanja	Jurić Banai
127	Vesna	Jurišić
128	Ivo	Jurišić
129	Vesna	Jurković Krolo
130	Marija Antonija	Jurković Krolo
K		
131	Ana	Kajganić
132	Violeta	Kajić
133	Davor	Kakarigi
134	Sanja	Kalšan Brkić
135	Vesna	Kalšan-Saik
136	Barbara	Karlo Gergorić
137	Avelina	Kašelić Kraljević
138	Vladimira	Katičić
139	Sandra	Kazija
140	Nenad	Kešin
141	Borivoj	Kezele
142	Ratko	Kežić
143	Oskar	Kirchbaum
144	Klara	Klanjčić Bočina
145	Alena	Klašterkova
146	Božica	Kolundžić
147	Maša	Kontić
148	Valentina	Kopjar Stajerec
149	Branko	Koprić
150	Gordana	Kopričanec Stanić
151	Željka	Korčić-Lovaković
152	Sanja	Koričić
153	Suzana	Kos
154	Štefanija	Kovač
155	Željka	Kovač
156	Vladna	Kovač
157	Brigita	Kovač-Retih
158	Lela	Kozić Đurović
159	Alemka	Krajač-Čupić
160	Milena	Kraljević Gojun
161	Davorka	Kraljevski
162	Jasenka	Kranjčec-Jagić
163	Branka	Križan
164	Vladimir	Križan

165	Barbara	Krizman Vuhinec
166	Olga	Krot
167	Glorija	Krtalić
168	Tamara	Kukovec
169	Tatjana	Kunštek-Kučanda
170	Vlatka	Kupinić Rožić
171	Dunja	Kurbegović
L		
172	Darko	Labura
173	Maja	Lacić Draganja
174	Marija	Lajter Marenić
175	Veronika	Laušin
176	Martina	Leko
177	Jelena	Lemaić
178	Marija	Lenz
179	Marija	Lipovac Mrđen
180	Divo	Ljubičić
181	Branka	Lokin
182	Dalibor	Lončar
183	Dino	Lovrinić
M		
184	Mladen	Madjarević
185	Darmina	Mahmutović
186	Lana	Mahović
187	Miljenko	Maltar
188	Anka	Mamić
189	Vera	Mareš-Bratko
190	Biserka	Margan Tomičić
191	Veljko	Marić
192	Iva	Markota
193	Sanda	Marković
194	Nada	Marković
195	Martina	Markunović
196	Dolores	Martinović
197	Ivo	Martinović
198	Senka	Mašković
199	Nino	Matas
200	Ana	Matić
201	Mirko	Matić
202	Danijela	Meister-Babić
203	Mladen	Merćep
204	Monika	Mesićek
205	Josipa	Mićeć
206	Zlatko	Mihaldinec
207	Pavica	Mijanović
208	Nenad	Mijić
209	Melita	Mijić
210	Branimir	Mikec
211	Ljubica	Mikulčić
212	Vesna	Milošević
213	Silvana	Milovac
214	Katarina	Mioč
215	Stjepan	Miše
216	Davorin	Mitar
217	Nikica	Mlačić Bojić
218	Sandra	Mladinić Tadin
219	Loris	Močibob
220	Vjera	Muntić
221	Iva	Mustapić Ilić
222	Tamara	Mužić

N		
223	Tin	Nadarević
224	Sandra	Nesek
225	Ružica	Nikolić
226	Nada	Ninčević
227	Radmila	Nježić
228	Blaženka	Novak
229	Dinko	Novaković
230	Ingrid	Novosel
231	Dragan	Novoselnik
O		
232	Manuela	Oharek
233	Verica	Ojtović
234	Sonja	Orbanić
P		
235	Mirna	Paić
236	Slavica	Pančić
237	Ivana	Paro-Matijašec
238	Tea	Pavić
239	Silva	Pećanić
240	Maja	Pehar
241	Marija	Petrak
242	Mirjana	Petrić
243	Zdenka	Picukarić
244	Ana	Pivčić-Gombović
245	Marin	Pocronić
246	Boris	Poljak
247	Vesna	Poljak Herljević
248	Vlasta	Popić
249	Ivana	Prgomet
250	Ivan	Pucović
251	Božena	Puljiz
252	Terezija	Punoš
R		
253	Petar	Radaković
254	Željka	Radaković
255	Davorka	Radanović
256	Goran	Radovniković
257	Gordana	Rašić
258	Danijela	Raušl Malagić
259	Rosanda	Rosandić-Piasevoli
260	Maja	Rudelić-Zadrović
S		
261	Anita	Sabolek
262	Olga	Sabolek-Tegzeš
263	Ksenia	Scagnetti
264	Jelena	Schwennner-Radovniković
265	Vesna	Samardžić-Ilić
266	Božena	Sanković
267	Vedrana	Santini
268	Antea	Sapunar
269	Sanja	Savin
270	Josip	Skender
271	Marin	Soldatić
272	Kristina	Stanečić
273	Rikard	Stanić
274	Marta	Stanić
275	Karmen	Stanić Jurašin
276	Ljeposava	Stanimirović

277	Vojislav	Stanimirović
278	Karmen	Stipeč
279	Snježana	Stipković
280	Gordana	Sunko
281	Maja	Svilan
Š		
282	Ivana	Šegvić
283	Katarina	Šestan
284	Sonja	Šikanić
285	Nedjeljka	Šindija
286	Tinka	Šipicki
287	Ivan	Širić
288	Dubravka	Šalić Herjavec
289	Martina	Škvarić
290	Jasminka	Šmider-Knežović
291	Ivana	Štanfel
292	Mirela	Štefanac
293	Vesna	Štefanac Nadarević
294	Mira	Štengl-Martinjak
295	Biserka	Šupraha
T		
296	Damir	Tabak
297	Sonja	Tanfara
298	Marinka	Tičić
299	Biserka	Topolovec-Galic
300	Goran	Tošić
301	Tomislav	Treščec
302	Marta	Trobonjača
303	Milia	Turković
304	Snježana	Tušek
U		
305	Blanka	Ulrich
306	Tanja	Uzelac
305	Blanka	Ulrich
306	Tanja	Uzelac
V		
307	Ljiljana	Vidošević
308	Heda	Vidović Šehović
309	Zdenka	Vodjerek-Matica
310	Maja	Volf
311	Neven	Vucelić
312	Miona	Vujević
313	Martina	Vuknić
Z		
314	Ružica	Zadro
315	Tina	Zavidić
316	Slavica	Zemljak
317	Tamara	Zibar Abramović
318	Sanja	Zlački Račić
319	Branka	Zubak Marić
Ž		
320	Ivana	Žambok
321	Kristina	Žgela
322	Slavko	Živić
323	Sanja	Župan-Kovačić
324	Dražen	Žurić
325	Dušanka	Žutić

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U STUDENOMU 2018.

6. studenoga	Nacionalno povjerenstvo za specijalističko usavršavanje doktora medicine-Povjerenstvo za stručni posjet: posjet KBC Split, Klinika za kirurgiju (dr. B. Ujević)
6. studenoga	Predstavljanje projekta Izrada scenarija stalnog postava Hrvatskog muzeja medicine i farmacije HAZU-od aplikacije do realizacije, Zagreb (dr. I. Bekavac)
7. studenoga	Sastanak Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine, Zagreb (dr. B. Ujević)
7. studenoga	Sastanak Koordinacije KOKOZ-a, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, dr. A. Barić Grgurević)
9. studenoga	Sastanak u Ministarstvu zdravstva vezano za organizaciju i provedbu specijalističkog usavršavanja medicinskih sestara/tehničara u djelatnosti hitne medicine, Zagreb (prof.dr. G. Hauser)
10. studenoga	Javno-zdravstvena kampanja Sve za njega, Zagreb (prim.dr.sc. I. Pejnović Franelić)
11. studenoga	Sastanak CPME, Švicarska (dr.sc. M. Perić)
13. studenoga	Radni sastanak s predsjednicom Zdravniške zbornice Slovenije dr. Zdenkom Čebašek-Travnik, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, dr. A. Barić Grgurević)
14. studenoga	Gostovanje u Dnevniku Nove TV, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
16. studenoga	Međunarodni kongres „Zdravlje i zdravstvena zaštita 2015-2030 Futur Z“, Opatija (dr.sc. K. Luetić, dr. A. Barić Grgurević, prof.dr. D. Vagić)
17. studenoga	14. Znanstveno-stručni simpozij „Ratna bolnica Vukovar 1991. – dr. Juraj Njavro“, Vukovar
17.-18. studenoga	Obilježavanje obljetnice stradanja Vukovara u Domovinskom ratu, Vukovar
19. studenoga	Okrugli stol „Poticanje i razvoj gospodarstva kroz ulogu privatnog zdravstva u Republici Hrvatskoj“, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
20. studenoga	Gostovanje u emisiji „Izaberi zdravlje“ na 1. programu Hrvatskoga radija, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
21. studenoga	Konferencija "Budućnost počinje sa 2", Zagreb (dr. A. Barić Grgurević)
22. studenoga	Sastanak s ministrom financija Zdravkom Marićem, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
22.-23. studenoga	15th National Congress of The Turkish Society of Medical and Surgical Intensive Care Medicine and the 7th Eurasia Critical Care Meeting, Turska (dr. I. Bekavac)
23. studenoga	Skupština i Otkrugi stol Hrvatskog epidemiološkog društva HLZ-a, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, prim.dr.sc. I. Pejnović Franelić)
23.-24. studenoga	Sastanak UEMS, Belgija (dr. Ž. Blažinkov, dr. B. Lovrić)
25. studenoga	Svečana akademija u povodu 15 godina osnutka i rada Hrvatske komore medicinskih sestara, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
27.-29. studenoga	UNESCO 13th World Conference on Bioethics, Medical Ethics & Health Law, Izrael (prof.dr. L. Zibar)
29. studenoga	Gostovanje u emisiji „Dobar dan, Hrvatska“ na 1. programu Hrvatske televizije, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
29.-30. studenoga	Sastanak CEOM, Španjolska (doc.prim.dr. S. Stojanović Stipić)
29. studenoga	Predstavljanje sedme sezone sportsko-edukativnog projekta Aktivna Hrvatska čiji je partner i Hrvatska liječnička komora, Zagreb (dr. A. Barić Grgurević, prim.dr.sc. I. Pejnović Franelić)
30. studenoga	Potpisivanje Ugovora o stambenom kreditiranju liječnika sa županom Bjelovarsko-bilogorske županije Damirom Bajsom, Bjelovar (dr. G. Povh)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U STUDENOMU 2018.

6. studenoga	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
7. studenoga	Sjednica Nadzornog odbora
8. studenoga	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
9. studenoga	Sjednica Vijeća
9. studenoga	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
10. studenoga	Izvanredna sjednica Skupštine
13. studenoga	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost
19. studenoga	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
20. studenoga	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
21. studenoga	Sjednica Izvršnog odbora
1. – 30. studenoga	6 rasprava na Časnom sudu

U 2019. povoljnije osiguranje pravne zaštite i Polica dopunskog zdravstvenog osiguranja za članove Komore

Navedena ponuda Croatia osiguranja koju je prihvatile Skupština HLK-a sadrži dopunsko zdravstveno osiguranje za sve članove HLK-a koji predaju suglasnost. Članovima Komore također nudi

pogodnosti odnosno popuste na druge proizvode osiguravatelja kao što su niže cijene dopunskog zdravstvenog osiguranja za uže članove obitelji i mogućnost povoljnije doplata za B listu lijekova.

Prihvaćena ponuda sadržava i program pravne zaštite za sve radno aktivne članove HLK-a kao i poslovnu odluku Croatia osiguranja koja pokriva troškove tužbi liječnika za pogrešno obračunane prekovremene sate.



Kolegice i kolege!

Ako volite pjevati i imate lijep glas, imat ćeće dobro društvo u zboru „Zagrebački liječnici pjevači“.

Pristupiti nam možete svakog četvrtka u 19, 15 sati, Klaićeva 10, prizemno, u dvorani.

Info na tel. 098 228 688, prof. dr. Mijo Bergovec

7. HRVATSKI KIRURŠKI KONGRES S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

Hrvatsko kirurško društvo (HKD), kao udruženje koje okuplja sve kirurške struke, svake četiri godine organizira kongres s međunarodnim sudjelovanjem koji sudiocnicima omogućuje uvid u suvremeno liječenje kirurških pacijenata.

U Vodicama su od 8. do 11. listopada 2018. održani 7. hrvatski kirurški kongres s međunarodnim sudjelovanjem te 2. simpozij medicinskih sestara i tehničara digestivne kirurgije u Hotelu Olympia Sky. Okupilo se 176 liječnika i liječnica različitih specijalnosti te 69 medicinskih sestara i tehničara. Održano je 105 liječničkih predavanja podijeljenih u 13 sekcija kako bi bila zastupljena svaka kirurška grana.

Sekcija „Kirurgija u Republici Hrvatskoj danas“ postala je obilježje ovog Kongresa, a u njoj možemo pratiti značajne korake koje kirurgija u našoj zemlji čini iz godine u godinu. Ova je sekcija imala vrlo zanimljivu raspravu o potrebi ujednačenosti edukacije specijalizanata i mlađih specijalista svih struka s naglaskom na uključivanje mentora čija *spiritus movens* uloga nikako ne smije biti zanemarena.

Osobito zapažena bila su predavanja prof. dr. Michaela Bergmanna iz Sveučilišne bolnice u Beču, stručnjaka iz kolorektalne i robotske kirurgije te translacijske medicine. Jedna od najzanimljivijih sekcija bila je translacijska medicina, u kojoj je prof. Bergmann prikazao organizaciju, rad i rezultate Zavoda za translacijsku medicinu, a prof. dr. Dragan Primorac i prof. dr. Lovorka Grgurević iznijeli su vrlo obećavajuće rezultate istraživanja o regeneraciji hrskavice, odnosno kosti.

Prof. dr. Ivana Mareković je ukazala na sve veći broj infekcija kod kirurških bolesnika uzrokovanih gljivičnim uzročnicima poput *Fusarium spp.* i zigomicete. Radi što ranijeg postavljanja dijagnoza u posljednje vrijeme primjenjuju se fungalni biomarkeri, kao što je 1,3- beta- D- glukan (BDG).

Kolege iz OB-a Varaždin iznijele su svoja iskustva s transanalnom endoskopskom mikrokirurgijom (TEM), što je kod pojedinih displastičnih neoplazmi bolja opcija od klasične operacije, jer omogućuje bolesniku brži oporavak, manje komplikacija i bolju kvalitetu života.

Prema podacima iz Centra za transplantaciju solidnih organa KB-a Merkur, sve je veća potreba za donorima starije dobi. Prema podacima Europskog registra za transplantaciju jetre, udio donora starijih od 60 godina iznosio je 1989. godine oko 1 %, a 2009. oko 30 %. Udio donora starijih od 65 godina na razini Eurotransplanta 2000. bio je nešto veći od 5 %, a 2016. oko 25 %. U Hrvatskoj je 2010. bilo 7 donora starijih od 75 godina, a 18 u 2016. godini.

U KBC Zagreb od 1990. godine učinjeno je 44 transplantacije jetre kod djece. Ovaj program se temelji na multidisciplinarnom pristupu u koji je uključeno 9 subspecijalisti. Ovo je jedini centar u Hrvatskoj od 2001. koji djeci transplantira jetru sa živog donora; a rezultati su na razini transplantacijskih centara u Europi i svijetu.

Svi sažeci tiskani su u časopisu Acta Chirurgica Croatica, glasilu HKD-a, Hrvatskog društva za dječju kirurgiju i Hrvatskog društva za endoskopsku kirurgiju.

Budući da HKD potiče visoku razinu informiranja o trenutnim zbivanjima na području medicine, a osobito u kirurškim granama, na kongresu je predstavljena i knjiga „Rehabilitacija ozljeda lokomotornog sustava“, autora doc. dr. Melite Uremović i prof. dr. Slavka Davile. Predstavili su je prof. dr. Aljoša Matejčić i prof. dr. Slavko Davila.

Radi poticanja mlađih kirurga, na kongresu se dodjeljuje nagrada za najbolje specijalizantsko predavanje. Ove godine je nagradu dobio dr. Tomislav Bubalo iz KB-a Merkur. Dobio je nagradu Aeskulap akademije Hrvatske, osnovni tečaj laparoskopske kirurgije, koji je donirala tvrtka B. Braun Hrvatska.

Na kraju je održana redovita Izborna skupština HKD-a. Novoizabrani predsjednik je prof. dr. Mario Zovak, prvi dopredsjednik doc. dr. Dražen Vidović, a tajnik doc. dr. Mario Kopljarić. Za počasnog predsjednika izabran je professor emeritus Mate Majerović. Novi glavni urednik Acta Chirurgica Croatica je dr. sc. Petar Matošević.



Dr. sc. Branko Bogdanić (predsjednik kongresnog odbora), dipl. med. tehničarka Vesna Konjevoda (predsjednica simpozija medicinskih sestara i tehničara u digestivnoj kirurgiji), profesor emeritus Mate Majerović (predsjednik organizacijskog odbora)

**Zaključak analize
antimikrobne rezistencije u UK:**

**Možemo spasiti 19 života po
minuti* ako djelujemo danas.¹**

Predviđa se da će antimikrobnna rezistencija do 2050. godine postati najvažniji pojedinačni uzrok smrti, koji će imati veću stopu smrtnosti nego brojne današnje bolesti - uključujući rak.¹

Pozorno pratite dodatne informacije o najnovijim nastojanjima da se ograniči utjecaj ove rastuće prijetnje i zaštiti budućnost naše djece.

VAŠI POSTUPCI DANAS ODREĐUJU NJIHOVO SUTRA.

**Skeniranjem koda
pogledajte snimku
webinara**



*Prijeti nam zdravstvena kriza za koju se predviđa da će do 2050. godine uzimati 10 000 000 života godišnje, odnosno 19 života po minuti.¹

Vrijeme je
da pružimo
otpor rastućoj
prijetnji našoj
budućnosti.

Tri hrvatska liječnika dobila prestižna priznanja International Medis Awards 2018.

Dr. Ivan Škegro, oftalmolog iz KBC-a Zagreb, dr. Miro Šimun Alebić iz poliklinike Podobnik i doc. dr. sc. Mario Ćuk iz KBC-a Zagreb dobitnici su ovogodišnjih priznanja International Medis Awards, svojevrsnog medicinskog Oscara, koje su im 30. studenoga dodijeljena na završnoj svečanosti u Sarajevu.

Priznanja Medis Awardsa tijekom pet godina postala su sinonim za izvrsnost u zdravstvu jer prepoznaju i nagrađuju najbolje liječnike i farmaceute srednje i jugoistočne Europe.



Dr. Ivan Škegro, oftalmolog iz KBC-a Zagreb



Dr. Miro Šimun Alebić iz poliklinike Podobnik

Dr. Škegro dobio je priznanje u kategoriji oftalmologije. U svojem stručnom radu bavio se istraživanjem kako vratiti vid pacijentima s transplantacijom leđne moždine kod kojih se može pojaviti teška slabovidnost. To stanje, koje se skraćeno naziva GVHD, riješio je presađivanjem amnijske ovojnica iz žena, koje su rodile carskim rezom, na pacijentovo oko.

Na ginekološkom području žiri je dodijelio priznanje ginekologu dr. Šimunu Alebiću iz poliklinike Podobnik u Zagrebu koji je proučavao neplodnost i istraživao kod kojih pacijentica s neplodnošću do sada poznati markeri ovarijske rezerve nisu pouzdani. Time je stručnjacima za reprodukciju omogućio definiranje bolesnica te izbor najboljeg načina liječenja.

U pedijatriji, koja je već pet godina najzastupljenije terapijsko područje na International Medis Awards, ovogodišnje je priznanje pripalo pedijatru doc. dr. sc. Ćuku koji se u svom stručnom članku posvetio anhidrotičnoj ektodermalnoj displaziji, rijetkoj bolesti s imunosnom deficijencijom. Tako je pridonio boljoj



Doc. dr. sc. Mario Ćuk iz KBC-a Zagreb

dijagnozi i liječenju te izuzetno rijetke bolesti i time spriječio smrt na koju bi inače bio osuđen dječak Ivan koji je zbog iste bolesti već izgubio brata i sestru zbog te rijetke nasljedne bolesti.

Za priznanje su ove godine konkurali liječnici i farmaceuti koji su svoja stručna dostignuća objavili u afirmiranim međunarodnim publikacijama s faktorom utjecaja 1,5.

Na ovogodišnji međunarodni natječaj prijavilo se 156 liječnika i farmaceuta iz Hrvatske, Austrije, Bosne i Hercegovine, Crne Gore, Mađarske, Makedonije, Slovenije i Srbije u kategorijama intenzivne medicine i anestesiologije, gastroenterologije, ginekologije, reumatologije, neurologije, oftalmologije, pedijatrije, pulmologije, alergologije i farmacije.

Inicijator natječaja je društvo Medis.

Sve prihvateće stručne radeove ocjenjuje i bira nezavisni međunarodni žiri.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Predstavljena knjiga prof. Lučića „Od vila ilirskih do Bijeloga puta“ u nakladi Komore

Knjiga prof. dr. sc. Ive Lučića „Od vila ilirskih do Bijeloga puta – stranputicama bosanske i hercegovačke povijesti“ u nakladi Hrvatske liječnike Komore predstavljena je u ponedjeljak 10. prosinca u zagrebačkom Nadbiskupijskom pastoralnom institutu.

Na predstavljanju knjige u kojoj autor piše o dva stoljeća bosansko-hercegovačke povijesti, a zadnji dio posvećuje humanitarnom konvoju Bijeli put, uz političke dužnosnike i predstavnike hrvatskih institucija bili su i liječnici koji su sudjelovali u konvoju i radili u ratnoj bolnici u Novoj Biloj.

U ime nakladnika knjige okupljene je pozdravio i na dolasku zahvalio prvi dopredsjednik /v.d. predsjednika Komore dr.sc. Krešimir Luetić.

Ovo je hvalevrijedna knjiga koja od zaborava trga velebni humanitarni pothvat naših ljudi. Ljudi humanitaraca koji su tada, u jeku najžećega ratnog sukoba, bili odlučni pomoći ispaćenom hrvatskom narodu Lašvanske doline i donijeti mu nadu i vjeru da se unatoč svim nedaćama i strahotama uvijek isplate univerzalne vrijednosti - zajedništvo humanost, dobrota i ustrajnost, istaknuo je dr. Luetić. Prisjetio se da je toga 10. prosinca 1993. sa zagrebačkog Zapadnog kolodvora ispratio i svoga oca Antu, koji se kao liječnik odlučio priključiti konvoju Bijeli put sa samo jednom željom – pomoći kako zna i umije svojim sunarodnjacima u BiH.

Dojma sam da smo više zabrinuti bili mi koji smo ispráali konvoj, nego ljudi koji su bili dijelom konvoja, a kojih je dobar dio i ovđe večeras nazočan, rekao je dr. Luetić upućujući svima njima posebnu zahvalu u ime komore.

Naveo je i podatak koji, kako je rekao, zadržiće. Naime, nakon pothvata Bijeli put radilo je u franjevačkoj bolnici u crkvi i poslije u novosagrađenoj zgradi do 2000. godine, uz ostale zdravstvene radnike, ukupno 313 liječnika iz 29 hrvatskih gradova.

Dr. Luetić čestitao je autoru knjige prof. Lučiću, bivšem predsjedniku Komore doc. dr. sc. Trpimiru Goluži koji je potaknuo njezino nastajanje, glavnom uredniku prim. dr. sc. Anti Zvonimиру Golemu i recenzentima knjige.

U ime sunakladnika knjige, ravnateljica Hrvatskog instituta za povijest dr. sc. Jasna Turkalj ocijenila je da se ratna bolnica u Novoj Biloj gotovo po svemu može mjeriti s Vukovarskom bolnicom te naglasila da je autor u njezinu sastavljanju, umjesto već uhodanih historijskih putova, odabrao složenu sintezu povijesnih odnosa i događaja u BiH.

Ovo je prirodan nastavak Lučićeve knjige o vukovarskoj bolnici, rekao je prof. dr. Mladen Ančić, naglasivši kako je autor vrlo dobro opisao zašto nastaju bolnice u ratu, kako funkcioniraju i zašto postaju takvim simbolom u narodu.

Dr. sc. Mario Jareb ocijenio je da je u knjizi odličan i dokumentima potkrijepljen prikaz politike na prostoru BiH u dva zadnja stoljeća. Knjiga je historiografsko osvježenje i držim da će imati dobar odjek i među povjesničarima, ali i u društvu. Prof. Lučić kada objašnjava povijest, politiku, sukobe i političke odnose u BiH govori o stereotipima koje treba promijeniti, rekao je Jareb.

Liječnik koji je osnivao vojni sanitet HVO-a i liječnik u ratnoj bolnici u Novoj Biloj, dr. Ivan Bagarić, podsjetio je



da je sanitet osnovan mjesec dana prije osnivanja HVO-a. S kolegama u BiH i uz svesrdnu potporu kolega liječnika iz Hrvatske i tadašnjeg hrvatskog vodstva, naslućujući što se spremi, krenuli smo u osnivanje saniteta, bolnica. Nije lako bilo osnivati te bolnice na najneobičajenijim mjestima, ali željeli smo pomoći svima i pomagali smo svakome bez obzira na vjeru i nacionalnost, rekao je dr. Bagarić prisjećajući se i nevjerojatnog stava Armije BiH i izbjijanja rata između Hrvata i Bošnjaka.

Da nije bilo Bijelog puta bojim se da bi Lašvanska dolina bila druga Srebrenica, rekao je dr. Bagarić.

Na kraju predstavljanja prof. Lučić je rekao da je pišući ovu knjigu nastojao pronaći poveznicu s knjigom Vukovarska bolnica – svjetionik u povijesnim olujama hrvatskog istoka. Pokušao sam naći uzroke rata u BiH kroz povijest i došao do zaključka da su oni puno dublji od želje za demokracijom, više stranačjem i slobodom te da su posljedica duboko proživljenog ugnjetavanja, zaključio je.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Predsjednica HLS-a na Generalnoj skupštini FEMS-a detaljno obrazložila probleme liječnika u Hrvatskoj

Na Generalnoj skupštini FEMS-a (European Federation of Salaried Doctors) održane u rujnu u Bruxellesu predsjednica Hrvatskog liječničkog sindikata (HLS) mr. sc. Renata Čulinović-Čaić podnijela je Nacionalno izješće o radu i problemima liječnika u Hrvatskoj dok je u posebnom izlaganju delegatima FEMS-a detaljno obrazložila problem nedostatka i odlaska liječnika u inozemstvo, održivanje velikog broja prekovremenih sati i sudske procese zbog neadekvatnog obračuna i plaćanja prekovremenih sati. Delegate je upozorila da hrvatski Zakon o reprezentativnosti još uvijek ne priznaje reprezentativnost HLS-u.

Kolege delegate Generalne skupštine zamolila je da zauzmu stav o izloženoj problematici i da FEMS izda službene priopćenje o problemima liječnika u Hrvatskoj. U nastavku sjednice je provedena rasprava, tijekom koje je predsjednica HLS-a odgovarala na dodatna pitanja delegata FEMS-a o izloženoj problematici.

Nakon provedene rasprave delegati FEMS-a su jednoglasno donijeli zaključak da se Vladi RH i ministru zdravstva RH uputi upozorenje u kojem se traži poštivanje radnih prava liječnika, korektno plaćanje prekovremenog rada i poštivanje regulative EU o radnom vremenu kao i iniciranje pregovora za strukovni kolektivni ugovor.

Drugog dana održani su izbori za novo vodstvo FEMS-a koje je izrazilo spremnost za pomoći u rješavanju problema liječnika u Hrvatskoj, kao i spremnost na dolazak u radni posjet u Hrvatsku.

Generalna skupština FEMS-a organizirana je u suradnji s Odborom za ekonomsku i socijalna pitanja Europske komisije, a

glavna tema je bila neujednačenost uvjeta rada i plaće liječnika u EU.

Izjava Generalne skupštine FEMS-a o situaciji s liječnicima u Hrvatskoj

Generalna skupština FEMS-a izražava duboku zabrinutost zbog uvjeta rada i situacije s liječnicima u Hrvatskoj.

Zabrinjava ogroman broj prekovremenih sati koje odraduju liječnici, čija količina uvelike prelazi zakonski dopuštene granice i Direktivu 2003/88/EC Europskog parlamenta. Ovakvi radni uvjeti neizbjegivo iscrpljuju liječnike i povećavaju mogućnost medicinskih pogrešaka, ali prije svega, dovode u opasnost zdravlje i životе liječnika i pacijenata.

Generalna skupština FEMS-a izražava duboku zabrinutost zbog uvjeta rada i situacije s liječnicima u Hrvatskoj.

Osim toga, zabrinjavaju i brojni sudski procesi pokrenuti zbog neadekvatnog izračuna i plaćanja prekovremenih sati, koji se pogrešno obračunavaju od 1. prosinca 2013.

Osobito je neprihvatljivo da se prekovremeni sati obračunavaju po nepovoljnijim uvjetima i bez dodataka koji se plaćaju za redovno radno vrijeme.

Hrvatska je jedna od rijetkih zemalja EU u kojoj liječnici nemaju svoj Strukovni kolektivni ugovor. Posebno zabrinjava činjenica da liječnici nisu reprezentativni i nemaju pravo pregovarati čak niti za Granski kolektivni ugovor u zdravstvu.

FEMS je zabrinut zbog uvjeta u kojima rade hrvatski liječnici i upozorava na posljedice koje takav rad može imati na kvalitetu pružanja zdravstvene zaštite građanima. Prema našem mišljenju, hrvatski političari bi također trebali biti zabrinuti zbog navedenih činjenica.

Stječe se dojam da hrvatski političari nisu dovoljno svjesni važnosti kvalitetnog funkcioniranja zdravstvenog sustava, niti važnosti liječnika u tom sustavu.

Stoga pozivamo Vladu i parlament Republike Hrvatske da ispravi obračun i plaćanje prekovremenog rada liječnika, da promptno osiguraju reprezentativnost liječnicima u kolektivnom pregovaranju, kao i da stvori preduvjete i inicira početak pregovora za Strukovni kolektivni ugovor za liječnike.

Usvojila Generalna skupština FEMS-a 22.rujna 2018.



2. kongres Hrvatskog društva za transplantacijsku medicinu

„Transplantacijska medicina je nacionalni zdravstveni prioritet tijekom budućega predsjedavanja Hrvatske Europskom unijom“



Prim. Branislav Kocman, predsjednik Hrvatskog društva za transplantacijsku medicinu

U Zagrebu je 7. i 8. prosinca 2018. održan 2. kongres Hrvatskog društva za transplantacijsku medicinu. Prim. Branislav Kocman, predsjednik Društva, je kao glavni organizator okupio predstavnike svih vrsta transplantacije solidnih organa. Kao najuspješniju članicu, skup je svojim izlaganjem podržao i Serge Vogelaar iz Eurotransplanta, menadžer za alokaciju organa. Hrvatska ne posustaje u vrhu europske i svjetske transplantacijske medicine, a na kongresu su domaći i strani specijalisti (iz Belgije, Austrije, Njemačke, Velike Britanije i SAD-a) iz različitih područja transplantacijske

U Hrvatskoj se aktualizirala inicijativa za uvođenjem transplantacije od darovatelja organa nakon cirkulacijske smrti

medicine iznijeli suvremene spoznaje, dvojbe, iskustva i očekivanja. Predstavljeni su rezultati 9 transplantacijskih programa (4 za bubreg, 2 za jetru, 2 za srce i 1 za gušteraču zajedno s bubrengom) iz 5 transplantacijskih središta (KBC Rijeka, KBC Osijek, KB Merkur, KBC Zagreb, KB Dubrava). Imali smo čast ugostiti prof. Lloyda Ratnera, voditelja transplantacijskog programa na Sveučilištu Columbia u New Yorku u SAD-u, kirurga koji je 1995. g. prvi u svijetu izveo laparoskopsku nefrekto-miju u darovatelja bubrega. Njegovo iskustvo u transplantaciji s darovatelja nakon cirkulacijske smrti (engl. DCD, donation after circulatory death) vrijedna je podrška hrvatskoj inicijativi za uvođenje DCD-a. Za to još nemamo niti odgovarajući zakon, a niti organizacijske uvjete, a ovaj je kongres, između ostalog, pružio uvid u strukturu

nastupajućega nam izazova. Bliži nam se i predsjedanje Europskom unijom, a transplantacijska medicina izabrana je za nacionalni zdravstveni prioritet u tom programu, izvjestila je zamjenica Republičke koordinatorice za transplantaciju, dr. Martina Anušić Juričić.

LADA ZIBAR

Prof. Lloyd Ratner, transplantacijski kirurg iz New Yorka (lijevo) i dr. Markus Guba, transplantacijski kirurg iz Minhena (desno)



NOVA ERA U LIJEČENJU B KRONIČNE LIMFOCITNE LEUKEMIJE

Kronična limfocitna leukemija (KLL) je bolest karakterizirana proliferacijom i nakupljanjem zrelih B monoklonalnih limfocita u krvi, koštanoj srži i limfnim tkivima. Za postavljanje dijagnoze potrebno je utvrditi prisustvo više od $5 \times 10^9/l$ cirkulirajućih klonalnih B stanica karakteričkog imunofenotipa, poput CD 19, CD 20, CD 23, CD 79b ili CD5 pozitiveta, uz ekspresiju kappa ili lambda lanca imunoglobulina.

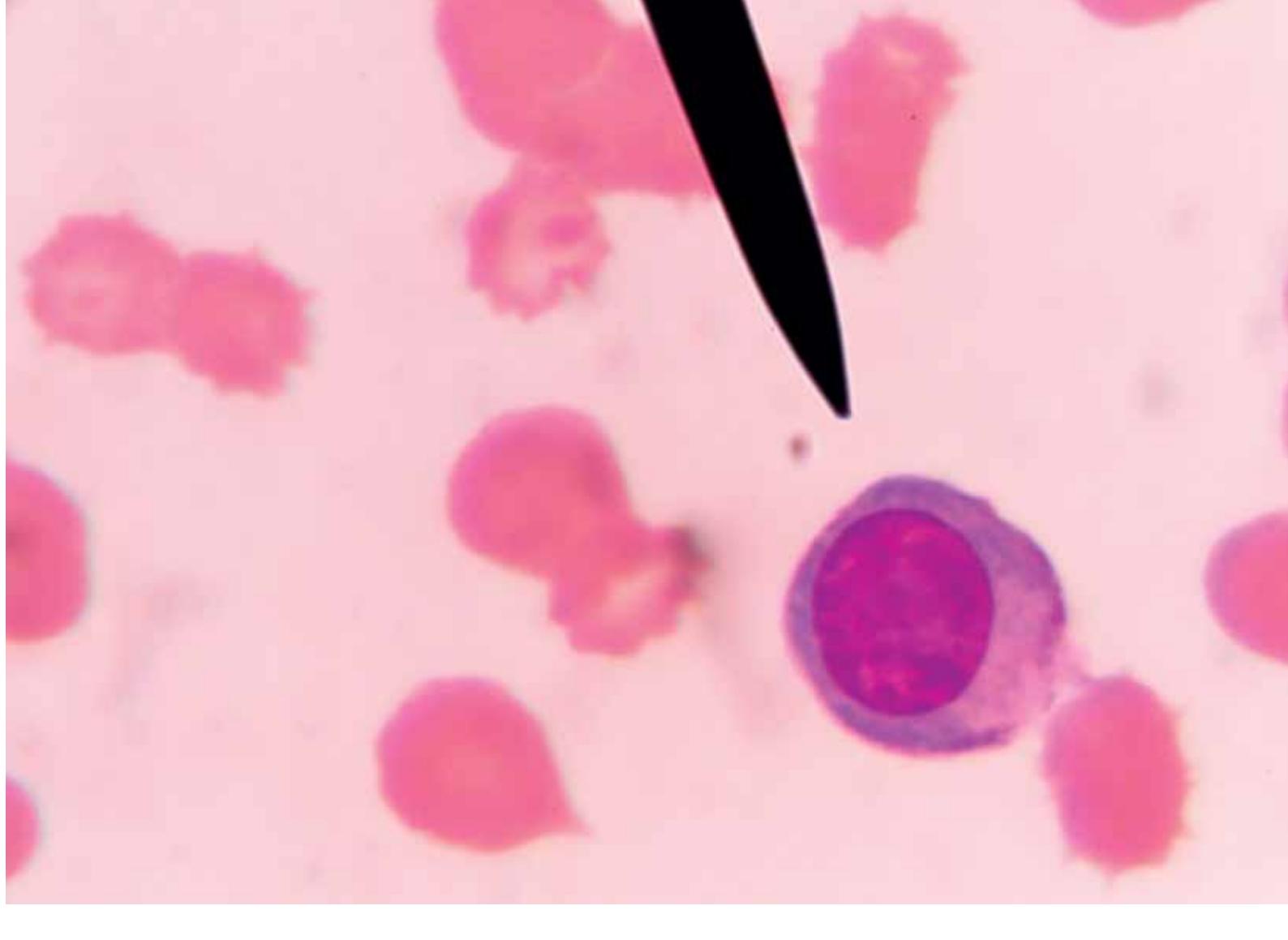
Također, kod otprilike 80% bolesnika mogu biti prisutne određene citogenetske abnormalnosti, odnosno mutacije (delecija 13q, delecija 11q, trisomija 12q, delecija 17p i p53 mutacija). Dok su neke od navedenih mutacija relativno česte, poput delecije 13q, koja se javlja u otprilike 30% svih slučajeva, te su povezane s boljom prognozom, neke su mutacije, poput delecije 17p, rijetke i povezane s lošom prognozom

i slabim odgovorom na liječenje te sklonošću progresiji bolesti.

S kliničkog aspekta, KLL je najčešće sporo progredirajuća bolest, tijekom koje trećinu bolesnika nikad nije potrebno liječiti. Kod trećine bolesnika, pak, bolest progredira u nekom periodu nakon dijagnoze te zahtijeva liječenje. Konačno, trećina bolesnika zahtijeva liječenje odmah po postavljanju dijagnoze. Uobičajeni kriteriji za početak liječenja su insuficijencija normalne hematopoeze, brza progresija tumorske mase, odnosno izraženi simptomi bolesti.

Desetljećima je kemoterapija bila jedina opcija za oboljele od KLL-a. Temelj kemoterapije počiva na alkilirajućim agensima, kao što su klorambucil ili ciklofosfamid te na purinskim analozima, kao što su fludarabin ili pentostatin. Za bolesnike koji su bili prestari ili lošeg općeg stanja, radi čega kemoterapijsko liječenje nije dolazilo u obzir, jedina opcija bila je potporna skrb. Prvi veliki napredak u liječenju KLL-a bilo je uvođenje imunoterapije kao potencijalnog rješenja u liječenju bolesnika s KLL-om. Pod pojmom imunoterapije, riječ je o lijekovima koji mehanizmom djelovanja ciljaju specifična obilježja na tumorskim stanicama, kao što su CD 20 ili CD 52, te djeluju isključivo na njih. Trenutno na tržištu postoje tri dostupna anti CD 20 monoklonska protutijela. Prvu generaciju monoklonskih protutijela predstavlja rituksimab,

kimerično anti CD 20 protutijelo. Rituksimab je dobro ispitana, dokazano učinkovit i koristi se kao standardna prva linija liječenja, u kombinaciji s kemoterapijom (fludarabin i ciklofosfamid) kod mlađih bolesnika dobrog općeg stanja. Također, koristi se i kao prva linija u liječenju starijih bolesnika u kombinaciji s alkirirajućim agensima, kao što su bendamustin ili klorambucil. Izbor terapije ovisi o općem stanju bolesnika i komorbiditetima. Druga generacija anti CD 20 monoklonska protutijela su dva lijeka, ofatumumab i obinutuzumab. S obzirom na dokaze iz kliničkih ispitivanja, aktualna standardna prva linija liječenja starijih bolesnika sa komorbiditetima je kombinacija obinutuzumaba i klorambucila¹. Sva tri opisana anti CD 20 monoklonska protutijela imaju četiri mehanizma djelovanja, koji su više ili manje izraženi, a to su: direktna citotoksičnost, aktivacija makrofaga, citotoksičnost ovisna o komplementu i citotoksičnost ovisna o protutijelu. Nakon pojave monoklonskih protutijela, kao idući korak unaprijed u liječenju KLL-a, dolazi do razvoja ciljane terapije. Radi se o malim molekulama čiji se mehanizam djelovanja temelji na utjecaju na stanične mehanizme preživljavanja. Danas postoje tri lijeka takvog djelovanja, dostupna za oboljele od KLL-a. To su idelalisib², koji djeluje kao inhibitor fosfoinozitol 3 kinaze delta i u Hrvatskoj je dostupan kao prva linija liječenja bolesnika s KLL-om i



s postojećom 17p delecijom ili p53 mutacijom, kod prethodno liječenih bolesnika, refraktornih na terapiju, ili kod bolesnika u ranom relapsu (unutar 24 mjeseca od završetka prethodne terapije). Iduća terapija najnovije generacije lijekova je ibrutinib³, inhibitor Brutonove kinaze, koji je u Hrvatskoj dostupan u istim indikacijama kao i idelalisib. Dok je ibrutinib registriran kao monoterapija, idelalisib se primjenjuje u kombinaciji s monoklonskim protutijelom, rituksimabom ili ofatumubabom.

Najnoviju generaciju lijekova ciljane terapije predstavlja venetoklaks⁴, potentni inhibitor bcl-2 staničnog signalnog puta. Lijek je u Hrvatskoj registriran i, u kombinaciji s rituksimabom, dostupan za liječenje odraslih bolesnika koji su primili najmanje jednu prethodnu terapiju. Kao monoterapija, venetoklaks je indiciran za liječen-

je KLL-a u prisutnosti delecije 17p ili mutacije gena TP53 u odraslih bolesnika, koji nisu pogodni za liječenje inhibitorom signalnih puteva B staničnih receptora ili nisu na njega odgovorili. Također, venetoklaks je primjenjiv i u odsustvu delecije 17p ili mutacije gena TP53 u odraslih bolesnika koji nisu odgovorili ni na kemoimunoterapiju, ni na liječenje inhibitorom signalnih puteva B staničnih receptora.

Sva tri lijeka se dobro podnose, bilo da se koriste samostalno ili u kombinaciji sa monoklonskim protutijelima. Treba napomenuti kako svaki od tih lijekova ima specifično djelovanje te, samim time, i svoje specifične nuspojave. Kod idelalisiba to su autoimune komplikacije u vidu pneumonitisa ili kolitisa te autoimunog hepatitisa, a kod ibrutiniba to je mogućnost razvoja fibrilacija atrija i pojačana sklonost krvarenjima. S druge, pak, strane, uz venetoklaks se

veže pojava sindroma lize tumora, koji se obično javlja pri početku liječenja, stoga je u početku njegove primjene potrebno postupno povećavanje doze.

Za kraj, treba napomenuti da je usprkos svim postojećim modalitetima liječenja, KLL i dalje neizlijječiva bolest kod koje je sklonost relapsima česta. No, razvoj novih molekula i mogućnost njihovog kombiniranja s monoklonskim protutijelima te uzimajući u obzir dostupnu potpornu terapiju, osobe oboljele od KLL-a danas imaju visoke izglede za dugotrajnu remisiju i dobru kvalitetu života.

Reference:

1. Hillman P. Lancet. 2015 May 9;385(9980):1873-83
2. Sažetak opisa svojstava lijeka Zydelig

3. Sažetak opisa svojstava lijeka Imbruvica

4. Sažetak opisa svojstava lijeka Venlyxto

HR-VNCCLL-180039

BIOSLIČNI LIJEKOVI

VEĆA DOSTUPNOST BIOLOŠKE TERAPIJE OBOLJELIMA OD UPALNIH AUTOIMUNIH REUMATSKIH BOLESTI

Uz Srednjoeuropski reumatološki kongres 2018 (CECR) 6. prosinca u Zagrebu je održan regionalni okrugli stol na temu 'Bioslični lijekovi - prijika za pacijente i zdravstvene sustave u srednjoj i istočnoj Europi' na kojem su sudjelovali renomirani zdravstveni stručnjaci u području reumatologije iz Hrvatske i Europe i predstavnici hrvatske Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED).

Raspravljaljali su o dostupnosti biosličnih lijekova i iznijeli podatak da ih je nekoliko za liječenje navedenih bolesti u posljednjih nekoliko mjeseci dobilo odobrenje Europske komisije za stavljanje lijeka na tržište. Kao i njihovi referentni proizvodi jednako su indicirani za liječenje reumatoидnog artritisa, psorijatičnog artritisa i ankiloznog spondilitisa.

Procjenjuje se da u Hrvatskoj od upalnih reumatskih bolesti boluje oko 70.000 osoba. Obzirom na podatke iz drugih zemalja 10 posto bolesnika s tim bolestima kandidati su za biološku terapiju. Trenutno se u Hrvatskoj više od 3.000 bolesnika liječi biološkim lijekovima, što znači da dio naših bolesnika ipak ne prima najsvrremeniju terapiju. Razlog tome svakako su i neprepoznati bolesnici što dovođimo u vezu s manjkom reumatologa,

ali i cijene bioloških lijekova. Nema sumnje da će bioslični lijekovi doprinijeti boljoj dostupnosti biološke terapije za ove bolesnike rekao je prof. dr. Srđan Novak, voditelj Odjela za reumatologiju i kliničku imunologiju KBC-a Rijeka i potpredsjednik Hrvatskog reumatološkog društva Hrvatskog liječničkog zbora.

Predstavnica HALMED-a, dr. vet. med. Dijana Derganc, predstavila je postupak znanstvene ocjene i davanja odobrenja biosličnih lijekova, koji se u Europskoj uniji obavezno provodi putem centraliziranog postupka registracije kao i službeno stajalište HALMED-a o zamjenjivosti bioloških lijekova.

Na temelju HALMED-ova službenog stajališta biosličan lijek i izvorni biološki lijek mogu se u liječenju pacijenata međusobno zamjenjivati uz nadzor liječnika i praćenje stanja pacijenta. O prikladnosti zamjene lijeka za pojedinog pacijenta odlučuje ordinirajući liječnik, koji pacijenta treba obavijestiti o promjenama i koji će pratiti stanje pacijenta i ishode liječenja, navela je.

U srednjoistočnoj europskoj regiji liječenje autoimunih bolesti kao što je reumatoидni artritis predstavlja veliki teret za društvo. U Hrvatskoj je

tako samo u prošloj godini potrošeno približno 31 milijun eura na biološku terapiju u terapijskim indikacijama referentnog lijeka. Potencijalna ušteda dolaskom biosličnih lijekova mogla bi biti i do 30 posto što na temelju naših procjena iznosi minimalno oko 3 milijuna eura. To je velika ušteda za zdravstveni proračun zbog čega biološka terapija postaje dostupna većem broju pacijenata, kazao je Jozef Belcik, predstavnik Mylana za srednju i istočnu Europu i Njemačku.

Nova studija koju je objavila Europska komisija IQVIA, iz rujna ove godine, o udjelu biosličnih lijekova, pokazuje da u zemljama srednje i istočne Europe dvostruko više pacijenata koristi neophodnu biološku terapiju zahvaljujući biosličnim lijekovima, bez utjecaja na zdravstveni proračun. To daje veliku nadu za pacijente koji još uvijek nemaju pristup biološkoj terapiji zbog visokih troškova referentnih lijekova. Predviđa se da će korištenje biosličnih lijekova samo zemljama EU5 u razdoblju od 2016. do 2020. uštedjeti više od 10 milijardi eura.

U Europi je za liječenje raznih bolesti odobreno više od 45 biosličnih prozvoda za 15 originalnih bioloških lijekova, rečeno je na panelu.

Pedijatrijski kardiolog s KBC-a Rijeka prim.mr.sc. NEVEN ČAČE prvi u Hrvatskoj zahvat na SRCU IZVEO KROZ PREPONU

Pedijatrijski kardiolog prim.mr. sc. dr. Neven Čače iz KBC-a Rijeka sredinom studenoga prvi je u Hrvatskoj s timom kolega izveo novi zahvat na srcu kod petero djece. Zahvaljujući tom zahvatu djeca nisu trebala na klasičnu kardiokiruršku operaciju u kojoj se otvaraju prsni koš i srce. Oporavak im je tekao daleko brže i lakše, zapravo već nakon dva dana izišli su iz bolnice i uz malu pažnju sve mogu normalno raditi.

Dok su se u slučaju atrijskog defekta u dosadašnjim zahvatima ti defekti zatvarali na pregradi između srčanih predkljetki i tako zaustavlja opasno miješanje arterijske i venske krvi, kod ventrikulskog septalnog defekta zatvaraju se rupice na zidu između dviju kljetki.

Dakle nije bilo operacije. Operacije rade kirurzi. Kao intervencijski pedijatrijski kardiolog napravio sam zahvat s timom kolega bez kojih to ne bi bilo moguće, jer je prilično komplikiran. U timu za ovakve zahvate su stalni dr. Ivana Smoljan, kardiologinja i dr. Aleksandar Ovuka, ped. kardiolog. Naravno da sudjeluju i anesteziozi, inžinjeri radiologije i med. sestre raznih profila. Za podršku sam pozvao i kolegu dr. Massimo Chessa iz klinike San Donato iz Milana. Edukacija i pripreme su trajale punih godinu dana, dr. sc. Čače.

Ovim zahvatom sprječava se razvoj plućne hipertenzije kao najteže komplikacije ventrikulskog septalnog defekta. Postojeći lijekovi olakšavaju tegobe i produžavaju život, ali u konačnici transplantacija i pluća i srca je definitivno rješenje.

Dr. Čače je zahvat izveo na način da je kateter uveo kroz preponu. S jedne strane kateter je uveo kroz preponsku arteriju, a s druge strane kroz preponsku venu te se kateteri koji se vode kroz žile susreću u tzv. kissing tehnicu nakon čega se radi petlja s jedne strane srca na drugu te se

kateter pozicionira na sam defekt na zidu između kljetki i tu postavlja zatvarač kojim se zatvori defekt.

Zadovoljan sam kako je sve teklo, sve je štimalo. Mogu biti ponosan na moje kolege u timu i kako smo sve odradili. Do sada se to radilo na način da je to bila klasična operacija zbog čega je i opora-

Procjenjuje se da se godišnje u Hrvatskoj rodi stotinjak djece s ventrikulskim septalnim defektom, a zahvatom perkutanim putem, uz pomoć katetera izbjegava se klasični kardiokirurški zahvat i bitno smanjuju komplikacije kao i dužina oporavka.

vak pacijenta zbog zarastanja prsne kosti trajao duže. Sada ulazimo žičicama kroz preponu do srca. Sve pratimo dijaskopski (rendgenom). Uz to cijelo vrijeme ultrazvučnu sondu držimo u jednjaku pacijenta koja nam omogućava da vidimo gdje moramo zatvoriti rupice na srcu. U isto vrijeme ezofagealnom ultrazvučnom sondom kontroliramo otpuštanje zatvarača na pravom mjestu. Od iznimne je važnosti sačuvati i neošteti aortnu i trikuspidnu valvulu, kao i tračke tkiva koji se nalaze u blizini, objašnjava dr. Čače.

Uz iznimnu zahvalnost svojim kolegama dr. Čače kaže da bez podrške vodstva



KBC-a Rijeke i HZZO-a koji su osigurali potrebnu opremu i materijale ovakvi zahvati ne bi bili mogući.

Također navodi da u rječki KBC dolaze pacijenti iz čitave Hrvatske te da za normalan rad nedostaje još najmanje dva liječnika. Uz njega u timu radi mlađi subspecijalist pedijatrijske kardiologije za kojega kaže da može već sada preuzeti dobar dio posla. No, ponavlja da ipak, za daljnji razvoj pedijatrijske kardiologije nedostaje bar dva liječnika.

Što se tiče opreme navodi da je u zadnjih nekoliko godina nabavljena, ali da je prioritetni problem prostor jer su kako kaže u bolnici na Kantridi stješteni.

Govoreći o prijeko potrebnoj edukaciji dr. Čače kaže da su i po tom pitanju također u zadnjih nekoliko učinjeni pozitivni koraci. KBC nekako uspijeva osigurati novac za edukaciju, a posljednjih godina novac za inozemno usavršavanje svojih članova, kolega liječnika, pogotovo mladih, osigurava i Hrvatska liječnička komora.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Vodeći stručnjaci za krovični GVHD i ostale poslijetransplantacijske komplikacije u Zagrebu iz čak 25 država

Vodeći stručnjaci za krovičnu bolest presatka protiv primatelja (krovični GVHD, engl. Graft-versus-Host Disease) i ostale poslijetransplantacijske komplikacije iz čak 25 zemalja okupili su se početkom studenoga u Zagrebu, čime je hrvatska medicina pozicionirana kao pozitivan primjer razvoja struke i vrsne multidisciplinarnе skrbi o bolesnicima s krovičnim GVHD-om i ostalim komplikacijama nakon transplantacije koštane srži (matičnih krvotvornih stanica).

Najprije je od 7. do 8. studenoga na Institutu Ruđer Bošković održan sastanak na kojem je sudjelovalo 40-ak stručnjaka iz 15 država okupljenih u multinacionalnom europskom projektu o krovičnom GVHD-u Europske kooperacije u znanosti i tehnologiji (COST – European Cooperation in Science and Technology), nazvanom Integrirana europska mreža o cGVHD-u



(Integrated European Network on Chronic Graft Versus Host Disease (cGVHD), COST Action CA 17138). Riječ je o nedavno započetom međunarodnom projektu čija je svrha međunarodna suradnja i razmjena znanja i stručnjaka iz područja cGVHD-a. Voditeljica projekta je prof. dr. Anne Dickinson iz Velike Britanije, a među 15 europskih država koje sudjeluju u projektu predstavnici Hrvatske sudjeluju kao članovi Upravnog odbora (engl. Management Committee members). To su dr. sc. Magdalena Grce (Institut Ruđer Bošković) i doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić (KBC Zagreb i MEF u Zagrebu), koji

Svake se godine u Europi i ostalim državama pridruženim EBMT-u izvede oko 15.000 aloTKMS-a.

su ujedno i voditelji ili suvodenitelji nekoliko radnih skupina COST-ovog međunarodnog projekta o cGVHD-u.

Nakon tog sastanka vrhunski stručnjaci hematolozi održali su 4. Međunarodni simpozij o krovičnom GVHD-u, ove godine po prvi put održan zajedno s Edukacijskim tečajem Radne skupine za komplikacije transplantacije EBMT-a.

Na simpoziju koji je započet 9. studenoga u Preporodnoj dvorani Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti okupilo se više od 200 sudionika iz čak 25 država iz Europe, SAD-a, Rusije i drugih zemalja. Uz 22 inozemna predavača na simpoziju su sudjelovali i aktualni predsjednik EBMT-a (prof. Kröger) te dva bivša predsjednika EBMT-a (prof. Mohty i prof. Madrigal).

Uvodnim obraćanjem simpozij je otvorio doc. prim. dr. Dražen Pulanić, nakon čega je program započeo predavanjem prof. dr. Stevena Živka Pavletića iz američkog NCI/NIH, koji je govorio o najaktualnijim novostima o cGVHD-u. Program je nastavljen izvanrednom serijom predavanja vrhunskih eksperata o kliničkom dijagnostiranju, terapijskim dosezima i evaluaciji odgovora na terapiju, među kojima prof. Greinix iz Austrije, prof. Wolff iz Njemačke, prof. Vrhovac iz Hrvatske, prof. Duarte iz Španjolske, prof. Halter iz Švicarske, prof. Olivieri iz Italije i prof. Lawitschka iz Austrije. Profesor Kröger iz Njemačke predavao je o prevenciji cGVHD-a, prof. Mohty iz Francuske o mikrobiomu u GVHD-u a prof. Schoemanns iz Belgije o modernim tehnologijama u evaluaciji cGVHD-a. Domaći predavači bili su članovi Multidisciplinarnog tima za cGVHD. Prof. dr. Ervina Bilić predavala je o neurološkim komplikacijama cGVHD-a, doc. dr. Petriček o očnom cGVHD-u, prof. dr. Mravak-Stipetić o oralnom cGVHD-u, dr. sc. Pučić Baković o glikanima u autoimunosnim bolestima i cGVHD-u.

Kronični GVHD je imunosno posredovana bolest u kojoj transplantat imunološkim mehanizmima „napada“ primatelja i koja zahvaća brojne organe (oči, usta, kožu, pluća, jetru, probavni trakt, lokomotorni sustav, genitalni trakt).

Doc. prim. dr. Pulanić prikazao je pet godina rada Multidisciplinarnog tima za liječenje cGVHD-a KBC-a Zagreb, a prim. dr. Serventi-Seiwerth, dr. sc. Desnica i doc. dr. Perić izložile su zanimljive prikaze slučaja bolesnika s cGVHD-om.

Idućeg dana 10. studenoga održan je i Edukacijski tečaj Radne skupine za komplikacije transplantacije EBMT-a koji je obradio druge dijelove iz poslijetransplantacijske skrbi. Predavali su iznimni stručnjaci i inozemni predavači poput prof. Penacka (Njemačka), prof. Ruutua (Finska), prof. Salojae (Velika Britanija), dr. Moiseeva (Rusija), prof. Basaka (Poljska), i drugih.



Doc. prim. dr. sc. DRAŽEN PULANIĆ

Transplantacija krvotvornih matičnih stanica i dalje je jedina mogućnost izlječenja mnogih hematoloških bolesti

Unatoč otkriću novih lijekova i velikom napretku hematologije, transplantacija alogeničnih krvotvornih matičnih stanica (aloTKMS) i dalje je jedina mogućnost izlječenja mnogih hematoloških bolesti s velikim brojem transplantiranih bolesnika. Prema podacima Europskog udruženja za transplantaciju matičnih stanica iz krvi i koštane srži (European Society of Blood and Marrow Transplantation, EBMT), svake se godine u Europi i ostalim državama pridruženim EBMT-u izvede oko 15.000 aloTKMS-a. Kronična bolest presatka protiv primatelja (eng. chronic Graft-versus-Host Disease, cGVHD) najvažnija je kasna komplikacija nakon aloTKMS-a, a javlja se u oko 50 % osoba nakon aloTKMS-a. Kronični GVHD je imunosno posredovana bolest u kojoj transplantat imunološkim mehanizmima „napada“ primatelja i koja zahvaća brojne organe (oči, usta, kožu, pluća, jetru, probavni trakt, lokomotorni sustav, genitalni trakt). Bolest sve češće nastaje nakon aloTKMS-a, značajno utječe na preživljjenje i kvalitetu života transplantiranih osoba i u fokusu je transplantacijske stručne i znanstvene javnosti posljednjih godina.

Osvrt prof. dr. ŽIVKA PAVLETIĆA na simpozij

Ovo je četvrti sastanak. Počeli smo 2013., a ovaj je simpozij najveći i prvi put u suradnji s glavnom europskom organizacijom za presađivanje koštane srži EBMT-om – kaže prof. dr. Steven Živko Pavletić iz National Cancer Institute, National Institutes of Health (SAD).

Bio je to primjer suradnje kakvih bih volio da imamo više, a pogotovo između kolega u Hrvatskoj i nas iz dijaspore. Potekao sam iz ove sredine, specijalizaciju iz interne medicine i hematologije završio sam u KBC-u Zagreb na Rebru, educirao se na vrhunskim ustanovama u SAD-u, a sada radim u Nacionalnom institutu za rak. Kroz moju karijeru sa mnom se rotiralo 25 naših hrvatskih stručnjaka. Neki su na usavršavanju u SAD-u bili dulje, kao što su npr. doc. dr. Dražen Pulanić i dr. sc. Lana Desnica. Svi su se vratili u Hrvatsku i to je dobro, kaže prof. Pavletić.



Prof. dr. Steven Živko Pavletić

Govoreći o suradnji s kolegama u Hrvatskoj prisjetio se da je prije pet godina sa stipendijom američke vlade u Hrvatskoj proveo jedan sabbatical.

Za to vrijeme osnovali smo Multidisciplinarni tim za liječenje kroničnog GVHD-a i dugotrajnih komplikacija nakon presađivanja koštane srži (matičnih krvotvornih stanica) od drugih darovatelja. I to je postao vodeći europski centar, a što dokazuje i ovako velika posjećenosť ovog sastanka. Dakle, to je idealan primjer suradnje, naveo je prof. Pavletić ističući da je ponosan što je sudjelovao u edukaciji kolega iz Hrvatske.

No, dodao je, suradnja među nama u dijaspori s ovdašnjim kolegama još je uvijek premala i, rekao bih, stihiska. Ne postoje razrađeni mehanizmi da se zna koga bi se od nas u svijetu kontaktiralo, tko je gdje, tko iz Hrvatske želi na edukaciju u inozemstvo. Prije nekoliko godina osnovali smo u SAD-u organizaciju hrvatско-američkih stručnjaka i sada je želimo bolje uhodati. Na tome je prilično angažiran kolega Mario Škugor, naš vrhunski liječnik u Cleveland klinici. Nadamo se da bi se takvim pristupom postigla bolja suradnja i da bismo ovakvih značajnih simpozija mogli imati sve više. Time bi se omogućilo podizanje akademskog razvoja hrvatske medicine, zadržavanje stručnjaka i općenito jači ekonomski razvoj Hrvatske koja ima izuzetnu medicinsku bazu, ali za sada nimalo iskorištenu, zaključio je prof. Pavletić.

Multidisciplinarni tim za liječenje cGVHD-a u KBC-u Zagreb

U KBC-u Zagreb je 2013. godine formiran Multidisciplinarni tim za liječenje kroničnog GVHD-a i dugotrajnih komplikacija nakon aloTKMS-a, koji je vodio prof. dr. Damir Nemet u suradnji s prof. dr. Stevenom Živkom Pavletićem iz američkog Nacionalnog instituta za rak (National Cancer Institute (NCI), National Institutes of Health (NIH)). Nakon odlaska prof. Nmeta u mirovinu, od 2016. Multidiscipli-

narni tim vodi doc. prim. dr. Dražen Pulanić, specijalist internist-hematolog iz KBC-a Zagreb i MEF-a u Zagrebu. U radu Multidisciplinarnog tima KBC-a Zagreb danas sudjeluje više od 30 kliničkih i laboratorijskih stručnjaka i znanstvenika različitih specijalnosti. Formiranjem toga tima postignut je ujednačen i standardiziran pristup bolesnicima s kroničnim GVHD-om korištenjem najsuvremenijih NIH kriterija, uz detaljne kliničke i laboratorijske evaluacije, uz međunarodnu aktivnost, edukaciju i surad-

nju, te uz znanstvenu produkciju koja se očitovala znanstvenim projektima i publikacijama. Međunarodna znanstvena i edukativna aktivnost Multidisciplinarnog tima rezultirala je i organizacijom triju vrlo uspješnih međunarodnih simpozija o kroničnom GVHD-u održanih u Zagrebu (2013., 2015. i 2016. godine), dok se ove godine u studenome održao 4. Međunarodni simpozij o cGVHD-u u Zagrebu, sada po prvi put zajedno s Edukacijskim tečajem Radne skupine za komplikacije transplantacije EBMT-a.

Obilježena 20. obljetnica referentnog centra za tumore prostate

MJESEC STUDENI POSVEĆEN *muškom zdravlju — Movember*



U povodu mjeseca studenoga posvećenog „muškom zdravlju“ (Movember), u KBC-u Sestre milosrdnice obilježena je 20-ta obljetnica postojanja stručnog i znanstvenog djelovanja Referentnog centra za tumore prostate.

Taj Centar pri Klinici za urologiju djeli-
uje od konca 1998. uz relicenciranje
Ministarstva zdravstva. Utemeljio
ga je doc. dr. sc. Ivan Kraljić, tadaš-
nji predstojnik Klinike za urologiju.

Radi se o bolnici s najduljom tradici-
jom u Zagrebu i jednim od prvih Re-
ferentnih centara u hrvatskoj medici-
ni uopće. Kasniji predstojnici Klinike
prof. dr. sc. Ognjen Kraus i prof. dr. sc.
D. Trnski njegovali su brigu za Centar
i sve njegove aspekte stručnog, znan-
stvenog, kadrovskog, organizacijskog
te publicističkog napretka.

Djelatnici Centra, vođeni sadašnjim
predstojnikom Klinike prof. dr. sc. Bo-
risom Ružićem, ovu su značajnu go-
dišnjicu svečano obilježili prigodnim
stručno-znanstvenim simpozijem s
temom - „Tumori prostate“. Simpo-
ziju su nazočili i ravnatelj KBC Sestre
milosrdnice prof. dr. sc. Mario Zovak,
predstojnik Klinike za urologiju KBC

Zagreb prof. dr. sc. Željko Kaštelan,
predstojnici drugih klinika i zavoda te
svih uroloških kuća iz cijele Hrvatske.
Tom prilikom pregledno je prikazana
20 godišnja aktivnost i postignuti re-
zultati djelatnika Centra.

Uz tu prigodu publiciran je i suple-
ment periodike Acta Clinica Croatica
koja je indeksirana u SCI Expanded i
Medline/PubMed. Sadržaj suplemen-
ta čine recenzirani stručni, znanstveni
i pregledni radovi djelatnika Klinike
za urologiju i suradnika srodnih
medicinskih područja - epidemiolo-
ga, patologa, onkologa i radiologa.
Navedeni radovi daju uvid u povijest
najstarije urološke klinike, sve njezine
aktivnosti i rast samog Centra te da-
našnje stanje kao i perspektive medi-
cinske prakse i znanosti u području
tumora prostate.

Radovi u navedenom suplementu,
pored povijesti i pregleda razvoja sa-
mog Referentnog centra, obuhvaćaju
epidemiologiju raka prostate, novije
dijagnostičke mogućnosti uvedene u
praksu Klinike za urologiju KBC Se-
stre milosrdinice, napredak i dosadaš-
nje rezultate kirurških i drugih oblika
liječenja tumora prostate te usmjere-
nje daljnjih nastojanja na poboljšanju
dosadašnjeg uspjeha.

**> PSA test u redovitu rutinsku
praksu premijerno uveden
90-ih godina**

Multidisciplinarni princip aktivnosti
djelatnika Centra i vanjskih suradnika

srodnih medicinskih struka je praksu Klinike i prije samog formalnog osnivanja i početka djelovanja Centra. Već u drugoj polovini 80-tih godina postojala je organizirana suradnja, u obliku redovitih dnevnih i tjednih stručnih sastanaka urologa (prof. dr.sc.R. Novak i suradnici) s urološkim radiolozima (prof.dr.sc. D. Kovačević, prim. dr. K. Pavleković, prof. dr.sc. R.Klarić-Čustović, prof.dr.sc. M.Marotti, prim.dr.B.Temmer, prim. dr. J.Smolković, prim. dr. S.Belina i dr. J.Malčić) te specijalistima nuklearne medicinske dijagnostike (prim.dr. M. Žigman, prof.dr.sc. K.Kovačić). Multidisciplinarnost se najprije temeljila na izravnoj bliskoj suradnji tadašnjih urologa (Doc.dr sc.I.Kraljić) ponajprije s istraživačkim i publicističkim radom djelatnika suvremene laboratorijske dijagnostike (dr.sc. M.Tarle). Tako je sredinom 90-tih godina u redovnu rutinsku praksu premijerno uveden PSA test, zamjenivši ranije laboratorijske testove, što predstavlja same korijene onoga što danas zovemo „rana dijagnostika raka prostate“. U to vrijeme je postojala i bliska suradnja s citološkim laboratorijem, vođenim prof.dr. Ž. Znidarčić, kad se verifikacija dijagnoze raka prostate

temeljila na citološkoj aspiracijskoj punkciji prostate. Postupno je ta dijagnostička metoda, sredinom 90-tih godina zamijenjena histološkom verifikacijom uvođenjem tehnike biopsije prostate (doc.dr.sc. I. Kraljić, prof.dr.sc. M. Belicza, prim.dr.sc. A. Reljić). Uvođenje tehnike biopsije prostate vođene transrek talnim ultrazvukom značajno je zbljžilo suradnju urologa i patologa otvorivši vrata nadolazećoj

vrlo plodnoj stručnoj, znanstvenoj i publicističkoj aktivnosti obje struke. Takvoj neformalnoj, ali plodnoj, suradnji daljnji poticaj dali su patolozi pa je u tradiciju ušla i redovita tjedna kliničko-patološka konferencija, (prijavljena I bodovana od HLK-a) koju je 1998. utemeljio prof. M. Belicza, a takvu praksu nadalje su razvijali i njegovali prof.dr.sc. B. Krušlin i doc. dr.sc. M. Ulamec sa suradnicima, i to ne samo na planu tumora prostate nego na cijelovitom području urološke patologije, a osobito onkologije. Pridruživanjem onkologa (prof.dr.sc. A. Fröbe, prim.dr. M. Jazvić, dr. B.



Jakšić) su postupno stvoreni uvjeti za formiranje Multidisciplinarnog tima koji redovito održava stručne tjedne sastanke, a danas ga čine specijalisti urolozi subspecijalisti urološke onkologije, onkolozi, radiolozi, patolozi posvećeni urološkoj onkološkoj problematici te, po potrebi, nefrolozi, anesteziolozi, ginekolozi i kirurzi raznih subspecijalnosti.

> Od 2011. Referentni centar i Klinika za urologiju su edukacijski centar certificiran od Europske urološke zajednice

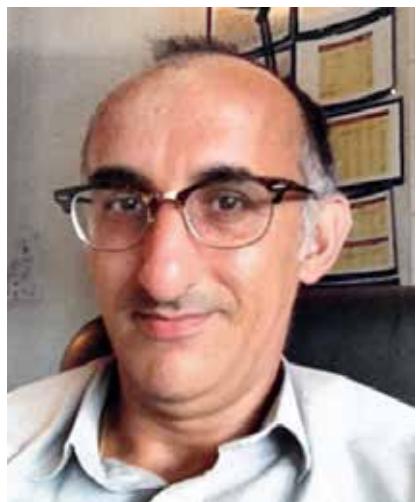
Takvim združenim dijagnostičkim i terapijskim djelovanjem Referentni centar i sama Klinika za urologiju postaju 2011. godine edukacijski centar certificiran od strane European Board of Urology (EBU) kao jedini takve vrste u Hrvatskoj zahvaljujući osobnom angažmanu doc.dr.sc. I. Tomaskovića na internacionalizaciji djelovanja Centra i pridruživanju klinike tijelima Europske unije medicinskih specijalista (UEMS). Daljnju potvrdu održanja i razvoja kvalitete izvrsnosti Centar i Klinika stječu ponovnom certifikacijom od strane istog tijela Europske urološke zajednice 2017.g.



☒ primarius dr. sc. ANTE RELJIĆ

EUROPEAN LIVER TRANSPLANT REGISTRY

uspješan model europske znanstvene suradnje



VINCENT KARAM

Centre Hépatobiliaire, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France

Europski registar za trasplantaciju jetre (ELTR – eng. European Liver Transplant Registry) osnovan 1986. i otada do danas prikuplja podatke o transplantaciji jetre (TJ) iz 175 transplantacijskih centara. Podaci registra predstavljaju više od 95% svih europskih podataka o transplantaciji jetre, uspoređujući sa službeno objavljenim brojkama.

Upitnik ELT registra sadrži : indikacije za TJ, karakteristike primatelja i darivatelja, tehničke aspekte TJ-a (redicirani, split, domino, živući i nekucajućeg srca darivatelji), početne i održavajuće protokole imunosupresije, ishode bolesnika, uzroke smrti ili gubitke presatka. Grupa stručnjaka nadgleda standarizaciju i razvoj ovog upitnika. ELTR je razvio online aplikaciju (Electronic Data Capture – EDC) za prikupljanje svih podataka. Web baziran modul razvijen je kako bi se omogućilo prikupljanje podataka u realnom vremenu. Programska podrška, upitnici, valida-

cijiski postupci i statistike smješteni su na centralnom serveru, a pripadajući centri pristupaju im putem standardnog internet preglednika.

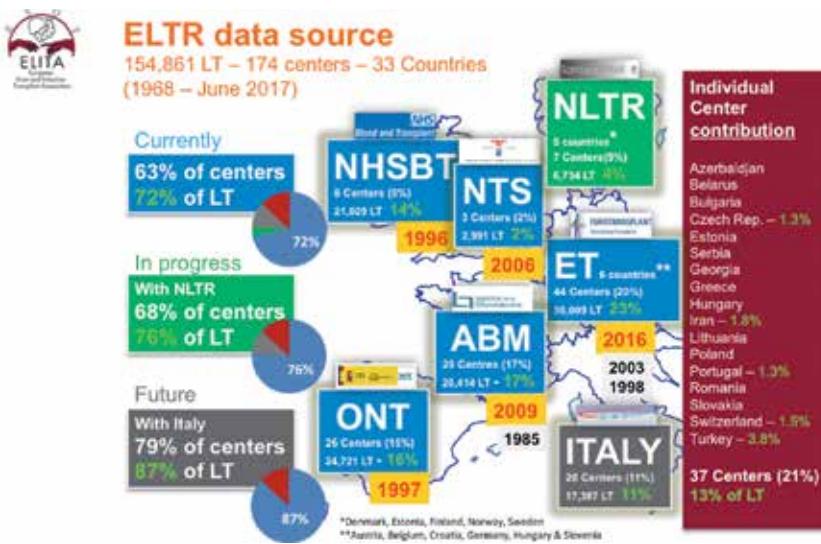
ELTR je ugovorio suradnju za razmjenu podataka s glavnim nacionalnim i internacionalnim organizacijama za razmjenu organa: United Kingdom Transplant Service Support Authority – UK NHS Blood and Transplant, Spanish Organizacion Nacional de Trasplantes – ONT, Scandinavian Scandiatransplant – SKT, Dutch Transplant Foundation – NTS, Eurotransplant Foundation – ET, French Agence de la Biomedicine – ABM.

Hrvatska, kao članica Eurotransplanta od 2007. godine, aktivno pridonosi registru podacima iz svoja dva transplantacijska centra. Dva su osnovna izvora podataka u ELTR-u; 72 % podataka (63 % centara) dolazi iz organizacija za razmjenu organa, a 28 % podatka (37 % centara) izravno su unesli u ELTR EDC platformu pojedinačni transplantacijski centri.

Postupak unosa podataka dinamički je kontroliran. Podaci su podvrgnuti rutinskim kontrolama koje provjeravaju osobito

potpunost, sadržaj i raspon. Također, provodi se kontrola unesenih ELTR podataka i podataka sadržanih u originalnoj dokumentaciji (npr. povijestima bolesti pacijenata) putem iznenadnih nadzornih posjeta translantacijskim centrima. ELTR nadzori odvijaju se kontinuirano, u početku s 10 slučajno odabranih centara na godinu do 1999. godine, a otada po pet centara na godinu. Prilikom nadzora deset posto datoteka (minumum 20, maksimum 50) dotičnog centra provjeravaju se pazeći na konzistenciju i potpunost podataka. ELTR se smatra pionirom vanjskog nadzora u znanstvenim registrima. Rezultati nadzora centara prezentiraju se na dvogodišnjim ELTR radionicama, na kojima sudjeluju svi doprinoseći centri. Nadzorni posjeti indikatori su kvaliteti podataka i predstavljaju jedan od stupova ELTR-a. Ovi rezultati ukazuju da su ELTR podaci pouzdani te da znanstveni rezultati ELTR-a daju vjerodostojnu i reprezentativnu sliku transplantacije jetre u Europi.

ELTR redovito provodi tematske studije vezane za različita područja transplantacije jetre. Ove studije smanjuju potencijalne greške, procjenjujući interakcije između zbnjujućih čimbenika i identificirajući



neovisne prediktore unutar svih varijabli ELTR-a koje mogu imati učinak na ishod. S više od 60 radova u časopisima, ELTR je pomoćao razviti modele rizika mortaliteta nakon transplantacije jetre.

Zahvaljujući velikoj kohorti pacijenata, iscrpnosti i kvaliteti podataka te ELTR-ovom dugoročnom praćenju, moguće je stvoriti reprezentativnu sliku transplantacije jetre u Europi. Između 33 doprinosećih zemalja jasno da postoje heterogenosti pravilnika i postupaka.

ELTR-ova polugodišnja izvješća sumiraju rezultate u cjelini i predstavljaju više «zamrznutu sliku» stanja o transplantaciji jetre nego neku generaliziranu izjavu za Europu. Istovremeno, ELTR ostaje jedinstven entitet koji omogućuje izradu ovakve statistike, sposoban dati globalnu sliku europskog iskustva i pomoći u identificiranju važnih trendova koji će voditi buduću praksu.

 prevela ANNA MRZLJAK

20. jubilarna obljetnica Medicinskog fakulteta u Osijeku



Dekan prof. JURE MIRAT dodjeljuje povelju akademiku ZVONKU KUSIĆU

Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku proslavio je 23. studenoga 20. obljetnicu osnivanja, a na prigodnoj svečanosti predstavljen je dosadašnji rad te utjecaj Fakulteta na razvoj zdravstvenog sustava na području istočne Hrvatske.

MEF u Osijeku najmlađi je medicinski fakultet u Hrvatskoj. Nakon 19 godina djelovanja osječkog Studija medicine pri Medicinskom fakultetu u Zagre-

bu, osnovan je 22. rujna 1998., a danas je jedna od 17 znanstveno-nastavnih sastavnica Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera te jedan od dvaju fakulteta iz znanstvenog područja biomedicine i zdravstva u sastavu Sveučilišta. Fakultet ima ustrojene 23 katedre, zapošljava 198 djelatnika, a uz redoviti program za

studente, realizira i značajan broj projekata, kongresa, simpozija i tečajeva trajne edukacije. U pripremi je i osnivanje studija medicine na njemačkom jeziku.

Na Fakultetu radi 64 profesora i 45 docenata. Na njemu je diplomiralo 1.175 liječnika, a obranjeno je 226 doktorskih disertacija.

Današnji MEF suvremena je ustanova koja svoju budućnost vidi u internacionalizaciji, rekao je na prigodnoj svečanosti dekan prof. dr. Jure Mirat.

Župan Osječko-baranjski Ivan Anušić

rekao je kako je za izgradnju budućeg novog KBC-a Osijek iz Europskih fondova osigurano 35 milijuna kuna za prvu potrebnu projektну dokumentaciju. U budućem KBC-u Osijek prostor će naći i Medicinski fakultet.

Početak razvoja suvremene medicine na osječkom prostoru bilo je osnivanje Varoškog špitala 1779. u Osijeku, a nastavljen je izgradnjom nove bolnice 1874. naslovljene Huttler-Kolhoffer-Monspergerova zakladna bolница. Godine 1874. osnovano je Društvo slavonskih liječnika u Osijeku, koje je 1877. objedinilo i izdalo prvi znanstveno-stručni časopis u Hrvatskoj "Glasnik Družtva slavonskih liečnika". Osječka bolnica odigrala je značajnu ulogu ne samo u pružanju zdravstvene zaštite na području istočne Hrvatske, već i u općem razvoju zdravstvene zaštite, preventivne službe te medicinskog prosvjećivanja i izobrazbe medicinskih kadrova. Da bi prerasla iz opće u kliničku ustanovu i iz Kliničke bolnice u KBC, bilo je potrebno osamostaliti studij osnivanjem samostalnog Medicinskog fakulteta koji će obrazovati znanstveno-nastavni i stručni kadar.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Deset godina Klinike za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB-a Dubrava u Zagrebu



Prof. Stanec sa specijalizantima i specijalistima iz bolnica diljem Republike Hrvatske i inozemstva.

Početkom Domovinskog rata Vlada RH preuzima tadašnju Vojnu bolnicu Dubrava u Zagrebu u zdravstveni sustav RH. Prvi voditelj Odsjeka za plastičnu kirurgiju postaje doc. dr. Rudolf Milanović. U sklopu reorganizacije Vojne u Novu bolnicu, a zatim i KB Dubrava, tijekom 1995. je za voditelja Odsjeka imenovan doc. dr. Zdenko Stanec iz KBC-a Zagreb, iz tima akademika Ivana Prpića. Tijekom sljedećih godina Odsjek postaje Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju MEF-a u Zagrebu, na kojoj se razvija stručna djelatnost te održava dodiplomska i poslijediplomska nastava čiji su voditelji kolegija prof. dr. Zdenko Stanec, prof. dr. Rado Žic, prof. dr. Srećko Budi, doc. dr. Sanda Stanec i doc. dr. Krešimir Martić.

Prof. Stanec je, zahvaljujući svojoj posvećenosti radu i dugogodišnjoj edukaciji kolega, postao vodeći

hrvatski stručnjak za razvoj mikro-kirurške tehnike za rekonstrukciju defekta mekih tkiva. Prvi je u Hrvatskoj rekonstruirao jednjak mikrokirurškim prijenosom tankog crijeva, prvi je rekonstruirao dojku mikrokirurškim prijenosom DIEP režnja s trbuha te uveo tehniku biopsije sentinel limfnog čvora kod melanoma i raka dojke. Tijekom Domovinskog rata mikrokirurški je rekonstruirao na tisuće traumatskih ozljeda trupa i ekstremiteta. Također postaje međunarodno priznat stručnjak za razvoj nove kirurške tehnike liječenja raka dojke, mastektomije s poštedom kože i bradavice (SNSM) te objavljuje često citirani rad „Skin and Nipple-Areola Complex Sparing Mastectomy in Breast Cancer Patients: 15-Year Experience“, s do tada najdužom svjetskom kliničkom studijom praćenja pacijentica s rekonstrukcijom izgleda dojki. Na temelju dugogodišnje suradnje plastičnih, rekonstrukcijskih i estet-

skih kirurga, radiologa, patologa, citologa, specijalista nuklearne medicine, psihijatara i onkologa, u KB-u Dubrava formiran je vodeći hrvatski Tim za multidisciplinarno liječenje raka dojke. Danas se na Klinici godišnje educira do 30 liječnika različitih kirurških subspecijalnosti i kao u prepoznatom Europskom centru provodi se specijalistička edukacija stranih državljana u trajanju od 5 godina. Skrb za pacijente i njihovo zadovoljstvo provedenim liječenjem uvijek je bio imperativ rada Klinike.

Istaknutu ulogu i važnost u svakodnevnom promicanju dostojanstvenog i odgovornog profesionalnog ponašanja imaju, osim liječnika, i ostali voditelji medicinske djelatnosti Klinike: gl. sestra Mirjana Parać, voditeljica operacijske djelatnosti med. sestra Marina Plantak i administratorica Marina Mamić. Na Klinici se izvode sve vrste operacija iz područja plas-



Naslovica monografije

tične kirurgije. Prof. Stanec je podupirao razvoj danas vodećih hrvatskih stručnjaka na području mikrokirurške rekonstrukcije dojke i šake (prof. dr. Rado Žic), estetske kirurgije i liječenja rana (prof. dr. Srećko Budi), rekonstrukcije defekata trbušne stjenke, kirurškog liječenja bolesti tetiva i kostiju šake (doc. dr. Zlatko Vlajčić), liječenja melanoma i rekonstrukcije defekta prsne kosti (dr. sc. Franjo Rudman), rekonstrukcije traumatskih ozljeda ekstremiteta i liječenja sarkoma (doc. dr. Krešimir Martić i dr. Božo Gorjanc) te rekonstrukcije dojke (doc. dr. Sanda Stanec, dr. Željka Roje i dr. Rebeka Held). Klinika redovno sudjeluje u organizaciji kongresa plastične, rekonstruk-

cijske i estetske kirurgije, simpozija protokola „Kliničke smjernice liječenja i praćenja melanoma“ i „Kliničke smjernice za onkoplastično liječenje raka dojke“. Također provodi tečajeve trajne edukacije medicinskog usavršavanja Hrvatske liječničke komore: „Kirurgija dojke“, „Abdominoplastika“, „Pomlađivanje bez skalpela“, „Osnove mikrokirurgije“, „Rane - principi i postupci liječenja“, „Novi šivaći materijali“ i „Transplantati i lokalni režnjevi“. Pojedini tečajevi imaju 20-godišnju tradiciju uzastopnog održavanja, što predstavlja najdužu tradiciju održavanja kontinuirane godišnje edukacije u Hrvatskoj.

Klinika je danas Referentni centar za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku

kirurgiju dojke i kirurgiju šake Ministarstva zdravstva RH i certificirani EBOPRAS-ov Europski edukacijski centar za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju.

U sklopu obilježavanja 10 godina od utemeljenja Klinike, u KB-u Dubrava je 26. rujna predstavljena monografija „Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju 2008. do 2018.“ prof. Staneca i suradnika. Cilj monografije je sačuvati od zaborava razvoj plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije u Hrvatskoj i prikazati hvalevrijedan put stvaranja vrhunske organizacijske i stručne znanstvene institucije.

ŽELJKA ROJE, dr. med.

Tečaj plastične kirurgije očnih adneksa u KBC-u Sestre milosrdnice

 OGNJEN ZRINŠČAK, spec. oftalmolog

U organizaciji Klinike za očne bolesti KBC-a Sestre milosrdnice održan je 10. studenog Tečaj plastične i rekonstruktivne kirurgije očnih adneksa u prostorijama Očne klinike. Nit vodilja ovog tečaja, petog po redu, bio je praktični rad na životinjskim modelima pod budnim okom subspecijalista kirurgije vjeđa i orbite. Tečaj je okupio 11 polaznika, što domaćih, što stranih specijalizanata. Nakon jutarnje pozdravne riječi predstojnika Klinike prof. Zorana Vatavuka uslijedila su predavanja nakon

kojih je slijedio praktičan rad na životinjskim modelima. Tim prokušanih predavača s Klinike, koji je uključivao doc. dr. sc. Ivanku Petric Vicković, prim. dr. sc. Valentinu Lacmanović Lončar te dr. Ognjena Zrinščaka pod vodstvom prof. Renate Ivezović, omogućio je individualan pristup svakom polazniku tečaja. Kroz praktičan rad prenosila su se osnovna znanja o kirurškim materijalima, tehnikama šivanja i metodama rekonstrukcije. Uz pauzu za ručak, vrijedni polaznici nastavili su s radom do kasnog poslijepodneva, kad je završetak tečaja obilježen predajom diploma uz pjenušac i zajedničkom fotografijom sretnih polaznika.



Polaznici tijekom praktičnog dijela vježbi na životinjskom modelu

CELIJAKIJA I PROJEKT FOCUS-IN-CD

Inovativna, prema bolesniku usmjerena zdravstvena skrb – uspostava snažne srednjoeuropske zdravstvene mreže za oboljele

Celijakija je kronična sustavna autoimunosna bolest od koje boluje od 1 do 3 % stanovništva svih dobnih skupina. Utvrđeno je da se u razvijenom svijetu dijagnoza celijakije postavlja sa zakašnjnjem od deset i više godina te da 80 % oboljelih ostaje nedijagnosticirano ili ima postavljenu pogrešnu dijagnozu. Klinička slika celijakije se posljednjih godina promjenila, tako da su česti blagi i asimptomatski oblici bolesti. S obzirom na to da je jedino dostupno liječenje stroga doživotna bezglutenska prehrana, kvaliteta života oboljelih značajno je narušena. Nedijagnosticirana i/ili neliječena bolest povezana je s velikim brojem teških komplikacija i komorbiditeta, što se odražava na pojedinca, sveukupno stanovništvo, a i na cijelokupni zdravstveni sustav. Nedovoljno znanje zdravstvenih djelatnika svakako pridonosi kašnjenju u postavljanju dijagnoze, a postojeća skrb o oboljeлим je nedostatna pa često i zanemaruje bolesnikove potrebe.

Glavni je cilj projekta Focus-IN-CD uspostava bliske mreže zdravstvenih usluga u Srednjoj Europi za oboljele od celijakije. Pun naziv projekta je „Inovativna, prema bolesniku usmjerena zdravstvena skrb - uspostava snažne srednjoeuropske zdravstvene mreže za oboljele od celijakije”. Njime se naglašavaju problemi u skrbi ovih bolesnika, usredotočuje se na inovativne mogućnosti u javnom sektoru te na bolje uključivanje novih spoznaja u zdravstveni sustav. Krajnji cilj je uspo-

stava sveobuhvatnog liječenja te približavanje zdravstvenog sustava bolesniku.

Projekt Focus-IN-CD podržava Europski fond za regionalni razvitak – Interreg Central Europe. Provedba projekta započela je u lipnju 2016. i završava u svibnju 2019. Projekt partneri su općina Maribor, KBC Maribor, E-institut – Institut za projektno savjetovanje iz Ptuja, Klinika

Ludwing-Maximilian Sveučilišta u Münchenu, Dječja bolnica HeimPal iz Budimpešte, Sveučilište u Trstu, Znanstveno istraživački institut za majku i dijete Burlo Garafolo iz Trsta, K Rijeka, Udruga oboljelih od celijakije Primorsko-goranske županije, Društvo za celijakiju iz Budimpešte, Zaklada za zdravlje djece iz Münchena te Primorsko-goranska županija.



U sklopu projekta analizirali smo upitnike razaslane lijećnicima diljem Hrvatske kako bismo procijenili njihovo znanje o ovoj bolesti. Rezultate poznavanja ove bolesti među zdravstvenim djelatnicima u našoj zemlji i usporedbu s onima drugih zemalja koji sudjeluju u ovom projektu prikazali smo na 13. Kongresu Hrvatskog pedijatrijskog društva održanom u listopadu 2018. u Šibeniku. Kako planiramo nastavak istraživanja, još uvijek možete ispuniti ovaj upitnik na stranici <https://www.surveymonkey.com/r/Q2Focus-IN-CD-CRO>. Radi procjene trenutne medicinske skrbi za ove bolesnike u našoj zemlji i drugim zemljama Srednje Europe, analizirano je i koliko oboljeli znaju o svojoj bolesti, kao i njihova medicinska dokumentacija.

Na temelju dobivenih rezultata, uz svjesnost o potrebi razvoja novih načina stjecanja znanja, razvijeni su alati za e-učenje, e-učenje za zdravstvene radnike (te) i e-učenje za bolesnike. U tijeku je izrada ICT aplikacije za zdravstvene djelatnike kao pomoć u svakodnevnoj kliničkoj praksi. E-učenju za bolesnike na hrvatskom jeziku možete pristupiti putem stranice www.sveocelijakiji.hr, dok je

e-učenje za zdravstvene djelatnike na engleskom jeziku još uvijek u izradi (a bit će dostupno na istoj adresi). Na stranici <http://www.interreg-central.eu/Content.Node/Focus-IN-CD.html>, osim informacija o projektu, možete pogledati film o bezglutenskoj kuhinji te preuzeti brošuru za zdravstvene djelatnike, koja uključuje i smjernice za postavljanje dijagnoze.

Putem medija (TV i radio emisije, javna glasila) upoznajemo i nastaviti ćemo upoznavati javnost s ovom bolesti. Bili smo prisutni na nekolicini javnih događaja, kao što su Međunarodna karnevalска povorka u Rijeci, jedriličarska regata Fiumanka, manifestacija Noć istraživača itd., gdje smo sugrađane i njihove goste upoznali s Projektom. Napisana je brošura za novo dijagnosticirane bolesnike za upoznavanje s ovom kroničnom bolesti, a u tisku je i kuharica za pomoći u prvim danim privikavanja na bezglutenku prehranu.

KBC Rijeka sudjeluje u dva od ukupno 10 pilot projekta koji se provode u sklopu ovoga međunarodnog. U suradnji s Udrugom za celjakiju Primorsko-goranske županije u tijeku je probir na celjakiju u osnovnim školama. Također analiziramo važnost biomarkera u postavljanju dijagnoze i praćenju pridr-

žavanja bezglutenske prehrane.

Nadamo se da ćemo pomoći tog Projekta uspjeti proširiti znanje o ovoj bolesti među stanovništvom, oboljelima i zdravstvenim djelatnicima. Alati za e-učenje učiniti će učenje brzim, kvalitetnim i lako dostupnim. Brošura za bolesnike i kuharica zasigurno će naći mjesto u ambulantama i domovima oboljelih. Pilot projekti će, nadamo se, proširiti i uvesti neke nove metode u skrb o oboljelima, tj. pravovremeno otkriti one koji ne znaju da su oboljeli. Sve ovo vodi glavnom cilju - izradi sveobuhvatnog modela skrbi o oboljelima od celjakije koji će se moći primijeniti i u drugim uvjetima te za druge kronične bolesti. Vaš interes i angažman nam u tome može uvelike pomoći.

Sve informacije o projektu dostupne su na stranici <http://www.interreg-central.eu/Content.Node/Focus-IN-CD.html>, kao i na Facebooku i Twitteru.

Na našu e-mail adresu focusincd.kbcrijeka@gmail.com možete nam se obratiti za pitanja i ili prijedloge.

Prof. dr. Goran Palčevski i ostali članovi tima iz projekta FOCUS-IN-CD

goran.palcevski@medri.uniri.hr



Hulio™ adalimumab



otopina za injekciju
u napunjenoj brizgalici
adalimumab



Better Health
for a Better World

MYL-BR-12/18-05-HR, prosinac 2018.

Analiza prijedloga Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2019. godinu i prijedloga finansijskog plana HZZO-a u 2019. godini



AUTOR: IVAN MARKOTIĆ, dipl. oec., pomoćnik ravnatelja za finansijske poslove KBC-a Sestre milosrdnice

Dana 9. studenog 2018. godine Vlada Republike Hrvatske je na 124. sjednici raspravljala o Nacrtu prijedloga Državnog proračuna za 2019. godinu i projekciju za 2020. i 2021. godinu. Uz tu je točku prikazan prijedlog finansijskog plana Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu s predviđanjima za 2020. i 2021. godinu. S gledišta financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj ta su dva dokumenta glavna smjernica poslovanja cijelog zdravstvenog sustava Republike Hrvatske u sljedećim godinama te zdravstvenih ustanova kao osnovnih sastavnica. Izlaskom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz sustava Državne riznice novac iz prikupljenih doprinosa za zdravstvo preusmjeren je iz Državnog proračuna u Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

čuna u Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

► Poslovanje zdravstvenog sustava u 2018.

Prije razrade pojedinačnih stavki prijedloga Državnog proračuna te prijedloga finansijskog plana Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2019. godini moramo još jedanput istaknuti ključne značajke tekuće 2018. godine te zakonske promjene koje će finansijski znatno utjecati na poslovanje zdravstvenog sustava u 2019. godini. Sustav financiranja zdravstvenog sustava Republike Hrvatske možemo definirati kao kombinaciju Bismarckova i Beveridgeova sustava s obzirom na to da je izvor stjecanja glavnine prihoda upravo doprinos za zdravstveno osiguranje prema modelu međugeneracijske solidarnosti, ali postoji i dio prihoda ostvaren prijenosom sredstava iz Državnog proračuna. S obzirom na rečeno, jasno je da glavnina prihoda zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, ovisi o parametrima gospodarskog rasta te o stopi zaposlenosti. Upravo je povećani priljev sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2018. iz te svrhe bio važan za pozitivno poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za prvi devet mjeseci ove godine. Naime, prihod od

doprinosa je za prvi devet mjeseci 2018. godine u usporedbi s istim razdobljem 2017. godine porastao za čak 4,08 % ili 582 milijuna kuna. Uz to povećanje prihoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz doprinosa za zdravstvo, u istom je razdoblju povećan prihod iz Državnog proračuna i to za 375 milijuna kuna u odnosu prema 2017. godini. Ukupno povećanje prihoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u promatranom je razdoblju više od milijardu kuna. Taj je rast prihoda popraćen i rastom rashoda od 694 milijuna kuna, na osnovi čega zaključujemo da je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranja nastavio pozitivan trend u poslovanju i u 2018. godini. Ukupni ostvareni višak u poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za prvi devet mjeseci 2018. godine iznosi 668 milijuna kuna. Pretpostavlja se da će taj višak biti iskorišten za podmirenje manjkova iz prethodnih razdoblja, ali i za korekcije prihoda bolničkih ustanova koje neprekidno posluju s manjom prihoda i stvaraju nove dospjele obveze. Negativan trend u poslovanju bolničkih ustanova ponavljaju se u stvoren zbog neekonomski valoriziranih proračuna dijela bolnica te zato što većina bolnica svojim radom i fakturiranim realizacijom znatno nadmašuje zadane mjesечne proračune.

Prihod Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje I. – IX. 2017. i 2018.

Prihodi I. – IX. 2017. i 2018.

Obvezno zdravstveno osiguranje	I.-IX. 2017.	I.-IX. 2018.	Indeks	Struktura	
				2017.	2018.
Prihodi od doprinosa	14.267.762,459	14.849.572,654	104,08	81,63	80,30
Prihodi od proračuna	1.875.000.000	2.250.000.000	120,09	10,73	12,17
Prihodi po posebnim propisima	1.321.473,106	1.382.320,860	104,60	7,56	7,47
Prihodi od finansijske imovine	13.672.478	11.167.211	80,50	0,08	0,06
Prihodi od pruženih usluga	685.414	854.378	124,65	-	-
Prihodi od prodaje nefinansijske imovine	389.334	664.632	170,71	-	-
Prihodi iz inozemstva- projekti EU	198.606	395.303	199,04	-	-
Tekuće pomoći od HZZ-a (stručna usavršavanja bez zasnivanja radnog odnosa)	861.507	206.470	23,27	-	-
Ostali prihodi	260.253	267.602	102,82	-	-
Ukupni prihodi i primici	17.480.503,157	18.495.442,518	105,81	100,00	

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje Croatian Health Insurance Fund

Izvor: Lucijan Vukelić, Poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, UPUZ, Opatija, listopad 2018.

Rashodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje I. – IX. 2017. i 2018.

Rashodi I. – IX. 2017. i 2018.

Rashodi - izdaci	I.-IX. 2017.	I.-IX. 2018.	Indeks	Struktura I.-IX.	
				2017.	2018.
Zdravstvena zaštita obveznog zdrav. osiguranja	14.089.482,657	14.673.998,17	104,15	82,24	82,31
Zdravstvena zaštita dopunskega zdrav. osiguranja	885.184,303	898.290,053	101,48	5,17	5,04
Zdravstvena zaštita na radu i prof. bolesti	65.759,148	67.769,127	103,06	0,38	0,38
Ukupna zdravstvena zaštita	15.040.426,108	15.640.057,35	103,99	87,79	87,73
Ukupne naknade	1.799.894,996	1.906.485,940	105,92	10,51	10,69
Rashodi za zaposlene	178.971,980	177.629,883	99,25	1,04	1,00
Materijalni rashodi	65.976,701	75.888,329	115,02	0,39	0,43
Finansijski rashodi	16.359,339	15.825,065	98,74	0,09	0,09
Ostali rashodi- naknada štete	16.461,829	5.850	0,10	0,00	0,00
Rashodi za nabavu nefinansijske imovine	13.867,742	10.302,507	74,29	0,08	0,06
Rashodi po projektima EU	241.218	736.824	305,46	-	0,00
Ukupno ostali rashodi	291.878,809	280.389,258	96,06	1,70	1,57
Sveukupni rashodi - Izdaci	17.132.199,913	17.826.932,554	104,06	100,00	100,00

Izvor: Lucijan Vukelić, Poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, UPUZ, Opatija, listopad 2018.

Analiza prijedloga financijskog plana Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2019. godini

U skladu s izmjenama Zakona o doprinosu i povećanju stope doprinosa za zdravstvo s 15 % na 16 % te s promjenama drugih stopa na plaću, spomenuta će zakonska izmjena izravno utjecati na finansijski plan Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2019. godini pa tako i na poslovanje

cijelog zdravstvenog sustava. Iz prijedloga finansijskog plana vidljivo je planirano da ukupni prihodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranju porastu na 25.834.400.000 kuna u 2019. godini, što je porast za 8,28 % ili 1.975.073.000 kuna u usporedbi s izvornim planom u 2018. godini. Taj je rast ponajprije isključiva posljedica navedenih promjena Zakona o doprinosima te posljedica očekiva-

nog nastavka gospodarskog rasta u idućim godinama. Također moramo ustvrditi da na spomenuti rast prihoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje neće utjecati povećani prihod od prijenosa novca iz Državnog proračuna. Navedeni iznos prijenosa finansijskih sredstava iz Državnog proračuna, u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, još je jedna od „vrućih“ tema u medijima pa tako i u raspravama Ministarstva zdravstva (Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje) i Ministarstva financija. U obrazloženju donošenja toga finansijskog plana za 2019. godinu zakonodavac sam kaže:

Prema predloženom fiskalnom okviru za iduće plansko razdoblje, za prihode Zavoda važna je predložena izmjena Zakona o doprinosima u dijelu u kojem se predlaže ukidanje stope doprinosa za slučaj ozljede na radu od 0,5 % uz istodobno povećanje stope doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje s 15 % na 16,5 %. Tom će se mjerom znatnije povećati prihodi od doprinosa koji čine 80 % ukupnih prihoda. Uzimajući u obzir navedeno, a u skladu s fiskalnim okvирom za iduće trogodišnje razdoblje utvrđenim Smjernicama ekonomske i fiskalne politike za razdoblje 2019. – 2021., u državnom proračunu za 2019. i projekcijama za 2020. i 2021. na razdjelu Ministarstva zdravstva, stavci transfer proračunskih sredstava Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje planiran je iznos od 2.600.000.000.

Struktura rashoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prema prijedlogu finansijskog plana za 2019. godinu

U nastavku ovog članka obradit ćemo strukturu rashoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje definiranu finansijskim planom te komentirati ključne promjene određenih rashodovnih stavki u odnosu prema 2019. Prije daljnje analize važno je napome-

Prijedlog finansijskog plana Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2019. godini te projekcija za 2020. i 2021. godinu

I. OPĆI DIO

A. RAČUN PRIHODA I RASHODA

	Izvršenje 2017.	Plan za 2018.	Plan za 2019.	Indeks 2019/18	Projekcija plana za 2020.	Indeks 2020/19	Projekcija plana za 2021.	Indeks 2021/20
PRIHODI POSLOVANJA	23.652.696.094	23.859.327.000	25.834.400.000	108,28	26.299.875.000	101,80	26.605.375.000	101,16
PRIHODI OD NEFINANCIJSKE IMOVINE	650.076	480.000	600.000	125,00	0	-	0	-
UKUPNI PRIHODI	23.653.346.170	23.859.807.000	25.835.000.000	108,28	26.299.875.000	101,80	26.605.375.000	101,16
RASHODI POSLOVANJA	23.720.991.565	23.713.758.911	25.654.917.000	108,19	26.108.985.500	101,77	26.495.250.000	101,48
RASHODI ZA NEFINANCIJSKU IMOVINU	15.382.509	146.048.089	180.083.000	123,30	190.889.500	106,00	110.125.000	57,69
UKUPNI RASHODI	23.736.374.074	23.859.807.000	25.835.000.000	108,28	26.299.875.000	101,80	26.605.375.000	101,16
RAZLIKA - VIŠAK / MANJAK	-83.027.904	0	0		0		0	

Izvor: <https://vlada.gov.hr>

nuti da se sredstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje koriste za sljedeće svrhe:

1. zdravstvenu zaštita obveznoga zdravstvenog osiguranja i zaštitu zdravlja na radu
2. naknade plaća privremene nesposobnosti za rad zbog priznate ozljede na radu i profesionalne bolesti te naknade za redoviti rodiljski dopust
3. dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Čak 94,4 % ukupnih sredstava definiranih prijedlogom finansijskog plana Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu odnosi se na sredstva za zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i zaštite zdravlja na radu. Opširnija će analiza obuhvatiti upravo rashodovne stavke te kretanja planiranih vrijednosti u dvjema uspoređenim godinama. S obzirom na to da se na istoj sjednici Vlade Republike Hrvatske donosila i odluka o rebalansu Državnog proračuna za 2018. godinu te da je njime „zahvaćen“ i finansijski plan Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i njegove rashodovne stavke, u nastavku ćemo usporediti nove predložene veličine u 2019. godini s „izvornim“, tj. „nerebalansiranim“ finansijskim planom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2019. godini.

Pojedine dijelove zdravstvene zaštite i njihova kretanja objasnio je donositelj finansijskog plana Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu na sljedeći način:

► A 1029 Primarna zdravstvena zaštita

Za aktivnost Primarna zdravstvena zaštita u 2019. godini ukupno je planirano 4.130.000.000 kn ili 2,34 % više od planiranih sredstva u 2018. godini. Na primarnoj razini zdravstvene zaštite sredstva se planiraju za petnaest djelatnosti. Za svaku djelatnost utvrđuje se godišnja vrijednost standardnog tima prema propisanim standardima vezanima za kadrovska struktura tima, tehničke i prostorne standarde te za ostale standarde utvrđene za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

Vrijednost zdravstvenog standarda iskazuje se putem godišnje novčane vrijednosti standardnog tima za određenu djelatnost, a izračun se temelji na prosječnim vrijednostima, i to u dijelu koji se odnosi na plaću utvrđenu u skladu sa zakonskim propisima, a u dijelu koji se odnosi na ostale troškove prema projektu stvarnih troškova određene djelatnosti. Pod ostalim troškovima podrazumijevaju se troškovi za lijekove i sanitetski potrošni materijal, energiju, komunalne usluge, troškovi informatizacijskog sustava, troškovi režijskog osoblja, trošak goriva za odlazak u kućne posjete, trošak stručnog usavršavanja i slično. U četirima osnovnim djelatnostima PZZ-a – opća obiteljska medicina, zdravstvena zaštita djece predškolske dobi, zdravstvena zaštita žena i dentalna zdravstvena zaštita (polivalentna) planira se hladni pogon i glavarina kao temeljni (fiksni) prihod ordinacije te dodatni prihod prema mogućem obavljanju dijagnostičko terapijskih postupaka (DTP), uz vrednovanje ispunjenih kriterija učinkovitosti i kvalitete te ugovorenih dodatnih mogućnosti. Za djelatnost zdravstvene nege u kući bolesnika, koja se plaća prema modelu cijena puta usluga, planira se iznos do utvrđenoga maksimalnoga godišnjeg izvršenja (limit). Za ostale je djelatnosti utvrđena ili glavarina ili godišnja vrijednost standardnog tima koja se u Finansijskom planu predviđa u iznosu potrebnom za ukupan broj timova utvrđen Mrežom javne zdravstvene službe (u daljem tekstu: Mreža), odnosno za ukupnu populaciju (ukupan broj osiguranih osoba ili ukupan broj stanovnika ili ukupan broj djece školske dobi i studenata). S obzirom na potrebu neprekidnoga popunjavanja Mreže, za sve djelatnosti primarne zdravstvene zaštite planirana su finansijska sredstva pod pretpostavkom da se ugovore novi timovi.

► A 1032 Bolnička zdravstvena zaštita

Aktivnost Bolnička zdravstvena zaštita je najvažnija dio u finansijskom planu Zavoda. Za nju je u 2019. planirano 9.484.900.000 kn ili 7,40 % više u usporedbi s planom u 2018. g. i obuhvaća provođenje bolničke zdravstvene zaštite te bolničke specijalističko-konzilijarne i dijagno-

stičke zdravstvene zaštite. Prema Mreži javne zdravstvene službe do lipnja 2018. godine ugovoreno je 12 791 akutna postelja, 1296 postelja za produljeno liječenje te 6381 postelja za liječenje kroničnih bolesti, kao i postelje/mjesta u sklopu dnevne bolnice. U sklopu te aktivnosti financiraju se i najsloženiji postupci transplantacijske medicine, eksplantacije, intervencijske kardiologije i interventna neurologija te potpomognuta medicinska oplodnja. Za specijalističko-konzilijsku i dijagnostičku zdravstvenu zaštitu u bolničkim zdravstvenim ustanovama ugovoreno je 3057 specijalističkih ordinacija i dijagnostičkih jedinica, 1000 fizioterapeuta u ambulantnoj fizičkoj terapiji te 300 000 postupaka kronične hemodialize. To obuhvaća i sredstva koja Zavod ugovara prema uputi Ministarstva zdravstva veteranским bolnicama radi osiguravanja dostupnosti zdravstvene zaštite hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihove obitelji te preventivne pregleda te populacije. Također, prema uputi Ministarstva zdravstva za provođenje posebnih postupaka u liječenju bolesnika oboljelih od HIV-a i najsloženijih oblika zaraznih bolesti te obvezu osiguranja pripravnosti u slučaju epidemije u Republici Hrvatskoj i u susjednim zemljama te za Nacionalni respiratori adultni ECMO centar zadužen za organizaciju stalne pripravnosti, dodatna sredstva dodjeljuju se Klinici za infektivne bolesti Fran Mihaljević. Dodatna sredstva dodjeljuju se i Klinici za dječje bolesti u djelatnosti pedijatrijske onkologije i hematologije za provođenje posebnih postupaka te najsloženijih dijagnostičkih i terapijskih postupaka u liječenju djece iz cijele Republike Hrvatske. Planirana sredstva za bolničku zdravstvenu zaštitu znatno su povećana u usporedbi s planom u 2018. u skladu s predviđenim porastom prihoda Zavoda u 2019. godini. To je učinjeno da bi se bolničkim zdravstvenim ustanovama omogućilo postupno prevla-

davanje finansijskih teškoća, kako bi zbog većeg prihoda od Zavoda moglo postupno smanjivati dospjele obveze dobavljačima uz pretpostavku da smanje svoje troškove.

► A 1034 Posebno skupi lijekovi

Za posebno skupe lijekove u 2019. godini planirano je 1.400.000.000 kn ili 27,27 % više u odnosu prema planu u 2018. godini. S obzirom na sve veći broj novih, inovativnih i skupih lijekova na listi lijekova te zahtjeve za proširenje opsega pokrivanja većeg broja indikacija, očekivano raste i broj pacijentata s Popisa posebno skupih lijekova. Uz nove lijekove bolje je sveukupno preživljavanje, a time je i trajanje liječenja pacijenata dulje. U konačnici, to znači i očekivano povećanje troškova što je zbog planiranih većih ukupnih prihoda Zavoda u 2019. godini i predloženo. Tijekom 2018. godine na popis posebno skupih lijekova uvršteno je 15 novih lijekova u 28 pakiranja. Liječenje posebno skupim lijekovima provodi se u ugovornim bolničkim zdravstvenim ustanovama na osnovi odobrenja povjerenstva za lijekove bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi. Direkcija Zavoda utvrđuje je li primjena određenog lijeka u skladu sa smjernicama utvrđenim osnovnom listom lijekova Zavoda za primjenu posebno skupog lijeka. U projekciji plana za 2020. godinu za tu je aktivnost predviđeno 1.529.179.500 kn ili za 9,23 % više nego u 2019., a za 2021. godinu planirano je 1.719.000.00 kn ili za 12,41 % više u odnosu prema 2020. godini.

Nakon pomne razrade rashodovnih stavki finansijskog plana Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u području djelatnosti koje kolokvijalno nazivamo „direktna zdravstvena zaštita“ moramo spomenuti i područje dobrotljnoga zdravstvenog osiguranja čiji predviđeni rashodi stagniraju u idućim godinama s projekcijom rashoda od 1.392.000.000 kuna u 2019.

godini. Kada govorimo o funkciranju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje neizbjegno je još jedan put spomenuti svojevrsnu rijetkost da određene „naknade“ pripadaju u područje zdravstvenog osiguranja, što zasigurno nije tako u drugim zemljama Europske unije. Naime, u finansijskom planu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje planirane su više od dvije milijarde kuna za određene naknade koje ne spadaju u „direktnu zdravstvenu zaštitu“. Zato je metodološki ispravno, kada govorimo o zdravstvenom proračunu te kada se uspoređujemo s drugim zemljama u izdvajajući za zdravstvo po stanovniku ili prema udjelu u BDP-u, uzeti u obzir navedene više od dvije milijarde kuna naknada te kao realan iznos izdvajanja za zdravstvo prihvatići isključivo davanja za direktnu zdravstvenu zaštitu, dobrovoljno zdravstveno osiguranje te izravno plaćanje pacijenata.

► Zaključak

Zaključno možemo istaknuti zadovoljstvo što će spomenute zakonske izmjene te pozitivni gospodarski trendovi znatno utjecati na novi proračun zdravstvenog sustava i u 2019. godini i u idućim godinama. Ponajprije je potrebno istaknuti da je navedena nova sredstva važno uložiti u „mjesto od najviše vrijednosti za pacijenta jer je to u konačnici glavni cilj postojanja i razvoja zdravstvenog sustava. Ulaganje u nove inovativne tehnologije, lijekove, materijale te dodatna edukacija svim dionicima zdravstvenog sustava zasigurno će imati dugoročne pozitivne učinke na zdravstvene pokazatelje hrvatskog zdravstva. Također, potrebno je pohvaliti tendenciju povećanja sredstava za bolničku zdravstvenu zaštitu, s obzirom na to da bolničke ustanove neprekidno imaju nove gubitke zbog nedovoljno/nekonomski valoriziranih finansijskih ograničenja. Ekonomski stabilan zdravstveni sustav mora biti dogovoren ultimativni cilj svih sudio-nika zdravstvenog sustava te zajednički nazivnik svim zdravstvenim politikama.

Uz Svjetski dan AIDS-a

Kampanja „Meni se to ne može dogoditi“

Svjetski dan AIDS-a, koji ove godine obilježava 30. godišnjicu, svake se godine u svijetu obilježava 1. prosinca brojnim događanjima i aktivnostima, a Hrvatska se također pridružila ovoj globalnoj akciji.



Foto: Arian Dišković

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) i Hrvatska udruga za borbu protiv HIV-a i virusnog hepatitisa (HUHIV) organizirali su kampanju povodom obilježavanja Svjetskog dana AIDS-a pod nazivom "Meni se to ne može dogoditi". Cilj kampanje, koja se provodila uz podršku i suradnju Ministarstva zdravstva, Grada Zagreba, Veleposlanstva SAD-a, ESF projekta „Živjeti zdravo“, i brojnih drugih partnera i suradnika je poslati poruku da je važno na vrijeme i pravilno prepoznati rizike povezane

sa spolnim ponašanjem koji mogu dovesti do neželjenih posljedica i utjecaja na zdravlje, te dopuniti znanje mlađih kako bi se mogli informirano brinuti o svom spolnom i reproduktivnom zdravlju. Mladi često iz različitih razloga obraćaju premalo pažnje rizicima koji su povezani sa spolnim zdravljem i misle da se neželjene posljedice događaju drugima, dijelom zbog osjećaja nera-

nivosti karakterističnog za svoju dob, nedovoljnog znanja, iskustva, nesigurnosti. U središtu kampanje je mobilna aplikacija „Spolno zdravlje“, a koristila se digitalna komunikacija emotikonima, koju današnje generacije mlađih razumiju i svakodnevno koriste. Na sam Svjetski dan AIDS-a, 1. prosinca 2018., na zagrebačkom Trgu Petra Preradovića nalazio se „šator HUHIV-a“ u kojem su stručnjaci i studenti medicine informirali zainteresirane građane o zaštiti spolnog zdravlja, te dijelili edukativno informativne i promotivne materijale. Organizirani su i različiti interaktivni sadržaji za posjetitelje, poput fotografiranja s porukama i vizualima kampanje, na koje su se, uz mlade i ostale građane, odazvale i time podržale kampanju i javne osobe. Detaljnije o kampanji možete pročitati na internetskim stranicama www.hzjz.hr.



Dr. Tatjana Nemeth Blažić, Sonja Njunjić, dr. Ivana Portolan Pajić i dr. Marina Polić Vižintin s preventivnim porukama i vizualima kampanje na Cvjetnom trgu u Zagrebu, 1. prosinca.

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ

U suradnji s RWE-om od 1. rujna 2017. za sve članove Komore osigurali smo najpovoljniju cijenu električne energije i plina na tržištu.

BESPLATNO SAVJETOVANJE ZA UŠTEDU ZA ČLANOVE HLK

1. Nazovite besplatni broj telefona **08008774** i iskoristite mogućnost besplatnog savjetovanja za uštede
2. U kratkom vremenu očekujte poziv u kojem ćete dogovoriti termin besplatnog savjetovanja
3. U dogovorenom terminu očekujte posjet RWE savjetnika
4. Primijenite savjete i ostvarite **značajne uštede** na potrošnji struje, plina i vode



*Besplatno energetsko savjetovanje za sada je moguće samo u Zagrebačkoj, Koprivničko-križevačkoj i Splitsko-dalmatinskoj županiji.

*Nova telefonska linija
samo za članove HLK
0800 8774
Nazovite i dogovorite svoje
besplatno savjetovanje!*

RWE

UZ SVJETSKI DAN BORBE PROTIV AIDS-A - ZAŠTO SU VAŽNI CILJEVI 90-90-90

HIV- najveći rizik je neznanje

- ▶ Iako je terapija za osobe koje žive s HIV-om neusporediva s onom prije tridesetak godina, ipak je stigma oboljelih i njihovih partnera i danas velika i glavni problem koji im stoji na putu za normalan život

Iako su liječenje HIV-a, rezultati i kvaliteta života oboljelih danas neusporedivi s onima prije tridesetak godina, ljudi koji žive s HIV-om se još uvijek nose s velikom stigmom te bolesti. Najčešći razlog tome je nedostatno znanje o samoj bolesti i današnjem liječenju te nepoznavanje činjenice da oni koji žive s HIV-om i liječe se, ne mogu prenijeti tu bolest na svoju okolinu uobičajenim socijalnim kontaktom.

Stoga su izuzetno važni napori zdravstvenih djelatnika i farmaceutskih kompanija, koji već godinama predano rade na svakodnevnom poboljšanju zdravstvene zaštite, ali i kvalitete života osoba koje žive s HIV-om. Odličan primjer za to je ViiV Healthcare, specijalizirana kompanija koja proizvodi lijekove za HIV i 100 posto je posvećena novim, inovativnim terapijama za HIV.

Kompanija je osnovana 2009. godine i u većinskom je vlasništvu tvrtke GlaxoSmithKline, uz ostale dioničare Pfizer i Shionogi. GlaxoSmithKline se bavi istraživanjem i razvojem HIV lijekova više od 31 godinu i upravo je GSK proizveo i stavio na tržište prvi lijek za HIV.



WORKING ON BEHALF OF
ViiV HEALTHCARE IN HIV

ViiV Healthcare i GlaxoSmithKline u svojim djelovanjima podržavaju ciljeve UNAIDS-a za ubrzavanje i poboljšanje prevencije i liječenja HIV-a, da se do 2020. godine dostigne ambicioznih 90-90-90, odnosno da se dosegne 90 posto dijagnosticiranih HIV osoba, da se 90 posto ljudi kojima je dijagnosticirana HIV infekcija liječi antiretrovirusnom terapijom (ART) te da 90 posto ljudi na antiretrovirusnoj terapiji postigne nemjerljivu količinu virusa u krvi.

Kako ističu vodeći liječnici za prevenciju i liječenje HIV-a, uz što ranije otkriće HIV-a, a potom i liječenje, nekad zastrašujuća i smrtonosna infekcija danas je kronična bolest, zahvaljujući modernoj medicini i dostupnosti kvalitetnih lijekova, a najveći rizik je neznanje. Upoznavanje s HIV statusom u što ranijoj fazi HIV infekcije je značajan faktor za zdrav i kvalitetan život. Stoga je najvažnije pronaći oboljele i pomoći im, ne samo u liječenju, nego i u borbi sa stigmom i diskriminacijom. U Hrvatskoj, procjenjuje se, živi oko 1600 osoba s HIV-om, od čega ih je 1200 u medicinskoj skrbi, dok se smatra da postoji još oko 400 osoba koje ni ne znaju da su HIV

pozitivni. Liječnici smatraju da bi se smjer epidemije zaustavio, kada bi se uključile u skrb osobe koje sada nisu svjesne da su HIV pozitivne. Postoje razni preventivni i edukacijski programi kojima se nastoji smanjiti širenje brojnih spolnih i zaraznih bolesti, a dobrovoljno i anonimno testiranje dostupno je u zajednici te u zdravstvenom sustavu.

S druge strane, među epidemiološkim podacima u Hrvatskoj, razloge za optimizam daju rezultati Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o trudnoćama i djeci HIV pozitivnih majki. Prema mjerilima Svjetske zdravstvene organizacije, u Hrvatskoj smo eliminirali prijenos HIV-a s majke na dijete.

Naime, u protekle 32 godine ukupno je registrirano 16 djece s infekcijom HIV-a, a koja su je dobila perinatalno, što čini oko 1,2 posto svih slučajeva zaraze HIV-om.

Ipak, smatra se da je tako mali rizik prijenosa HIV-a s majke na dijete vezan uz nisku učestalost infekcije HIV-a u cijelokupnoj populaciji, osobito kod žena, kojih je 12 posto među svim slučajevima zaraze HIV-om. Dakako, niskom stupnju zaraženosti pridonose i preventivni medicinski postupci kod trudnica pozitivnih na HIV i novorođenih beba. Oboljeli od HIV-a, odnosno AIDS-a, liječe se u Klinici za infektivne bolesti "Fran Mihaljević" u Zagrebu, koja je Referentni centar za liječenje zaraze HIV-om u Hrvatskoj.

- Iako bi se moglo reći da je u Hrvatskoj situacija s HIV-om relativno zadovoljavajuća, cilj je da i oni ljudi, koji ne znaju da imaju HIV, pristupe testiranju i podvrgnu se terapiji, čime bismo im osigurali liječenje i bolju kvalitetu života. Zato podržavamo i Nacionalni plan, kao i udruge pacijenata i nevladine organizacije te sudjelujemo u svim aktivnostima, vezanima za testiranje. Podržavamo i edukativne programe koji povećavaju svijest i znanje o bolesti, kako u samom zdravstvenom sustavu, tako i u općoj populaciji – ističe Marija Krstić, generalna direktorica GSK za Hrvatsku, Srbiju, Crnu Goru, Bosnu i Hercegovinu, Makedoniju, Albaniju i Kosovo.

Dodaje da su preko njihove kompanije ViiV Healthcare brojni zanstvenici svakodnevno potpuno posvećeni istraživanjima i načinima smanjenja utjecaja HIV-a. Više od 36 milijuna ljudi živi s tim virusom u svijetu, a procjenjuje se da u svijetu njih čak 30 posto ne zna da nosi taj virus u sebi te da se svega 53 posto ljudi koji žive s HIV-om liječi i prima terapiju.

Stoga ne čudi da se, primjerice, u 2016. godini, prema podacima



UNAIDS-a, 1,8 milijuna ljudi zarazilo s HIV-om, a milijun ljudi je umrlo od bolesti povezanih s AIDS-om.

- Zato nam je izuzetno važna ta predanost razvijanju budućih terapija koje su učinkovite, a imaju manju toksičnost, da lijekovi imaju povoljan sigurnosni profil te da nude poboljšanje kvalitete života oboljelima. Također, stalno povećavamo aktivnosti i inicijative za borbu protiv stigme i diskriminacije osoba koje žive s HIV-om, i globalno i lokalno. Što budemo uspešniji u tome, više će ljudi pristupati testiranjima bez straha od javne osude, više

njih će se liječiti i imati dug, zdrav i kvalitetan život – navodi Ana Slavikovski, voditelj portfelja za HIV lijekove u GSK Hrvatska.

ViiV Healthcare ne ulaze samo u istraživanja za prevenciju i liječenje te bolesti. Istražuju i utjecaj bolesti na ljudе koji žive s HIV-om, ali i njihove najbliže. Tako je, primjerice, u istraživanju 1111 ljudi koji žive s HIV-om te kako im HIV utječe na život, čak 82 posto njih reklo da se susrelo s nekim oblikom stigme u posljednjih 12 mjeseci.

To uglavnom ističu i kao glavni problem, zbog kojeg mnogi od njih, u različitim zemljama, skrivaju od svojih kolega na poslu činjenicu da imaju HIV. S druge strane, u istraživanju ViiV Healthcare proveđenom među 250 partnera osoba koje žive s HIV-om, 1 od 5 ispitanika ističe, također, da im je stigma najveći problem s kojim se nose kao partneri osobe s HIV-om, a njih 59 posto ne kazuje okolini da imaju partnera koji živi s HIV-om, kako se stigma ne bi i na njih odrazila.

Ipak, zaključci istraživanja otkrivaju kako osobe koje žive s HIV-om imaju povjerenja i u nove terapije i u sretan ishod svojeg liječenja, kao i u svoje liječnike koji brinu o njihovoj bolesti i većina njih ne boji se o eventualnim teškoćama pričati sa svojim liječnicima. Međutim, podaci o stigmatizaciji, koju ljudi koji žive s HIV-om i dalje osjećaju, ukazuju na to da je pred svima nama još jako puno posla u razbijanju mitova i podizanju svijesti o ovoj bolesti i njenom liječenju, i to ne samo u Hrvatskoj, nego i u svijetu.



Branka Haničar, medicinski savjetnik za HIV i cjepiva i Ana Slavikovski iz GSK Hrvatska

GlaxoSmithKline d.o.o.
Ulica Damira Tomljanovića-Gavrana 15
10000 Zagreb
SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE
HIV-18/11/2018-ADV
CRO/HIV/0016/18

Cjeloživotno učenje



 **KSENJAVA VUČUR, dr. med**

Cjeloživotno učenje je kontinuirana aktivnost koja obuhvaća različite oblike učenja u svim razdobljima života. Ta aktivnost proizlazi iz motiviranosti za stjecanjem i unapređenjem znanja, a temelji se na iskustvima učenja stećenima u mlađoj životnoj dobi. U konceptu cjeloživotnog učenja, formalno učenje iz knjiga predstavlja samo temelj za daljnje stjecanje znanja koje će se primijeniti u praktičnom radu. Za liječnike je cjeloživotno učenje izuzetno bitno zbog specifičnosti prirode njihova poziva. Prema istraživanju provedenom u Australiji, mladi liječnici zaposleni u bolnicama, opisali su prijelaz s medicinskog fakulteta u bolnicu, kao fizički, mentalno i emocionalno iscrpljujući. Novonastali problemi koje su morali savladati bili su klinski i administrativni zadaci, učestala prekidanja i vremenski pritisak u izvršavanju zadataka, suočavanje s kritikama, učenje stručne komunikacije, razumijevanje uloga u timu itd. Stoga je već na početku važno da mladi liječnici, „juniori“ razviju stra-

tegije učenja koje će moći primjenjivati tijekom cijelog života.

Ne postoji brzo rješenje kako to postići već je potrebno kontinuirano raditi na toj strategiji. Svatko treba razviti svoj individualni pristup koristeći sljedeće smjernice.

Učenje na radnom mjestu

Mladi liječnici ponekad se više fokusiraju na predavanja i tečajeva umjesto da iskoriste svakodnevne situacije na radnom mjestu kao priliku za učenje. Svaki klinički slučaj s kojim se „junior“ susreće treba shvatiti kao novu priliku za učenje te mu pristupiti proaktivno i maksimalno iskoristiti za stjecanje novih znanja. Tu je posebno važna uloga starijih kolega koji imaju široku bazu znanja i veliko praktično iskustvo.

Preuzimanje inicijative

Istraživanja u području medicinske edukacije pokazala su da liječnici najviše uče kada su dovoljno motivirani za postizanje vlastitih ciljeva. Za „juniore“ to znači pretvoriti svakodnevni rad u realne i ostvarive ciljeve učenja. Na primjer, nakon vizite, napisati popis stvari o kojima je potrebno više naučiti, prioritizirati ih, napisati jednu ili dvije veće stavke koje je potrebno naučiti kroz sljedeće tjedne te odrediti rok za obavljanje zadataka.

Primjer:

- Na odjelu je bolesnik s komplikacijama šećerne bolesti. Znaš li stvarno sve o šećernoj bolesti i njenim komplikacijama? Ako ne, usmjeri se na učenje o tome.
- Imaš li osjećaj da bolesnik nije razumio tvoje upute? Usmjeri se na komunikaciju s bolesnicima.
- Opet se nisi stigao pripremiti za vizitu? Usmjeri se na reorganizaciju vremena.
- Nedostaje te praktičnih vještina? Usmjeri se više na praktični rad.

Također, informacije dobivene od mentora i starijih kolega o vlastitim „slabim točkama“ treba iskoristiti i više se usmjeriti na to područje.

Savjeti od kolega

Povratne informacije (tzv. „feedback“) od kolega tijekom procesa učenja su neizostavne, ali ne vodi nužno svaka vrsta povratne informacije do napretka. Potrebno je tražiti povratnu informaciju kako bi se moglo odgovoriti na 3 ključna pitanja: Koji je moj cilj? Kako ga trenutno odradujem? Kako se mogu poboljšati?

Ako je, na primjer, odgovor na prvo pitanje poboljšanje odnosa s pacijentima, da bi dobili odgovor na drugo pitanje treba razgovarati s iskusnijim kolegama koji vas mogu promatrati u radu i na kraju dati povratnu informaciju za vaš rad. Nakon toga treba razgovarati s njima kako se poboljšati i tražiti pomoći kako bi se odgovorilo na treće pitanje.

Da bi povratna informacija bila kvalitetna, treba biti usmjerena na zadatak ili dio zadataka, a ne na osobu koja ga obavlja. Analize su pokazale da pozitivna ili negativna povratna informacija o osobi (npr. „Sporo obavljaš svoj posao!“ ili „Nećeš nikada naučiti!“) u većini slučajeva nije učinkovita. Povratna informacija treba se usmjeriti na zadatak koji se obavlja i treba adresirati problem koji se mora riješiti te sadržavati prijedlog kako se to može postići.

Postavi ciljeve

Aktivnosti na poslu nisu samo početna točka za učenje nego i prilika da objediniš i utvrdiš do sada naučeno. Zbog toga je bitno napraviti i redovito ažurirati plan učenja. On pomaže da se formuliraju i postave ciljevi učenja te se u konačnici može procijeniti jesu li postavljeni ciljevi ostvareni i koriste li se u praksi. U slučaju da nisu, potrebno je revidirati plan učenja i postavljene ciljeve.

Tijekom cijele karijere liječnici trebaju raditi na iskorištavanju prilika za učenje

koje se pojavljuju na radnom mjestu i izvan njega. Cjeloživotno učiti znači ostvariti pravu ravnotežu između samopouzdanja i sumnje: u svakom trenutku imati motivaciju preispitati svoje postupke i znanje te kada je to potrebno biti spreman prihvatići i naučiti nešto novo. Kako bi ostvarili navedeno jako su bitni radna kultura te kolege koji cijene i poštuju takvo ponašanje.

Reference:

1. Sturman N, Tan Z, Turner J. "A steep learning curve": junior doctor perspectives on the transition from medical student to the health-care workplace. *BMC Med Educ.* 2017;17:92.
2. Teunissen PW, Dornan T. Lifelong learning at work. *BMJ.* 2008;336:667-9.

EUROPSKI ISPIT IZ GASTROENTEROLOGIJE I HEPATOLOGIJE



Iva Košuta, dr. med.,
Klinika za unutarnje bolesti, KB Merkur

European Specialty Examination in Gastroenterology and Hepatology ili ukratko ESEGH, objektivno je testiranje znanja iz područja gastroenterologije i hepatologije koje je validira *Federation of Royal Colleges of Physicians of the UK, British Society of Gastroenterology i European Section and Board of Gastroenterology and Hepatology*.

ESEGH se simultano održava u više zemalja, radi harmonizacije i unapređenja standarda znanja i skrbi o pacijentu na europskoj razini.

U travnju ove godine pristupila sam ovome ispitu i uspješno ga položila, te ovdje ukratko opisujem vlastita iskustva vezana uz cijeli proces.

Ispit je namijenjen specijalizantima viših godina, obično se savjetuje njegovo polaganje u završnoj godini specijalizacije. Polaganje ESEGH-a za sada je obvezan dio specijalističkog usavršavanja tek u pojedinim europskim zemljama poput Nizozemske i Švicarske. Važna je novost od ove godine da ESEGH objedinjuje pretходni europski ispit (*Specialty Certificate Examination - SCE*) kao i njegov britanski pandan (*European Board of Gastroenterology and Hepatology Examination - EBGHE*).

Format ispita čine pitanja s višestrukim odgovorima - dva seta od po 100 pitanja. Za svako pitanje se nudi pet odgovora od kojih je jedan točan (naravno, često je potrebno odabrati 'najtočniji odgovor' između dva ili tri distraktora). Kandidat ima po tri sata vremena da odgovori na sto pitanja, između kojih je jedan sat pauze. Cijeli ispit se polaze u jednome danu i traje ukupno sedam sati. Testiranje se provodi simultano u brojnim europskim centrima, a po prvi put je ove godine polaganje ESEGH-a bilo organizirano i u Zagrebu. Na rezultate se čeka četiri tjedna, a obavijest o (ne)uspjehu stiže elektroničkom poštom.

Gradivo koji se treba savladati može se naći u tzv. plavoj knjižici (engl. *the Blue Book*), a teme su podijeljene na sljedeći način: biljarno stablo, krvarenje iz probavnog trakta, upalne bolesti crijeva, jetrene bolesti, prehrana, bolesti jednjaka, bolesti gušterića, bolesti tankog crijeva, bolesti želuca i dvanaesterca te drugi poremećaji. Najveću 'težinu', tj. broj pitanja, obično nose podteme upalnih bolesti crijeva i jetrenih bolesti. Radi se o priličnom volumenu koji je potrebno savladati, zbog čega nije loše ispit pripremati krajem specijalističkog usavršavanja, tj. usporedno s pripremom za specijalistički ispit.

Također, nije na odmet napomenuti da je polaganje ESEGH-a i prava financijska stavka. Prijava i pristupanje ispitu se naplaćuje nešto više od 700 eura, a uz to je potrebno pokriti i troškove literature te eventualno preplatu na probne testove putem kojih se lakše adaptira na ovaj način ispitivanja.

Kandidati koji uspješno polože ESEGH mogu biti uvjereni da su usvojili potrebna znanja koja se očekuju od mladog specijalista gastroenterologije. Ovo predstavlja dobru osnovu za nastavak razvoja kliničke izvrsnosti kao i odličan temelj za eventualnu međunarodnu suradnju.

ivakosuta@gmail.com

ZAKON O NABAVI I POSJEDOVANJU ORUŽJA GRAĐANA – POGLED LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

U tijeku burne 2017., a pogotovo 2018. godine, u Ministarstvu zdravstva radilo se u brojnim radnim skupinama za izmjene temeljnih zdravstvenih zakona Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, radnim skupinama za osmišljavanje nacionalnih preventivnih programa, evaluaciji zdravstvenih programa i ishoda, a poneka radna skupina, možda, ostala je i skrivena od očiju javnosti.

Zaokupljeni javnim raspravama o temeljnim zdravstvenim zakonima te burnim Saborskim sjednicama na istu temu, nešto važno smo propustili uočiti; kroz javnu raspravu i Saborskiju sjednicu, tiho je prošao jedan Zakon koji se u svojem naslovu i prema nazivu predлагаča, ne tiče direktno liječničke struke, a ipak, duboko u nju zadire.

Udruga KoHOM dobila je 2. studenoga službeni dopis Ministarstva unutarnjih poslova RH naslovljen, isto tako, i na Hrvatsku liječničku komoru, HUOM i HDOD kao udruge obiteljskih liječnika, a kojom se obavještava da je, dan ranije, na snagu stupio novi Zakon o nabavi i posjedovanju oružja građana. Rečeni Zakon izravno obilježava obiteljske liječnike kao glavne nositelje odgovornosti za javnu sigurnost jer oni jedini u državi imaju zadatak stalno pratiti zdravstveno stanje vlasnika dozvole za oružje te MUP-u prijavljivati svaku promjenu zdravstvenog stanja koja bi mogla utjecati na sigurno rukovanje oružjem.

Članak 15.

(1) Osoba koja želi nabaviti oružje dužna je prilikom podnošenja zahtjeva za izdavanje odobrenja za nabavu oružja pisanom izjavom dati suglasnost da njezin izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite, kao i svaki drugi liječnik koji ima saznanja o promjeni njezina zdravstvenog stanja, koje utječe na zdravstvenu sposobnost za posjedovanje oružja, o tome izvješćuje nadležno tijelo, te da nadležno tijelo može od njezina izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite ili svakog drugog liječnika tražiti podatke o njezinu zdravstvenom stanju.

Člankom 15. navedenog Zakona nadalje je definirano da će MUP prikupiti podatke o izabranim primarnim liječnicima svakog vlasnika dozvole za oružje te da će obavijestiti sve izabrane primarne liječnike o tome koji njihovi neprijeporni pacijenti su vlasnici oružja. Pri tome je izrijekom određeno da će izabrani liječnik obavijestiti MUP o svakoj promjeni zdravstvenog stanja svojeg pacijenta vlasnika oružja, a za što je pacijent u obvezi potpisati privolu o dijeljenju informacija. Nakon što izabrani liječnik prijavi svojeg pacijenta MUP-u, ovaj je dužan, u roku od 15 dana, javiti se na pregled u Ovlaštenu ustanovu medicine rada te ima sasvim dovoljno vremena izraziti nezadovoljstvo postupkom svojeg liječnika, a pri tome ima i priliku upotrijebiti oružje za koje ima dozvolu, naročito ukoliko doista ima ozbiljne bolesti F kategorije.

Važno je uočiti da nominalno svaki liječnik koji ima takvu spoznaju, ima obavezu obavijestiti MUP o promjeni zdravstvenog stanja vlasnika oružja, no jedino izabrani liječnik, točnije obiteljski liječnik ima automatsku obavijest o posjedovanju oružja pojedinog pacijenta u njegovom individualnom zdravstvenom kartonu.

Već sada su, kroz naše informatičke programe, u e-kartone naših pacijenata implementirane obavijesti MUP-a o tome tko je vlasnik oružja, nama liječnicima obiteljske medicine postala je obaveza provjeriti taj podatak pri svakom posjetu svakog pacijenta. Pacijent je potpisao suglasnost u MUP-u da dijelimo njihove zdravstvene podatke u ovu svrhu kao prvi uvjet za ishodovanje dozvole za oružje i time je jednostranom odlukom prebačena trajna odgovornost za javnu sigurnost na nas, obiteljske liječnike u Republici Hrvatskoj.

Način na koji se promjena zdravstvenog stanja prijavljuje nadležnom tijelu tj. MUP-u regulirana je Pravilnikom o načinu i postupku izvještavanja nadležnog tijela o promjeni zdravstvenog stanja vlasnika oružja, Narodne novine, br. 22/13, u kojemu nisu navedene konkretnе dijagnoze koje je nužno prijaviti, već su navedene promjene u statusu redom svih organskih sustava kao razlog prijave MUP-u, neodređeni patološki rezultati dijagnostičkih postupaka, neodređeni tijek liječenja i sve vrste terapije bez obzira na vrstu i put primjene. U



osnovi, bilo koji posjet pacijenta ili dijagnostičko-terapijski postupak ovim načinom može biti osnova za postupanje liječnika prema čl. 15. ovog Zakona, u suprotnom liječnik podliježe prekršajnom, a u gorem slučaju i kaznenom progonu.

Individualna odgovornost pacijenta za vlastito zdravlje i za izvještavanje MUP-a o promjeni vlastitog zdravstvenog stanja, ne postoji. Pacijent je u obavezi obavijestiti MUP o imenu svojeg izabranog liječnika, potpisati suglasnost da ovaj izvješćuje MUP o promjeni njegova zdravlja. Tu prestaje individualna odgovornost.

Članak 72.

(1) Novčanom kaznom od 1000,00 do 5000,00 kuna kaznit će se za prekršaj fizička osoba koja:

3. kao izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite, kao i svaki drugi liječnik koji ima saznanja o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeku liječenja vlasnika oružja, a koje utječe na zdravstvenu sposobnost za posjedovanje oružja, odmah o tome ne izvijesti nadležno tijelo.

Periodički pregledi vlasnika oružja svakih pet godina, kao do sada, ukidaju se.

Odgovornost ovlaštene ustanove medicine rada počinje upućivanjem osobe na prvi ili izvanredni pregled te završava izdavanjem ocjene sposobnosti, što je iznimno odgovoran i težak zadatak, ali ima svoj početak i kraj.

Stalna odgovornost za javnu sigurnost ostaje samo na obiteljskim liječnicima.

Temeljna postavka liječničke struke, liječnička tajna, potpuno je derogirana. Sama srž obiteljskog liječnika – povjerljiv odnos pacijenta i cijele njegove obitelji, u kojoj je liječnik kormilar i odvjetnik obitelji kroz zdravstveni sustav te osoba o posebnog povjerenja stalno i longitudinalno kroz život obitelji – potpuno je narušena.

Kako će pacijent sada slobodno i s povjerenjem doći svojemu izabranom liječniku i povjeriti mu sve svoje tegobe, pa i one potencijalno stigmatizirajuće, ako zna da liječnik ima zakonsku obavezu odmah poslati prijavu o tome policiji?

Kako će liječnik ne prijaviti svaku promjenu zdravstvenog stanja policiji, kada zna da će možda zbog tog propušta biti prekršajno i kazneno gonjen?

Za očekivati je da će pacijenti, vlasnici oružja, izbjegavati posjete izabranom liječniku ili vršiti pritisak na njega da

ih ne prijavi na izvanredni pregled za oružje.

Smatramo da je skandalozno, neprofesionalno, neodgovorno i necivilizacijski donijeti ovakvu odredbu Zakona kojim se regulira javna sigurnost građana, a bez prethodnog savjetovanja s KRAJNIM IZVRŠITELJIMA liječnicima obiteljske medicine i njihovim stručnim i strukovnim udružama, te im silom nametnuti golemu odgovornosti i istovremeno narušiti sve postavke struke u smislu povjerljivog odnosa s pacijentom, čuvanja liječničke tajne te sigurnog i neometanog rada. Naročito je neodgovorno narušiti siguran rad i stvoriti potencijalnu fizičku i egzistencijalnu ugrozu liječnika!

Tražimo da se Zakon hitno povuče, a da se, u najmanju ruku, reaktivira stari Zakon o oružju kojim su bili regulirani redoviti obvezni periodični pregledi vlasnika oružja bez nametanja uloge tužibabe i prijavitelja obiteljskom liječniku! Predlažemo da se odmah počne raditi na kvalitetnijem Zakonu o oružju koji bi bio sukladan modernim europskim zakonima iste vrste.

Izvršni odbor Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

Prva obavijest

X. MEĐUNARODNI KONGRES DRUŠTVA NASTAVNIKA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE

Zagreb 7.-10. ožujka 2019.

SMJERNICE U PRAKSI OBITELJSKOG LIJEČNIKA

- Smjernice za hitna stanja u obiteljskoj medicini
- Multimorbiditet: smjernice za organizaciju skrbi i liječenje
- Smjernice za kardiovaskularne bolesti i fibrilaciju atrija
- Smjernice za hipertenziju i zatajivanja srca
- Smjernice za šećernu bolest
- Smjernice za antibiotsko liječenje najčešćih infektivnih bolesti u obiteljskoj medicini
- Smjernice za preoperativnu obradu najčešćih stanja u obiteljskoj medicini
- Vrednovanje smjernica, primjena smjernica i regulatorni okvir Europske Unije
- Smjernice za plućne bolesti
- Smjernice za liječenje boli
- Smjernice za gastrointestinalne bolesti
- Dijagnostičke i terapijske smjernice psihijatrijskih poremećaja i stanja

Hotel Antunović

Sve detalje možete saznati na službenoj web stranici www.dnoom.org

Kotizacija za Kongres iznosi 1800,00* kn (do 10. veljače 2019.).

Iza tog datuma iznosi 2200,00* kn. Za prateće osobe 500,00*/600,00* kn.

Za med. sestre rana kotizacija je 600,00*/ kasna 750,00* kn. Za izlagače rana 700,00* kn/ kasna 800,00 kn.

*Na navedene cijene se obračunava važeći PDV.

Za sve dodatne upite molimo kontaktirati:

Tajništvo Kongresa: Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine, Rockefellerova 4, 10 000 Zagreb

Tajnica Kongresa: doc. dr. sc. Jasna Vučak, dr. med., tel: 098/272787, 023/393533, jasna.vucak@yahoo.com

Tehnički organizator Kongresa (kotizacija i smještaj): Jarunska 23A, 10000 Zagreb, Lipid grupa d.o.o.,

Kontakt: Aleksandra Polak, info@lipid-grupa.hr, tel: 091/1947449



Plaćanja kotizacije oslobođeni su studenti koji aktivno sudjeluju na kongresu posterom.

- Kongresnu torbu sa svim materijalima (knjigu sažetaka, Tematski broj Medixa i voucher za pregledavanje svih prezentacija kao i šifru za pristup web aplikaciji kongresa/DNOOM-a)
 - Pristup svim aktivnostima na Kongresu
 - Pristup na praktične radionice (do dvije - posebno bodovane)
 - Ručak i kavu tijekom odmora
 - Svečano otvaranje
 - Potvrdu o sudjelovanju /upis bodova u osobnu karticu liječnika u HLK
- Kotizacija se uplaćuje na žiro račun tehničkog organizatora: Lipid grupa d.o.o.
OIB: 50258809793, IBAN: HR4223600001102605210,
SWIFT: ZABAHR2X.
Sve troškove uplate snosi uplatitelj.

III. KONGRES MEDICINSKIH SESTARA PRIKAZI BOLESNIKA, PANELI i POSTERI

Pozivamo sve kolege liječnike opće/obiteljske medicine da do 15. siječnja 2019. godine pošalju svoje Prikaze slučaja i Postere nevezano za temu kongresa.

Prvi autori najboljeg Prikaza slučaja i Postera će biti nagrađeni s vrijednim nagradama i prikazana na Kongresu u sklopu panel diskusije specijaliste opće/obiteljske medicine i kliničara.

Proglašenje najboljeg prikaza slučaja i postera te dodjela nagrada održat će se u subotu 9. ožujka 2019.

Preko web aplikacije će se moći interaktivno pratiti sva događanja na Kongresu kao i ostale aktivnosti Društva (tečajeve, publikacije. Biti će moguće postavljati pitanja u realnom vremenu, slati komentare, pregledavati prezentacije, tražiti ostale sudionike na Kongresu...).

Službeni jezici su hrvatski i engleski.

Proglašenje najboljeg prikaza bolesnika i postera te dodjela nagrada održat će se u subotu 9. ožujka 2019.

Sažetak prikaza bolesnika/postera treba poslati na adresu:
www.dnoom.org/webmail • najkasnije do 15. siječnja 2019.

Medijski pokrovitelj je specijalizirani medicinski časopis **Medix**

Tajnica Kongresa i kontakt osoba za sponzorstvo/izložbu RH, doc.dr.sc. Jasna Vučak, dr. med., jasna.vuchak@zd.t-com.hr, jasna.vucak@yahoo.com

Webmaster: dr. sc. Valerija Bralić Lang, dr. med., valerija.bralic@inet.hr

Kontakt osoba za prikaz slučaja i postere: dr. sc. Ksenija Kranjčević, ksenija.kranjcevic@inet.hr

Kontakt osobe za suradnju s inozemstvom: prof. dr. sc. Ines Diminić- Lisica, ines.diminic.lisica@unri.medri.hr,

Tehnički organizator: Lipid grupa d.o.o., info@lipid-grupa.hr, tel: 091 194 7449

ŠEĆERNA BOLEST TIPO 1 U ODRASLOJ DOBI: PREDSKAZATELJI NADZORA GLIKEMIJE

PORUKA ČLANKA

Vrijednost HbA1c koja se postigne u prvih 6 do 9 mjeseci od dijagnoze šećerne bolesti tipa 1 služi kao dobar predskazatelj dugoročnog nadzora glikemije. Stoga bolesnici koji u tom razdoblju ne uspiju uspostaviti zadovoljavajući HbA1c zahtijevaju intenzivnije daljnje praćenje.

Bolesnici sa šećernom bolesti (ŠB) tipa 1 u odrasloj dobi predstavljaju polovicu svih ŠB-a tipa 1, a to područje manje je istraženo od ŠB-a tipa 1 dijagnosticirane u djetinjstvu. Uzrok tome je u heterogenosti starije populacije bolesnika kao i u učestalom preklapanju sa ŠB-om tipa 2. Unatoč brojnim izazovima u dijagnostici najvažnije je pravovremeno započeti liječenje, a po započinjanju terapije veliku ulogu ima redovito praćenje bolesnika. Na Sveučilištu u Kopenhagenu provedeno je istraživanje o optimalnoj učestalosti pregleda u tih bolesnika.

Cilj je bio utvrditi parametre prilikom dijagnoze i u prvim godinama praćenja ŠB-a tipa 1, a koji bi mogli pomoći u predviđanju bolesnika koji neće postići dobar nadzor glikemije te koji trebaju intenzivnije praćenje.

Retrospektivno kohortno istraživanje temelji se na elektroničkim kartonima 280 bolesnika s novodijagnosticiranim ŠB-om tipa 1, a koji su imali dostupne podatke za prvih pet godina liječenja. Kriteriji za uključivanje bili su dob veća od 18 godina te isključenje sekundarnih uzroka ŠB-a tipa 1 i latentnog autoimunosnog ŠB-a.

Obilježja bolesnika prilikom dijagnoze ŠB-a tipa 1 bile su sljedeće: 61 % muškarci, srednje dobi 37 ± 12 godina, BMI $23 \pm 3,3$ (kg/m²), sistolički i dijastolički krvni tlak $123 \pm 15 / 76 \pm 9$ mm Hg te vrijednosti LDL kolesterola od $2,9 \pm 0,9$ mmol/l. Tijekom praćenja bolesnika HbA1c se smanjio sa 106 mmol/mol (11,8 %) prigodom dijagnoze na 52 mmol/mol (6,9 %) nakon 6 mjeseci, te se potom ponovo povećao do 67 mmol/mol (8,3 %) nakon 5 godina. Stroga glikemijska kontrola (HbA1c <

53 mmol/mol, 7 %) postignuta je u 66 % bolesnika u prvih 6 do 9 mjeseci, a u njih 30 % u 5 godina. Uspoređujući bolesnike s dobrom i lošom kontrolom glikemije nakon 5 godina, nije nađena razlika u HbA1c, C-peptidu niti u bilo kojem drugom parametru vezanom za ŠB tipa 1 u vrijeme dijagnoze. Međutim, bolesnici koji su 6 do 9 mjeseci nakon dijagnoze ŠB-a tipa 1 postigli dobar nadzor glikemije, zadržali su ga značajno boljim sljedećih 5 godina (OR 9,2, 95 % CI 4 - 20,9; P < 0,0001). Nasuprot tome, bolesnici koji prvih 6 do 9 mjeseci nakon dijagnoze ŠB-a tipa 1 nisu postigli dobar nadzor glikemije imali su slabiji nadzor bolesti nakon 5 godina.

Zaključno, vrijednost HbA1c koja se postigne prvih 6 do 9 mjeseci nakon dijagnoze ŠB-a tipa 1 služi kao dobar predskazatelj dugoročnog nadzora glikemije. Stoga bolesnici koji u prvih 6 do 9 mjeseci ne uspiju uspostaviti zadovoljavajući HbA1c zahtijevaju intenzivnije daljnje praćenje.

(Endocrinol Diab Metab. 2018;1:e00038. doi.org/10.1002/edm2.38)

GLORIA LEKŠIĆ, dr. med.

ISHODI I DUGOTRAJNE POSLJEDICE TRUDNOĆE U ŽENA S BIOLOŠKIM I MEHANIČKIM SRČANIM ZALISCIMA

PORUKA ČLANKA

Mehanički srčani zalisci imaju povećan rizik zatajenja nakon porođaja te su u usporedbi s biološkim srčanim zaliscima povezani s većom stopom štetnih događaja tijekom trudnoće.

Za sada nije točno utvrđeno koji je prostetički srčani zalistak najbolji za žene generativne dobi. Istraživači su retrospektivno kohortno usporedili ishode trudnoće te smrtnost i pobol majki, uključujući i reoperacije srčanih zalistaka, između žena

s biološkim i mehaničkim srčanim zaliscima.

Sve žene mlađe od 50 godina koje su bile trudne u razdoblju od 1990. do 2015. godine u Kaliforniji, New Jerseyju i New Yorku identifici-

Blagi oblici Cushingovog sindroma: osjetljivost i specifičnost različitih deksametazonskih testova supresije (0,25 mg, 1 mg, 2 mg)

PORUKA ČLANKA

Tradicijski deksametazonski supresijski testovi ne bi se više trebali koristiti za probir u bolesnika koji bi mogli imati blagi i/ili periodični Cushingov sindrom, dok supresijski test s 0,25 mg deksametazona može dijagnosticirati i bolesnike s blagim oblikom Cushingovog sindroma.

Cushingov sindrom (CS) razmjerno je rijedak poremećaj, ali su posljedice prekasno otkrivene bolesti ozbiljan problem. S obzirom na to da je CS puno rjedi od ostalih stanja koja oponašaju njegovu kliničku sliku (npr. PCOS, depresija, metabolički sindrom itd.), potreban je test probira visoke osjetljivosti i specifičnosti za identificiranje i isključivanje hiperkortizolizma.

Prekonočni supresijski test s 1 mg deksametazona prvi je korak u dijagnostici CS-a i stoga stoji u aktualnim smjerni-

cama, međutim, osjetljivost i specifičnost tog testa nisu prospективno provjerene.

Znanstvenici sa Sveučilišta u Los Angelesu zamijetili su kako se bolesnici s blagim i/ili periodičnim nastupima hiperkortizolizma ne mogu dijagnosticirati prekonočnim deksametazonskim testom od 1 mg. Naime, tom se dozom postiže supresija kortizola u svih blažih oblika bolesti pa takvi ne budu dijagnosticirani. Pokušali su odrediti manje doze deksametazona u prekonočnom testu kako bi se uspjelo otkriti i blage i/ili periodične oblike CS-a. Stoga su istraživali osjetljivost i specifičnost prekonočnog testa supresije s 0,25 mg deksametazona, 1 mg deksametazona te niskodoznog deksametazonskog dvodnevног testa (Liddleov test), s korekcijom za vrijednosti deksametazona ili bez nje, i to u bolesnika koji su evaluirani za blagi i/ili periodični CS. Ukupno je uključeno 30 bolesnika s CS-om i 14 bolesnika bez bolesti, a svi su bili podvrgnuti supresijskim testovima s 0,25 mg deksametazona, 1 mg deksametazona te dvodnevnom testu.

Rezultati su pokazali kako su jutarnje vrijednosti serumskog kortizola i omjer kortizol/deksametazon nakon standarnog prekonočnog supresijskog testa (1 mg) bili slični u bolesnika s CS-om i onih bez bolesti. Međutim, jutarnja vrijednost kortizola veća od 7,6 µg/dl bila je nakon deksametazonskog testa od 0,25 mg utvrđena u 12 bolesnika s CS-om, a u niti jednoga bez CS-a, pokazujući tako da povećana koncentracija kortizola nakon ovog niskodoznog supresijskog testa zahtijeva dodatnu dijagnostiku za utvrđivanje CS-a.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da tradicijske deksametazonске supresijske testove (prekonočni 1 mg, dvodnevni 2 mg) ne bi trebalo više koristiti za probir bolesnika koji bi mogli imati blagi i/ili periodični CS, dok supresijski test s 0,25 mg deksametazona može dijagnosticirati bolesnike s blagim oblikom CS-a.

(Horm Metab Res. 2018;50(06):453-461. DOI: 10.1055/a-0603-3868)

 GLORIA LEKŠIĆ, dr. med.

rane su preko obvezne državne baze podataka. Prosječno vrijeme praćenja iznosilo je 9,4 godine. Ukupno je obuhvaćeno 11.939 žena s 14.017 operacija zamjene srčanih zalistaka. Utvrđeno je da je 417 žena zatrudnjelo; 241 je imala biološki zalistak, a 217 mehanički.

Žene s mehaničkim zalistkom mnogo češće su gubile trudnoću. Gotovo 2/3 trudnoća završilo je spontanim ili induciranim pobačajem, a u slučaju

porođaja česta su bila krvarenja i tromboembolijski događaji. Porođaj je bio značajan rizični čimbenik za reoperaciju i bioloških (OR 2,5, 95 % CI 1,6 - 3,8) i mehaničkih (OR 2,3, 95 % CI 1,3 - 4,1) zalistaka. Polovica reoperacija u žena koje su bile trudne učinjena je u prvoj godini poslije porođaja, a najčešće su bile povezne s trombozom mitralnog zališka.

Zaključno, trudnoća skraćuje vrijeme do reoperacije u slučaju bioloških i

mehaničkih srčanih zalistaka. S mehaničkim zalistcima povećan je rizik zatajenja nakon porođaja i u usporedbi s biološkim zalistcima povezani su s većom stopom štetnih događaja tijekom trudnoće.

(Am J Cardiol. 2018 Nov 15;122(10):1738-1744. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.07.020.)

 Petra Radić, dr. med.

RIZIK ZA VENSKI TROMBOEMBOLIZAM U BOLESNIKA S CRIJEVNIM UPALNIM BOLESTIMA

► PORUKA ČLANKA

Bolesnici s crijevnim upalnim bolestima imaju povećan rizik za venske tromboembolijske događaje, a apsolutni rizik je povećan u aktivnom razdoblju bolesti, tijekom hospitalizacije te prvih 6 tjedana nakon otpusta iz bolnice poslije veće operacije.

 IVANA JUKIĆ, dr. med., specijalist interne medicine, uži specijalist gastroenterologije

Dosadašnja istraživanja pokazuju kako crijevne upalne bolesti povećavaju rizik za venske tromboembolijske događaje. Cilj istraživanja pod vodstvom Chu TPC-a iz Velike Britanije (University of Nottingham, Nottingham) bio je istražiti kada ovi bolesnici imaju visok rizik za tromboembolijske događaje, uključujući veće kirurške zahvate te vrijeme provođenja tromboprofilakse.

Kohortnim istraživanjem svaki je bolesnik s crijevnom upalnom bolesti uspoređen s kontrolom skupinom bolesnika koja nije bolovala od takve bolesti. Ispitivan je rizik za trombo-

embolizam tijekom hospitalizacije te prvih 6 tjedana nakon otpusta iz bolnice, bez obzira jesu li podvrgnuti nekoj operaciji ili nisu. Uspoređeni su prema dobi, spolu, indeksu tjelesne mase, pušenju cigareta, anamnezi zločudne bolesti i tromboembolizma. U ispitivanoj skupini bilo je 23.046 bolesnika s crijevnim upalnim bolestima, a rizik za tromboembolijski događaj bio je 1,74 puta veći negoli u kontrolnoj skupini (106.795). U ambulantnih bolesnika s crijevnim upalnim bolestima bio je tromboembolijski rizik povećan kod akutne ili kronične aktivnosti bolesti, međutim,

apsolutan rizik bio je manji od 5/1000 bolesnikovih godina. Apsolutan rizik bio je dvostruko veći u hospitaliziranih bolesnika s crijevnom upalnom bolesti koji su imali kirurški zahvat u usporedbi s onima bez operacije (59,5/1000 bolesnikovih godina u usporedbi s 31,1 bez kirurgije). Apsolutan rizik za tromboembolizam bio je povećan prvih 6 tjedana nakon bolničkog liječenja (18,6/1000 bolesnikovih godina u bolesnika s crijevnim upalnim bolestima nakon operacije).

Autori zaključuju kako bolesnici s crijevnim upalnim bolestima imaju povećan rizik za venske tromboembolijske događaje, a apsolutan rizik je povećan u aktivnom razdoblju bolesti, tijekom hospitalizacije te prvih 6 tjedana nakon otpusta iz bolnice poslije veće operacije. Utvrđeni rizični čimbenici ukazuju na povećan rizik za tromboembolizam te na potrebu uvođenja tromboprofilakse tijekom navedenog razdoblja.

(Aliment Pharmacol Ther. 2018 Nov;48(10):1099-1108.)

PREDSKAZATELJI UZNAPREDOVALE FIBROZE U NEALKOHOLNOJ MASNOJ JETRENOJ BOLESTI

► PORUKA ČLANKA

Rizični čimbenici za uznapredovalu fibrozu jetre u necirotičnoj nealkoholnoj masnoj jetrenoj bolesti su povećani indeks tjelesne mase, starija životna dob, arterijska hipertenzija i šećerna bolest. Elastografija je bolja od neinvazivnih krvnih testova.

Dosadašnja istraživanja su pokazala kako je uznapredovala fibroza najvažniji predskazatelj ukupne smrtnosti u bolesnika s nealkoholnom masnom jetrenom bolesti. Za razliku od ciroze jetre, uznapredovalu necirotičnu nealkoholnu masnu jetrenu bolest teško je dijagnosticirati, a dosadašnji podaci o tome su nedostatni.

OŠTEĆENJE OŽILJKA MATERNICE NAKON CARSKOOG REZA: prospektivno istraživanje o rizičnim čimbenicima

PORUKA ČLANKA

Majčin indeks tjelesne mase, gestacijska šećerna bolest i prethodni carski rez(ovi) povezani su s povećanim rizikom za oštećenje ožiljka maternice nakon carskog reza.

Oštećenje ožiljka maternice nakon carskog reza (*lat. isthmocele, engl. cesarean scar defect*) znatno se češće dijagnosticira u novije doba zbog sve češćeg carskog reza diljem svijeta.

Radi utvrđivanja čimbenika povezanih s rizikom za isthmocelu dijagnostiranu sonohisterografijom (kombinacija ultrazvuka i kontrastnog sredstva),

Riitta M. Antila-Långsjö i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Tampere University Hospital, Tampere, Finska, prospektivno i kohortno su proučili 401 bolesnicu u prva tri dana nakon porođaja carskim rezom. Šest mjeseci nakon carskog reza učinjena im je sonohisterografija radi otkrivanja isthmocele. Ultra-soničar nije bio upoznat s bilo kakvim kliničkim podatkom. Primarni cilj bio je otkriti isthmocelu. Tip kirurškog zahvata (elektivni ili hitni), te čimbenici vezani za trudnoću, porođaj i poslijoperacijski oporavak, bili su analizirani u odnosu na isthmocelu.

Sonohisterografija je učinjena u 371 ispitanice (stopa praćenja 92,5 %).

Pojavnost isthmocele bila je 45,6 %. Nije bilo statistički značajne razlike između pojavnosti isthmocele između skupina elektivnog i hitnog carskog reza ($P = 0,898$). Nezavisni rizični čimbenici za nastanak isthmocele bili su gestacijska šećerna bolest (OR 1,73; 95 % CI 1,02-2,92; $P = 0,042$), prethodni carski rez (OR 3,14; 95 % CI 1,90-5,17; $P < 0,001$), te povećan majčin indeks tjelesne mase (OR 1,06; 95 % CI 1,01-1,11; $P = 0,012$). Svaka dodatna jedinica indeksa tjelesne mase povećavala je rizik za isthmocelu za 6 %. U podskupini hitnog carskog reza dulje trajanje aktivne faze porođaja povećavalo je rizik za isthmocelu (OR 1,06; 95 % CI 1,01-1,11; $P = 0,032$).

(Am J Obstet Gynecol. 2018 Nov;219(5):458.e1-458.e8)

Prim. MATIJA PRKA, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije,
subspecijalist fetalne medicine i opstetricije

Cilj istraživanja pod vodstvom C. Labenza iz Njemačke bio je otkriti kliničke čimbenike povezane s uznapredovalom necirotičnom fibrozom. Ispitanici su uključeni iz europskog registra za nealkoholnu masnu jetrenu bolest, a ukupno je uključen 261 bolesnik s necirotičnom nealkoholnom masnom jetrenom bolesti potvrđenom jetrenom biopsijom (srednja dob 51 godina, jednaka zastupljenost spolova). Prevalencija 3. stupnja fibroze potvrđene histopatologijom bila je 15,7 %. Ovi bolesnici bili su starije životne dobi (57 vs 50 godina, $P < 0,01$), imali su veći indeks tjelesne mase (32,3 vs 30,5, $P < 0,05$), češće su bolovali od arterijske hipertenzije (78 vs 50 %, $P = 0,001$) i šećerne bolesti tipa 2 (61 vs 24,1 %, $P < 0,001$). Statistička analiza je pokazala da su arterijska

hipertenzija i šećerna bolest nezavisni rizični čimbenici za uznapredovalu fibrozu. Bez obzira na povećan srčanožilni rizik, liječenje statina bilo je rijetko. Autori zaključuju kako je u nealkoholne masne jetrene bolesti s uznapredovalom fibrozom velika prevalencija metaboličkih komorbiditeta.

Mjerenje čvrstoće jetre elastografijom bolje je od neinvazivnih krvnih zbrojevnih izračuna (engl. score) poput NAFLD fibrosis score, Fibrosis-4 ili indeksa AST/trombociti.

(Aliment Pharmacol Ther. 2018 Nov;48(10):1109-1116.)

IVANA JUKIĆ, dr. med., specijalist interne medicine,
uži specijalist gastroenterologije

Primarni gastrinomi jetre i velikih žučnih vodova rijetki su i zahtijevaju radikalnu resekciju

PORUKA ČLANKA

Iako su primarni gastrinomi jetre rijetki, mogu metastazirati u regionalne limfne čvorove, što zahtijeva radikalnu resekciju. Radikalna resekcija primarnih gastrinoma izvan standardnog gastrinomskog trokuta ima visoku stopu izlječenja s dugoročnim preživljnjem i prihvatljivom stopom komplikacija.



Doc. prim. dr. sc. GORAN AUGUSTIN, dr. med., specijalist opće, subspecijalist abdominalne i onkološke kirurgije

Gastrinom je tumor u području gušterače ili dvanaesnika koji luči hormon gastrin, a rezultira teškom peptičkom ulkusnom bolesti i proljevom, objašnjavaju Norton i sur. (Sveučilište Stanford, Stanford, Kalifornija, SAD). Tumor se najčešće pojavljuje u glavi gušterače ili dvanaesniku – gastrinomskom trokutu. Metastaze jetre u tih tumora imaju lošu prognozu, uz znatno povećanu smrtnost. Autori izvještavaju o bolesnicima s primarnim gastrinomima jetre i žučnih vodova, što se može zamijeniti za metastaze u jetri. Ovi bolesnici imaju sličnu prognozu kao i oni s primarnim gastrinomima dvanaesnika ili gušterače i dobro se liječe kirurškim resekcijama. Autori su analizirali podatke 223 bolesnika sa Sveučilišne bolnice Stanford i uključili ih u prospективno istraživanje liječenja Zollinger-Ellisonovog sindroma, stanja u kojem je bolesnik životno ugrožen gastrinom. Protokol je uključivao uporabu inhibitora protonске pumpe za smanjivanje hipersekrecije kiseline,

uz kiruršku resekciju tumora. Sedam (3,1 %) bolesnika kojima je uklonjen gastrinom imali su primarne tumore jetre ili žučnih puteva: pet muškaraca i dvije žene u prosječnoj dobi od 43 godine u vrijeme postavljanja dijagnoze. Bolesnici su imali pozitivne rezultate sekretinskog testa, a srednja im je koncentracija serumskog gastrina iznosila 817 pg/ml (referentna razina < 100 pg/ml). Niti jedan bolesnik nije bolovao od multiple endokrine neoplazije tipa 1 (MEN1). Četiri bolesnika imala su primarne tumore u jetri (jedan u prvom segmentu, dva u četvrtom i jedan u petom, a tri u velikim žučnim vodovima - po jedan u desnom, lijevom i zajedničkom d. hepatiku). Jednomyje učinjena desna hepatektomija, drugome lijeva lateralna segmentektomija, dvojici lijeva i jednomyje središnja hepatektomija, a dvojici resekcija žučnih vodova. Četvorica su imala metastaze u limfnim čvorovima, nijedan udaljene metastaze. Tijekom operacije nije bilo smrtnog slučaja,

ali su tri bolesnika imala komplikacije, i to suženje žučnih vodova, suženje portalne vene i bilijarnu fistulu. U bolesnika nije bilo recidiva u neposrednom razdoblju poslije operacije, ali su trojica imala recidiv u jetri i portalnim limfnim čvorovima nakon 3, 11 i 15 godina (respektivno). Tri su bolesnika (43 %) bila bez bolesti tijekom praćenja od 24 mjeseca do 26 godina (medijan 13 godina). Autori naglašavaju da primarni gastrinomi mogu nastati i izvan gastrinomskog trokuta i takvi moraju biti posebno razmatrani. Nalaz primarnih gastrinoma izvan trokuta mijenja operativni pristup, jer je indicirana radikalna resekcija jetre ili žučnih vodova, s visokim stopama dugoročnog preživljaja te prihvatljivim stopama komplikacija. Osim toga, autori zaključuju da rezultati uvjetuju rutinsko odstranjenje limfnih čvorova u porti hepatis (hepatoduodenalni ligament) jer će gotovo 50 % bolesnika razviti metastaze limfnih čvorova. Dr. John McAuliffe, kirurški onkolog na Montefiore Einsteinovom središtu za rak u New Yorku, SAD, komentirajući ovu malu skupinu kaže da je teško izvući zaključke, ali da je radikalna resekcija ključna za liječenje i dugoročno preživljenje, odnosno za nadzor simptoma za sve bolesnike s gastrinomom. To uključuje i bolesnike s MEN1, u kojih resekcija ima važnu ulogu za odabranu skupinu s većim tumorima. Također zaključuje da je za bolesnike s limfogenim širenjem (gotovo polovica ispitivane skupine) odstranjenje limfnih čvorova

razuman postupak tijekom resekcije jetre i/ili velikih žučnih vodova. Postupak neznatno utječe na operativno vrijeme i pobol, a nakon resekcije jetre i velikih žučnih vodova puno je zahtjevnije u eventualnoj sljedećoj operaciji kirurški pregledati trbuš radi procjene i odstranjenja limfnih čvorova u porti hepatis. Zato se uklanjanje primarnog tumora i najčešćeg sijela metastaza u limfnim čvoro-

vima u jednom postupku čini najrazumnije, čak i onda ako polovica bolesnika nema patološki dokazanu proširenost bolesti na limfne čvorove. Kao i autori, dr. McAuliffe primjećuje da su DOTATOC snimke obilježene galijem⁶⁸ najosjetljivije za otkrivanje gastrinoma, ali ta pretraga nije bila dostupna za veći dio bolesnika u promatranom razdoblju. Iako je ova pretraga dostupna u ustanovi Monte-

fiore, gdje radi dr. McAuliffe, on naglašava da još uvijek nije dostupna u svim ustanovama. Stoga preporučuje da se bolesnici s neuroendokrinim tumorima, osobito rijetkim poput gastrinoma, obrađuju u specijaliziranim tercijarnim središtima koji omogućuju optimalno lijeчењe.

(JAMA Surg. 2018;153(3):e175083.)

Učinci virusa hepatitisa C na srčanu funkciju i dugoročnu prognozu u bolesnika s kongenitalnim srčanim greškama

PORUKA ČLANKA

Bolesnici s kongenitalnim srčanim greškama i pozitivnim protutijelima na virus hepatitisa C značajno kraće žive bez štetnih učinaka na srčanu funkciju.

PETRA RADIĆ, dr. med.

U literaturi je već bilo objavljeno kako prisutnost protutijela na virus hepatitisa C (HCV) štetno utječe na srčanu funkciju. Budući da je probir na HCV započeo 1992. godine, istraživači su u ovom radu pretpostavili da će biti više određenih bolesnika s kongenitalnom srčanom greškom (ACHD - engl. adult congenital heart disease) koji imaju pozitivna protutijela na HCV ako im je kirurški korigirana srčana greška prije 1992. godine. Pretpostavili su kako je isto tako i veća pojavnost štetnih učinaka na srčanu funkciju i dugotrajnu prognozu tih bolesnika.

Istraživanje je bilo retrospektivno a obuhvatilo je 243 bolesnika s ACHD (srednja dob je iznosila 25,9 godina) iz Japana sa srčanom operacijom prije 1992. godine. Istraživači su usporedili klinička obilježja srčane funkcije i dugotrajne prognoze dviju skupina; u prvoj su bili bolesnici s pozitivnim protutijelima na HCV ($n = 48$), a u drugoj bolesnici bez njih ($n = 295$). Krajnji ishodi bili su srčana smrt, hospitaliza-

cija zbog srčanog zatajenja, letalni ventrikulski poremećaji ritma aritmije i reoperacija srca.

Prevalencija smanjene sustavne ventrikulske ejekcijske frakcije $< 50\%$ bila je značajno veća u bolesnika s pozitivnim protutijelima na HCV nego u skupini bez tih protutijela (17 % nasuprot 5,4%; $P = 0,014$).

Tijekom praćenja bolesnika, koje je u prosjeku trajalo 10,1 godinu, jedan od krajnjih ishoda zabilježen je u 51 bolesnika. Kaplan-Meierova analiza pokazala je da je skupina bolesnika s pozitivnim protutijelima na HCV značajno kraće preživjela bez štetnih događaja nego skupina bez protutijela na HCV. Nadalje, pozitivna protutijela na HCV značajno su bila povezana sa štetnim ishodima u univarijatnom i multivarijatnom Coxovom regresijskom modelu ($OR\ 2,37, 95\% CI\ 1,32 - 4,15, P = 0,005$ i $OR\ 1,96, 95\% CI\ 1,06 - 3,63, P = 0,032$).

Rezultati ovoga istraživanja upućuju na potrebu veće pažnje u liječenju bolesnika s ACHD-om koji imaju pozitivna protutijela na HCV.

(Am J Cardiol. 2018 Dec 1;122(11):1965-1971. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.08.045.)

Rođenje tijekom ljeta i iganje računalnih igara povezani su s razvojem kratkovidnosti

PORUKA ČLANKA

Prepostavlja se kako rizični čimbenik vremena provedenoga s računalnim igrama za razvoj kratkovidnosti nije samo posljedica povećanog rada na blizinu, nego i kraćeg boravka djece na danjem svjetlu.

Prevalencija kratkovidnosti u svijetu stalno raste. Procjenjuje se kako će broj kratkovidnih u svijetu narasti od približno dvije milijarde 2010. godine na 4,8 milijardi 2050. godine. Takva pandemija već danas predstavlja javnozdravstveni problem, ne samo zbog troškova povezanih s ispravljanjem dioptrije, već i zbog mogućnosti razvoja visoke kratkovidnosti u koje postoji povećan rizik od ozbiljnih bolesti koje mogu ugroziti vid. Kod urednog razvoja oka djeca se rađaju dalekovidna te postaju emetropna oko šeste godine života. Kod najčešćeg

oblika kratkovidnosti, oko nastavlja s rastom u školskoj dobi i postaje kratkovidno. Do sada su prepoznati brojni genski i okolišni čimbenici nastanka kratkovidnosti, poput vremena provedenoga na otvorenome, većeg stupnja obrazovanja i socioekonomskog statusa, veće inteligencije, urbanizacije i rada na blizinu. Prepoznavanje ranih rizičnih čimbenika vrlo je važno jer se danas razvijaju načini liječenja, poput noćnih leća ili terapije kapima, kojima je moguće usporiti rast kratkovidnosti.

Istraživači sa Sveučilišta King's College iz Londona pod vodstvom dr. Katie Williams analizirali su skupinu od 1991 blizanca iz britanskog TEDS istraživanja, rođenih između 1994. i 1996. godine. Prosječna dob ispitanika bila je 16,7 godina. Istraživači su od roditelja, blizanaca i nastavnika prikupili detaljne podatke o refrakcijskim greškama, demografskim, socijalnim, ekonomskim, obrazovnim i ponasanjnim čimbenicima na kontrolnim pregledima u drugoj, trećoj, četvrtoj, sedmoj, osmoj, desetoj, dvanaestoj, četrnaestoj i šesnaestoj godini. Djeca su u prosjeku počela nositi naočale za korekciju dioptrije u dobi od jedanaest godina, a ukupno ih je 26 % razvilo kratkovidnost za vrijeme trajanja istraživanja.

Najvažniji čimbenici povezani s razvojem kratkovidnosti bili su rođenje tijekom ljeta ($OR = 1,93$), majčin stupanj obrazovanja ($OR = 1,33$) i sati provedeni igrajući računalne igre ($OR = 1,03$). Postupci potpomognute oplodnje imali su zaštitni učinak ($OR = 0,63$). Autori prepostavljaju kako manji rast očiju i kratkovidnosti u blizanca rođenih uz pomoć postupaka potpomognute oplodnje može biti posljedica manje porođajne mase i većeg postotka nedonoščadi u ovoj skupini.

Prepostavlja se kako čimbenik vremena provedenog s računalnim igrama nije samo posljedica povećanog rada na blizinu, nego i kraćeg boravka djece na danjem svjetlu. Kako je najveći dio ovog istraživanja proveden prije „eksplozije“ uporabe digitalnih medija u dječjoj dobi, u istraživanju nije zasebno analiziran utjecaj sve češćeg i duljeg korištenja pametnih uređaja, što će, nadamo se, biti predmet budućih istraživanja.

(Br J Ophthalmol. 2018 Nov 6. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-312439.)

 Dr. sc. ADRIAN LUKENDA, dr. med., specijalist oftalmologije

JEDNOGODIŠNJI RESULTATI UVODENJA NACIONALNE SMJERNICE OBVEZNE PROMJENE TERAPIJE U BOLESNIKA LIJEČENIH IZVORNIM U BIOSLIČAN ETANERCEPT PREMA REGISTRU DANBIO

PORUKA ČLANKA

Rezultati istraživanja registra DANBIO ukazuju da su u kliničkoj praksi ishodi promjene terapije izvornoga u biosličan lijek pod utjecajem čimbenika povezanih s bolesnikom te učinaka koji nisu povezani sa samim lijekom.

Postoji vrlo malo dokaza o učinkovitosti promjene liječenja etanerceptom u biosličan etanercept iz kliničke prakse. U Danskoj je u travnju 2016. objavljena nacionalna smjernica obvezne promjene izvornoga - 50 mg (ETA) (Enbrel) u biosličan - (SB4) (Benepali 50 mg) etanercept u bolesnika s reumatoidnim artritidom (RA), psorijatičnim artritisom (PsA) i aksijalnim spondiloartritisom (axSpA). U tom je trenutku razlika u cijeni između izvornoga i biosličnog etanercepta iznosila 49 % cijene izvornog lijeka. Glintborg i sur. su prethodno objavili rezultate tzv. „nemedicinske“ promjene izvornoga u biosličan infliksimab (CT-P13) prema podacima nacionalnog registra DANBIO. Rezultati promjene terapije u ova dva prethodno navedena bioslična lijeka mogu se značajno razlikovati s obzirom na to da je riječ o različitoj aktivnoj supstanciji (monoklonsko protutijelo u odnosu na fuzijsku bjelančevinu), različitom načinu doziranja (potkožno umjesto intravenski) te različitom kontaktu sa zdravstvenim osobljem (primjena kod kuće za razliku od primjene u bolnici). Klinička obilježja i ishodi liječenja su istraživani u bolesnika prebačenih na biosličan SB4 (promjena terapije) te

održanih na izvornom ETA-u (bez promjene terapije). Stope održavanja su uspoređene s povijesnom kohortom bolesnika liječenih ETA-om. Opisana su klinička svojstva bolesnika koji su ponovno nastavili liječenje ETA-om (ponovna promjena u izvorni ETA).

U ovom je opservacijskom istraživanju kohorte iz registra DANBIO održavanje liječenja ispitano Kaplan-Meierovim te Coxovim regresijskim postupkom (osnovnim, prilagođenim).

Od 2.061 bolesnika uključenih u ovo opservacijsko istraživanje bila je u 1.621 (79 %) promijenjena terapija u SB4. U prva tri mjeseca nakon promjene terapije nije bilo promjene u tijeku bolesti. U bolesnika kojima nije promijenjena terapija zastupljenost ETA 25 mg bila je 34 %, dok je u bolesnika kojima je promijenjena terapija zastupljenost bila samo 1 %. Jednogodišnje prilagođene stope održavanja iznosile su 77 % (95 % CI 72 – 82) za skupinu bez promijenjene terapije, 83 % (95 % CI 79 – 87) za skupinu kojima

je promijenjena terapija i 90 % (95 % CI 88 – 92) za povijesnu kohortu bolesnika. Bolesnici u kojih je postignuta remisija bolesti imali su manju stopu održavanja od bolesnika koji su postigli remisiju, kako u bolesnika kojima je promijenjena terapija (HR 1,7, 95 % CI 1,3 - 2,2) tako i u bolesnika kojima nije promijenjena terapija (HR 2,4, 95 % CI 1,7 – 3,6). Tijekom praćenja u 120 bolesnika (7 % bolesnika iz skupine kojima je promijenjena terapija) ponovno je promijenjena terapija u ETA. Klinička obilježja ove skupine bolesnika nisu se značajno razlikovala od onih u skupini bolesnika kojima je promijenjena terapija. Najčešći razlog ponovne promjene terapije na ETA-u bio je gubitak učinkovitosti.

Terapija ETA-om je promijenjena u SB4 u 79 % bolesnika. U usporedbi s povijesnom ETA kohortom nakon godine dana bile su prilagođene stope održavanja terapije manje u skupini bolesnika u kojih je promijenjena terapija, ali veće nego u skupini bolesnika u kojih terapija nije promijenjena. Liječenje je bilo češće prekinuto u bolesnika koji nisu postigli remisiju. Nalazi sugeriraju da su rezultati promjene terapije pod utjecajem čimbenika vezanih uz bolesnika te učinaka koji nisu povezani sa samim lijekom.

(Ann Rheum Dis. 2018 Nov 5. pii: annrheum-dis-2018-213474. doi: 10.1136/annrheum-dis-2018-213474.)



Doc. dr. sc. MISLAV RADIĆ, dr. med., specijalist internist,
subspecijalist reumatolog

UTJECAJ ČESTICA ZRAKA NA RAZVOJ IMUNOSNOG SUSTAVA I NA NASTANAK ASTME

PORUKA ČLANKA

Čestice u zraku utjecajem na razvoj stanica u imunosnom sustavu mogu utjecati na rizik od astme.

Već dugo je poznato kako je u djece odrasle u ruralnom području značajno manji rizik za razvoj astme i alergija u usporedbi s općom populacijom. Nekoliko istraživanja utvrdilo je da bi to moglo biti zbog ranog izlaganja prašini i raznim mikrobima u takvom okruženju, no točan mehanizam koji je za to odgovoran nije još poznat.

Međunarodni tim znanstvenika stoga je istražio utjecaj čestica prašine sa stočne farme u Finskoj i čestica zraka iz urbanog središta u Kini na mononuklearne stanice izolirane iz krvii 18 četverogodišnjaka koji nisu prije bili izloženi ni jednim ni drugim česticama.

Rezultati su pokazali da je izlaganje česticama prašine sa stočne farme povećalo postotak stanica koje izražavaju CD80, receptor povezan s aktivacijom imunosnog sustava. K tome, izlaganje česticama prašine dovelo je i do statistički značajno većeg stvaranja mnogih citokina (IL-1 β , IL-2, IL-10, IL-12/IL-23p40, IL-13, IL-17A, IFN- γ , TNF- α). S druge strane, u uzorcima izloženim zagađenom zraku bio



je značajno manji postotak stanica koje izražavaju CD80 te je izmjereno i značajno manje citokina (IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-10, IL-12/IL-23p40, IL-13, IL-17A, IFN- γ , TNF- α). Također je utvrđeno da stanični odgovor na čestice zagađenog zraka ovisi o veličini čestica. Detaljna analiza sastava čestica pokazala je da su nitrati i sulfati najzastupljeniji ioni, a aluminij, kalcij, željezo, kalij i cink najzastupljeniji metali u zagađenom zraku iz urbane sredine, za razliku od prašine s farme u kojoj navedeni ioni i metali uopće nisu izmjereni ili su izmjereni u manjim koncentracijama. Naposljetku, sekvenciranje bakterijske 16S rDNA je pokazalo kako su u prašini s farme

najzastupljenije bakterije bile Proteobacteria (83 %) i Firmicutes (15 %).

Autori istraživanja zaključili su kako opaženi stimulacijski učinak čestica prašine s farme i inhibicijski učinak čestica zagađenog zraka mogu oblikovati odgovor imunosnog sustava na respiratorne patogene i alergene te djelomično objasniti razlike u učestalosti astme u ruralnim i urbanim sredinama. Rezultati ovog istraživanja mogli bi potaknuti otkrivanje novih postupaka za procjenu rizika od astme te omogućiti razvoj novih preventivnih strategija.

(Pediatr Allergy Immunol. 2018 Aug 28. doi: 10.1111/pai.12975.)

Dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med., specijalist pedijatarije,
subspecijalist pedijatrijske reumatologije

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. Zainteresirani kolege mogu poslati svoje radove objavljene u aktualnoj kalendarskoj godini uz potvrdu središnje medicinske knjižnice da su indeksirani u CC, SCI ili SSCI.

Filipčić I¹, Šimunović Filipčić I², Grošić V³, Bakija I³, Šago D³, Benjak T¹, Uglešić B³, Bajić Ž², Sartorius N⁴. Patterns of chronic physical multimorbidity in psychiatric and general population. *J Psychosom Res.* 2018;114:72-80.

¹Psychiatric Hospital "Sveti Ivan", Zagreb, Croatia; Faculty of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia; School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of psychological medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ³Psychiatric Hospital "Sveti Ivan", Zagreb, Croatia; ⁴Croatian Institute of Public Health, Zagreb, Croatia; ⁵Department of Psychiatry, University Hospital Center Split, Split, Croatia; ⁶Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland.

Orešković D¹, Maraković J², Varda R³, Radoš M³, Jurjević I¹, Klarica M³. New insight into the mechanism of mannitol effects on cerebrospinal fluid pressure decrease and craniospinal fluid redistribution. *Neuroscience.* 2018;392:164-171.

¹Ruder Bošković Institute, Department of Molecular Biology, Zagreb, Croatia; ²Department of Neurosurgery, Dubrava University Hospital, Zagreb, Croatia; ³Department of Pharmacology and Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Mustapic S¹, Ziga S², Matic V¹, Bokun T^{1,3}, Radic B¹, Lucijanac M⁴, Marusic S^{3,5}, Babic Z¹, Grgurevic I^{1,2}. Ultrasound grade of liver steatosis is independently associated with the risk of metabolic syndrome. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2018;2018:8490242.

¹Department of Gastroenterology, Hepatology and Clinical Nutrition, University Hospital Dubrava, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ²Department of Emergency Medicine, University Hospital Dubrava, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ³Faculty of Pharmacy and Biochemistry, University of Zagreb, Croatia; ⁴Department of Hematology, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia; ⁵Department of Endocrinology and Clinical Pharmacology, University Hospital Dubrava, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Babarović E¹, Franić I², Klarić M³, Ferrari AM⁴, Karmuš-Begonja R⁴, Eminović S⁵, Ostojic DV³, Vrdoljak-Mozetić D⁵. Adult granulosa cell tumors of the ovary: a retrospective study of 36 FIGO stage I cases with emphasis on prognostic pathohistological features. *Anal Cell Pathol (Amst).* 2018;2018:9148124.

¹Department of Pathology, School of Medicine, Rijeka University Hospital Centre, School of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia; ²School of Medicine University of Rijeka, Rijeka, Croatia; ³Clinical Department of Obstetrics and Gynecology, Rijeka University Hospital Centre, School of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia; ⁴Clinical Department of Radiotherapy and Oncology, Rijeka University Hospital Centre, School of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia; ⁵Department of Cytology, Rijeka University Hospital Centre, Rijeka, Croatia.

Pačarić S^{1,2}, Kristek J^{1,2}, Mirat J³, Kondža G^{1,2}, Turk T^{4,5}, Farčić N^{3,6}, Orkić Ž^{1,2}, Nemčić A^{1,2}. The quality of life of Croatian women after mastectomy: a cross-sectional single-center study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):999.

¹Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia; ²Department of Surgery, University Hospital Osijek, Osijek, Croatia; ³Faculty of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia; ⁴Department of Biophysics and Radiology, Faculty of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia; ⁵Department of Diagnostic and Interventional Radiology, University Hospital Osijek, Osijek, Croatia; ⁶Department of Nursing, Medical Ethics and Palliative Medicine, Faculty of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia.

Sakan S¹, Premuzic V², Bandic Pavlovic D^{1,3}, Basic-Jukic N^{2,3,4}. Consequence of elevated fibroblast growth factor 23 levels in acute kidney injury, renal recovery and overall survival in intensive care unit patients after major surgery. *Ther Apher Dial.* 2018;22(5):544-551.

¹Clinical Department of Anesthesiology and Intensive Care, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of Nephrology, Arterial Hypertension, Dialysis and Transplantation, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; ³School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴School of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia.

Tomic S^{1,2}, Pekić V^{1,2}, Popijac Z¹, Pucic T¹, Vinkovic MP^{1,2}, Kuric TG^{1,2}, Popovic Z^{1,2}. Hyperhomocysteinemia influenced malnutrition in Parkinson's disease patients. *Neurol Sci.* 2018;39(10):1691-1695.

¹Clinical Department of Neurology, Osijek University Hospital Center, Osijek, Croatia; ²School of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University in Osijek, Osijek, Croatia.

Medakovic P¹, Biloglav Z², Padjen I^{3,4}, Pristas F¹, Jukic M¹, Zuvela F⁵, Ivanac G^{3,4}, Brkljacic B^{3,4}, Jukic T¹, Turk L¹. Quantification of coronary atherosclerotic burden with coronary computed tomography angiography: adapted Leaman score in Croatian patients. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2018;34(10):1647-1655.

¹Department of Radiology, Polyclinic Sunce, Zagreb, Croatia; ²Department of Medical Statistics, Epidemiology and Medical Informatics, School of Public Health Andrija Stampar, University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia; ³Division of Clinical Immunology and Rheumatology, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia; ⁵Croatian Institute for Public Health, Zagreb, Croatia; ⁶Ministry of Defence of the Republic of Croatia, Zagreb, Croatia; ⁷Department of Diagnostic and Interventional Radiology, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia.

Horvat I¹, Boban A², Zadro R³, Antolic MR⁴, Serventi-Seiwert R⁵, Roncivic P⁵, Radman I⁵, Sertic D⁵, Vodanovic M⁵, Pulanic D⁵, Basic-Kinda S⁵, Durakovic N², Zupancic-Salek S⁶, Vrhovac R⁷, Aurer F¹, Nemet D⁷, Labar B⁷. Influence of Blood Count, Cardiovascular Risks, Inherited Thrombophilia, and JAK2 V617F Burden Allele on Type of Thrombosis in Patients With Philadelphia Chromosome Negative Myeloproliferative Neoplasms. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2018 Sep 10. pii: S2152-2650(18)31049-8. doi: 10.1016/j.cml.2018.08.020.

¹Department of Laboratory Diagnostics, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of Hematology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ³School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴Department of Laboratory Diagnostics, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁵Faculty of Pharmacy and Biochemistry, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁶Department of Laboratory Diagnostics, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁷Department of Hematology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia. ⁸School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; Center for Medical Experts, Zagreb, Croatia.

Vallejo-Vaz AJ, De Marco M, Stevens CAT, Akram A, Freiberger T, Hovingh GK, Kastelein JJP, Mata P, Raal FJ, Santos RD, Soran H, Watts GF, Abifadel M, Aguilar-Salinas CA, Al-Khansawi M, Al-Kindi FA, Alnouri F, Alonso R, Al-Rasadi K, Al-Sarraf A, Ashvaid TF, Binder CJ, Bogsrød MP, Bourbon M, Bruckert E, Chlebus K, Corral P, Descamps O, Durst R, Ezhov M, Fras Z, Genest J, Groselj U, Harada-Shiba M, Kayikcioglu M, Lalic K, Lam CSP, Latkovskis G, Laufs U, Liberopo-

ulos E, Lin J, Maher V, Majano N, Marais AD, März W, Mirrakhimov E, Miserez AR, Mitchenko O, Nawawi HM, Nordestgaard BG, Paragh G, Petrušioniene Z, Pojskic B, Postadzhyan A, Reda A, Reiner Ž*, et al. EAS Familial Hypercholesterolemia Studies Collaboration (FHSC) Investigators. Overview of the current status of familial hypercholesterolemia care in over 60 countries - The EAS Familial Hypercholesterolemia Studies Collaboration (FHSC). *Atherosclerosis.* 2018 Oct;277:234-255.

⁹Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.

De Smedt D, Annemans L, De Backer G, Kotseva K, Rydén L, Wood D, Amouyel P, Bruthans J, Cifkova R, De Sutter J, Dolzhenko M, Englis A, Gotcheva N, Gyberg V, Lauceficius A, Lovic D, Oganov R, Pajak A, Pogosova N, Reiner Ž*, et al. Cost-effectiveness of optimized adherence to prevention guidelines in European patients with coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. *Int J Cardiol.* 2018 Dec 1;272:20-25.

¹⁰Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Moulin P, Dufour R, Averna M, Arca M, Cefalu AB, Noto D, D'Erasmo I, Di Costanzo A, Marçais C, Alvarez-Sala Walther LA, Banach M, Borén J, Cramb R, Gouni-Berthold I, Hughes E, Johnson C, Pintó X, Reiner Ž*, et al. Identification and diagnosis of patients with familial chylomicronaemia syndrome (FCS): Expert panel recommendations and proposal of an "FCS score". *Atherosclerosis.* 2018 Aug;275:265-272.

¹¹Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Banach M, Patti AM, Giglio RV, Cicero AFG, Atanasov AG, Bajraktari G, Bruckert E, Descamps O, Djuric DM, Ezhov M, Fras Z, von Haehling S, Katsiki N, Langlois M, Latkovskis G, Mancini GB, Mikhailidis DP, Mitchenko O, Moriarty PM, Muntnar P, Nikolic D, Panagiotakos DB, Paragh G, Paulweber B, Pella D, Pitsavos C, Reiner Ž*, et al.; International Lipid Expert Panel (ILEP). The Role of Nutraceuticals in Statin Intolerant Patients. *J Am Coll Cardiol.* 2018 Jul 3;72(1):96-118.

¹²Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Terjesen T, Anticevic D*. Blount's disease successfully treated with intraperephelial osteotomy with elevation of the medial plateau of the tibia-a case report with 65 years' follow-up. *Acta Orthop.* 2018 Oct 17:1-3. doi: 10.1080/17453674.2018.1516179.

¹³Division of Pediatric Orthopedic Surgery, Children's Hospital Zagreb, Zagreb, Croatia.

Vlaic J, Bojic D, Rutz E, Antićević D. Longitudinal Epiphysal Bracket of the First Metatarsal Bone: Three Case Reports and a Review of the Literature. *J Foot Ankle Surg.* 2018 Nov - Dec;57(6):1246-1252. doi: 10.1053/j.jfas.2018.03.049. Epub 2018 Aug 31.

¹⁴Division of Pediatric Orthopedic Surgery, Children's Hospital Zagreb, Zagreb, Croatia.

Kubat O¹, Antićević D². Does timing of surgery influence the long-term results of foot polydactyly treatment? *Foot Ankle Surg.* 2018 Aug;24(4):353-358. doi: 10.1016/j.jfas.2017.04.001. Epub 2017 Apr 13.

¹⁵Department of Orthopaedic Surgery, Clinical Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia. ¹⁶Children's Hospital Zagreb, Zagreb, Croatia.

Što su novo donijele EHRA 2018. preporuke za korištenje NOAKa kod bolesnika s atrijskom fibrilacijom - osvrt na dabigatran

 NIKOLA PAVLOVIĆ, dr.med., specijalist kardiolog, Klinika za bolesti srca i krvnih žila, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

U ožujku 2018., tijekom kongresa Europskog aritmološkog društva objavljene su nove preporuke za korištenje novih oralnih antikoagulansa (NOAK-a) kod bolesnika s fibrilacijom atrija. Isti Vodič za NOAK-e kod bolesnika s atrijskom fibrilacijom (AF) objavljen je u *European Heart Journal*-u, a dostupan je besplatno i na stranicama Europskog kardiološkog društva (1). Preporuke su pisane i prilagođene za sve liječnike koji propisuju NOAK-e te osim osnovnih preporuka o indikacijama i dozama kod različitih skupina bolesnika, daju i preporuke za brojne svakodnevne probleme s kojima se susreću liječnici kod liječenja ovih bolesnika (planirani i hitni kirurški zahvati, komplikacije, krvarenja, preskočene doze itd).

Kroz ovaj tekst proći ćemo kroz osnovne poruke navedenih preporuka kao i osvrt na ulogu dabigatrana u liječenju bolesnika s fibrilacijom atrija kroz iste.

Obzirom da su svi NOAK-i ispitivani i indicirani u bolesnika s nevalvular-

nom fibrilacijom atrija, jasno je definirano da se navedeni pojam odnosi na SVE bolesnike osim one s umjerenom ili teškom mitralnom (reumatskom) stenozom te bolesnike s mehaničkim valvulama. Svi ostali bolesnici, tj. s drugim valvularnim greškama (npr. s aortnom stenozom ili mitralnom regurgitacijom) mogu primati NOAK-e za prevenciju tromboembolijske komplikacije kod fibrilacije atrija.

Preporuke daju detaljne postupnike i preporuke kako započeti terapiju i pratiti bolesnike koji uzimaju NOAK-e. Kod svakog bolesnika prije početka terapije potrebno je provjeriti bubrežnu funkciju, obzirom da je doziranje različito i ovisno o procjeni bubrežne funkcije. Isto tako, potrebno je pratiti bubrežnu funkciju kod bolesnika na NOAK-u. Pojednostavljeni pravilo, CrCl/10 = mjeseci nakon koliko treba pratiti bubrežnu funkciju (npr. ako je klirens kreatinina 100 ml/min, svakih 10 mjeseci kod navedenog bolesnika je potrebno pratiti bubrežnu funkciju). Dabigatran u dozi od 150 mg 2 x dnevno je indiciran kod klirensa kreatinina iznad 50 ml/min,

dok je kod 30-50 ml/min moguća doza od 150 mg i 110 mg 2 x dnevno.

Odmah u početku, prikazane su indikacije, doze te osnovna farmakokinetika i farmakodinamika pojedinih NOAK-a na osnovu velikih, randomiziranih studija koje su dovele do registracije pojedinih lijekova. U RE-LY istraživanju, bilo je uključeno ukupno 18 113 bolesnika te su testirane dvije doze dabigatrana (2 x 150 mg i 2 x 110 mg) u usporedbi s varfarinom (2). Rezultati su pokazali superiornost doze od 150 mg 2 x dnevno u prevenciji tromboembolijske komplikacije u odnosu na varfarin dok je navedena doza bila neinferiora tj. slična u odnosu na incidenciju velikih krvarenja. Kod doze od 110 mg 2 x dnevno bilo je znatno manje velikih krvarenja u odnosu na skupinu liječenu varfarinom, a ista doza bila je neinferiora u prevenciji tromboembolijske komplikacije. Napominjemo da su za dabigatran kao i edoksaban obje doze ispitivane u usporedbi s varfarinom tj. bolesnici su randomizirani u dvije jednakoj veličini skupine sa višom i nižom dozom NOAK-a.

Kod uvođenja terapije potrebno je provjeriti interakcije s drugim lijekovima, što je dostupno u Vodiču u tabličnom prikazu. NOAK-i imaju znatno manje interakcije nego varfarin. Međutim, postoje lijekovi koji u istovremenoj primjeni znatno reduciraju ili povisuju plazmatske koncentracije određenih NOAK-a. Važne interakcije za dabigatran od češće propisivanih kardioloških lijekova su istodobna primjena verapamila koji zahtijeva redukciju doze dabigatrana te dronedaron koji je kontraindiciran.

Kod NOAK-a nije potrebno praćenje učinka mjerjenjem koagulacijskih parametara niti serumske koncentracije NOAK-a, osim u iznimno rijetkim situacijama kao što su velika krvarenja ili hitni neodgodivi kirurški zahvati.

Kod elektivnih invazivnih i kirurških zahvata, Vodič daje detaljne preporuke za postupak kod bolesnika koji uzimaju NOAK-e. Kod navedenih bolesnika nije potreban bridging niskomolekularnim heparinom, a kod većine bolesnika za zahvate niskog rizika krvarenja nije potrebno prekidati terapiju NOAK-ima (tj. izostavlja se doza na dan zahvata, a nastavlja se već sljedeća doza isti dan ukoliko nema komplikacija). Zahvati vrlo niskog rizika su npr. ekstrakcija 1-3 zuba, incizije apsesa, operacija katarakte, endoskopski zahvati bez intervencije te mali dermatološki zahvati. Za zahvate umjerenog ili većeg rizika potrebno je prekinuti terapiju 1-3 dana prije zahvata ili dulje u slučaju bubrežne insuficijencije. Ponovno, detaljnije preporuke dostupne su u tabličnom prikazu ovisno o vrsti NOAK-a, vrsti tj. riziku zahvata te karakteristikama bolesnika.

Pojednostavljeno, na primjeru dabigatrana, kod gore navedenih zahvata vrlo niskog rizika, kod bolesnika s urednom bubrežnom funkcijom, jutarnja doza dabigatrana se izostavlja na dan procedure, a večernja doza se uzima

kako je planirano ukoliko nije bilo komplikacija kod zahvata.

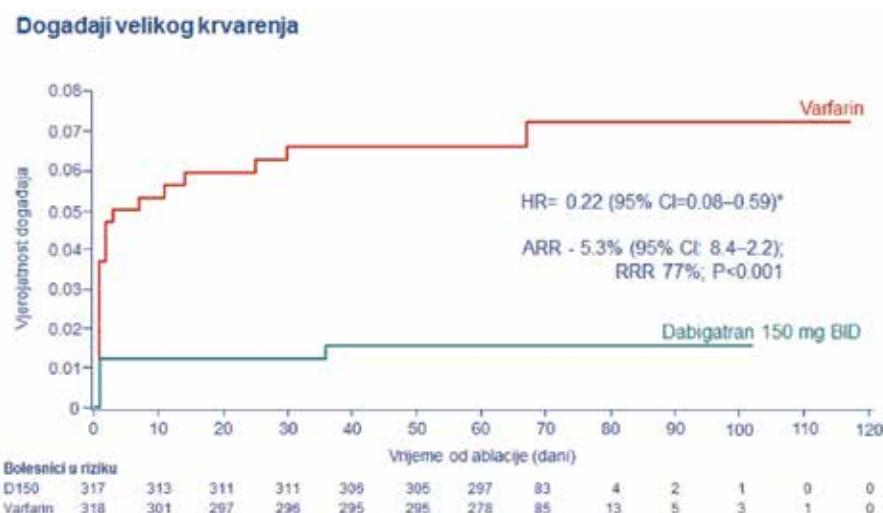
Posebnu skupinu procedura čini izolacija plućnih vena (PVI), kao metoda liječenja dijela bolesnika s fibrilacijom atrija. Kod ovih procedura bolesnici imaju rizik krvarenja i komplikacija kao što je tamponada srca te rizik tromboembolije zbog svoje osnovne bolesti, ali i prisutnosti katetera i ablacijske u lijevom atriju. Iako se ranije prekidala terapija antikoagulansima uz bridging heparinom, BRIDGE studija je pokazala kako je rizik krvarenja znatno manji kod neprekidne terapije varfarinom nego kod bridginga heparinom, dok je rizik tromboembolije sličan (3). Kod pojave NOAK-a na tržištu, isto se pretpostavlja i za njih, međutim nedostajali su dokazi kao i točna duljina prekida terapije NOAK-ima.

RE-CIRCUIT studija uspoređivala je neprekidnu primjenu varfarina kao do tada standardni postupak i neprekidnu terapiju dabigatranom kod

bolesnika podvrgnutih PVI. Uključeno je ukupno 678 bolesnika. 80% bolesnika primilo je zadnju dozu dabigatrana manje od 8 sati od procedure, a 41% unutar 4 sata od procedure. Dabigatran je jedini značajno smanjio rizik od velikih krvarenja u odnosu na dobro kontrolirani varfarin (4, Grafički prikaz 1). Dakle, bolesnici kod kojih je planirana izolacija plućnih vena, ne trebaju prekidati terapiju dabigatranom, već se terapija nastavlja kontinuirano periproceduralno s ciljem prevencije tromboembolije te redukcije rizika krvarenja.

U porastu je broj bolesnika koji imaju fibrilaciju atrija te koji su podvrgnuti perkutanim koronarnim intervencijama, bilo kao elektivne procedure ili tijekom akutnih koronarnih sindroma. Ovi bolesnici zahtijevaju kombinaciju antiagregacijske i anti-koagulantne terapije koja znatno poviše rizik krvarenja. Kroz prijašnje smjernice mijenjala se duljina trajanja trojne, dvojne i monoterapije ovisno o

GRAFIČKI PRIKAZ 1: RE-CIRCUIT ispitivanje je pokazalo značajno manje dogadaja velikih krvarenja kod provedenih ablacija na neprekinitom dabigatranu vs. neprekiniti varfarin, osobito tijekom prvih 7 dana nakon ablacije



Prilagođeno iz tabličnog prikaza Figure 2 - Calkins et al. N Engl J Med 2017

*Cox proportional hazard model and Wald confidence limits; ARR – apsolutna redukcija rizika; RRR – relativna redukcija rizika

vrstama stenta, akutnoj ili elektivnoj proceduri te o riziku krvarenja. Nove preporuke pokušavaju pojednostaviti kompleksnu situaciju. Tablično su detaljno prikazani mogući izbori terapije ovisno o rizicima tromboembolije i krvarenja te doze lijekova indicirane u raznim kombinacijama. Pojednostavljeni, kod elektivne perkutane koronarne intervencije, trojna terapija (acetilsalicilna kiselina, klopidogrel/tikagrelor i NOAK/varfarin) indicirana je minimalno 7 dana, a kod akutnog koronarnog sindroma minimalno 3 mjeseca. Nakon toga dvojna terapija indicirana je do 12 mjeseci. Naravno da se trajanje mijenja ovisno o karakteristikama bolesnika te riziku krvarenja i tromboembolije. Važno je napomenuti da je monoterapija antikoagulansom (NOAK ili varfarin) dovoljna nakon 12 mjeseci od zadnje intervencije ili akutizacije koronarne bolesti. U RE-DUAL PCI studiji ispitivana je sigurnost dvije doze dabigatrana u kombinaciji s klopidogrelom

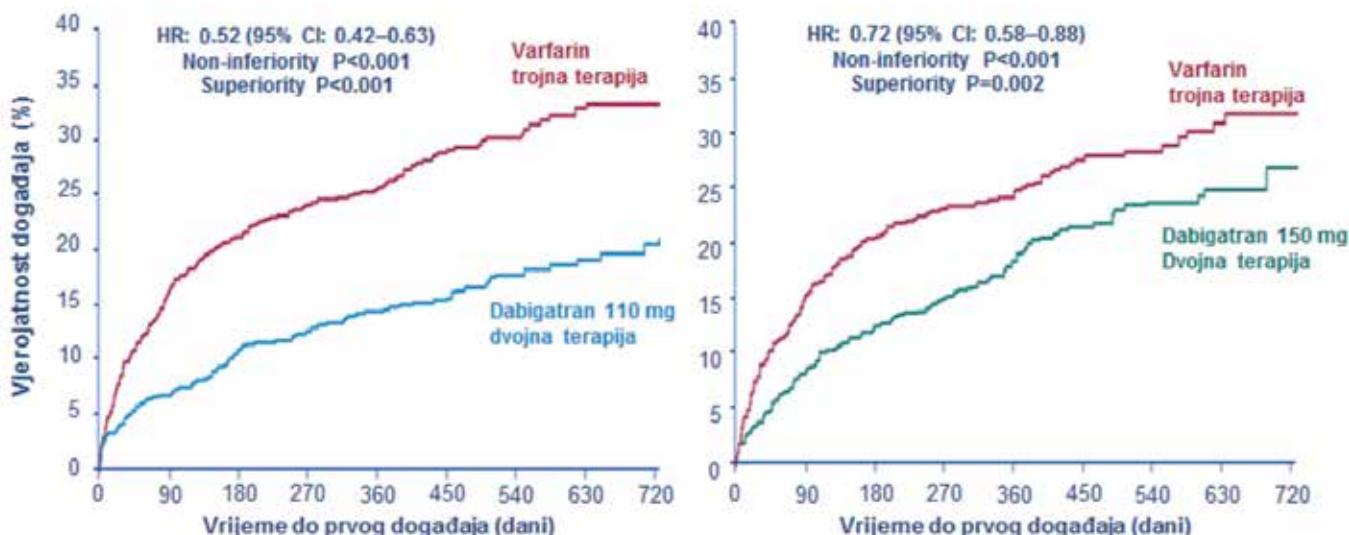
ili tikagrelorom u usporedbi sa standardnom trojnom terapijom s varfarinom (5). Ukupno velikih i malih krvarenja bilo je znatno manje u dvojnoj terapiji s obje doze dabigatrana u usporedbi s trojnom terapijom s varfarinom (Grafički prikaz 2). Studija nije imala dovoljno bolesnika da bi se dokazala učinkovitost kod pojedinih ishoda, međutim dokazala je da je dvojna terapija s dabigatranom u odnosu na trojnu terapiju s varfarinom neinferiora u odnosu na kombinirani ishod (smrt, tromboembolijski incidenti i neplanirana revaskularizacija). Kombinacija dabigatrana s klopidogrelom ili tikagrelorom kao dvojna terapija preferirana je opcija umjesto trojne terapije kod određene skupine bolesnika (uz napomenu trojne terapije 1-7 dana u akutnoj fazi).

Sigurnost kod primjene dabigatrana upotpunjuje i postojanje specifičnog antidota idarucizumaba. Primjenjuje se u dozi od 5 g i.v. ukupno u dvije doze

od 2.5 g u razmaku od 5-10 min. Učinkovitost je dokazana u REVERSE-AD studiji (uključeni su bolesnici s velikim krvarenjima i oni podvrgnuti hitnim kirurškim zahvatima, ukupno 503 bolesnika) gdje je idarucizumab potpuno poništio antikoagulantni učinak dabigatrana kod većine bolesnika (6).

Idarucizumab je indiciran kod hitnih, neodgovarajućih kirurških zahvata i velikih krvarenja. Također, što je navedeno i u trenutnim preporukama, omogućava primjenu trombolize kod bolesnika s akutnim ishemijskim moždanim udarom. Kod bolesnika s INR>1.7 te onih na terapiji NOAK-ima (24 sata od zadnje doze), tromboliza je kontraindicirana. Međutim, kod bolesnika na terapiji dabigatranom, nakon primjene specifičnog antidota idarucizumaba, tromboliza se može primijeniti ukoliko je prošlo manje od 4,5 sata što je osobito važno u centrima gdje kateterska trombektomija nije dostupna.

GRAFIČKI PRIKAZ 2: RE-DUAL PCI ispitivanje - Signifikantno manje stope ISTH velikog krvarenja ili klinički značajnog nevelikog krvarenja uz dvojnu terapiju dabigatranom vs. trojna terapija varfarinom



Prilagođeno iz tabličnog prikaza Figure 2A i B iz Cannon et al. N Engl J Med 2017
ISTH, International Society on Thrombosis and Haemostasis

Ove preporuke omogućavaju liječnicima adekvatno liječenje i praćenje bolesnika koji uzimaju NOAK-e te daju odgovore na većinu potencijalnih problema s kojima se susrećemo kod liječenja ovih bolesnika. S obzirom da je gotovo nemoguće u današnje vrijeme poznavanje i praćenje svih novih podataka vezanih uz NOAK-e, ove preporuke koje su svima dostupne znatno olakšavaju liječnicima skrb za ove bolesnike.

Pozitivan sigurnosni profil dabigatrana utvrđen je u RE-LY studiji za dvije jednakosti ispitane doze (150 i 110 mg 2 x dnevno), zatim kroz mnogo-brojne nezavisne opservacijske studije. Sigurnost nudi i antidot u slučaju rijetkih hitnih situacija koji omogućava povoljan ishod kod bolesnika (tromboliza moguća; smanjen mortalitet/rast intracerebralnog hematomu nakon intrakranijalnog krvarenja uz primjenu antidota). Nova klinička ispitivanja (RE-DUAL PCI i RE-CIRCUIT) opet potvrđuju pozitivan sigurnosni profil dabigatrana (signifikantno smanjenje velikih krvarenja) uz već ispitane standardne SPAF doze lijeka, što je sve prepoznato u zadnjem ažuriranom EHRA 2018 Vodiču za NOAK-e kod bolesnika s NVAF.

NA KRAJU, NEDAVNO JE OBJAVLJENO I „10 ZAPOVIJEDI“ TJ. KLJUČNIH PORUKA OVOG VODIČA TE IH PRENOSIMO U POTPUNOSTI (7):

1. NOAK-i se mogu koristiti kod bolesnika s valvularnim bolestima osim onih s mehaničkim valvulama i reumatskom mitralnom stenozom.
2. Preporučamo da se EHRA kartica o NOAK-ima dijeli bolesnicima kod početka terapije i tijekom praćenja.
3. Adekvatna edukacija je potrebna da se osigura optimalna ustrajnost na terapiji NOAK-ima.

4. Kad god je moguće potrebno je koristiti standardne doze NOAK-a. Redukcija doze bi trebala biti vođena kriterijima korištenim u velikim registracijskim studijama NOAK-a.
5. Uvijek provjerite potencijalne interakcije s drugim lijekovima. Razmotrite druge lijekove u slučaju značajnih interakcija.
6. Procijenite bubrežnu funkciju (kreatinin i klirens kreatinina) u redovnim intervalima. Pravilo: minimalni interval u mjesecima = CrCl/10.
7. Kod bolesnika s koronarnom bolesti i fibrilacijom atrija, moguća je (i preferirana u odnosu na varfarin) primjena NOAK-a. Trajanje trojne terapije treba biti što je kraće moguće, ovisno o riziku moždanog udara, tromboze i krvarenja. Rutinska strategija, 7 dana trojne terapije kod elektivne PCI (perkutana koronarna intervencija) i 3 mjeseca nakon PCI u akutnom koronarnom sindromu može biti početna strategija uz naravno individualizaciju ovisno o bolesniku.
8. Mehanička trombektomija je preferirana terapija kod određenih bolesnika koji uzimaju NOAK kod akutnog ishemiskog moždanog udara (ukoliko je indicirana i dostupna). Tromboliza se može primijeniti ukoliko nema učinka NOAK-a (>48 h od posljednje doze) ili nakon poništenja učinka NOAK-a (idarucizumab u slučaju dabigatrana).
9. Nemojte ne primjenjivati NOAK-e u fragilnih i starijih bolesnika. Moždani udar je posebno težak u ovih bolesnika, dovodi do invalidnosti te nemogućnosti vraćanja u normalan život. NOAK-i su konzistentno pokazali učinkovitost i sigurnost u odnosu na varfarin i u ove skupine bolesnika visokog rizika.
10. Nema potrebe za redovnom kontrolom koncentracije NOAK-a u plazmi osim u rijetkim situacijama kao što su hitna stanja (velika krvarenja, hitni kirurški zahvati, moždani udar) ili kompleksni bolesnici (brojne interakcije s lijekovima, reducirana bubrežna funkcija). Važno je to činiti pod kontrolom eksperta u koagulaciji uz napomenu da za ovakve strategije ne postoje klinički niti znanstveni podaci.

REFERENCE:

1. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, Albaladejo P, Antz M, Desteghe L et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. Eur Heart J. 2018 Apr 21;39(16):1330-1393
2. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2009;361:1139-1151.
3. Douketis JD1, Spyropoulos AC, Kaatz S, Becker RC, Caprini JA, Dunn AS Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2015 Aug 27;373(9):823-33
4. Calkins H, Willems S, Gerstenfeld EP, Verma A, Schilling R, Hohnloser SH et al. Uninterrupted Dabigatran versus Warfarin for Ablation in Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2017 Apr 27;376(17):1627-1636
5. Cannon CP et al. Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran after PCI in Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2017; doi:10.1056/NEJMoa1708454
6. Pollack CV Jr, Reilly PA, van Ryn J, Eikelboom JW, Glund S, Bernstein RA, et al. Idarucizumab for dabigatran reversal—full cohort analysis. N Engl J Med 2017;377:431-441.
7. Steffel J, Heidbuchel H. ‘Ten Commandments’ of the EHRA Guide for the Use of NOACs in AF Eur Heart J. 2018 Apr 21;39(16):1322.

SC-HR-00049

> Roboti u službi prostatektomije

Razgovor s dr. MATTHEWOM GETTMANOM iz klinike Mayo u SAD-u vodila je dr. KATARINA BOJANIĆ

Doktora Mathewa Gettmana susrećem u studenome u HAZU-u u Zagrebu na prestižnom skupu „Tumori prostate“ održanom 9. studenoga. Rado nam prenosi iskustva s robotima koji mu asistiraju pri kirurškim zahvatima od samog početka 21. stoljeća.

► Otkad upotrebljavate robotiku u urologiji?

Koristim pomoć robota u kirurgiji od 2002. godine. Utemeljio sam ovaj program na klinici Mayo koja je bila prvo središte s takvim operativnim postupcima u tom dijelu SAD-a. Robotički sustav potječe iz Europe pa sam prethodno proveo jednogodišnju edukaciju u Innsbrucku i Parizu.



► Jeste li unijeli neke nove robotičke tehnike u praksu?

Mogao bih reći da smo bili pioniri u primjeni robotike. Bili smo prvo središte koje je izvelo robotičku pijeloplastiku zbog opstrukcije gornjeg dijela mokraćnog sustava i prvi koji smo pomoću robota uklonili tumor bubrega parcijalnom nefrektomijom. Ovi su postupci potom postali standardni širom svijeta. Bio sam uključen i u razvoj izvanperitonejskog pristupa za radikalnu prostatektomiju.

► Koje su prednosti robotičke prostatektomije?

Gotovo su se svi analizirani ishodi pokazali boljima ili neinferiornima

klasičnoj prostatektomiji. Oporavak traje kraće, manje je боли, a najvrednija je prednost značajno manje krvarenja tako da je transfuzija krvi potrebna u manje od 1 % bolesnika. Budući da gube manje krvi, bolesnici se brže osjećaju dobro nakon operacije pa već sutradan odlaze kući. Robotički pristup nam omogućuje bolji uvid u kritične strukture, što rezultira boljim rezultatima i u pogledu oporavka nadzora nad mokrenjem, kao i očuvanja seksualne funkcije.

► Osim periproceduralne dobropiti, koje su dugoročne prednosti ovakvog zahvata za pacijenta?

Ishodi zločudne bolesti su uz robotičku operaciju komparabilni s klasičnim zahvatom, a nadzor nad mokrenjem i seksualna funkcija u bolesnika koje sam ja na ovaj način operirao i dugoročno su bolji.

► Opravdava li ovakav ishod troškove robotičke operacije?

Troškovi su svakako veći, iako ih bitno smanjuje kratka hospitalizacija i brz oporavak. Troškove dodatno smanjuje i mali broj potrebnih transfuzija, koje su skupe a praktično eliminirane robotičkom kirurgijom. U usporedbi sa zračenjem, u SAD-u je robotika jeftinija. Kontinuirani projekti usmjereni na smanjenje troškova robotike stalno bilježe napredak.

► Koliko je složena kirurška edukacija iz robotike?

Roboti su oruđe kao i svako drugo. Edukacija je vrlo postupna. Najprije se uči kako rabiti samo oruđe, a zatim



kako ga uporabiti u konkretnim postupcima. Vrlo su učinkoviti simulatori koji kirurgu olakšavaju učenje. Oni omogućuju brojne prednosti u učenju. Postoje simulatori u virtualnom okružju i simulatori koji se služe plastičnim modelima za vježbanje.

► **Koje su kirurgovi zadaci pri uporabi robota?**

Kirurg sjedi na udaljenosti od oko dva metra od pacijenta i pomoću daljin-skog upravljača, joysticka, upravlja robotovim udovima. Pritom kirurg ima ekran s 3D prikazom operativnog područja. Također koristi nadzor pritiskom stopala, čime repozicionira robotove udove i reže ili kauterizira tkivo.

► **Tko je još neophodan u timu za robotičku kirurgiju?**

Cijelo je vrijeme na raspolaganju drugi robotički kirurg, kao i tehničar, a katkad i još jedan kirurg asistent. Asistent pomaže razmicati tkivo i uvoditi materijale potrebne za zahvat.

► **Što mislite da će se još poboljšati u robotičkoj kirurgiji u budućnosti?**

Vidimo stalne napretke u robotici. Imamo, naprimjer, novog robota koji radi samo jednu inciziju. Njemu je potrebna samo jedna incizija u duljini od 2,5 cm. Kroz taj otvor ulaze četiri robotova uđa, odnosno oni se rašire čim instrument uđe u trbuš. Kozmetički učinak je posljedično također bolji. I ne samo nakon operacija prostate.

► **Surađujete li s industrijom koja proizvodi robote na tehnološkom poboljšanju?**

Za ovaj smo robot godinama surađivali s tvrtkom koja ga proizvodi. U najboljem interesu naših pacijenata naš je kirurški tim radio s inženjerima iz te tvrtke. Odlazili smo u tvrtku, a oni su svoje specijaliste za edukaciju, kao i inženjere, slali nama pa su nam čak pomagali i u operacijskoj dvorani.

► **I za kraj, nađe li se robotičkoj kirurgiji kakav nedostatak?**

Nemamo dodirnog osjeta uz robotički pristup. Oslanjaš se samo na vidni pristup tkivu. U većini slučajeva to ne predstavlja nikakav problem. No i tzv. keyhole kirurgija je također lakša uz robot, ali načelno je keyhole kirurgija teža od klasičnog pristupa.

► **Postoje li još neki drugi problemi u robotici?**

Na troškove se može gledati kao na problem. Problem je i u tome što je samo jedna tvrtka koja proizvodi robe pa su sve zamisli svedene na realizaciju prema željama te jedne tvrtke. Kada bi takvih tvrtki bilo više, bilo bi moguće plasirati više zamisli i postići raznolikost izvedbi kao npr. u industriji automobila. Danas se robotika ne nudi u velikom dijelu svijeta. U svim zdravstvenim sustavima potrebno je odvagnuti primjenu robotike u odnosu na druge potrebe u tom sustavu.

(s engleskoga prevela Lada Zibar)

Dulce cum utili!

O čestim izrazima u medicini

 Izv. prof. dr. sc. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ



U svim se funkcionalnim stilovima hrvatskoga standarnog jezika javljaju izrazi koji se u komunikaciji često ponavljaju. Takvi izrazi upravo zbog svoje čestotnosti u upotrebi autoru nekoga govorenoga ili pisanoga teksta daju prednost zato što znatno olakšavaju njegovo sastavljanje, a umanjuju mogućnost da autor teksta svojim improviziranjem, uvođenjem manje poznatih izraza, gramatičkom ili pravopisnom nepravilnošću tekst svjesno ili nesvesno učini nerazumljivim, nepravilnim i/ili nejasnim. I primateljima takvoga teksta česti izrazi pomažu u razumijevanju zato što su im ti izrazi poznati budući da su se s njima u komunikaciji mogli više puta susresti. Zato je opravdano očekivati da upravo najčešći izrazi koji se javljaju u medicini budu ujedno i najrazumljiviji, najpravilniji i najjasniji.

U medicini jezik treba biti uzoran i primjeran, takav da omogućuje razumljivu, pravilnu i jasnu, nedvojbenu jezičnu komunikaciju. Nerazumljivi, nepravilni i nejasni, dvojbeni izrazi često su uzrok brojnim problemima u medicini, kao i u drugim strukama i znanstvenim disciplinama, i mogu imati brojne negativne i teško predvidive posljedice. Bez obzira na iznimno brze promjene koje se događaju u medicini nužno je da jezik medicine bude što je više moguće stabilan i trajan. Promjene u jeziku medicine

kao posljedicu mogu imati promjene u tumačenju mnogih sadržajno zapravo istih medicinskih tekstova. Zbog toga bez velike nužnosti, koja se npr. javlja kada je potrebno imenovati sadržaj za koji u jeziku medicine nema odgovarajućeg izraza, u jezik medicine nije potrebno uvoditi nove izraze, odnosno postojeće, ustaljene izraze zamjenjivati novima.

Slijede neki česti izrazi koji se upotrebljavaju u medicini i u kojima se javljaju pogreške. Najprije će biti navedeni izrazi u kojima se javljaju pogreške, a zatim će pogreške biti ispravljene, odnosno naveden pravilan oblik izraza. U nekim će slučajevima biti navedeno i normativno objašnjenje pravilnog izraza.

Pozivamo Vas da nam i dalje na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr šaljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom struke, a sada slijede zadatci koji će Vam pomoći da bolje uočite sličnosti i razlike u sadržaju, odnosno značenju, među stranim i hrvatskim riječima. U zadatcima trebate odrediti koja od navedenih riječi ima značenje najbliže značenju istaknute riječi. To će vam omogućiti da provjerite svoju sposobnost za prepoznavanje značenja riječi istoga ili sličnoga značenja.

Česti izrazi u jeziku medicine u kojima se javljaju pogreške:

NEPRAVILNO	PRAVILNO	OBJAŠNJENJE
<i>Anoreksija je obično očita na osnovu karakterističnih simptoma i znakova, napose gubitka više od 15 % tjelesne težine u mlade osobe koja se boji debljine...</i>	<i>Anoreksija je obično očita na osnovi karakterističnih simptoma i znakova, napose gubitka više od 15 % tjelesne težine u mlade osobe koja se boji debljine...</i>	<i>Imenica osnova jest imenica ženskoga roda i sklanja se u obliku: osnova, osnove, osnovi, osnovu, osnovo, osnovi, osnovom. U izrazu na osnovu imenica osnova nepravilno se sklanja kao imenica muškoga roda: osnov, osnova, osnovu, osnov, osnove, osnovu, osnovom.</i>
<i>Aparat koji za minut očitava stanje organizma.</i>	<i>Aparat koji za minutu očitava stanje organizma.</i>	<i>Imenica minuta jest imenica ženskoga roda i sklanja se u obliku: minut, minute, minuti, minutu, minuto, minuti, minutom. U izrazu za minut imenica minut nepravilno se sklanja kao imenica muškoga roda: minut, minuta, minutu, minut, minute, minutu, minutom. Imenica minuta javlja se kao česti element u frazemima, poput frazema: <i>uhvatiti/uloviti pet minuta, doći će i mojih pet minuta, za minutu-dvije, (došla mu i sl.) žuta minuta...</i></i>
<i>Kubni metar u sekundu je mjerna jedinica za volumni protok.</i>	<i>Kubni metar u sekundi je mjerna jedinica za volumni protok.</i>	<i>I imenica sekunda je ženskoga, a ne muškoga roda, pa se i ona poput imenice minuta sklanja prema sklonidbi imenica ženskoga rada.</i>
<i>Snažna bol u prsima može se javiti iznenada i u bilo koje vrijeme, no nije uvijek riječ o kardiovaskularnom sustavu.</i>	<i>Snažan bol u prsima može se javiti iznenada i u bilo koje vrijeme, no nije uvijek riječ o kardiovaskularnom sustavu.</i>	<i>U imenici bol zapravo se kriju dvije imenice. Naime, imenica bol može biti i muškoga i ženskoga roda, i s obzirom na rod mijenja svoje značenje. U muškome je rodu upotrebljavamo u značenju osjeta tjelesne patnje i trpljenja (npr. <i>osjećati bol u leđima, sa snažnim bolom u koljenu, grčiti se u bolu/bolovima...</i>), a u ženskome rodu u značenju osjećaja duhovne patnje i trpljenja (<i>teške boli; duševne boli, ljubavne boli...</i>).</i>
<i>Duševni bolovi</i> zbog smanjenja životnih aktivnosti oblik su nematerijalne štete, a najčešće nastaju kao posljedica tjelesne ozljede oštećenika.	<i>Duševne boli</i> zbog smanjenja životnih aktivnosti oblik su nematerijalne štete, a najčešće nastaju kao posljedica tjelesne ozljede oštećenika.	<i>Imenica bol u muškome rodu sklanja se ovako: <i>bol, bola, bolu, bol, bole, bolu, bolom//bolovi, bolova, bolovima, bolove, bolovi, bolovima, bolovima.</i></i>
<i>Što je nematerijalna šteta, u važećem pravu određuje odredba čl. 155. „Zakona o obveznim odnosima“. Prema toj odredbi nematerijalna je šteta nanošenje drugome fizičkoga bola ili duševne boli ili straha.</i>	<i>Što je nematerijalna šteta, u važećem pravu određuje odredba čl. 155. „Zakona o obveznim odnosima“. Prema toj odredbi nematerijalna je šteta nanošenje drugome fizičkoga bola ili duševne boli ili straha.</i>	<i>Imenica bol u ženskome rodu sklanja se ovako: <i>bol, boli, boli, bol, boli, boli, boli/bolju//boli, boli, bolima, boli, boli, bolima, bolima.</i></i>
		Odstupanje od norme: U upotrebi se nerijetko u jednini oblici ženskoga roda upotrebljavaju za imenovanje tjelesnoga osjeta boli, pa se tako u praksi govori o <i>menstruacijskoj boli</i> , a ne o <i>menstruacijskome bolu</i> . To se događa zato što u praksi još nije potpuno zaživjelo ovo pravilo koje propisuje leksička norma.

PROVJERITE ZNANJE:

1. Suočavaju se s nekoliko **dilema** i zbog toga su nesigurni u donošenju odluke.
A nedoumica **B** varijanti **C** mišljenja **D** tvrdnji **E** zaključaka
2. I dalje ostaje **razvidnom** činjenica da te metode mogu našteti.
A uočljivom **B** jasnom **C** razumljivom **D** shvatljivom **E** prepoznatljivom
3. Na sastanku je ponovno bila procijenjena **vажnost** novih metoda.
A efikasnost **B** djelotvornost **C** plodonosnost **D** uspješnost **E** vrijednost

Tockni odgovori: 1. a; 2. b; 3. e.

M I H R V A T I

MARUŠIĆEVO TRAGANJE ZA MIRISOM VRIJESKA

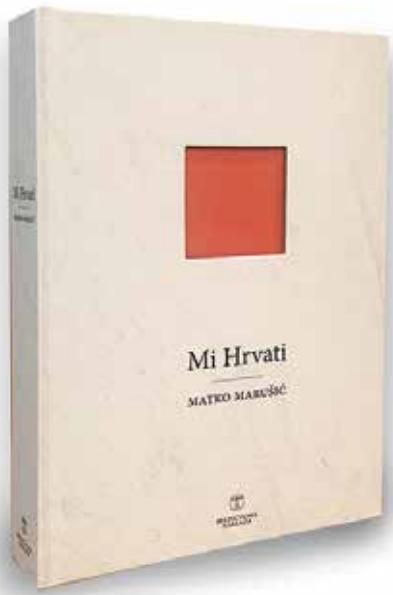


ANA RAIČ, prof.

Ovih je dana objavljena nova knjiga profesora emeritusa Sveučilišta u Splitu, Matka Marušića, pod naslovom „Mi Hrvati“. Marušić je široko poznat po svojoj knjizi za djecu „Snijeg u Splitu“, a u liječničkim krugovima po uspješnici „Medicina iznutra“. „Mi Hrvati“ su zbirka pripovjedaka o petnaest sastavnica čovjekova života, koje su na 620 stranica složene u petnaest poglavlja. Ona nije ni enciklopedija, ni potpuna, zaciјelo niti sa sasvim točnim podatcima, ali jest iskrena i iscrpna; ona je informacija o Hrvatima kakvi su i zašto su takvi. Čitajući je, možda ćete pomisliti da to nisu pripovijesti o svim, nego samo o nekim Hrvatima, prije svega o autoru i njegovoj obitelji, rodbini i prijateljima. Ali nije tako. Ona je prava istina o svim Hrvatima i o njihovo stoljetnoj čežnji za slobodnom, samostalnom državom. Svi Hrvati dijele tu istu čežnju, a time i povijest, iskustva i žudnju. Hrvatstvo je, prema Marušiću, žudnja potlačenih za slobodom. Onako kako je to opjevalo Vladimir Nazor u „Zvonimirovoj lađi“:

Knjiga je duhovita poput „Medicine iznutra“, tužna poput „Plaću li anđeli?“, a lirska poput „Snijega u Splitu“. Moglo bi se reći da je to „Snijeg u Splitu“ za odrasle. Ima u njoj i smijeha i suza, i mudrosti i ironije, domoljublja i vjere, ali nema mržnje. Lako se čita, ali je preopsežna da se pročita u jednom dahu. I ne treba, a i ne treba redoslijedom kojim su priče posložene; treba je čitati polako i pažljivo jer će u svakom poglavlju čitatelj naći poruku i prepoznati sebe.

Na kraju Predgovora knjizi autor zaključuje: „Vjerujem da ćete u ovoj knjizi prepoznati i svoje živote, svoje prijatelje i neprijatelje, radosti i žalosti, uspjehе i pobjede, pogrješke i poraze, dvojbe, pouzdanje, snagu i smisao. Da ćete u tuzi prisjećanja prošlosti naći zrncu radosti življenja sadašnjosti. I da ćete se obradovati što ste to što jeste. Mi, koji se nikad ne ćemo predati.“



Naslov: Mi Hrvati
Autor: Matko Marušić
ISBN 978-953-176-883-2
Godina izdanja: 2018.
Opseg: 620 str.
Format: 17 x 24 cm
Uvez: tvrdi
Cijena: 147,00 Kn

Izvadci iz odabranih priповједака

Prvih četrdeset pet godina života proživio sam u komunizmu i to je obilježilo sve što sam slušao, učio, radio i doživio. Bio je to život strepnje od terora i neugode zbog neiskrenoštiti. Od terora smo se čuvali oprezom, šutnjom i lažima i nije nas značajno dohvatio, ali laž nas je potpuno potopila jer smo i sami morali lagati. Svi smo sve lagali, komunisti i nekomunisti, toliko da se strahoti komunističkoga terora može u povijesnim strahovladama naći parnjaka, ali veličini komunističke laži ne može.

(Godine začađenoga stakla)

Prošli smo strašnu povijest i teške slabosti, ali nismo izdali i nismo pokleknuli. Europska titula za naša stradanja je Antemurale Christianitatis, a nju smo platili i preplatili. Nismo je zaslužili samo patnjom i iskorjenjenjem, nego prije svega zato što nismo pali. Načeta, nakriviljena, pa i nasukana, Zvonimirova lađa sačuvala je svoje jarbole uspravnim i svoja jedra neraskinutim. Sve do naših dana, koji su joj dali i zastavu, i vjetar, pa i nas malene, toliko malene da se ne usuđujemo njome ponositi, barjake razviti i pjesmu pobjednika pjevati. Ali, gle, naše crkve blistaju po brežuljcima, obranjene, obnovljene i nove, i one za nas pjevaju našu odanost Kristu, vjeri katoličkoj i domovini Hrvatskoj.

(Vjera)

Kad je čovjek svoj gospodar onda on vjeruje da najbolje živi. U tom se vjerenju nalaze ponos i odgovornost, dva vrlo važna osjećaja; ponos stoga što samo ponosan čovjek može biti svoj gospodar, a odgovornost stoga što gospodarenje znači odgovornost.

(Domoljublje)

Ako čovjek ne mrzi učenje i pristojnost, u školi nema ništa nego ugoda, toplina, svjetlo, nastavnici koji te vode, prijatelji koje voliš i, naravno, uvijek neka djevojka zbog koje ti je dvostruko draže ići u školu, nego da je nema. To blaženstvo ne treba kvariti nesretnim ljubavima, dječjim nesporazumima među prijateljima, profesorskom nervozom ili kakvim manjim incidentima, jer većih u školi nikad nije bilo. Mali nesporazumi i nevolje ne ugrožavaju blagu sliku svake škole koju sam pohađao, a pohađao sam ih mnogo, i ni za jednu nemam nego zahvalnost i divljenje.

(Škola)

Možeš li voljeti nekoga koga ne poštuješ? To se ne smije mijesati s požudom, strahom od samoće, zaštitom ili novcem. Govorimo o ljubavi. Može li ljubav biti gruba, bez nježnosti? Kako te mogu voljeti ako ti se ne divim? Kad te volim, sretan sam i kad si daleko, sretan sam s mislima na tebe, s nježnim mislima, čežnjom bez feromona, s divljenjem bez slike, poštovanjem bez straha, privrženošću bez ovisnosti, požudom bez dodira.

(Ljubav)

Dok sam radio u Zagrebu, znao sam pri kraju radnoga dana nazvati majku u Split, da se ne brine, jer ona se uvijek brinula za nas, iako smo se mi trebali brinuti za nju.

- Ja sam, mama. Kako si?
- Kako si ti, dite moje? Je li zima u Zagrebu?
- Je, ali ne brini; ovdje dobro griju.
- Neka griju, ali isto se ti dobro obuci. Oklen zoveš?
- S fakulteta.

- Ajme meni, jadna ti sam ja! Još radiš? Pa znaš li ti koliko je sati?

- U nas se radi do četri. Nije ti to Split.
- ljutim se, jer se ona svaki put zgraža kad otkrije da sam iza dva na poslu.
- Pa kako ubiješ vrime?

(Posao)

Za nesporazume s umjetnošću kriva je umjetnost, a ne ljudi. Točno je da se umjetnost ne smije prilagođavati tuđim ukusima, ali ne smije zaboraviti tuđe duše. Umjetnik je liječnik duše. Umjetnost nije sama sebi svrha, ali to nije ni medicina. Ne može izlijeciti, ali može zaliječiti. Ne može spasiti, ali može olakšati, ne može riješiti, ali može objasniti. Mora biti dobra; što god radila i kazivala, dobrota je njezina prva svrha. Kad te volim, kad me privlačiš i opčaravaš, trebaš mi biti dobra i milostiva, a ne zla i varava. Nesporazumi s umjetnošću nisu stvar nerazumijevanja, nego manjka ljubavi. Manjak ljubavi ne potječe iz karaktera, nego iz oholosti, a oholost je smrtni grijeh i dolazi od Sotone.

(Umjetnost)

Briškula je drukčija. Ljudi iz unutrašnjosti, neoprezni u svojoj civiliziranosti i olakom shvaćanju života u Dalmaciji, misle da je to lagana, blesava igra, u kojoj je dopušteno otvoreno dogovaranje s partnerom za vrijeme igre, pa i tako absurdne stvari kao što je davanje znakova, tradicionalnih i izmišljenih. No to je teška, tragična zabluda! Moje osobno iskustvo, intelektualno, rezultatsko i nadasve ono emotivno, svjedoči da je briškula najsloženija i najokrutnija igra koju je čovjek izmislio nakon gladijatorskih obračuna i običnog bacanja nevinih žrtava divljim zvijerima.

(Slobodno vrijeme)

A Lesandrić se nije dao, nego se vinuo u prvi tenor i pjevao po našu, a Talijanima to nije bilo krivo, nego su pratili i pratili, i onda je moj tata plakao, i ta se priča nije smjela pred njim pripovijedati. Pa je mama meni tajno pripovijedala, ponovno i uvijek jednako, pa sam tako zavolio Talijane i ustaše i partizane, sve ljude koji su ljudskošću i tugom okružili tugu drugih, nepoznatih a jadnih, bijednih i neukih, koji nikad more nisu vidjeli nego pred smrt, iako je ono, s divnim pogledom s Dubaca, bilo na puškomet daleko, hajde na dva puškometa, nije dalje...

(Glazba, pjesme, pjevanje)

Veslači izgledaju krasno, ali tu me smetaju dvije stvari. Jednom sam čuo njihovu prepiv ruku kad su izgubili utrku i međusobno se optuživali da su jedan drugoga u čamcu vozili kao češke turistice i to mi je taj časni napor nekako ponizilo. S druge strane, natječu se tko će prvi doći na cilj, a cilju žure okrenuti leđima. To mi je pak psihološki sumnjivo. Ne mogu ništa dokazati, ali sumnje se ne mogu riješiti.

(Šport)

Nastavničko igranje protiv studenata uvijek je na tragu određenog rizika: kad nastavnici pobjeđuju, studenti odgovaraju grubom igrom i onda se po gradu hvale da su legalno prebili svoje nastavnike. Kad studenti pobijede, uživaju i oni i kolege nastavnici koji nemaju veze s nogometom, a kad izgube, tvrde da su nam pustili da možda budemo blaži na ispitima. No bilo je jako privlačno nakon pobjede doći na nastavu u odijelu i kravati i pogružene studente ljubazno pitati: „Kako ste danas?“, a onda ozbiljno, nastavnički mudrovati da „ipak je to samo igra, važno je znanje, i navlastito visoka ocjena iz predmeta Fiziologija“.

(Nogomet)

Ne trebaš, Gospodine, ni meni niti njemu dati sreću, ali ne daj da pati koliko je patio, a onda i ja s njime. Meni neka u duši bude teže, jer znam za bolji život i nisu mi očeve kosti u provaliji kraj koje mi majka zapali smrič da ne padnem čaći kad pođem u školu. Njemu je gore, ali on to ne zna. On ne zna za život dostojan čovjeka, a voli čovjeka, voli mene iako me nikad nije susreo, voli našu stranku iako mu ona nije dala ni prepoznavanje niti zahvalnost. Moli se, i nada

se pobjedi. Nada se pobjedi koja mu ništa ne će donijeti, nego možda mrvicu osjećaja da se može pobijediti, da se može ne izgubiti uvijek, da nisu sve same za nas, da ne ćemo svi ostati siročad, poniženi, iskorijenjeni, zanemareni, prezreni. Znam da si dobar, Gospodine, i da ćeš i na njega pogledati, neka je moja vjera slaba, a život grješan.

(Demokracija)

Od svih titula, postignuća i komplimenta koje sam mogao dobiti, najdraže mi je kad bi tko rekao da sam isti otac. Bolje me se nije moglo opisati, iako je ta ocjena previđala materino uvjerenje da postoji bolji život i da ga možemo dosegnuti. U oca i u mene, snaga koja je izvirala iz brige natkriljivala je lijepo da bi ono postalo sigurno, makar bilo i manje lijepo. Tako se ne mogu postići najveće ljepote, ali se mogu izbjegći najveće nesreće. Pa kad bi se zbrojile sve one srećice postignute u životu, a odbile nesreće, moj zbroj bi bio veći od drugih. I očev, znam. Znam čak i ako on to nije znao. Ali mislim da je znao, no nije htio reći. Brinuo je da se ne uzoholimo.

(Predmeti smrti i zaborava)

> Crtica o autoru

Matko Marušić, znanstvenik i književnik, rođen je 1946. u Splitu. Završio je Medicinski fakultet u Zagrebu, a umirovljen je kao ugledni znanstvenik i profesor emeritus na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu. Osim brojnih znanstvenih članaka i knjiga, objavio je i velik broj pripovjedaka, rasprava, edukacijskih i polemičkih tekstova, te zbirke priča za djecu „Snijeg u Splitu“, koja je uvrštena u lektiru za osnovne škole, ratne pripovijetke „Plaću li anđeli?“ i humoristične knjige „Škola plivanja“ i „Medicina iznutra“. „Mi Hrvati“ su njegovo „životno“ književno djelo.



Jutarnji LIST

**JEDINSTVENA PRILIKA!
PRETPLATITE SE! ISPLATI SE!**



**7,47 kn
PRIMJERAK
25,30%
UŠTEDA
SVAKI DAN
BESPLATNA
DOSTAVA!**



**Svaki novi godišnji
preplatnik
na poklon dobiva
Hladnjak Amica
KGC15686W u
vrijednosti **1799 kn****

Amica
for living

Amica hladnjak s ledenicom

- Energetski razred: A+
- Dimenzije: 144x55x57 cm
- 5 godina tvorničkog jamstva
- EU brand

**PONUDA VRIJEDI
DO ISTEKA ZALIHA**

**Nazovite nas:
01/22 55 374**

**preplata@hanzamedia.hr
preplata.hanzamedia.hr**

DIJETE PACIJENT

i informirani pristanak na medicinske postupke



 BRANKA REŠETAR

➤ Uvodno o pravu na informirani pristanak i o pravima djeteta

Zakon o zaštiti pacijenata (NN 169/2004) odredbom čl. 6. propisuje pravo pacijenta na suodlučivanje koje obuhvaća pravo pacijenta na obavljenost i pravo na prihvatanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (informirani pristanak).

Informirani pristanak pacijenta izvire iz temeljnog ljudskog prava na zaštitu osobnog života i ljudskog dostojanstva u primjeni medicine, što se Republika

Hrvatska obvezala poštivati potpisivanjem Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda (1950.) i Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini (1979.). U kontekstu hrvatskog nacionalnog prava informirani pristanak se u širem smislu jamči i na najvišoj razini pravne zaštite. Naime, svakom građaninu RH Ustav jamči pravo na autonomno odlučivanju u području osobnog života (čl. 35.), kao i pravo na privolu za liječničke i znanstvene pokuse (čl. 23.). Ova prava nisu apsolutna, s obzirom na to da se mogu ograničiti zakonom radi zaštite prava drugih ljudi ili zdravlja. Pri tome svako ograničenje mora biti razmjerno potrebi za takvim ograničenjem, što se procjenjuje u svakom pojedinom slučaju (čl. 16.). Građani Republike Hrvatske imaju pravo na redovnu sudsку zaštitu kao i zaštitu pred Ustavnim sudom, ako se ova prava ne bi poštovala.

Djeca uživaju sva ljudska prava jednakо kao i odrasle osobe. Pored toga djeci se jamči i niz drugih specifičnih prava s obzirom na njihovu dob, zrelost i ovisnost o odraslim osobama. Prava djeteta zajamčena su Konvencijom o pravima djeteta (1989.) koja je također dio hrvatskog pravnog poretka. Pojedina prava djece sadržana su i u nacionalnom propisu, Obiteljskom zakonu (NN 103/2015.). Temeljno međunarodno pravo djeteta na zdrav-

je i zdravstvenu zaštitu (čl. 24. Konvencije o pravima djeteta) je u Obiteljskom zakonu formulirano kao pravo djeteta na skrb za život i zdravlje. (čl. 84. st. 1.) i pravo djeteta na informirani pristanak (čl. 88.). Kako su sva prava djece međusobno isprepletena i međuvisna, tako važnu ulogu u ostvarivanju prava djeteta na informirani pristanak ima i pravo djeteta da na prikladan način sazna važne okolnosti slučaja, dobije savjet i izrazi svoje mišljenje te bude obaviješteno o mogućim posljedicama poštivanja njegova mišljenja (čl. 86. st. 1. Obiteljskog zakona).

Kad se odrasla osoba pojavi kao pacijent, tada se između nje i liječnika formira izravan odnos u kojem pacijent ostvaruje svoje pravo na informirani pristanak, što uključuje pravo na obaviještenost, te pravo na prihvatanje ili pravo na odbijanje pojedinog dijagnostičkog ili terapijskog postupka. Odrasla osoba samostalno odlučuje o prihvatanju ili odbijanju pojedinog dijagnostičkog ili terapijskog postupka. Između odraslog pacijenta i liječnika stvara se odnos povjerljivosti koji uključuje pravo pacijenta na zaštitu osobnih podataka (čl. 25. Zakona o zaštiti prava pacijenata).

Kad se radi o djetetu pacijentu, tada govorimo o osobi mlađoj od osamnaest godina pri čemu pristup prema mlađem djetetu i adolescentu neće biti jednak.

Dok je dijete mlađe dobi potpuno ovisno o roditeljima, adolescent ima određen stupanj autonomije koju su kako liječnik tako i roditelj dužni poštovati. Odnos između liječnika i djeteta pacijenta je složen, jer su u njega uključene i treće osobe sa svojim pravima u odnosu na dijete. Ovisno o okolnostima slučaja to mogu biti roditelji, skrbnici, ali i nadležna državna tijela (centar za socijalnu skrb ili sud) koji su dužni intervenirati u slučaju potrebe, odnosno kad je ugrožen djetetov život, zdravlje i razvoj (čl. 6 Obiteljskog zakona).

S obzirom na složenost odnosa liječnika i djeteta pacijenta u pogledu informiranog pristanka potrebno je razjasniti tri pitanja: 1. tko sve može biti ovlašten u ime djeteta dati informirani pristanak na medicinski zahvat, 2. što ako roditelj uskrati informirani pristanak za djetetovo liječenje i 3. koji je doseg obveze poštivanja prava na povjerljivost podataka o stanju djetetovog zdravlja i zaštite osobnih podataka.

> Tko je ovlašten u ime djeteta dati informirani pristanak?

Zakon o zaštiti pacijenata propisuje da prihvaćanje pojedinog dijagnostičkog ili terapijskog postupka za dijete daje zakonski zastupnik ili skrbnik (čl. 17.). Zakonski zastupnici djeteta su u pravilu njegovi roditelji, a u slučajevima u kojima je djetetu imenovan skrbnik, on se legitimira odlukom centra za socijalnu skrb temeljem koje je ovlašten donositi odluke za dijete. Pravo roditelja na informirani pristanak u vezi s dijagnostičkim ili terapijskim postupkom za dijete izvire iz njihovog prava na roditeljsku skrb. Roditelji prije svih imaju pravo, dužnost i odgovornost skrbiti se o djetetu (čl. 6.), a jedan od sadržaja roditeljske skrbi jest pravo i dužnost roditelja štititi djetetovo zdravlje (čl. 92. st. 1. Obiteljskog zakona). Osim što imaju pravo,

roditelji imaju i dužnost skrbiti se o zdravlju djeteta te mu omogućiti korištenje mjera za očuvanje te unaprjeđenje zdravlja i ozdravljenje u slučaju bolesti, sukladno propisima kojima se uređuje zdravstvo i zahtjevima medicinske znanosti. (Obiteljski zakon čl. 93. st. 1.). Stoga, roditelj temeljem dviju pravnih osnova, propisa koji uređuje obiteljske odnose i propisa koji uređuje zaštitu prava pacijenata daje pristanak na pojedini dijagnostički ili terapijski postupak za dijete.

Obiteljski zakon, za razliku od Zakona o zaštiti prava pacijenata, pravi razliku između mlađeg djeteta i adolescente koji se pojavljuju kao pacijenti. Ako se radi o djetetu starijem od 16 godina (u dalnjem tekstu o adolescentu) tada adolescent temeljem Obiteljskog zakona samostalno daje pristanak na preventivni, dijagnostički ili terapijski postupak u vezi sa svojim zdravljem ili liječenjem (čl. 88.). Ipak, ova je autonomija adolescente dvostruko ograničena, prvo liječnik treba ocijeniti je li adolescent dovoljno zreo za samostalno odlučivanje i drugo liječnik treba odrediti radi li se o medicinskom postupku koji je povezan s rizicima teških posljedica za fizičko ili psihičko zdravlje djeteta. Ako procijeni da adolescent nije dovoljno zreo za samostalno odlučivanje ili ako se radi o medicinskim postupcima rizičnim za zdravlje djeteta, liječnik je dužan zatražiti suglasnost roditelja. U slučaju neslaganja volje adolescente i roditelja, odluku o tome tko je ovlašten dati informirani pristanak u konkretnom slučaju donosi sud. Dok su prema Obiteljskom zakonu adolescent i roditelj ovlašteni pokrenuti sudski postupak za rješavanje konflikta (čl. 88. st. 3.), prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata liječnik ima obvezu obavijestiti centar za socijalnu skrb o neslaganju djeteta i roditelja u vezi s medicinskim postupkom (čl. 17.). Kako Zakon o zaštiti prava pacijenata ne pravi razliku između mlađeg

djeteta i adolescente, a Obiteljski zakon koji je novijeg datuma djetetu adolescentu jamči pravo na autonomiju, ovu proturječnost treba riješiti na način da je liječnik dužan obavijestiti centar za socijalnu skrb ako se radi o djetetu pacijentu mlađem od šesnaest godina, dok će sud rješavati spor između adolescente i roditelja sukladno Obiteljskom zakonu.

U inozemnim teorijama o pravima djece kao i komentarju Konvencije o pravima djeteta, ističe se potreba da se adolescentu jamči pravo na stanovit stupanj autonomije i neovisnosti u odnosu na roditelje. Ovo se pravo proteže od prava odlučivanja u trivijalnim stvarima poput dužine kose, izbora odjeće, odabira društva i izvanškolskih aktivnosti do važnih odluka poput pristanka na pobačaj ili pravo na kontracepciju. U okolnostima u kojima su mišljenje roditelja i djeteta jednaki, tada u pravu ne postoji problem, međutim kad su mišljenje djeteta i roditelja u suprotnosti, tada bi trebalo poštovati odluku roditelja sve dok je ona u skladu s općim poimanjem djetetove dobrobiti. Ako odluka roditelja nije u skladu s objektivnim kriterijem djetetove dobrobiti, odnosno procjenom liječnika, tada je intervencija države u pravo roditelja da odlučuju što je najbolje za njihovo dijete opravdana.

Oba propisa, Obiteljski zakon (čl. 88. st. 4.) i Zakon o zaštiti prava pacijenata ne zahtijevaju informirani pristanak, odnosno suglasnost u hitnim situacijama kad je pacijentu neposredno ugrožen život ili prijeti opasnost za teže oštećenje zdravlja pacijenta (čl. 18.).

Kod odgovora na pitanje tko je sve ovlašten u ime djeteta dati informirani pristanak na medicinski zahvat pojavljuje se dodatan problem kad su roditelji u konfliktu u pogledu djetetovog liječenja. Bez obzira žive li zajedno ili odvojeno, ako zajednički ostvaruju roditeljsku skrb roditelji su dužni

sporazumno donositi odluke o djetetovu zdravlju i liječenju. Bilo koji od roditelja ima pravo dati informirani pristanak za djetetovo liječenje, jer Obiteljski zakon predviđa presumpciju temeljem koje se smatra da je drugi roditelj dao svoju suglasnost, odnosno informirani pristanak (čl. 108.). Međutim, ako se drugi roditelj usprotiviti odluci roditelja koji je dao informirani pristanak u ime djeteta, tada se medicinski zahvat ne bi smio poduzeti, osim ako se radi o hitnoj situaciji kad je djetetu neposredno ugrožen život ili prijeti opasnost za teže oštećenje djetetova zdravlja. Rješenje spora u vezi sa zdravljem i liječenjem djeteta roditelji mogu zatražiti od suda, koji će donijeti odluku o tome koji će roditelj u konkretnoj situaciji imati pravo dati informirani pristanak za dijete. Sud će u pravilu ovlastiti onoga roditelja čije se mišljenje podudara sa stručnim mišljenjem liječnika. Sudskom postupku pretodi obvezno savjetovanje u centru za socijalnu skrb gdje će djelatnici nastojati postići sporazum između roditelja koji bi bio u najboljem interesu djeteta te na taj način izbjegći sudski postupak (čl. 329. Obiteljskog zakona).

Postoje obiteljske situacije u kojima samo jedan roditelj ima pravo donositi odluke u vezi s djetetovim zdravljem i liječenjem, pa tako i davati informirani pristanak za dijete. To su situacije u kojima samo jedan roditelj ostvaruje samostalnu roditeljsku skrb, jer je drugi roditelj umro, nestao ili nepoznat, odnosno ako je sudskom odlukom izričito određeno da on ostvaruje roditeljsku skrb samostalno (čl. 105. Obiteljskog zakona).

> Liječenje djeteta bez informiranog pristanka roditelja

Svaki medicinski postupak koji obuhvaća zadiranje liječnika u osobno pravo djeteta na tjelesni integritet zahtjeva informirani pristanak roditelja. Pri tome može biti sporno je li liječničkom savjetu ili propisivanju lijekova također treba prethoditi informirani pristanka roditelja, što ostaje otvoreno za raspravu.

Obiteljski zakon i Zakon o zaštiti pacijenata propisuju točno određene iznimke u kojima je dopušteno medicinsko postupanje u odnosu na dijete bez informiranog pristanka djetetovog roditelja. Prva iznimka odnosi se na dijete starije od šesnaest godina kojemu se zakonski jamči pravo na informirani pristanak. Ako liječnik ocijeni da je dijete dovoljno zrelo za donošenje odluke o medicinskom postupku, liječnik nema obvezu tražiti suglasnost roditelja (čl. 88. st. 1. Obiteljskog zakona). Drugi slučaj odnosi se na suprotstavljene interese djeteta starijeg od šesnaest godina i roditelja, kad se radi o medicinskom postupku koji je povezan s rizicima teških posljedica za fizičko ili psihičko zdravlje djeteta. U takvima je okolnostima uz pristanak djeteta potrebna i suglasnost djetetovih roditelja, u kojem slučaju odluku donosi sud. Pravna osnova za liječničko postupanje jest odluka suda

koja se ima poštovati unatoč izostanku suglasnosti od strane roditelja (čl. 88 st. 3. Obiteljskog zakona). U trećem slučaju, kad se radi o djetetu mlađem od šesnaest godina, a roditelji uskrate informirani pristanak za djetetovo liječenje, u postupak liječenja se uključuje nadležno državno tijelo. Naime, liječnik ili drugi zdravstveni radnik je u slučaju uskrate roditelja na informirani pristanak za djetetovo liječenje, o tome dužan obavijestiti centar za socijalnu skrb (čl. 17. st. 3. Zakona o zaštiti prava pacijenata). Centar za socijalnu skrb djetetu imenuje posebnog skrbnika koji je ovlašten u tom dijelu nadomjestiti informirani pristanak roditelja (čl. 240. st. 1. t. 8. Obiteljskog zakona). U četvrtom slučaju liječnik postupa bez informiranog pristanka roditelja kad se radi o hitnoj situaciji u kojoj je nužno poduzeti medicinski postupak jer je djetetu ugrožen život ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja zdravlja (čl. 18. Zakona o zaštiti prava pacijenata).

> Pravo djeteta pacijenta na povjerljivost podataka o stanju njegovog zdravlja i zaštita osobnih podataka

U svim postupcima u kojima se odlučuje o nekom njegovom pravu ili interesu, dijete ima pravo na prikidan način saznati važne okolnosti slučaja, dobiti savjet i izraziti svoje mišljenje te biti obaviješteno o mogućim posljedicama poštivanja njegova mišljenja. Mišljenje djeteta se uzima u obzir u skladu s njegovom dobi i zrelošću. (čl. 86. st. 2. Obiteljskog zakona).

U kontekstu Zakona o zaštiti prava pacijenata svako dijete starije od šesnaest godina ima pravo na obaviještenost kao i svaki drugi pacijent. Dakle ima pravo biti obaviješteno o svome zdravstvenom stanju, medicinskoj procjeni ishoda određenoga postupka, preporučenim pregledima i zahvatima, planiranim datumima za njihovo obavljanje, mogućim prednostima i rizicima, svome pravu na informirani pristanak i dr. (čl. 8. Zakona o zaštiti prava pacijenata). Međutim, svako dijete mlađe od šesnaest godina također ima pravo biti obaviješteno kao i svaki drugi pacijent, ali na način koji je prikidan za djetetovu dob i zrelost te ako to ne bi bilo u suprotnosti s njegovom dobrobiti (usp. čl. 13. Zakona o zaštiti prva pacijenata). Obaviještenost djeteta pacijenta mlađeg od šesnaest godina mora biti obavljena u suradnji s roditeljem.

Dvojba koja se može pojavit kod djeteta pacijenta starijeg od šesnaest godina odnosi se na njegovo pravo na povjerljivost podataka o njegovu zdravlju sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka. (čl. 25. st. 1. Zakona o zaštiti prava pacijenata). Premda roditelji ostvaruju roditeljsku skrb nad djetetom starijim od šesnaest godina, zakonodavac je Obiteljskim zakonom adolescentima priznao određen stupanj autonomije kad se radi o preven-

tivnom, dijagnostičkom ili terapijskom postupku u vezi sa zdravljem ili liječenjem. Pravo adolescente na informirani pristanak podrazumijeva i njegovo pravo na povjerljivost podataka, što njegovog liječnika obvezuje. Jedina iznimka u kojoj liječnik ne bi bio obavezan poštovati pravo na povjerljivost podataka u vezi sa zdravljem adolescente ili njegovim liječenjem bila bi okolnost u kojoj se prema procjeni doktora medicine radi o medicinskom postupku koji je povezan s rizicima teških posljedica za fizičko ili psihičko zdravље djeteta kad je uz pristanak djeteta potreban i pristanak njegovih roditelja. Međutim, adolescent, jednakako kao i svaki drugi pacijent ima pravo dopustiti obavlješćivanje drugih osoba o svom zdravstvenom stanju i liječenju, što će u pravilu biti njegovi roditelji (čl. 25. st. 2. Zakona o zaštiti prava pacijentata).

> Zaključak

Složenost situacija u kojima se isprepleću prava djece, prava roditelja i specifična prava pacijenata zarobljenih u okolnostima raznih zdravstvenih poteškoća djeteta i dostupnih medicinskih postupaka, zahtijevaju jasna pravila postupanja u pogledu informiranog pristanka. Primjena više propisa u hrvatskom medicinskom i pravnom sustavu, koji pri tome nisu usklađeni, ne doprinosi sigurnosti u radu zdravstvenih radnika. Napokon, suvremeno pravo djeteta da bez obzira na dob bude uključeno u postupke donošenja odluka koje se tiču njegova zdravlja i liječenja, kao i pravo njegovih roditelja da odlučuju o zdravlju i liječenju svoga djeteta ukazuju na potrebu definiranja smjernica temeljem kojih bi se postiglo jače poštivanje temeljnih ljudskih prava i pravne sigurnosti u području zdravstvene zaštite djece.

VISIA

otkrijte pravo stanje Vaše kože lica



Zlatni standard sustava analize kože dolazi iz Poliklinike Bagatin

Koža lica svakako je najizloženija svim utjecajima, no promjene na njenoj površini te u njenim slojevima ponekad nisu jasno i pojedinačno vidljive običnim pregledom. Stoga je potrebno što više znati o vašoj koži, kako bi se što bolje mogao propisati ispravan plan njenog tretiranja čime će se postići najbolji rezultati i sprječiti daljnja oštećenja. U Poliklinici Bagatin, uz pomoć jedinstvenog VISIA uređaja, u mogućnosti smo svojim klijentima pružiti jedinstvenu profesionalnu analizu stanja kože lica.

VISIA je kompjuterski sistem kojim se strogo kontrolirano i standardizirano skenira koža lica uz obradu polariziranim i UV svjetlom što omogućuje analiziranje dubljih slojeva kože. Na taj se način lako i detaljno prikazuju i analiziraju krvožilne promjene, pigmentne promjene, posljedice UV oštećenja, širina i stanje pora, prisutnost porfirogenih bakterija te smještaj i dubina bora. Sustav pruža jasan uvid u individualne aspekte vašeg tena i služi kao vodič u personaliziranom programu tretmana vaše kože lica.

VISIA profesionalna analiza kože lica procjenjuje sve sljedeće faktore:

- Vidljive točke (nepravilnosti koje se javljaju na površini kože - piege, ožiljci, mrlje od starenja i druge mrlje)
- Bore (najčešće oko očiju i usana)
- Tekstura (više i niže točke kože)
- Pore (mali otvori rašireni po cijeloj koži)
- UV točke (oštećenja i mrlje od sunca na površini i dubljim slojevima kože)
- Smeđe točke hiperpigmentacije, osjenčanost ispod očiju, madeži)
- Crvena područja (crvenilo uzrokovano popucalim kapilarama, rozacejom, upalama ili kao posljedica oticanja)
- Porfirini (prirodna bakterija koja se može nastaniti u porama i uzrokovati oticanje)

Nalazi se ispisuju odmah te, uz tumačenje slika i grafički prikaz stanja, pomažu specijalistima Poliklinike Bagatin da vam predlože optimalne tretmane ispravne načine za njegu kože, kao i preporuke za preventivno i dopunsko djelovanje.

VISIA profesionalna analiza kože lica prikladna je za sve tonove i vrste kože. Ovaj jedinstveni pregled vam omogućuje da zajedno s profesionalnim timom, zahvaljujući fotodokumentaciji, pratite rezultate skeniranja iz pregleda u pregled, iz godine u godinu. Također, sve se više diljem svijeta rabi i kao edukacijski alat za upoznavanje s pravilnom zaštitom od sunca.

Poliklinika Bagatin | Grada Vukovara 269a/10
01/46 10 225 | info@bagatin.hr
www.poliklinikabagatin.hr



CLEVELAND CLINIC bolnica budućnosti

dr. MARIO ŠKUGOR internist, endokrinolog

O AUTORU

Dr. MARIO ŠKUGOR internist, endokrinolog

Vrhunski internist, endokrinolog, diplomant Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu koji je znanstvenu i stručnu karijeru izgradio u SAD-u u tekstu govori o činjenicama koje Cleveland Clinic u kojoj radi već 18 godina čini vrhunskom zdravstvenom ustanovom poznatoj u čitavom svijetu te navodi i svoje kolege liječnike iz Hrvatske koji su u image klinike utisnuli duboki trag, a najbolji primjer tomu je prof. Tomislav Mihaljević, vrhunski kardiolog koji funkciju CEO obnaša od prije godinu dana.



Te 1994. radio sam kao znanstvenik u bolnici na Ohio State Universityju, SAD, kada me kolega obavijestio da ide u Cleveland vidjeti se i porazgovarati s tamošnjim liječnikom. Pitao sam ga zašto u Cleveland kad imamo super bolnicu u kojoj obojica radimo. Odgovorio mi je da je klinika u Clevelandu jedna od najboljih na svijetu. Tada sam prvi put čuo za Cleveland Clinic, a nakon toga svako malo čuo bih ili pročitao kako u njoj rade najbolji specijalisti za razne bolesti. Bio je to razlog zašto sam se odlučio za subspecijalizaciju baš u Cleveland klinici i to mi je bila jedna od najboljih odluka u životu. Počeo sam subspecijalizaciju iz endo-

krinologije 2000. godine, u vrijeme kad je taj odjel imao 6 specijalista i 4 subspecijalizanta. Broj bolesnika i, posebno, broj onih s iznimno rijetkim I komplikiranim slučajevima koje sam viđao, omogućili su mi da steknem iskustvo puno brže nego kolege u drugim ustanovama. To sam spoznao na medicinskim kongresima gdje su drugi moji kolege uzbudeno prezentirali neki rijedak slučaj, a ja sam ih, za razliku od njih, samo u prošloj godini video 3-4. No, najbolja je strana subspecijalizacije u Cleveland klinici radno okruženje. Svi članovi odjela fokusirani su na potrebe pacijenata i uvijek spremni pomoći kolegi bilo savjetom, bilo radom.

Ključ je u izuzetnoj radnoj sredini

Kad mi je ponudeno da nakon završetka subspecijalizacije ostanem raditi na toj Klinici, nimalo nisam dvojio. Znao sam da je trebalo još puno toga naučiti, ali posebna motivacija opet mi je bila radno okruženje.

I evo, 18 godina nakon što sam došao još sam ovdje. Odjel je narastao na 40 specijalista i 6 subspecijalizanata. Posebno se ponosim činjenicom da smo uspjeli zadržati istu radnu sredinu kakva je bila i prije 18 godina. Odlazim na posao sretan i opušten, i takav se vraćam kući.

Tijekom tih 18 godina imao sam prilike baviti se edukacijom kao medicinski direktor subspecijalizacije i profesor na medicinskom fakultetu. Imao sam mogućnost organiziranja domaćih i internacionalnih medicinskih konferencijskih simpozija. Omogućeno mi je da organiziram naše kliničke aktivnosti kao medicinski direktor centra za bolesti štitnjače. Imao sam priliku iskušati se na vodećim položajima kao zamjenik ravnatelja odjela za endokrinologiju i, posebno, kao zamjenik direktora odjela za inozemne bolesnike, koji je pod mojim vodstvom rastao 20 posto godišnje i primao bolesnike iz 164 zemlje iz cijelog svijeta.

Naravno, nije samo naš odjel rastao. Klinika se proširila, i otkad sam tamu izgrađeno je 14 novih zgrada. Osam regionalnih bolnica iz Clevelanda pridružilo se i postalo dio Cleveland klinike. Sagradili smo novu bolnicu u Floridi, centar za degenerativne bolesti centralnog nervnog sustava u Las Vegasu, otvorili ambulantni centar u Torontu, sagradili novu bolnicu s 364 kreveta u Abu Dabiju. Upravo gradimo novu bolnicu u Londonu koja bi trebala biti otvorena na našu 100-godišnjicu 2021. g. Osnivali smo medicinski fakultet na kojem je do sada diplomiralo deset generacija, a naši studenti postižu natprosječne rezultate na svim akreditacijskim testovima.

Cleveland klinika imala je 2016. g. 52.000 zaposlenih, 3.676 liječnika i znanstvenika, 1.950 specijaliziranih i subspecijaliziranih u 107 akreditiranih edukacijskih programa. Vidjeli smo 7,8 milijuna pacijenata te obavili 227.000 operacija i postupaka. Ekonomski efekt bio 17,9 milijardi dolara.

Pacijenti su najvažniji

Ti su podatci impresivni, ali nisu glavni razlog naše dobre reputacije. Ona se temelji na iskustvima naših pacijenata. Gdje god sam prije radio, svuda se uvijek naglašavalo da je pacijent najvažniji, ali često je to ostajalo na riječima. Cleveland klinika je mjesto gdje je to svakodnevna praksa. Svaka osoba koju pacijent sretne dok je u bolnici dio je sustava koji se brine da mu se pruži najbolja moguća pažnja, ne samo u liječenju nego i u svakom mogućem pogledu. Pacijenti to osjećaju i ta nam se naša pažnja svakodnevno vraća poštovanjem koje nam ukazuju i osobno i prema poslu koji obavljamo.

Svaki mjesec u klinici se održava predavanje iz serije "Ideje za budućnost", a drže ih vodeći ljudi iz svih mogućih područja društvene aktivnosti. Na web stranici klinike zaposlenici mogu u bilo kojem smislu predložiti ideje kako poboljšati radni proces. U prve tri godine toga programa prihvачeno je 8.000 ideja, što je pridonijelo ne samo boljim uspjesima, nego se i uštedjelo milijune dolara u potrošnji.

Klinika je u programu preotčila osam tisuća ideja svojih zaposlenika

Centar za kontinuiranu medicinsku edukaciju jedan je od najvećih u SAD-u, a medicinski časopis Cleveland Clinic Journal of Medicine tiska

Svaki mjesec u klinici se održava predavanje iz serije "Ideje za budućnost", a drže ih vodeći ljudi iz svih mogućih područja društvene aktivnosti. Na web stranici klinike zaposlenici mogu u bilo kojem smislu predložiti ideje kako poboljšati radni proces. U prve tri godine toga programa prihvачeno je 8.000 ideja, što je pridonijelo ne samo boljim uspjesima, nego se i uštedjelo milijune dolara.

Cleveland klinika brine se i o svojim zaposlenicima. Svaki mjesec se održava predavanje iz serije "Ideje za budućnost" u kojoj vodeći ljudi iz svih mogućih područja društvene aktivnosti dolaze i predstavljaju svoje ideje i viziju budućnosti. To su bile vrhunske osobe, kao što su general Collin Powell, Apple CEO (CEO - Chief Executive Officer, šef) Tim Cook, Ginni Rometty, predsjednik i CEO IBM-a, Satya Nadella CEO Microsoft-a, Sheryl Sandberg, CEO iz Facebooka, Frederick W. Smith, CEO iz FedEx Corporation, Adam Silver NBA, upravitelj, i drugi. To su iznimno zanimljiva predavanja koja nam pomažu da vidimo kako funkcioniра američko društvo i kako se mijenja.

se u 50.000 primjeraka. Godišnje se na Klinici, ali i širom svijeta, organizira više od 200 simpozija i konferencija. Naši liječnici redovito sudjeluju na kongresima svih medicinskih područja što ih organiziraju druge institucije. Klinika svojim zaposlenicima osigurava za te aktivnosti slobodno vrijeme.

Medicinska knjižnica omogućuje nam elektronski pristup gotovo svim medicinskim časopisima u svijetu, uključivo i pristup udžbenicima te "Up To Date" programu, koji je vodeći svjetski izvor svježih medicinskih informacija. Sve te informacije dostupne su s bilo kojeg računala u na Klinici, ali i s naših privatnih računala.

Klinika ima Wellness program za svoje zaposlenike. Djelomično pokriva



troškove odvikavanja od pušenja i programa za gubljenje tjelesne težine. Imamo rekreacijski centar s nekoliko soba i u njima aparata za trčanje i bicikliranje, zatim teretanu, zatvoreno košarkaško igralište, unutarnju stazu za trčanje i bazen za plivanje. Svakodnevno se održavaju satovi joge za bolesnike, zaposlenike i njihove obitelji.

Institut za umjetnost u medicini brine se o našoj kolekciji umjetnina, koja je izložena u gotovo svim kliničkim prostorijama. Mjesni glazbenici redovito nastupaju u našoj Klinici, a ti su nastupi nenajavljeni i vrlo spontani.

Centar za inovacije do sada je razvio 75 kompanija utemeljenih na inovacijama naših zaposlenika.

Hrvatski liječnici u Cleveland klinici otisnuli su dubok trag

Hrvatski liječnici definitivno su otisnuli dubok trag u Cleveland klinici. Najnoviji je i najbolji primjer **Tomislav Mihaljević**, predsjednik i CEO Cleveland klinike. Izvanredan kirurg, koji se Klinici pridružio 2004. Došao je s Harvarda i dokazao se kao izni-

man liječnik, inovator i edukator. Prije imenovanja na čelno mjesto bio je šest godina na vodećim položajima u našoj bolnici u Abu Dabiju, završivši kao CEO. Tamo je obavio izvrstan posao izgradnjom kliničkog programa te stekao iskustva koja su mu omogućila da preuzme sadašnji položaj.

Klinika ima wellness program za svoje zaposlenike, djelomično pokriva troškove odvikavanja od pušenja i programa za gubljenje tjelesne težine. Ima rekreacijski centar u kojem se uz ostalo svakodnevno održavaju satovi joge za pacijente, zaposlenike i njihove obitelji.

Od kolega na Klinici čuo sam samo dobre stvari o tome kako nas vodi, kako komunicira i organizira.

Tu je i Andrej Alfrević, anestezilog, koji je specijaliziran za kardiotorakalne operacije. Specijalizaciju i subspecijalizaciju je na Klinici završio 2006.

Marijan Koprivanac je upravo završio specijalizaciju iz kirurgije i nastavlja subspecijalizaciju.

Marta Kelava završila je specijalizaciju iz anestezije i ove godine postala stalan zaposlenik.

Lucy Franjić naša liječnica hitne medicine, angažirana je u nastojanjima da pomognemo edukaciju studenata medicine iz Hrvatske.

Blaženka Škugor je internist i aktivno se bavi edukacijom specijalizanata, a poseban joj je interes liječenje debljine.

Mladen Golubić je istaknuti član našeg Wellness instituta, kojemu je fokus na zdravoj prehrani i fizičkoj aktivnosti.

Marija Jukić (nije liječnica) administrativni je direktor Instituta za umjetnost u medicini. Osnovan je pod vodstvom dr. Ive Fattorini, koja je u međuvremenu napustila Kliniku. Taj Institut jedinstven je primjer u zdravstvu, a bavi se organiziranjem muzičkih, likovnih i video izložbi te edukacijskim prezentacijama.

Svakako bih naveo i naše ljude koji su u međuvremenu napustili Kliniku. To su **Darko Zdilar, Jure Sprung, Milan Dodig, Leo Kapural, Melinda Kapural i Mira Milas**.

ULAGANJEM U RADIOTERAPIJU

možemo smanjiti broj umrlih od tumora po čemu smo na začelju EU



Autor: IVICA BELINA, prof. edukac. reh.
Predsjednik Koalicija udruga u zdravstvu

Gotovo 60 posto pacijenata s dijagnostiranim tumorom u hrvatskim bolnicama čeka duže od dva mjeseca na početak radioterapije, pokazala je anketa o iskustvu pacijenata diljem Hrvatske u liječenju radioterapijom koju je Koalicija udruga u zdravstvu (KUZ) provela na više od 500 pacijenata s dijagnosticiranim tumorom.

Tako dugo vrijeme čekanja na početak propisane terapije značajno negativno utječe na ishod liječenja u Hrvatskoj i direktni je uzrok loše statistike umrlih od tumora po kojoj je Hrvatska svrstana na samo začelje Europske unije. Naime, po pojavnosti i smrtnosti rak je u Hrvatskoj odmah iza bolesti srca i krvnih žila s 22.503 novo dijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom i čak 14.012 umrlih, prema podacima iz Registra za rak Republike Hrvatske HZZO-a za 2015. godinu. Znatno viši postotak umrlih od europskog prosjeka je alarmantan i ukazuje na to da je nužno mijenjati pristup liječenju tumora u Hrvatskoj.

Problem dostupnosti radioterapije predstavlja velik problem u Hrvatskoj zbog nedovoljnog broja i zastarjelosti linearnih akceleratora u sustavu.

Nadalje, prema anketi koju je proveo KUZ, samo 11 posto pacijenata je počelo s radioterapijom u periodu manjem od mjesec dana od dijagnoze, što je nužan period početka terapije. Stoga ne čudi da čak 49% ispitanika smatra da njihovo liječenje nije započelo pravovremeno.

> **Radioterapiju dobiva samo polovica pacijenata koji trebaju tu metodu liječenja**

Problem dostupnosti radioterapije predstavlja velik problem u Hrvatskoj, a to je posljedica nedovoljnog broja linearnih akceleratora u sustavu i zastarjelosti postojećih linearnih akceleratora. Naime, u Hrvatskoj imamo prosječno 3,5 linearne akceleratora na milijun stanovnika, dok je europski prosjek 5,3 uređaja na milijun stanovnika. Zbog toga se, prema nekim procjenama, samo polovica pacijenata koji bi trebali biti liječeni radioterapijom upućuje na radioterapiju.

Prema podacima iz Ministarstva zdravstva, u javnozdravstvenom sustavu postoji ukupno 21 uređaj za radioterapiju, od toga 16 linearnih akceleratora prosječne starosti 10 godina (KBC Sestre milosrdnice 4, KBC Osijek 1, KBC Rijeka 4, KBC Split 2, KBC Zagreb 5) te pet uređaja za brahiterapiju prosječne starosti šest godina (KBC Sestre milosrdnice 2, KBC Osijek 1, KBC Split 1 i KBC Zagreb 1).

Prema podacima HZZO-a na navedenim postojećim aparatima ukupno se godišnje izvede 2966 radioterapijskih postupaka, što ne odgovara broju liječenih pacijenata, jer neki od njih primaju više radioterapijskih postupaka.

Zbog zastarjelosti uređaja, u Hrvatskoj se većina tretmana obavlja se trodimenzijском konformalnom radioterapijom, dok se u svijetu standardno upotrebljavaju suvremenije tehnike poput slikovno vođene radioterapije (IGRT), intenzitetno modulirane radioterapije (IMRT), lučne radiotherapije (VMAT) i stereotaksiske radioterapije (SBRT). Moderni linearni akceleratori omogućuju primjenu novih modernih terapijskih tehnika koje znatno pospešuju učinak radioterapije, smanjuju broj frakcija i ozračenost okolnih organa te smanjuju trošak liječenja.

> **Pacijenti nisu informirani o modernim tehnikama radioterapije**

Anketa provedena među tumorskim pacijentima pokazala je da u hrvatskim bolnicama njih gotovo 74% uopće nije bilo ni informirano o tim modernim tehnikama radioterapije koji bi bili prikladniji za njihov tip dijagnoze.

Potreba za ulaganjem u radioterapiju uočena je u Nacionalnom planu protiv raka koji se trenutno nalazi u fazi javne rasprave. Plan definira da u narednih 10 godina Hrvatska mora nabaviti čak 30 novih linearnih akceleratora: zamijeniti 15 postojećih kojima je prosjek starosti oko 10 godina i nabaviti novih 15 uređaja čime bi se po broju uređaja izjednačili s EU prosjekom. Vrijednost takve nabave procjenjuje se na 125 milijuna eura. Nabava tih uređaja može se dijelom ili u potpunosti financirati i strukturnim fondovima Europske unije. No, za to je potrebno što brže usvajanje kvalitetnog teksta Nacionalnog plana za borbu protiv raka jer je to ključni dokument za definiranje nacionalnih potreba za ulaganjem u nužnu opremu.

HIV indikatorska stanja:

Smjernice za provođenje testiranja na HIV kod odraslih osoba u zdravstvenim ustanovama

Sažetak

Od približno 2,3 milijuna osoba zaraženih virusom HIV-a koje žive na području Europe, procjenjuje se da jedna od tri nije svjesna svog statusa zaraze HIV-om, što je rezultiralo kasnim postavljanjem dijagnoze i širenja virusa diljem regije. U zapadnoj Europi 45-50 % novodijagnosticiranih HIV-pozitivnih osoba kasno dobiva dijagnozu i kasno započinje liječenje (tj. s brojem CD4+ limfocita $<350/\mu\text{L}$). Kasna dijagnoza povezana je s povećanim morbiditetom i mortalitetom vezanima uz HIV, slabijim odgovorom na liječenje, povećanim troškovima zdravstvene njegе i povećanim stopama prijenosa virusa. Dakle, postoje mnoge prednosti dijagnosticanja HIV-a u početnoj fazi, i zato bi rana dijagnoza trebala biti ključna strategija za javno zdravstvo. Ranija dijagnoza zahtijeva inovativne pristupe za poboljšano testiranje osoba koje imaju velike izglede za zarazu HIV-om, a koje se kasno prijavljuju za liječenje.

Ove se smjernice fokusiraju na pojedince koji posjećuju zdravstveni sustav, uključujući područja medicinske specijalizacije u kojima testiranje na HIV možda nije dio standardne medicinske njegе pojedinačnih pacijenata s određenim medicinskim stanjima. Ovaj predloženi novi pristup, *testiranje na HIV prema indikativnim stanjima*, trebao bi biti dodatni element opće, sveobuhvatne nacionalne strategije za testiranje na HIV. Ove je smjernice razvilo povjerenstvo s predstvincima iz širokog spektra europskih društava kliničkih specijalista, s intelektualnim doprinosom Regionalnog ureda WHO-a za Europu i Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti. Ciljna je publika smjernica cjelokupno medicinsko osoblje odgovarajućih specijalizacija i okruženja, kao i osoblje odgovorno za nadgledanje programa testiranja na HIV. Smjernice se dijelom temelje na metodologiji razvijenoj u HIDES studiji (ispitivanje bolesti indikativnih za HIV širom Europe), koje je dokumentiralo indikatorska stanja s prevalencijom nedetektiranog HIV-a višom od 0,1 %. Nedavna ispitivanja pokazuju izvedivost i prihvatljivost uvođenja testiranja na HIV prema stanjima indikativnim za HIV kao dio rutinske njegе, ali također preispituju izazove njegove provedbe, koje su predmet ovih smjernica.

Ciljevi smjernica su:

- Poticanje i podrška uključenja testiranja na HIV prema stanjima indikativnim za HIV u nacionalne strategije testiranja na HIV, uzimajući u obzir lokalnu prevalenciju HIV-a, aktualne programe testiranja i lokalne zdravstvene ustanove;

- Preporuka pristupa i praktičnih alata za obrazovanje i usavršavanje zdravstvenih djelatnika u prevladavanju prepreka za preporuku testa na HIV.

Indikacije za testiranje na HIV mogu se podijeliti u tri kategorije:

- AIDS definirajuća stanja kod osoba koje žive s HIV-om (PLHIV);
- Stanja kod kojih je prevalencija nedijagnosticirane HIV infekcije veća od 0,1%;
- Stanja u kojima neprepoznata infekcija HIV-om može imati značajne štetne posljedice za kliničko liječenje pojedinca.

Postoji velik broj dokaza iz randomiziranih kontroliranih studija o posljedicama neliječenja osoba zaraženih HIV-om koje također imaju stanja karakteristična za AIDS. Ako u takvim okolnostima ne preporučite testiranje, smatralo bi se da ne slijedite dobru kliničku praksu. Izvješća govore da je rutinsko testiranje za stanja s prevalencijom HIV-a od $\geq 0,1\%$ isplativo i da ima potencijal povećanja ranije dijagnoze HIV-a, a samim time i ranijih prilika za njegu i liječenje.

Preporuke:

- Svakome tko ima potencijalne **AIDS indikatorske bolesti i stanja (ili AIDS definirajuća stanja)**, a nije mu već utvrđeno da ima HIV infekciju, treba snažno **preporučiti testiranje na HIV**.
- Svakoj osobi koja ima **stanje s prevalencijom nedijagnosticiranog HIV-a $>0,1\%$** treba snažno preporučiti testiranje na HIV.
- Za indikatorska stanja za koja **stručnjaci smatraju da se moguće povezuju s nedijagnosticiranom HIV infekcijom s prevalencijom iznad 0,1%**, ali se čekaju dodatni dokazi, preporučuje se **ponuditi testiranje**.
- Za stanja u kojima **neprepoznavanje infekcije HIV-om može imati značajne štetne posljedice** na kliničko liječenje pojedinca, **treba ponuditi testiranje** kako bi se izbjegla dodatna supresija imunološkog sustava s potencijalno ozbiljnim štetnim ishodima za pojedinca i kako bi se maksimizirala potencijalna reakcija na liječenje indikativnog stanja (bez obzira na to je li procijenjena prevalencija manja od 0,1 %).

Cijeli dokument sa smjernicama dostupan je na engleskom jeziku na www.hiveurope.eu

Tablica 1: Definicije indikativnih stanja i preporuke za testiranje na HIV

1. AIDS definirajuća stanja kod osoba koje žive s HIV-om* za. Stanja povezana s prevalencijom nedijagnosticiranog HIV-a $\geq 0,1\%$

Maligne neoplazme:

- Rak glijca maternice
- Ne-Hodgkinov limfom
- Kaposijev sarkom

Bakterijske infekcije

- Mycobacterium tuberculosis, plućna ili izvanplućna
- Kompleks *Mycobacterium avium* (MAC) ili *Mycobacterium kansasii*, diseminirana ili izvanplućna
- *Mycobacterium*, druge vrste ili neidentificirane vrste, diseminirana ili izvanplućna
- Upala pluća, povratna (2 ili više epizoda u 12 mjeseci)
- *Salmonella* septicaemia, povratna

Virusne infekcije

- Citomegalovirusni retinitis
- Citomegalovirus, ostalo (osim jetre, slezene, žljezdji)
- *Herpes simplex*, eflorescence > 1 mjesec/bronhitis/pneumonitis
- Progresivna multifokalna leukoencefalopatija

Parazitske infekcije

- Cerebralna toksoplazmoza
- Kriptosporidiozni proljev > 1 mjesec
- Izosporijaza > 1 mjesec
- Atipična diseminirana lišmanijaza
- Reaktivacija američke tripanosomijaze (meningoencefalitis ili miokarditis)

Gjivične infekcije

- Upala pluća koju uzrokuje *Pneumocystis jiroveci* (PJP) (ranije *P. carinii*, PCP)
- Kandidijaza jednjaka
- Kandidijaza bronha/dušnika/pluća
- Kriptokokoza, izvanplućna
- Histoplazmoza, diseminirana/izvanplućna
- Koksidiodomikoza, diseminirana/izvanplućna
- Penicilioza, diseminirana

Snažna preporuka za testiranje:

- Spolno prenosive infekcije
- Maligni limfom
- Rak anusa/displazija
- Cervikalna displazija
- Herpes zoster
- Hepatitis B ili C (akutni ili kronični)
- Neobjasnjava limfadenopatija
- Bolest nalik mononukleozu
- Pneumonija stečena u zajednici (izvan bolnice)
- Neobjasnjava leukopenija/trombocitopenija u trajanju > 4 tjedna
- Seborični dermatitis/osip
- Invazivna pneumokokna bolest
- Neobjasnjava vrućica
- Kandidemija
- Visceralna lišmanijaza
- Trudnoća (implikacije za nerođeno dijete)

2b. Ostala stanja za koje se smatra da vjerojatno imaju prevalenciju nedijagnosticiranog HIV-a $> 0,1\%$

Ponuditi testiranje:

- Primarni rak pluća
- Limfocitni meningitis
- Oralna vlasasta leukoplakija
- Teška ili atipična psorijaza
- Guillain-Barréov sindrom
- Mononeuritis
- Subkortikalna demencija
- Bolesti slične multiploj sklerozi
- Periferna neuropatija
- Neobjasniv gubitak težine
- Neobjasniva oralna kandidijaza
- Neobjasniva kronična dijareja
- Neobjasnivo kronično oštećenje bubrega
- Hepatitis A
- Kandidijaza

Snažna preporuka za testiranje:

Ponuditi testiranje:

3. Stanja u kojima neprepoznavanje infekcije HIV-om može imati značajne štetne posljedice na kliničko liječenje pojedinca

- Stanja koja zahtijevaju agresivnu imunosupresivnu terapiju:
 - rak
 - transplantacija
 - autoimuna bolest liječena imunosupresivnom terapijom
- Primarna ekspanzivna lezija mozga
- Idiopatska/trombotična trombocitopenična purpura

* Na temelju klasifikacijskih sustava CDC-a i WHO-a

HIV in Europe. HIV Indicator Conditions: Guidance for Implementing HIV Testing in Adults in Health Care Settings. 2012



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

Prije nekoliko tjedana jedna magistrica farmacije u Zagrebu učinila je, ako je suditi po medijskim natpisima, skandaloznu stvar. Ona je, naime, odbila „poslušati“ recept, odnosno prodati kontracepcijske pilule i pritom se pozvala na „priziv savjesti“.

O slučaju je ubrzo obaviještena javnost te je uslijedilo kolektivno zgrajanje nad njezinim postupkom i osuda uskraćivanja kontracepcije koja je, momentano, kao „još jedan inkvizitorski potez“, postala dokaz „konzervativizma koji je poharao Hrvatsku“. Budući da, prema

PRIZIV SAVJESNIH GRAĐANA

Kodeksu ljekarničke etike i deontologije, „magistar farmacije ima pravo priziva savjesti samo ako time ne dovodi u opasnost zdravlje i život bolesnika“ (članak 12), a u ljekarni nije bilo zamjenske osobe koja je spremna prodati „kontroverzni“ pripravak, „neposlušna“ zaposlenica i njezina šefica, prijavljene su Ljekarničkoj komori, čiji je pravorijek, za mnoge neočekivano, bio da prava pacijentice u ovom slučaju nisu bila prekršena jer ugroze zdravlja nije bilo, a sloboda savjesti ustavom je zajamčena svim građanima.

Konflikt koji je nastao nije neuobičajen kada se radi o prizivu savjesti jer je riječ o instituciji koja omogućava liječniku, ljekarniku, ali, u određenim okolnostima kao što je služenje vojnog roka, i svakom pojedincu, da postupi suprotno zakonskim normama, što njegovo djelovanje automatski stavla pod znak pitanja. Kako bismo mogli razumjeti čemu uopće takva, pomalo neobična, institucija, potrebno je podsjetiti se na kontekst u kojem je nastala, ali i na samo izvorište moralnog djelovanja, odnosno pozadinu mogućnosti razlikovanja legaliteta i moraliteta.

Riječ moral dolazi do latinske riječi *mos, moris*, (m.), što znači običaj. To nam otkriva jednu nezgodnu stvar, a ta je da se moral u povijesti često prilagođavao trenutnim društvenim okolnostima, a zakoni vladajućim strukturama, što je znalo, u radikalnom slučaju totalitarnih režima, dovesti do toga da je legalno nešto

što ni u kom slučaju nije moralno. Tako su u Drugom svjetskom ratu, primjerice, na snazi bili *Rasni zakoni* i dozvola izrazito nehumane prakse medicinskih eksperimenata na različitim, nepočudnim pojedincima. Oni koji su bili uključeni u te procese kao aktivni provoditelji zakona često se nisu osjećali krivima jer su bili „dobri vojnici“, odnosno poslušnici zakona, kao što nam je pokazalo suđenje Adolfu Eichmannu, njemačkom ratnom zločincu. Budući da je užas Rata na najgori mogući način razotkrio mogućnost zlouporabe zakona, nakon njegovog završetka većina zemalja svijeta zajednički je radila na razvijanju ljudskih prava koja bi to onemogućila te je kroz različite deklaracije, ali i ustave, uključujući i sadašnji Ustav RH, u praksi stavljena institucija „priziva savjesti“. Ona je, dakle, nastala, kao moralno pravo koje je iznimka u zakonu, a kojem je svrha vraćanja težišta odgovornosti na svakog pojedinca.

Iako je njegov cilj kreacija aktivnih građana, priziv savjesti također je omogućio različitim osobama koji rade u državnim ustanovama da zaobiđu zakone pozivajući se na vlastite svjetonazole, dakle da budu „neposlušni“, a taj se neposluh najčešće manifestira u medicini u praksama koje su suprotne nečijim etičkim načelima, kao što su obavljanja pobacaja, eutanazije ili umjetne oplodnje. Navedeno je pak rezultiralo nezadovoljstvom onih koji u datom trenutku trebaju određenu uslugu, a nisu je



u stanju ostvariti, te je priziv savjesti, postao kontroverzna tema u kojoj je ponekad teško odrediti čija prava pretežu. Takav je i ovaj slučaj oko kojeg se uzbukala domaća javnost.

Premda nam pravilnici sugeriraju da institucionalni priziv savjesti nije dozvoljen te da, u krajnjim situacijama, prava pacijenta dolaze ispred prava ljekarnika ili liječnika na priziv savjesti, situacija ipak nije tako jednostavna. U tom smislu prvo pitanje na koje je potrebno odgovoriti je: „Tko je magistar farmacije, puki prodavač, izvršitelj recepata, ili netko tko je ovlašten brinuti se za naše zdravlje?“. Na tom tragu već nam sama potreba stjecanja diplome *Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta* kako bi se moglo raditi u ljekarni ukazuje da nije riječ o običnom blagajniku. Iz *Kodeksa* možemo iščitati da on ima određeni autoritet i odgovornost kada je riječ o izdavanju lijekova bez recepta, ali i da se, u slučaju postojanja recepta, mora „pokoriti“ mišljenju liječnika koji ga je izdao i koji mu je stoga hijerarhijski nadređen. No, on također, što je manje poznato, treba „preporučivati takve načine liječenja, lijekove i druge pripravke čiju uporabu etički i stručno zagovara“

(članak 17), ali i promicati u planiranju obitelji „u prvom redu odgojne i prirodne metode“ (članak 31), jednakostu mu je autonomija zajamčena mogućnošću priziva savjesti.

Što on onda treba učiniti ako mu se obrati kupac koji treba kontracepciju, a to se protivi njegovom svjetonazoru? U idealnoj situaciji on će ga jednostavno proslijediti kolegi koji njeguje drugačiji pogled na stvari i vuk će biti sit, a ovca ostati cijela. No, svakodnevna praksa često nema savršene preduvjete za postupanje, pa netko mora ispaštati. Tko će (pristati) biti „žrtva“? Iako ljekarna ne smije djelovati bez omogućavanja pristupa svim propisanim lijekovima, u razmatranom slučaju, iznimno, drugi djelatnik ljekarne bio je na bolovanju, što je stavilo i magistrigu farmacije koja se protivi kontracepciji i pacijentiku kojoj je ona propisana u nezgodan položaj. No pravo je pitanje postoji li, ipak, mogućnost dogovora?

U tom smislu upravo nas postojanje institucije priziva savjesti, kao iznimke u zakonu, podsjeća da neke dimenzije moralnog postupanja ne možemo pravno normirati. Stoga je

stvari potrebno sagledati i u širem kontekstu. Prva okolnost koju treba uzeti u obzir je gdje se nalazi ljekarna, je li riječ o otoku na kojem pacijent nema alternativnog opskrbljivača ili glavnom gradu u kojem su mogućnosti bezbrojne. Drugo je pitanje kako je ta interakcija izgledala. Je li magistrica farmacije ljubazno i nemetljivo objasnila u kakvoj je situaciji i uz ispriku zamolila pacijentiku da, ako je ikako moguće, kupovinu obavi drugdje ili je agresivno, docirajući i proizvodeći pacijentici neugodnost, rekla da ona ne želi isporučiti pilule. Pozadina ovog, a i sve većeg broja prijepora u javnosti, jednako kao i linča koji je uslijedio, sastoji se u odgovoru na važno pitanje, a to je: „Jesmo li u stanju tolerirati one koji ne misle kao mi?“. Možemo li, bez osude, prihvati da je društvo rezultat kompleksne interakcije između liberalnih i konzervativnih pojedinaca čiji se pogledi na svijet temeljno razlikuju? Ili ćemo, bez razmišljanja o poziciji drugoga, radije moralizirati i tužakati, forsirajući naš svjetonazor kao jedini prihvatljivi te time perpetuirati još dublje podjele?

Premda nam je, kada mi mislimo drugačije, ili kada smatramo da su naša prava ugrožena, teško prihvati tudi priziv savjesti, ne treba zaboraviti da politika često teži tome da bude totalitarna, zbog čega je savjest nužno njegovati. Naime, upravo su savjesni građani, liječnici koji u prvi plan stavljuju etičnost svoje prakse, ljekarnici kojima je profit manje važan od njihovih uvjerenja, novinari koji odbijaju reklamirati koruptivnu vlast, ili mesari koji pokvareno meso ne žele pretvoriti u čevape, dakle građani koji se preispituju, noćna mora svake vlasti jer joj pokazuju da je, u slučaju da zastrani, ima tko svrgnuti.

AMERICAN EXPRESS® GOLD KARTICA JESTE LI SPREMNI ZA ZLATNI ŽIVOTNI STIL?

Tražite li karticu koja će Vam omogućiti fleksibilnost prilikom kupnje, na putovanjima i u svim svakodnevnim situacijama?

Magnifica klijenti imaju mogućnost dobivanja prestižne American Express zlatne kartice koja im pruža sigurnost i prepoznatljivost, osigurava vrhunsku uslugu u svako vrijeme, gdje god se nalazili.

OTKRIJTE KLJUČNE ZNAČAJKE KARTICE:

- ▶ obročna otplata bez kamata i naknada
- ▶ podizanje gotovine
- ▶ funkcionalnost Virtualna American Express kartica
- ▶ Membership Rewards program - godišnje 30.000 bodova na dar
- ▶ Gold Assist
- ▶ osiguranje

AMERICAN EXPRESS GOLD KARTICA ZA ČLANOVE HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

- bez upisnine i članarine - za osnovne i dodatne* korisnike za prvu godinu korištenja
- za naredne godine - godišnja članarina u visini članarine za zelenu karticu (trenutno 250,00 kn za osnovne i 125,00 kn za dodatne korisnike)

*Dodatni korisnik mora također biti član Hrvatske liječničke komore.

Novi korisnici imaju pogodnost vođenja PBZ tekućeg računa bez naknade za prvu godinu korištenja usluge*.

*Za novootvorene tekuće račune u kunama.

Zakoračite u svijet *Magnifica* bankarstva i iskoristite brojne pogodnosti. Uštedite vrijeme, zakažite termin sastanka kod Vašeg menadžera za odnose s klijentima i saznajte sve što Vas zanima o posebnoj ponudi za članove HLK. Ako još nemate svojeg bankara, kontaktirajte *Magnifica* tim.

Više informacija možete pronaći na www.hlk.hr.



magnifica



PRIVREDNA BANKA ZAGREB



www.pbz.hr

American Express® je zaštićeni znak American Express Company. PBZ Card je ovlašteni izdavatelj American Express kartica u Hrvatskoj. Ovaj oglas je informativnog karaktera i ne predstavlja obvezujuću ponudu za PBZ.

Bank of INTESA SANPAOLO

DOKTOR JURAJ NJAVRO

Domovinski rat je na krajnjem Jugu ulazio u završnicu, tako se govorilo, ali smo već naučili da izgovorene riječi, s najvećih vrhova odluka i moći, brzo nestanu i budu zamijenjene, razmjenjene u sve suprotno. Sitniš učas postane krupniš! Na razne načine i zbog svakakvih razloga. Ne znaš jesu li ti poznati ratovi blizu a nepoznati još bliže!

Najprije je došla zapovijed a onda i raspored da se naša bolnička, pokretna kirurško-anesteziološka ekipa brzo prebací s mjesta u kojem smo zatečeni prema jugu Juga, u veliki, poznati, prazan hotel, izgrađen na val od mora, pa se ima osjećaj da samo što nije ugazio u njega. Zašto smo se baš tu smjestili, tko je o tomu vodio računa, što nas tu čeka a što nas nije čekalo negdje na drugom mjestu, nama nije bilo poznato a ni zanimljivo u smislu znatiželje. Smisao i cilj naše medicinske organizacije bio nam je uvijek isti: bez iznimke slijediti crtu bojišnice i približiti joj se na najmanju moguću udaljenost, da se, prema ratnoj shemi, koja znači evakuaciju ranjenika od sebe, izvrši što ranije i jednostavnije. Ova mala, pokretna bolnica je imala sve: iškusno osoblje, aparaturu, sanitetski materijal, lijekove, vozilo za transport.

Tek što smo se smjestili i stavili u pripravnost, jednog jutra, nenajavljen, u posjet nam je došao dr. Juraj Njavro u pratnji dr. Padvana. Nismo mogli vjerovati da nam se samo tako, bez velikog razloga, ukazala vukovarska ratna legenda, živ živcat čovjek, koji se „prošetao“ s jednog kraja Domovine na suprotni i najudaljeniji, završni dio državne granice za koju se još trebalo namučiti. Stajali smo pred njim kao pred spomenikom nulte kategorije, željni čuti štogod je njemu bilo moguće ispričati, jer se zna: niti se o svemu može govoriti niti se o svemu smije šutjeti. U toj priči najvažnija nam se svakako činila praktičnost struke, kirurske i anesteziološke, zato su naša pitanja i išla k tomu: kako je operirati u uvjetima kad ti svega nedostaje, kad si zgužvan na malom prostoru, kako se uspostavljuju

postupci po redu važnosti u muci i smrtnoj opasnosti, svojoj i naroda oko sebe. Iako je svo naše osoblje bilo od početka rata u ratu, duž duge crte bojišnice, osjećalo se da je rat u Vukovaru po svemu drukčiji, na jednoj strani Vukovar a svi ostali djelovi istog rata na drugoj. Nezaboravno je svjedočanstvo kirurga pred nama o tomu kako je izlazio na kraj s punom glavom brzih odluka, tvrdih i neželjenih, kako je, s poštovanjem ali odlučno odlagao odluke drugih, poniženih više nego on, čije obične, najsitnije željice nije bilo moguće uvažiti, kako je pronalazio rješenja i izlaz u čestim improvizacijama i spuštanja svega na najosnovnije, kako je odvajao rane koje su smrte od onih koje samo tako izgledaju, a to ranjeni nisu uvijek mogli razumjeti... Znali smo, svi smo znali da se ranu previja kad rani to treba a ne kad se za previjanje steknu uvjeti. Njegovo iskustvo odnosilo se baš na to, na rješavanje infekcije rane, ako se rana dade na zlo, a nema sterilnog materijala, često ni najosnovnijeg, ako nema nikakvih rukavica a ne mogu se kirurški oprati ruke zbog nedostatka vode ili njezine štednje iz poznatih razloga, ako si bez antibiotika, ako se u prostoru od rana ne može disati... On je, vrlo uvjерljivo opisao što se događalo i potvrdio nam da infekcije nije bilo, bez obzira na nesterilne uvjete, na skučenost prostora, blizine rana i brojnost ranjenika. Infekcije nije bilo! Kako je to moguće, o čemu se tu radi? Vjerovali smo mi njemu kao Svetom pismu, ali smo se nastavili čuditi, medicinom braniti viđene reakcije traume, onako kako je po pravilima struke i kako se radi u svakoj bolnici. Mislimo smo da nas možda, oprezno i izdaleka tješi, priprema nas da ne klonemo u nevjericu i beznađu kad budemo upadali u sve nevjerojatnije vratolomije rata. Pa tek je bila 1992!. Ničija iskustva nismo mogli do kraja uspoređivati. Ničija nigdje a posebno ničija s ovima iz Vukovara. Poslije, puno poslije, kad sam nekoliko godina zanoćila u osam ratnih bolnica, često sam se sjetila doktora Njavre, kako je njegova velika rana, po tko zna koji put pokušala previti našu malu.

Doktorovo asketsko tijelo, ruke kirurga koje su se borile protiv poraza u srcu, tamo gdje je poraz najteži, kad bi mu smrt pred nosom odnijela prednost životu, ruke su mu ostajale nepomične dok smo razgovarali, mirne kao mir tuge. Jedini mir koji je krcat nemirov. O onomu, o čemu doktora nismo pitali, šutio je. Lice mu je bilo vjerna slika uništenog života i grada. Da smo samo gledali njegove oči, vidjeli bismo poplavljenu rijeku Vuku i uznemireni Dunav, koji je u svojim gornjim tokovima vijugasto ulješavao druge države, ali on kod Vukovara nijebio problem ni jednoj od tih država. Ni što je na njemu plivalo ni što je na njegovom dnu ostalo potopljeno. Ništa. Potukli se divljaci! Stotine tisuća granata, odapetih kao strijele iz luka neciviliziranih naroda. Tako se tamo o nama govorilo dok se plesao valcer smrti na lijepom, plavom Dunavu.

Kad je završio rat na Jugu našla sam se u Bosni Srebrenoj, u crkvi-bolnici, u enklavi, području u kojem je jedan narod, hrvatski, sa svih strana okružen neprijateljskim narodom. Iz enklave se nije moglo jednostavnim putem ni izaći ni ući. Kirurške operacije smo obavljali u nedovršenom fratarskom podrumu s utabanim zemljanim podom, prostoriji u koju je jedva stao stol za operacije i nas nekoliko najpotrebnijih oko njega. Stol smo ugurali do pred prozorčić, kroz koji nam je ulazilo svjetlo i zrak, kao u zatvorsku čeliju, na čijem oknu je bila razapeta, tko zna kada, zaštitna mrežica, hrđava, puna insekata zalijepljenih na rupice mrežice. Operirajući u takvim, posebno nesterilnim uvjetima, nije bilo infekcije. Uvjerili smo se, potvrdili smo nevjerovatnu priču koju nam je prije par mjeseci ispričao dr. Njavro, kirurg iz vukovarske bolnice.

Ipak, koliko god smo životu pripremali meke jastuke, smrt nas je u velikim naletima stizala i prestizala, gdje god smo joj htjeli priprejeći put. Na krilima zaborava, ona nas uspješno sustiže i danas.

 ZDENKA ČORKALO

BERLIN / rujan 2018.

PRIČA MARATONKE POČETNICE



Ivana Grško Šimić, dr med, spec. radiolog, članica Ultramaraton kluba „Mazator“, Slav. Brod

Koja si bila? Uzela si godišnji da bi trčala? I platila si to? Meni je to previše i za autom prijeći...samo su neka od simpatičnih pitanja i komentara pojedinaca nakon što sam istražala Berlinski maraton. Već sam navikla na to pa se uvijek samo nasmiješim. Jer...kako objasniti da sam trčala iako sam znala da neću pobijediti, da sam uzela godišnji da se naprežem i znojim, da nisam osvojila novčanu nagradu za 4 sata provedena na cesti? Oni koji pitaju često ne razumiju ni kad odgovorim a oni koji razumiju ne pitaju...oni ti namignu na 36. tom kilometru i poželete sreću!

Rođena sam i živim u Slavonskom Brodu gdje i radim kao liječnik, specijalist radiologije a trčim...godinama.

Poznata Polojska cesta u Slavonskom Brodu je mjesto mojih prvih trkačkih koraka gdje sam uvijek pronalažila mir, opuštanje ali i izvor energije. Ozbiljnije sam se počela baviti trčanjem prije 8 godina a to znači da sam tada počela trenirati po određenom planu i programu, voditi dnevnik trčanja te planirati utrke u tekućoj godini.

Trčanje me opuštalo. Imala sam osjećaj kao da kroz svaki pretrčani

korak nestaje sva negativna energija skupljena tokom dana ili tjedna a da se moje tijelo puni nekom novom, pozitivnom energijom koja me ojača za svaki novi dan.

Priprema za utrku svaki put bi postajala sve veći izazov...da budem brža...da trčim lakše..da se osjećam bolje a svaki napredak u tom polju donosio bi mi još više snage i energije za svakodnevne obaveze ili eventualne probleme s kojima bi se suočila.

Svaki prolazak kroz cilj, nije bitno da li je to prvo mjesto ili 51., bio bi pobjeda u svakom smislu, svaki prolazak kroz cilj donosio bi osjećaj da mogu sve što poželim! Tako sam primjerice, za vrijeme pripremanja specijalističkog ispita iz radiologije istovremeno pripremala i maraton u Istanbulu te mi je svaki trening donosio snagu za novi dan učenja i samopouzdanje da ću uspjeti!

Trčala sam manje utrke od 10 km, polumaratone, maratone, ultramaratone do 60 km, cestovne i trail utrke a najdraže su mi humanitarne utrke ili utrke memorijalnog karaktera među kojima bih izdvojila humanitarnu utrku Terry Fox, utrku Wings for Life, utrku Marijini obroci a nedavno je u mom rodnom gradu održana i donacijska utrka povodom 50 godina rada Lige protiv raka Brodsko posavske županije kojoj sam se rado odazvala.

U trčanju mi neizmjernu podrušku pruža suprug koji je i sam ultrama-

ratonac, po struci kineziolog te smo zajedničkim snagama i znanjima koje posjedujemo godinama radili na sebi, programu i tehnicu trčanja što i dalje činimo kao što se trudimo da na taj načim i pomognemo ostalim trkačima i onima koji to žele postati.

2016. god. u Slavonskom Brodu osnovana je Saucony Škola trčanja u koju sam se uključila kako bih bogatim trkačkim iskustvom pomogla polaznicima koji žele početi trčati ili poboljšati svoju dotadašnju formu i tehniku.

Time sam dobila priliku da svoj entuzijazam i ljubav prema trčanju prenesem na druge i dijelim s drugima a gledati drugu osobu kako raste i napreduje i kako kroz trčanje postaje zadovoljnija i sretnija osoba mene



„Zajedno smo jači“ – dio Saucony Akademije trčanja Slav.Brod



Sudionici maratona u Beču, 16.09.2018., sve članovi Saucony Akademije trčanja Slav.Brod

ispuni većim zadovoljstvom i srećom nego što to može donijeti bilo kakav rezultat na utrci.

Trenirati uz polaznike škole a kasnije i akademije trčanja postalo je prekrasno životno iskustvo koje je donijelo brojna prijateljstva i ispunilo moj život još većom pozitivnošću i željom za napretkom u svakom odručju života.

Berlinski maraton nije bio moj prvi maraton, nije bio ni zadnji ali je bio prvi maraton mojim akademicima, prvi maraton u kojem se veselim njihovom cilju, njihovom rezultatu i prvi maraton u kojem ne mogu dočekati da završim samo da čujem njihove dojmove, njihove komentare da vidim taj pogled u očima sa vjerom u sebe koji kaže... sad mogu sve! Svet je moj!

Ivana Grško Šimić

HITNA MEDICINA KROZ HUMOR



Dr. DRAGAN MALOŠEVAC

>> IPAK JE BITNO

Intervencija, iznenadan kolaps u bolesnikovu stanu.

Uzimam podatke prije prijevoza u bolnicu. Gubimo vrijeme jer se gospodin ne može skoro ničega sjetiti.

- Dakle, u zadnjih ste se par dana srušili nekoliko puta?
- Da, doktore, otkad sam počeo uzimati taj lijek stalno padam.
- Lijek? Koji lijek?
- Ma, znate, one male bijele tablete koje...
- Kako se zovu?
- Ne znam.
- Dobro, dobro, nije sad to bitno.
- Mislim da počinju na slovo...
- Ma, kažem vam, nije sad to toliko bitno!
- Znate, čini mi se da je kutijica plave boje...

- Gospodine, pustimo sad to! Vozimo vas na hitni prijem i sada mi to nije bitno. NIJE!

Stižemo na hitni prijem. Predaja pacijenta završena i krećem prema vozilu. U pozadini čujem kolegicu.

kOLEGA— hitnjak

Rođeni Zagrepčanin, specijalizant hitne medicine KBC-a Osijek, trkač, pisac, humanitarac. Dobitnik nagrade Johann Kohlhoffer za filantropa godine. Sve više lega, sve manje purger.

Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek



- Jeste li udarili glavom kad ste pali?
- Ne, nisam. Uvijek sam padaon na ženu!
- Padali ste na ženu!?
- Da, da, uvijek na ženu. Bila je kraj mene pa...

Vraćam se u sekundi natrag u ambulantu.

- Gospodine, molim vas, probajte se sjetiti kako se zovu te tablete! Ipak je jako bitno. Da, da, jako je bitno...



>> ODLIČNO RJEŠENJE

Gužva u čekaonici, a telefon ne prestaje zvoniti. Deset ili petnaest poziva za redom zbog iste pacijentice. Rodbina uporno zove svakih desetak minuta.

Mlada djevojka po ne znam koji puta je popila deterdžent za pranje suđa. Uvijek ista priča. Popije tekući deterdžent s mirisom limuna ili

jabuke, ispovraća se već u vozilu hitne pomoći, dobije pregled, opservaciju, infuziju i ode natrag doma.

Više je nego očito, ne želi se ubiti već privlači pažnju. Izluđuje rodbinu i obitelj.

- Pa, kako ste? Opet deterdžent za posuđe?

- Da, doktore! Opet.

- Zvali su vaši već bezbroj puta.

Jako su zabrinuti...

- Neka su!

- Kažu da ste popili cijelu bocu deterdženta... Znate, nije im baš svejedno!

- I neka im nije svejedno!

- Da, znam. Ali sad više ne zovu.

- Ne zovu? Zašto ne zovu?!

Kako... kako je to moguće?

- Moguće je, moguće! Dao sam im odlično rješenje.

Tišina. Ljutit pogled.

- Ma dajte, kao da vi znate što je rješenje? Što ste im rekli?

- Rekao sam im da kupe novu bocu deterdženta.

>> KRAFNE

Krećem u dežurstvo i prolazim kraj kioska.
 - Susjed, susjed, dobro jutro!
 - Dobro jutro!
 - Imamo vam fine friške krafne na akciji.
 - Krafne!?
 - Da, krafne. Upravo stigle.
 - Pa, baš bih i mogao uzeti desetak komada za one moje pacijente na hitnom prijemu.
 - Joj, doktore! Dajte, molim vas. Uzmite za kolege s kojima radite.
 - Joj, susjeda, pa na njih sam i mislio!



STUPIDARIUM — CROATICUM



Aktualno pitanje: s anestezijom ili „na živo“?

(Nekoliko memoarskih crtica)

Urlici iz jedne bolesničke sobe. Dežurni sam pa pojurim intervensirati. Sestra treba dati injekciju pacijentu, inače nositelju ordena „Narodni heroj“ (bilo je to još u bivšoj Jugi). On mi rastumači: „Nije sestra kriva. Ne bojim se goloruk jurišati na tenk, ali se te njene igle plaho bojim.“

...

Operiram bolesnika u lokalnoj anesteziji, a on zaurla na svaki dodir. Dodam još novokaina, on urla i dalje. Urla i nakon još jednog dodatka.

- Znam da vas ne боли па зашто онда urlate? – pitam ga
- Vaše je да operirate, а моје је да вићем. Само ви мирно радите свој посао.

Stigao zubarski komplet u vojnu ambulantu JNA i danas vojnicima vadim trule zube, dakako nakon lokalne infiltracije novokaina. Neki vojnici kod ekstrakcije ni da okom trepnu, drugi jauču da se sva vojarna uzbunila. Provjerim što mi to priučeni bolničar daje u šprici. Davao mi je vitamin C.

Dakle, što je to "primjerena anestezija"?



Mini-anketa o anti-bebi piluli



U povodu ljekarne koja je nije htjela dati zbog priziva savjesti

MINISTAR ZDRAVSTVA: „Svaka žena ima pravo u bilo kojoj ljekarni dobiti taj lijek.“

NAIVNI GRAĐANIN ŽELJAN ZNANJA:
„Molim lijepo, koju to bolest liječi anti-bebi pilula?“

DEPRIMIRANI DEMOGRAF: „Anti-bebi pilula je glavni uzrok naše demografske katastrofe.“

KSENOFOB: „Treba je besplatno davati kosookima, žutima, crnima i svim migranticama.“

STROGI LOGIČAR: „Ako je pilula lijek, prezervativ je još bolji pa i njega treba davati na recept.“

NJEGOV ISTOMIŠLJENIK: „Pa da, prezervativ štiti od tripera, a anti-bebi pilula od opasnih spermatozoida!“

NEPROSVJEĆENI PUČANIN: „Ako ne želiš zatrudnjeti, nemoj ... (izostavljen je jedan vulgarni glagol).“

POVJESNIČAR: „Pilula je svakako bolje rješenje od srednjovjekovnog pojasa nevinosti.“

ZADOJENI EKONOMIST: „HZZO treba u ovoj krizi zamijeniti pilulu mnogo jeftinijom apstinencijom.“

ZABRINUTI SUPRUG: „U dilemi pilula ili celibat, dat ću prednost ... zna se čemu!“

NIMFOMANKE, SVE U JEDAN GLAS: „Aleluja! U piluli je spas.“ (Pazi rimu: glas – spas!)

TINEJDŽERICA: „Mama, daj mi jednu pilulu, večeras idem na tulum.“

Dr. Branko Meić - Sidić

Dr. BRANKO MEIĆ-SIDIĆ

rođen je 25. rujna 1975. u Šibeniku, gdje je završio osnovnu i srednju školu. Nakon studija na MEF-u u Zagrebu živi u Pirovcu 24 km od Šibenika. Kao liječnik radio je na osiguranju razminiranja, kao zamjena obiteljskih liječnika u Šibensko-kninskoj županiji i u hitnoj pomoći ispostava Tisno. Neurologiju je specijalizirao u KBC-u Split i KBC-u Zagreb, a od 2015. radi kao specijalist neurolog na neurološkom odjelu OB-a Šibenik. Završio je tečaj iz elektroenzefalografske i epileptologije na KBC-u Zagreb.



U početku je fotografirao mobitelom s kamerom, a od 2013. s DSLR fotoaparatom ozbiljnije ulazi u svijet fotografije. Ima svoju fotografsku stranicu na facebooku, a od 2015. fotografije uglavnom prezentira na Instagramu kao trenutno vodećoj društvenoj mreži. Bavi se postprocesuiranjem i posebno mu je zadovoljstvo kasnija softverska obrada fotografija na računalu.



Fotografira pejzaže i stare dalmatinske kuće i ulice, a sklon je makro fotografiji. Bitno mu je da fotografija ima svoju priču. Strast mu je "hvatanje munja" (stormchasing) i njegove su fotografije munja i nevremena objavljivane na svim

lokalnim news portalima i meteorološkim web stranicama te na TV kanalima u rubrici vrijeme.

Strast mu je i glazba - sviranje gitare i glazbena produkcija. Objavio je dva albuma gitarističke instrumentalne glazbe pod vlastitom etiketom.



KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora
HLZ, gen. HLZ-a Hrvatski liječnički zbor
HZIZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo
NZJZ Nastavni zavod za javno zdravstvo
KB Klinička bolnica
KBC Klinički bolnički centar
MEF, genitiv MEF-a Medicinski fakultet
MZ Ministarstvo zdravlja RH
NZJZ Nastavni zavod za javno zdravstvo
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, gdje Fulvii 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 u 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“.

2018.

PROSINAC

2019.

SIJEČANJ

Spirometrija u ordinaciji obiteljske medicine – dijagnostika i terapija

Sandoz d.o.o.
Karlovac, 18.12.2018.
Lucija Čorić, tel.: 01/2353-111,
e-mail: lucija.coric@sandoz.com

Mentalno zdravje i čimbenici rizika

ZJJ Varaždinske županije
Varaždin, 18.12.2018.
Irena Stipešević Rakamarić, dr.med., spec.
javnog zdravstva,
mob.: 099/3102-351,
e-mail: javno-zdravstvo@zzjzzv.hr

Migrena – nova klasifikacija i liječenje

C.T. – Poslovne informacije d.o.o. – časopis Medix
Pisani test u časopisu - 31.12.2018. –
31.03.2019.
Ajla Hrelja Bralić, tel.: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

„Thomas Ogden“ seminar

Hrvatsko psihanalitičko društvo
Zagreb, 14.01.2019.
Dr. Oleg Filipović,
e-mail: oleg.filipovic1@zg.t-com.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za
traumatologiju
Zagreb, 14.-18.01.2019.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-713,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja d.o.o., Petra Miškulin Štefek,
mob.: 099/4768-943,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00 kn

Servier LOM Masterclass

Servier Pharma d.o.o.
Lovran, 19.-20.01.2019.
Andrej Sušić, mob.: 091/6551-524,
e-mail: andrej.susic@servier.com

Aktualna problematika u radiološkoj tehnologiji

HLZ, HD za biosigurnost i biozaštitu
Zagreb, 25.01.2019.
Nevenka Jakopović, oec., mob.: 099/3740-158,
e-mail: nevenkajakopovic@gmail.com

UEFA program edukacije liječnika – 3 dio (Football doctor education program III)

Hrvatski nogometni savez
Sesvete, 25.-26.01.2019.
Tomislav Vlahović, mob.: 091/4961-915,
e-mail: tomislav.vlahovic@hns-cff.hr

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Pula, 25.-27.01.2019.
Žarka Rogić, dr.med., mob.: 099/3115-843,
e-mail: itls.prijava@gmail.com
3.000,00 kn

5. hrvatski simpozij o prevenciji i liječenju početnog raka vrata maternice

HD za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
HLZ-a
Zagreb, 26.01.2019.
Dražan Butorac, dr.med., tel.: 01/3787-370,
e-mail: drazan.butorac@gmail.com
Kotizacija rana 550,00 kn;
kasna 750,00 kn;
nalicu mjesta 950,00 kn;
specijalizanti 350,00 kn

Akutna bol – nove spoznaje u patofiziologiji i liječenju

HD za liječenje boli HLZ-a
Zagreb, 26.01.2019.
Andrea Mrša, tel.: 031/511-502,
e-mail: mrsandrea385@gmail.com
1.250,00 kn

Može biti Hvarski Bečki ili Mletački; Može biti kraći, duži ili vatreći; Ali uvijek je LAKAT

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 26.01.2019.
Dr.sc. Damjan Dimnjaković,
tel.: 01/2368-986,
e-mail: ortotec@mef.hr
700,00 kn

Dijabetes (šećerna bolest) – nove metode liječenja

Udruga Medikus
Zagreb, 28.01.2019.
Dr. Vesna Vučičević,
mob.: 091/5044-766,
e-mail: info@medikus.hr

Fekalna transplantacija

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 29.01.2019.
Carmen Ciberlin,
tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

Edukacija s predavanjima i radionicama o kroničnim ranama

Hrvatska udruga za rane Osijek, 31.01.-01.02.2019.
Dunja Hudoletnjak,
mob.: 095/3777-175,
e-mail: dhudolet@kbsd.hr

Dijagnostički ultrazvuk mišićno-koštanog sustava - Level 1

Peroneus d.o.o.
Zagreb, 08.-10.02.2019.
Zoran Filipović,
mob.: 098/894-643,
e-mail: zoran@sonoskills.com
8.125,00 kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju Zagreb, 18.-22.02.2019.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-713,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja d.o.o., Petra Miškulini Štefek, mob.: 099/4768-943,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00 kn

Epidemiologija, klinička slika, dijagnostika, terapija i prevencija infekcija probavnog sustava

HD za kliničku mikrobiologiju HLZ-a Zagreb, 22.03.2019.
Doc.dr.sc. Mario Sviben,
mob.: 091/2986-545,
e-mail: mario.sviben@hzjz.hr
750,00 kn

VELJAČA

Tomosynthesis reading and clinical workshop

HD za radiologa HLZ-a Zagreb, 01.-02.02.2019.
Doc.dr. Gordana Ivanac, tel.: 01/2903-255,
e-mail: gordana.augustan@gmail.com
800,00 kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju Zagreb, 04.-08.02.2019.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-713,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja d.o.o., Petra Miškulini Štefek, mob.: 099/4768-943,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00 kn

Ultrazvuk štitnjače

Zavod za endokrinologiju, Klinika za unutarnje bolesti, KBC Zagreb Zagreb, 04.02.-01.03.2019.
Sunčana Zgaga,
tel.: 01/2376-581,
e-mail: suncana.zgaga@kbc-zagreb.hr
8.000,00 kn

Sveučilišni program cijeloživotnog obrazovanja o shizofrenijama i poremećajima iz spektra shizofrenije

Hrvatsko katoličko sveučilište, Klinika za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice Zagreb, 07.-08.02.2019.
Grozdana Matulin,
tel.: 01/3787-610,
e-mail: grozdana.matulin@kbcsm.hr
2.000,00 kn

Novi šivači materijali, transplantati i lokalni reznjevi

HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju Zagreb, 08.-09.02.2019.
Dr.sc. Franjo Rudman, tel.: 01/2902-581,
e-mail: frudman@dr.com
950,00 kn

Maligne bolesti i poremećaji kontinencije kao morbiditet

Koalicija udruga u zdravstvu Tuhejl, 08.-10.02.2019.
Ivica Belina, mob.: 099/3420-350,
e-mail: ivica.belina50@gmail.com
400,00; 800,00; 1.280,00 kn

3. simpozij Aritmologija za obiteljsku medicinu

Hrvatsko kardiološko društvo Zagreb, 09.02.2019.
Maja Šegota, mob.: 091/3866-300,
e-mail: maja@fargo.hr

„Thomas Ogden“ seminar

Hrvatsko psihoanalitičko društvo Zagreb, 11.02.2019.
Dr. Oleg Filipović,
e-mail: oleg.filipovic1@zg.t-com.hr

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka

Kuća zdravlja d.o.o.
Zagreb, 11.-15.02.2019.
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108,
e-mail: bulat@kuca-zdravlja.com
5.000,00 kn

IDF School of Diabetes (postdiplomski tečaj) i Simpozij „Hormoni i glikemija u multiorganskim poremećajima“

Hrvatsko endokrinološko društvo HLZ-a Opatija, 14.-17.02.2019.
Prof.dr.sc. Željka Crnčević Orlić,
tel.: 051/658-435
500,00 kn

Smjernice u pedijatrijskoj gastroenterologiji i hepatologiji: Funkcijski gastrointestinalni poremećaji

Klinika za dječje bolesti Zagreb Zagreb, 16.02.2019.
Ivana Trivić, dr.med., mob.: 091/4600-776,
e-mail: ivana.trivic.0@gmail.com

Medicinska akupunktura

Učilište Lovran – ustanova za obrazovanje odraslih Opatija, 16.02.-20.06.2019.
Irena Plantak, tel.: 051/293-851,
e-mail: info@wellness.hr
12.000,00 kn

Suvremena dostignuća hrvatske aritmologije

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske Zagreb, 26.02.2019.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzha@zg.t-com.hr

Laktoperin – Multitasking molekula

Vitaminoteka d.o.o.
Rijeka, 28.02.2019.
Tena Škunca, tel.: 01/3700-005,
e-mail: tblazok@vitamini.hr

ŽUJAK

Novi izazovi u prevenciji bolesti djece dobi: Racionalna dijagnostika i liječenje

Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a Šibenik, 01.-03.03.2019.

Conventus Credo d.o.o., Anja Aleksić,
mob.: 099/4406-728,
e-mail: anja@conventuscredo.hr
Rana kotizacija 1.300,00 kn;
Kasnja kotizacija 1.600,00 kn;
Kotizacija za specijalizante 850,00 kn

10. međunarodni kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Smjernice u praksi obiteljskog liječnika

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine Zagreb, 07.-10.03.2019.
Doc.dr.sc. Jasna Vučak,
tel.: 023/393-533,
mob.: 098/272-787,
faks.: 023/393-533,
e-mail: jasna.vucak@yahoo.com
1.800,00 kn

Demencija u kliničkoj praksi (Lewy body demencija, demencija u Parkinsonovoj i Alzheimerovoj bolesti)

MEF Sveučilišta u Zagrebu Zagreb, 08.03.2019.
Doc.dr.sc. Nataša Klepac, dr.med.,
mob.: 091/4922-164,
e-mail: natasaklepac@gmail.com
750,00 kn specijalisti,
500,00 kn specijalizanti

Mind & Brain 59th International Neuropsychiatric Congress

Međunarodni institut za zdravlje mozga Pula, 30.05.-02.06.2019.
Hrvoje Budinčević,
mob.: 091/3712-310,
e-mail: mind.and.brain.congress@gmail.com
750,00 kn;
1.125,00 kn;
2.175,00 kn

CSP International Conference on Pelvic Health

HD za pelviperineologiju – HDP / Croatian Society for Pelviperineology – CSP Primošten, 31.05.-02.06.2019.
Dr.sc. Damir Hodžić, prim.dr.med.,
mob.: 091/5121-335,
e-mail: dhodzic2003@gmail.com
Specijalisti 1.250,00 kn,
specijalizanti 750,00 kn

SVIBANJ

Novost!

Proizvod nove generacije:

TENA Lady Maxi

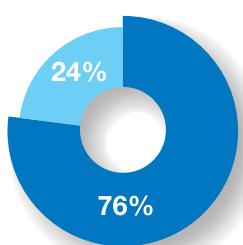
na listi pomagala



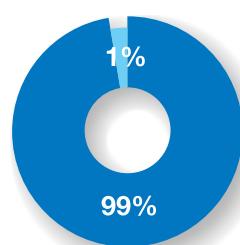
TENA Lady Maxi, jedinstvena zaštita za urinarnu inkontinenciju na listi

Tradicionalni uložak na listi	Inovativni TENA Lady Maxi uložak
A photograph of a traditional, rectangular absorbent pad placed on a white sheet of paper.	A photograph of the TENA Lady Maxi pad, which has a unique asymmetrical shape designed to fit the female anatomy. It is shown next to its blue and white packaging.

Zašto TENA Lady Maxi?



76% žena smatra da im TENA Lady Maxi pružaju bolji osjećaj sigurnosti od istjecanja u odnosu na zaštitu koju su prije koristile.*



99% žena namjerava koristiti TENA Lady Maxi uloške**

* Conversion study 2018 na uzorku 88 žena; ostalih 24% žena istaknule su druge prednosti: diskrecija, suhoća i suzbijanje neugodnih mirisa

** Conversion study 2018 na uzorku 88 žena; ostalih 1% žena ne namjerava koristiti TENA Lady Maxi

Kako pronaći TENA Lady Maxi?

Svojim pacijenticama sada možete ponuditi inovativne uloške za urinarnu inkontinenciju TENA Lady Maxi, jedinstvene na listi pomagala.

Primjeri pretraživanja na uzorku software-a često korištenog u praksi*:

Primjer 1

Unesite zaštićeni naziv branda:
TENA Lady Maxi



Otopedika pomagala

Samo pomagala koje propisuje liječnik																				
Unesi šifru ili naziv pomagala:	TENA Lady Maxi	Vrsta:																		
<table border="1"><thead><tr><th>Nova šifra</th><th>Zaštićeni naziv</th><th>Generički naziv</th></tr></thead><tbody><tr><td>0930041024175</td><td>Anatomski uložci, Essity Hygiene and Health AB ,TENA Lady Maxi</td><td>Anatomski uložci</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			Nova šifra	Zaštićeni naziv	Generički naziv	0930041024175	Anatomski uložci, Essity Hygiene and Health AB ,TENA Lady Maxi	Anatomski uložci												
Nova šifra	Zaštićeni naziv	Generički naziv																		
0930041024175	Anatomski uložci, Essity Hygiene and Health AB ,TENA Lady Maxi	Anatomski uložci																		

Primjer 2

Unesite naziv proizvodača:
Essity Hygiene and Health AB



Otopedika pomagala

Samo pomagala koje propisuje liječnik																																
Unesi šifru ili naziv pomagala:	Anatomski uložci,Essity Hygiene and Health AB	Vrsta:																														
<table border="1"><thead><tr><th>Nova šifra</th><th>Zaštićeni naziv</th><th>Generički naziv</th></tr></thead><tbody><tr><td>0930041024022</td><td>Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Lady super</td><td>Anatomski uložci</td></tr><tr><td>0930041024023</td><td>Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Men Level 2</td><td>Anatomski uložci</td></tr><tr><td>0930041024024</td><td>Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort plus</td><td>Anatomski uložci</td></tr><tr><td>0930041024025</td><td>Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort extra</td><td>Anatomski uložci</td></tr><tr><td>0930041024026</td><td>Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort super</td><td>Anatomski uložci</td></tr><tr><td>0930041024175</td><td>Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,TENA Lady Maxi</td><td>Anatomski uložci</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			Nova šifra	Zaštićeni naziv	Generički naziv	0930041024022	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Lady super	Anatomski uložci	0930041024023	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Men Level 2	Anatomski uložci	0930041024024	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort plus	Anatomski uložci	0930041024025	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort extra	Anatomski uložci	0930041024026	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort super	Anatomski uložci	0930041024175	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,TENA Lady Maxi	Anatomski uložci									
Nova šifra	Zaštićeni naziv	Generički naziv																														
0930041024022	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Lady super	Anatomski uložci																														
0930041024023	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Men Level 2	Anatomski uložci																														
0930041024024	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort plus	Anatomski uložci																														
0930041024025	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort extra	Anatomski uložci																														
0930041024026	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,Tena Comfort super	Anatomski uložci																														
0930041024175	Anatomski uložci ,Essity Hygiene and Health AB ,TENA Lady Maxi	Anatomski uložci																														

Primjer 3

Ili unesite HZZO šifru (ISO 9999) za e-pomagala u Cezih-u:

TENA Lady Maxi 0930041024175

www.tena.hr/profesionalci/



TENA Lady Maxi
Zajedno činimo razliku

Simps'S d.o.o., Antuna Bauera 4, 10 000 Zagreb, T: 01/5805 499, www.tena.hr

*Na primjeru In-con software-a



2019

Želimo Vam u **2019.** godini
365 zdravih i uspješnih dana.

