

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

GODINA XIX

BR. 184 STUDENI 2019.

LIJEČNIČKE novine



SJEĆANJE NA VUKOVAR 1991. — 2019.

Hyundai Vatrena Edicija

Uštedite do 20.000 kn



Hyundai i20

Uštedite
8.000 kn



Hyundai i30

Uštedite
10.000 kn



Hyundai Tucson

Uštedite
20.000 kn

Osjetite ponos – vozite Hyundai Vatrenu Ediciju.

Hyundai donosi hattrick ponudu najbolje momčadi: **Hyundai i20, Hyundai i30 i Hyundai Tucson**, u neponovljivoj Vatrenoj Ediciji. Bez obzira jeste li ljubitelj nogometa ili ne, sigurno će osvojiti prvo vaša srca, a zatim i svaki teren. Hyundai i20 će kao pravi okretni gradski šarmer svaku vožnju pretvoriti u majstorsko driblanje, dok ćete vi uštedjeti **8.000 kn!** Ljubitelji sporta, ali i sportske vožnje, sigurno će navijati za Hyundai i30 i uštedu **10.000 kn.** Želite li još više prostora, Hyundai Tucson ne samo da ima mjesta za veću ekipu navijača, nego će i vaše srce ispuniti ponosom pri svakoj vožnji, a pritom ćete uštedjeti i nevjerovatnih **20.000 kuna!**

Više na hyundai.hr



Ušteda od 8.000 kn odnosi se na model i20 Vatrena edicija 1.2 DOHC 84 KS. Ušteda od 10.000 kn odnosi se na model i30 Vatrena edicija 1.0 T-GDi 120 KS i Classic 1.6 CRDi 95 KS. Ušteda od 20.000 kn odnosi se na model Tucson Vatrena edicija 1.6 CRDi 48V 115 i 136 KS. Posebna ponuda isključuje ostale akcijske uvjete u ovlaštenoj Hyundai mreži i traje do isteka zaliha. Prikaz je simboličan.

LIJEČNIČKE 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@zgt-com.hr

IZDAVAČKI SAVJET

Alen Babacanli, dr. med. • Prim. dr. Ines Balint, dr. med. • Ivan Lerotić, dr. med. • Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med. • Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med. • Marija Rogoznica, dr. med. • Prim. dr. Boris Ujević, dr. med. • Vesna Štefančić, dr. med. • Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.

TAJNIK UREDNIŠTVA

Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
e-mail: lijevnicke.novine@hлк.hr

UREDNIČKI ODBOR

Doc. prim. dr. sc. Tomislav Franić, 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. • Izv. prof. dr. sc. Anna Mrzljak, 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. • Prof. prim. dr. sc. Adriana Vince, dr. med. • Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med. • Ksenija Vućur, dr. med.

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

Liječničke novine su glasilo Hrvatske liječničke komore za staleška i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno.
Izlaze mjesečno (osim u siječnju i kolovozu).
Godišnja pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.
Rukopisi se šalju e-mailom na adresu: hлк@hлк.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

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

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hлк.hr • e-mail:hлк@hлк.hr

Pretplatnička služba

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 18. studenoga 2019.

LIJEČNIČKE 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 1 28 24 645

- 4 UVODNIK**
Što je nama Vukovar?
- 5 RIJEČ GLAVNE UREDNICE**
Per aspera ad astra ne znači Preko leševa do cilja
- 6 RAZGOVOR**
Milka Kosanović, dipl. iur.
- 12 TEMA BROJA**
Naši liječnici odlaze, a tko nam dolazi?
Dr. Jelena Kosier: Želim raditi u Hrvatskoj
- 20 IN MEDIAS RES**
Da sam ja ministar...
- 26 IZ KOMORE**
Prekovremeni rad • Ivana Šmit nova predsjednica HUBOL-a
Tečaj medicinskog prava • Najbolja fotografija • Četvrti pub kviz
- 38 IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA**
Odlikovana knjiga doc. Augustina • Zapošljavanje u Istri
Svjetski dan bioetike u Zagrebu • Projekti KBC-a Zagreb i
Srebrnjaka • Konferencija o palijativnoj skrbi • Simpozij o
pretilosti • CRO-gastronet-ERCP • Big Band HLK-a
Onkološka mreža u Hrvatskoj • Prof. Daniel Danovich u
Hrvatskoj • Transplantacijska škola • Presađivanja u Hrvatskoj
Novosti iz epileptologije
- 52 NEFROLOŠKI KUTAK**
- 54 MLADI LIJEČNICI**
- 55 IZ SVIJETA**
- 66 IZ JAVNOGA ZDRAVSTVA**
- 70 GINEKOLOŠKA TEMA**
- 74 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**
- 80 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE**
- 85 ESEJ**
- 86 KNJIGOLIJEK**
- 88 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE**
- 90 DRAVANTURA**
- 92 MEDICINA I PRAVO**
- 94 BIOETIKA**
- 96 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE**
- 98 MEDICINSKA STATISTIKA**
- 101 SATIRIČKI KUTAK**
- 102 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

Što je nama Vukovar?



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ
predsjednik
Hrvatske liječničke komore

Ove retke pišem u Vukovaru, 17. studenog, uvečer. Pripremio sam svijeću koju ću upaliti i položiti na Spomenik za žrtve agresije na Vukovar 1991. g. u krugu Opće županjske bolnice Vukovar. Sedamnaesti studenoga datum je koji u hrvatskom nacionalnom sjećanju označava posljednji dan koji je Vukovar još bio pod kontrolom hrvatskih snaga, u koji još nisu zagazili nepri-

jateljski vojnici. Posljednji dan u kojem srbočetnička vojska još nije osvojila hrvatski Vukovar. Posljednji dan slobode. Sljedeće jutro, 18. dana toga tužnog mjeseca studenog, došlo je nažalost do sloma obrane i pada Grada u ruke agresora. Tragedija grada heroja doživjela je svoj vrhunac, a sljedećih nekoliko dana i tjedana uslijedio je krvav bestijalni pir bezobzirnih osvajača. Ovčara, Velepromet, Sotin, Mitnica, Begejci, Stajicevo... sve su to toponimi koji u nama bude živo sjećanje na žrtvu Vukovara i Vukovaraca.

Stojim danas ovdje u Vukovaru, ponizan pred žrtvom Vukovara, ali istovremeno i neizmjereno ponosan. Ponosan na silno herojstvo vukovarskih branitelja, ali i na veliku humanost svih djelatnika Ratne bolnice Vukovar. Predanost, humanost, požrtvornost, čovjekoljublje i nesebično davanje, vrline su koje zauvijek crpimo iz njihovog primjera. Vukovarska ratna bolnica nije bila samo mjesto gdje su liječeni ranjeni i bolesni, nego gdje je bila i posljednja nada svim građanima agresijom razorenog Vukovara. U bolnici u Vukovaru, unatoč potpunom bezumlju kojim je Grad bio razaran, do posljednjeg

se dana radilo stručno, požrtvorno i humano. Nije se pitalo tko je koje nacije ili vjere. Liječilo se ranjene i bolesne ljude. Ljudi su liječili ljude. To je inače i temelj našeg zanimanja, smisao našeg poziva, osnova naše liječničke dužnosti.

Vrijednosti koje su svojim radom utemeljili naši kolege liječnici te slavne 1991. godine, trebali bi mlađi naraštaji hrvatskih liječnika shvatiti kao svojevrsno etičko, moralno i profesionalno ishodište kojem se mogu vraćati u svim izazovnim trenucima obnašanja liječničkog poziva. Od iznimne je važnosti otrgnuti zaboravu upravo te vrijednosti i vrline, koje su liječnici i ostali djelatnici Vukovarske bolnice živjeli i svjedočili unatoč tome što su bili okruženi nezamislivo užasnim ratnim vrtlogom, u potpuno neljudskim uvjetima. Vrijednosti kojima su nas zauvijek darivali, obogatili i poučili trebamo baštiniti, ponavljati, širiti i prenositi dalje. Samo na taj način svjetlo Vukovarske ratne bolnice svijetlit će još snažnije, sjajnije i blistavije.

Dr. sc. Krešimir Luetić

predsjednik Hrvatske liječničke Komore

Per aspera ad astra ne znači Preko leševa do cilja

Osluškujem kako se dvije mlade tenisačice pripremaju za meč u paru. Pa jedna kaže drugoj: "Nećemo im dati više od dva gema!" A druga će: "Ma ne smiješ tako razmišljati. Onda izgubiš. Nećemo im dati niti jedan gem! Tako moraš misliti ako želiš pobijediti." Mislim da pogrešno shvaćamo dihotomiju izvrsnosti i nesavršenosti. Izvrsnost je kao cilj određena vrsta utopije kojoj trebamo težiti kako bismo u nesavršenstvu bili što bolji i bliži savršenstvu. Ideja o dobromu važna je jer je skretanje s pravog puta vjerojatno manje opasno nego skretanje s lošega na još lošije puteve. Ipak, ne dočeka nas baš na svakoj stranputici zločesti vuk, kao u Crvenkapici. Neke si, pak, stranputice ne bismo smjeli dozvoliti, osobito prečace. OK je ako na tome putu ima trnja a stremimo zvijezdama, ali moramo znati da *Per aspera ad astra* ne znači Preko leševa do cilja. Nemamo opravdanje za ugrožavanje drugih (nevinih) čak ni kada nam je cilj uzvišeno pozitivan. NIKADA! I

još nešto: robovlasničko je društvo davno ukinuto, a nismo, bome, ni u ratu. NEMA zapovjedne odgovornosti, IMA priziva savjesti! Moda poderanih traperica legitimizira rupe, krpe, nedostatke i svakakve nepravilnosti. I dok odjeću većina nas može birati, zdravstveni sustav više ne može ni *patchwork* sastaviti jer je udio rupa veći od udjela cjelovitih komada sustava. Liječnici su najvažnije niti u tom tkanju, no više ni konca za krpavanje nema! Čitam recept za kolač iz francuske kuharice: "...kad ispečete malo će se raspadati, al' nema veze." Tako nekako u doslovnom prijevodu. Svaki naš plan se po *defaultu* mora bar malo raspasti u trenutku realizacije jer nas „sve više nema“ i uvijek (ne)predvidivo ponedostaje pokoji "sastojak" plana, čitaj liječnik. *Does it matter at all*, ima li veze? Možemo li ipak preživjeti kao struka u hrvatskim granicama? Možemo li se pripremati za meč u paru ako para nemamo? Hoćemo li uvrstiti uvozne karike u naše nizove i hoće li to postati najvaž-



LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

nije karike? Ili ću imati čast i zadovoljstvo pisati o nečemu boljem, stojeći čvrsto na nogama stabilnog položaja hrvatskih liječnika? Liječničke novine u nastavku većinom pišu o polupunoj čaši, za promjenu. Polupuna, poluprazna, polupana... Nada umire posljednja.

Lada Zibar
glavna urednica Liječničkih novina

MILKA KOSANOVIĆ, dipl. iur., direktorica odnosa s članstvom HUP-a

 Razgovarala
prof. dr. Lada Zibar

► **Uvijek mi se nakon Vaših izlaganja učinilo da rješenja financijske krize u zdravstvu nisu nedostižna. Možete li nam se predstaviti s obzirom na poziciju i obrazovanje zbog kojega nastupate kao ekspert za pojedine dijelove zdravstvene ekonomije?**

Po struci sam diplomirana pravnica, s poslijediplomskim studijem iz komunikacija završenog na Fakultetu političkih znanosti u Zagrebu i trenutačno pri završetku EMBA – magistarskog programa poslovnog upravljanja na jednoj od visokih poslovnih škola u Hrvatskoj. Iako pravica po osnovnom obrazovanju, već dugo sam u managementu HUP-a te neposredno pratim uvjete poslovanja i funkcioniranje različitih segmenata nacionalne ekonomije. Moje neposredno djelovanje u zdravstvenom sektoru počelo je prije desetak godina, na poticaj nekoliko članova HUP-a domaćih proizvođača lijekova, s kojima sam osnovala Udrugu domaćih proizvođača lijekova te preuzela njezino vođenje. Udruga danas okuplja gotovo 100 % tržišta generičkih lijekova i biosimilara u Hrvatskoj, kako domaćih tako i stranih proizvođača te se pozicionirala kao neizostavan partner u kreiranju zdravstvenih politika u području lijekova u Hrvatskoj. Kako u HUP-u okupljamo sve sektore zdravstva – od proizvođača lijekova koje sam spomenula, preko vele-drogerija, do usluga u zdravstvu – ljekarni,

privatnih bolnica i poliklinika, zdravstvene njege u kući, liječnika poslodavaca u ugovornom odnosu, odatle i moj krovni pogled i dostupnost informacija iz svih segmenata zdravstvenog sustava. Već u nekoliko mandata članica sam Upravnog vijeća HZZO-a, tako da vrlo detaljno i dubinski imam uvid u stanje i politiku zdravstvenog sektora u Hrvatskoj.

► **Većinom komentirate potrošnju lijekova. Koji su glavni nedostaci trenutne hrvatske prakse, a koja moguća rješenja?**

Hrvatska odvaja manje na zdravstvenu zaštitu nego razvijene članice EU-a gledano u postotku BDP-a, a s druge strane puno više zdravstvenih usluga financira iz javne potrošnje. Često čujemo kako su lijekovi skupi i kako ih previše trošimo. Pritom gubimo iz vida činjenicu da potrošnja i izdvajanje za lijekove izravno pozitivno utječe na duljinu i kvalitetu života, što je, naravno, dobro. Svjedoci smo kako znanost nudi sve bolje terapije, ali uz povećanje troškova liječenja, pri čemu sve više udruga i dio javnosti zahtijeva od države plaćanje skupih, ponekad, eksperimentalnih terapija. Istovremeno, očigledno je da hrvatsko zdravstvo ne može servisirati niti postojeću razinu prava, što je najrazvidnije iz ogromnih dugovanja bolnica za lijekove i medicinske proizvode veledrogerijama.

Svakako da je u zdravstvu najteže to, uvjetno rečeno, stalno „balansiranje“ između etike i ekonomike, odnosno između onoga što je dostupno kao terapijska mogućnost za pacijenta i ekonomike u

smislu ishoda liječenja uz određen trošak. U zdravstvu, a to liječnici najbolje znaju, ograničenja koja zadaje raspoloživi budžet pred sve nas dionike sustava stavljaju velik teret i odgovornost toga balansa, i to su po mom mišljenju najveći izazovi suvremene prakse, koje laici teško uopće mogu razumjeti. Izloženi smo velikim pritiscima javnosti koja je najčešće tek vrlo površno informirana o realnim mogućnostima određenih terapija.

Taj problem nije hrvatska specifičnost, i najbogatije europske zemlje imaju slične probleme - stanovništvo stari, sve je dulji životni vijek, tzv. pametnih lijekova je sve više i nastavno tome zdravstveni budžeti sve su „napetiji“. Izazov je doista kako osigurati da sustavi budu održivi a pacijenti dobiju optimalnu skrb. U većini zemalja EU-a, pa i svijeta, okosnica održivosti su generički lijekovi koji po znatno nižim cijenama osiguravaju dostupnost jednako učinkovitih, najsuvremenijih terapija većem broju pacijenata. U segmentu bioloških terapija danas imate fantastične mogućnosti liječenja i zdravstvene ishode koji su do jučer bili nezamislivi. To su inače vrlo skupi lijekovi, ali s našim financijskim mogućnostima njima možemo liječiti ograničen broj pacijenata. No, ne i ako omogućimo širu penetraciju u sustav biosličnih lijekova, identičnih po učinkovitosti i sigurnosti. Ovdje vrlo često govorimo o razlici u cijeni od nekoliko tisuća EUR-a po samo jednoj terapiji, a bez razlika u ishodima. To su strašne razlike i trebamo se kao država doista potruditi da bolje iskoristimo mogućnosti koje nam te terapije pružaju. Jedna



Norveška ima penetraciju biosimilara preko 90 %, Njemačka gotovo 70 %, Hrvatska tek oko 28 %. OK, netko će reći pa to su novi lijekovi koji tek dolaze u Hrvatsku, zato je manji postotak. U redu - idemo im dati veću podršku i na sve načine stimulirajmo njihovu snažniju zastupljenost. Jer je to win-win za državu i pacijente.

► **Imate li uvida u probleme oko liječničkih plaća? Kakvo je Vaše mišljenje o nepravdama radnog vremena i cijeni liječničkog rada?**

Naravno, kao i svi, gledam i pratim što se po tom pitanju događa. I osobno i profesionalno. Osobno ne mislim da je to imalo dobro za sve nas kao građane i danas-sutra pacijente, a profesionalno nema nikakve logike. Ne razumijem kako je moguće da na jedan veliki „poslovni problem“ – ako ćemo čak samo s tog aspekta gledati - da gubiš kadar, i to prema anketama ne samo zbog visine plaća, nego velikim dijelom zbog generalno loših uvjeta rada i degradiranja statusa liječnika u društvu, odgovoriš na način da tom istom kadru ne daš niti toliko važnosti pa neposredno s njim, mislim na kolektivne pregovore, pokušas postići

obostrano razumijevanje i odgovor na barem dio njihovih izazova i potreba. Pa tko bolje od liječnika razumije uvjete liječničkog rada i ono što je liječnicima potrebno? Uz dužno poštovanje svom ostalom zdravstvenom osoblju, koje također ima svoje specifične probleme i zahtjeve, koje također nitko drugi ne poznaje kao oni i niti ih spori, slažem se sa svima onima koji govore da je neprihvatljivo da o sudbinama liječnika pregovara i odlučuje itko osim njih samih. Toga u privatnom sektoru iz kojeg dolazim nema - zna se tko koga u radno-socijalnim odnosima zastupa i zašto. Stoga dosadašnji pristup smatram jako pogrešnim, koja god obrazloženja za to dobili. I to treba hitno promijeniti. Koliko imam informaciju radi se na tome.

► **Što učiniti radi bolje informatizacije sustava? Informatičari “izvoze” svoj rad iz Hrvatske, a zdravstveni sustav ne prati ni optimum razine informatizacije. U čemu je problem?**

Informatizacija zdravstvenog sustava počela je davno, još 1994. godine, i odvijala se kroz više faza te danas imamo niz sustava u funkciji koji svakodnevno olakšavaju posao djelatnicima u

>>



zdravstvu kao i pacijentima. Posljednjih godina svjedoci smo pojave brojnih, novih - posebno personaliziranih - komunikacijskih kanala, medija i uređaja, što prati i snažan razvoj informacijskih i komunikacijskih tehnologija, koje onda nude rješenja za praćenje i upravljanje mnogim procesima zdravstvenih usluga. Ne vjerujem da će informatika ikada potpuno moći zamijeniti živu osobu, kažu da je to zbog toga što umjetnoj inteligenciji sve možemo ugraditi osim empatije, no svakako možemo pojednostavniti procese i olakšati svakodnevnicu i pacijentu i liječniku. Stoga ulaganje u IT vjerojatno spada među najkvalitetnije i najisplativije investicije za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga. No, kao i u svemu ostalome, to ovisi o raspoloživim sredstvima i jasno postavljenim ciljevima.

► **Bi li službene nacionalne smjernice i normativi donijeli uštedu? Ima li već predviđanja u obliku kalkulacija? Koji su indikatori koji se pri tomu koriste?**

Hrvatska ulaganja u zdravstvo su među najnižima u EU-u. Uz to u Hrvatskoj samo trećina osiguranika koji koriste zdravstvene usluge plaća punu premiju osnovnog (obveznog) zdravstvenog osiguranja, a koristi ga preko 4 milijuna. Gotovo milijun korisnika odlukom države ima besplatno i dopunsko osiguranje. U situaciji tako izazovnog proračuna važno je tko i kako odlučuje koje intervencije, usluge, opremu, lijekove, osoblje financirati iz proračuna, a koje ne, i s kojim ishodom. Dakle, svakako je nužno uložiti dodatne napore u smjeru upravljanja novcem kojim se zdravstvo financira,

» Ne treba se
bojati sinergije
privatnog i
javnog. «

odnosno postaviti jasan okvir financiranja onoga što donosi najviše koristi za populaciju u cjelini. Tome ima prostora i u smjernicama i u normativima i u brojnim drugim segmentima racionalizacije poslovanja zdravstvenog sustava. Indikatore koje druge zemlje koriste premalo gledamo i uvažavamo njihove rezultate, a ti indikatori jasno pokazuju da nam pojedina ulaganja nisu isplativa. Dovoljno je samo pogledati ljestvice uspješnosti liječenja pojedinih bolesti i stanja pa uvidjeti da „ulaganja“ i ishodi nisu u korelaciji. Samoliječenje pacijenata je također područje u kojemu možemo postići neke uštede.

► **Moje je mišljenje vezano za sustavnu edukaciju građana o održavanju zdravlja i sprječavanju bolesti na svim razinama, „od kolijevke pa do groba“. S idejom boljeg života, ali i ušteda u zdravstvu. Je li to romantizam ili realizam?**

Hrvatska, htjeli mi to sebi priznati ili ne, ima problem s dostupnosti zdravstvenih usluga i s ishodima liječenja – naš zdravstveni sustav pati od dugačkih lista čekanja za preglede bolničkih specijalista, operacije i pretrage CT-om. Tu je jedno od rješenja privatno zdravstvo. Suradnjom s privatnim zdravstvenim ustanovama, javno zdravstvo dobiva kvalitetnu infrastrukturu bez dodatnih ulaganja, mogućnost racionalizacije troškova, poticaj za podizanje kvalitete usluge na višu razinu, skraćivanje listi čekanja te zaustavlja odljev zdravstvenog kadra iz Hrvatske. Ne treba se bojati sinergije privatnog i javnog. I građane i dio stručne javnosti treba pravilno informirati o mogućnostima te suradnje kako ne bi bilo neopravdane zadržke.

Imamo i visoku smrtnost od raka i kardiovaskularnih bolesti, relativno visoku

prisutnost bolničkih infekcija rezistentnim bakterijama, slabiju skrb za starije i nedovoljno ulaganje u prevenciju (snižavanje krvnog tlaka, smanjenje pušenja, cijepljenje protiv HPV-a i sl.). Iz te perspektive sustavna edukacija, ulaganje u edukaciju, ali i samopomoć nameću se kao prerogativ, kako kažete, „boljeg života“, ali i kao važna poluga u ostvarivanju potencijalnih ušteda u zdravstvu. U tom smislu riječ je o realnim pretpostavkama, a manje o romantičarskim konceptima. Da, puno više bismo trebali ukazivati građanima o osobnoj odgovornosti i utjecaju određenih navika, ponašanja i stilova života na njihovo zdravlje, ali i cijeli zdravstveni sustav. Ne ustručavajući se pritom i uvjetovati izravnim suodnosom pojedina „prava i obveze“. Moramo dostići svijest o barem minimumu osobne odgovornosti i brige svih nas za vlastito zdravlje. Odazivi na preventivne preglede, kao primjer ih ovdje navodim, „vrište“ koliko je to potrebno. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, rak vrata maternice je kod žena mlađih od 45 godina drugi malignom po učestalosti, a po smrtnosti treći, odmah nakon raka dojke i pluća. Stručnjaci pritom kažu kako nijedna žena danas ne bi trebala umrijeti od karcinoma vrata maternice. Testovi i pregled jednom godišnje smanjuju rizik od smrtnosti na minimum. Žena sam, u srednjim 40-im godinama (nije mi to problem priznati... smijeh...), okružena brojnim ženama iste dobi, mahom visokoobrazovanih, i opet, u razgovoru s mnogima od njih često čujem kako nisu bile na ginekološkom pregledu „otkako su rodile“, poneke i više od 10 godina. To nije odgovorno, moramo nekako utjecati na podizanje te osobne odgovornosti i svijesti građana.

► **I liječnicima treba dodatne ekonomske naobrazbe. Godinama već traju takvi tečajevi i studiji. Ima li posljedično vidljivih/mjerljivih pozitivnih rezultata?**

Programi ekonomske naobrazbe za zdravstvene djelatnike prisutni su na nizu visokoškolskih institucija i jako potrebni. Završetkom ovih programa polaznici bi trebali biti osposobljeni za upravljačka znanja i vještine na svim razinama zdravstvenog sustava, što svakako pozitivno utječe na razumijevanje ekonomskih elemenata problematike i upravljanja poslovanjem. Ono što kronično nedostaje je učinkovito upravljanje cjelokupnim zdravstvenim sustavom, odnosno racionalno,



Puno više bismo trebali ukazivati građanima o osobnoj odgovornosti i utjecaju određenih navika, ponašanja i stilova života na njihovo zdravlje, ali i cijeli zdravstveni sustav. Ne ustručavajući se pritom i uvjetovati izravnim suodnosom pojedina „prava i obveze“.



disciplinirano, planirano i odgovorno poslovanje u svakom pojedinom segmentu zdravstva, uz prethodno jasno postavljena ekonomska načela njegova upravljanja. Dok to ne riješimo, sustav će i nadalje biti neodrživ i osuđen na stvaranje gubitka.

► **Za kraj Vas molim da prema vlastitom izboru odaberete preporuke liječnicima za svakodnevnu praksu, uz argument o razlogu za takve savjete.**

Od svih nas koji u zdravstvenom sustavu djelujemo, svatko u svojoj domeni djelovanja snosi odgovornost za sve što se događa. I svatko od nas sigurno uvijek može više. Liječnicima je to „više“ možda i poneko „ne“ više. „Ne“ pritiscima pacijenata i javnosti, „ne“ slabostima sustava, pa ako hoćete „ne“ i defetizmu i jednoj apatiji u koju smo kao društvo generalno prilično uronili. I svakako jedno veliko „da“ organiziranoj borbi za bolje sutra. Mi u HUP-u svim liječnicima dajemo punu podršku da ustraju u svojoj borbi i pozivamo ih na još snažnije povezivanje, i institucionalno i individualno. Međusobnom suradnjom, razmjenom znanja i iskustva te snažnijom kolegijalnom podrškom, uvijek možemo više.

➤ **POSTUPAK PRIZNAVANJA
INOZEMNIH STRUČNIH
KVALIFIKACIJA
NAŠI LIJEČNICI
ODLAZE, A TKO
NAM DOLAZI?**

📄 Izvor: Hrvatska liječnička komora

U proteklih šest godina, otkad je Hrvatska ušla u Europsku uniju, potvrde za odlazak na rad u inozemstvo i daljnji nastavak karijere u nekoj drugoj državi, zatražilo je 1810 liječnika, a čak 800 liječnika napustilo je hrvatski zdravstveni sustav i otišlo raditi u inozemstvo.

U hrvatskom zdravstvenom sustavu nedostaje najmanje 2000 liječnika, a oko 4000 njih za deset godina odlazi u mirovinu.





Kako je već odavno jasno da naši vrsni liječnici i specijalisti najvećim dijelom nepovratno odlaze iz hrvatskog zdravstvenog sustava, vrijeme je da postavimo pitanje tko nam dolazi. Koliko liječnika, iz kojih zemalja, koje dobi i kojih specijalizacija ulazi u hrvatski zdravstveni sustav te kako izgleda postupak za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija?

Prema podacima Hrvatske liječničke komore, od 1. srpnja 2013. do 1. listopada 2019. Komora je zaprimila ukupno 528 zahtjeva za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija (PISK), što čini prosjek od 75 zahtjeva godišnje. Ipak, nakon uspješno završenog procesa priznavanja dio liječnika nije Komori podnio zahtjev za upis u imenik liječnika i za izdavanje liječničke licence, što znači da nisu kao licencirani liječnici ušli u hrvatski zdravstveni sustav. No pojasnimo prvo čemu služi PISK i koja je razlika između općeg i automatskog postupka PISK-a.

> Kakav je postupak priznavanja PISK-a?

Naime, doktori medicine i doktori medicine specijalisti koji su stručne kvalifikacije stekli izvan Hrvatske, a žele obavljati liječničku djelatnost na području naše države, bez obzira imaju li hrvatsko državljanstvo ili su strani državljani, prvo moraju proći PISK. Tek nakon završetka tog postupka mogu ti liječnici zatražiti upis u Komorin imenik i izdavanje licence.

„Od ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju 01. srpnja 2013. god., PISK se u Hrvatskoj provodi slijedom propisa Europske unije: Direktive EU 2005/36., Direktive EU 2013/25. i Direktive EU 2013/55., koje je naša država kao članica ugradila u svoje zakone i propise.

PISK doktora medicine i doktora medicine specijalista provodi se na temelju Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, Zakona o izmjenama i dopunama zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija i Pravilnika o mjerilima za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija. Navedeni propisi liječničku profesiju definiraju kao „reguliranu profesiju“, jer je za njeno obavljanje zakonskim propisima uvjetovano posjedovanjem stručne kvalifikacije specifične za liječnike. U praksi to znači da je nakon završenog formalnog obrazovanja - studija medicine, potrebno proći kroz propisano stručno osposobljavanje. Postupak prema kojemu će se provesti PISK ovisi o tome gdje su stečene inozemne stručne kvalifikacije“, pojašnjava Žarka Rogić, dr. med iz Komorine Službe za stručno medicinske poslove.

S obzirom na navedeno, razlikujemo opći i automatski PISK. Naime, Zakon o zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj određuje Hrvatsku liječničku komoru nadležnim tijelom za PISK doktora medicine i doktora medicine specijalista. U **općem postupku** za PISK, Komora dijeli nadležnost s Ministarstvom zdravstva RH, dok je Komora potpuno i samostalno nadležna za PISK po **automatskom postupku**.

Automatski postupak PISK-a primjenjuje se u rješavanju zahtjeva u kojima podnositelji zahtjeva posjeduju dokaze da su stručne kvalifikacije stekli u državi članici Europske unije, odnosno državi ugovornici Ugovora o Europskom gospodarskom prostoru (EGP) ili Švicarskoj konfederaciji, te kojima nadležno tijelo navedenih država iz kojih dolaze potvrđuje da stečena stručna izobrazba odgovara i udovoljava uvjetima osposobljavanja utvrđenim u Direktivama EZ-a.

Automatski postupak PISK-a primjenjuje se i u rješavanju zahtjeva u kojima podnositelji zahtjeva posjeduju dokaze nadležnog tijela države članici Europ-

ske unije, odnosno države ugovornice Ugovora o EGP-u ili Švicarske konfederacije, da su mu/joj stručne kvalifikacije koje su stečene u trećim državama priznate, te da je temeljem stvarnog i zakonitog obavljanja zdravstvene djelatnosti u kontinuitetu tijekom tri godine u posljednjih pet godina stekao/la prava na temelju kojih se potvrđuje da njegova/njezina liječnička izobrazba odgovara i udovoljava uvjetima osposobljavanja utvrđenim u navedenim Direktivama.

Na temelju članka 48. Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, postupku priznavanja ne podliježu stručne kvalifikacije (diploma medicinskog fakulteta, svjedodžbe odnosno uvjerenja o položenom državnom/stručnom ispitu, specijalističkom ispitu i ispitu iz područja uže specijalnosti) koje su doktori medicine stekli prije 8. listopada 1991. godine izvan teritorija Republike Hrvatske na području bivše SFR Jugoslavije

Postupci PISK-a po automatskom postupku odvijaju se bez teškoća. Postupak započinje podnošenjem zahtjeva Komori za priznavanje inozemne stručne kvalifikacije. Kada se utvrdi da su zahtjevu priloženi svi valjani dokazi, podnositelju zahtjeva izdaje se rješenje, u zakonom predviđenom roku od najviše 3 mjeseca.

Tako je u posljednjih godinu dana (1. listopada 2018. - 1. listopada 2019.)

Komora zaprimila devet zahtjeva na koje je primijenjen automatski postupak priznavanja. Svi navedeni zahtjevi završeni su izdavanjem rješenja kojim je priznata stečena inozemna stručna kvalifikacija. U posljednjih pak šest godina Komora je zaprimila 78 zahtjeva i u automatskom postupku izdano je ukupno 77 rješenja. Od toga je broja 41 liječnik, odnosno dr. med./dr. med. spec., postao član HLK-a s licencom.

Opći postupak PISK-a doktora medicine i doktora medicine specijalista dug je i administrativno složen postupak, u kojem slijedom Zakona o zdravstvenoj zaštiti Komora dijeli nadležnost s Ministarstvom zdravstva RH.

„Postupak započinje podnošenjem zahtjeva Komori koja u općem postupku, u okviru svojih nadležnosti, provodi vrednovanje formalne-visokoškolske obrazovne inozemne kvalifikacije stečene u trećim zemljama. Postupak provodi stručnjak koji u sklopu svoje primarne djelatnosti obavlja izobrazbu na medicinskim fakultetima ili sudjeluje u izradi programa izobrazbe doktora medicine na medicinskim fakultetima u Hrvatskoj. Na temelju prijedloga dekana medicinskih fakulteta u Hrvatskoj Komora odabire stručnjaka koji usprema inozemni visokoškolski obrazovni program s programima koje kao uvjet traže propisi Republike Hrvatske za obavljanje profesije doktora medicine. Ako stručnjak utvrdi bitne razlike, i to u nedostatku sadržaja kolegija ili odstupanju satnice većem od 20 % u odnosu na najmanju satnicu istog kolegija na medicinskim fakultetima u Hrvatskoj, te ako Komora na temelju sveukupne dokumentacije utvrdi da postoje bitno različiti sadržaji koji su bitni za obavljanje struke, izriču se dopunske mjere i poziva se podnositelja zahtjeva da odabere jednu od sljedećih mjera: obavljanje provjere osposobljenosti u profesiji ili obavljanje razdoblja prilagodbe do tri godine“, kaže dr. Žarka Rogić.

Ako kandidat, nastavlja dr. Rogić, odabere mjeru provjere osposobljenosti

u profesiji, obvezan je položiti ispite radi ocjene osposobljenosti za obavljanje liječničkog zanimanja, i to na jednom od medicinskih fakulteta u RH, u roku od šest mjeseci. Ako kandidat odabere mjeru obavljanja razdoblja prilagodbe obvezan je odslušati kolegije na jednom od medicinskih fakulteta u Hrvatskoj u opsegu satnice odabranog medicinskog fakulteta i položiti ispite iz predmetnog kolegija.

Komora će izdati rješenje i podnositelju zahtjeva kod kojeg je stručnjak utvrdio razlike u inozemnom studijskom programu u odnosu na studijske programe na medicinskim fakultetima u RH, ako je uvidom u cjelokupnu dokumentaciju na temelju cjeloživotnog obrazovanja, stručnog usavršavanja i radnog iskustva podnositelja ocijenila da ne postoji bitno različiti sadržaji u pogledu osposobljavanja i posebice stečenih kompetencija odlučujućih za obavljanje profesije doktora medicine.

Nakon izdavanja rješenja u općem postupku PISK-a, Komora upućuje dr. med./dr. med. spec. da postupak priznavanja pripravničkog staža, polaganje stručnog ispita i priznavanje specijalizacije provede na Ministarstvu zdravstva.

Iako zahtjevu za PISK nije potrebno priložiti dokaz o poznavanju hrvatskog jezika, to je potrebno iz praktičnih razloga zbog provedbi dopunskih mjera poznavanja hrvatskog jezika.

Od 01. listopada 2018. do 1. listopada 2019. Komora je zaprimila 78 zahtjeva na koji je primijenjen opći postupak priznavanja. U 49 postupaka izdana su rješenja kojim je priznata stručna kvalifikacija doktora medicine, a podnositelji su upućeni na daljnje postupanje u Ministarstvo zdravstva.

„U općem postupku u posljednjih šest godina izdano je ukupno 307 rješenja koja Komora u okviru svojih nadležnosti može izdati. Svi liječnici su potom morali nastaviti postupak u Ministarstvu zdravstva. Od navedenog broja, 167 dr. med/dr. med. spec. su postali članovi

Komore s licencom. Ovu kategoriju je teško pratiti jer sve dok ne podnesu zahtjev Komori za upis u imenik liječnika i za izdavanje licence, ne znamo što se s tim liječnicima događa“, zaključuje dr. Rogić. Tako je primjerice u proteklih godinu dana od ukupno 87 podnesenih zahtjeva (44 ženske i 43 muške osobe) broj priznatih kvalifikacija iznosio 52, a od tog broja je samo 15 liječnika nakon postupka priznavanja zatražilo i dobilo licencu Komore.

Prema Komorinim podacima za posljednjih godinu dana, u Hrvatsku dolaze mahom mlađi liječnici, bez specijalizacije, od kojih je većina podnijela zahtjeve za priznavanje na koje se primjenjuje opći postupak, što znači da su njihove inozemne kvalifikacije stečene u trećim zemljama. Njih 32 je u dobi od 24 do 28 godina, 18 ih je u dobi od 34 do 38 godina, 12 podnositelja zahtjeva bilo je u dobi od 29 do 33 godine, a 10 u dobi od 39 do 43 godine. U skupini od 44 do 53 godine bilo je također 10 podnositelja zahtjeva, troje ih je dobi od 54 do 58 godina, a dvoje u dobnoj skupini od 59 do 69 godina.

Prema podacima o stručnim kvalifikacijama čije se priznavanje traži, od 87 zahtjeva njih 60 odnosilo se na PISK dr. med. Nakon toga s po tri zahtjeva slijede specijalisti ginekologije i opstetricije, specijalisti pedijatrije te kliničke

radiologije. Po dva zahtjeva za PISK došla su od specijalista interne medicine, obiteljske medicine i opće kirurgije, te dva iz dermatovenerologije, onkologije i radioterapije i psihijatrije. Posljednjih godinu dana PISK je tražio po jedan specijalist hematologije, nefrologije, gerijatrije, oftalmologije, maksilofacijalne kirurgije i anesteziologije.

Gledano prema državljanstvu najviše zahtjeva, njih 57, tražile su osobe koje imaju hrvatsko državljanstvo. Nakon toga najveći broj zahtjeva dolazi iz zemalja bivše Jugoslavije: osam iz BiH, sedam iz Sj. Makedonije te sedam iz Srbije. Iz EU-a stigao je zahtjev za PISK jednog liječnika (Francuska). Dva liječnika imaju rusko državljanstvo, a u Hrvatskoj su zahtjev za PISK podnijeli po jedan liječnik iz Crne Gore, Egipta, Francuske, Jordana, Kosova i Ukrajine.

Iz svega navedenoga trend je vrlo jasan: manjak liječnika u Hrvatskoj ne mogu riješiti „inozemni“ kolege koji žele svoj profesionalni razvoj i karijeru nastaviti u RH jer hrvatski liječnici odlaze u prevelikom broju, a zanimanje stranaca za dolaskom na rad u Hrvatsku je daleko manji.

Odakle dolaze liječnici u Hrvatsku?

Državljanstvo	Zahtjevi za priznavanje na koji se primjenjuje automatski postupak	Zahtjevi za priznavanje na koji se primjenjuje opći postupak	Ukupno
Hrvatska	9	48	57
Bosna i Hercegovina	0	8	8
Crna Gora	0	1	1
Egipat	0	1	1
Francuska	0	1	1
Jordan	0	1	1
Kosovo	0	1	1
Sj. Makedonija	0	7	7
Srbija	0	7	7
Ruska federacija	0	2	2
Ukrajina	0	1	1

Podaci po državljanstvu (zahtjevi od 1.10.2018. do 1.10.2019.)

Dr. JELENA KOSJER u procesu je priznavanja inozemne stručne kvalifikacije u Hrvatskoj:

ŽELIM RADITI U HRVATSKOJ JER SU UVJETI RADA BOLJI I POTICAJNIJI



Dr. med. Jelena Kosjer 35-godišnja je liječnica, specijalizantica opće kirurgije u Kliničkom centru Vojvodine, koja je prije nekoliko mjeseci započela s procesom priznavanja inozemne stručne kvalifikacije u Hrvatskoj.

„Diplomirala sam na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Novom Sadu. Diplomski rad na temu „Etiološka distribucija i inicijalna procena forme akutnog pankreatitisa“, položila sam s najvišom ocjenom 10. Članica sam Lekarske komore Srbije, regionalne Lekarske komore Vojvodine, Društva lekara Vojvodine Srpskog lekarskog društva DLV-SLD, Sekcije za Tradicionalnu medicinu DLV-SLD, kao i Naučne sekcije Saveza studenata Medicinskog fakulteta Univerziteta u Novom Sadu. Naime, još kao ambiciozna studentica medicine, aktivno sam sudjelovala, kao autor i koautor i prezentirala svoje znanstvenoistraživačke radove na više međunarodnih i nacionalnih kongresa biomedicinskih znanosti. Između ostalih osvojenih prestižnih nagrada za znanstvenoistraživački rad iz oblasti kirurgije, posebno ističem osvojenu 1. nagradu Europe za najbolji rad iz oblasti kirurgije na 6.

Young European Scientist Meeting, YES Meeting u Portu u Portugalu a radom na temu „Minimalno invazivna hirurgija u lečenju kalkuloze bilijarnog trakta“, priča dr. Kosjer.

Nakon završenog Medicinskog fakulteta, koji traje šest godina, i odrađenog obveznog pripravničkog staža u trajanju od šest mjeseci, dr. Kosjer položila je državni ispit Ministarstva zdravlja Republike Srbije i stekla licencu za rad Liječničke komore Srbije.

„Prvo radno mjesto bilo je liječnik volonter i volontiranja. Naime, pod volonterskim ugovorima o stručnom usavršavanju, radila sam godinu i pol dana u Kliničkom centru Vojvodine. Uz ambiciju, entuzijazam i afirmativni rad, nakon razdoblja volontiranja, potpisala sam ugovor na određeno vrijeme, potom i na neodređeno vrijeme, a nakon svega dobila sam i državnu specijalizaciju iz opće kirurgije. O potencijalnom nastavku karijere izvan granica Srbije, konkretno u Hrvatskoj, razmišljam dugo



vremena unatrag, a odučila sam se tek nedavno, budući da me je privrženost obitelji sprječavala. Pokrenut je i proces stjecanja hrvatskog državljanstva koji je sada u tijeku.

Na odlazak iz Srbije potakla me je kumulativna nemogućnost napredovanja mladih liječnika, osobni interes pojedinaca koji se prepliće s medicinskom strukom, nepotizam, nepovoljna politička klima za mlade liječnike i, naravno ništa manje bitno, loša financijska podloga, što i potvrđuje veliki broj odlazaka mladih liječnika i stručnjaka općenito iz Srbije.

Prije nekoliko mjeseci započela sam proces priznavanja inozemne stručne kvalifikacije u Hrvatskoj. Iz Hrvatske liječničke komore su me uputili na način realizacije istoga, s obzirom da je riječ o reguliranoj profesiji i neophodno je prikupiti opsežnu dokumentaciju”, kaže dr. Kosjer. Dr. Kosjer kaže da još uvijek nije definitivno razmišljala o konkretnom mjestu u Hrvatskoj gdje bi nastavila

karijeru, ali bi kaže svakako željela da to bude neki kliničko-bolnički centar s obzirom na njezinu specijalizaciju i akademsko usavršavanje.

“I moja velika ljubav prema prelijepom Hrvatskom primorju nije zanemariva po pitanju izbora radnog mjesta. Očekivanja od nastavka profesije u Hrvatskoj su svakako velika i afirmativna. Prije svega, ono što je primarno, očekujem što skorije pozitivno rješavanje mojih pokrenutih procesa i definiranje mog radno-pravnog statusa u Hrvatskoj. Očekujem povoljniji ambijent po pitanju statusa liječnika u društvu i u struci, kvalitetniju edukaciju i usavršavanje, moderniju opremu za rad i naravno prikladnu i bolju financijsku naknadu za obavljen posao.

S obzirom na to da je posao liječnika poziv koji je aktivan 24 sata dnevno sedam dana u tjednu, biti liječnik nije samo posao, već predstavlja način života. A svi imamo pravo na bolji život. Zar ne?”, zaključuje dr. Kosjer.

PBZ STAMBENI KREDITI U KUNAMA ILI EURIMA KADA JE RIJEČ O KREDITU, IDITE NA SIGURNO.

Razmišljate li o rješavanju vašeg stambenog pitanja? Sada je pravo vrijeme da se odvažite izgraditi vikendicu na moru o kojoj maštate godinama ili renovirate stambeni prostor koji bi vam uskoro mogao postati premali zbog nadolazeće prinove.

Dok članovi Hrvatske liječničke komore brinu o drugima, PBZ brine o njima.

PBZ STAMBENI KREDITI S FIKSNOM KAMATNOM STOPOM U HRK UZ ZALOG NEKRETNINE I STATUS KLIJENTA:

- od 5 do 7 godina: od 2,00% (EKS od 2,29%)*
- preko 7 do 10 godina: od 2,78% (EKS od 3,07%)*

PBZ STAMBENI KREDITI S FIKSNOM KAMATNOM STOPOM U EUR UZ ZALOG NEKRETNINE I STATUS KLIJENTA:

- od 5 do 7 godina: od 2,00% (EKS od 2,29%)*
- preko 7 do 10 godina: od 2,78% (EKS od 3,07%)*

Ne brinite, mjesečne obveze možete plaćati na dan u mjesecu koji vama najviše odgovara.

Dodatne informacije o ponudi PBZ-a za članove Hrvatske liječničke komore, možete pronaći na web adresi www.hlk.hr ili kontaktirajte Magnifica tim.

* EKS je izračunat za iznos kredita 525.000,00 HRK/70.000,00 EUR i rok otplate 7 ili 10 godina, uz trošak godišnje premije police osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK/27,44 EUR te godišnje premije police osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK/61,74 EUR. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

Iskazane su fiksne kamatne stope za kredite uz zalog nekretnine u visini do 80% iznosa procijenjene vrijednosti založene nekretnine.

Fiksne kamatne stope za kredite u HRK u visini do 90 - 100% iznosa procijenjene vrijednosti založene nekretnine iznose od 2,10% do 2,98% ovisno o roku otplate.

Prethodno navedene fiksne kamatne stope mogu se dodatno uvećati za 0,10 p.p. ovisno o procjeni kreditnog rizika klijenta sukladno Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama. Vrsta kamatne stope isključivo ovisi o izboru klijenta.



REPREZENTATIVNI PRIMJERI UKUPNIH TROŠKOVA

STAMBENI KREDITI U HRK UZ ZALOG NA STAMBENOJ NEKRETNINI

	PROMJENJIVA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za HRK)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (10 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA RAZDOBLJE OD 7 GODINA I PROMJENJIVA ZA PREOSTALO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za HRK)	
	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Status klijenta ¹	HRK					
Valuta kredita	525.000,00 HRK					
Traženi iznos kredita	20 godina					
Rok otplate	10 godina		7 godina fiksna kamatna stopa + 13 godina promjenjiva kamatna stopa			
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	nema naknade za obradu kreditnog zahtjeva					
Fiksna kamatna stopa	-		3,08%	2,78%	2,30%	2,00%
Promjenjiva kamatna stopa ²	2,79%	2,49%	-	-	2,79%	2,49%
Efektivna kamatna stopa ³	3,08%	2,77%	3,38%	3,07%	2,78%	2,48%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	161.841,88 HRK	143.153,56 HRK	87.009,44 HRK	78.172,07 HRK	144.555,80 HRK	126.098,53 HRK
Mjesečni anuitet uz primjenu fiksne kamatne stope	-	-	5.088,85 HRK	5.016,30 HRK	2.731,12 HRK	2.655,89 HRK
Mjesečni anuitet uz primjenu promjenjive kamatne stope	2.856,76 HRK	2.779,43 HRK	-	-	2.814,97 HRK	2.738,01 HRK
Ukupan iznos za otplatu ⁴	701.702,68 HRK	683.014,36 HRK	618.599,84 HRK	609.762,47 HRK	684.416,60 HRK	665.959,33 HRK

STAMBENI KREDITI U EUR UZ ZALOG NA STAMBENOJ NEKRETNINI

	PROMJENJIVA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za EUR)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (10 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA RAZDOBLJE OD 7 GODINA I PROMJENJIVA ZA PREOSTALO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za EUR)	
	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Status klijenta ¹	EUR					
Valuta kredita	70.000,00 EUR					
Traženi iznos kredita	20 godina					
Rok otplate	10 godina		7 godina fiksna kamatna stopa + 13 godina promjenjiva kamatna stopa			
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva	nema naknade za obradu kreditnog zahtjeva					
Fiksna kamatna stopa	-		3,08%	2,78%	2,30%	2,00%
Promjenjiva kamatna stopa ²	2,79%	2,49%	-	-	2,79%	2,49%
Efektivna kamatna stopa ³	3,08%	2,78%	3,38%	3,07%	2,78%	2,48%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	21.579,05 EUR	19.087,15 EUR	11.601,32 EUR	10.422,97 EUR	19.278,07 EUR	16.812,92 EUR
Mjesečni anuitet uz primjenu fiksne kamatne stope	-	-	678,51 EUR	668,84 EUR	364,15 EUR	354,12 EUR
Mjesečni anuitet uz primjenu promjenjive kamatne stope	380,90 EUR	370,59 EUR	-	-	375,33 EUR	365,07 EUR
Ukupan iznos za otplatu ⁴	93.590,65 EUR	91.098,75 EUR	82.493,12 EUR	81.314,77 EUR	91.283,27 EUR	88.822,12 EUR

¹Status klijenta ostvaruje klijent koji prima redovna mjesečna primanja na račun u PBZ-u. Kod promjenjive kamatne stope PBZ može u određenom referentnom razdoblju, a na temelju sklopljenog ugovora, odobriti umanjeње redovne kamatne stope na osnovu ispunjavanja uvjeta statusa klijenta. Umanjeње se izražava u postotnim poenima i primjenjuje na ukupnu redovnu kamatu po kreditu. Detaljnije informacije vezano za utvrđivanje statusa klijenta moguće je pronaći u Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama.

²Promjenjiva kamatna stopa definira se kao broj fiksnog dijela u visini 2,38 p.p. i 6M NRS1 za HRK, odnosno 2,45 p.p. i 6M NRS1 za EUR, koja je za kredite uz status klijenta umanjena za 0,30 p.p.

³EKS je izračunat za navedeni iznos kredita uz navedeni rok otplate, godišnju premiju za policu osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK / 27,44 EUR, godišnju premiju za policu osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK / 61,74 EUR te mjesečnu naknadu za vođenje transakcijskog računa u iznosu od 7,00 HRK izuzev za kredite uz fiksnu kamatnu stopu. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

⁴Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do dospijeća uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana, a koje bi korisnik kredita plaćao do konačne otplate kredita, uz pretpostavku da je do kraja otplate kredita važeća navedena promjenjiva kamatna stopa, godišnju premiju za policu osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK / 27,44 EUR, godišnju premiju za policu osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK / 61,74 EUR te mjesečnu naknadu za vođenje transakcijskog računa u iznosu od 7,00 HRK izuzev za kredite uz fiksnu kamatnu stopu.

Utvrđivanje i promjenjivost kamatne stope prema 6M NRS1 za HRK i 6M NRS1 za EUR definirano je Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama. Radi konstantnog mijenjanja tečajja i varijabli koje utječu na iste postoji tečajni rizik. Tečajni rizik predstavlja neizvjesnost vrijednosti domaće valute u odnosu na vrijednost strane valute radi promjene deviznog tečajja. Promjena tečajja može realno smanjiti ili uvećati odnos vrijednosti dviju valuta, a samim time i iznos ugovorene veličine obveza. Stoga je moguća promjena iznosa ugovorne obveze u kunama nastala uslijed promjene tečajja. Ugovor o kreditu osiguran je založnim pravom na stambenoj nekretnini.

SVIJET MOGUĆEG.

 PRIVREDNA BANKA ZAGREB



www.pbz.hr

Bank of INTESA  SANPAOLO

Ovaj oglaš je informativnog karaktera i ne predstavlja obvezujuću ponudu za PBZ.



prim. dr. sc. IVAN ŽOKALJ, dr. med.

DA SAM JA MINISTAR...

Kad bi mi netko raspoložen za šalu ponudio dužnost ministra zdravstva, tražio bih kao prvi i osnovni preduvjet podršku vladajućih i oporbe za predloženi plan mjera nužnih za održivost zdravstvenog sustava (to znači kako osim u slučaju čuda ne postoje pa niti najmanji izgledi da preuzmem tu dužnost). Nijedan ministar zdravstva ne može provesti ozbiljnu i dugoročno održivu reorganizaciju zdravstvenog sustava bez nedvosmislene podrške glavnih aktera na političkoj sceni i najzastupljenijih političkih grupacija kako u Saboru tako i u predstavničkim tijelima lokalne i regionalne samouprave. Podrška svih ili bar velike većine aktera na političkoj sceni potrebna je zato što reformske mjere uvijek znače i provedbu nepopularnih mjera zbog kojih će gubiti popularnosti oni koji provode reformu na kratko razdoblje dok se ne vide rezultati reforme.

Istovremeno bih tražio podršku strukovnih komora u zdravstvu kao legitimnih predstavnika interesa svih reguliranih zdravstvenih profesija i

najzastupljenijih stručnih društava svih zdravstvenih profesija zbog njihovih kadrovskih potencijala za pružanje intelektualnih usluga tijekom izradbe paketa reformskih mjera.

Postoje četiri skupine pitanja koje mora riješiti svaka odgovorna osoba na bilo kojoj razini vlasti; to su kadrovi, prostor, oprema te financiranje svega prethodno navedenoga. U Zdravstvenom sustavu ne može biti dovoljno kvalitetnoga kadra bez kvalitetnog sustava školovanja, stalnog stručnog usavršavanja i primjerenih plaća. Prostor i opremu propisuje ministarstvo uz suradnju strukovnih komora i stručnih društava, i to ne treba mijenjati, samo treba jače nadzirati provedbu takvih standarda u praksi. Idemo redom.

A) Zdravstveni djelatnici

1) **Kadrovsko-vremenski normativi zdravstvenih djelatnika.** Definiranje ovih normativa nekoliko su puta pokušali Hrvatska liječnička komora uz suradnju sa stručnim društvima u sklopu Hrvatskog liječničkog zbora,

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i samo Ministarstva zdravstva u sklopu pojedinih podzakonskih akata. Te normative trebaju izraditi na jasan način svi sudionici i potom ih učiniti zakonski obvezujućima prilikom planiranja broja djelatnika u svim zdravstvenim ustanovama bez obzira na oblik vlasništva (privatno/javno) i osnivače javnih ustanova (država/županija/grad/općina). Kako bi se takvi normativi izradili u vremenski prihvatljivom okviru, ministarstvo bi strukovnim komorama trebalo odrediti rok od najviše jedne godine za njihovo definiranje. Prijedloge normativa bi kao i dosad izradila stručna društva svih zakonom reguliranih zdravstvenih profesija i dostavila ih strukovnim komorama. Nakon toga bi ministarstvo usuglasilo konačan prijedlog normativa i proglasilo ga obvezujućim aktom s kojim se mora uskladiti sistematizacija radnih mjesta u svim zdravstvenim ustanovama, ali i rasporedi rada zdravstvenih djelatnika te liste čekanja/rezervacija za pojedine medicinske postupke.

2) **Dodiplomska edukacija liječnika.**

Unatoč sve većem broju visokoškolo-
vanih pripadnika ostalih reguliranih
zdravstvenih profesija u zdravstve-
nom sustavu, svi zakoni koji reguliraju
zdravstveni sustav i nadalje glavnu
odgovornost za provedbu postupaka
zdravstvene zaštite stavljaju na liječ-
nike. Zato je potrebno stalno usavr-
šavati sustav dodiplomske edukacije
liječnika kako bi se studente medicine
pripremlilo na izazove s kojima će se
susresti odmah poslije diplome. Slije-
dom toga potrebno je u suradnji sa
svim medicinskim fakultetima pora-
diti na osmišljavanju praktične nastave
u posljednje tri godine studija medicine,
kako bi studenti stekli čim više znanja
i vještina tijekom praktične nastave u
ambulantama i odjelima te tako čim
bolje upoznali način funkcioniranja
zdravstvenog sustava za čije potrebe se
školuju.

3) **Specijalističko usavršavanje liječnika.**

Organiziranje i provedbu specijalistič-
kog usavršavanja doktora medicine
ubuduće bi trebala provoditi Hrvatska
liječnička komora u suradnji s nadlež-
nim stručnim društvima Hrvatskog
liječničkog zbora, uz redovito provo-
đen upravnog nadzor Ministarstva zdrav-
stva. Specijalistička edukacija doktora
medicine je u svojoj biti većim djelom
čisto stručno pitanje s kojim se ne treba
baviti državna administracija zadu-
žena za osmišljavanje pravnog okvira
zdravstvenog sustava. Hrvatska liječ-
nika komora već je izradila plan za
provedbu specijalističkog usavršavanja,
koji bi se u kratkom roku mogao prove-
sti u djelo. Broj potrebnih specijaliza-
cija određivao bi se na temelju mreže
zdravstvenih ustanova i zahtjeva koje
iskažu tijekom godine zdravstvene usta-
nove. Specijalizacije bi počinjale svake
jeseni, npr. polovicom rujna, kako bi
se pojednostavnilo provedbu specija-
lističkih ispita putem testa i usmenog
ispita u nekoliko sveučilišnih središta.

Plaćanje specijalističkog usavršavanja
doktora medicine trebalo bi se centra-
lizirati u zasebni fond pod nadzorom
Ministarstva zdravstva. U startu bih
naglasio kako plaće svih liječnika na
specijalizaciji ne bi bile jednake, zato
što postoje područja u našoj zemlji koja
su udaljena od većih gradskih središta
i koja kronično pate od depopulacije.
Stoga bi kao mjeru stimulacije liječ-
nici koji se odluče raditi na takvom
području dobivali npr. 20 % veću
osnovnu plaću, ali bi u slučaju odusta-
janja od rada na tom području netom
nakon položenog specijalističkog ispita
morali vratiti stimulaciju.

4) **Kontinuirano stručno usavršavanje zdravstvenih djelatnika.**

Pripadnicima
svih reguliranih zdravstvenih profesija
predmetnim zakonima o pojedini-
m strukama nametnuta je obveza
kontinuiranog stručnog usavršavanja.
Nažalost, u ovom području postoji
neujednačena praksa od ustanove do
ustanove, zbog čega bi bilo poželjno
u suradnji sa strukovnim komorama
izraditi pravilnik o načinu provedbe i
financiranja takvog usavršavanja. Pred-
metnim pravilnikom utvrdilo bi se
pojednostavnost, poput konkretne svote za
edukaciju koju ustanova mora osigurati
za zdravstvenog djelatnika određene
profesije tijekom jedne godine, bilo
od HZZO-a, bilo od donatora. Osigu-
ravajućim kućama (HZZO i privatne
osiguravajuće kuće) bili bi jedna od
bitnih sastavnica ugovora članci o
svoti za kontinuirano stručno usavr-
šavanje zdravstvenih djelatnika. Usta-
nove bi trebale otvoriti zasebne račune
za stalno stručno usavršavanje preko
kojih bi se uplaćivala donacija u svrhu
bolje preglednosti. Takav fond mogla
bi nadzirati zasebna tijela ili stručna
vijeća ustanova, a na kraju svake godine
objavljivao bi se popis s podacima o
obliku i trošku pojedinih edukacija, uz
ime djelatnika. Svrha je ovakvog fonda
osigurati jasnu raspodjelu sredstava

za edukaciju za stalno stručno usavr-
šavanje u svakoj ustanovi. Navedenim
rješenjem osigurala bi se sredstva za
edukaciju za pripadnike onih specijali-
zacija koje osobito u manjim sredinama
nisu zanimljive predstavnicima proi-
zvođača medicinske opreme i lijekova.

Zasebna priča je osiguravanje sred-
stava za edukaciju djelatnika prilikom
uvođenja novih medicinskih postupaka.
Svaki vlasnik/osnivač ustanove morao
bi prilikom zahtjeva za nabavu nove
medicinske opreme u svrhu uvođenja
novih postupaka u nekoj ustanovi jasno
prikazati izrađen plan edukacije zdrav-
stvenih djelatnika svih profesija i finan-
ciranja njihove edukacije. Ministarstvo
bi od nadležnih tijela u strukovnim
komorama zatražilo mišljenje o struč-
noj razini i provedivosti takvog plana,
kako bi se izbjegle da se npr. planiraju
nerealno kratki rokovi edukacije za
vrlo složene dijagnostičke i terapijske
postupke.

5) **Edukacija i nadzor rada sudskih vještaka.**

Ovi su zadaci u središtu inte-
resa kako opće, tako posebno stručne
javnosti prilikom neželjenih događaja
praćenih većim medijskim publicite-
tom. Vještačenje prilikom neželjenog
završetka medicinskih postupaka osjet-
ljiva je tema koju treba u interesu svih
građana dodatno precizno zakonski
definirati ne samo edukaciju nego i
rad sudskih vještaka svih zdravstvenih
profesija staviti pod nadzor pojedinih
strukovnih komora kojima vještaci
pojedine struke pripadaju. Time bi se
zasigurno olakšalo rad organima pravo-
suda i učvrstilo povjerenje u ispravnost
nalaza sudskih vještaka zdravstvenih
profesija.

6) **Prebacivanje područja stručnih
pogrešaka zdravstvenih djelatnika svih
razina iz područja kaznenog prava u
područje građanskog prava.** To znači
kako se tim područjem više ne bi bavila
državna odvjetništva, nego odvjetnici
koji se bave osiguranjem, osiguravajuće

kuće, građanski odjeli općinskih sudova i tijela nadležna za nadzor stručnog rada strukovnih komora u zdravstvu. To bi morao biti dobro osmišljen proces izveden u suradnji svih zainteresiranih subjekata; Sabora, strukovnih komora u zdravstvu, Odvjetničke komore, stručnih udruga sudaca i udruga koje zastupaju prava pacijenata. Naglasak u novom sustavu mora biti na promicanju mirenja kao glavnog načina rješavanja sporova. Pacijentima bi prava na odgovarajuću naknadu trebalo osigurati inačicom švedskog modela odšteta za dokazane pogreške u dijagnostici i liječenju („no fault compensation“) prilagođenog hrvatskim mogućnostima i prilikama.

B) Prostori, mreža zdravstvenih ustanova

Prostori u kojima se obavljaju medicinski postupci moraju odgovarati postojećem Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/2011, 128/2012, 124/2015, 8/2016, 77/2018). Nije li moguće osigurati u primjereno kratkom roku poštivanje tih standarda u pojedinoj ustanovi, tada se mora nadležnim tijelima središnje države i regionalne samouprave predložiti odluka o mogućem ukidanju ustanove. Tada bi financiranje obnove i proširenje prostora zasigurno ušlo u financijske prioritete od razine tijela središnje državne vlasti do županija i gradova.

1) **Mreža zdravstvenih ustanova** Prvo je i osnovno pitanje na koje bi morali odgovoriti ne samo političari nego možda i građani putem referenduma, žele li u mrežu zdravstvenih ustanova u javnom zdravstvenom sustavu uključiti i ustanove u privatnom vlasništvu. Ako građani pristanu na to, glavni uvjet za uključivanje bio bi pristanak vlasnika tih ustanova na potpuno iste uvjete poslovanja koje HZZO ugovara s javnim zdravstvenim ustanovama, bez iznimke! U postojećoj mreži zdrav-

stvenih ustanova potrebno je bitno povećati broj ordinacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja mora ostati temelj zdravstvenog sustava, ali nikako ne u sadašnjem obliku s timom koji čine samo liječnik specijalist (obiteljske medicine, ginekolog ili pedijatar) i medicinska sestra.

2) **Bolnička mreža.** Drugo pitanje, iznimno osjetljivo za građane izvan velikih sveučilišnih gradova poput Zagreba, Osijeka, Rijeke i Splita, jest određivanje bolničke mreže. Reorganizirati se mora isključivo prema kriterijima koje bi odredili ovlašteni predstavnici zdravstvenih profesija kroz strukovne komore, uz suradnju s ministarstvom. Vjerojatno bi za provedbu tako zahtjevnog i politički osjetljivog zadatka zbog mogućeg nezadovoljstva građana, trebalo u pojedinim sredinama ponovo provesti nacionalizaciju cjelokupne bolničke mreže. Teško je vjerovati kako će se predstavnička tijela pojedinih jedinica lokalne i regionalne samouprave suglasiti s mogućim ukidanjem cijelih bolnica ili čak ukidanjem samo kadrovski osiromašenih odjela. To je pitanje koje moramo sami riješiti, mi hrvatski građani, uz dužno poštovanje prema iskustavima drugih zemalja, što znači kako bi novi nacionalni plan bolnica trebali izraditi domaći stručnjaci. **Provedba reorganizacije bolničke mreže mora se temeljiti isključivo na stručnim kriterijima, što znači prema stanju kadrova, opreme i prostora na pojedinim lokacijama i mogućnostima pružanja kvalitetne zdravstvene zaštite čim većem broju građana, nikako ne na povijesnim kriterijima, starosti pojedinih institucija i nekadašnjoj slavi pojedina iz neke institucije ili političkoj snazi političara iz nekoga kraja.** Zahtjevnost složenijih suvremenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka neminovno nalaže pažljivo isplaniranu reorganizaciju bolničke mreže kako bi dobro plaćeni usko specijalizirani zdravstveni djelatnici grupirani u optimalnom broju u manjem broju ustanova mogli obaviti čim veći broj zahtjevnih

medicinskih postupaka, u čim boljim uvjetima, kako bi se postigla bolja dostupnost složenijih oblika dijagnostike i liječenja i posljedično viša razina zdravstvene zaštite. Rasipanje specijaliziranih kadrova svih profesija i opreme na velikom broju lokacija zasigurno neće osigurati bolju zdravstvenu zaštitu, a uzrokovat će demotivaciju i odlazak stručnjak iz manjih sredina. Naravno, ministarstvo bi prihvatilo predloženu mrežu kad bi se vodstva pojedinih županija sama željela dogovoriti oko zajedničkih ulaganja u pojedine oblike visokospecijaliziranih oblika zdravstvene zaštite na jednoj lokaciji (npr. interventna kardiologija, interventna radiologija, interventna gastroenterologija, vaskularna kirurgija, neurokirurgija...).

3) **Sustav poticajnih mjera za očuvanje i nadogradnju postojeće mreže primarne zdravstvene zaštite.** Mislim da stanje u bolničkom sustavu, prema mišljenju brojnih zdravstvenih djelatnika i prema percepciji javnosti ne zadovoljava, ali stanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u pojedinim županijama upravo je alarmantno. Radi očuvanja postojeće mreže nužno je izmjenama zakona obvezati općine i gradove na veće sudjelovanje u opremanju ambulanti, osiguravanje prikladnog smještaja za zdravstvene djelatnike i stimulativne dodatke na plaću u područjima u kojima je već kroničan nedostatak zdravstvenih djelatnika, osobito liječnika. Obvezu osiguravanja minimalne razine zdravstvene zaštite ne može se prebaciti samo na državnu administraciju. Čelnicima lokalne samouprave moraju biti jasno definirane obveze u pogledu organizacije primarne zdravstvene zaštite i izvora financiranja. Država bi, s druge strane, mogla osigurati porezne olakšice za zdravstvene djelatnike koji se odluče na selidbu u manje privlačna područja u kojima postoje godinama nepopunjena radna mjesta.

Jedan je od kroničnih problema koji čini rad u PZZ-u nepopularnim obveza

Trebalo bi precizno zakonski definirati nadzor nad radom sudskih vještaka svih zdravstvenih profesija.

ispunjavanja brojnih čisto administrativnih poslova za potrebe HZZO-a i drugih institucija. Potrebno je utvrditi novi standardni sastav tima u PZZ-u uz pomoć strukovnih komora i stručnih društava, npr. liječnik/ca specijalist obiteljske medicine + prvostupnik/ica sestrinstva + medicinska sestra/tehničar ili medicinska sestra/tehničar i administrator. Opterećivanje postojećim količinama administrativnih poslova uz sve ostale radne zadatke isključivo dvoje ljudi ne držim primjerenim. Naprotiv, to je dugoročno štetno, zbog čega je već krajnje vrijeme za promjene kojima će se bitno olakšati svakodnevno funkcioniranje u PZZ-u. Jedino povećanjem broja djelatnika i smanjenjem broja osiguranika po timu može se osigurati takva mreža ordinacija u PZZ-u koja može učinkovito rješavati većinu zdravstvenih pitanja na obostrano zadovoljstvo, i pacijenata i zdravstvenog osoblja.

Domovi zdravlja morali bi osigurati dostupnost osnovne laboratorijske i slikovne dijagnostike (klasični radiogrami, mamografija, ultrazvuk, u područjima udaljenima od bolnica i otocima CT), kako bi se oživotvorilo ideju o rješavanju većine zdravstvenih problema na razini PZZ-a.

C) Oprema, lijekovi i potrošni materijali

Redovitu nabavu medicinske opreme, lijekova i potrošnih materijala za javne zdravstvene ustanove trebalo bi centralizirati i staviti pod nadzor zajedničkih tijela, u kojima bi sudjelovali predstavnici zdravstvenih ustanova svih razina zbog racionalizacije troškova postu-

paka nabave i vjerojatno nižih nabavnih cijena traženih artikala. Konkretno, to znači kako bi se za lijekove raspisivali nacionalni tenderi temelju dotad iskazanih potreba i mišljenja vodećih stručnjaka u području kliničke farmakologije i ostalih pojedinih specijalnosti. Kad je u pitanju redovito i sustavno opremanje novom opremom dijagnostičkih laboratorija (biokemijskih, mikrobioloških, citoloških i patoloških), odjela za slikovnu dijagnostiku (radiologija, nuklearna medicina), intervencijskih laboratorija (kardioloških, gastroenteroloških, radioloških) i operacijskih dvorana, raspisivali bi se godišnji natječaji na temelju programa koje pojedine ustanove obavljaju. To znači da bi osnivači ustanova morali prvo osigurati educirane kadrove i prostor. Prednost pri nabavi uređaja imale bi ustanove s većim brojem postupaka sukladno razini ustanove; nikako se ne mogu stavljati u istu razinu manje opće bolnice i veliki klinički bolnički centri. Prilikom uvođenja novih medicinskih postupaka morao bi osnivač ustanove najprije ministarstvu dostaviti elaborat s obrazloženjem zahtjeva, osobito u dijelu o kadrovima koji bi rabili tu opremu, očekivanom broju postupaka tijekom godine te financiranju edukacije djelatnika koji bi rabili traženu opremu. Odluči li osnivač ustanove sam snositi troškove nabave nove opreme i edukacije zdravstvenih djelatnika, ali s željom naplaćivanja usluga putem obveznog zdravstvenog osiguranja kroz HZZO, opet bi morao tražiti dozvolu ministarstva koje bi procijenilo je li potrebno razvijati još jedno središte za provedbu određenog oblika dijagnostike ili liječenja uz već postojeća središta. Naravno, preduvjet je za ovakvu nabavu dobro osmišljena reorganizacija mreže zdravstvenih ustanova temeljem koje bi odgovorne osobe u ministarstvu mogle donositi odluke.

Nacionalni tenderi za skupu medicinsku opremu zasigurno bi osigurali velike uštede cjelokupnom zdravstvenom sustavu i omogućili bi ugovaranje

sustava redovitog višegodišnjeg servisiranja uređaja po povoljnijim cijenama. Članove povjerenstava koji bi vodili postupak nabave na nacionalnoj razini trebao bi birati Sabor na prijedlog ministra/ice zdravstva za razdoblje od najmanje pet godina, ali bez mogućnosti reizbora. Članovi takvog tijela mogli bi u tih pet godina izraditi i početi provoditi planove sustavnog nabavljanja medicinske opreme u suradnji s osnivačima zdravstvenih ustanova. Periodična izmjena članova omogućila bi dovođenje novih osoba, s novim spoznajama i idejama.

D) Financiranje zdravstvenog sustava

Definiranje košarice usluga osnovnog zdravstvenog osiguranja glavno je i najosjetljivije pitanje financiranja zdravstvenog sustava zato što bi konačno taksativno nabranje dijagnostičkih i terapijskih postupaka te oblika lijekova na koje ima pravo osiguranik tijekom jedne proračunske godine smanjilo mogućnost pretjeranoga i medicinski neopravdanog korištenja usluga zdravstvenog sustava. Svaki osiguranik HZZO-a trebao bi znati koja su njegova prava tijekom jedne proračunske godine. Uzor prilikom izrade takvog paketa usluga trebale bi nam biti europske zemlje s dobro organiziranim zdravstvenim sustavom, poput na primjer Švedske. Hrvatska je definirana kao socijalna država i zato bi svakako trebalo osloboditi od plaćanja participacije za korištenje usluga zdravstvenog sustava dio osiguranika na temelju podataka Porezne uprave. Istovremeno bi država morala promijeniti način plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje za osobe koje je oslobodila te obveze, uvrštavanjem tih plaćanja među prioritete pri redovitim mjesečnim isplata iz državne riznice. Definiranje košarice usluga je „vruć krumpir/kesten“ koji sve vlade izbjegavaju, svjesne gubitka političkih bodova, ali to je mjera koja se neizbježno mora provesti.

Zahtjev za Prošli mjesec su sljedeći liječnici zatražili izdavanje duplikata licence zbog gubitka iste:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Miroslav Čačić, dr.med. | 3. Dora Jelinek, dr.med. |
| 2. Branka Maslač, dr.med. | 4. Mr.sc. Ružica Vasari-Talanga, dr.med. |

Komorino istraživanje: Čak je 60 posto liječnika spremno povući suglasnost za prekovremeni rad!

Čak bi 60 % liječnika zaposlenih u javnom zdravstvenom sustavu sigurno ili vjerojatno povuklo suglasnost za prekovremeni rad, kao podršku zahtjevima da se liječnicima omogući da sami pregovaraju o svojim radnim pravima i obavezama. Također je 86 % liječnika vjerojatno ili sigurno spremno sudjelovati u javnim prosvjedima za ostvarenje svojih zahtjeva. Rezultati su to istraživanja koje je u rujnu provela Hrvatska liječnička komora, čiji je cilj bio analizirati stavove liječnika o protuzakonitom prekovremenom radu. Čak 67 posto liječnika uobičajeno radi prekovremeno, a o nedostatku liječnika jasno govori i podatak iz ankete da je jedna trećina ispitanih u redovno radno vrijeme uvijek raspoređena istovremeno na više od jednog radilišta. Posebno zabrinjavaju odgovori na pitanje o mogućnosti nastavka liječničke karijere u inozemstvu. 14 posto liječnika već sada aktivno traži posao u inozemstvu ili su odlučili otići, a njih čak još 45 posto razmišlja o odlasku. Uzmemo li u obzir samo liječnike mlađe od 45 godina, onda se postotak onih koji razmišljaju o odlasku penje na 52. Anketa je poslana na adrese 8.640 liječnika, a ispunilo ju je 3.185 liječnika, članova Komore.



Save the date

2. KONGRES KOKOZA I 4. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

Rovinj, 13. — 15. ožujka 2020. godine
Maistra Eden Hotel Rovinj 4*

www.aorta.hr t. + 385 1 2824 645 kongres@aorta.hr

IVANA ŠMIT NOVA PREDsjednica HUBOL-a



Ivana Šmit, dr. med., izabrana je za novu predsjednicu Hrvatske udruge bolničkih liječnika kao jedini kandidat na izvanrednoj izbornoj skupštini

Udruge, koja je na sjednici održanoj krajem listopada u Zagrebu okupila sedamdesetak članova. Šmit je jedan od osnivača HUBOL-a, a u prošlom mandatu bila je na funkciji dopredsjednice.

„U vođenju HUBOL-a fokusirat ću se zajedno s timom na ponovno jačanje naše Udruge, jer su u zadnjih godinu dana njene aktivnosti bile onemogućene. Cilj nam ostaje isti: borba za interese bolničkih liječnika, zaštitu njihovoga profesionalnog dostojanstva i stručne neovisnosti te javno i konstruktivno kritiziranje stanja u zdravstvu“ naglasila je novoizabrana predsjednica. Šmit je posebno istaknula nužnost da HUBOL privuče nove članove kako bi se zaustavio pad članstva, koji je rezultat neaktivnosti

Udruge pred kraj mandata bivše predsjednice.

Skupština je izabrala liječnike Lanu Videc Penavić i Borisa Ujevića za dopredsjednike Udruge, a Stanislavu Laginju, Anu Gverić Grginić, Gordanu Živanović Posilović, Anu Jurin Martić, Željka Blazinkova, Ivana Burcara, Samiju Ropar, Ljubicu Luetić Cavor, Borisa Lovrić, Ivana Bekavca, Ivana Lerotića, Teu Mirošević Zubonju, Tomislava Franića i Jadranku Pavičić Šarić za članove Izvršnog odbora. Na sjednici su izabrana i tri člana Nadzornog odbora te pet članova Časnog suda. Doktorica Šmit diplomirala je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Specijalistica je interne medicine i subspecijalistica kardiologije, a od 2010. godine radi u Općoj bolnici u Sisku.

PUB QUIZ

Dodite na

PETI PUB KVIZ HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

**Pitanja su iz raznih područja (najmanje iz medicine),
povedite sa sobom prijatelje**

NOVO VRIJEME I MJESTO ODRŽAVANJA PUB KVIZA (ULAZ - ILIČKI NEBODER)

Ponedjeljak 2. prosinca 2019. od 18:30 do 21:30 h, Club Ritam grada, Gajeva ulica 2, Zagreb

Održan prvi Tečaj medicinskog prava za mlade liječnike

U prostorima Središnjeg ureda Hrvatske liječnike komore u Zagrebu, dana 8.11.2019. održan je prvi Tečaj medicinskog prava. Tečaj je bio namijenjen mladim liječnicima, prvenstveno onima koji nisu imali obvezu polaganja državnog ispita, odnosno odrađivanja pripravničkog staža, a organiziran je od strane Povjerenstva za mlade liječnike HLK-a. O zainteresiranosti mladih liječnika za ovakvim tečajem govori podatak o tome da se u dvorani HLK tražilo mjesto više, tj. broj prijava je bio puno veći od kapaciteta prostora, tako da je prvom tečaju prisustvovalo 39 polaznika. Nakon pozdravne riječi Predsjednice povjerenstva za mlade liječnike, Marije Rogoznice, dr. med., službeni dio je započeo uvodom u medicinsko pravo koji je održao Mijo Karaula, dipl. iur., iz Službe pravnih i stručno-medicinskih poslova, a potom je Ana Budinščak Katovčić, dipl. iur., istaknula najvažnije informacije **ovlastima HLK-a** i o **organizaciji liječništva** uključujući što je sve uređeno Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, na kojim sve razinama se obavljaju zdravstvene djelatnosti te koje je najznačajnije novine donio Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/2018). U dijelu tečaja koji se odnosio na **ugovaranje zdravstvene zaštite**, Mijo Karaula, dipl. iur., je ukratko prikazao odnos između HZZO-a i zdravstvenih ustanova te koja je uloga HLK-a u tome. O **pravima i obvezama liječnika** govorila je Franciska Dominiković, dipl. iur., a **liječnička tajna** je bila jedna od stavki za koju su polaznici pokazali značajno zanimanje. Istaknuto je da su zdravstveni radnici dužni čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta, a povreda čuvanja profesionalne tajne teža je povreda obveze iz radnog odnosa. Mnogo je bilo pitanja o ovoj tematici, a jedno od njih je bilo kako

postupiti u situaciji kada mediji pitaju kakvo je stanje pacijenta. Nadalje, istaknute su obveze postupanja liječnika u slučaju nasilja u obitelji. **Medicinska dokumentacija** je bila sljedeća točka od interesa polaznika, gdje je istaknuto kako pravilno treba voditi dokumentaciju te u kojim situacijama liječnik može dokumentaciju bolesnika ustupiti nadležnim tijelima. Polaznici su u ovom dijelu tečaja imali također mnogo pitanja, kao npr. kako postupiti u situaciji kada se telefonskim putem traži informacija o stanju bolesnika, što se u praksi često događa. Novost u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti o kojoj se puno pisalo u medijima je prijava promjene zdravstvenog stanja. Istaknuto je da prema Zakonu o sigurnosti na cesti, nije dužan samo izabrani liječnik prijaviti promjenu stanja bolesnika, već i liječnik koji je obavio pregled odnosno liječio vozača. Da je riječ o važnoj stavci u zdravstvenom sustavu, govori to da je broj prijava promjene zdravstvenog stanja u 2019. godini prerastao broj od 4000 tisuće, dok je u prethodnoj godini bilo svega oko 1000 prijava. Ružica Eraković, mag. iur., je ispričala što je to nadzor nad radom liječnika i koji sve oblici nadzora postoje. Potom je upoznala polaznike s **liječničkom odgovornošću** koja može biti građanska, kaznena, prekršajna i disciplinska te je istaknula neke primjere **povrede pravila struke**. Koja su **prava pacijenata**, o čemu pacijent ima pravo biti potpuno obaviješten, pravo na traženje drugog stručnog mišljenja te pravo na suodlučivanje, neke su od detaljnije razrađenih stavki tečaja. Istaknuta je i važnost **dobivanja suglasnosti od bolesnika** odnosno zakonskog skrbnika prije provođenja dijagnostičkih odnosno terapijskih postupaka. Kamo nakon diplome? Koje su najvažnije stavke iz Pravilnika o specijalističkom usavršavanju te što je to

“Sve što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć, a u vezi s njegovim zdravstvenim stanjem, mora čuvati kao liječničku tajnu i može je otkriti, ako posebnim zakonom nije drukčije propisano, samo uz odobrenje pacijenta, roditelja ili skrbnika za malodobne osobe, a u slučaju njegove psihičke nesposobnosti ili smrti, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika”

trajna medicinska izobrazba?, istaknula je Ana Tafra Ivić, dipl. iur. U završnom dijelu tečaja, doc. dr. sc. Tomislav Franić, je istaknuo o važnosti primjene **medicinske etike i deontologije** u svakidašnjoj praksi. Polaznici su nakon tečaja ispunili anketu u kojoj su istaknuli da su im najzanimljivija i najkorisnija bila predavanja o pravima i obvezama liječnika, pravima pacijenata, liječničkoj odgovornosti, specijalističkom usavršavanju, te medicinskoj etici i deontologiji. Također su željeli više vremena za postavljanje pitanja kojih je bilo mnogo, s obzirom da je riječ o mladim liječnicima s licencom koji su tek zakoračili u medicinsku praksu i pred kojima se svakodnevno otvaraju nova pitanja na koja traže odgovore. Hrvatska liječnika komora je prepoznala važnost educiranja mladih liječnika s aspekta medicinskog prava, etike i deontologije te će slični tečajevi biti organizirani i u budućnosti ne samo u Zagrebu, nego i u drugim gradovima Republike Hrvatske. Radujemo se dolasku što već broja polaznika na sljedeći tečaj!

Tekst pripremila: Ksenija Vučur, dr. med.

Povjerenstvo za mlade liječnike HLK

E-mail: mladi@hlk.hr

Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti suglasnost

zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, pacijent će se podvrći dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku samo u slučaju kada bi zbog nepoduživanja postupka bio neposredno ugrožen njegov život ili bi mu prijela ozbiljna i neposredna opasnost od težeg **oštećenja njegovoga zdravlja.**

NAJBOLJA FOTOGRAFIJA TEMA DRVO



Autorica najbolje fotografije: KATJA GAVRIĆ



Pozivamo liječnike da nam za sljedeći broj Liječničkih novina (do konca studenoga) pošalju tematsku fotografiju čiji su oni autori, a koja prikazuje **HLADNOĆU**. Najbolju fotografiju (prema izboru uredništva) nagradit ćemo objavom u Liječničkim novinama.

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr



Dragica Kramarić



Jelena Jozinović



Vlasta Oberiter Besker



Mirjana Vrkljan Radošević



Zvezdana Bodulović Mišić



Dijana Kibel



Dorotea Orosi



Marija Kudumija Slijepčević



Daniela Vojnović



Maja Zanić



Roland Pulanić



Morana Tomljenović

NA ČETVRTOM PUB KVIZU HLK-a

OKRŠAJ

U KLUBU KNJIŽEVNIKA



Između 15 ekipa pobjednici 4. pub kviza Hrvatske liječničke komore je ekipa *Marin opet kasni*. I ovaj put su se ekipe prijetavale za drugo mjesto, i to *Rade Končar* i *Neverlast*, a bolji su bili natjecatelji ekipe *Neverlast*. (Na slici gore su prvoplasirani i drugoplasirani s voditeljicom dr. Ksenijom Vučur.)



Pobjednička ekipa *Marin opet kasni*



Drugonagrađena ekipa *Neverlast*



Prof. dr. Bruno Baršić & *Greenhills Boys*

U zagrebačkom „Klubu književnika“ je 5. studenoga 2019. održan, po četvrti put, pub kviz Hrvatske liječničke komore. Privučeni bilo kvalitetom i zanimljivošću pitanja postavljenih na protekla tri kviza, bilo koncertom prof. dr. Brune Baršića i Greenhills Boysa, bilo najavom nagrada, nastupilo je 15 ekipa. Ni jaka kiša koja je pljuštala te večeri u Zagrebu nije spriječila dolazak 68 sudionika, dvorana je bila puna. Lijepo je bilo vidjeti velik broj, uglavnom mladih ljudi koji su se odazvali pozivu na još jednu intelektualnu zabavu.

Pobjednička ekipa „Marin opet kasni“ trijumfirala je odličnim rezultatom u 3. krugu. Dvije ekipe „Neverlast“ i „Rade Končar“ sakupile su po 37 bodova i bilo su potrebna još četiri pitanja za odluku o njihovom međusobnom poretku, a odlučujući je bio točan odgovor na pitanje o najmlađoj dobitnici Nobelove nagrade za mir (Malala Yousafzai).

Na četvrtom je mjestu ekipa „Acervulus“ (36 bodova). Tri ekipe dijele peto mjesto sa sakupljenih 35 bodova („Gričke curičke“, „Iskupljenje u šanku“, „Tres docentes“). „Tres docentes“ su jedini znali puni naslov knjige u kojoj je akademkinja Mirna Šitum opisala svoj doživljaj domovinskog rata („Naranče i mrtve ribe“). Iza njih su se poredale dvije ekipe s 34 boda („Diplomski rad MM“ i „Radnici pod nadzorom“), tri ekipe s 30 bodova („Na vrh mi jezika“, „Končar“, „Maksimilijan“) „Kangrga“ (27), „Bolje jedna topla cikla nego 4 hladne“ (26), „Podrumašice“ (22).

U prvom krugu nije bilo pitanja bez točnog odgovora, na dva pitanja su svi odgovorili točno, no samo su četiri ekipe znale da je Dalmatinska beneventana srednjovjekovno latinično pismo oblika slova (tim je pismom pisan evanđelistar opatice Vekenege iz 1096. godine).



Kviz su vodili dr. Ksenija Vučur i dr. Ivica Vučak (sastavljač pitanja)



Greenhills boys i ekipa mladih liječnica

U drugom krugu svi su točno odgovorili da pauk ima osam nogu, no nitko nije znao prezime autorice knjige “Nova zagrebačka kuharica: praktični naputak za kuhanje, pečenje i ukuhavanje: potpuna zbirka najboljih propisa za domaćice i kuharice...” (Marija Kumičić) niti odgovor o prvome predsjedniku Liječničke komore za Hrvatsku, Slavoniju i Međimurje sa sjedištem u Zagrebu utemeljene 1923. godine (dr. Kurt Hühn).

U trećem krugu svi su znali da su Fran Krsto Frankopan i Petar Zrinski pogubljeni u Bečkom Novom Mjestu, ali je samo jedna ekipa znala da je zagrebački Zoološki vrt otvoren 1925. godine. Samo su tri ekipe znale da se ustanak Matije Ivanića (umro u Rimu potkraj 1522./početkom 1523.) na Hvaru zbija prije ustanka Matije Gupca (1548. – 1573.) u Zagorju.

Bila je to večer u kojoj smo se svi prisjetili nečega što se gubi u zaborav, ponešto novoga naučili, uključili i sastavljača pitanja. Čestitke svim sudionicima, a posebice pobjednicima! Ponovna šansa pruža se svima, uključujući i nove koje od srca pozivamo, u ponedjeljak 2. prosinca 2019. Doviđenja!

ERRATA CORRIGE

Ispričavamo se cijenjenom čitateljstvu na pogreškama u LN 183:

- u natječaju za fotografiju pogrešno je pisalo da fotografije treba slati do konca rujna umjesto do konca listopada.
- u članku imenovanja parka Dr. Ivana Šretera navedena ulica je trebala biti Ulica Dragutina Gorjanovića Krambergera umjesto Gorjanićeva.

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U LISTOPADU 2019.

1. listopada	16. Gerontološki tulum povodom obilježavanja Međunarodnog dana starijih osoba, Zagreb (dr. V. Štefančić)
4. listopada	Kongres dječjeg zdravlja, Plitvice (dr. V. Krolo)
5. listopada	4. Konferencija o palijativnoj skrbi, Poreč (dr. V. Krolo)
5. listopada	Sportsko-edukativni projekt „Aktivna Hrvatska“, Crikvenica
9. listopada	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
9. listopada	Sastanak s predstavnicima medicinskih fakulteta vezano za specijalističko usavršavanje doktora medicine iz obiteljske medicine, Zagreb (dr. D. Soldo)
10. listopada	7. Kongres medicine rada s međunarodnim sudjelovanjem, Pula (prof.dr. G. Hauser)
10. listopada	Konferencija „Mentalno zdravlje! Modeli oporavka u zajednici. Gdje smo?“, Zagreb (dr. V. Štefančić)
14. listopada	Sastanak s predstavnikom Europske komisije vezano za zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj, Zagreb (dr. I. Raguž)
16. listopada	Obilježavanje 110. obljetnice Nastavnog zavoda za hitnu medicinu Grada Zagreba (dr.sc. K. Luetić)
18. listopada	Okrugli stol Večernjeg lista posvećen Nacionalnom planu protiv raka, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
18. listopada	7. Simpozij Kolegija javnog zdravstva Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Zagreb (dr. V. Štefančić)
18. listopada	Svečanost povodom 15. godišnjice osnivanja Hrvatske psihološke komore, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
21. listopada	Sastanak s predstavnicima Svjetske banke u vezi istraživanja o mobilnosti radne snage u zdravstvu u Europskoj uniji, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
21. – 25. listopada	Tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještake, Zagreb (prof. dr. L. Zibar)
24. listopada	12. Kongres kliničke mikrobiologije i 9. Kongres o infektivnim bolestima, Split (doc.dr. K. Dolić)
28. listopada	Obilježavanje Mjeseca borbe protiv raka dojke Udruge Sve za nju, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
29. listopada	Sastanak Koordinacije komora u zdravstvu (KoKoZ), Zagreb
29. listopada	Sastanak s predstavnicima Hrvatske ljekarničke komore na temu krivotvorenih liječničkih recepata, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U LISTOPADU 2019.

1. listopada	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
4. listopada	Sjednica Vijeća
9. listopada	Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost
16. listopada	Tematska sjednica Izvršnog odbora
16. listopada	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
25. listopada	Sjednica Nadzornog odbora
25. listopada	Sjednica Središnjeg izbornog povjerenstva
25. listopada	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
28. listopada	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
29. listopada	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
30. listopada	Sjednica Izvršnog odbora
1. – 31. listopada	2 rasprave na Časnom sudu

Highly commended certificate za knjigu hrvatskog autora i urednika

British Medical Association (BMA) profesionalna je organizacija liječnika Velike Britanije. Trenutačno ima 600 zaposlenih, a središnjica je u Londonu. Sastoji se od više tijela (BMA Councils, BMA Committees) zaduženih za više stručnih djelatnosti. Članstvo u BMA omogućuje pristup na više od 2000 e-knjiga i 1100 e-časopisa uključujući JAMA, Lancet, Medical Teacher i Nature. Sama organizacija izdaje časopis 'the doctor' koji bi odgovarao našim Liječničkim novinama. Osim e-knjiga BMA posjeduje i knjižnicu i čitaonicu. BMA uključuje i sekciju 'BMA Awards and honours' koja dodjeljuje nagrade u nekoliko kategorija. Upravo je izdavačka djelatnost izrazito naglašena što se očituje u činjenici da BMA organizira najznačajniji svjetski izbor najboljih medicinskih knjiga - **BMA Medical Book Awards**. Dodjela nagrada održava se svake godine u Londonu. Nagrade su podijeljene po kategorijama – medicinskim specijalnostima. Prema navedenom, nagrade se dijele za kategorije Anaesthesia, Basic and clinical sciences, Basis of medicine, Cardiology, Health and social care, Internal medicine, Medicine, Neurology, Obstetrics and gynaecology, Oncology, Paediatrics, Pathology, Popular medicine, Primary health care,



"Highly commended" knjige prilikom izbora najbolje knjige ("first prize") u kategoriji "Surgery".

Psychiatry, Public health, Radiology, Surgery i Surgical specialties. Osim nagrade za najbolju knjigu, u svakog kategoriji dodjeljuju se priznanja za 'highly commended' book (vrlo preporučljiva knjiga) u svakoj kategoriji. U kategoriji 'Surgery', highly commended book (za 2019. godinu 5 knjiga) priznanje dobila je i knjiga hrvatskog autora i urednika, doc. prim. dr. sc. Gorana Augustina iz KBC-a Zagreb, pod nazivom *Acute Abdomen During Pregnancy, 2nd edition*, koju je izdala izdavačka kuća Springer. Knjiga je ujedno i sveučilišni priručnik Sveučilišta u Zagrebu te knjiga pod pokroviteljstvom World Society of Emergency Surgery, gdje je doc. prim. dr. sc. Goran Augustin nacionalni predstavnik. Navedene ustanove u knjizi su MEF u Zagrebu

i KBC Zagreb. MEF u Zagrebu omogućio je doc. Augustinu sudjelovanje na ovogodišnjoj svečanosti dodjele prvih nagrada u svakoj kategoriji u Londonu, a koje nisu bile poznate do same svečanosti. Osim uzvanika i urednika nominiranih knjiga svečanosti su nazočili i predstavnici velikih svjetskih izdavačkih kuća (Oxford University Press, Elsevier, Springer, CRC Press i dr.). Važno je napomenuti da se 'highly commended' nagrada, odnosno certifikat, stavlja na službene stranice izdavača, što dodatno naglašava važnost same nagrade kao i knjige koja je to priznanje dobila.

Prof. dr. sc. DAVOR MIJATOVIĆ

POTICAJNE MJERE ZAPOŠLJAVANJA U ZDRAVSTVU ISTARSKE ŽUPANIJE

Višegodišnje se vode rasprave je li zdravlje „roba ili društvena vrijednost“, je li dostupnost zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga pravo svih građana ili privilegija onih koji si to mogu priuštiti? I do danas nema jasnog i strateški usvojenog odgovora na to pitanje, ali je svima poznata činjenica da je „pacijent u središtu zdravstvenog sustava“.

I da, to je istina, ali... **Da bi taj isti pacijent koji je u središtu zdravstvenog sustava bio kvalitetno zdravstveno zbrinut neophodan je zdravstveni radnik, liječnik.** Novinski članci prepuni su informacija o nedostatnom broju liječnika (i drugih zdravstvenih radnika) u hrvatskim bolnicama. Upravo iz tog razloga, predmnijevajući nedostatak liječnika, posebno u općim bolnicama, ravnatelji zdravstvenih ustanova u Istarskoj županiji u uskoj suradnji s lokalnom zajednicom (županijom, gradovima i općinama) još od 2017. godine rade na pojedinačnim

poticajnim mjerama za zapošljavanje u zdravstvu na području Istarske županije. S obzirom na postupno sve izraženiji nedostatak zdravstvenog kadra, od 2018. godine na snazi su poticajne mjere šireg opsega i traju sve do opoziva.

Aktualno aktivne mjere usmjerene su primarno prema rješavanju stambenog pitanja u vidu:

- sufinanciranja najamnine stana, u iznosu od 1.500,00 kuna mjesečno, za liječnike Opće bolnice Pula čija je struka deficitarna kadrom te
- osiguravanje povoljnijih uvjeta kreditiranja u vidu dodatnog subvencioniranja kamata za rješavanje stambenih potreba zdravstvenih radnika zaposlenih u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Istarska županija „ISTRAMEDIC 2019“.

Osnovni je uvjet za ostvarivanje prava na jednu od navedenih mjera radni odnos na

neodređeno vrijeme u zdravstvenoj ustanovi Istarske županije.

Razmišljajući i „korak unaprijed“, Istarska županija je na sjednici u rujnu 2019. godine usvojila Pravilnik kojim su propisani uvjeti, kriteriji i postupak za dodjelu stipendija redovitim studenima Istarske županije na studijima za deficitarna zanimanja u zdravstvu kao i prava i obveze stipendista.

Vraćajući se na početak ove vijesti, pacijent je centar zdravstvenog sustava, ali liječnik je ključna karika tog sustava. Posljedično, kontinuirani rad na poboljšanju mjera kojima se olakšava život i poboljšava životni standard zdravstvenih radnika preduvjet je sveobuhvatne zdravstvene zaštite žitelja Istarske županije.

Doc. dr. sc. Irena Hrštic, ravnateljica OB Pula

irena.hrstic@obpula.hr

U ZAGREBU PROSLAVLJEN SVJETSKI DAN BIOETIKE

U vijećnici Pravnog fakulteta u Zagrebu tradicionalno je i ove godine održana proslava Svjetskog dana bioetike u organizaciji Hrvatske katedre za bioetiku pod pokroviteljstvom UNESCO Chair in bioethics (Haifa). Tradicija je ovo koja seže u 2016. godinu, kada je prvi put organizirana ova proslava, sukladno deklaraciji donesenoj 19. listopada 2005. (Universal Declaration on Bioethics and Human Rights), zbog čega je i taj datum odabran kao dan bioetike.

Okupili su se na jednom mjestu znanstvenici koji se bave bioetičkim pitanjima s različitih fakulteta Zagrebačkog sveučilišta te studenti koje ova tema zanima. Pozdravni govor održala je doc. dr. sc. Sunčana Roksandić Vidlička, voditeljica UNESCO Chair Unit in Bioethics za Hrvatsku. Ovogodišnja tema objedinjuje širok spektar raznih bioetičkih pitanja a glasila je: „Respect for cultural diversity and pluralism. Article 12 of Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.

Health; Precaution; Artificial intelligence.“ Temu je unaprijed odredio Svjetski odbor za obilježavanje ovog dana, čiji je član i doc. dr. sc. Sunčana Roksandić Vidlička, a svake godine naglasak stavlja na jedan od članaka spomenute Deklaracije. Posebna gošća ovogodišnje manifestacije prof. dr. sc. Ellen Vos sa Sveučilišta u Maastrichtu održala je izlaganje pod naslovom „Health, precaution and bioethics“, koristeći se brojnim pravnim izvorima. Doc. dr. sc. Roksandić Vidlička koja je uz umjetnu inteligenciju u budućem svijetu naglasak stavila na ljudsko dostojanstvo kao jedno od temeljnih načela bioetike općenito.

Skup je završio tradicionalnom studentskom debatom, u kojoj su studenti Pravnog, Filozofskog, Medicinskog fakulteta i FER-a raspravljali o umjetnoj inteligenciji s naglaskom na pitanje reguliranja kiborga kao ljudi iz budućnosti.

Ivan Kaliterna, student Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

PROJEKTI KBC-A ZAGREB I DJEČJE BOLNICE SREBRNJAK

ZAGREB DOBIVA NOVI ODJEL ZA DJEČJU HEMATOLOGIJU I ONKOLOGIJU, DJEČJA BOLNICA SREBRNJAK POSTAJE KLINIČKI ISTRAŽIVAČKI CENTAR

Radovi na vrhu zgrade KBC-a Zagreb na Rebru u punome su jeku.

Zavod za pedijatrijsku hematologiju i onkologiju tako će iz prizemlja glavne zgrade seliti u nove prostore, gdje će se najteže oboljeloj djeci pružiti kvalitetnije liječenje i najbolja skrb.

Pročelnik Zavoda, prof. dr. Ernest Bilić, ističe kako je Zavod Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske gdje se liječe sve vrste bolesti krvi i malignih bolesti kod mlađih od 18 godina. Zavod je jedino mjesto u Hrvatskoj gdje se izvodi alogenična transplantacija koštane srži, a uskoro i CAR T terapija kojom će „reprogramirani“ vlastiti T limfociti ciljano uništavati leukemijsku stanicu. Provode se i sve vrste najsuremenijeg liječenja malignih bolesti djece, poput megakemoterapije, terapije monoklonskim protutijelima, terapije tzv. "pametnim-ciljanim" lijekovima i svega što trenutno suvremena medicina može pružiti maligno oboljeloj djeci.

Trenutni prostori Zavoda nalaze se u prizemlju glavne zgrade bolnice na Rebru, uz sam ulaz te time svojim pacijentima ne pružaju potreban mir i tišinu. Prof. Bilić napominje kako na postojećem odjelu u sobama boravi i po troje djece te ne postoji mogućnost cjelodnevno smještaja roditelja uz dijete.

Sobe nemaju vlastiti sanitarni čvor, a budući da djeca provode i po nekoliko mjeseci u bolnici, nužni su i bolji uvjeti za provođenje školske nastave.

Upravo je iz tih razloga prošle godine proizašla Zaklada dječja onkologija Rebri. Vođeni misle da nijedno dijete ne bi smjelo biti uskraćeno za najbolju skrb, inicijatori osnivanja Zaklade roditelji su oboljele djece, ravnatelj KBC-a Zagreb prof. dr. Ante Čorušić i njegov pomoćnik za kvalitetu i medicinska pitanja prim. dr. Milivoj Novak. Osnovan je i upravni odbor Zaklade koji

kontrolira sve njene aktivnosti. Prikupljena je sva potrebna dokumentacija i radovi su mogli započeti.

Zaklada je u godini svojeg postojanja prikupljala potrebna sredstva za izgradnju, organizirajući niz humanitarnih akcija, sportskih događanja i skupova, a u planu je i apliciranje za sufinanciranje opreme za novi odjel iz Europskih fondova. Organizirat će se nekoliko humanitarnih večera, a očekuju se i rezultati natječaja za sufinanciranje koje su raspisale različite tvrtke, organizacije i sportski savezi.



Projekt nadogradnje, izvor: ZDOR.hr

Cilj je izgraditi dovoljno velik prostor čijim bi se razmještajem osigurao potreban mir malim pacijentima, ističe prof. Bilić. U jednokrevetnim i dvokrevetnim sobama moći će uz svoju djecu boraviti i roditelji. Bolja kvaliteta zraka i izolacijske mjere poboljšat će ishode liječenja. Na novom odjelu svim će se roditeljima pružati duhovna, psihološka i psihijatrijska podrška.

Iz Zavoda za pedijatrijsku hematologiju i onkologiju ističu kako je novi odjel cjelovito rješenje za Republiku Hrvatsku u sljedećem višedesetljetnom razdoblju. Govoreći o budućnosti, prof. Bilić se osvrnuo i na pomanjkanje liječničkog kadra i sve veći broj odlazaka mladih liječnika u inozemstvo. Zavod za pedijatrijsku onkologiju i hematologiju trenutačno broji pet subspecijalista, od kojih su četiri mlađa od 40 godina i još je u tijeku specijalizacija za troje liječnika. Svi liječnici koji rade na Zavodu su visokomotivirani za ostanak u Hrvatskoj unatoč činjenici da mogu birati zemlju u kojoj bi se zaposlili, napominje prof. Bilić. Iako se radi o jednom od najstresnijih područja u medicini, u ovom trenutku vjeruju kako sljedećih desetljeća neće nedostajati liječnički kadar. Veći problem od liječnika su, kako ističe, medicinske sestre, koje zbog zahtjevnosti posla često odlaze na lakše odjele i lakša radna mjesta.

DJEČJA BOLNICA SREBRNJAK POSTAJE KLINIČKO ISTRAŽIVAČKO SREDIŠTE

KBC Zagreb nije jedina bolnica čiji projekti u budućnosti ciljaju ka poboljšanju uvjeta pedijatrijskog liječenja.

Dječja bolnica Srebrnjak dominantna je institucija u državi i regiji za liječenje alergijskih bolesti u djece te



Projekt nadogradnje, izvor: ZDOR.hr

će do 2022. godine dobiti istraživačko središte vrijedno gotovo 60 milijuna eura. Sredstva će se osigurati iz Europskog fonda za regionalni razvoj.

Projekt obuhvaća nabavu nove opreme te izgradnju nove zgrade od ukupno 15.000 četvornih metara, koja će biti povezana s već postojećom zgradom bolnice.

Novi dječji centar za translacijsku medicinu orijentirat će se na istraživanje kroničkih nezaraznih bolesti poput alergije i autoimune bolesti. Na predstavljanju projekta istaknuto je kako novi dječji centar za translacijsku medicinu znači bolje povezivanje temeljnih i kliničkih znanstvenih istraživanja s medicinskom praksom. Time bi se

nova otkrića brže i učinkovitije primjenjivala u svakodnevnom liječenju. To vodi razvitku personalizirane medicine i omogućuje raniju dijagnozu bolesti, uspješnije liječenje i bolju zdravstvenu zaštitu.

Dječja bolnica Srebrnjak trenutno broji 220 zaposlenika te se kroz narednih pet godina panira zaposliti dodatnih 134 „liječnika istraživača“. Izgradnjom novoga središta nadaju se i mogućnosti da se povuku vrhunski znanstvenici iz dijaspore te se radi na umrežavanju s vrhunskim znanstvenicima i institucijama s ciljem zaustavljanja „odljeva mozgova“ iz Hrvatske.

tinakontek@yahoo.com

Naglasci s 4. Konferencije o palijativnoj skrbi „Izvrsnost u palijativnoj skrbi“

U Poreču je od 4. do 6. listopada održana 4. Konferencija o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem - „Izvrsnost u palijativnoj skrbi“, a u organizaciji istarskih domova zdravlja i Hrvatskog društva za palijativnu medicinu koja je okupila 320 sudionika iz Hrvatske i 7 europskih zemalja.

Nakon brojnih inspirativnih izlaganja, skup je završio okruglim stolom o integriranoj palijativnoj skrbi (PS) - suradnji obiteljskih liječnika i specijalističkog PS-a, na kojem su sudjelovali dopredsjednica HLK-a i predsjednica KOHOM-a, dr. Vikica Krolo, i predsjednik HDOD-a dr. Dragan Soldo.

Poticaj za diskusiju bilo je izlaganje dr. Anne Sykes iz UK-a koja je govorila o „Golden Standards Frameworku“, strukturiranom modelu suradnje obiteljskih liječnika i izvanbolničke specijalističke skrbi. Model je osmislila obiteljska liječnica dr. Keri Thomas i on je jedan od temelja organizacije PS-a u UK-u.

Postavljeno je pitanje: koliko smo daleko od takvog modela i razvija li se naša palijativna skrb u tom pravcu. Iz rasprave koja je uslijedila izdvajamo:

- Skrb o teško bolesnim i umirućim bolesnicima ne započinje uvođenjem mobilnih palijativnih timova i palijativnih odjela, već je o njima oduvijek skrblila primarna zdravstvena zaštita.

- Liječnici OM-a zbog preopterećenosti ne stižu dovoljno komunicirati oko svog pacijenata, te je naglašena potreba administrativnog rasterećenja OM-a. Problem je teška dostupnost liječnika telefonom, kako obiteljske medicine tako i bolničkih, što bi se moglo ublažiti informatičkim rješenjima.

- Palijativni pacijent 90 % vremena boravi u svom domu pa je suradnja specijalističke palijativne skrbi i liječnika OM-a presudna za kakvoću skrbi.

- Razvoj specijalističkog PS-a jako je napredovao, ali se nedovoljno radi na osnaživanju općeg PS-a i razvoju komunikacije između općeg i specijalističkog PS-a.

- Važno je da se ne stvara „paralelni sustav“ i da pacijente ne „preuzima“ specijalistički PS. Oba sustava trebaju se zajednički brinuti o pacijentu, ali taj ostaje pacijent izabranog liječnika, koji vodi liječenje.

- Mobilni palijativni tim može se uključiti samo na poziv obiteljskog liječnika. Takav način rada se, prema riječima dr. Julijane Verebes, iz Graca, provodi u Austriji, a na takav način funkcionira i PS u Istri.

- Potrebno je podizanje kompetencija obiteljskih liječnika u PS-u, što je i preporuka (EAPCa - Toolkit for the development of palliative care in primary care).

- Uključivanje stomatologa u palijativne timove pokazuje razumijevanje palijativnog pristupa: važno je sve što čovjeku otežava život, a ne samo liječenje osnovne bolesti.

Konferencija je pokazala značajan iskorak u kakvoći palijativne skrbi i vjerujemo da će, kao što su i prethodne, proširiti vidike i iznjedrili nove ideje za razvoj hrvatske palijativne skrbi.

ANTE IVANČIĆ, dr. med.

predsjednik organizacijskog odbora

Dr. sc. JULIJANA FRANINOVIĆ MARKOVIĆ, dr. med. predsjednica programskog odbora

Privatna ginekološka ordinacija

Prodaje se potpuno Privatna ginekološka ordinacija u Šibeniku, Jerka Machieda 18, površine 85 m², zbog odlaska u mirovinu.

Oprema ordinacije je vidljiva na internetskoj stranici: www.ginekologija-kimer.hr

Privatna ginekološka ordinacija dr. Marija Kimer.

Ordinacija uspješno radi više od 12 godina uz evidentan prikaz godišnjeg prometa i stalno rastući broj upisanih pacijenata.

Ordinaciju sam voljna prodati isključivo liječniku koji ima želju nastaviti već uhodani posao, a najam ili prodaja poslovnog prostora prema posebnom dogovoru.

Molim zainteresirane da se jave na e-mail adresu: marija@ginekologija-kimer.hr

Simpozij o pretilosti i tim za njezino liječenje u Varaždinu

Simpozijem i službeno s radom započeo „Tim za liječenje pretilosti, barijatrijsku i metaboličku kirurgiju“ Opće bolnice Varaždin

Dana 25.09.2019. godine u Varaždinu je održan simpozij pod nazivom: Liječenje pretilosti. Simpozij se smatra službenim početkom rada „Tima za liječenje pretilosti, barijatrijsku i metaboličku kirurgiju“. Naime, ove godine u varaždinskoj bolnici oformljen je multidisciplinarni tim za liječenje pretilosti koji obuhvaća specijaliste različitih specijalnosti, psihologa i nutricionista. Osnivanjem takvog tima omogućeno je sustavno i kompletno liječenje pacijenata s problemom pretilosti u Općoj bolnici Varaždin. Tim čine endokrinologice **Vesna Šimegi Đekić, dr. med.**, **Izidora Osonjački dr. med.**, **Tina Slunjski, dr. med.** i **Janja Musulin dr. med.**, psihijatrica **Maja Vincek dr. med.**, anesteziologica **Nina Novak Fumić, dr. med.**, kirurzi **dr. sc. Alen Pajtak, dr. med.** i **Marin Senčar, dr. med.**, psiholog **Ivor Hoić, mag. psih.** i nutricionistica **Karmen Kokot, dipl. inž. preh. teh.**

Simpozij su zajednički organizirali: **Opća bolnica Varaždin, Hrvatski liječnički zbor i Sveučilište Sjever.** Uvodnu riječ i pozdravni govor na simpoziju održali su ravnatelj Opće bolnice Varaždin **Nenad Kudelić, dr. med.** i pročelnica studija Sestrinstva Sveučilišta Sjever,

doc. dr. sc. Marijana Neuberg. Endokrinologica **Vesna Šimegi Đekić** je uvodnim predavanjem pod naslovom “Je li moguće pobijediti pretilost?” iznjela auditoriju ozbiljnost problematike pretilosti u RH. Kirurg, **dr. sc. Alen Pajtak** predstavio je tim za liječenje pretilosti, barijatrijsku i metaboličku kirurgiju te kolegama slušačima (velikim dijelom liječnicima Obiteljske medicine) iznio upute o načinu upućivanja bolesnika timu. Anesteziologica **Nina Novak Fumić** osvrnula se svojim predavanjem na anesteziološke izazove u barijatrijskoj kirurgiji.

Na simpoziju su gostovali doajen barijatrijske kirurgije, **prof. dr. sc. Miroslav Bekavac Bešlin, dr. med.**, koji je održao predavanje o povijesti barijatrijske kirurgije i mjestu barijatrijske kirurgije u svijetu danas te **dr. sc. Gorana Miroshević, dr. med.**, endokrinologica u KBC Sestre Milosrdnice koja je u preglednom predavanju auditoriju iznjela ozbiljnosti komplikacija pretilosti.

Iznimna posjećenost simpozija upućuje na svjesnost naših liječnika o ozbiljnosti problema pretilosti u RH. Liječnici bolnice Varaždin mogu prihvatiti izazov suvremenog medicinskog liječenja pretilosti. (AP)

ZDRAVI HUMOR



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

CRO-GASTRONET-ERCP predstavljen na godišnjem sastanku Hrvatskog gastroenterološkog društva

Prof. dr. sc. NEVEN LJUBIČIĆ,
predsjednik HGD-a, KBC Sestre milosrdnice

Izv. prof. dr. sc. Anna Mrzljak,
član HGD-a, KB Merkur

U Šibeniku je od 11. do 13. listopada održan godišnji sastanak Hrvatskog gastroenterološkog društva koji je okupio više od 200 svojih članova. HGD osnovano je 1991. godine i danas broji oko 400 članova čiji su stručni interesi zastupljeni u 18 različitih sekcija. HGD je multidisciplinarno društvo čiji su članovi, pored gastroenterologa, radiolozi, kirurzi, pedijatri, citolozi, infektolozi i specijalisti drugih srodnih struka.

Skup je na zanimljiv način prenio novosti i "vruće teme" iz svih područja gastroenterologije; upalnih bolesti crijeva, hepatologije te zloćudnih tumora probavnog sustava i jetre. Osobito su bile zanimljive radionice poput one o analgesedaciji u endoskopiji koje su potakle burne rasprave i aktivno uključile sve sudionike – gastroenterologe i anesteziologe.

Na ovogodišnjem sastanku prezentirana je inicijativa za razvoj Hrvatske mreže intervencijske gastroenterologije (CRO-GASTRONET-ERCP) koja se temelji na dosadašnjim dobrim primjerima iz prakse poput mreže intervencijske kardiologije ili intervencijske neuroradiologije. Inicijativa HGD-a ide za time da se visoko specijalizirana središta u Hrvatskoj objedine u organiziranu mrežu upućivanja pacijenata sa specifičnom problematikom za endoskopsku retrogradnu kolangiopancreatografiju (ERCP). Implementacijom CRO-GASTRONET-ERCP-a omogućilo bi se brže i kvalitetnije zbrinjavanje ponajprije bolesnika s akutnim kolangitisom, akutnim bilijarnim pankreatitisom i poslijeoperacijskim komplikacijama koleci-stektomije. Nažalost, trenutačno takvi pacijenti u Hrvatskoj nerijetko čekaju na intervenciju neprimjereno dugo jer ne postoji organizirani sustav njihovog slanja i prihvata.

U ovoj mreži Grad Zagreb, Zagrebačka županija te županije sjeverozapadne Hrvatske (Karlovačka, Sisačko-moslavačka, Bjelovarsko-bilogorska, Koprivničko-križevačka, Međimurska, Varaždinska i Krapinsko-zagorska), uključujući Požeško-slavonsku i Virovitičko-podravsku županiju, teritorijalne su jedinice čije bi sveukupno stanovništvo u slučaju potrebe za ERCP-om i s jasnom indikacijom bilo upućivano u jedan od spe-

cijaliziranih središta u gradu Zagrebu. Vukovarsko-srijemska, Osječko-baranjska i Brodsko-posavska županija gravitirale bi u KBC Osijek, dok bi županije jugozapadne Hrvatske (Istarska, Primorsko-goranska i Lička) gravitirale u KBC Rijeka. Južne županije (Dubrovačko-neretvanska, Splitsko-dalmatinska i veći dio Šibensko-kninske županije) gravitirale bi u KBC Split, dok bi grad Knin s okolicom i Zadarska županija gravitirali OB-u Zadar. (Slika).

Prezentirajući ovu inicijativu više je puta naglašena nedvojbe-na prednost ovog pristupa, koji omogućuje sveobuhvatnost i dostupnost ovog postupka u čitavoj Hrvatskoj, skraćuje dijagnostiku i liječenje, uz dugoročnu ekonomsku opravdanost.

Više podataka o ovoj inicijativi može se naći na stranicama HGD-a (<http://www.hgd.hr/ercp-mreza---cro-gastronet-ercp>).



Mreža ERCP-a

BIG BAND HLK-a

LIJEČNICI SVIRAJU JAZZ



Big Band Hrvatske liječničke komore održao je u srijedu 16. listopada u Jazz i Cabaret klubu Kontesa svoj drugi koncert u Zagrebu ove godine. Niti ovoga puta publiku nisu ostavili ravnodušnom nakon fantastičnih izvedbi jazz klasika i obrada hrvatskih kompozicija kako što su "Laku noć Luigi, laku noć Bepina" i "Klinček stoji pod oblokom".

Već godinu dana hrvatski liječnici, koji su ujedno i talentirani glazbenici, obogaćuju hrvatsku jazz scenu pod okriljem Hrvatske liječničke komore. Nastupali su i na petom međunarodnom jazz festivalu u Đakovu "JazzVez" sa samom glazbenom elitom. Za svaki njihov

koncert traži se karta više zbog zarazno dobre atmosfere.

Big Band HLK-ata čine liječnici kojima je jazz godinama bio strast, a njima su se priključili i profesionalni glazbenici pod umjetničkim vodstvom Zvonimira Bajevića, inače profesionalnog jazz glazbenika, trubača, skladatelja i aranžera, a donedavno i člana Big Banda HRT-a te dobitnika nagrade Hrvatske glazbene unije „Status“ za najboljeg jazz trubača u 2018. godini.

Ovaj fenomenalni sastav tu noć su činili trubači Damir Homolak (ujedno i idejni začetnik Big Banda HLK-a), Kristijan Jurčić i Ozren Čorković, trombonisti Antun

Ferenčić i Luka Žužić, saksofonisti Borna Vrhovec, Marko Šimunić, Andrej Henigman, Vanja Ileković i Marko Grudelj, klavirist Ante Reljić, gitarist Anton Glasnović, bas gitarist Pere Išvančić te bubnjari Luka Janković i Karlo Kukovačec. Svojim vokalnim sposobnostima publiku je oduševila Dorotea Oroši uz pomoć Borne Vrhovca.

Big Band HLK svojom je izvedbom dokazao da glazba liječi te s nestrpljenjem očekujemo njihov sljedeći koncert.

VEDRANA VLAHOVIĆ, dr. med.

Dom zdravlja Zagreb Centar

vedrana.vlahovic2006@gmail.com

Onkološka mreža u Republici Hrvatskoj kao preduvjet dostupnosti svih modaliteta liječenja za sve oboljele od malignih bolesti

Anuška Budisavljević (OB Pula), Renata Kelemenić-Dražin (OB Varaždin), Zvezdana Borić-Mikez (OB Slavonski Brod), Zvonko Curić (OB Dubrovnik), Mislav Čonkaš (Županijska bolnica Čakovec), Iva Kardum Fucak (OB Koprivnica), Mario Nalbani (OB Dubrovnik), Duška Opačić (OB Karlovac), Vesna Telesmanić Dobrić (OB Zadar)

U šibenskom Solarisu je od 24. do 27. listopada 2019. održan 11. kongres Hrvatskog društva za internističku onkologiju Hrvatskog liječničkog zbora (HDIO-HLZ). Paralelno se održavao i 13. godišnji sastanak Sekcije za onkološko ljekarništvo Hrvatskog farmaceutskog društva. Najveće zanimanje okupljenih je izazvalo predavanje Anuške Budisavljević, internističke onkologinje iz OB Pula na temu „Mjesto i značaj nekliničkih bolničkih centara u skrbi i tretiranju onkoloških bolesnika danas i „second look“ pogled na Nacionalni plan borbe protiv raka“.

Onkologija predstavlja važan segment sveukupnoga hrvatskog zdravstvenog sustava jer smo svakodnevno svjedoci ekspanzivnog rasta novih modaliteta onkološkog liječenja, zbog čega je trenučno jedna od najpropulzivnijih medicinskih struka. Posljedično, nameće se imperativ stvaranja „onkološke mreže“ čija bi svrha bila standardiziranje onkološkog liječenja i dostupnost novih modaliteta liječenja za sve oboljele od malignih bolesti neovisno o njihovom mjestu boravka.

Hrvatska već ima prepoznata i definirana regionalna onkološka središta u sklopu sveučilišnih bolnica u Zagrebu, Rijeci, Osijeku i Splitu. Nasreću, u Hrvatskoj postoji tradicija, stara nekoliko desetljeća, razvoja onkoloških središta u općim i županijskim bolnicama. Poimenično to su neklinička onkološka središta u Županijskoj bolnici Čakovec, OB-u Dubrovnik, OB-u Koprivnica, OB-u Pula, OB-u Slavonski Brod, OB-u Šibenik, OB-u Varaždin i OB-u Zadar. Sukladno podacima Državnog zavoda za statistiku (DZS) kao i Hrvatskog zavoda za

zdravstveno osiguranje (HZZO), u ovim se središtima provodi zdravstvena skrb za 30 % stanovništva Republike Hrvatske, osiguranika HZZO-a. U županijama čije bolnice nemaju organiziranu onkološku skrb nalazi se 18 % populacije RH, a ostatak od 52 % stanovništva obitava u županijama u kojima se nalaze klinička bolnička središta.

Kako su organizirani i što su radili neklinička onkološka središta 2018. godine?

U županijskim onkološkim središtima služba onkologije organizirana je većinom u sklopu Djelatnosti za internu medicinu, dok jedino OB Zadar ima izdvojenu Djelatnost za onkologiju, ali povezanu s djelatnosti nuklearne medicine. Sve ustanove imaju razvijene onkološke dnevne bolnice. Tijekom 2018. godine u nekliničkim onkološkim središtima radilo je 12 internističkih onkologa i 9 onkologa-radioterapeuta, dok je ukupno 15 liječnika bilo na specijalizaciji (12 iz internističke onkologije i 3 iz onkologije s radioterapijom). Popunjavanjem radnih mjesta, sukladno sistematizaciji bolnica kao i odobrenjima Ministarstva zdravstva, 2024. godine u ovim će središtima raditi ukupno 50 onkologa. Zajedno, ove bolnice, raspolažu s ukupno 185 onkoloških kreveta, od čega je 89 kreveta u dnevnim bolnicama gdje je zaposleno i 37 medicinskih sestara te je, uz aplikaciju sustavne onkološke terapije, za oboljele od zloćudnih bolesti osigurana u 8 središta i potpora psihoonkologa.

Pregledom rada za 2018. godinu u nekliničkim onkološkim središtima navedeni su onkolozi obavili ukupno 65.900 onkoloških pregleda, i to 4.900 prvih



Dr. ANUŠKA BUDISAVLJEVIĆ

pregleda i 61.000 kontrolnih. Aplicirano je 45.200 kemoterapijskih protokola, od čega 33.400 „klasičnih“, 6.000 bioloških terapija i 5.800 ostale sustavne onkološke terapije (TKI inhibitori, hormonska terapija, CDK4/6 inhibitori....). Sagledaju li se broj obavljenih DTP postupaka na razini cijele Hrvatske, tada je u svim općim i županijskim bolnicama (neovisno o djelatnosti, za dijagnoze C00-D48 bez C81-C89), fakturirano ukupno 44 % svih DTP postupaka u dnevnim bolnicama, 42 % prvih onkoloških pregleda te 30 % kontrolnih onkoloških pregleda (izvor podataka HZZO). U ukupnoj potrošnji lijekova s liste Posebno skupih lijekova (PSL) u nekliničkim onkološkim središtima, ovisno o vodećoj dijagnozi, potrošeno je od 17 do 30 % lijekova u odnosu na ukupnu potrošnju u RH.

Razvoj multidisciplinarnih timova (MDT) također je prepoznat kao neizbježan segment onkološke skrbi te je u svih 9 središta razvijen MDT za zloćudne bolesti probavnog sustava, 7 središta ima MDT za bolesti dojke, 6 MDT-a za zloćudne bolesti urogenitalnog sustava te 3 MDT-a za tumore pluća. Uzmemo li se u obzir podaci Registra za rak RH iz 2016. godine, razvidno je da se u nekliničkim onkološkim središtima razvijaju upravo oni MDT-ovi kojima se zbrinjavaju, po incidenciji, 4 najčešća tumorska sijela u muškoj populaciji (prostata 19 %, pluća 17 %, kolorektum 16 %, mokraćni mjehur 5 %) kao i u ženskoj populaciji (dojka 25 %, kolorektum 14 %, pluća 8 %, maternica 6 %).

Koje je mjesto i uloga nekliničkih onkoloških središta u stvaranju hrvatske onkološke mreže?

U posljednjem izvještaju o petogodišnjem globalnom preživljenju oboljelih od zloćudnih bolesti, objavljenom u časopisu The Lancet u ožujku 2018. godine, Hrvatska je po rezultatima liječenja zloćudnih bolesti na začelju europskih zemalja. Brojni su čimbenici koji utječu na krajnji ishod i uspjeh onkološkog liječenja. Pojedini su vezani isključivo za vrstu i stadij bolesti, potom socioekonomski čimbenici, kao i oni vezani uz organizaciju zdravstvenog sustava i izdvajanja za zdravstvo te provođenje suvremenih modaliteta liječenja u organizaciji zdravstvene skrbi poput liječenja putem multidisciplinarnih timova. Udaljenost, odnosno potreba putovanja radi ostvarivanja onkološkog liječenja, u brojnim je istraživanjima pokazala obrnuto proporcionalni odnos s četiri važna aspekta svake onkološke bolesti, a to su: inicijalni stadij bolesti, pridržavanje protokola liječenja, ishod liječenja kao i kakvoća života oboljelih od zloćudnih bolesti. Prema ovim je istraživanjima putovanje od 80 km navedeno kao granica nakon koje se ova četiri aspekta, vezana za onkološke bolesnike i njihovo liječenje, dramatično pogoršavaju.

Europsko društvo za internističku onkologiju (ESMO) prepoznalo je nekoliko važnih čimbenika koji će u budućnosti

diktirati organizaciju onkološke skrbi: porast broja oboljelih, rastući troškovi onkološkog liječenja i nejednakost u dostupnosti onkološke terapije među stanovništvom. U siječnju 2018. godine ESMO daje, a u skladu s rezolucijom SZO-a iz 2017. godine, preporuke kako ove čimbenike nadići primjenom novih paradigmi u provođenju zdravstvene skrbi onkoloških bolesnika. U ovom se izvještaju, između ostalog, naglašava potreba stvaranja onkološke mreže jačanjem suradnje lokalnih i „*high volume*“ središta, čiji bi cilj bio neutralizirati nejednakost u dostupnosti liječenja zloćudnih bolesti.

Trenutačno je u Hrvatskoj imunoterapija, kao jedan od najsuvremenijih oblika liječenja zloćudnih bolesti, dostupna bolesnicima samo u kliničkim centrima. Ovo ograničenje ne odnosi se samo na rijetke tumore, za koje je prema svjetskim standardima liječenja utvrđeno da se najbolji rezultati postižu liječenjem u „*high volume*“ središtima, već i za liječenje karcinoma pluća (drugi po učestalosti karcinom u muškoj populaciji u RH). Potrebno je ovdje naglasiti činjenicu da se u budućnosti, sukladno svjetskim standardima liječenja, i u Hrvatskoj očekuje širenje indikacije primjene imunoterapije za liječenje pojedinih podtipova karcinoma dojke, kolorektalnog karcinoma, karcinoma prostate i slično, što znači da imunoterapija „*ulazi*“ u terapijske protokole za liječenje najčešćih tumorskih sijela.

Kako ove činjenice utječu na naše bolesnike?

Trenutačno trećina bolesnika koja ostvaruje pravo na imunoterapiju putuje iz matičnih županija u kliničke bolničke centre u drugim županijama zbog liječenja. Za pacijente iz Dubrovnika to primjerice predstavlja putovanje od 250 km do KBC-a Split. Putovanja su uobičajeno višekratna, često zahtijevaju prisutnost pratnje koja najčešće predstavlja radno aktivno stanovništvo, tu su i brojni materijalni troškovi vezani uz putovanja... Svi ovi čimbenici, osobito uzimajući u obzir umor kao jedan od vodećih simptoma onkološke bolesti i nuspojave onkološkog liječenja, značajno doprinose nižoj kakvoći života ovih bolesnika.

Pozicija lokalnih onkoloških centara u „Nacionalnom planu protiv raka“

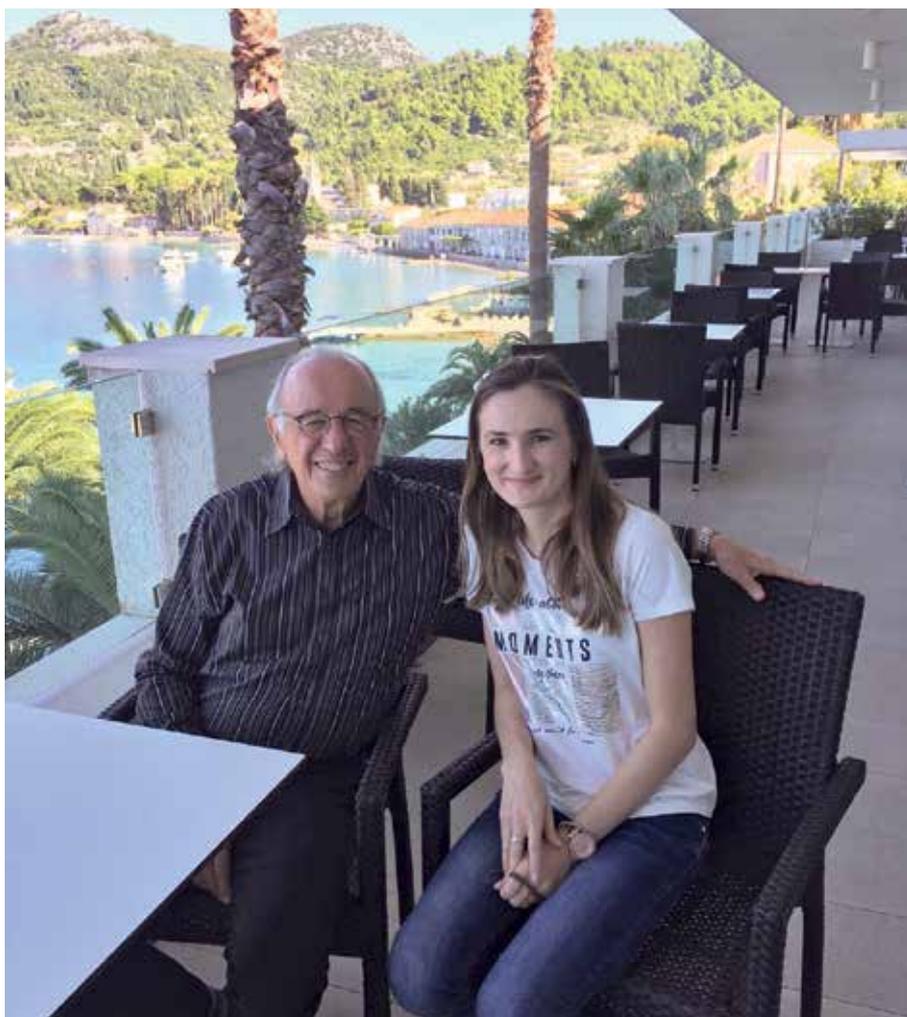
Prijedlog „Nacionalnog plana protiv raka“ (NPPR) predviđa stvaranje onkološke mreže u okviru koje bi navedeni klinički centri predstavljali osnovne točke za provođenje onkološkog liječenja. Neklinička središta također bi se uključivali u nacionalnu onkološku mrežu. No, u NPPR-u nisu navedeni akreditacijski standardi za ova središta te se nameće pitanje hoće li sva ova središta postati sastavni dio nacionalne onkološke mreže. Također, iz plana NPPR-a nije jasno koje će biti ovlasti lokalnih središta, odnosno hoće li u aplikaciji sustavnog onkološkog liječenja postojati ograničenja koja će i dalje nametati potrebu putovanja onkoloških bolesnika u kliničke centre radi primjene onkološke terapije.

Stav je Hrvatskog društva za internističku onkologiju (HDIO) da je važnost nekliničkih onkoloških centara u dijagnosticanju, liječenju i praćenju onkoloških bolesnika neupitna. Također je neupitna činjenica lakše dostupnosti onkologa nekliničkih središta lokalnom stanovništvu, kao i značajno manja potreba za putovanjem u smislu ostvarivanja zajamčenih prava u liječenju zloćudnih bolesti.

Razvojem snažne onkološke mreže, koja bi se bazirala na jačanju suradnje kliničkih i nekliničkih onkoloških središta i koja bi neklinička onkološka središta stavila u poziciju ravnopravnog partnerstva s kliničkim centrima u liječenju najčešćih tumorskih sijela, omogućilo bi se isporučivanje najsuvremenijeg standarda liječenja svim oboljelima od zloćudnih bolesti, neovisno o njihovom mjestu boravka. Ovim bi načinom zasigurno došlo do sustavno ujednačenog terapijskog pristupa, bolje kakvoće života, većeg zadovoljstva bolesnika i posljedično boljih rezultata u ishodima liječenja svih oboljelih od zloćudnih bolesti u Hrvatskoj.

Prof. GABRIEL DANOVICH

američki nefrolog, autor svjetski poznatoga priručnika Handbook of Kidney Transplantation, gostm-predavač na 6. Hrvatskoj transplantacijskoj školi na Lopudu u listopadu 2019.



Razgovor vodile Lada Zibar i Ksenija Vučur

► **Prvi put ste u Hrvatskoj. Možete li s nama podijeliti svoje najvažnije dojmove?**

Oh, ja sam već stručnjak za Hrvatsku. Ovdje sam posljednjih 18 sati i svaki je sat još ljepši nego prethodni. Već time što je vrijeme izvr-

sno i nebo plavo, još od slijetanja u Dubrovnik, a nakon Heathrowa gdje je bilo kišovito, oblačno i hladno. Odmah su me provezli lijepim putem uz obalu mora do lučice pa predivnim malim taksi brodićem na Lopud, mjesto poput raja. Preljepo je ovdje, sretan sam što sam došao.

► **Bubrežno presađivanje predmet je Vašega profesionalnog života i Vašeg poznatog priručnika. Ako se probate vratiti npr. u sedamdesete godine prošloga stoljeća, jeste li tada mogli predvidjeti da bi bubrežno presađivanje danas bilo na ovom stupnju? Ili ste očekivali manje, odnosno više od stanja kakvo je danas?**

Moje je prvo iskustvo s transplantacijom bilo sredinom sedamdesetih. Tada sam viđao bolesnike koji umiru u vezi s transplantacijom i one koji odbacuju bubrege, a rezultati su bili loši. Malo sam se približio toj tematici no zaključio da se time nikada ne bih bavio. Nisam to mogao podnijeti. Potom sam se početkom osamdesetih opet nekako vratio transplantaciji i imao sreće – to je bilo baš u vrijeme kada je ciklosporin dolazio na tržište. U SAD-u je ciklosporin dostupan od 1983., tada smo ga počeli koristiti i rezultati su u prvih dvadesetak slučajeva bili izvrsni. Mislio sam da je to čudesno. U međuvremenu smo shvatili da nije tako čaroban, no promijenio je svijet.

Zaključio sam da svi mi liječnici živimo u laganom strahu kako ne znamo dovoljno. Uvijek savjetujem studentu neka zna malo više nego drugi student. Tako se postaje stručnjak. Tako sam ja doznao kako s ciklo-

porinom jer sam ga primjenjivao. Odjednom sam postao stručnjak samo zato što sam primjenjivao novi lijek. I to je postalo moj život. Sada sam u transplantaciji više od 30 godina. Očarava me kombinacija biologije i imunologije, klinički rad koji je zanimljiv te humana strana svega toga, što je također zadivljujuće. Uvijek me je zanimala etika svega toga kao i, kako bih ja to nazvao, javna politika i donošenje odluka o tome tko što dobiva, a tko ne, tko što zaslužuje, tko je u pravu a tko nije... Nalazim da je to u transplantaciji osobito zanimljivo i sretan sam što se mogu i time baviti. Također sam sretan što se zajedno s kolegama poput Francisa Delmonica mogu time baviti u području transplantacije organa na globalnoj razini. Studirajući medicinu nisam ni pomišljao da bi mi ovo zvanje poslužilo kao gotovo diplomatska putovnica za putovanja i susrete s ljudima iz cijeloga svijeta. Čast mi je imati prijatelje i kolege diljem svijeta. Privilegiran sam što se ovim područjem tako dugo bavim.

► **Jeste li osamdesetih, s početkom ciklosporinske ere, predviđali budućnost transplantacije bubrega i gušterače?**

Baš i nisam. No, sad smo se zapravo našli u problemu – postali smo žrtvom vlastita uspjeha. S jedne strane, npr. u SAD-u, znamo izvrsno raditi, no s druge nam strane nedostaje osnovno potrebno za taj posao jer se susrećemo sa značajnim nedostatkom organa za transplantaciju. U Hrvatskoj je vrijeme čekanja na bubreg od godine do godinu i pol dana. Moji pacijenti čekaju na bubreg umrlog darovatelja po 7 do 10 godina, uglavnom zbog toga što je velika učestalost šećerne bolesti i

hipertenzije, pa i među potencijalnim darovateljima. To nama sustavno jako ograničava djelovanje, a bolesnicima predstavlja značajan stres jer dugo, predugo čekaju.

► **Nažalost u Hrvatskoj dijelimo sličan problem u pogledu epidemiologije šećerne bolesti i hipertenzije, dodala bih i debljine. Stoga je moje sljedeće pitanje: kakva je budućnost nadomještanja endokrine funkcije gušterače i liječenja šećerne bolesti? Presađivanje gušterače ili njenih otočića ili nešto drugo i bolje?**

Imam prilično iskustvo s presađivanjem gušterače kao cijelog organa. Broj takvih transplantacija je u SAD-u u padu, prvenstveno stoga što tip 1 šećerne bolesti sve manje dovodi do završnog stupnja bubrežne bolesti. To je vjerojatno posljedica boljeg liječenja i boljeg nadzora, uključujući liječenje ACE inhibitorima i bolji nadzor hipertenzije. Svakako je bolji nadzor i nad samom šećernom bolesti, tako da svjedočimo manjoj potrebi za presatkom gušterače. Osim toga, to je vrlo teška transplantacija u kontekstu puno ozbiljnijih komplikacija nego kod bubrežnog presađivanja. Sve je manje i kirurga obučениh za presađivanje gušterače. Presađivanje otočića gušterače zadivljujuća je tema, no još nismo prešli granicu između istraživanja i kliničke primjene. Tek smo negdje na pola puta. Osobno, osjećam da to ipak i nije budućnost. Mislim da ćemo imati nekakvu bioničku gušteraču s kombinacijom senzora za glukozu i insulina. Budućnost je bionička gušterača, a ne presađivanje gušterače kao cijelog organa ili samo njezinih otočića.

► **A bubreg, i on će biti bionički?**

Ne. To bi bio dug put s obzirom na složenost bubrežne građe i funkcije. Ljudi koji nisu nefrolozi često to ne

razumiju. Srce je, npr., lijep organ, ali je u stvari samo crpka. Jetra je pak velik komad kemije. A bubreg je iznimno složene anatomije i taj je oblik teško preslikati. No, možda će se naći načina za uzgajanje bubrega. Ja to sigurno neću dočekati.

► **Kakav je Vaš stav o etičnosti darovanja bubrega od živih darovatelja u kontekstu nedostatka organa za transplantaciju? Biste li tolerirali bilo kakvu vrstu trgovine organima?**

Nikako, darovatelji se ne smiju zloupotrijebiti u korist primatelja. Žrtvovanje ljudi ne smije biti dio našega posla. **Ne smijemo nikome ugrožavati život zato da bi drugomu pomogli.** Svi podaci ukazuju na to da **prodajom organa čovjek gubi i njegov život postaje gori.** To nije slučaj s onima koji daju organ iz čistog altruizma, iz ljubavi, njihov život postaje bolji nakon čina darovanja organa. Moramo zaštititi darovatelja kao posebnog pacijenta, zaštititi njegova prava, pa iako me jako smeta dugo čekanje na bubreg, rješenje ne smije biti na uštrb darovatelja.

► **Za kraj nam recite još nešto prema svom izboru i hvala Vam za ovaj razgovor.**

Sretan sam što živim u SAD-u gdje mogu i dalje raditi bez dobnog ograničenja. Transplantacija je timski rad i ljudi u tom timu rado i dobro surađuju. Takvom suradnjom stekao sam kolege i prijatelje diljem svijeta, uključujući i vas, divne ljude, iz Hrvatske. To me je i dovelo na Lopud i druga prelijepa mjesta. Ja sam sretan čovjek jer radim što volim, s ljudima koje volim i s pacijentima kojima mijenjam život. To je jako lijepo.

6. HRVATSKA TRANSPLANTACIJSKA ŠKOLA

Lopud, listopad, 2019.



Pobjednička ekipa Pub kviza 6. Hrvatske transplantacijske škole

Iz godine u godinu ponavlja se lopudska čarolija, vrhunska edukacija u raju našega juga. Ovogodišnja tema Škole bile su srčanožilne bolesti, infekcije i tumori, neželjeni ali česti pratitelji bubrežnog presađivanja. Polaznici su učili od domaćih i stranih stručnjaka, a i sami su sudjelovali u poučavanju kolega tijekom Sekcije mladih. Multitimsku prirodu transplantacijske nefrologije podržala su predavanja kardiologa, onkologa, imunologa, pulmologa, mikrobiologa, infektologa i endokrinologa. Poseban gost bio je prof. Gabriel Danovich iz SAD-a, autor najpoznatijeg priručnika o bubrežnom presađivanju. Navečer je priređena kreativna zabava u pubkvizu, organiziranome po uzoru na Pubkviz HLK-a.

Lada Zibar

11.
kongres
**Koordinacije
hrvatske
obiteljske
medicine**

Teme kongresa

1. Prevencija u obiteljskoj medicini
2. Zdravlje liječnika
3. Izabrane teme iz neurologije

Rok za sažetke: 15. siječnja 2020.
Rok za cjelovite radove: 15. veljače 2020.

21.-24. svibnja 2020.
Amadria Park
Šibenik

KoHOM
koordinacija hrvatske
obiteljske medicine

POVJERENSTVO ZA MLADE LIJEČNIKE

POVIJESNI DOGAĐAJI PRESADIVANJA ORGANA U HRVATSKOJ

✍ priredile Anna Mrzljak, Lada Zibar

Nedavno je prošla 12-godišnjica od prvog bubrežnog presađivanja u Osijeku (20. listopada). Prigoda je to da se podsjetimo na početke transplantacije u našoj zemlji, perjanice - uspješnice naše medicine. Prikazani su i podaci za početke transplantacije u svijetu.

ORGAN, godina	MJESTO, KIRURG
Transplantacija srca	
1967. god.	Cape Town, JAR – C. Barnard
1988. god.	KBC Zagreb – J. Sokolić
1995. god.	KB Dubrava – Z. Sutlić
Transplantacija bubrega	
1954. god.	Boston, SAD – J. Murray
1971. god.	KBC Rijeka (od živog darovatelja) – V. Francišković
1972. god.	KBC Rijeka (od umrle osobe) – V. Francišković
1973. god.	KBC Zagreb – Lj. Čečuk
2006. god.	KB Merkur – B. Kocman
2007. god.	KBC Osijek – Ž. Kaštelan, H. Šošić
Transplantacija jetre	
1963. god.	Denver, SAD – T. Starzl
1990. god.	KBC Zagreb – V. Borčić
1998. god.	KB Merkur (od umrle osobe) – B. Kocman, L. Patrlj
2006. god.	KB Merkur (od živog darovatelja) – B. Kocman
Transplantacija gušterače	
1966. god.	Minnesota, SAD – R. Lillehei i W. Kelly
1993. god.	KBC Rijeka ¹ – M. Zelić
2003. god.	KB Merkur – S. Jadrijević
Transplantacija pluća	
1983. god.	Toronto, Kanada – J. Cooper
2002. god.	KB Jordanovac ² – Z. Slobodnjak
Transplantacija tankog crijeva	
1988. god.	Kiel, Njemačka – E. Deltz
2006. god.	KB Merkur ³ – S. Jadrijević, B. Kocman

¹transplantacijski program nije u funkciji

MLADI LIJEČNICI IZ HRVATSKE sudjelovali na skupštini Europske organizacije mladih liječnika



U njemačkom glavnom gradu, Berlinu, od 1. do 2. studenog 2019. godine održan je sastanak sa polugodišnjom skupštinom Europske organizacije mladih liječnika (EJD) na kojem su sudjelovale dr. Marija Rogoznica, delegatkinja, dr. Vesna Štefančić, članica izvršnog odbora Europske organizacije mladih liječnika i delegati drugih zemalja članica. Na sastanku su istaknute teme potplaćenosti mladih liječnika, preopterećenosti poslom, nedovoljnog usklađivanja poslovnog i privatnog života, slobodne mobilnosti i dr. Obveza svake zemlje članice EJD-a je priprema izvješća o aktualnim zbivanjima u državi veza-

nim za mlade liječnike. U skladu s tim, Povjerenstvo za mlade liječnike HLK, je pripremlilo izvješće u kojem su predstavljeni novi članovi Povjerenstva na čelu s predsjednicom, dr. Marijom Rogoznicom te zamjenikom predsjednice dr. Davorom Kustom. Istaknuta su ključna područja na koja će se Povjerenstvo fokusirati uključujući probleme vezane uz uvjete rada i radnu satnicu specijalizanta i mladih specijalista te daljnja borba s tzv. „robovlasničkim“ ugovorima. Nastavit će se raditi na daljnjem poboljšanju informatizacije, s ciljem ukidanja „papirnatnog“ vođenja dokumentacije tijekom specijalističkog usavršavanja.

Članove EJD-a se upoznao i s činjenicom da se u Hrvatskoj od 1.7.2019. pojavio novi oblik rada mladih liječnika – rad po nadzorom liječnika bez specijalizacije. Spomenuto je i da je HLK prepoznala inozemnu edukaciju kao jednu od važnih segmenata tijekom specijalističkog usavršavanja te je u ožujku 2018. raspisala prvi natječaj za dodjelu novčanih sredstava za inozemno usavršavanje. Do sada su održana tri takva natječaja, a u 2019. godini je HLK izdvojila 197 300 eura za edukaciju. Navedenim sredstvima 151 mladi liječnik je imao priliku educirati se u inozemstvu. I za kraj, spomenuti su budući projekti uključujući nastavak rada na projektima započetima od prethodnog povjerenstva, problematika smještaja mladih liječnika tijekom održavanja postdiplomske nastave i perioda kada se odrađuje dio specijalističkog usavršavanja izvan matične ustanove, projekt e-specijalizantske knjižice, mobilnost između bolnica unutar Hrvatske, problematika vezana uz roditeljstvo s eventualno mogućnošću osnivanja dječjeg vrtića unutar bolnica te naravno, daljnja suradnja s EJD-om.

Tekst pripremile:

MARIJA ROGOZNICA, dr.med.

VESNA ŠTEFANČIĆ, dr.med.

KSENIJA VUČUR, dr.med.

E-mail: mladi@hlk.hr

NOBELOVA NAGRADA ZA MEDICINU ILI FIZIOLOGIJU 2019. GODINE

DINO ŠISL, dr. med.

Zavod za fiziologiju MEF-a u Zagrebu

U Stockholmu je 7. listopada Williamu G. Kaelinu Jr., Sir Peteru J. Ratcliffeu i Greggu L. Semenzi dodijeljena Nobelova nagrada za medicinu i fiziologiju za njihova otkrića mehanizma kojim stanice osjete i prilagođavaju se dostupnoj količini kisika.

Njih trojica otkrili su molekularne putove koji reguliraju aktivnost gena zaduženih za odgovor na stalno promjenjive dostupne količine kisika. **Njihovo otkriće je dovelo do obećavajućih novih terapija za anemiju, rak i brojne druge bolesti.**

Dosad su već dvije Nobelove nagrade dodijeljene za otkrića vezana uz kisik; 1931. godine kada je dodijeljena Ottu Warburgu za otkriće enzimskih osnovi staničnog disanja te 1938. godine kada je dodijeljena Corneilleu Heymansu jer je pokazao kako karotidno tjelešće kontrolira frekvenciju disanja u ovisnosti o količini kisika dostupnoj u krvi izravno komunicirajući s mozgom. Uz brzu regulaciju putem karotidnog tjelešća, tijelo se prilagođava manjku kisika i povećanom sintezom eritropojetina (EPO), što dovodi do povećane proizvodnje eritrocita.

Upravo su dvojica ovogodišnjih laureata, Semenza i Ratcliffe, proučavali kako promjenjiva količina dostupnog kisika utječe na EPO, što je dovelo do otkrića kompleksa bjelančevina koje je Semenza nazvao **hypoxia-inducible factor (HIF)**, koji se u **uvjetima hipoksije počinje nakupljati u skoro svim stanicama te potiče sintezu EPO-a i stvaranje novih eritrocita.** Također je pokazao da se HIF u normalnim uvjetima vrlo brzo degradira unutar stanice, čemu potpomaže proces ubikvi-



tinacije, ali i dalje se nije znalo kako je vezanje ubikvitina za HIF ovisno o dostupnosti kisika.

Istovremeno je Kaelin Jr. istraživao nasljedni sindrom koji dovodi do jako povećanog rizika za nastanak karcinoma, von Hippel-Lindau (VHL) sindrom, gdje je pokazao da stanice koje nemaju funkcionalni VHL gen izražavaju abnormalno velike količine gena povezanih s hipoksijom, ali kad se u njih ugradi funkcionalna bjelančevina, izražaj istih tih gena vrati se u normalu.

Ovo otkriće upotpunjeno je istraživanjima drugih skupina koje su pokazale da je VHL zapravo dio kompleksa koji označava bjelančevine ubikvitinom te ih tako predodređuje za razgradnju, nakon čega su Ratcliffe i njegovi suradnici dokazali da VHL fizički reagira s HIF-om te da je potreban za njegovu razgradnju u uvjetima normoksije. U dva rada objavljena 2001. Kaelin i Ratcliffe su pokazali da domena HIF-a koja reagira s VHL-om

u normalnim uvjetima prolazi kroz proces hidroksilacije (koji vrše hidroksilaze, enzimi osjetljivi na količinu kisika), što omogućuje VHL-u prepoznavanje i vezanje za HIF i njegovo posljedično označavanje za razgradnju.

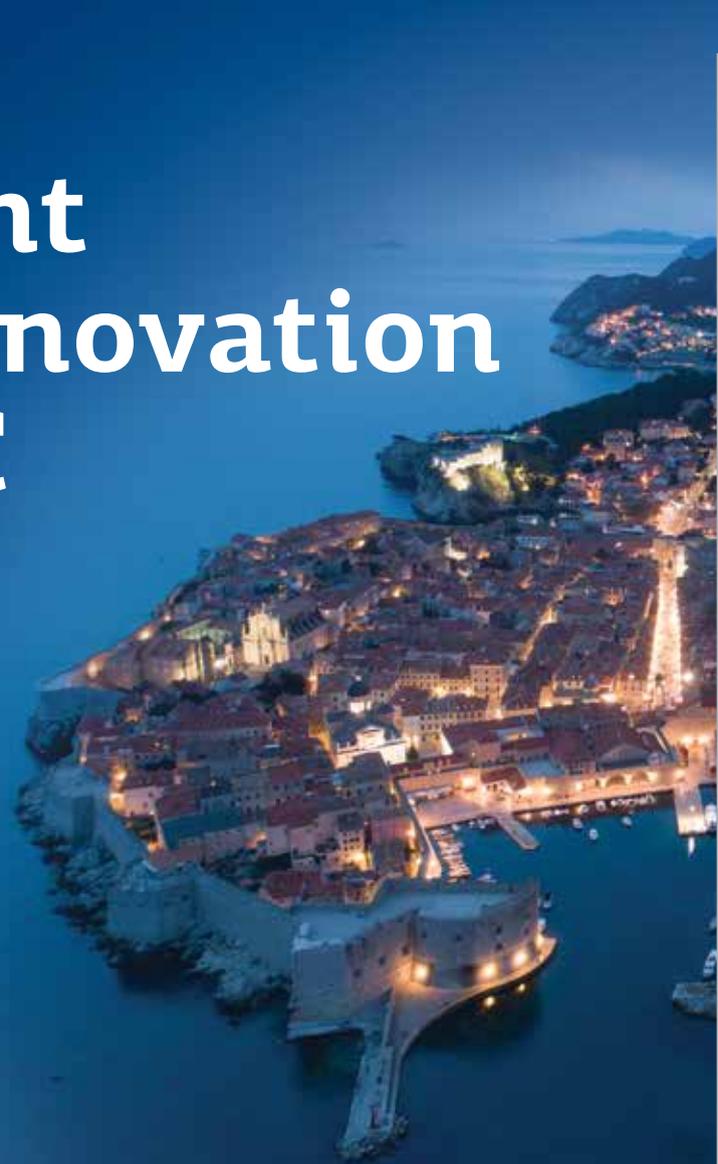
Zahvaljujući otkrićima ove trojice znanstvenika, **sada se zna mnogo više o tome kako različite koncentracije kisika reguliraju osnovne fiziološke procese**, što je od velike važnosti za normalan metabolizam, mišićni rad tijekom tjelovježbe, kao i za imunski odgovor te prilagodbu organizma na različite nadmorske visine. Također, zna se da je mehanizam detekcije kisika važan u mnogim patološkim stanjima, kao što su anemija, kronične bubrežne bolesti (zbog manjka EPO-a), karcinomi, infekcija i brojni drugi te će **ova otkrića zasigurno pomoći znanstvenicima i farmaceutskim tvrtkama koje rade na razvoju novih terapija za liječenje ovih stanja.**

dino.sisl22@gmail.com

European Patient experience & Innovation Congress – EPIC

Budući da zdravstvo 21. stoljeća u svim dijelovima svijeta igra sve veću ulogu u razvoju pojedinog društva, ali i najbrže ocrta „neuralgične točke“ neke društvene zajednice, zdravstvene usluge zaslužuju da im se posveti posebna pozornost.

Usporedo s promjenama koje je donijelo digitalno doba, ali i pod utjecajem različitih vanjskih i unutarnjih faktora u nekoj zemlji, bitno se mijenjaju koncept i kvaliteta većine zdravstvenih usluga, kao i pacijentov doživljaj ili odgovor na te promjene. Zdravstvena tehnologija, uključujući umjetnu inteligenciju, mobilne aplikacije, računalne algoritme i robotiku, proširuje granice mogućeg, redefiniira pacijentovo iskustvo i uvelike olakšava posao zdravstvenim djelatnicima. Istodobno, mijenja se i ono što korisnici, odnosno pacijenti, od zdravstva očekuju.



U skladu s time, **optimizacija zdravstvenih usluga i podrška pacijentu** nameću se kao neke od najvažnijih tema zdravstvenog sektora današnjice. U želji da otvori te najvažnije teme i prati korak sa svjetskim trendovima u inovacijama unutar zdravstvenog sektora, Poliklinika Bagatin organizira kongres pod nazivom **European Patient experience & Innovation Congress – EPIC**, u suradnji s **Cleveland Clinic**, svjetski poznatim brendom u pružanju najviše razine zdravstvene skrbi o pacijentima. Ovu američku kliniku US News&World Report, u svojim godišnjim izvješćima, dosljedno naziva jednom od najboljih u SAD-u.

Zašto sudjelovati na EPIC kongresu?

European Patient experience & Innovation Congress - EPIC održat će se **19. – 20. ožujka 2020.** u Dubrovniku. Osmišljen je s

ciljem poticanja sveobuhvatnih istraživanja različitih vrsta odnosa: od onih općih, koji nastaju između pružatelja zdravstvene zaštite i pacijenata, preko tehnoloških izazova do privatnih klinika i korisnika koji pojedine usluge trebaju ili žele.

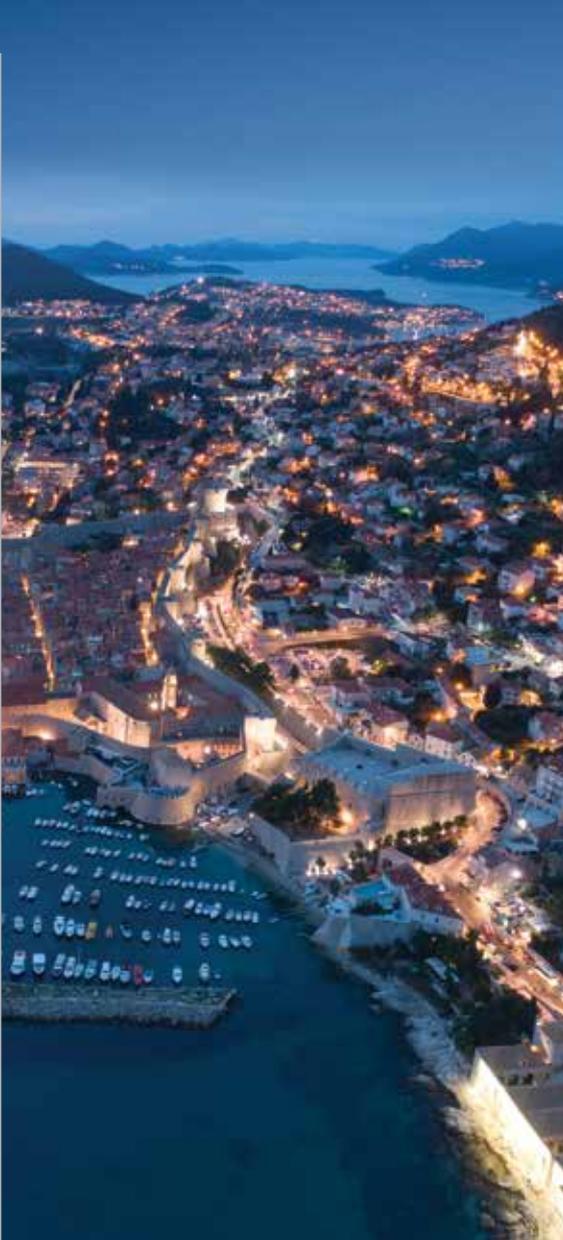
Konceptom će se tako obuhvatiti znanstvena, klinička, bihevioralna i društvena perspektiva u rasponu od visokoteorijskog, inovativnog (futurističkog) pristupa do trenutno najboljih primjera u praksi. Istražit će se i analizirati iskustvo pacijenta iz ljudske perspektive, kao i kako tehnologija i znanost mogu unaprijediti korisničko iskustvo.

Agenda Kongresa, među ostalim, uključuje dizajn sustava za poboljšanje pacijentova iskustva, ulogu znanosti i umjetne inteligencije u razvoju usluga, mogućnosti ulaganja u različite usluge, interpersonalne metode za poboljšanje skrbi o pacijentu,

mobilne programe i aplikacije za osobnu njegu, kao i mnogo informacija o budućnosti zdravstva.

O navedenim temama, sudionicima će, među ostalim, govoriti: menadžer u zdravstvu **Paul Roma** (Ciox Health), voditelj britanske podružnice Cleveland Clinic u Londonu **dr. Brian Donley**, izvršna direktorica Odjela za odnose s pacijentima u Cleveland Clinic **Lori Kondas**, menadžer i stručnjak za odnose s korisnicima u američkom Disney Institutu **Stephen Bender**, karijerni trener, suosnivač platforme Global Clinic Rating - GCR.org, **Daniel C. Shaw**, a kao glavni govornik i CEO Cleveland Clinic **dr. Tomislav Mihaljević**.

Prema uzoru na izvrsnost koju njeguju u clevelandskoj klinici, glavni organizator Kongresa, CEO Poliklinike Bagatin **Ognjen Bagatin**, koji godinama kao glavnu agendu promiče razvoj zdravstvenog turiz-



inovativnijeg pristupa pacijentu i podizanja kvalitete korisničkog iskustva.“

Kome je EPIC namijenjen?

EPIC kongres, dakle, spada u visokomotivirajuće događaje koji tematiziraju aktualno stanje u zdravstvu, ali i razvoj tog sektora u budućnosti, pa je potencijalno zanimljiv za sve dionike društvenih procesa: od predstavnika najviših institucija vlasti, kao i ostalih državnih i javnih tijela, preko predstavnika svih razina obrazovnog sustava, do liječnika i znanstvenika, voditelja različitih medicinskih odsjeka, vlasnika bolnica i klinika svih specijalnosti, kao i investitora.

Američki stručnjak za zdravstveni turizam, s više od 40 godina kontinuiranog rada u pružanju i praćenju zdravstvenih usluga diljem svijeta **Irving Stackpole** (predsjednik tvrtke Stackpole&Associates, Inc.), za **EPIC** je rekao: „Ovo je jedan od onih kongresa koje nikako ne želim propustiti! Iz perspektive SAD-a, Europa je idealan teren za obnovu i inovacije unutar zdravstvenog sustava, a ovaj Kongres fokusiran je baš na taj segment. Smatram da EPIC predstavlja budućnost inovacija u medicini Europe.“

Do održavanja **European Patient experience & Innovation Congress** u Dubrovniku ostalo je otprilike još pet mjeseci, no događaj već sada izaziva golemo zanimanje stručnjaka i javnosti diljem svijeta, pa nema razloga da ne zaključimo kako će ovaj Kongres, u organizaciji Poliklinike Bagatin i Cleveland Clinic kao partnera, zaista biti EPIC!

ma u Hrvatskoj, ovaj događaj vidi kao idealnu priliku da „učimo od najboljih te da epicentar inovacija u zdravstvu iz SAD-a prebacimo u Europu, i to baš u Hrvatsku!“

Operativni direktor Cleveland Clinic **Joe Sweet, MBA** za **EPIC** je izjavio: „Izražavam zadovoljstvo i čast što sudjelujemo u ovako velikom događaju kao što je **European Patient experience & Innovation Congress**, koji kao domaćin organizira hrvatska Poliklinika Bagatin. Siguran sam da će ovo biti izvrsna prilika za učenje novog, dijeljenje iskustava i umrežavanje s ciljem

Više informacija, kao i mogućnost prijave na EPIC, pronađite na: <https://www.epic-health.eu/>.

European Patient experience & Innovation Congress

EPIC 2020

19th-20th March 2020
DUBROVNIK, CROATIA
Valamar Lacroma Hotel

SAVE THE DATE



15 AVASTIN[®]

bevacizumab

„Avastin[®] - 15 godina partnerstva za poboljšanje ishoda liječenja”

OD IDEJE DO REALIZACIJE

Još davne 1939. godine iznesena je hipoteza da tumori otpuštaju neke specifične čimbenike koji potiču rast krvžilja¹, koje je pak važno za opskrbu tumora kisikom i hranjivim tvarima. Nedugo nakon toga, 1945. Gelln Algire i Harold Chalkley su „in vivo” pokusom na miševima shvatili da presađeno maligno tkivo koje raste može neprestano poticati rast kapilara u domaćina².

Tijekom 50-ih i 60-ih godina prošlog stoljeća postojanje čimbenika potvrđeno je u nekoliko istraživanja, no tek je 1971. g. Judah Folkman, na temelju svojeg istraživanja iz 1963., u *New England Journal of Medicine* objavio hipotezu da rast tumora ovisi o angiogenezi te da inhibicija angiogeneze može imati terapijski učinak³.

Manje od dva desetljeća nakon toga, Ferrara i Henzel u svojem radu 1989. godine objavljuju da su uspješno izdvojili čimbenik rasta, koji, za razliku od ostalih poznatih čimbenika rasta, ima selektivan mitogen učinak na vaskularni endotel i predložili su da se nazove - vaskularni endotelni čimbenik rasta (VEGF, *eng. vascular endothelial growth factor*)⁴.

Daljnijim istraživanjima, na tragu Folkmanove hipoteze, u istraživačkom laboratoriju

proizvedeno je monoklonsko protutijelo, bevacizumab, lijek poznat pod zaštićenim imenom Avastin[®].

Avastin[®] (bevacizumab) je rekombinantno humanizirano monoklonsko protutijelo, prvi lijek koji inhibira aktivnost vaskularnog endotelnog čimbenika rasta (VEGF), koji je ključni posrednik angiogeneze.^{5,6}

Avastin[®] svojim ciljanim i preciznim djelovanjem utječe na angiogenezu (stvaranje i rast novih krvnih žila) tako što potiče regresiju postojećih krvnih žila u tumoru, sprječava rast i razvoj novih krvnih žila u tumoru te normalizira preostalo tumorsko krvžilje.

15 GODINA - 3,5 MILIJUNA ŽIVOTA

Godine 2004. u SAD-u je Agencija za hranu i lijekove (FDA) odobrila upotrebu lijeka Avastin[®] kao prvog lijeka u potpuno novoj klasifikaciji - antiangiogene terapije. Godinu poslije, Europska agencija za lijekove (EMA) također odobrava lijek Avastin[®] za upotrebu.

Zbog specifičnog mehanizma djelovanja, primjenom lijeka Avastin[®] počelo je novo doba u liječenju tumora i to u različitim tumorskim sjelima: najprije raka debelog crijeva, zatim raka dojke, raka pluća, rak bubrenih stanica, raka jajnika i raka vrata maternice.⁷

Do danas je više od 3,5 milijuna ljudi u 134 zemlje svijeta primalo ili još prima lijek Avastin[®]. Učinkovitost i uspješnost tog lijeka najbolje opisuje podatak da je u kliničkim studijama u kojima se ispitivao lijek Avastin[®] sudjelovalo više od 37 000 bolesnika⁸. EMA je lijek odobrila u šest tumorskih sjela i u 10 indikacija⁹. Snaga dokaza, koju ima taj lijek, potvrđena je u više od 2500 provedenih istraživanja, od toga je njih čak 437 faze III i IV¹⁰.

INDIKACIJE

Rak debelog crijeva

Rak debelog crijeva je treći najčešće dijagnosticiran zloćudni tumor u svijetu, nakon raka pluća i dojke. Prema podacima Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2016. godini u Republici Hrvatskoj bilo je 3575 novodijagnosticiranih bolesnika s rakom debelog crijeva, a od te je bolesti umrlo 2157 ljudi.¹¹ Prema istom izvoru podataka, petogodišnja stopa preživljenja tih bolesnika iznosi 64,9 %. U čak oko 20 % bolesnika bolest se inicijalno prezentira metastazama u udaljenim sjelima (jetra, pluća, potrbušnica, kosti, mozak). U bolesnika u metastatskoj fazi bolesti petogodišnja stopa preživljenja je od 5 % do 10 %.¹²

Metastatski rak debelog crijeva je prva indikacija u kojoj je lijek Avastin[®] odobren

za primjenu. Odobrenju je prethodilo nekoliko provedenih randomiziranih kliničkih ispitivanja u kojima se lijek Avastin[®] uspoređivao s tadašnjim standardom liječenja.

Godine 2000., kada je počelo AVF2107 kliničko ispitivanje lijeka, standardna terapija u prvolinijskom liječenju metastatskog raka debelog crijeva bio je tzv. IFL (irinotekan-leukovorin-fluorouracil) protokol. Ispitivanje je pokazalo da je skupina bolesnika koja je primala lijek Avastin[®] s IFL protokolom imala znatno veću stopu odgovora, vrijeme bez progresije bolesti povećano je za 71 %, a medijan ukupnog preživljenja za čak 30 %.¹³

U mnogim kliničkim studijama poslije (NO16966, WJOG4407G, AGITG MAX2, CAIRO-3, ARTIST, CALGB/SWOG 804059, te TRIBE i TRIBE-2) dokazana je učinkovitost i uspješnost kombiniranja lijeka Avastin[®] s različitim kemoterapijskim protokolima u liječenju metastatskog raka debelog crijeva. Važnost neprekidne inhibicije VEGF-a dokazana je u studiji ML18147., u kojoj su bolesnici s metastatskim rakom debelog crijeva neprekidno primali lijek Avastin[®] i nakon progresije bolesti, a nakon što su ga dobivali u prvoj liniji liječenja te bolesti. U tih je bolesnika zabilježeno dulje vrijeme bez progresije bolesti i ukupno je preživljenje u drugoj liniji liječenja bilo veće u usporedbi s bolesnicima koji nisu nastavili primati lijek Avastin[®] nakon progresije bolesti. Korist od neprekidne inhibicije VEGF-a i nakon progresije bolesti u prvoj liniji liječenja potvrđena je i u studijama ARIES, BRITe i BEBYP.

Rak jajnika, rak jajovoda i primarni peritonealni rak

Rak jajnika na sedmom je mjestu prema učestalosti malignih bolesti od kojih obolijevaju žene u Republici Hrvatskoj i najmaligniji od svih ginekoloških karcinoma. U 2016. u Hrvatskoj je u 425 žena dijagnosticiran rak jajnika, a od te je bolesti umrla 301 žena.¹¹ Većina njih u trenutku postavljanja dijagnoze ima uznapredovali oblik raka jajnika. Prognoza oboljelih od raka jajnika je loša,

s petogodišnjim preživljenjem u Hrvatskoj od 36 %.¹⁴

Avastin[®] je registriran za prvolinijsko liječenje uznapredovalog epitelnog raka jajnika, raka jajovoda i primarnog peritonealnog raka (FIGO stadij IIIB-IV) u kombinaciji s karboplatinom i paklitakselom. Dvije velike randomizirane kliničke studije GOG-0218 i ICON7 (u ispitivanja uključena 3401 bolesnica) dokazale su da Avastin[®] statistički značajno produljuje preživljenje bez progresije bolesti u bolesnica s uznapredovalim rakom jajnika. Korist od lijeka Avastin[®] imaju sve bolesnice bez obzira na dob, ECOG status, histologiju, gradus tumora te veličinu rezidualne bolesti.

Sigurnost i djelotvornost lijeka Avastin[®] u liječenju recidiva epitelnog raka jajnika, raka jajovoda ili primarnog peritonealnog raka istražene su u trima ispitivanjima faze III u kojima su sudjelovale različite populacije bolesnica koje su dobivale različite kemoterapijske protokole. U studije je bilo uključeno 1518 bolesnica i sve su postigle glavni cilj. Za studije AVF4095g i MO22224 statistički značajno produljenje preživljenja bez progresije bolesti, a studija GOG-213 produljenje ukupnog preživljenja.

Rak vrata maternice

U Hrvatskoj je, prema podacima registra za rak iz 2016. godine, rak vrata maternice dijagnosticiran u 319 žena, a 111 ih je te godine umrlo unatoč tomu što je u većini slučajeva riječ o preventabilnoj i izlječivoj bolesti ako se otkrije na vrijeme.^{11, 15}

Za razliku od drugih ginekoloških tumora, rak vrata maternice je bolest žena mlađe životne dobi.

U randomiziranom, otvorenom ispitivanju faze III, GOG-0240, na ukupno 452 bolesnice istraživao se učinak dodavanja lijeka Avastin[®] standardnoj kemoterapiji u liječenju rekurentnoga, perzistentnoga ili metastatskog raka vrata maternice. Primjena lijeka Avastin[®] s kemoterapijom dovela je do statistički i klinički značajnog produljenja ukupnog preživljenja za čak 35 %, vremena bez progresije bolesti uz veću stopu ukupnog odgovora i dobro poznat sigurnosni profil.

U Hrvatskoj je lijek Avastin[®] od 2006. godine dostupan bolesnicima za liječenje metastatskog raka debelog crijeva u prvoj liniji liječenja, a za liječenje u drugoj liniji dostupan je od 2017. godine. Također je od 2017. dostupan za liječenje bolesnica s rakom jajnika i rakom vrata maternice.

Avastin[®] - uloga anti-VEGF u protutumorskom imunosnom odgovoru

Imunosni odgovor ljudskog organizma na potencijalne opasnosti je precizno regulirani proces koji većinom ovisi o aktivnosti tumorskih specifičnih T-stanica.

Učinkovit protutumorski imunosni odgovor nastaje kaskadom sedam uzastopnih koraka koji su dijelovi jedne od triju ključnih faza imunosnog ciklusa: faza aktivacije imunosnih stanica, faza prijenosa aktivnih T-stanica do tumorskoga sijela i infiltracija u tumor te faza prepoznavanja i uništavanja tumorskih stanica.

Za učinkovit imunosni odgovor potrebna je koordinirana aktivnost stimulatornih i inhibitornih čimbenika. Kostimulatorni i koinhibitorni signali (uglavnom citokini) i imunosne kontrolne točke reguliraju i amplitudu i kvalitetu T-staničnog odgovora. U normalnim fiziološkim uvjetima, kontrolne točke sudjeluju u prevenciji autoimunosti i održavanju imunosne homeostaze. No, tumorske stanice mogu poremetiti ekspresiju kontrolnih točaka i time izbjeći imunosni nadzor.

Blokadom VEGF-a moguće je ojačati imunosni odgovor

Način djelovanja anti-VEGF molekula do sada se tradicionalno dijelio na anti-vaskularno, antipermeabilno i antiangiogeno djelovanje. Sada se tome složenom djelovanju pridružuju i podaci o imunomodulatornoj ulozi VEGF-a. Imunosupresivni učinak VEGF-a ostvaruje se sljedećim mehanizmima: smanjenom T-staničnom aktivacijom i sazrijevanjem predočnih stanica, sniženom infiltracijom T-stanica u tumor te povećanjem broja inhibitornih stanica u tumorskom mikrookružju.

Imunoterapija je promijenila način i uspješnost liječenja oboljelih od raka. Osobito su imunoterapijski agensi koji ciljaju PD-L1/PD-1 signalni put pokazali dugotrajne kliničke odgovore u nekih

>>

bolesnika. Budući da imunoterapija nije dala dugotrajne odgovore i nije poboljšala preživljenje u svih bolesnika, bilo je prijeko potrebno pronaći nove mogućnosti antitumorskog liječenja ili najbolje kombinacije postojećih.

Kombinacijom imunoterapije s drugim načinima liječenja moguće je pojačati djelovanje imunskog sustava u uništavanju tumorskih stanica.

Uz obećavajuće rezultate u istraživanjima faze I i II, dvostruka modulacija (imunosna s anti-PD-L1 i anti-VEGF liječenjem) pokazala je pozitivne rezultate i u kliničkim ispitivanjima faze III. Ta se kombinacija pokazala vrlo učinkovitom u tumorima s visokom ekspresijom VEGF-a (rak pluća nemalih stanica s EGFR/ALK pozitivnim mutacijama i/ili s jetrenim metastazama).

U studiji IMpower150, koja je ispitala kombinaciju kemoterapije s lijekovima Avastin[®] i Tecentriq[®] u prvolinijskom liječenju bolesnika s neplanocelularnim rakom pluća nemalih stanica, rezultati su pokazali da su korist od primjene tog protokola imale sve skupine ispitanika, a za bolesnike s dokazanim EGFR/ALK mutacijama, koji su progredirali na prethodno liječenje inhibitorima tirozin kinaze, te za bolesnike s jetrenim metastazama, liječenje tom kombinacijom znatno je poboljšalo medijan ukupnog preživljenja (HR 0,54).

Kombinacija lijeka Avastin[®] s drugim inhibitorima kontrolnih točaka (nivolumab, ipilimumab, pembrolizumab)

ispitivana u drugim tumorskim sijelima (mRCC, HCC, rekurentni GBM, melanom) upućuje na obećavajuće rezultate u istraživanjima faze I i II.

Učinkovitost, sigurnost i klinička korist kombiniranog liječenja imunoterapijom sa standardnim protokolima liječenja u pojedinim tumorskim sijelima (kemoterapija i/ili ciljana terapija) uz inhibiciju VEGF-a bevacizumabom ispituju se u velikom broju kliničkih studija faze II i III koje su u tijeku.¹⁶

Avastin[®] je lijek drukčiji od ostalih - ne napada tumorske stanice nego mijenja njihov okoliš. Dakle, donio je sasvim drugi način rata s neprijateljem, odnosno uništavanja tumora. Ne napada ga izravno nego mu ruši logistiku. Djelovanje mu se ne može predvidjeti, nije ga briga kako se neprijatelj zove, što mu omogućuje široku primjenu.

Zajedno s drugim lijekovima pokazao se iznimno učinkovitim, pružajući bolesnicima mogućnost dugotrajnijeg preživljenja.

Uz učinkovitost tog lijeka, potrebno je istaknuti i dobar sigurnosni profil što omogućuje liječenje velikog broja bolesnika bez većih popratnih pojava.

prof.dr.sc. STJEPKO PLEŠTINA, dr.med., spec. interne medicine, subspec. internističke onkologije

predstojnik Klinike za onkologiju - KBC Zagreb

predsjednik Hrvatskog društva za internističku onkologiju

- Ide, A. G., Baker, N. H., Warren, S. L. (1939.), Vascularization of the Brown-Pearce rabbit epithelioma transplant as seen in the trans-parent ear chamber. *AJR* 32: 891–899.
- Algire, G. H., Chalkley, H. W. (1945.), Vascular reactions of normal and malignant tissue in vivo. *J Natl Cancer Inst* 6: 73–85.
- Folkman, J., Merler, E. (1971.) ,Tumor Angiogenesis: Therapeutic Implications, *N Engl J Med* 1971: 285:1182–1186.
- Ferrara, N., Henzel, W. J. (1989.), Pituitary follicular cells secrete a novel heparin-binding growth factor specific for vascular endothelial cells. *Biochemical and Biophysical Research Communications*. 161 (2): 851–8.
- Gerber, H. P., Ferrara. N. Pharmacology and pharmacodynamics of bevacizumab as monotherapy or in combination with cytotoxic therapy in preclinical studies. *Cancer Res* 2005: 65: 671–680
- National Cancer Institute. Angiogenesis inhibitors. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/immunotherapy/angiogenesis-inhibitors-fact-sheet>. Last update April 2, 2018 Accessed 18 October 2019.
- <https://www.drugs.com/history/avastin.html> , Accessed 18 October 2019.
- Roche data on file
- Avastin - sažetak opisa svojstava lijeka, rujan 2019.
- <https://clinicaltrials.gov>, Accessed 18 October 2019.
- HZJZ, Registar za rak Republike Hrvatske, INCIDENCIJA RAKA U HRVATSKOJ, Bilten br. 41, 2019.
- Rougier P, Mitry E. Epidemiology, treatment and chemoprevention in colorectal cancer. *Ann Oncol* 2003; 14 Suppl 2: ii3-ii5.
- Hurwitz, H., Fehrenbacher, L. (2004.), Bevacizumab plus Irinotecan, Fluorouracil, and Leucovorin for Metastatic Colorectal Cancer, *N Engl J Med* 2004: 350:2335–2342.
- Allemani, C. et al., Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries, *Lancet* 2018: 391, (10125): 1023–1075
- HZJZ, Izvješće o umrlim osobama u 2016. godini, srpanj 2017.
- Daniel, S., Chen, M. D., Ph, D. and Herbert Hurwitz, M. D., Combinations of Bevacizumab With Cancer Immunotherapy, *Cancer J* 2018: 24: 193–204

TABLE 2. Ongoing Trials of Bevacizumab Immune Checkpoint Inhibitor Combinations

Bevacizumab Combination Partner(s)	Tumor Type	Study Phase	Study Status	NCT ID (Study Name)
Atezolizumab	HCC	III	Recruiting	NCT03434379 (IMbrave150)
Atezolizumab + paclitaxel + carboplatin	Recurrent OC, FTC, or PPC	III	Recruiting	NCT03038100 (IMagyn050)
Atezolizumab + chemotherapy	Recurrent OC	III	Active, not recruiting	NCT03353831
Atezolizumab + chemotherapy	OC	III	Recruiting	NCT02891824 (ATALANTE)
Atezolizumab + pegylated liposomal doxorubicin hydrochloride	Recurrent OC, FTC, or PPC	II/III	Recruiting	NCT02839707
Atezolizumab	mUC	II	Recruiting	NCT03272217
Atezolizumab	Anaplastic and poorly differentiated thyroid cancer	II	Recruiting	NCT03181100
Atezolizumab	Melanoma* with brain metastases	II	Recruiting	NCT03175432 (BEAT-MBM)
Atezolizumab + capecitabine	Refractory mCRC	II	Recruiting	NCT02873195
Atezolizumab + ipatasertib	ER ⁺ , HER2-neg breast cancer	II	Recruiting	NCT03395899 (ECLIPSE)
Atezolizumab + entinostat	mRCC	I/II	Recruiting	NCT03024437
Durvalumab	Newly diagnosed or recurrent GBM	II	Active, not recruiting	NCT02336165
Nivolumab + oxaliplatin + leucovorin + fluorouracil	mCRC	II/III	Recruiting	NCT03414983 (CheckMate 9X8)
Nivolumab	NSCLC	I	Active, not recruiting	NCT01454102 (CheckMate 012)
Nivolumab	Advanced or mHCC	I	Recruiting	NCT03382886 (NUANCE)
Pembrolizumab + capecitabine	MSS-pMMR-CRC	II	Recruiting	NCT03396926

▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek.

Tecentriq 840 mg koncentrat za otopinu za infuziju, **Tecentriq 1200 mg** koncentrat za otopinu za infuziju, atezolizumab

Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet: EU/1/17/1220 **Način izdavanja:** Lijek se izdaje na ograničeni recept; **Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** Roche Registration GmbH, 79639 Grenzach-Wyhlen, Njemačka.

Odobrene indikacije:

Tecentriq 840 mg i 1200 mg: u monoterapiji za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog urotelnog karcinoma (UK) u odraslih bolesnika: koji su prethodno primali kemoterapiju koja je sadržavala platinu, ili koji se ne smatraju pogodnima za liječenje cisplatinom i čiji tumori pokazuju razinu ekspresije PD L1 $\geq 5\%$

Tecentriq 840 mg i 1200 mg: u monoterapiji za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog NSCLC a u odraslih bolesnika koji su prethodno primali kemoterapiju. Bolesnici s EGFR mutacijama ili ALK-pozitivnim NSCLC-om trebali su također primiti ciljne terapije prije nego što prime Tecentriq.

Tecentriq 840 mg: u kombinaciji s nab paklitakselom za liječenje neresektabilnog lokalno uznapredovalog ili metastatskog trostruko negativnog raka dojke u odraslih bolesnika čiji tumori pokazuju razinu ekspresije PD L1 $\geq 1\%$ i koji prethodno nisu primali kemoterapiju za metastatsku bolest.

Tecentriq 1200 mg: u kombinaciji s bevacizumabom, paklitakselom i karboplatinom za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s metastatskim neplancelularnim rakom pluća nemalih stanica (engl. non small cell lung cancer, NSCLC). U bolesnika s EGFR mutacijama ili ALK pozitivnim NSCLC-om Tecentriq je u kombinaciji s bevacizumabom, paklitakselom i karboplatinom indiciran samo nakon prethodnog neuspješnog liječenja odgovarajućim ciljanim terapijama

Tecentriq 840 mg i 1200 mg: u monoterapiji za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog NSCLC a u odraslih bolesnika koji su prethodno primali kemoterapiju. Bolesnici s EGFR mutacijama ili ALK-pozitivnim NSCLC-om trebali su također primiti ciljne terapije prije nego što prime Tecentriq.

Tecentriq 1200 mg: u kombinaciji s nab paklitakselom i karboplatinom za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s metastatskim neplancelularnim NSCLC-om koji nemaju EGFR mutacije ni ALK pozitivan NSCLC.

Tecentriq 1200 mg: u kombinaciji s karboplatinom i etopozidom za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s proširenim stadijem raka pluća malih stanica (engl. extensive-stage small cell lung cancer, ES-SCLC).

Kontraindikacije: Preosjetljivost na atezolizumab ili neku od pomoćnih tvari: L-histidin, ledena acetatna kiselina, saharoza, polisorbitat 20, voda za injekcije

Učestale nuspojave: Sigurnost atezolizumaba u monoterapiji temelji se na objedinjenim podacima prikupljenima u 3178 bolesnika s različitim vrstama tumora. Najčešće nuspojave ($> 10\%$) bile su umor (35,9%), smanjen tek (25,5%), mučnina (23,5%), kašalj (20,8%), dispneja (20,5%), pireksija (20,1%), proljev (19,7%), bol u leđima (15,3%), povraćanje (15,0%), astenija (14,5%), artralgija (13,9%), mišićno-koštana bol (13,0%), pruritus (12,6%) i infekcija mokraćnih putova (11,6%).

Prema MedDRA klasifikaciji u monoterapiji vrlo česte nuspojave su: infekcija mokraćnih putova, smanjen tek, kašalj, dispneja, mučnina, povraćanje, proljev, osip, pruritus, artralgija, bol u leđima, mišićno koštana bol, pireksija, umor, astenija. Česte nuspojave su: trombotična, hipotireoza, hipokalijemija, hiponatrijemija, hiperglikemija, hipotenzija, pneumonitis, hipoksija, začepljen nos, nazofaringitis, bol u abdomenu, kolitis, distagija, bol u usnoj šupljini i ždrijelu, povišene vrijednosti AST-a, povišene vrijednosti ALT-a, hepatitis, bolest nalik gripi, zimica.

Sigurnost atezolizumaba primijenjenog u kombinaciji s drugim lijekovima ocjenjivala se u 2759 bolesnika s različitim vrstama tumora. Najčešće nuspojave ($\geq 20\%$) bile su mučnina (37,4%), umor (36,4%), neutropenija (33,7%), anemija (33,2%), proljev (29,5%), osip (28,5%), konstipacija (27,0%), periferna neuropatija (26,8%), smanjen tek (24,6%), trombotična, hipotireoza, hipoksija, začepljen nos, nazofaringitis, hipokalijemija, hiponatrijemija, hipomagnezijemija, sinkopa, disfonija, stomatitis, disgeuzija, povišene vrijednosti AST-a, povišene vrijednosti ALT-a, proteinurija.

Prema MedDRA klasifikaciji u kombiniranoj terapiji vrlo česte nuspojave su: plućna infekcija, anemija, trombotična, hipotireoza, smanjen tek, periferna neuropatija, omaglica, glavobolja, dispneja, kašalj, mučnina, proljev, konstipacija, povraćanje, osip, pruritus, artralgija, mišićno-koštana bol, bol u leđima, pireksija, umor, astenija. Česte nuspojave su: smanjen broj limfocita, hipokalijemija, hiponatrijemija, hipomagnezijemija, sinkopa, disfonija, stomatitis, disgeuzija, povišene vrijednosti AST-a, povišene vrijednosti ALT-a, proteinurija.

Doziranje: Monoterapija lijekom Tecentriq 840 mg: Preporučena doza: 840 mg primijenjeno intravenski svaka dva tjedna ili 1680 mg primijenjeno intravenski svaka četiri tjedna

Tecentriq u kombinaciji s nab-paklitakselom u prvoj liniji liječenja metastatskog trostruko negativnog raka dojke: Preporučena doza lijeka Tecentriq je 840 mg intravenskom infuzijom, nakon koje se primjenjuje nab paklitaksel u dozi od 100 mg/m². U svakom 28 dnevnom ciklusu Tecentriq se primjenjuje 1. i 15. dana, a nab paklitaksel 1., 8. i 15. dana. Vidjeti i cjelovite informacije o lijeku koji će se primjenjivati u kombiniranoj terapiji

Monoterapija lijekom Tecentriq 1200 mg: Preporučena doza je 1200 mg primijenjena intravenski svaka tri tjedna.

Tecentriq u kombinaciji s bevacizumabom, paklitakselom i karboplatinom u prvoj liniji liječenja neplancelularnog NSCLC: Tijekom faze uvodnog liječenja preporučena doza lijeka Tecentriq je 1200 mg intravenskom infuzijom, nakon koje se primjenjuje bevacizumab, paklitaksel i zatim karboplatin svaka tri tjedna tijekom četiri ili šest ciklusa. Nakon faze uvodnog liječenja slijedi faza održavanja bez kemoterapije, tijekom koje se primjenjuje Tecentriq u dozi od 1200 mg i zatim bevacizumab, intravenskom infuzijom svaka tri tjedna.

Tecentriq u kombinaciji s nab paklitakselom i karboplatinom u prvoj liniji liječenja neplancelularnog NSCLC: Tijekom faze uvodnog liječenja preporučena doza lijeka Tecentriq je 1200 mg intravenskom infuzijom, nakon koje se primjenjuje nab paklitaksel i karboplatin svaka tri tjedna tijekom četiri ili šest ciklusa. Tecentriq, nab paklitaksel i karboplatin primjenjuju se 1. dana svakog 21 dnevnom ciklusa. Nab paklitaksel se uz to primjenjuje i 8. i 15. dana. Nakon faze uvodnog liječenja slijedi faza održavanja bez kemoterapije, tijekom koje se primjenjuje Tecentriq u dozi od 1200 mg intravenskom infuzijom svaka tri tjedna.

Tecentriq u kombinaciji s karboplatinom i etopozidom u prvoj liniji liječenja proširene oblika SCLC: Tijekom faze uvodnog liječenja preporučena doza lijeka Tecentriq je 1200 mg intravenskom infuzijom, nakon koje se primjenjuje karboplatin, a zatim etopozid intravenskom infuzijom 1. dana. Etopozid se uz to primjenjuje i intravenskom infuzijom 2. i 3. dana. Ovaj se protokol primjenjuje svaka tri tjedna tijekom četiri ciklusa. Nakon faze uvodnog liječenja slijedi faza održavanja bez kemoterapije, tijekom koje se primjenjuje Tecentriq u dozi od 1200 mg intravenskom infuzijom svaka tri tjedna.

Odgoda primjene doze ili prekid liječenja: Savjeti za prilagodavanje doze lijeka Tecentriq:

Pneumonitis - 2. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq, 3. ili 4. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Hepatitis 2. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq, 3. ili 4. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Kolitis - proljev 2. ili 3. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq, proljev ili kolitis 4. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Hipotireoza ili hipertireoza simptomatska - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq; Insuficijencija nadbubrežne žlijezde simptomatska - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq; Hipofizitis - 2. ili 3. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq, 4. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Sećerna bolest tipa 1 - hiperglikemija 3. ili 4. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq; Reakcije na infuziju - 1. ili 2. stupnja - smanjiti brzinu infuzije ili privremeno prekinuti njezinu primjenu. 3. ili 4. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Osip - 3. stupnja - odgoditi primjenu lijeka, 4. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Mijastenički sindrom/miastenija gravis, Guillain Barréov sindrom i meningoencefalitis - svi stupnjevi - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Pankreatitis - povišene serumskih vrijednosti amilaze ili lipaze ($> 2 \times$ GGN) 3. ili 4. stupnja ili pankreatitis 2. ili 3. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq, 4. stupnja ili rekurentni pankreatitis bilo kojeg stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Miokarditis - 2. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq, 3. i 4. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Nefritis - 2. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq, 3. ili 4. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Miozitis - 2. ili 3. stupnja - odgoditi primjenu lijeka Tecentriq, 4. stupnja ili rekurentni miozitis 3. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq; Druge imunološki uzrokovane nuspojave - 2. ili 3. stupnja - odgoditi primjenu dok se nuspojave ne poboljšaju do 0. ili 1. stupnja unutar 12 tjedana, a doza kortikosteroida smanji na ≤ 10 mg prednizona ili ekvivalenta na dan. 4. stupnja ili rekurentni događaj 3. stupnja - trajno prekinuti liječenje lijekom Tecentriq (osim u slučaju endokrinopatija kontroliranih hormonskom nadomjesnom terapijom)

Način primjene: Tecentriq je namijenjen za intravensku primjenu. Infuzije se ne smiju primijeniti kao brza ili bolusna intravenska injekcija

Upozorenja i mjere opreza: Slijedivost: Kako bi se poboljšala slijedivost bioloških lijekova, naziv i broj serije primijenjenog lijeka potrebno je jasno evidentirati u zdravstvenom kartonu bolesnika. Imunološki uzrokovane nuspojave: Većina imunološki uzrokovanih nuspojava koje su se javile tijekom liječenja atezolizumabom povukla se uz privremeni prekid primjene atezolizumaba i uvođenje kortikosteroida i/ili potpore skrbi. Primijećene su imunološki uzrokovane nuspojave koje su zahvatile više od jednog tjelesnog sustava. Imunološki uzrokovane nuspojave povezane s primjenom atezolizumaba mogu se javiti i nakon primjene posljednje doze ovog lijeka. Ako se sumnja na imunološki uzrokovane nuspojave, potrebno je provesti detaljnu procjenu kako bi se potvrdila etiologija ili isključili drugi uzroci. Ovisno o težini nuspojava, treba odgoditi primjenu atezolizumaba i primijeniti kortikosteroide. Nakon poboljšanja do ≤ 1 . stupnja, primjenu kortikosteroida treba prekinuti postupnim smanjivanjem doze tijekom razdoblja od ≥ 1 mjeseca. Temeljem ograničenih podataka iz kliničkih ispitivanja u bolesnika u kojih se imunološki uzrokovane nuspojave nisu mogle kontrolirati sistemskim kortikosteroidima, može se razmotriti i primjena drugih sistemskih imunosupresiva. Liječenje atezolizumabom mora se trajno prekinuti u slučaju bilo koje imunološki uzrokovane nuspojave 3. stupnja koja se ponovno javi ili u slučaju bilo koje imunološki uzrokovane nuspojave 4. stupnja, izuzev endokrinopatija kontroliranih hormonskom nadomjesnom terapijom.

Imunološki uzrokovane pneumonitis: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećeni su slučajevi pneumonitisa, uključujući slučajeve sa smrtnim ishodom. Bolesnike treba nadzirati zbog moguće pojave znakova i simptoma pneumonitisa. Imunološki uzrokovani hepatitis: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećeni su slučajevi hepatitisa, od kojih su neki imali smrtni ishod. Bolesnike treba nadzirati zbog moguće pojave znakova i simptoma hepatitisa. Vrijednosti aspartat aminotransferaze (AST), alanin aminotransferaze (ALT) i bilirubina treba kontrolirati prije početka liječenja atezolizumabom, periodički tijekom liječenja i kada je indicirano na temelju kliničke procjene.

Imunološki uzrokovani kolitis: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećeni su slučajevi proljeva ili kolitisa. Bolesnike treba nadzirati zbog moguće pojave znakova i simptoma kolitisa.

Imunološki uzrokovane endokrinopatije: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećeni su hipotireoza, hipertireoza, insuficijencija nadbubrežne žlijezde, hipofizitis i sećerna bolest tipa 1, uključujući dijabetičku ketoacidozu. Bolesnike treba nadzirati zbog moguće pojave kliničkih znakova i simptoma endokrinopatija. Funkciju štitnjače treba provjeriti prije početka liječenja atezolizumabom i kontrolirati periodički tijekom liječenja. Treba razmotriti odgovarajuće liječenje bolesnika koji na početku liječenja imaju odstupanja u nalazima testova funkcije štitnjače

Imunološki uzrokovani meningoencefalitis: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećen je meningoencefalitis. Bolesnike treba nadzirati zbog moguće pojave kliničkih znakova i simptoma meningitisa ili encefalitisa.

Imunološki uzrokovane neuropatije: U bolesnika koji su primali atezolizumab primijećeni su mijastenički sindrom/miastenija gravis ili Guillain-Barréov sindrom, koji mogu biti opasni po život. Bolesnike treba nadzirati zbog mogućih simptoma motoričke i senzorne neuropatije.

Imunološki uzrokovani pankreatitis: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećen je pankreatitis, uključujući povišenja serumskih vrijednosti amilaze i lipaze. Bolesnike treba pažljivo nadzirati zbog moguće pojave znakova i simptoma koji ukazuju na akutni pankreatitis.

Imunološki uzrokovani miokarditis: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećen je miokarditis. Bolesnike treba nadzirati zbog moguće pojave znakova i simptoma miokarditisa.

Imunološki uzrokovani nefritis: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećen je nefritis. Bolesnike treba nadzirati zbog mogućih promjena bubrežne funkcije.

Imunološki uzrokovani miozitis: U kliničkim ispitivanjima atezolizumaba primijećeni su slučajevi miozitisa, uključujući slučajeve sa smrtnim ishodom. Bolesnike treba nadzirati zbog moguće pojave znakova i simptoma miozitisa.

Kod primjene atezolizumaba primijećene su reakcije na infuziju. U bolesnika s reakcijama na infuziju 1. ili 2. stupnja potrebno je smanjiti brzinu infuzije ili privremeno prekinuti primjenu. Liječenje atezolizumabom mora se trajno prekinuti u bolesnika s reakcijama na infuziju 3. ili 4. stupnja. Bolesnici s reakcijama na infuziju 1. ili 2. stupnja mogu nastaviti primiti atezolizumab pod strogim nadzorom, a može se razmotriti i premedikacija antipiretikom i antihistaminicima.

Mjere opreza specifične za pojedine bolesti: Prije uvođenja terapije liječniči trebaju pažljivo razmotriti kombinirane rizike četverostrukog protokola koji uključuje atezolizumab, bevacizumab, paklitaksel i karboplatin. Neutropenija i periferna neuropatija koje se javi tijekom liječenja atezolizumabom i nab paklitakselom mogu se povući nakon privremenog prekida primjene atezolizumaba i/ili nab paklitaksela. Za specifične mjere opreza i kontraindikacije kod primjene nab paklitaksela liječniči trebaju pročitati sažetak opisa svojstava lijeka za taj lijek. U klinička ispitivanja nisu bili uključeni bolesnici koji su imali slijedeća stanja: autoimunu bolest u anamnezi, pneumonitis u anamnezi, aktivne moždane metastaze, HIV infekciju, hepatitis B ili hepatitis C infekciju, značajnu kardiovaskularnu bolest ili nedostatan hematološki funkciju i funkciju ciljnih organa (engl. end-organ). Bolesnici koji su primili živo atenuirano cjepivo unutar 28 dana prije uključivanja u ispitivanje, sistemske imunostimulatore unutar 4 tjedna prije uključivanja u ispitivanje ili sistemske imunosupresive unutar 2 tjedna prije uključivanja u ispitivanje nisu mogli sudjelovati u kliničkim ispitivanjima. Početne i prognostičke značajke bolesti u populaciji iz Kohorte 1 ispitivanja IMvigor210 sveukupno su bile usporedive s onima u bolesnika iz kliničke prakse koje bi se smatrale nepogodnima za liječenje cisplatinom, ali pogodnima za liječenje kombiniranim kemoterapijom temeljenom na karboplatinu. Nema dovoljno podataka za podskupinu bolesnika koje bi se smatrale nepogodnima za bilo koji oblik kemoterapije, pa u tim bolesnika atezolizumab treba primjenjivati uz oprez, nakon pažljive procjene mogućeg koristi i rizika za svakog pojedinog bolesnika. Bolesnici s NSCLC-om koji su imali jasnu infiltraciju tumora u velike torakalne krvne žile ili jasnu kvantitativnu plućnih lezija, vidljive na snimkama dobivenima oslikavanjem, nisu bili uključivani u pivotalno kliničko ispitivanje IMpower150 nakon što je opaženo nekoliko slučajeva plućnog krvarenja sa smrtnim ishodom, koje je poznat faktor rizika kod liječenja bevacizumabom. Zbog nedostatka podataka, atezolizumab u tim populacijama treba primjenjivati uz oprez nakon pažljive procjene omjera koristi i rizika za bolesnika. Nema podataka iz ispitivanja IMpower150 o djelotvornosti atezolizumaba u kombinaciji s bevacizumabom, paklitakselom i karboplatinom u EGFR+ bolesnika kojima je bolest uznapredovala tijekom prethodnog liječenja erlotinibom + bevacizumabom.

Svi liječniči koji propisuju Tecentriq moraju biti upoznati s informacijama za liječnike i smjernicama za liječenje. Liječnik koji propisuje lijek mora s bolesnikom razgovarati o rizicima liječenja lijekom Tecentriq. Bolesnik će dobiti karticu s upozorenjima za bolesnika, uz naputak da karticu uvijek mora nositi sa sobom.

Za cjelovitu informaciju molimo pogledati zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka dostupan na mrežnim stranicama Europske agencije za lijekove (EMA).

Avastin 25 mg/ml koncentrat za otopinu za infuziju, bevacizumab

Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet: EU/1/04/300. **Način izdavanja:** Lijek se izdaje na recept. **Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** Roche Registration GmbH, 79639 Grenzach-Wyhlen, Njemačka

Odrebnene indikacije: Bevacizumab je u kombinaciji s kemoterapijom na bazi fluoropirimidina indiciran za liječenje odraslih bolesnika s metastatskim karcinomom kolona ili rektuma. Bevacizumab je u kombinaciji s paklitakselom indiciran za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s metastatskim karcinomom dojke. Bevacizumab je u kombinaciji s gemcitabinom indiciran za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s metastatskim karcinomom dojke za koje se liječenje drugim kemoterapijskim protokolima, uključujući taksame odnosno antracikline, ne smatra primjerenim. Lijekom Avastin u kombinaciji s kapecitabinom ne smiju se liječiti bolesnici koji su u proteklih 12 mjeseci u okviru adjuvantnog liječenja primili taksame ili antracikline.

Bevacizumab je u kombinaciji s kemoterapijom na bazi spojeva platine indiciran za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s neresektabilnim uznapredovalim, metastatskim ili recidivirajućim karcinomom pluća nemalih stanica u kojemu histološki ne prevladavaju skvamozne stanice.

Bevacizumab je u kombinaciji s erlotinibom indiciran za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s neresektabilnim uznapredovalim, metastatskim ili recidivirajućim neskvamoznim karcinomom pluća nemalih stanica s aktivirajućim mutacijama receptora epidermalnog faktora rasta. Bevacizumab je u kombinaciji s interferonom alfa 2a indiciran za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s uznapredovalim i/ili metastatskim karcinomom bubrežnih stanica.

Bevacizumab je u kombinaciji s karboplatinom i paklitakselom indiciran za prvu liniju liječenja odraslih bolesnika s uznapredovalim (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) stadiji IIIB, IIIC i IV) epitelnim karcinomom jajnika, karcinomom jajovoda i primarnim peritonealnim karcinomom. Bevacizumab je u kombinaciji s karboplatinom i gemcitabinom ili u kombinaciji s karboplatinom i paklitakselom indiciran za liječenje odraslih bolesnika s prvim recidivom epitelnog karcinoma jajnika, karcinoma jajovoda ili primarnog peritonealnog karcinoma osjetljivih na platinu, koje prethodno nisu bile liječene bevacizumabom, drugim VEGF inhibitorima niti lijekovima koji djeluju na VEGF receptore.

Bevacizumab je u kombinaciji s paklitakselom, topotekanom ili pegiliranim liposomalnim doksorubicinom indiciran za liječenje odraslih bolesnika s recidivom epitelnog karcinoma jajnika, karcinoma jajovoda ili primarnog peritonealnog karcinoma rezistentnih na platinu, koje prethodno nisu primile više od dva kemoterapijska protokola i koje prethodno nisu bile liječene bevacizumabom, drugim VEGF inhibitorima niti lijekovima koji djeluju na VEGF receptore.

Bevacizumab je u kombinaciji s paklitakselom i cisplatinom ili, alternativno, paklitakselom i topotekanom u bolesnica koje ne mogu primiti terapiju platinom, indiciran za liječenje odraslih bolesnika s perzistentnim, recidivirajućim ili metastatskim karcinomom cerviksa.

Kontraindikacije: Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari: trehaloza dihidrat, natrijev fosfat, polisorbit 20, voda za injekcije; preosjetljivost na produkte stanica jajnika kineskog hrčka ili druga rekombinantna humana ili humanizirana protutijela; trudnoća.

Učestale nuspojave: Najozbiljnije nuspojave lijeka prijavljene u kliničkim ispitivanjima lijeka Avastin bile su: gastrointestinalne perforacije, krvarenje, uključujući plućno krvarenje/hemoptizu, koje je češće u bolesnika koji boluju od karcinoma pluća nemalih stanica i arterijska tromboembolija. Najčešće zabilježene nuspojave u svim kliničkim ispitivanjima u bolesnika koji su primili Avastin bile su hipertenzija, umor ili astenija, proljev i bol u abdomenu. Analize kliničkih podataka o sigurnosti primjene upućuju na to da pojava hipertenzije i proteinurije tijekom liječenja lijekom Avastin vjerojatno ovisi o dozi. Neke od nuspojava su nuspojave koje se često javljaju uz kemoterapiju međutim, Avastin može pogoršati te nuspojave kada se primjenjuje u kombinaciji s kemoterapijskim lijekovima. Primjeri uključuju sindrom palmarno-plantarne eritrodizestezijske odgođene reakcije kod primjene u kombinaciji s pegiliranim liposomalnim doksorubicinom ili kapecitabinom, perifernu senzornu neuropatiju kod primjene u kombinaciji s paklitakselom ili oksaliplatinom, poremećaje noćnog ili alopeciju kod primjene u kombinaciji s paklitakselom te paronihiju kod primjene u kombinaciji s erlotinibom. Prema MedDRA klasifikaciji teške nuspojave prijavljene su kod primjene lijeka Avastin kao vrlo česte: febrilna neutropenija, leukopenija, neutropenija, trombocitopenija, perferna senzorna neuropatija, hipertenzija, proljev, mučnina, povraćanje, bol u abdomenu, astenija i umor. Kao česte teške nuspojave prijavljene su: perforacija crijeva, ileus, opstrukcija crijeva, rektovaginalna fistula, gastrointestinalni poremećaj, stomatitis, proktalgija, fistula, mialgija, artralgija, mišićna slabost, bol u leđima, bol, letargija, upala sluznice, sepsa, celulitis, apsces, infekcija, infekcija mokraćnih puteva, anemija, limfopenija, dehidracija, cerebrovaskularni incident, sinkopa, somnolencija, glavobolja, kongestivno zatajenje srca, supraventrikularna tahikardija, tromboembolija (arterijska), krvarenje, tromboembolija (venska), duboka venska tromboza, plućno krvarenje/hemoptiza, plućna embolija, epistaksa, dispneja, hipoksija, komplikacije pri zacjeljivanju rana, sindrom palmarno-plantarne eritrodizestezijske, proteinurija i bol u zdjelici.

Nuspojave prijavljene kod primjene lijeka Avastin kao vrlo česte: febrilna neutropenija, leukopenija, neutropenija, trombocitopenija, anoreksija, hipomagnezijemija, hiponatrijemija, perferna senzorna neuropatija, dizartrija, glavobolja, disgeuzija, poremećaji oka, pojačano suženje, hipertenzija, tromboembolija (venska), dispneja, rinitis, epistaksa, kašalj, rektalno krvarenje, stomatitis, konstipacija, proljev, mučnina, povraćanje, bol u abdomenu, komplikacije pri zacjeljivanju rana, ekzfolijativni dermatitis, suha koža, promjena boje kože, artralgija, mialgija, proteinurija, zatajenje jajnika, astenija, umor, pireksija, bol, upala sluznice, smanjenje težine. Kao česte nuspojave prijavljene su: sepsa, apsces, celulitis, infekcija, infekcija mokraćnih puteva, anemija, limfopenija, dehidracija, cerebrovaskularni incident, sinkopa, somnolencija, kongestivno zatajenje srca, supraventrikularna tahikardija, tromboembolija (arterijska), krvarenje, duboka venska tromboza, plućno krvarenje/hemoptiza, plućna embolija, hipoksija, disfonija, gastrointestinalna perforacija, perforacija crijeva, ileus, opstrukcija crijeva, rektovaginalna fistula, gastrointestinalni poremećaj, proktalgija, sindrom palmarno-plantarne eritrodizestezijske, fistula, mišićna slabost, bol u leđima, bol u zdjelici i letargija.

Doziranje: Metastatski karcinom kolona ili rektuma-5 mg/kg ili 10 mg/kg tjelesne težine (TT) jednom svaka 2 tjedna, odnosno 7,5 mg/kg ili 15 mg/kg TT jednom svaka 3 tjedna;

Metastatski karcinom dojke- 10 mg/kg TT jednom svaka 2 tjedna ili 15 mg/kg TT jednom svaka 3 tjedna; Karcinom pluća nemalih stanica (NSCLC)- 7,5 mg/kg ili 15 mg/kg TT jednom svaka 3 tjedna (kada se primjenjuje kao dodatak erlotinibu doza je 15 mg/kg TT jednom svaka 3 tjedna); Uznapredovali i/ili metastatski karcinom bubrežnih stanica-10 mg/kg TT jednom svaka 2 tjedna;

Epitelni karcinom jajnika, karcinom jajovoda i primarni peritonealni karcinom- 15 mg/kg TT jednom svaka 3 tjedna. U liječenju rekurentne bolesti rezistentne na platinu u kombinaciji s paklitakselom, topotekanom (primijenjenim jednom tjedno) ili pegiliranim liposomalnim doksorubicinom doza Avastina je 10 mg/kg TT jednom svaka 2 tjedna. Kada se primjenjuje u kombinaciji s topotekanom, (koji se daje od 1. do 5. dana svaka 3 tjedna), preporučena doza lijeka Avastin je 15 mg/kg TT jednom svaka 3 tjedna u obliku intravenske infuzije; Karcinom cerviksa- u kombinaciji s paklitakselom i cisplatinom ili paklitakselom i topotekanom preporučena doza lijeka Avastin je 15 mg/kg TT jednom svaka 3 tjedna.

Način primjene: Avastin se primjenjuje u obliku intravenske infuzije.

Upozorenja i mjere opreza: Kako bi se poboljšala sigurnost bolesnika, zaštićeno ime primijenjenog lijeka i broj serije moraju se jasno zabilježiti (navesti) u bolesničkom kartonu.

Gastrointestinalne perforacije i fistule: Bolesnici mogu biti izloženi povećanom riziku od nastanka gastrointestinalnih perforacija i perforacija žučnog mjehura tijekom liječenja lijekom Avastin. Intraabdominalni upalni proces može biti čimbenik rizika za gastrointestinalne perforacije u bolesnika s metastatskim karcinomom kolona ili rektuma, stoga je prilikom liječenja takvih bolesnika potreban oprez. Prethodno zračenje jest čimbenik rizika za gastrointestinalnu perforaciju u bolesnica koje se lijekom Avastin liječe zbog perzistentnog, recidivirajućeg ili metastatskog karcinoma cerviksa, a sve bolesnice s gastrointestinalnom perforacijom prethodno su bile liječene zračenjem. U bolesnika u kojih dođe do gastrointestinalne perforacije liječenje treba trajno obustaviti.

Gastrointestinalna vaginalna fistula u ispitivanju GOG 0240: Bolesnice koje se liječe lijekom Avastin zbog perzistentnog, recidivirajućeg ili metastatskog karcinoma cerviksa izložene su povećanom riziku od nastanka fistula između rodnice i bilo kojeg dijela gastrointestinalnog trakta (gastrointestinalno-vaginalne fistule). Prethodno zračenje značajan je čimbenik rizika za razvoj gastrointestinalno vaginalne fistule, a sve bolesnice s gastrointestinalno-vaginalnom fistulom prethodno su bile liječene zračenjem. Recidiv karcinoma unutar područja koje je prethodno bilo zračeno dodatno je važan čimbenik rizika za razvoj gastrointestinalno vaginalne fistule.

Fistule izvan gastrointestinalnog sustava: Kada se liječe lijekom Avastin, bolesnici mogu biti izloženi povećanom riziku od nastanka fistula. Terapiju lijekom Avastin treba trajno obustaviti u bolesnika s traheoefozagealnom fistulom ili bilo kojom fistulom stupnja 4 [prema Općim terminološkim kriterijima za štetne događaje Nacionalnog instituta za rak SAD-a (NCI-CTCAE v.3)]. Podaci o nastatku primjene lijeka Avastin u bolesnika s drugim fistulama su ograničeni. U slučajevima razvoja unutarnje fistule izvan gastrointestinalnog trakta, potrebno je razmotriti prestanak primjene lijeka. **Komplicacije pri zacjeljivanju rana:** Avastin može imati nepovoljan utjecaj na proces zacjeljivanja rana. Prijavljene su ozbiljne komplikacije pri zacjeljivanju rana, uključujući i komplikacije vezane uz anastomozu, sa smrtnim ishodom. Liječenje se ne smije započeti barem 28 dana nakon veće operacije ili dok rana od operacije ne zacijeli u potpunosti. U bolesnika koji su tijekom liječenja imali komplikacije pri zacjeljivanju rana treba privremeno prekinuti liječenje dok rana u potpunosti ne zacijeli. U slučaju planirane operacije liječenje treba privremeno prekinuti. U bolesnika liječenih lijekom Avastin rijetko je prijavljeno nekrotizirajuće fasciitis, uključujući slučajeve sa smrtnim ishodom. Ovo se stanje obično javlja kao posljedica komplikacija pri zacjeljivanju rana, gastrointestinalne perforacije ili nastanka fistule. U bolesnika u kojih se razvije nekrotizirajući fasciitis terapiju lijekom Avastin treba prekinuti i odmah započeti s odgovarajućim liječenjem.

Hipertenzija: U bolesnika liječenih lijekom Avastin opažena je veća incidencija hipertenzije. Klinički podaci o sigurnosti primjene upućuju na to da incidencija hipertenzije vjerojatno ovisi o dozi. Prije početka liječenja lijekom Avastin postojeću hipertenziju treba odgovarajuće regulirati. Nema informacija o učinku lijeka Avastin na bolesnike s nekontroliranim hipertenzijom u vrijeme početka liječenja. Općenito se preporučuje tijekom terapije kontrolirati krvni tlak. U većini slučajeva hipertenzija je bila dobro kontrolirana standardnom antihipertenzivnom terapijom, sukladnom potrebama pojedinog bolesnika. Uporaba diuretika za regulaciju hipertenzije ne preporučuje se u bolesnika koji primaju kemoterapiju na bazi cisplatina. Avastin treba trajno obustaviti ako se medicinski značajna hipertenzija ne može odgovarajuće kontrolirati antihipertenzivima, ili ako se u nastavku razvije hipertenzivna kriza ili hipertenzivna encefalopatija.

Sindrom reverzibilne posteriorne encefalopatije: U bolesnika liječenih lijekom Avastin rijetko je zabilježena pojava znakova i simptoma povezanih sa sindromom reverzibilne posteriorne encefalopatije (engl. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome, PRES), rijetkog neurološkog poremećaja koji se, između ostalih, manifestira sljedećim znakovima i simptomima: konvulzijama, glavoboljom, promjenom psihičkog stanja, poremećajem vida ili kortikalnim sljepilom, sa ili bez povišenog krvnog tlaka. Dijagnozu PRES a treba potvrditi snimanjem mozga, najbolje oslikavanjem magnetskom rezonancijom (MR). U bolesnika u kojih se razvije PRES, uz prekid primjene lijeka Avastin preporučuje se i liječenje specifičnih simptoma uključujući kontrolu hipertenzije. Nije poznata sigurnost ponovnog uvođenja lijeka Avastin u bolesnika koji su prethodno imali PRES.

Proteinurija: Kada se liječe lijekom Avastin, bolesnici s hipertenzijom mogu biti izloženi povećanom riziku od razvoja proteinurije. Dokazi upućuju na to da svi stupnjevi proteinurije mogu ovisiti o dozi. Prije početka i tijekom liječenja lijekom Avastin preporučuje se kontrola proteinurije analizom mokraće pomoću test traka. Proteinurija stupnja 4 (nefrotski sindrom) primijećena je u najviše 1,4% bolesnika liječenih lijekom Avastin. U bolesnika u kojih se razvije nefrotski sindrom treba trajno obustaviti liječenje.

Arterijska tromboembolija: U kliničkim je ispitivanjima učestalost arterijskih tromboembolijskih reakcija, uključujući cerebrovaskularne incidente (CVI), tranzitorne ishemijske atake (TIA) te infarkt miokarda (IM), bila viša u bolesnika koji su primili Avastin u kombinaciji s kemoterapijom u usporedbi s onima koji su primili samo kemoterapiju. Bolesnici koji primaju Avastin zajedno s kemoterapijom i koji u anamnezi imaju arterijsku tromboemboliju, dijabetes ili su stariji od 65 godina, imaju povećan rizik za razvoj arterijskih tromboembolijskih reakcija tijekom liječenja. Kad se takvi bolesnici liječe lijekom Avastin, potreban je oprez. U bolesnika u kojih se razviju arterijske tromboembolijske reakcije liječenje treba trajno obustaviti.

Venska tromboembolija: U bolesnika koji se liječe lijekom Avastin postoji rizik za razvoj venskih tromboembolijskih reakcija, uključujući plućnu emboliju. Bolesnice koje se liječe lijekom Avastin u kombinaciji s paklitakselom i cisplatinom zbog perzistentnog, recidivirajućeg ili metastatskog karcinoma cerviksa mogu biti izložene povećanom riziku od venskih tromboembolijskih događaja.

Primjenu lijeka Avastin treba prekinuti u bolesnika s tromboembolijskim reakcijama opasna po život (stupanj 4), uključujući plućnu emboliju. Bolesnice s tromboembolijskim reakcijama stupnja ≤ 3 treba pomno nadzirati.

Krvarenje: Bolesnici liječeni lijekom Avastin izloženi su povećanom riziku od krvarenja, a osobito krvarenja povezanog s tumorom. Avastin valja trajno obustaviti u bolesnika u kojih tijekom liječenja ovim lijekom nastupi krvarenje stupnja 3 ili 4. Bolesnici s neliječenim metastazama u središnjem živčanom sustavu (SŽS) bili su rutinski isključeni iz kliničkih ispitivanja lijeka Avastin na temelju dijagnostičkih snimaka ili znakova i simptoma. Zbog toga rizik od krvarenja u SŽS u takvih bolesnika nije prospektivno ocijenjen u randomiziranim kliničkim ispitivanjima. Bolesnike treba nadzirati kako bi se uočili eventualni znakovi i simptomi krvarenja u SŽS u te u slučaju intrakranijalnog krvarenja obustaviti liječenje lijekom Avastin. Nema podataka o sigurnosnom profilu lijeka Avastin u bolesnika s prirodnom hemoragijskom dijatezom, stečenom koagulopatijom niti u bolesnika koji su prije početka liječenja lijekom Avastin primili punu dozu antikoagulanasa za liječenje tromboembolije jer takvi bolesnici nisu bili uključeni u klinička ispitivanja. Stoga je potreban oprez prije započinjanja liječenja u tim bolesnicima. Međutim, bolesnici u kojih se tijekom liječenja razvila venska tromboza nisu imali povećanu stopu krvarenja stupnja 3 ili višeg stupnja pri istodobnom liječenju punom dozom varfarina i lijekom Avastin.

Plućno krvarenje/hemoptiza: Bolesnici koji boluju od karcinoma pluća nemalih stanica i liječe se lijekom Avastin izloženi su riziku od teškog, a u nekim slučajevima smrtonosnog plućnog krvarenja/hemoptize. Bolesnici koji su nedavno imali plućno krvarenje/hemoptizu (> 2,5 ml svježeg krvi) ne smiju se liječiti lijekom Avastin.

Aneurizme i disekcije arterije: Primjena inhibitora VEGF puta u bolesnika s hipertenzijom ili bez nje može potaknuti stvaranje aneurizama i/ili disekcije arterije. Prije početka primjene lijeka <nazivi lijeka> potrebno je pažljivo razmotriti ovaj rizik u bolesnika s čimbenicima rizika kao što su hipertenzija ili aneurizma u anamnezi.

Kongestivno zatajenje srca: U kliničkim su ispitivanjima prijavljene reakcije koje odgovaraju kongestivnom zatajenju srca. Nalazi su se kretali od asimptomatskog smanjenja ejaekcijske frakcije lijeve klijetke do simptomatskog kongestivnog zatajenja srca koje je zahtijevalo liječenje ili hospitalizaciju. Potreban je oprez kada se Avastin primjenjuje u bolesnika s klinički značajnom bolešću srca i krvnih žila, poput postojeće bolesti koronarnih arterija ili kongestivnog zatajenja srca. Većina bolesnika s kongestivnim zatajenjem srca imala je metastatski karcinom dojke te su prethodno liječeni antraciklinima, radioterapijom lijeve strane prsnog koša ili su pak postojali drugi čimbenici rizika za kongestivno zatajenje srca. U ispitivanju AVF3694g, u bolesnika liječenih antraciklinima koji ranije nisu primili antracikline nije opažena povećana učestalost kongestivnog zatajenja srca bilo koje vrste u skupini koja je primala antraciklin u odnosu na skupinu koja je liječena samo antraciklinima. Kongestivno zatajenje srca stupnja 3 ili višeg stupnja bilo je nešto češće u bolesnika koji su primili bevacizumab u kombinaciji s kemoterapijom nego u bolesnika koji su primili samo kemoterapiju. To se podudara s nalazima u bolesnika iz drugih ispitivanja metastatskoga karcinoma dojke koji nisu istodobno liječeni antraciklinima.

Neutropenija i infekcije: U bolesnika liječenih nekim mjetlotoksičnim kemoterapijskim protokolima u kombinaciji s lijekom Avastin su, u usporedbi s primjenom samo kemoterapije, opažene povećane stope teške neutropenije, febrilne neutropenije te infekcije praćene teškom neutropenijom ili bez nje (s nekoliko smrtnih ishoda). To je uglavnom uočeno kod kombinacije s terapijama na bazi platinskog spoja ili taksana u liječenju karcinoma pluća nemalih stanica, metastatskog karcinoma dojke te kod kombinacije s paklitakselom i topotekanom u liječenju perzistentnog, recidivirajućeg ili metastatskog karcinoma cerviksa.

Reakcije preosjetljivosti/infuzijske reakcije: Bolesnici mogu biti izloženi riziku za razvoj infuzijskih reakcija odnosno reakcija preosjetljivosti. Preporučuje se pomno nadzirati bolesnike za vrijeme i nakon primjene bevacizumaba, kao što je i uobičajeno kod svake infuzijske primjene humanizirano monoklonskog protutijela. Ako se razvije reakcija, infuziju treba prekinuti i primijeniti odgovarajuće liječenje. Sustavna premedikacija nije potrebna.

Osteonekroza čeljusti: Prijavljene su slučajevi osteonekroze čeljusti u bolesnika s malignom bolešću liječenih lijekom Avastin, od kojih je većina prethodno ili istodobno primala intravenske bisfosfonate, kod čije primjene osteonekroza čeljusti predstavlja poznat rizik. Potreban je oprez kada se Avastin i intravenski bisfosfonat primjenjuju istovremeno ili jedan iz drugoga. Invazivni stomatološki zahvati također su prepoznati kao čimbenik rizika. Prije započinjanja liječenja lijekom Avastin treba razmisliti o pregledu zuba i odgovarajućim preventivnim stomatološkim postupcima. U bolesnika koji su primali ili primaju intravenske bisfosfonate po mogućnosti treba izbjegavati invazivne stomatološke zahvate.

Intravitrealna primjena: Avastin nije namijenjen za intravitrealnu primjenu.

Poremećaji oka: Prijavljene su pojedinačni slučajevi i skupine ozbiljnih očnih nuspojava nakon neodobrene intravitrealne primjene lijeka Avastin pripremljenog iz bočica odobrenih za intravensku primjenu u bolesnika s malignom bolešću. Ti su događaji obuhvaćali infektivni endoftalmitis, intraokularnu upalu poput sterilnog endoftalmisa, uveitisa i vitritis, odvajanje mrežnice, kidanje pigmentnog epitela mrežnice, povišen očni tlak, intraokularno krvarenje poput vitrealnog krvarenja ili krvarenja mrežnice te krvarenje konjunktive. Neke od ovih reakcija imale su za posljedicu gubitak vida različitog stupnja, uključujući i trajnu sljepoću.

Sistemska učinci nakon intravitrealne primjene: Nakon intravitrealne primjene za inhibitorima VEGF zabilježeno je smanjenje koncentracije VEGF-a u cirkulaciji. Prijavljene su sistemske nuspojave, uključujući neokularna krvarenja i arterijske tromboembolijske reakcije nakon intravitrealne injekcije VEGF inhibitora.

Zatajivanje jajnika/plodnost: Avastin može narušiti plodnost u žena. Stoga kod žena reproduktivne dobi treba razmotriti strategije za očuvanje plodnosti prije početka liječenja lijekom Avastin.

Za cjelovitu informaciju molimo pogledati zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka, dostupan na mrežnim stranicama Europske agencije za lijekove (EMA).

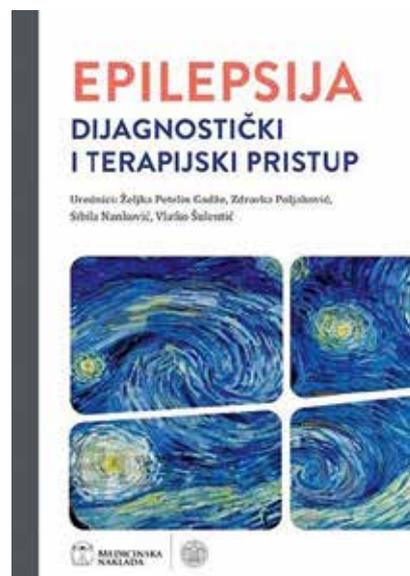
Tečaj i novi sveučilišni priručnik o epilepsiji



Prof. dr. sc. Vesna Elvedi Gašparović, prof. dr. sc. Ante Čorušić i prof. dr. sc. Željka Petelin Gadže (s lijeva na desno)

U petak, 18. listopada 2019. godine, na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, održan je poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije "Novosti u dijagnostici i liječenju epilepsije u žena", namijenjen specijalistima neurologima, neuropedijatrima, neonatolozima, ginekolozima, liječnicima obiteljske medicine, kao i specijalizantima navedenih struka. Voditeljice tečaja bile su prof. dr. sc. Željka Petelin Gadže s Klinike za neurologiju KBC Zagreb i prof. dr. sc. Vesna Elvedi Gašparović s Klinike za ženske bolesti i porode KBC Zagreb, a stručni skup otvorio je prof. dr. sc. Ante Čorušić, ravnatelj KBC Zagreb. Bogati program tečaja s 25 predavača koncipiran je suradnjom neurologa, ginekologa, neuropedijatara, neonatologa, liječnika obiteljske medicine, specijalista laboratorijske medicine iz Hrvatske i Slovenije, s ciljem da se na

najbolji način prikažu specifičnosti u dijagnostičkom i terapijskom algoritmu žena s epilepsijom, kao jednom od najučestalijih neuroloških bolesti, u adolescenciji, prijekoncepcijskom razdoblju te tijekom trudnoće, poroda i babinja, kao i u starijoj životnoj dobi. Posebno su istaknute nove spoznaje o utjecaju antiepileptika na razvojne anomalije fetusa, uz predstavljanje smjernica za liječenje novom generacijom lijekova. Također su prikazani perinatalni ishodi u ovisnosti o liječenju antiepilepticima u trudnoći, neurorazvojni ishodi djece majki s epilepsijom, te specifičnosti liječenja epileptičnog statusa u žena generativne dobi. Na tečaju je sudjelovalo 162 liječnika iz cijele Hrvatske. U sklopu tečaja održana je promocija sveučilišnog priručnika "Epilepsija – dijagnostički i terapijski pristup", koji na sveobuhvatan način na 362 stranice opisuje ovu



učestalu neurološku bolest, a namijenjen je poslijediplomskoj edukaciji na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Detalje o novom priručniku na predstavljanju su iznijeli prof. dr. sc. Ante Čović, prorektor Sveučilišta u Zagrebu, prof. dr. sc. Marijan Klarica, dekan Medicinskog fakulteta u Zagrebu, prof. dr. sc. Osman Sinanović, recenzent, urednici, te Anđa Raić, prof., u ime Medicinske naklade.

Mladenka Bašić, dipl. novinar,
KBC Zagreb



Autori i urednici sveučilišnog priručnika "Epilepsija – dijagnostički i terapijski pristup" – prim. mr. sc. Vlatko Šulentić, prof. dr. sc. Željka Petelin Gadže, prim. dr. Sibila Nanković i prof. dr. sc. Zdravka Poljaković (s lijeva na desno)

CIJEPLJENJE I NUSPOJAVE

Kako kritički čitati rezultate istraživanja o njihovoj uzročno - posljedičnoj povezanosti

Autori: prim. TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr. med. i prim. dr. sc. BERNARD KAIĆ, dr. med.,
Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Za zaključivanje o uzročno-posljedičnoj povezanosti, osim jakosti povezanosti i statističke značajnosti, postoje i dodatni kriteriji, a najvažniji su vremenski slijed (uzrok, pa posljedica), konzistencija rezultata (slični rezultati u većini istraživanja), odnos doza - učinak (s više uzročnika, veća vjerojatnost posljedice) i biološka plauzibilnost (moguće objašnjenje u fiziologiji i molekularnoj biologiji). Što je više kriterija zadovoljeno, veća je vjerojatnost da se radi o uzročno-posljedičnoj povezanosti.

Počet ćemo s podsjetnikom kako se dolazi do hipoteza o povezanosti te kako se one testiraju (provjeravaju postoji li uočena povezanost), a zatim ćemo objasniti što nam na temelju dizajna istraživanja i prikazanih rezultata govore dva, u posljednje vrijeme često spominjana istraživanja o cijepljenju protiv ospica, rubele i mumpsa i autizmu.

Ima raznih načina postavljanja sumnje (hipoteze) na uzročno-posljedičnu povezanost neke izloženosti s nekim ishodom (zdravstvenim stanjem, bolešću), no najčešće se postavlja na temelju:

1) uočavanja da je neko zdravstveno stanje/ bolest (ishod) češće u populacijama koje su više izložene nekom potencijalnom rizičnom čimbeniku ili da u određenoj populaciji izloženost nekom čimbeniku prati pojavnost određenog stanja. To su ekološka istraživanja u kojima se uspoređuju zdravstvena stanja cijelih populacija s njenim izloženostima rizičnom čimbeniku, koji je najčešće neki okolišni čimbenik.

2) uočavanja vremenske povezanosti između nekog izlaganja i kasnijeg ishoda kod određenog broja ispitanika. To su prikazi serija slučajeva u kojima se najčešće opisuju obilježja skupine bolesnika i njihova iskustva izloženosti rizičnim čimbenicima prije obolijevanja.

Ekološkim istraživanjima i prikazima serija slučajeva ne može se zaključivati o uzročno-posljedičnoj povezanosti

Na temelju ekoloških istraživanja ne može se zaključiti o uzročno-posljedičnoj povezanosti određenog čimbenika s razvojem određenog ishoda, jer se uspoređivane populacije sigurno razlikuju i po mnogim drugim osobinama i izloženostima, a ne samo po identificiranom čimbeniku. Najvažnije ograničenje ovih istraživanja je što nema podataka o individualnoj izloženosti rizičnom čimbeniku ispitivane (oboljele) i kontrolne (neoboljele) skupine.

Prikazom serije slučajeva ne može se potvrditi uzročno-posljedična povezanost, jer se radi o probranoj skupini ispitanika koji imaju određeno zdravstveno stanje i iskustvo izlaganja čimbeniku, ali nema podataka koliko ima drugih osoba koje su izložene tom čimbeniku i kakvo je njihovo zdravstveno stanje. Zatim, ne pokazuju koliko drugih osoba ima isto takvo zdravstveno stanje, a nisu izložene tom rizičnom čimbeniku, te ne mogu dati odgovor o tome povećava li izlaganje potencijalnom rizičnom čimbeniku izgleda za razvoj bolesti.

Klasičan primjer pogrešnog zaključivanja iz ekoloških istraživanja je tvrdnja da cjepiva uzrokuju autizam, na temelju uočavanja da je učestalost autizma viša u zemljama koje imaju više cjepiva u programu cijepljenja nego u zemljama s manjim brojem cjepiva. To je zaključak iz usporedbe odabranih zemalja, ne uzimajući u obzir da postoje razlike u načinu i praksi dijagnosticanja autizma među tim zemljama, a koji utječu na broj prijavljenih bolesti, veći broj cijepljenja u programu ne znači da su djeca doista više cijepljena nego u zemljama gdje je manji broj cjepiva te da ima zemalja koje nisu uključene u istraživanje (a kad bi

se uključile, opažena korelacija bi se izgubila). I, najvažnije, u takvim istraživanjima nema informacija jesu li baš oboljele osobe primile više cjepiva nego neoboljele osobe. Na jednak se način može sasvim pogrešno zaključiti da je autizam posljedica konzumacije organski uzgojene hrane, jer u SAD-u porast autizma visoko korelira s prodajom organski uzgojene hrane.

Klasičan primjer pogrešnog zaključivanja o uzročno-posljedičnoj povezanosti na temelju prikaza serija slučajeva je primjer izjave jednog liječnika da je uvjeren da cijepljenje uzrokuje autizam, jer je 80 % osoba s autizmom koje on poznaje razvilo autizam nakon cijepljenja. Takvo je zaključivanje pogrešno, jer u toj zajednici i u vrijeme kada je liječnik uočio da je 80 % osoba s autizmom predhodno primilo neko cjepivo, više od 80 % svih osoba je primilo neko cjepivo (jednom ili više puta). Kada bi bila istinita tvrdnja da je među osobama oboljelih od autizma njih 80 % u neko doba prije početka bolesti primilo neko cjepivo, to bi značilo da su osobe s autizmom u manjoj mjeri cijepljene nego osobe koje nemaju autizam, a to bi pokazivalo da cijepljenje ne povećava, već smanjuje rizik od autizma.

Provjera (testiranje) hipoteze

Radi provjere hipoteza postavljenih na temelju ekoloških istraživanja i prikaza serija slučajeva provode se kvalitetno dizajnirana istraživanja u kojima za svakog pojedinca postoje podaci o izloženosti i o ishodu. Ako određena izloženost čimbeniku uzrokuje određeni ishod, među izloženima se uočava veća učestalost ishoda, nego među neizloženima. Ako je povezanost jaka (čimbenik je glavni uzročnik/ u velikoj mjeri povećava rizik od ishoda), ta će se povezanost uočiti na razmjerno malom uzorku ispitanika, a ako je povezanost slaba (čimbenik malo povećava rizik od nastanka ishoda), to će se uočiti tek na istraživanjima s većim brojem sudionika.

Kohortna istraživanja

Kohortna istraživanja prate pojavu ishoda u skupini izloženih i neizloženih osoba i uspoređuju razliku u učestalosti ishoda između te dvije skupine (mjeri se relativni rizik, relative risk, RR). Ako se nađe veća učestalost ishoda u izloženih osoba, to ide u prilog uzročno-posljedičnoj povezanosti. Primjeri takvih istraživanja su klinička iatraživanja djelovanja nekog lijeka i epidemiološke kohortna istraživanja.

Case-control istraživanja

Ako se želi ispitati utjecaj različitih čimbenika kod vrlo rijetkih ishoda /zdravstvenih stanja, umjesto kohortnih istraživanja koja bi zahtijevala zasebnu studiju za svaki čimbenik i vrlo velik broj ispitanika (jer je ishod rijetka pojava), provode se case-control istraživanja koja prate ispitanike u suprotnom smjeru - od bolesti prema izloženosti. U tim istraživanjima gleda se u kojoj mjeri su oboljele odnosno neoboljele (njihove kontrole) osobe bile ranije izložene određenim čimbenicima i uspoređuju se te dvije skupine (mjeri se omjer izgleda, odds ratio, OR). Ako neki čimbenik povećava rizik od bolesti, u oboljelih se treba vidjeti da su više bili izloženi tom čimbeniku nego oni koji nisu oboljeli.

Primjer: čimbenik povećava rizik od nastanka bolesti koja se javlja u jedan od milijun stanovnika deset godina nakon izlaganja.

Dizajn istraživanja: case-control - putem baza medicinskih podataka nađu se osobe koje boluju od tog stanja te se njihova prethodna izloženost čimbeniku uspoređuje s izloženosti u osoba koje su im po svim ostalim obilježjima slične, osim po tome što ne boluju od tog stanja.

Zašto u ovom slučaju kohortno istraživanje nije prikladno?

Kohortno istraživanje zahtijevalo bi praćenje stotina milijuna izloženih i neizloženih osoba tijekom vremena duljim od deset godina.

Statistička značajnost rezultata pokazuje je li utvrđena povezanost stvarna ili posljedica slučaja

Pri uspoređivanju ishoda u izloženih i neizloženih (kohortno istraživanje) ili izloženosti kod oboljelih i neoboljelih (case-control istraživanja), treba paziti da

ne zaključujemo na prečac. Primjerice, ako imamo dva izložena i dva neizložena ispitanika i uočimo da izloženi s vremenom razviju traženi ishod, a neizloženi ne razviju, ne smijemo olako zaključiti da postoji povezanost, jer među stotinama drugih izloženih i neizloženih možda ne bismo pronašli tu povezanost, da smo slučajnim odabirom odabrali druge ispitanike iz populacija.

Za zaključivanje na cijelu populaciju iz koje je uzet uzorak za istraživanje, uz izračune jakosti povezanosti treba prikazati u kojoj su mjeri rezultati statistički značajni, što se može izraziti na razne načine. Jedan od njih je interval pouzdanosti ili vrijednost statističkog testa P pri određenoj razini vjerojatnosti koji pokazuje u kojoj mjeri, uz određeni stupanj vjerojatnosti, rezultati odražavaju da je utvrđena povezanost stvarno stanje, a ne posljedica slučaja. Što je veći broj ispitanika, uži je interval pouzdanosti, vjerojatnije je da bi rezultat pokazivao isti smjer povezanosti da smo slučajnim odabirom izabrali druge osobe, te je vjerojatnije da rezultat dobiven na uzorku populacije odgovara stvarnosti i vrijedi za cijelu populaciju.

Samo više kvalitetnih istraživanja s istim rezultatima upućuje na zaključak o uzročno-posljedičnoj povezanosti

Budući da svako istraživanje ima svoja ograničenja, pojedino kohortno ili case-control istraživanje ne može dati defi-

nitivan dokaz uzročno-posljedične povezanosti, niti opovrgnuti tu povezanost.

Pouzdanije rezultate daju skupni podaci većeg broja kvalitetno dizajniranih istraživanja koja dobivaju slične rezultate (konzistentnost rezultata), te upućuju na konačan zaključak o postojanju uzročno-posljedične povezanosti.

Najteže je dokazati nepostojanje povezanosti

Ako povezanost uzročnog čimbenika s ishodom postoji, ona će se, na većim ili manjim uzorcima ispitanika, moći dokazati epidemiološkim istraživanjima, jer će istraživanja prije ili poslije, ovisno o broju ispitanika i u kolikoj mjeri rizični čimbenik utječe na ishod, rezultirati statistički značajnim rezultatom povezanosti.

Međutim, kod dokazivanja da nema povezanosti, zapravo nikad nema kraja, jer ako se na stotinu tisuća ispitanika ne pokaže statistički značajna povezanost čimbenika i ishoda, nitko ne može sa sigurnošću reći da se neka slaba statistički značajna povezanost ne bi našla na milijun ili deset milijuna ispitanika. Stoga je zahtjev za konačnim dokazom nepostojanja povezanosti zapravo logička zamka, jer dokaz ne postoji.

Mogućnosti rezultata istraživanja o povezanosti

1. povezanost nije utvrđena
2. povezanost postoji, ali nije statistički značajna (posljedica je slučaja ili je istra-

Rangiranje snage dokaza ovisno o dizajnu i vrsti istraživanja

Sustavni pregled objavljenih kohortnih istraživanja s niskom razinom heterogenosti rezultata	Kvalitetno dizajnirana istraživanja, kritička procjena podudarnosti rezultata, najveća snaga dokaza	Testiranje/potvrđivanje hipoteze
Meta -analize kohortnih istraživanja	Veći uzorak od pojedinih istraživanja, pouzdaniji zaključci	
Kliničke studije (RCT engl. <i>randomized controlled trial</i>)	Kohortno istraživanje u kontroliranim uvjetima	
Kohortna istraživanja	Usporedba učestalosti bolesti kod izloženih i neizloženih	
Case-control istraživanja	Usporedba prethodne izloženosti kod bolesnih i zdravih	Postavljanje hipoteze
Prikaz serije slučaja	Nabranje opaženih slučajeva, bez usporedbe	
Stručno mišljenje, korelacija u ekološkim studijama, prikaz pojedinih slučajeva		

živanje provedeno na premlom uzorku populacije)

3. povezanost postoji i statistički je značajna, no nije uzročno-posljedična (klasičan primjer je povezanost pijenja crne kave i raka pluća koja je statistički značajna, ali nije uzročno-posljedična – jer pušenje cigareta uzrokuje rak pluća, a ono je povezano s pijenjem kave)
4. povezanost jest uzročno posljedična.

Što kažu dva često spominjana istraživanja o povezanosti cijepljenja s autizmom?

Starije istraživanje A. Wakefielda iz 1998. godine

Za rad Andrew Wakefielda i suradnika iz 1998., *Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children*, ([https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(97\)11096-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(97)11096-0.pdf)), a koji je uredništvo časopisa povuklo 2010., neki tvrde da je pokrenuo val protivljenja cijepljenju.

Autori su opisali rezultate medicinske obrade 12-ero djece u dobi 3 -10 godina koja su imala regresivni razvojni poremećaj iz spektra autizma i kronične probavne smetnje (enterokolitis). Prikupili su podatke o prethodnim cijepljenjima i bolestima, napravili opsežnu obradu (neurološka i psihijatrijska procjena, gastroenterološku obradu s biopsijom crijeva, biokemijske pretrage, elektrofiziološke i slikovne pretrage mozga, mikrobiološke pretrage stolice, serološke pretrage).

Iste podatke su prikupili za petero djece u kontrolnoj skupini, te su usporedbom uočili da djeca u kontrolnoj skupini nemaju obrazac upalnih promjena u crijevima nađen u 12-ero oboljele djece. Imali su i kontrolnu skupinu od 14-ero djece u koje su našli različite vrijednosti metabolita u urinu koji se povezuje s poremećajem funkcije crijeva nego u oboljele djece.

Istraživanje donijelo hipotezu o povezanosti cijepljenja s autizmom

Iz pronađenih rezultata se ne može zaključiti o uzročno-posljedičnoj povezanosti, jer svi su ispitanici bili isključivo djeca koja imaju istovremeno bolest iz spektra autizma i kronične probavne smetnje, te sličan obrazac upalne bolesti crijeva može

biti posljedica upravo toga što su djeca sa sličnim zdravstvenim stanjem pregledavana. Također, nije navedeno koje je bilo zdravstveno stanje kontrola. Ako kontrole nisu imale kroničnu upalnu bolest crijeva, nije niti za očekivati da će imati sličan upalni obrazac u crijevima kao djeca s kroničnim probavnim smetnjama. Stoga podatak o razlikama u nalazima pretrage crijeva između oboljelih i kontrola ne pokazuje nužno na povezanost bolesti crijeva s bolestima iz spektra autizma.

S obzirom na dizajn istraživanja, autori ne tvrde da su dokazali povezanost kronične upalne bolesti crijeva s autizmom već postavljaju hipotezu na temelju svojih opažanja i kažu da su našli patološki obrazac kronične upalne bolesti crijeva koji bi mogao biti povezan uz razvoj regresivnog razvojnog poremećaja iz spektra autizma. Za zaključivanje o tome dovodi li kronična upalna bolest crijeva do razvoja autizma potrebno je a) usporediti učestalost autizma u djece s kroničnom upalnom bolesti crijeva i u djece bez kronične upalne bolesti crijeva, ili b) usporediti učestalost kronične upalne bolesti crijeva u djece s autizmom i u djece bez autizma.

Također, autori su naveli da je svih 12-ero djece cijepljeno cjepivom protiv ospica, rubele i mumpsa (MoPaRu) u neko vrijeme prije nastanka bolesti, a roditelji osmero djece navode da su simptomi počeli ubrzo nakon cijepljenja. S obzirom na to da autori nemaju podatke o tome koliko je inače oboljele djece u populaciji koja su prije početka bolesti primala cjepivo, kao niti podatak koliko je oboljele djece koja nisu primala cjepivo prije početka bolesti, autori ni ne zaključuju da je cijepljenje povezano s razvojem kronične upalne bolesti crijeva i dalje s autizmom, već navode da je potrebno istražiti moguću povezanost cijepljenja s navedenim zdravstvenim poremećajem. U vrijeme kad je rađeno ovo istraživanje, preko 90 % djece u Velikoj Britaniji se redovno cijepilo MoPaRu cjepivom i velika je mogućnost slučajnim odabirom 12-ero djece, neovisno o tome jesu li zdrava ili bolesna, odabrati njih 12-ero koji su cijepljeni navedenim cjepivom.

Dakle, rad je generirao hipoteze da su identificirali karakterističan obrazac kronične crijevne upale koji možda u neke djece dovodi do razvoja bolesti iz spektra autizma

te da u neke djece cijepljenje s MoPaRu-om možda dovodi do razvoja karakterističnog sindroma koji uključuje kroničnu crijevnu upalu i bolest iz spektra autizma. Ipak, glavni je autor ovog istraživanja u kasnijim izjavama bio izravniji u optuživanju cjepiva kao rizičnog čimbenika, iako u opisanom radu za to nije imao dovoljno argumenata.

Nakon daljnjeg razvoja događaja, uredništvo časopisa je povuklo navedeni članak na temelju odluke Britanske liječničke komore o oduzimanju licence za rad glavnom autoru, te činjenice da rad nije imao odgovarajuće dopuštenje etičkog povjerenstva.

Testiranje hipoteze o povezanosti cijepljenja s autizmom

Nitko do sada nije postavio hipotezu o tome da je cijepljenje glavni uzrok autizma ili bolesti iz spektra autizma, jer ima djece s tim stanjem koja nisu cijepljena (nije nužan), te velika većina cijepljene djece nema to zdravstveno stanje (nije dovoljan).

U radu je postavljena hipoteza da cijepljenje može u nekim skupinama djece povećati rizik za razvoj autizma te pokazuje potrebu da se provjeri povećava li cijepljenje rizik od nastanka razvojnog neuropsihijatrijskog poremećaja kod određene skupine djece koja nije definirana.

Kako pristupiti tom pitanju?

Glavni autor povučenog članka naknadno je u uzorcima tkiva crijeva koji su uzeti tijekom medicinske obrade oboljele djece (a naknadno su prikupili još djece s istim zdravstvenim stanjem) molekularnim dijagnostičkim tehnikama tražio dijelove virusa ospica ili nekim drugim načinom pokušao dokazati trajnu infekciju virusom ospica u oboljele djece.

Objavljeno je nekoliko radova koji su pokazali rezultate koji bi išli u prilog hipotezi o povezanosti infekcije virusom ospica i kronične crijevne bolesti (neke od korištenih tehnika nisu mogle razlikovati radi li se o infekciji prirodnim virusom ospica ili virusom iz cjepiva). Međutim, pokušaji brojnih drugih istraživača diljem svijeta nisu uspjeli replicirati rezultate koje je objavljivao dr. Wakefield te je povezanost infekcije virusom ospica (prirodnim ili cjepnim) s opisanom sindromom kronične crijevne bolesti povezane s razvojnim neuropsihijatrijskim poremećajem ostala na razini nedokazane hipoteze.

S epidemiološkog (metodološkog) aspekta, neovisno o tome: kojim mehanizmom bi neko cjepivo eventualno povećavalo rizik od razvoja autizma kod određene skupine djece, je li autizam povezan s kroničnom upalnom bolešću crijeva, tumači li hipoteza da je razvoj bolesti povezan s akutnim oštećenjem ili perzistentnom infekcijom uzrokovanom cjepnim virusom te nalazi li se cjepni virus kraće ili dulje vrijeme u tkivu crijeva, treba znati da:

a) ako cijepjenje nekim cjepivom kod određene djece dovodi do razvoja bolesti iz spektra autizma, dobro dizajnirane epidemiološke studije bi morale ukazati na to da je ovo stanje češće kod djece koja su primila to cjepivo nego kod djece koja nisu primila cjepivo (kohortne studije), ili

b) usporedbom cijepnih statusa (izloženosti cijepljenju prije nastanka bolesti) moralo bi se uočiti da su djeca koja boluju od bolesti iz spektra autizma u većoj mjeri cijepljena tim cjepivom nego djeca koja ne boluju od tih bolesti (case-control studije).

Posljednjih dvadesetak godina provedena su i objavljena brojna kohortna i case-control istraživanja s ciljem testiranja hipoteze o povezanosti cijepjenja MoPaRu cjepivom s autizmom, koja nisu potvrdila uzročno-posljedičnu povezanost.

Najnovije istraživanje o povezanosti cijepjenja i autizma - što se može zaključiti, a što se ne može

Danski autor Anders Hviid i suradnici objavili su u ožujku 2019. godine rad *Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism. A Nationwide Cohort Study* (<https://autismsciencefoundation.org/wp-content/uploads/2019/03/vaccine.2019.pdf>),

<https://annals.org/aim/fullarticle/2727726/measles-mumps-rubella-vaccination-autism-nationwide-cohort-study>) i u njemu opisali kohortnu studiju kojom su gledali postoji li razlika u učestalosti autizma između djece koja su cijepljena MoPaRu cjepivom i djece koja nisu cijepljena tim cjepivom.

Iz danskog populacijskog registra su za svako dijete rođeno od 1999. do 2010. godine utvrdili čime se dijete cijepilo tijekom života i koje je od te djece do kolovoza 2013. godine razvilo autizam. Ovisno o godini rođenja, neka su djeca praćena dvije godine nakon

cijepjenja, a neka deset godina. Dodatno su za svako dijete prikupili sociodemografske podatke, podatke o drugim cijepljenjima, drugim potencijalnim rizičnim čimbenicima za razvoj autizma te o dijagnosticiranom autizmu u braće.

Od 657.461 djeteta, 6.518 djece je otpalo iz analize zbog raznih razloga, ponajviše zbog toga što su odselila. Na kraju istraživanja, imali su za usporedbu 644.426 djece koja nisu razvila autizam i 6.517 djece koja su razvila autizam.

Oko 95 % djece (625.842 djece) bilo je cijepljeno MoPaRu cjepivom, a oko 5 % (31.619 djece) nije. Oko 2 % djece (11.571 djeteta) nije cijepljeno niti jednim drugim cjepivom (prema Programu cijepjenja trebali su biti cijepljeni s kombiniranim DTPa-IPV/Hib cjepivom, tzv. „5u1“), a među njima 59 % je cijepljeno MoPaRu cjepivom, a 41 % nije.

Autori nisu našli statistički značajnu razliku u učestalosti autizma između djece koja su cijepljena cjepivom MoPaRu i djece koja nisu primila to cjepivo, niti gledano ukupno na cijelu populaciju djece, niti gledano prema opisanim osobinama djece.

Što ti rezultati znače?

1. Autori nisu našli razliku u učestalosti autizma između 625.842 djece cijepljene MoPaRu cjepivom i 31.619 djece koja nisu primila to cjepivo. S obzirom da je većina djece primila jednu ili više doza kombiniranog cjepiva „5u1“, to zapravo znači da kod cijepljenih s MoPaRu cjepivom, a većina te djece je primila i cjepivo „5u1“, nije veća učestalost autizma nego kod djece koja su uglavnom cijepljena cjepivom „5u1“, bez MoPaRu cjepiva.
2. Autori su napravili podanalizu u skupini djece koja nije primila niti jednu dozu cjepiva „5u1“ i pokazalo se da između 6.842 djece koja su primila samo MoPaRu cjepivo i 4.729 djece koja nisu primila nikakvo cjepivo, nema razlike u učestalosti autizma.
3. Autori su napravili podanalizu u skupini djece koja su primila samo jednu dozu cjepiva „5u1“ i u skupini djece koja su primila dvije ili više doza cjepiva „5u1“. Ni u jednoj od ovih podanaliza se nije našla razlika u učestalosti autizma između onih koji su primili MoPaRu i onih koji nisu.
4. Daljnje podanalize su tražile eventualne razlike u učestalosti autizma između

onih koji su primili cjepivo MoPaRu i onih koji nisu primili to cjepivo prema spolu, godini rođenja, trajanju praćenja, ostalim rizičnim čimbenicima za razvoj autizma i zdravstvenom stanju braće. Niti jedna podanaliza nije našla statistički značajnu razliku u učestalosti autizma između onih koji su primili MoPaRu cjepivo i onih koji nisu.

I na kraju ostaje pitanje „Je li ovo istraživanje konačan dokaz da cjepivo MoPaRu ne povećava rizik od razvoja autizma? Nije. Definitivan dokaz ne postoji. Ali je to dokaz da na opisanom uzorku danske djece nisu pronašli povezanost.

Autori mogu tvrditi da u 11.571 djeteta, koji nisu primili ni jedno drugo cjepivo, a omjer onih koji su primili MoPaRu i onih koji nisu je 59 % : 41 %, nema razlike u učestalosti autizma između onih koji su primili cjepivo MoPaRu i onih koji nisu. Oni ne mogu tvrditi da se ne bi našla neka statistički značajna razlika u učestalosti autizma da su imali 500.000 takve djece.

Međutim, kad bi cijepjenje povećavalo rizik od autizma za 60 %, već na uzorku koji su danski istraživači imali, razlika u učestalosti bi se uočila. Autori s pravom mogu tvrditi da na 625.842 djece koja su primila MoPaRu cjepivo i 31.619 djece koja nisu primila to cjepivo (a u obje skupine većina je djece primila cjepivo „5u1“), nisu našli razliku u učestalosti autizma. Na tako velikom broju ispitanika bi se uočila razlika u učestalosti autizma čak i da cjepivo MoPaRu u maloj mjeri doprinosi razvoju autizma, primjerice da cijepjenje povećava rizik od autizma za 20 %, uočilo bi se na tako velikom uzorku. Naravno, ne može se isključiti mogućnost da bi se na deset puta većem uzorku pronašla statistički značajna, ali slaba povezanost.

Zbog toga autori niti ne zaključuju da su svojim istraživanjem dokazali da nema povezanosti između cijepjenja cjepivom MoPaRu i autizma, već zaključuju da njihovo istraživanje ne podupire hipotezu da „cijepjenje cjepivom MoPaRu povećava rizik od autizma“, niti hipotezu da je „cijepjenje cjepivom MoPaRu okidač za razvoj autizma u predisponirane djece“. Stoga je ovo istraživanje u skladu s rezultatima brojnih prethodno objavljenih istraživanja koja su istraživala povezanost cijepjenja protiv ospica, rubele i mumpsa s autizmom.

tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

TESTOSTERON U ŽENA I MENOPAUAZA

Doc. dr. sc. IVAN FISTONIĆ, prim. dr. med.,

docent MEF-a u Rijeci, znanstveni savjetnik MEF-a u Zagrebu,

član Upravnog odbora Hrvatskog društva za menopauzu i

član Savjetodavnog odbora European Menopause and Andropause Society (EMAS)

Iako ne postoje jasno utemeljena stajališta niti su dobrobit i mogući rizici dovoljno istraženi, testosteron se ženama već desetljećima propisuje za različite indikacije. U većini se zemalja testosteron propisuje izvan službenog indikacijskog niza, najčešće modifikacijom doze u pripravcima koji su namijenjeni muškarcima ili putem magistralnih pripravaka. Zato sadašnja situacija zahtijeva procjenu dostupnih dokaza o učinkovitosti i mogućim rizicima uporabe testosterona u žena.

Testosteron izlučuju jajnici i nadbubrežne žlijezde, a može nastati i transformacijom iz drugih hormona istih izvora - dehidroepiandrosterona (DHEA) i androstendiona. Testosteron u organizmu žene djeluje na dva načina: izravnim vezivanjem za androgene receptore (AR) ili transformacijom u potentniji androgen dihidrotestosteron (DHT) i/ili aromatizacijom u estradiol i njegove metabolite.

Razine testosterona u krvi u muškaraca su oko 10-20 puta više no u žena i rezultiraju karakterističnim značajkama – dubljim glasom, izraženijom dlakavošću i mišićnom masom.

Razina testosterona u krvi u žena vrhunac doseže tijekom 20-ih godina. Nakon toga slijedi postupan pad. U vrijeme nastupa menopauze razina testosterona je za tri četvrtine niža no na svom vrhuncu. Ako se jajnici zbog bilo kojeg razloga kirurški odstrane, razina testosterona u krvi naglo pada (kirurška menopauza). Posljedice su osjećaj nedostatne energije, umora, tromosti, oslabljenog libida, neraspoloženja, oslabljene mišićne snage...

U generativnoj dobi žena također može iskusiti promjene koje su povezane s niskom koncentracijom testosterona. Primjerice, pod utjecajem nekih oralnih kontracepcijskih pilula u jetri se proizvodi veća količina bjelančevina koje prenose hormone (*sex hormone binding globulin, SHBG*). One vežu testosteron i umanjuju njegov potencijal. Stoga je, tijekom kontrolnih konzultacija nakon propisivanja oralnih kontraceptiva, ispravno postaviti pitanje o kvaliteti i razini seksualne želje te, u slučaju poremećaja, promijeniti kontraceptiv ili put primjene.

Analiza svih dosadašnjih istraživanja koje su proučavale utjecaj niske razine testosterona, pokazala je da žene u postmenopauzi, koje pokazuju

zabrinutost zbog narušene seksualne želje, mogu imati koristi od terapije testosteronom. Istovremeno, predmenopauzalna žena takvu korist ne može očekivati. Mala seksualna želja povezana s distresom naziva se hipoaktivni poremećaj seksualnog nagona (*Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD*). S obzirom na to da postoji mnogo razloga za HSDD, liječenje testosteronom dolazi u obzir tek kada se isključe svi ostali razlozi za HSDD: suhoću rodnice i dispareuniju zbog nedostatka estrogena, endometriozu ili veći miom, kroničnu bolest oba partnera, narušen međusobni odnos partnera itd.

Zbog nedostatka dokaza da je slobodni testosteron biološki aktivna frakcija testosterona, istraživanja fiziologije i kliničkih učinak testosterona u žena treba usmjeriti na mjerenje ukupnog testosterona kao vodećeg dijagnostičkog biomarkera.

Testosteron ne poboljšava osjećaj blagostanja niti raspoloženje i u tu ga svrhu nije preporučljivo primjenjivati. Odnosno, testosteronom ne treba liječiti bilo koji simptom ili stanje osim HSDD-a. Ne postoje čvrsti dokazi za djelotvornost liječenja seksualne disfunkcije testosteronom u *predmenopauzalnih* žena. U odnosu na placebo, liječenje testosteronom, u dozama fiziološkim za *predmenopauzu*, donosi značajno poboljšanje seksualne funkcije: prosječno jedan seksualni odnos više

mjesečno, poboljšanje u domenama seksualne želje, seksualnog uzbuđenja, orgazma, zadovoljstva i osjeta te redukciju seksualnog distresa. Prema dostupnim podacima testosteron ne djeluje na depresiju.

Budući da oralna primjena testosterona nosi određene rizike, testosteron se mora uzimati preko kože u obliku gela, kreme ili naljepka. Doza mora oslikavati onu koja je karakteristična za ženu generativne, *predmenopauzalne* dobi. Veće doze mogu izazvati nuspojave kao što su višak dlačica, gubitak kose i pojavu akni te se smatraju nesigurnima. S druge strane, kratkotrajna transdermalna ili parenteralna terapija testosteronom u dozama karakterističnim za *predmenopauzu* ne djeluje negativno na lipidni profil, ne povisuje krvni tlak, šećer u krvi niti HbA1c. Kratkotrajno liječenje testosteronom ne povisuje denzitet dojki niti povisuje rizik za rak dojke (razina dokaza I, stupanj preporuke A)

Velika većina pripravaka testosterona namijenjena je muškarcima pa nisu

prikladni za primjenu u žena zbog visokih doza. Samo je u Australiji registrirana AndroFeme[®] krema za primjenu u žena. Stoga je u sponu primjena tzv. bioidentičnih hormona, pripravaka u obliku kreme koje se proizvode u nekonvencionalnim laboratorijima.

Prije početka liječenja HSDD testosteronom potrebno je izmjeriti bazalne koncentracije ukupnog testosterona, a zatim ponavljati mjerenja svakih 3 - 6 tjedana dok traje liječenje. Kliničke učinke liječenja treba monitorirati svakih 6 mjeseci praćenjem eventualnih znakova pojačane androgene aktivnosti te mjerenjem ukupnog testosterona da se izbjegne predoziranje. Ako nakon 6 mjeseci nema poboljšanja kliničke slike, liječenje se mora prekinuti.

Popularni su dodaci prehrani koji stimuliraju testosteron: D-asparaginska kiselina, Vitamin D, biljke Tribulus Terrestris (Babin zub), piskavica (curry) i đumbir te ginseng. Ipak, i ovdje je potreban oprez zbog poteškoća u doziranju i nedostatnih klinič-

kih dokaza uspješnosti liječenja.

Androgen dehidroepiandrosteron (DHEA) jedna je od najprodavanijih bezreceptnih formula koje žene masovno koriste bez nadzora. Na žalost, ne poboljšava libido niti seksualnu funkciju u postmenopauzalne žene s urednom funkcijom nadbubrežne žlijezde te ga nije razumno propisivati za liječenje hipoaktivnog seksualnog poremećaja (HSDD). Vaginalete DHEA su indicirane samo za liječenje vulvo-vaginalne atrofije i ne smiju se propisivati kod HSDD-a.

Međunarodna je skupina stručnjakazaključila da je HSDD jedina indikacija za liječenje testosteronom koja je temeljena na dokazima, a terapijski učinak koji je moguće doseći je umjeren. Nema dokaza da je liječenje testosteronom uspješno za suzbijanje bilo kojih drugih simptoma ili kliničkih stanja te prevenciju bilo koje bolesti ili stanja.

ivan.fistonc@zg.t-com.hr

HUMOR



Igor
Berecki

DJEČJA PERSPEKTIVA anticipacija medicine budućnosti Iz devedesetih godina prošloga stoljeća

Kći: Mama, kakav je ovo jogurt?

Majka: LGG

Kći: A što to znači?

Majka: To je kratica imena zdravih korisnih bakterija iz crijeva.

Kći: A tko je onda lud dozvolio da mu ih izvade iz crijeva i stave u jogurt?

Lada Zibar



Razgovor s
**DR. SC.
 CHAPINOM
 RODRÍGUEZOM,**
 OSNIVAČEM I
 RAVNATELJEM
 TVRTKE
**CREADUCATE
 CONSULTING
 GMBH**

KAKO PLASIRATI SVOJ STRUČNI RAD U UGLEDNIM SVJETSKIM ČASOPISIMA?

 Razgovarala prof. dr. Lada Zibar

► **Zašto liječnicima često ne uspijeva objaviti članak o rezultatima svoga istraživačkog rada, nakon napornog i hvale vrijednoga truda uloženoga u posao koji je često tek nadgradnja kliničkoj rutini?**

Dobro ste rekli: jako je teško, i istraživačima koji se bave istraživanjem puno vrijeme i liječnicima koji se time bave naknadno, nakon svog „stvarnog“ posla, objaviti članke u uglednim svjetskim časopisima. A postat će, bojim se, i sve teže, budući da je sve veća konkurencija za objavljivanje u takvim časopisima. Svijet objavljivanja znanstvenih članaka je nemilosrdan; neovisno o tome koliko ste truda uložili u rad, ako urednik i recenzenti nisu uvjereni da pridonosite nešto vrijedno

stručnom znanju ili kliničkoj praksi, neće ga objaviti.

Svaki liječnik (ili istraživač općenito) provodi istraživanje kako bi odgovorio na neko njemu važno pitanje, služeći se postupcima koji se njemu čine prikladnima. Znači, svaki rad je iznimno važan onima koji su ga proveli. Međutim, za objavu u uglednim časopisima, rad mora biti važan i kolegama u drugim zemljama, gdje je praksa možda drukčija i gdje je klinički profil pacijenta nešto drukčiji (ili se barem tako smatra).

Već desetak godina pomažem liječnicima i sveučilišnim istraživačima, ne samo u Hrvatskoj, nego i u zemljama zapadne Europe i Kine, kako bi objavili članke u visokorangiranim časopi-

sima. Uvjeran sam da je glavni izazov svim tim autorima pokazati kako njihov rad mijenja perspektivu istraživanja ili kliničke rutine u određenom području.

► **Na koji način možete liječnicima pomoći da objave svoje znanstvene i stručne članke?**

Mi se vidimo kao „PR savjetnici“ vama, liječnicima i znanstvenicima, koji imate važnu poruku koju želite jasno i uvjerljivo oblikovati za ciljano čitateljstvo. Zahvaljujući svom iskustvu možemo pomoći oko strukturiranja i izražavanja vaše poruke, prije svega na engleskom jeziku, najraširenijem jeziku razmjene znanja i stručne prakse diljem svijeta. Jednako tako možemo pomoći oko osmišljavanja rada prije početka istraživanja, kako bi istraživači bili otpočetka sigurni da će završni rad biti privlačan boljim časopisima zbog njegove kakvoće i relevantnosti.

Raduje nas raditi individualno s liječnicima na konkretnim projektima, ali i sa zdravstvenim ustanovama i na fakultetima, na komunikacijskom usavršavanju, primjerice provedbom radionica o pisanju članaka ili o usmenom izlaganju na kongresima.

► **Možete li predstaviti cjenik svojih usluga?**

Cijena se određuje prema potrebama i zahtjevima klijenta. Općenito, lektoriranje članka na engleskom jeziku stoji između 150 EUR za rukopis od 1.200 riječi i 410 EUR za rukopis od 7.000 riječi. Ove cijene uključuju dva kruga lektoriranja prije slanja časopisu, kao i neograničenu komunikaciju između nas i klijenta.

Teško je reći koliko stoji jedna radionica jer se svaka “kroji” prema potrebama klijenta, a cijena ovisi o sadržaju, trajanju i broju polaznika. Okvirno mogu reći da dvodnevna radionica o pisanju članaka za najviše 25 polaznika stoji oko 2.000 EUR.

► **Uz vaše iskustvo sigurno možete prikazati i svoju uspješnost u takvom poslu?**

Do sada smo uspješno pomogli stotinama liječnika i znanstvenika na više tisuća projekata, koje su objavili najbolji časopisi u biomedicini, kao što su *British Medical Journal*, *New England Journal of Medicine*, *Lancet* i brojni specijalizirani časopisi. U Hrvatskoj radimo već desetak godina s više od stotinu liječnika i znanstvenika u raznim bolnicama i na fakultetima. Ali nam više od ovih brojeva znači to da nam se 95 % klijenata vraća, i to tijekom mnogih godina. Ponosni smo na ukazanom nam povjerenju i radimo svaki dan na tome kako bismo ga zaslužili.

Naravno da se osjećamo „uspješnima“ kad je klijentu objavljen rad, no isto tako kad uštedimo klijentu (i njegovim pacijentima) vrijeme i trud. Sjećam se jednog liječnika koji nam je došao po pomoć za osmišljavanje istraživačke teme i planiranje metodike. Sustavnim pretraživanjem literature uvidjeli smo da radovi o ovoj temi već postoje, a potom smo u jednom Clinical Trials Registryju otkrili da se skoro identično istraživanje provodi već drugdje. Klijent je bio frustriran, čak i frustriraniji nego kad nam se obratio, no barem je uvidio da ako želi nastaviti istraživanje vezano za temu mora promijeniti izvorni plan svog rada kako bi svijetu dao nov doprinos.

Više za Vaše istraživanje i karijeru

- Revidiranje/lektoriranje tehničkih i znanstvenih radova na engleskom
- Savjetovanje o istraživačkoj metodologiji
- Radionice o usmenoj i pismenoj znanstvenoj komunikaciji
- Prevođenje tehničkih i znanstvenih radova

**Globalno iskustvo.
Lokalno razumijevanje.**

Creaducate Consulting GmbH
www.creaducate.eu
info@creaducate.eu

OZLJEDA LEĐNE MOŽDINE I AUTONOMNA DISREFLEKSIJA

Mlada osoba s posttraumatskom kvadriplegijom više puta dnevno osjeti iznenadnu jaku bol glave s osjećajem umiranja, zamućenjem vida i sistoličkim tlakom 180 mmHg te pulsom 40/min. Ove smetnje bolesnik povezuje s mokraćnim mjehurom. Kako se zove ovo stanje? Autonomna disrefleksija. Je li opasno? To je potencijalno smrtonosna hipertenzija s višestruko povećanim rizikom za hemoragični moždani udar te infarkt, konvulzije i retinalna krvarenja. Zašto nastaje?

U osoba s ozljedom leđne moždine na razini šestoga torakalnog kralješka ili iznad njega, kutani ili visceralni podražaji distalno od razine ozljede (najčešće pun mjehur, presavijen ili začepljen kateter, opstipacija i urološke pretrage, ali podražaj mogu izazvati i promjena temperature okoline, tjelesna odjeća i dr.) putuju u neoštećenu torakalnu leđnu moždinu, aktiviraju torakolumbalne simpatičke živce i uzrokuju perifernu i splanhničku vazokonstrikciju. Zato se povisuje krvni tlak, što registriraju baroreceptori

u karotidnom sinusu te šalju signal u mozak. Mozak odašilje descendente inhibicijske impulse leđnom moždinom, na žalost, samo do mjesta ozljede (Th6 i više), tako da je onemogućena periferna i splanhnična vazodilatacija. Bradikardija i vazodilatacija koje se događaju iznad razine ozljede nisu dovoljne za blokiranje hipertenzije, a teška bradikardija može završiti i kao arrest.

Ako se podsjetimo bolesnika iz prve rečenice, kojemu znamo visinu ozljede i znamo da ima glavobolju, što napraviti? Najprije izmjeriti tlak i odmah postaviti bolesnika u sjedeći uspravni položaj (slijevanje krvi smanjit će tlak), ukloniti tijesnu odjeću i ortoze te odmah tražiti uzrok autonomne disrefleksije. Najprije provjeriti kateter i osigurati drenažu mokraćnoga mjehura. Ako je kateter uredan, najčešći uzrok je zastoj stolice. Uz lidokain gel pokušati rektalni pregled i nježnu ručnu evakuaciju stolice. Kad uzrok ne znamo, a tlak ostaje povišen, savjetuje se farmakološka terapija, primarno nitrati, iako više autora i dalje spominju i

nifedipin, te parenteralna antihipertenzivna terapija. Ako uzrok autonomne disrefleksije perzistira, po prestanku djelovanja lijeka tlak će opet rasti. Slijede dijagnostički i terapijski postupci u bolnici, koji su i sami čest okidač autonomne disrefleksije. Za osiguranje sigurnosti urodinamičkih i radioloških pretraga bilo bi u kvadriplegičara s anamnezom autonomne disrefleksije poželjno prije planiranog dijagnostičkog ili terapijskog postupka unaprijed osigurati prikladan nadzor i anesteziološku podršku za vrijeme postupka.

Zaključno, svi uključeni u tretman kvadriplegičara (fizioterapeut, njegovatelj, liječnici, sestre, radiolozi, članovi obitelji) moraju biti svjesni ovoga sindroma, prepoznati simptome i, ako je moguće, prekinuti epizodu autonomne disrefleksije.

(Am J Roentgenol. 2019;212(6):1182-6.)

 Dr. sc. JASNA AJDUKOVIĆ, dr. med.

Razlike u crijevnoj mikrobioti nakon vaginalnog i poroda carskim rezom

► PORUKA ČLANKA

Veliko istraživanje uzoraka stolice novorođenčadi i njihovih majki ukazalo je na značajne razlike u sastavu crijevne mikrobiote ovisno o načinu poroda.

Već neko vrijeme poznato je da novorođena djeca odmah po porodu dođu u kontakt s brojnim bakterijama koje brzo koloniziraju probavni sustav te kasnije u životu mogu utjecati na razvoj nekih bolesti. Poznato je i da većina tih bakterija dolazi od majke i iz djetetove okoline, no još uvijek nije sasvim poznato utječe li porod carskim rezom ili vaginalnim putem na razvoj crijevne mikrobiote djeteta u prvih mjesec dana života.

RAZVOJ I VALIDACIJA TESTA ZA PROCJENU ADHERENCIJE METOTREKSATA

► PORUKA ČLANKA

Primjena validiranog testa za procjenu adherencije oralnog metotreksata u kliničkoj praksi mogla bi poboljšati adherenciju, poboljšati očekivane učinke i odgoditi promjenu terapijske strategije u smislu skuplje supkutane primjene metotreksata ili biološke terapije.

Oralni metotreksat (MTX) u dozi od 7,5 do 25 mg/tjedan prva je linija liječenja reumatoidnog artritisa (RA). Otprilike 40 % bolesnika ne uzima MTX prema uputama liječnika. Loša adherencija jedan je od mogućih uzroka izostanka očekivanog učinka i potrebe promjene terapijske strategije skupljom biološkom terapijom. Kako bi se mogla preciznije pratiti adherencija i razviti strategija za njezino poboljšanje, potreban je validirani test za procjenu adherencije MTX-a.

Da bi se razvio test adherencije MTX-a i potvrdila njegova dijagnostička točnost Bluett i sur. su određivali razinu lijeka biokemijskom analizom pomoću tekućinske kromatogra-

fije visoke djelotvornosti – praćenja odabrane reakcije – spektrometrije mase (HPLC-SRM-MS).

Dvadeset bolesnika s RA-om sudjelovalo je u farmakokinetičom testiranju MTX-a analizom njegove koncentracije u plazmi pomoću HPLC-SRM-MS MTX tijekom šest dana. Referentni standard bio je izravno opaženo uzimanje terapije na početku ispitivanja. Validacija farmakokinetičog modela provedena je neovisnim uzorcima plazme bolesnika iz kliničke prakse (N = 50), a bolesnici su sami prijavili vrijeme uzimanja lijeka. Nakon optimizacije testa provjerena je njegova osjetljivost uzorcima iz opservacijskog ispitivanja kohorte (N = 138).

Razvijen je i potvrđen dvokomponentni model farmakokinetike. Simulacije su opisale osjetljivost potrebnu da se detektira MTX tijekom 7 dana. Nakon optimizacije testa, ponovno testiranje je ispravno identificiralo sve bolesnike koji su uzimali terapiju. Na uzorcima iz kliničke prakse osjetljivost testa je iznosila 95 %.

Nepridržavanje uputa i neuzimanje MTX-a je često i može značajno utjecati na aktivnost bolesti. Analiza plazme HPLC-SRM-MS-om precizno je otkrila bolesnike s RA-om koji uzimaju terapiju. Ovaj validirani objektivni test mogao bi se jednostavno uvrstiti u kliničku praksu za identificiranje bolesnika koji bi mogli imati korist od programa za pomoć bolesnicima u pridržavanju određene terapije.

(Ann Rheum Dis. 2019;78(9):1192-7.)

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

Britanski znanstvenici stoga istražili su to pitanje tzv. „shotgun“ sekvencioniranjem cjelokupnog genoma 1.679 uzoraka crijevne mikrobiote, prikupljenih nekoliko puta tijekom novorođenačkog i dojenačkog razdoblja u 596 terminski rođene djece. Od ukupnog broja djece, 314 ih je bilo rođeno vaginalno, a 282 carskim rezom; od 178 djece prikupljeni su i uzorci njihovih 175 majki.

Rezultati istraživanja pokazali su kako je način poroda značajan čimbenik koji utječe na sastav crijevne mikrobiote tijekom novorođenačke i dojenačke dobi. Poremećen prijenos bakterija iz gastrointestinalnog sustava majki tijekom carskog reza, poglavito bakterija iz roda *Bacteroides*, kao i tijekom intraportalne antibiotske profilakse, predisponirao je novorođenu djecu kolonizaciji klinički važnim oportunističkim patogenima koji cirkuliraju u

bolničkoj okolini (uključujući bakterije iz roda *Enterococcus*, *Enterobacter* i *Klebsiella*).

Ipak, autori su zaključili kako kliničke posljedice perturbacije mikrobiote i/ili prisutnosti patogena tijekom ovog za razvoj imunološkog sustava važnog razdoblja još nisu otkrivene. Dodali su da su upravo zbog toga potrebne velika i dugotrajna istraživanja u kojima će sudjelovati i djeca rođena kod kuće, kako bi se bolje razumjele posljedice perinatalnih čimbenika u bolničkom okruženju i odredilo utječu li promjene mikrobiote u novorođenačkom razdoblju negativno na zdravlje kasnije tijekom djetinjstva i života.

(Nature. 2019 Sep 18. doi: 10.1038/s41586-019-1560-1.)

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

Kolecistektomiju zbog kolecistitisa u trećem trimestru trudnoće trebalo bi nastojati odgoditi nakon poroda

▼ PORUKA ČLANKA

Kolecistektomija tijekom trećeg tromjesečja rezultira sa znatno dužom hospitalizacijom i ponovnom hospitalizacijom u prvih 30 dana, u usporedbi s kolelecistektomijom nakon poroda. Uklanjanje žučnog mjehura odgođeno nakon poroda povećava vjerojatnost da se operacija učini laparoskopski, uz smanjeno trajanje hospitalizacije. Žene operirane u trećem tromjesečju imaju veće izgleda negativnih ishoda trudnoće (eklampsija, krvarenje i prijevremeni porođaj).

Prema rezultatima California Cholecystectomy Group, kolecistektomija (KCE) tijekom trećeg trimestra trudnoće kod benignih bilijarnih bolesti trebala bi biti odgođena do nakon porođaja. Tijekom trećeg tromjesečja KCE rezultira preuranjenim porodom, što je zauzvrat povezano s povećanim problemima za dijete, objašnjavaju Pitt i sur. (Lewis Katz School of Medicine, Temple University,

Philadelphia, SAD). Dopustiti još nekoliko tjedana da beba sazrije i bude zdrava cijeli život mnogo je važnije od toga da se majčin žučni mjehur hitno ukloni u posljednjem razdoblju trudnoće. Benigna bolest žučnjaka druga je najčešća indikacija za neopstetričke operacije u trudnica, a trenutne kirurške smjernice sugeriraju da je KCE tijekom trećeg tromjesečja trudnoće sigurna i za ženu i za plod.

Dosadašnja preporuka indikacije za KCE tijekom trećeg tromjesečja u odnosu na odgađanje operacije za postpartalno razdoblje temelji se na izvještajima o slučajevima i malim serijama, napominju autori.

Istraživači su upotrijebili podatke iz California's Office of Statewide Health Planning and Development baze podataka za usporedbu rezultata KCE-a tijekom trećeg tromjesečja trudnoće (403 žene) s ishodima kod žena operiranih u ranom postpartalnom razdoblju (u prvih 90 dana nakon porođaja; 17.490 žena). Nakon prilagodbe različitim čimbenicima, KCE tijekom trećeg tromjesečja bila je povezana sa statistički znatno dužim trajanjem boravka u bolnici (za 0,83 dana) i 2,05 puta većim izgledom za ponovnu hospitalizaciju u prvih 30 dana ($P = 0,002$), u usporedbi s KCE-

om nakon poroda. Žene operirane u trećem tromjesečju imale su 88 % veću vjerojatnost ($P < 0,001$) negativnih ishoda trudnoće (eklampsija, krvarenje i prijevremeni porođaj), u usporedbi sa ženama koje su operirane u prvim mjesecima nakon porođaja, ponajviše zbog porasta vjerojatnosti za prijevremeni porod od 2,12 puta.

Uklanjanje žučnog mjehura nakon poroda povećava vjerojatnost da se operacija učini laparoskopski, uz smanjeno trajanje hospitalizacije, navode autori. Kad god je to moguće, ženama koje su se pojavile s dobroćudnom bilijarnom bolešću u trećem tromjesečju trudnoće trebalo bi odložiti KCE nakon poroda, zaključuju istraživači.

Autori predviđaju da će možda 1 % žena koje razviju simptome tijekom trećeg tromjesečja ipak trebati KCE tijekom trećeg tromjesečja. Te će bolesnice uključivati i one s teškom upalom žučnog mjehura koja ne reagira na antibiotike i kojima je ukinuta peroralna prehrana.

(J Am Coll Surg. 2019;228:494-502.e1)

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

RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA

OBJAVLJENI U INOZEMNIM ČASOPISIMA INDEKSIRANIMA U CC, SCI ILI SSCI

Phelps R¹, Winston JA², Wynn D³, Habek M⁴, Hartung HP⁵, Havrdová EK⁶, Markowitz GS⁷, Margolin DH⁸, Rodriguez CE⁹, Baker DP¹⁰, Coles AJ¹¹. Incidence, management, and outcomes of autoimmune nephropathies following alemtuzumab treatment in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2019 Apr 15;1352458519841829. doi: 10.1177/1352458519841829.

¹Centre for Inflammation Research, University of Edinburgh, Edinburgh, UK. ²Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA. ³Consultants in Neurology MS Center, Northbrook, IL, USA. ⁴Department of Neurology, School of Medicine, University of Zagreb and University Hospital Center, Zagreb, Croatia. ⁵Department of Neurology, Medical Faculty, Heinrich-Heine University, Düsseldorf, Germany. ⁶Department of Neurology, First Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic. ⁷Department of Pathology and Cell Biology, Columbia University, New York, NY, USA. ⁸Sanofi, Cambridge, MA, USA/Cerevance Inc., Boston, MA, USA. ⁹Sanofi, Cambridge, MA, USA/Sunovion Pharmaceuticals, Marlborough, MA, USA. ¹⁰Sanofi, Cambridge, MA, USA. ¹¹School of Medicine, University of Cambridge, Cambridge, UK.

Hulina-Tomašković A¹, Somborac-Baćura A¹, Grdić Rajković M¹, Bosnar M², Samaržija M³, Rumora L⁴. Effects of extracellular Hsp70 and cigarette smoke on differentiated THP-1 cells and human monocyte-derived macrophages. *Mol Immunol.* 2019 Apr 10;111:53-63. doi: 10.1016/j.molimm.2019.04.002.

¹University of Zagreb, Faculty of Pharmacy and Biochemistry, Department of Medical Biochemistry and Hematology, Zagreb, Croatia. ²Fidelita Ltd., Zagreb, Croatia. ³University Hospital Centre Zagreb, Clinical Department for Lung Diseases Jordanovac, Zagreb, Croatia. ⁴University of Zagreb, Faculty of Pharmacy and Biochemistry, Department of Medical Biochemistry and Hematology, Zagreb, Croatia.

Fruchart JC, Santos RD, Aguilar-Salinas C, Aikawa M, Al Rasadi K, Amarenco P, Barter PJ, Ceska R, Corsini A, Després JP, Duriez P, Eckel RH, Ezhov MV, Farnier M, Ginsberg HN, Hermans MP, Ishibashi S, Karpe F, Kodama T, Koenig W, Krempf M, Lim S, Lorenzatti AJ, McPherson R, Nuñez-Cortes JM, Nordestgaard BG, Ogawa H, Packard CJ, Plutzky J, Ponte-Negretti CI, Pradhan A, Ray KK, Reiner Ž*, et al. The selective peroxisome proliferator-activated receptor alpha modulator (SPPARMα) paradigm: conceptual framework and therapeutic potential: A consensus statement from the International Atherosclerosis Society (IAS) and the Residual Risk Reduction Initiative (R3i) Foundation. *Cardiovasc Diabetol.* 2019 Jun 4;18(1):71. doi: 10.1186/s12933-019-0864-7.

University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia, and School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

Reiner Ž*, Sirtori CR, Banach M, Ruscica M, Sahebkar A. Methotrexate for Cardiovascular Risk Reduction: The Right Choice? *Angiology.* 2019 Jun 11;3319719855165. doi: 10.1177/0003319719855165. [Epub ahead of print].

University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia, and School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

Čífková R, Lánská V, Bruthans J, Mayer O Jr, Kotseva K, Wood D, Lovic D, De Sutter J, Reiner Ž*, et al. Blood pressure distribution and control in coronary patients from 24 European countries in the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme European survey of cardiovascular disease prevention and diabetes. *EUROASPIRE IV Registry. J Hypertens.* 2019 Jun 24. doi: 10.1097/HJH.0000000000002130. [Epub ahead of print]

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.

University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia, and School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

Lucijanic M¹, Skelin M², Skelin P³. Catheter ablation compared with drug therapy for atrial fibrillation. *JAMA.* 2019;322(11):1105. doi: 10.1001/jama.2019.10680.

¹Hematology Department, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia. ²Pharmacy Department, General Hospital Sibenik, Sibenik, Croatia. ³Faculty of Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark.

Lucijanic M¹, Skelin M², Kusec R^{3,4,5}. Second primary malignancies in myeloproliferative neoplasms and the role of aspirin. *Leukemia.* 2019;33(10):2554. doi: 10.1038/s41375-019-0553-2.

¹Hematology Department, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia. ²Pharmacy Department, General Hospital Sibenik, Sibenik, Croatia. ³Hematology Department, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia. ⁴Division of Molecular Diagnosis and Genetics, Clinical Department of Laboratory Diagnostics, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia. ⁵School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Skelin M¹, Lucijanic M², Miketic T³. Above what age ibrutinib should not be given with R-C-HOP to patients with non-GBC DLBCL? *J Clin Oncol.* 2019;37(28):2583-2584. doi: 10.1200/JCO.19.01048.

¹General Hospital Sibenik, Sibenik, Croatia; ²University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia; ³Mount Sinai St Luke's and Mount Sinai West Hospitals, New York, NY, USA

Dulce cum utili!

Važnost točnoga definiranja rodbinskoga nazivlja

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



Uvod

Rodbinski su odnosi oduvijek igrali važnu ulogu, kako u osobnim odnosima ljudi koji su bili vezani krvnim srodstvom i drugim rodbinskim vezama tako i u društvenim odnosima. Neki su se društveni odnosi upravo dijelom oblikovali po uzoru na rodbinske odnose, npr. bratovštine, što se može vidjeti i u nazivu koji u svom korijenu čuva riječ *brat*. Imenovanje rodbinskih odnosa vjerojatno je staro koliko i sam jezik, a zanimanje za tu temu prisutno je u svim povijesnim razdobljima. Ta je tema uvijek zanimljiva i aktualna. Ona je iznimno važna i u medicini, a na to da članak u ovom broju *Liječničkih novina* posvetim upravo toj temi, potaknula me je urednica ovih novina, profesorica Zibar u jednom razgovoru vezanom uz transplantaciju organa. Između ostaloga, upravo je u toj grani medicine iznimno važno točno definirati rodbinske odnose između darivatelja i primatelja. Do tada nisam razmišljala o tome koliko je baš za medicinu iznimno važno dobro definirati obiteljske, rodbinske i slične odnose među ljudima iz kojih proizlaze određena, i to životno važna, prava i mogućnosti.

Tradicionalni rodbinski nazivi nastali prema staroslavenskome jeziku

Mlađi govornici hrvatskoga jezika više ne poznaju bogato tradicionalno rodbinsko nazivlje koje je hrvatski jezik razvio po uzoru na stare Slavene. Zbog toga većina tradicionalnih rodbinskih naziva potječe iz staroslavenskoga jezika, poput naziva *bratić*, *sestrić*, *stric*, *ujak*, *jetrva*, *zaova*, *punica*, *zet* i mnogi drugi. Do zaborava tradicionalnih rodbinskih naziva došlo je dobrim dijelom i zbog promjene načina života koji je doveo do prostornoga udaljavanja od rodbine, a time i do rjeđe učestalosti susretanja i manjega broja potrebnih životnih odnosa među rodbinom.

Koliko su rodbinske veze bile važne u društvu, možemo primijetiti i u isticanju tih veza u tvorbi nekih hrvatskih prezimena, poput prezimena: *Babić*, *Bratanac*, *Bratanić*, *Bratanović*, *Bratić*, *Čačić*, *Čale*, *Čaleta*, *Dunda*, *Nanić*, *Nećak*, *Sinčić*, *Sinovčević*, *Sinovčić*, *Sinovec* i sl.

Hrvatski jezik razvio je bogato tradicionalno rodbinsko nazivlje na koje je, kao što sam već rekla, utje-

calo staroslavensko podrijetlo, a u nekim su krajevima utjecali i jezici s kojima su Hrvati bili u kontaktu (poput talijanskoga, njemačkoga, turskoga). Narječja su, pak, razvila svoje nazivlje, s time da u jednom narječju možemo za neke rodbinske veze pronaći i više od jednoga naziva, osobito u štokavskome narječju i rubnim mjesnim govorima. Usto, treba znati kako je u ne tako davnoj prošlosti svaki muški i ženski član rodbine i svojte imao svoj naziv te da su neki od tradicionalnih naziva promijenili svoja značenja – značenja su se suzila ili izgubila, a neki su nazivi preuzeli značenja drugih ili su im pridodana nova značenja.

U susjednoj nam Bosni i Hercegovini razlika postoji između imenovanja rodbinskih i svojtinskih veza i s obzirom na prostor, pa se tako nazivi razlikuju s obzirom na to radi li se o bosanskome ili hercegovačkome kraju.

U imenovanju rodbinskih odnosa treba definirati temeljne pojmove poput *obitelji*, *porodice*, *rodbine*, *svojte*, pa idemo vidjeti kako su ti pojmovi definirani u rječniku *Hrvatskoga jezičnoga portala* (<http://hjp.znanje.hr/index.php?show=main>).

Obitelj, porodica, rodbina

Na *Hrvatskome jezičnom portalu* možemo pronaći da se *obitelj* definira kao „temeljna društvena jedinica zasnovana na zajedničkom životu užeg kruga srodnika“. Imenica *obitelj* dolazi od glagola *obitavati* koji znači živjeti na nekom mjestu; stanovati, boraviti, prebivati. Dakle, obitelj čine oni

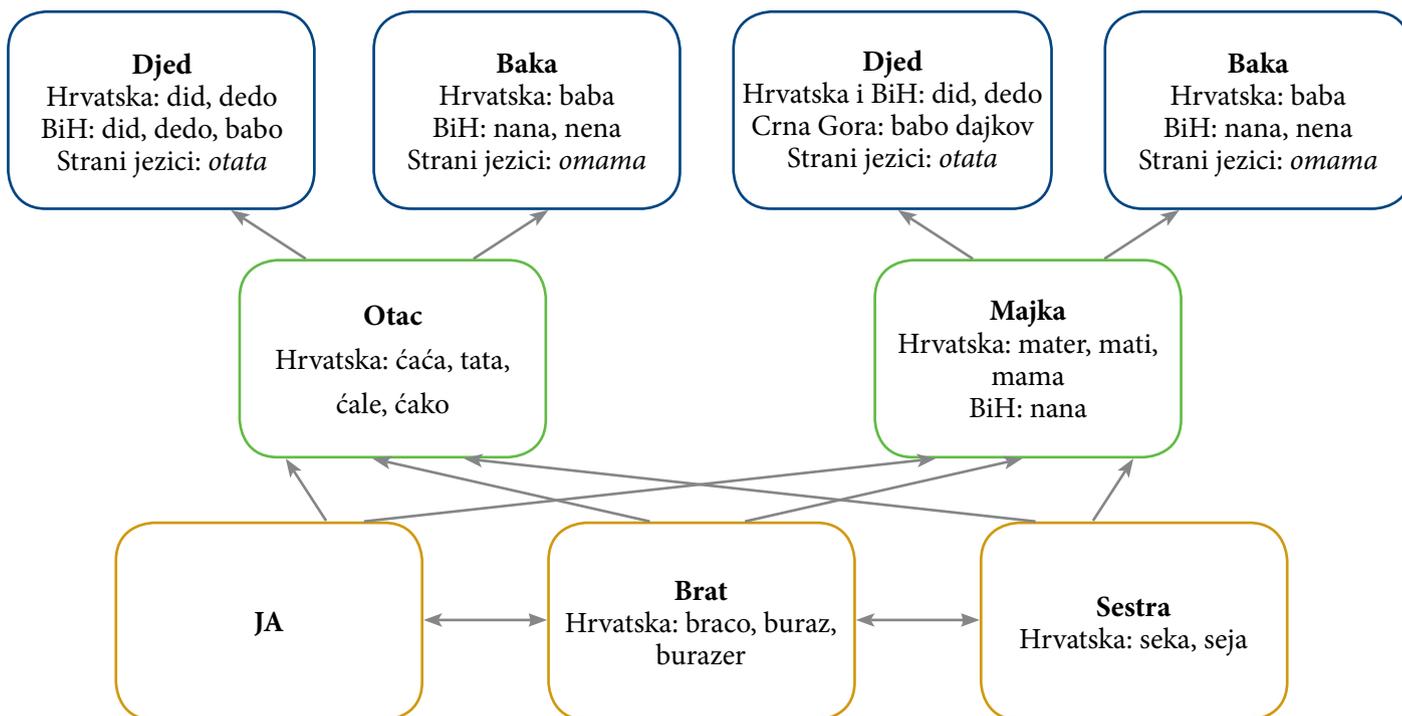
koji stanuju zajedno. *Porodicom*, pak, ponajprije nazivamo „široku rodbinsku zajednicu“, a onda, u drugom značenju, možemo tu riječ upotrijebiti i onda kada govorimo o „obitelj po slijedu naraštaja (pradjed, djed, otac, sin)“. Imenicom *rod* imenujemo ponajprije ono što je rođeno; porod, potomstvo, vrstu. *Rodbina* je „ukupnost onih s kojima je tko u srodstvu. Nju čine rođaci, srodnici i svojta (svi osim obitelji). Imenica *svojta* definirana je ponajprije kao „ženina rodbina mužu“, a onda u širem smislu i kao „rod, šira rodbina, srodnici“. Svojtju, dakle, čine srodnici s kojima nismo u krvnome srodstvu, već smo ih stekli ženidbom, ali možemo proširiti definiciju, te reći i udajom. U toj se skupini, prema tome, razlikuje ženina i muževa rodbina.

Zanimljivo je da su statuti dalmatinskih gradova u srednjem vijeku preuzeli, uz male izmjene, pravnu podlogu rodovskoga sustava iz klasičnoga rimskog prava koje je pripadnost rodu priznavalo samo potomcima jednog pretka, po muškoj liniji, koji su iz naraštaja u naraštaj prenosili ime, imovinu i tradiciju.

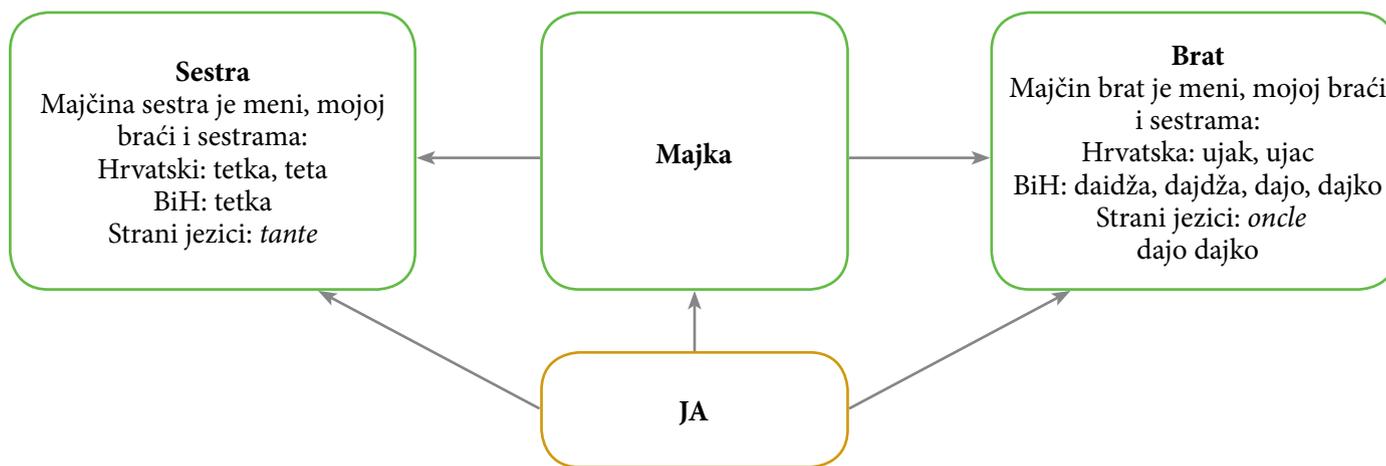
Bogatstvo rodbinskih naziva u hrvatskome jeziku

Hrvatski jezik, dakle, ima bogatu baštinu rodbinskih naziva i razvedenu klasifikaciju za svakoga člana u vertikalnome i u horizontalnome tipu rodbinskoga povezivanja. Neki su od tradicionalnih naziva tijekom povijesti promijenili svoja značenja na način da su

se ta značenja suzila ili izgubila, a neki su, pak, nazivi preuzeli značenja drugih naziva ili su im pridodana nova značenja. Budući da u hrvatskome jeziku imamo iznimno bogatu i razgranatu klasifikaciju rodbinskih naziva, u ovom ćemo broju objasniti samo nazive za uže rodbinske veze koji su i u hrvatskim narječjima leksički sasvim ujednačeni, a najujednačenija su imenovanja za oca i majku, sina i kći te brata i sestru. Ti se nazivi u narječjima mogu pronaći samo u drugačijim fonološkim varijacijama, a od njih se mogu tvoriti i odmilice i umanjenice. Pogledat ćemo malo i preko granica Lijepe Naše, u susjednu nam Bosnu i Hercegovinu te Crnu Goru, pa ćemo objasniti nazive kojima se na tim prostorima imenuju bliži rodbinski odnosi. Radi lakšega snalaženja u horizontalnom i vertikalnom povezivanju rodbinskih veza, nazive donosim u grafičkom prikazu. U prvom sam prikazu uže srodstvo objasnila polazeći od „JA“, a taj se pristup u literaturi naziva i egocentričnim sustavom. U prikazu su navedeni nazivi koji se pojavljuju u hrvatskim narječjima (*did*, *baba*), u Bosni i Hercegovini (*nana*, *nena*, *dedo*), dCrnoj Gori (*babo*, *dajkov*), a dodala sam i hipokoristike iz hrvatskoga jezika poput naziva: *mama*, *tata*, *braco* i *seka*; *seja* i žargonizme (*buraz*; *burazer*). Na pojedinim prostorima sigurno se pojavljuju varijacije spomenutih rodbinskih naziva, a ovdje su, zbog jednostavnijega prikaza, navedeni samo oni temeljni oblici.

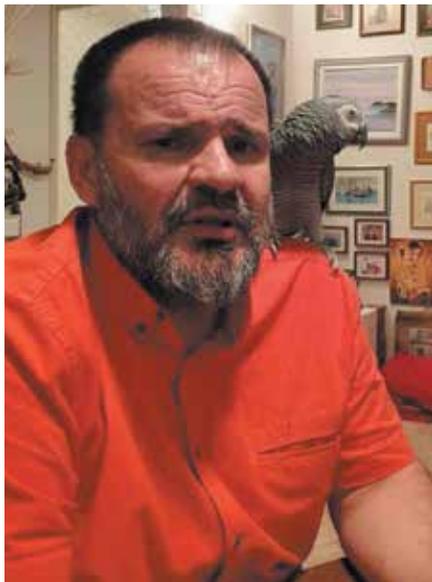


U sljedećem prikazu mogu se vidjeti nazivi za rodbinske odnose vezane uz brata i sestru moje majke. Ostale ćemo rodbinske odnose prikazati u sljedećem broju *Liječničkih novina*.



U ovom sam broju nastojala objasniti najbliže rodbinske odnose koji se u jezikoslovlju smatraju najjednačenijima iako, kao što možete vidjeti, svojim varijacijama pokazuju prilično bogatstvo, a u sljedećem nastavljamo objašnjavati složenu rodbinsku klasifikaciju vezanu uz očevu i majčinu stranu.

Čekamo Vaše upite, savjete i razmatranja u vezi s hrvatskim jezikom struke na adresi elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hлк.hr. Pozivamo vas da nam savjetujete što biste voljeli da objasnimo u ovoj rubrici *Liječničkih novina*.



Doc. prim. dr. sc. TOMISLAV FRANIĆ
tomofrancis@gmail.com

Kada je nasilje u pitanju mi se medicinari često nađemo pod kišom novinarskih pitanja, a sve pod krinkom „interesa i prava javnosti“ na informaciju. Pri tome vrlo često samodopadno i nekritično do u detalje opisujemo posljedice koje je nasilje ostavilo na nečijim unutarnjim organima. Iako bismo rado podijelili nevjerovatne uspjehe koje postižemo u još nevjerovatnije lošim uvjetima, to je nešto što ne smijemo.

Još oprezniji moramo biti u interpretaciji nasilja i nasilnika. Tu smo mi psihijatri prvi na udaru, jer što nasilje izgleda gore ili nevjerovatnije, to manje se ljudima čini vjerovatnim da je to učinila psihički zdrava osoba. Po toj logici Hitler i brojni drugi satrapi prošlih stoljeća bili bi oslobođeni odgovornosti za svoja djela jer su bili „ludi“, a što si veći zločinac, bio bi maženiji klijent HZZO-a i sustava.

Stvarnost je drukčija i teško probavljiva prosječnom ljudskom umu, a to

Nasilje i medicina

je da je agresija dio nas. Pokušajem stavljanja nasilja u sferu psihijatrije bježimo od neprihvatljivog dijela sebe. Jedna od prvih rečenica koju sam u svom prakticiranju medicine čuo (osim one da ogulim mrkvu za dobru juneću juhu za cijelu smjenu hitne pomoći), bila je na početku specijalizacije iz psihijatrije. Ona, kao i ona s mrkvom, nije došla od akademika već od liječnika iskusnog kliničkog „rudara“. Rečenica je glasila: „Sinko moj, di počinje agresija prestaje psihijatrija“. Ovdje bi Forrest Gump rekao da neće više o tome, no ja još nisam popunio od urednice zadani prostor.

Nasilje zbilja nije medicinsko pitanje, osim u iznimnim prilikama kad osoba zbog psihičkog ili tjelesnog stanja uđe u stanje promijenjene svijesti te nije svjesna svojih postupaka ili ne može upravljati svojom voljom i postupanjem. Jedino su takve osobe u domeni psihijatrije i šire medicine, ali ni tada, dok je prisutna akutna opasnost, nismo dužni djelovati pod svaku cijenu. (Liječnik ima pravo odbiti pružanje liječničke pomoći osobi koja mu prijeti ili je prema njemu fizički agresivna.)

Svako drugo prirodno nasilje naš je odabir, a time biramo i posljedicu. Riječ prirodno nije ovdje slučajna.

Naravno da nasilnici ili pokretači nasilja zbog strukture svoje ličnosti i nedostataka vlastitih, intrinzičnih, ugrađenih kontrola kroz moral i superego zahtijevaju vanjsku kontrolu, posljedicu i odgovarajuću kaznu s porukom i njima i drugima, jer je nepsihотиčno nasilje instrumentalno, ima svoj cilj, pa taman i zadovoljenje najnižih, nama nerazumljivih, neprihvatljivih i zapanjujućih ciljeva i poriva.

Što nasilje više psihijatriziramo, proglašavamo bolesnim, udaljavamo ga iz svijesti kao dio naše prirode i dajemo mu alibi. Pridružimo li tome i nedostatak vanjske kontrole, posljedice u vidu društvene, moralne, a onda i zakonske kazne, svjedočit ćemo mu sve više, licemjerno se iščuđavati što nam se to događa. A kroz psihijatriju će se pokušati dati odgovor, zadovoljavajuće objašnjenje ili alibi za pojedinačne slučajeve.

Ne, hvala!

P.S. Ako netko ima upitnike oko guljenja mrkve, govorim o vremenima koja ponegdje još traju a označavaju slobodne trenutke tijekom posla kada pokazujemo bliskost i multidisciplinarni rad. Po novoj, *life coaching* terminologiji, to bi se zvalo *team-building*.

Vukovar nikad nije bio izgubljen za Hrvatsku kao što ni Hrvatska nikad nije bila izgubljena za Vukovar!

To što nam se činilo da je „pala“ vukovarska bolnica, da je Vukovar „pao“, da Vukovara više nema, značilo je samo našu tugu zbog tragedije i stradanja Vukovaraca, ali nikad, baš nikad nije značilo da smo pomislili da je Vukovar izgubljen za Hrvatsku.

Vukovar nikad nije bio izgubljen za Hrvatsku i nikad neće biti, kao što ni Hrvatska nikad nije bila, niti će ikad biti izgubljena za Vukovar.

Medicinska svjedočenja o vukovarskoj tragediji 1991.

Heroji obično izrastaju pojedinačno. U Vukovaru su herojima postali svi oni koji su ugradili sebe u slavu razorenoga, ali nepobijeđenoga grada i omogućili nama ostalima u Hrvatskoj časno preživljenje ratnih strahota. Jer, nakon svega što su izdržali branitelji Vukovara, nema više takva zla koje ne bismo i mi svi ostali, nošeni snagom Vukovaraca, bili kadri izdržati i nadvladati u obrani Hrvatske.

Ovo je knjižica o skupini vukovarskih heroja koji su branili Hrvatsku radeći požrtvovno do posljednjega trenutka u vukovarskoj bolnici. Sami su opisali vlastite strahove i muke, glad i trenutke nevjerice, ali i izvore iz kojih su crpili snagu i uspjeli izdržati a ne iznevjeriti ni svoje ranjenike niti ostalu Hrvatsku, na čijem su braniku uspravno stajali. S ovih stranica kazuju nam kako su „otprve“ cijelile rane ranjenicima operiranim daleko od aseptičnih uvjeta, kako je protjecao oporavak ranjenika koje su morali svakodnevno premještati po bolnici ne bi li izbjegli neprestano bombardiranje. Doznajemo kako je ravnateljica Bolnice dr. Vesna Bosanac odlazila po vodu i pod najžešćom paljbom neprijateljskih strijelaca skrivenih po okolnim kućama i kako je osoblje Bolnice, gladno i iscrpljeno, zajedno s gardistima osiguravalo vlastitu krv potrebnu pri operacijama ranjenika kojih je dnevno pristizalo i više od osamdeset.

Neposredno nakon njihova puštanja iz za-

robljeništa opisali su strahote i poniženja koja su doživjeli do konačnog oslobađanja.

Iz Vukovara je izraslo na tisuće heroja i nisu svi spomenuti u ovoj knjizi. Jer dio vukovarske legende je i Anđa Krivić, jedna sasvim obična majka i baka iz Zrinjske ulice kojoj je u Vukovaru neprijatelj ubio i mlađeg sina Hrvoja, i supruga i nećaka, a koja je usprkos svemu do posljednjeg dana kuhala gardistima i ranjenicima. Cijeneći sve ono što su te tužne i ponosne kolone ljudi učinile za Hrvatsku, i ljudski rod uopće, držimo da je svaka od njihovih životnih priča važna i vrijedna našoj i budućim generacijama te da ne smiju biti zaboravljene.

Od početka ovog surovog rata protiv Hrvatske pred očima svijeta odvija se bezmjerno mnoštvo stravičnih događaja i zapleta ljudskih sudbina. Slike o njima ostaju zabilježene u ovo doba elektronskih medija, ostaju dulje ili kraće u našem sjećanju.

Zagreb, svibnja 1992. Anđa Raič i Ivica Vučak

(izvadak iz Predgovora knjizi *Medicinska svjedočenja o vukovarskoj tragediji 1991.*)

Prvi dio knjige je zbirka svjedočanstava medicinskog osoblja koje je radilo u vukovarskom

Medicinskom centru tijekom opsade i pada grada (travanj - studeni 1991.). Njihovo humano i herojsko djelo pripada riznici čitava čovječanstva. Zbog toga svi trebamo učiti iz njihova iskustva, unatoč njegovoj strahoti.

Napadi na Bolnicu – slijed događaja

Svjedočenje dviju liječnica opće medicine Ivanke Mihajlović i Blanke Vagenhofer

Staro i novo krilo s bolničkim odjelima te ostali objekti Bolnice izravno su pogađani iz višecijevnih raketnih bacača, minobacača i tenkova. Isprva je, radi razaranja, neprijatelj hotimice ciljao na pojedine dijelove Bolnice. Posljedice eksplozija granata bile su vidljive i u bolničkom dvorištu usprkos činjenici što je veliko bijelo platno sa znakom Crvenog križa u sredini bilo rasprostrto preko protuatomskog skloništa, nakon što su bili razoreni znakovi Crvenog križa na bolničkom krovu. Rupe u zidovima i razbijena prozorska okna zatvarani su stranicama kreveta te kartonskim i plastičnim pločama. U početku smo ranjene smještali u hodnike na prvome katu, a za uzbuna spuštali ih u podzemni prolaz. Nedugo zatim morali su tamo boraviti čitavo vrijeme. Prvim smo se katom koristili samo kad su podrum i pothodnik bili prepunjeni. U jednome danu početkom listopada pregledali smo 80 ranjenika. Hodnik Prijemnog odjela bio je preplavljen krvlju i trebalo ga je čistiti metlom. Tada smo 40 primljenih ranjenika smjestili na prvome katu, ali smo ih ubrzo morali premjestiti na niži kat jer su granate pogodile upravo taj dio Bolnice. Ležali su po dvojica u krevetima, na podu, pod krevetima... Praktički, jedva smo im mogli pristupiti. Zidovi prvoga kata već su se klimali prijeteci urušavanjem. Očekivali smo prvi konvoj radi evakuacije. Nije došao. Kad je stigao drugi konvoj, ranjenike smo po kiši prenosili u kamione sa stiroporom na podovima i prekrivene nepromočivom tkaninom. Dokle god je to bilo moguće, lakše ranjenike prenosili smo u Odjel smješten u skloništu Borovokomerca, ali je nedugo zatim ta veza bila prekinuta. Svi su ranjenici morali ostati u

Bolnici. Potkraj listopada Bolnicu su pogodili bombama teškim 250 kg. Zgrada je zadrhtala, zidovi su se njihali kao na valovima, a dovratnici i prozorski okviri su izbijeni. Na hodniku u prizemlju staklo s odjelnih stijenki zasipalo je bolesničke krevete. Tamo smo skupili četiri vreće stakla. Jedna je bomba pala uz vanjsku stranu bolničke zgrade, pri čemu je zapalila dva automobila (automobil Hitne pomoći i privatni automobil). Kroz razbijena okna Odjela za kirurgiju i Odjela za unutrašnje bolesti izbijao je crni dim. Bolesnici iz prizemlja čupali su si infuzijske katetere, zazivali pomoć, skakali iz kreveta, a oni gotovo nepokretni puzali su iz kreveta. Druga je bomba probila potkrovlje i strop Odjela za kirurgiju i Odjela za unutrašnje bolesti do prizemlja i neeksplozivna pala na krevet među noge jednog bolesnika (P. V.). Bolesnik ranjen u nadlakticu skočio je iz kreveta. Krajnje zapanjena, sestra se pitala odakle je boca s kisikom dospjela ravno u krevet (nije zapravo ni shvatila što se uistinu zbilo!). U odjelu Intenzivne skrbi "snažni zračni val" nosio nam je kosu u lice. Poslije smo kroz rupu u stropu prizemlja mogli vidjeti nebo. U tijeku posljednjih 15 dana Bolnica je svakodnevno bila izložena oštrim napadima koji su trajali po nekoliko sati bez prestanka. Bolesnički su se kreveti tresli i njihale su se kutije na kojima smo sjedili u protuatomskom skloništu. Za jednog je napada lakše ozlijeđen jedan bolesnik komadićem betona što se odlomio ispred ulaza u sklonište. Bila je to jedina ozljeda nanesena bolesniku u tijeku svih napada na Bolnicu. Dva dana prije gubitka Vukovara zapaljene su i uništene zgrade Policijske stanice i Suda koje su djelomično štatile bolničku zgradu. Otad je ona bila potpuno izložena meta topništva JFA s druge obale Dunava. Očekivali smo da će zapaliti Bolnicu. Ranjenike više nisu donosili u Bolnicu. Poslije smo doznali da su bili smješteni u sklonište u Borovu Naselju, jer su presječeni svi pristupi Bolnici. Uvjeti su, međutim, u tom skloništu bili sasvim neprikladni za temeljitu skrb o teškim ranjenicima.

Kraj

Padom Vukovara JFA je "evakuirala" 300 ranjenika uz oko 1000 civila i odvezla ih u Borovo Selo koje su okupirali četnici. Članovi Crvenog križa nisu pratili ranjenike i

o njihovoj sudbini ne znamo ništa. Samo jednoj sestri nekako je uspjelo dokopati se Zagreba. U to doba, prije pada Vukovara, dr. Bosanac povezala se s majorom Mrkšićem, komandantom Vukovarskog garnizona tražeći od njega zaštitu ranjenika i bolničkog osoblja pred mogućim napadima četnika. Nama je spomenula moguću evakuaciju u nedjelju u dva sata nakon ponoći. 20. studenoga 1991. oficiri JFA prvi su ušli na vrata Bolnice u pratnji bivšega bolničkog vratara, Srbina, sada u vojničkoj uniformi. Bolnica je opkoljena vojnicima JFA koji su zapriječili bilo čiji izlazak. Zahtijevali su pretragu svih prostorija i predaju svekolikog oružja. Preuzeli su cjelokupnu dokumentaciju o svim bolesnicima, ranjenima i mrtvima. Smjesta je odvedeno devet vojnika JFA koji su bili liječeni u Bolnici. Vojnici su se šetkali okolo s visoko podignutim "škorpcionima" u rukama. Nisu s nama komunicirali niti je bilo bilo kakvih njihovih komentara. Bili su sasvim korektni. Ne znamo kako su postupali prema ranjenicima, s kojima nama nije bio dopušten kontakt. Dan je prošao mirno. Sljedeće su večeri odvedeni gipsači M. M. i Z. V. koji su fotografirali Bolnicu, kao i sudski istražitelj. Od njih je traženo da predaju cjelokupan fotografski materijal. Idućeg nam je jutro anesteziolog dr. Lj. Š. priopćio da se okupimo u gipsaonici u 7 sati i 30 minuta. Mi liječnici i sestre odvojeni smo od ostaloga bolničkog osoblja. Oficir JFA Veselin Šljivačanin održao nam je politički govor, objašnjavajući nam da su nas došli osloboditi. Razriješio je dužnosti dr. Bosanac i imenovao novog ravnatelja. Za to je vrijeme dio ranjenika bio odveden kroz nužni izlaz. Nije nam bilo dopušteno da pregledamo tko je ostavljen, a tko odveden u vojarnu JFA.

Mogli smo birati: ići u Šid, u Novi Sad, u Zagreb preko Đakova ili ostate u Vukovaru. Pet je liječnika ostalo u Vukovaru. Više nismo vidjeli dr. V. Bosanac ni dr. J. Njavru. Ponijeli smo samo najnužnije osobne stvari i napustili sklonište s oko 180 ranjenika. Potrpali su nas u autobuse i armijske transportere, a pratili su nas predstavnici Crvenoga križa i članovi misije promatrača Europske zajednice (ECMM); tada smo ih prvi put vidjeli u blizini bolničkih objekata. Tada nismo znali da im je, prethodnoga dana, JFA zapriječila ulazak u Bolnicu.



Urednici: Anda Raič i Veljko Đorđević
Godina izdanja: 2014.
Opseg: 208 str
Format: 14,5 x 21 cm
Uvez: meki
Cijena 63,00 kn

Popisi bolesnika s dijagnozama priređeni su dan prije. Sedam liječnika i tri sestre ostali su odsječeni u Borovu. Dr. Bosanac priopćila nam je da će ona čekati njihovu evakuaciju jer ih ne može jednostavno ostaviti tamo i otići. Više je nismo vidjeli. Napustili smo ruševine Vukovara. Tri su se vozila usput zagubila, jer su vozači-vojnici JFA "pogriješili" put, i kasnije su nam se pridružila. Nakon prolaska kroz Srijemsku Mitrovicu, u Bijeljini nas je čekala i zaustavila skupina od 200 ljudi, civila i četnika (tzv. Arkanovih četnika). Armijski transporter i autobusi su stali, morali smo izaći van gdje su nas vrijeđali, napadali i prijetili nam pred pripadnicima JFA i lokalne policije koji su stajali po strani i promatrali. Jedan je četnik ušao u autobus i povicama na nekog starca predstavio se kao Arkanov četnik, drugi je, prepoznavši jednog od ranjenika, prijetio da bi ga mogao na mjestu ubiti. Takve smo incidente doživljavali pri povratku. Prema preporukama predstavnika misije Europske zajednice, vratili smo se u autobuse. Naše autobuse i bolnička kola gađali su kamenjem.

Nastavili smo putovanje prema Đakovu i zatim do Zagreba.

PISMO DR. LAVOSLAVA SCHÖNSTEINA O NEPRILIKAMA LIJEČNIKA U ZAGREBU



Nekadašnja Vojna bolnica u Vlaškoj ulici (desno crkva sv. Petra)

U tjedniku "Wiener Medizinische Wochenschrift" pokrenutom u Beču 5. travnja 1851. objavljen je u broju 22 od 29. svibnja 1852. zanimljiv dopis napisan u Zagrebu krajem travnja 1852. Potpisao ga je Dr. S* - zagrebački liječnik dr. Lavoslav Schönstein.

"Otkad postoji "Wiener medizinische Wochenschrift", koji se čita na svim stranama svijeta, u njemu nije bilo spomena naše zemlje. Za Hrvatsku se zna samo na zemljopisnoj karti, u politici i na bojnim poljima.

Zadao sam si zadaću prenijeti Vam što se, posebno u Zagrebu, a onda i općenito u čitavoj Hrvatskoj, događa ili ne događa, a tiče se naše struke. Podvrći ću kritici način upravljanja sudskom medicinom i zdravstvenim nadzorom. O tome ću pisati i strogo

se držati istine. To će sigurno zanimati onoga koji o našoj Kraljevini želi znati i više od ispraznog imena.

Brojevi omogućuju najtočniji prikaz pa ću početi sa statističkim podacima kako bi čitatelji mogli nepristrano ocijeniti ono što slijedi.

Prema posljednjem popisu iz 1851. godine naš grad Zagreb broji 11.863 stanovnika (u taj su broj uračunati i stanovnici okolnih sela koja se smatraju predgrađima Zagreba). Internističku i vidarsku praksu obavlja 11 doktora medicine, 6 ranarnika i 1 podliječnik u Bolnici milosrdne braće. Nadalje tu je 9 kirurških ordinacija, 16 babica i 6 ljekarni. Od vojno-medicinskog kadra stacioniranoga ovdje su 1 stožerni liječnik, 2 pukovnijska liječnika, 4 nadliječnika,

4 podliječnika i 4 pomoćnika poljskim liječnicima.

U Zagrebu stacionirani vojni liječnici se upadljivo puno bave civilnom praksom, a razlog tome nije to što bi oni bili sposobniji niti što bi bili nadmoćniji u odnosu na civilne liječnike. Razlog potražimo na sasvim drugom mjestu: 1. Lijekove što im ih propisuju vojni liječnici dobivaju zaposleni kod vojske na račun državne blagajne izručene. 2. Još do prije dvije godine *jedan* je pukovnijski liječnik (stacioniran u ovdášnoj pukovniji) obavljao bolničku službu, uz jednog nadliječnika ili nekoliko podliječnika. Istodobno je obavljao sve dodatne sanitetske zadaće u svojoj pukovniji, i još mu je ostajalo dostatno vremena za obavljane civilne prakse. Za ovu službu, koju je mogao jedan obavljati bez napora (inače ne bi mogao obavljati i civilnu praksu), sada postoje *dva* pukovnijska liječnika i *tri* nadliječnika. Prije je pukovnijski liječnik, kojem je ujedno bila dodijeljena bolnička služba, promjenom garnizona bio i sam preuzet, dok sada bolnički liječnici ovdje ostaju zastalno do unaprjeđenja.

Zagreb je mali siromašni grad, koji nema ni industrije ni trgovine, jer cijela zemlja Hrvatska u najplodnijim godinama ne proizvodi onoliko koliko sama treba. Prenapučena je od strane civilne zdravstvene službe, što je nastalo još ranije kada se ovdje moglo dobro i jeftino živjeti, a liječnik

*Dr. Lavoslav (Leopold) Schönstein (Altofen/Óbuda/Budimpešta, 1826.- Zagreb, 1884.) Potječe iz trgovačke obitelji. Nakon apsolviranog studija filozofije u Požunu (Bratislavi) studirao je medicinu u Beču i tamo promoviran 22. srpnja 1848. Kao privatni liječnik u Zagrebu sudjelovao je pri konstituiranju Društva liječiteljah u Zagrebu, preteče Hrvatskoga liječničkoga zbora. Bio je jedan od trojice odbornika društva (uz prvoga fizika zagrebačke županije dr. Aleksu Vancaša i dr. Aleksu Rakovca) kojima je Odlukom skupštine društva 20. veljače 1850. povjereno sastavljanje Osnove za uređenje zdravstva. O njihovom je prijedlogu informiran ban Jelačić, tada u Beču. Osnova je široko raspravljena na sjednici liječničkog društva 18. travnja te jednoglasno prihvaćena na skupštini 14. lipnja 1850. pod predsjedanjem praliječnika

dr. Alekse Praunšpergera u njegovoj kući. Odlučeno je podnijeti Osnove i zaključke skupštine na odobrenje njihovom Veličanstvu u Beču. Vjerojatno je čitav postupak obustavljen Bachovim patentom od 7. rujna 1850. koji je pod naslovom „Načela javnog medicinskog upravljanja“ cjelokupnu organizaciju zdravstva u državi riješio u svega 25 paragrafa. U jednom svome kasnijem tekstu radovao se dr. Schönstein što će “još tijekom ljeta 1857. pod krov biti stavljena veličanstvena građevina Državne bolnice u Zagrebu za čiju se gradnju on prvi zalagao od 1850. godine. Plan koji je izradio zatražila je od njega banska vlast u Zagrebu službeno na uvid u kolovožu 1852. godine“. Poslije je dr. Schönstein bio član Zbora liječnika Kraljevine Hrvatske i Slavonije kojem je oporukom darovao 100 forinti.

je za svoju pomoć bio dobro plaćen, jer su prije u gradu živjeti bogatiji plemići i zemljoposjednici. Njihov je imetak tijekom revolucionarnog razdoblja u značajnoj mjeri propao i sada žive cijelu godinu na selu.

Molim usporedite sada liječničku statistiku bogatog Beča, glavnoga grada i prijestolnice (prema podacima na stranici 160 „Wiener medizinische Wochenschrift“ broj 10 od 6. ožujka 1852. godine) s liječničkom statistikom Zagreba i pitam onda gdje ima razmjerno više liječnika. Izostavimo vlasnike kirurških ordinacija, babice, ljekarne, pomoćnike poljskih liječnika i podliječnika u Bolnici Milosrdne braće. Usporedimo samo broj stanovnika sa zbrojem ovlaštenih prakticirajućih liječnika i ranarnika (vojnih i građanskih). U Beču s 400.000 stanovnika ima 475 liječnika i ranarnika (vojnih i građan-

skih), a Zagreb s 11.863 stanovnika ima 28 liječnika i ranarnika (vojnih i građanskih). Slijedi zaključak: **u Zagrebu ima, razmjerno broju stanovnika, dvostruko više liječnika i ranarnika (vojnih i građanskih) nego u s Beču.**

Više od polovice od 11.863 stanovnika Zagreba nikad ne traži liječničku pomoć, a blagostanje preostalog dijela stanovništva (skoro polovica) takve je vrsti da ne preuzimam zadaću opisati ga. Stoga možete lako zamisliti kako je teško, pri ovom ogromnom poskupljenju, spojiti kraj s krajem za svakog koji prehranjuje obitelj prihodom svoje prakse. Pa ti budi praktični liječnik ili građanski liječnik namještenik kojem sigurniji prihod također ovisi o praksi. **Pitanje je zbog čega se s medicinskom profesijom postupa tako maćehinski** i zbog čega se uopće ne uzima u obzir živi li u nekom gradu puno ili malo liječnika.

Nema li liječnik pravo na zaradu kao i obrtnik, trgovac itd? Ako se sada na ovakav način, u inače uobičajenim okolnostima, praktični liječnik teško bori kroz život, razlike se u još većoj mjeri iskazuju u jednom siromašnom gradu, kao što je naš.

Što će biti s nama civilnim liječnicima u tako malom gradu, bez fiksne zarade ili s tako malom plaćom kakva je odmjerena zaposlenima u državnom zdravstvu, kada iznenada dobijemo tako veliku konkurenciju dobro plaćenih vojnih liječnika? Premda nije zadnje koje se tiče naše profesije, može li se ovo pitanje uzeti u obzir i ocjenu."

ODABRAO I PRIREDIO

IVICA VUČAK (ivica.vucak@gmail.com)

Prijevod s njemačkog MAJA VUČAK, prof.



Liječnička Dravantura uz filmske kamere



 **ENA KURTIĆ, dr.med., specijalizantica kardiologije, KB Merkur**

Standardni život specijalizanta prekinut je pozivom da odem u šumu kraj Varaždina raditi kao liječnik na snimanju filma. 18 dana. Šuma. Šuma i ja? Svi su se grohotom nasmijali, ali meni je trebao odmak od svakodnevice i izlazak iz zone komfora. Pristala sam. Nisam pojma imala o čemu se radi...

Da vas ne držim u neizvjesnosti, radilo se o snimanju – reality showa, *Naked&Afraid*, u francuskoj produkciji uz hrvatsku logistiku FilmCroatia. Show je koncipiran tako da se izabere dvoje ljudi koji se ne poznaju, skinu ih do gola, dobiju jutenu vrećicu i mikrofon-ogrlicu, odaberu dva rekvizita (primjerice mačetu i kresivo), odvede ih se u divljinu i pusti. Moraju se sresti, upoznati, sagraditi nastambu, preživjeti 18 dana uz neke zadatke i na kraju proći "izbavljenje" ("extraction"). Moja dva kandidata bili su dijametralno suprotni, svatko sa svojim uvjerenjima. Moj prvi zadatak bio je osnovni pregled s mjerenjem vitalnih parametara, uključujući i tjelesnu masu te uzimanje anamneze. Anamneza na engleskom jeziku s osobom koja – ne govori engleski. Uspjeli smo se sporazumjeti uz J., iz produkcije, koja tečno govori francuski. Dan nakon bio je "wheels-up" vrlo rano jer smo trebali pokupiti kandidate, s povezom ih na očima odvesti na lokaciju i pustiti u divljinu. Lokacijski tim sastojao se od location managera, production-assitenta, doktora i tijekom noći – lovca. I u uhu slušalica za komunikaciju između tima novinara/snimatelja i nas u bazi. Baza je bila zeleni šator uz koju je bio parkiran naš Defender sa svom medicinskom opremom, uključujući i defibrilator i ILS materijal.

Nisam znala što da očekujem, kakve ozljede, kakve probleme, ali mi je rečeno da natjecatelji nemaju pravo tra-



žiti liječničku pomoć za svakodnevne probleme, osim u slučaju životne ugroze. Svakog četvrtog dana slijedio je pregled vitalnih parametara i kraći razgovor. Nosiš torbu od 20-ak kilograma na leđima, hodaš u gumenim čizmama, prljav si od prašine i nedostatka sanitarnog čvora, nemaš prokletog pojma što te čeka u nastambi, ali ne znaš ni kako ćeš se sporazumjeti s Francuzima. A kamera snima, bez namještanja i ponavljanja. Vrijeme između tih pregleda i eventualnih intervencija isprva sam kratila internetom, a potom sam počela otkrivati prirodu. Dečki koji su bili sa mnom jedno su s prirodom i ja sam im bila smiješna u svojim gumenim čizmama na šljokice.

Naučili su me vezati čvorove, vozila sam Defendera iz '95. s prikolicom i teretom, palila sam vatru kresivom, namakala noge u Dravi... Čuda.

Povratak u hotel svake večeri bio je suočavanje sa stvarnošću – vraćanje Motorole, punjenje baterije, davanje izvješća glavnom doktoru, planiranje za dalje, čekanje maila u 2 ujutro kad dogovore tko koga kamo vozi. Svi su bili sve, po potrebi. Tjedan dana poslije početka, počela je padati jaka kiša. Kako je znatno zahladilo, problem im je postao polagano pothlađivanje jer je vjetar stalno gasio vatru. Devetog dana natjecateljica je zatražila medicinsku pomoć. Produkcija je rekla da

odustajanja nema, a ljudi koji su im bili savjetnici dobronamjerno su mi rekli da je na meni odluka koja može nekoga koštati života. Opremili su me "punom ratnom spremom" i krenula sam hitro na intervenciju. Ovaj "hitro" je dobio puno značenje nakon što sam pogledala svoju epizodu u kojoj izgledam kao Super Mario dok trči i skuplja gljive i preskakuje rupe.

Natjecateljica se tresla kao šiba, a ja sam bezosjećajno na sebi imala više slojeva odjeće. Isto sam se tresla. Pregledala sam ju, razgovarala s njom. Temperatura je bila 35.2°C, ali na digitalni termometar na vjetru, tako da nisam tome pridodala puno važnosti. Neuroloških ispada nije imala. Odlučila sam da Lea ostaje u showu. Uputila sam joj nekoliko toplih riječi podrške i potakla da rade na vatri. Novinari su me kasnije izrešetali pitanjima na koje vjerojatno ne bih znala odgovor ni da imam svu bolničku logistiku – koliko vremena ona ima do kome ako ne zapale vatru? Ipak, uza sve nedaće, došli su i do "izbavljenja". Izgradili su "plovilo" od granja i komada drveća, dva vesla i hrabro se uputili u 4 km udaljeno mjesto izlaza. Mi smo bili u raftovima nekoliko stotina metara iza, veslali smo bjesomučno, nas četvero za nas sedmero u čamcu. Moj zadatak bio je dati im jelo i piće. A ja sam dobila poljupce. Bili su to najprljaviji

poljupci ikada, ali i najiskreniji. Kao i cijelo iskustvo – prljavo, ali iskreno, puno veselja, osmijeha i novih prijateljstava.

ena.kurtic88@gmail.com





✍ IVA IŽAKOVIĆ, dipl. iur., Osijek

Primarno pravilo obavljanja zdravstvene djelatnosti je *primum non nocere* – osnovno je ne naštetiti. No, unatoč načelima i propisima o reguliranoj zdravstvenoj zaštiti, zdravstveni radnici mogu prouzročiti posljedice štetne za život i zdravlje ljudi. Radi li se, samom činjenicom prouzročenja štetne posljedice, o počinjenju kaznenog djela nesavjesnog liječenja?

Nesavjesno liječenje u hrvatskom kaznenom pravu regulirano je kao posebno kazneno djelo protiv zdravlja ljudi. Obilježja nesavjesnog liječenja regulirana su člankom 181. Kaznenog zakona koji kao mogućeg počinitelja navodi doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika koji obavljajući zdravstvenu djelatnost primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupi pa time prouzroči pogoršanje bolesti, narušenje zdravlja ili smrt druge osobe.

POČINITELJ KAZNENOG DJELA

Kazneni zakon kao počinitelja kaznenog djela nesavjesnog liječenja navodi doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika. Iz navedenog proizlazi kako je nesavjesno liječenje kazneno djelo *delicta propria*, odnosno djelo koje ne može počinuti bilo tko već samo osoba koje ima odgovarajuće, zakonom propisano svojstvo. Zakon o zdrav-

NESAVJESNO LIJEČENJE

u hrvatskom kaznenom pravu

Elementi kaznenog djela

Pojam kaznenog djela određuje se u materijalnom i formalnom smislu. Pojam kaznenog djela u formalnom smislu obuhvaća pretpostavke kažnjivosti svojstvene svim kaznenim djelima – radnju, biće, protupravnost (objektivni elementi) i krivnju (subjektivni element). Za postojanje kaznenog djela potrebno je dokazati kumulativno postojanje svih elemenata. Ako ijedan element nije dokazan, okrivljenik se oslobađa optužbe.

Radnja – pokreti tijela koji su podređeni voljnom djelovanju

Biće – skup obilježja nekog kaznenog djela, izražava u čemu se sastoji kažnjivo ponašanje (biće kaznenog djela teške tjelesne ozljede je tjelesno ozljeđivanje ili narušenje zdravlja druge osobe).

Protupravnost – ocjena o nedopuštenosti nekog ponašanja s aspekta pravnog poretka u cjelini.

Krivnja – subjektivni odnos osobe prema vlastitomu činu.

stvenoj zaštiti navodi kako je zdravstveni radnik osoba koja ima obrazovanje stečeno na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko – biokemijskom fakultetu, drugom visokom učilištu ili srednjoj školi zdravstvenog usmjerenja. Dodatno, zdravstvenim radnicima smatraju se i zdravstveni suradnici – osobe koje nemaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, ali sudjeluju u obavljanju zdravstvene djelatnosti (primjerice logopedi, biotehnolozi, klinički psiholozi, nutricionisti, medicinski fizičari). Drugim riječima, samo doktor medicine, doktor dentalne medicine i drugi zdravstveni radnik imaju znanje i svijest o tome radi li se o podobnom sredstvu i načinu liječenja te postupi li se u skladu s pravilima zdravstvene struke. Iz navedenog vidljivo je kako je pojam „zdravstveni radnik“ znatno širi od pojma „liječnik“ stoga što obuhvaća i druge osobe koje sudjeluju u obavljanju zdravstvene djelatnosti – liječnike, medicinske sestre i medicinske tehničare, stomatologe, dentalne tehničare, terapeute, logopede, kliničke psihologe, nutricioniste, ... Zdravstveni radnik kazneno djelo čini obavljajući „zdravstvenu djelatnost“ što je, također, širi pojam od samog „liječenja“. Naime, liječenje se odnosi na primjenu medikamentoznog postupanja s ciljem pozitivnog utjecaja na narušeno zdravlje, dok zdravstvena djelatnost obuhvaća i promicanje zdravlja, preveniranje bolesti te dijagnostičke postupke. Dodatno, zakonodavac žrtvu počinjenja ne naziva „bolesnik“ nego „druga osoba“ s obzirom da se može raditi i o zdravoj, a ne nužno i samo bolesnoj osobi.

MODALITETI POČINJENJA KAZNENOG DJELA

Kazneni zakon regulira četiri oblika počinjenja ovog kaznenog djela - očito nepodobno sredstvo ili način liječenja, očito nepostupanje po pravilima zdravstvene struke te očito nesavjesno postupanje. Zakonodavac se odlučio zasebno navesti svaki pojedini oblik, a suprotno tome, teoretičari ova četiri oblika svravaju pod širi pojam - očita povreda pravila zdravstvene struke. Da bi se uopće moglo govoriti o povredi pravila zdravstvene struke, mora se raditi o očitijoj povredi što u svojoj biti predstavlja znatno odstupanje od općeprihvaćenih načela zdravstvene struke te postupanje na način na koji drugi zdravstveni radnici istog svojstva i znanja i u istoj situaciji ne bi postupili. Drugim riječima, nije svako odstupanje od pravila struke ujedno i kazneno djelo.

POSljedICE POČINJENJA KAZNENOG DJELA

Nesavjesno liječenje za posljedicu može imati pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja pa čak i smrt. Kvalificiranim oblikom počinjenja uzrokuje se teška posljedica - teška tjelesna ozljeda ili znatno pogoršanje postojeće bolesti, osobito teška tjelesna ozljeda ili prekid trudnoće te smrt. Za postojanje kaznenog djela nesavjesnog liječenja potrebno je, u pogledu posljedice, ispunjenje nekoliko pretpostavki: štetna posljedica mora doista nastati i to kao rezultat očite, nesumnjive povrede pravila zdravstvene struke (uzročna veza) te se mora ticati znatnog oštećenja zdravlja (neznatne posljedice ne predstavljaju osnovu za kaznenopravnu odgovornost). Dodatno, posljedica mora biti rezultat liječnikove pogreške, a ne komplikacije.

KRIVNJA

Kazneno djelo nesavjesnog liječenja zdravstveni radnik može počiniti namjernim ili pak nehajnim djelovanjem. Potrebno je precizno naglasiti kako štetna posljedica može biti obuhvaćena samo nehajnim postupanjem, a činjenje (nečinjenje) zdravstvenog radnika može biti obuhvaćeno i namjerom, premda je ovakva situacija teško zamisliva s obzirom da je cilj obavljanja zdravstvene djelatnosti upravo briga o zdravlju. Prilikom određivanja granice nehajne odgovornosti potrebno je dati odgovor na pitanje je li zdravstveni radnik povrijedio dužnu pažnju te je li mogao predvidjeti nastupanje štetne posljedice. Prvenstveno, potrebno je utvrditi je li zdravstveni

Nehaj (nemarnost)

Postoje dva oblika krivnje - namjera i nehaj. Kazneni zakon u članku 29. regulira svjesni i nesvjesni nehaj. Počinitelj kaznenog djela postupa sa svjesnim nehajem ukoliko je svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela, ali lakomisleno smatra da će to moći spriječiti. Počinitelj postupa s nesvjesnim nehajem kada nije svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela, iako je prema okolnostima bio dužan i osobnim svojstvima mogao biti svjestan te mogućnosti.

radnik, po standardu pažnje dobrog profesionalca, prepoznao opasnost. Ukoliko jest, nadalje, treba utvrditi je li svoje postupanje prilagodio prepoznatoj opasnosti. Iz konteksta drugog pitanja, potrebno je utvrditi je li zdravstveni radnik, *ex ante*, mogao predvidjeti nastanak štetne posljedice. Ukoliko prije poduzimanja radnje nije mogao predvidjeti nastanak štetne posljedice, krivnja je isključena.

KAZNA

Kazneni zakon propisuje kaznu (zatvora) čija se visina određuje ovisno o nastaloj posljedici, činjenici je li počinitelj postupao iz namjere ili pak iz nehaja te ovisno o drugim olakotnim i otegotnim okolnostima. Najblaži oblik počinjenja jest pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe za što je propisana kazna zatvora u trajanju do jedne godine. Nadalje, prouzročenjem teške tjelesne ozljede ili znatnim pogoršanjem postojeće bolesti, počinitelj će biti kažnjen kaznom zatvora do tri godine. Ukoliko zdravstveni radnik obavljajući zdravstvenu djelatnost prouzroči osobito tešku tjelesnu ozljedu ili dovede do prekida trudnoće, bit će kažnjen kaznom zatvora u trajanju od šest mjeseci do pet godina. Za najteži oblik počinjenja, prouzročenje smrti, Kazneni zakon propisuje kaznu zatvora u trajanju od tri do dvanaest godina. Sukladno Kaznenom zakonu, u obzir dolazi i uvjetna osuda - djelomična i potpuna. Potpunom uvjetnom osudom određuje se da se kazna na koju je počinitelj osuđen neće izvršiti ako počinitelj u vremenu provjeravanja ne počinio novo kazneno djelo i ispuni određene mu obveze. Sud može počinitelju koji je osuđen

na kaznu zatvora u trajanju do jedne godine ili na novčanu kaznu izreći uvjetnu osudu kada ocjeni da počinitelj i bez izvršenja kazne neće ubuduće činiti kaznena djela. Kazneni zakon, također, regulira i djelomičnu uvjetnu osudu koju će sud izreći počinitelju, koji je osuđen na novčanu kaznu ili kaznu zatvora u trajanju duže od jedne, a manje od tri godine, ukoliko utvrdi da u konkretnom slučaju postoji visok stupanj vjerojatnosti da počinitelj neće ubuduće činiti kaznena djela.

ZAKLJUČNO

Zdravstvena djelatnost rizična je djelatnost koja u svakom trenutku može rezultirati nastankom posljedice štetne po život i zdravlje ljudi. No, nastanak štetne posljedice ne podrazumijeva *a priori* i kaznenopravnu odgovornost zdravstvenog radnika. Kazneni postupak vodit će se ukoliko postoji sumnja u počinjenje kaznenog djela, a o kaznenopravnoj odgovornosti radit će se ukoliko je u kaznenom postupku dokazano kumulativno postojanje četiri elementa kaznenog djela - radnje, bića, protupravnosti i krivnje. U suprotnom, ukoliko samo i jedan element nije dokazan, okrivljenik se oslobađa optužbe. Sukladno ranije navedenom, zaključuje se kako je kaznenopravna odgovornost zaista ultima ultima ratio u ostvarenju zaštite.

Literatura

- Babić, T; Roksandić, S, Oslove zdravstvenog prava, TIPEX, Zagreb, 2006.
- Mrčela, M; Vuletić, I, Liječnik i kazneno pravo, Narodne novine, 2019.
- Škavić, J; Zečević, D, Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika - teorija i praksa, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
- Babić - Bosanac, S; Borovečki, A, Medicinske pogreške u Hrvatskoj, Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2016.
- Babić, B, Kaznena odgovornost liječnika i zdravstvenih radnika uopće, Zbornik radova s međunarodnog simpozija „2. hrvatski simpozij medicinskog prava“, Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, 2016.
- Kurtović Mišić, A, Kaznena djela protiv zdravlja ljudi, Zbornik radova „Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse“, Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Centar za cjeloživotno obrazovanje, Centar za medicinsko pravo, 2009.
- Madarić, J, Odgovornost liječnika i zdravstvenih ustanova za liječničku pogrešku u SAD-u i u Hrvatskoj - komparativni prikaz, Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. kongres KOKOZ-a i 3. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, 2019.
- Pražetina Kaleb, R, Kazneno djelo nesavjesnog liječenja u recentnoj sudskoj praksi, Polic. sigurn., Zagreb, godina 28. (2019.), broj 1
- Pražetina Kaleb, R; Roksandić Vidlička, S, Utvrđivanje pravnog kontinuiteta i tumačenje elemenata bića kaznenog djela nesavjesnog liječenja, Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. kongres KOKOZ-a i 3. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, 2019.
- Roksandić Vidlička, S, Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrtu izmjena hrvatskog kaznenog zakona, Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2016.
- Roksandić Vidlička, S; Brozović, J, Kazneno djelo nesavjesnog liječenja u hrvatskom zakonodavstvu, Aktualna pravna problematika u zdravstvu, Udruga pravnika u zdravstvu, 2011.
- Roksandić Vidlička, S; Turković, K, Reforma kaznenog zakonodavstva u području zdravstva - Kaznena djela protiv zdravlja ljudi de lege ferenda, Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2016.
- Kazneni zakon NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18 Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18



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

Od kad je svijeta i vijeka ljudi ratuju. Nekad se ratovi započinju zbog širenja teritorija i demonstriranja dominacije, nekad zbog obrane od ugroze, a neki od najljepših književnih klasika, poput Ilijade, kažu da u pozadini svega stoji borba za najljepšu ženu. Koji god da je okidač u pitanju, povijest nas uči da se razlog uvijek može pronaći, zbog čega rat ispada gotovo jedina konstanta našeg djelovanja.

Dronska specijalizacija

Stoga su mnogi filozofi upravo u njemu vidjeli pokretačku snagu čovječanstva bez koje napredak ne bi bio moguć. Hegel je, primjerice, dijalektički govorio o nužnosti borbe, državi sile i ratu kao čudorednom stanju. No, nisu ni svi ljubitelji mudrosti bili zagovornici sukoba. Kant je naglasak stavio na vječni mir, a besmislenost rata i pokušaj prekida začaranog kruga nasilja opsesija je Camusova opusa koji je ovjenčan Nobelovom nagradom.

Međutim, dok biti mirnodopski raspoložen u teoriji nije rijetko jer se to često smatra i izrazom osobne plemenitosti, praksa nam ipak pokazuje da se većina društvenih skupina ne libi upotrijebiti silu kako bi ostvarila svoje ciljeve. Da paradoks bude veći, revolucije koje su se događale u ime „pravednijeg poretka“, jednako kao i novouspostavljeni režimi koji su nakon njih uslijedili, često su odnijeli više žrtava nego autokratski poreci koji su im prethodili. Naime, ono što je zajedničko takvom, (po)ratnom postupanju je da ono ne bira žrtve pa (po)ratna stihija redovito zahvaća sve one koji se nađu na putu pobjede i njoj pripadne ideologije. Stoga je pokušaj spašavanja života za vrijeme njezinog trajanja jedan od najvećih izazova za medicinsku struku jer on liječnike dovodi u situaciju u kojoj zbog hitnosti situacije moraju „birati“ prioritete te time odlučivati tko će živjeti, a tko će umrijeti, odnosno provoditi tzv. trijažu. Za liječnika sasvim sigurno

nema gore i neprirodnije situacije od one u kojoj je primoran odustati od dijela svojih pacijenata, dakle svjesno izabrati da im neće pomoći, s ciljem pokušaja spašavanja što većeg broja ljudi. No to bi se, navodno, uskoro moglo promijeniti. Naime, u svijetu se sve više govori o novoj vrsti oružja koja bi trebala dovesti do tzv. bezrizičnog ratovanja. Nosioci tih „nekrvavih“ bitki su dronovi i ostali mobilni mehanizmi kojima upravljaju kompleksni sustavi, a koji ne zahtijevaju ljudskog pilota, zbog čega uvelike mijenjaju tradicionalni način ratovanja. Premda zvuči obećavajuće da, ako već ne možemo prestati ratovati, onda barem možemo nešto učiniti po pitanju količine ljudskih žrtava, bezrizično ratovanje kao još jedno tehničko obećanje bolje budućnosti pred nas donosi brojne nedoumice. One se mogu sažeti u pitanju: „Jesu li uistinu egzekutorski pohodi stvar prošlosti ili se u pozadini cijele priče kriju prešućene 'nuspojave' koje mogu dovesti do još većeg broja žrtava, a dugoročno gledano, potenciranjem dehumanizacije utjecati na ljudsku prirodu gore nego što je to dosad činilo 'klasično' ratovanje“?

Da bi se na to pitanje odgovorilo potrebno je prvo vidjeti kako „dronsko“ ratovanje već danas izgleda u praksi. Dron, odnosno sofisticirani autonomni „zapadnjački“ stroj za uništavanje iz zraka napada proglašene „vojne“ ciljeve na kojima se nalazi, kao i u svakom ratu, mnoštvo,



što krivih, što nedužnih, ljudi od krvi i mesa koji bivaju pokošeni od strane te nežive sile. Naime, premda je asimetrija u oružju zaraćenih strana uvijek postojala, a često je bila i presudna za pobjedu, novost koju ovakav način ratovanja donosi sastoji se u tome da je dosadašnjim oružjem, koliko god ono bilo snažno, pa možda čak i neprobojno, ipak upravljao čovjek na terenu. To nije moglo isključiti rizik za njegovu egzistenciju, dok sada ubojiti letaci na scenu stupaju sami. A kakve su konkretne posljedice dronskog neljudskog, a time i bezumnog djelovanja već je dobro poznato. Prema podacima *Ureda za istraživačko novinarstvo* (The Bureau of Investigative Journalism) od početka korištenja dronova u Pakistanu od 2004. do zadnjeg napada 21. svibnja 2016. godine izvršena su 424 napada. Ukupno je ubijeno između 2499 i 4001 osoba. Od tog broja između 424 i 966 su civili, te između 172 i 207 su djeca. Kako bi izbjegli osudu zbog takve, crne, statistike, vlade koje koriste dronove često redefinišu pojam civila izbacujući iz njega, primjerice, sve vojno sposobne muškarce, da bi se kasnije moglo ustvrditi da napad dronom nije odnio civilne žrtve. No, za vrijeme jednog napada u Pakistanu, u siječnju 2015. godine, američki dronovi nisu ubili „samo“ preko tisuću civilnih pakistanskih žrtava, što se često i prešućuje, nego i dvojicu svojih

građana koje je Al-Quaida držala kao taoce što je ipak, barem donekle, osvijestilo probleme dronskog neselektivnog ratovanja.

Unatoč tome, oni koji zagovaraju vojnu uporabu dronova smatraju da beneficije koje mogu proizaći iz njihovog korištenja daleko nadmašuju mogućnost zlorabe. Kritičari pak tvrde da bi njihovo djelovanje dovelo do dokidanja subjekta odgovornosti, ali i prestanka razvijanja hrabrosti, heroizma koji se manifestira u žrtvovanju za druge i ostalih pozitivnih ljudskih osobina koje su također posljedica ratovanja. No, osnovni problem koji se krije u toj novoj vrsti ratovanja je asimetrija u borbi. U tom smislu američki znanstvenik Paul W. Kahan kao paradoks bezrizičnog ratovanja ističe da njegove posljedice mogu biti društveno opasnije, nego klasični načini borbe. Naime, ako rizik nije recipročan, onda se ratovanje ne može nazvati ratom. On smatra da je tada riječ o osnaživanju policije i žrtvama represivnog režima. Tu dakle nije na djelu rat, nego nova policijska država koja jedina ima mogućnost primjene sile zbog čega sve svoje podanike primorava na slijepu poslušnost.

Belgijski obrambeni stručnjak Alain De Neve navodi da je ukupna upotreba naoružanih dronova koje koristi SAD porasla za 1200 % između 2005. i 2013. godine. Popularnost dronova kao novog, a uskoro možda i jedi-

nog ratnog oružja za one koji si to mogu priuštiti, krije se i u činjenici da su oni jeftiniji od klasičnih vojnika jer nemaju potrebu za obukom niti emocionalne poteškoće u izvršavanju zadataka i kasnijem življenju s posljedicama svoga djelovanja kao nesavršeni ljudski subjekti. U konačnici, oni ne riskiraju ljudske živote, odnosno, preciznije rečeno, ne dovode u opasnost domicilne vojnike, dok su životi napadnute strane sasvim druga priča. Tako je jedan od najvećih etičkih problema koje sa sobom donosi virtualnost dronskih napada ravnodušnost prema njihovim žrtvama koja je posljedica izbjegavanja direktnog susreta s njima ratovanjem iz udobnosti vlastite preoceanske stolice. No, bez obzira smatrali da uporaba dronova ima više prednosti ili nedostataka, imajući u vidu da je Europski parlament nedavno donio *Izvješće o pravilima građanskog prava o robotici* kojim su najsofisticiraniji autonomni roboti dobili pravnu osobnost, trend je očito takav da će nas oni uskoro i na tom polju zamijeniti kao subjekti odgovornosti. U tom smislu možda je jedino pitanje koje u skladu s duhom vremena zahtijeva odgovor: „Trebaju li nam onda i novi medicinsko-strojarski fakulteti i novi tip liječnika koji neće više spašavati smrtnike, nego će kao dio te niže, ljudske vrste, prvenstveno biti uslužni serviseri 'stradalih' mašina?“

LIJEČNIK, GLAZBENIK, LEGENDA

Prof. dr. sc. Bruno Baršić

▣ **Jeste li odlazak u mirovinu nakon nekoliko desetljeća predanog rada doživjeli kao neželjeni kraj ili zasluženi početak?**

Otići u mirovinu je privilegija koju nažalost mnogi ne dožive. Sada moji izvrsni nasljednici, dragulji hrvatske medicine, nastavljaju tu ne laku borbu i ponosim se time. Odlazim sretan kada vidim da će se nastaviti rad nekoliko generacija i da će rad Zavoda biti još i bolji. Osjetio sam veliko olakšanje jer sam, posebno posljednjih nekoliko godina, živio u vrlo stresnom okruženju prepunom nerazumijevanja za potrebe normalnog odvijanja rada i funkcioniranja jedinice intenzivne medicine. Mi samo želimo na častan način raditi svoj posao i izvršiti poslanje, jer intenzivna medicina je poslanje. Tu nema glamura i blefiranja.

Pitanje mirovine kod mene je prilično rastezljiv pojam jer nastavljam raditi i kao nastavnik i kao infektolog-intenzivac, samo s manjom službenom satnicom. Ipak, i sada sam na početku jer nastojat ćemo uvesti jedan specijalistički studij za stjecanje zvanja respiratornog terapeuta, kadra koji nam jako nedostaje u Hrvatskoj, a razvijene zemlje ga imaju. To je opsežan posao jer traži puno planiranja, koordiniranja i papirologije. Na početku sam i kao konzilijarni infektolog u jednoj velikoj kliničkoj bolnici. Kao bivši predsjednik Hrvatskog društva za infektivne bolesti nastojat ću praktične ostvariti jedan od njegovih ciljeva, a to je da svaka veća bolnica ima svoju infektološku službu. Ne treba izmišljati toplu vodu nego prevladati postojeći anakronizam i razvijati modernu infektologiju koja itekako može koristiti svim drugim strukama u podizanju kvalitete rada, smanjenja potrošnje antibiotika, boljem ishodu liječenja. U svom radu uvijek sam

bio timski igrač dok je momčad igrala dobro, a potegnuo kada je zastalo. Tako kanim raditi i dalje. Moje rečenice ne počinju s „Ja“ već „Hajdemo zajedno!“.

▣ **Medicina se značajno mijenjala tijekom vašega radnog vijeka. Što biste izdvojili od važnijih promjena „onda“ u odnosu na sada? Postoje li *the tipping points*?**

Teško mi je povjerovati da je prošlo toliko godina od mojih početaka. Sve se događalo u hodu, radili smo i nismo bili niti svjesni koliko se brzo i naglo medicina mijenja. A događale su se fantastične stvari u infektologiji i drugim strukama u kojima se javlja infektološka problematika. Tijekom moga radnog vijeka otkriven je niz novih uzročnika teških infekcija, npr. legionarska bolest i borelijoza, a neki otprije poznati patogeni postali su značajni u humanoj medicini.

Svjedočio sam i primjenjivao nove antibiotike sa sve većim potencijalom djelovanja na otporne bakterije, ali i svjedočio brzom prilagodbi bakterija i pojavi novih oblika rezistencije. S uzbuđenjem se sjećam pojave aciklovira koji je promijenio sudbinu bolesnika oboljelih od herpes simpleks encefalitisa. Bio je to prvi sigurni lijek za liječenje virusnih infekcije (herpes simpleksa i varicela zoster virusa). Smrtnost je smanjena sa 80 na 10%.

Jedan od ključnih događaja bila je pojava AIDS-a. Infekcija HIV-om nije samo donijela novu bolest i nove kliničke infektološke sindrome vezane uz HIV, nego je bila i snažan poticaj za razvoj antivirousnog liječenja. Osim fantastičnih uspjeha u liječenju HIV-a, razvijeni su lijekovi za liječenje infekcija CMV-om, hepatitisa B i C, što ima dalekosežne posljedice u društvu, od mogućnosti eradikacije nekih infekcija do smanjenja učestalosti karcinoma ili preživljavanja imunokompromitiranih bolesnika.

Fantastičan je razvoj liječenja malignih bolesti i transplantacije organa. To je dovelo do pojave niza novih infektoloških problema koji su danas u središtu pozornosti infektologa. Tu očekujem puno veći angažman infektologa i uključivanje u timove liječenja tih bolesnika.

Osim toga svjedok sam silnog razvoja intenzivne medicine u svijetu, kao i u Hrvatskoj. Sretan sam jer smo mi infektolozi zajedno s internistima i anesteziolozima, ali i drugim strukama, podignuli intenzivnu medicinu u Hrvatskoj na značajno višu razinu. Opet, djelovali smo zajedno i slušali jedni druge. Danas imamo supspecijalizaciju iz intenzivne medicine koja je unaprijedila struku i poboljšala ishode liječenja. Na tome treba ustrajati i dalje i ne davati olako titulu supspecijalista ljudima koji ne rade u intenzivnim jedinicama. To vodi u degradaciju struke.

U infektološkom JIM-u ogromna promjena uvjetovana je pandemijom gripe 2009. godine kada smo imali jedan novi klinički entitet. To je dovelo do unaprjeđivanja mehaničke ventilacije i uvođenja izvantjelesne oksigenacije. Ponovo naglašavam, zajedništvo s kolegama kardiokirurzima, anesteziolozima i perfuzionistima omogućilo nam je da razvijemo tu djelatnost uz veliku potporu Ministarstva zdravstva i HZZO-a. Ove godine u studenom obilježavamo deset godina od uvođenja postupka ECMO i jako sam ponosan na ovih proteklih deset godina našega zajedničkog rada. Idemo razvijanju mreže središta i ponosan sam jer smo mi bili poticaj kolegama kardiolozima i kardiokirurzima na razvijanje veno-arterijskog ECMO-a kao cirkulacijske potpore. Tu nas još očekuje dosta aktivnosti.



➤ **Što biste promijenili u svom odnosu prema poslu da sada krećete u liječnički život? Biste li ostali u Hrvatskoj?**

Mislim da sam dobro i predano radio najbolje što sam mogao. Da moram krenuti ispočetka, išao bih istim putem. Doktor jesi ili nisi dvadeset četiri sata na dan. S tim liježeš i budiš se. Ostvario sam sve svoje još dječake snove. Htio sam biti gdje je najteže i bio sam. Htio sam biti i učitelj i bio sam. Htio sam biti i znanstveni radnik još od studentskih dana i jesam. Shvatio sam da sam jedan od rijetkih koji je tijekom studija dobio tri nagrade rektora za znanstveni rad. Najveće priznanje za znanstveni rad je da sam sudjelovao u pisanju američkog postupnika za liječenje infektivnog endokarditisa kao jedini Europljanin. Uza sve to htio sam imati normalnu, funkcionalnu obitelj, i imam je. Nisam htio biti materijalno bogat, i nisam. Mogu reći da se osjećam blagoslovljeno i sretno i na tome sam zahvalan.

U moje vrijeme razmjerno mnogo kolega je napustilo domovinu. Moja supruga imala je sređen život u Njemačkoj i mogao sam otići tamo i u miru ostvariti početak karijere. Kada sam o tome razmišljao, pred san su mi počele teći suze. Ovdje je bilo moje mjesto, moj poziv. Pa kome ćemo ostaviti domovinu ako svi odemo. Ona je prljava, musava,

neobrazovana, u nekoj mjeri primitivna, ali naša, moja i druge nemamo. Da sam slao dobre vibre u svom odnosu prema domovini svjedok je i moj sin koji također unatoč ponudama ostaje ovdje i nastoji svoj posao ostvariti na najbolji mogući način. Evo, to ja zovem patriotizmom, a ne busanje u prsa o uzvišenosti hrvatske nacije, a ne radiš ništa korisno i blefiraš pa i krađeš.

➤ **Koliko je u Vašim generacijama bunta u odnosu na sve za što se liječnici u Hrvatskoj danas bore?**

Pa ja nikada nisam vjerovao u revolucije, čak niti seksualnu sedamdesetih. Vjerujem u svakodnevna poboljšanja i nastojanja da stvari krenu na bolje. Svatko treba početi od sebe i postaviti si pitanje što ja mogu učiniti danas da mom bolesniku bude bolje. Ne vjerujem previše glasnim kolegama koji bi napravili ovo ili ono, jer sam vidio da kada takvi s mesijanskim sindromom dođu na vlast, ne naprave ništa, nego često, naprotiv, naprave štetu. Lako je nešto uništiti, vrlo teško se učini nešto bolje, ali treba ne posustajati. Kroz našu Komoru napravljeno je nekoliko važnih pomaka. Mislim da treba ići i normalno razgovarati s političarima i s ljudima u Ministarstvu zdravstva. Osobno sam u nizu slučajeva u Ministarstvu našao dobru volju da se nešto poboljša. Bilo je i blokada zbog povrijeđenih taština mediokriteta pa je dolazilo

do zastoja, ali ipak se kretalo naprijed. Svi liječnici, Ministarstvo, HZZO, Komora i Zbor trebali bi biti na jednoj strani s pitanjem kako da od tih malo novaca napravimo najbolje. Problem je kad netko traži satisfakciju za vlastiti ego, a ne za postizanje visokog cilja. A ciljeve treba postaviti visoko. Sretan sam jer poznajem puno mlađih kolega koji dijele ovakvo mišljenje. Oni ne viču, ne sole pamet, ali rade dobro i predano. Zbog takvih, a ima ih sve više, vjerujem u budućnost hrvatskog zdravstva. Vjerujem u mlađe generacije, čini mi se da je u njima više profesionalnosti i entuzijazma.

➤ **Uz profesionalni ste život bili poznati i po aktivnom glazbenom životu. Što čini Vaš glazbeni životopis?**

Od rane mladosti bavim se glazbom. U srednjoj školi zvali su me Satchmo jer volim klasični jazz. Čitav život sam pomalo svirao, više klavir nego li trubu, ali posljednjih deset godina to se dosta intenziviralo. Počeli smo svirati za potrebe naših stručnih skupova. Naši bivši bolesnici-jazzisti potaknuli su nas da im se pridružimo u svirci, pa su uslijedili pozivi u Hrvatski glazbeni zavod od maestra Dvoržaka, a osnovali smo i svoj orkestar na Zelenom brijegu. Danas taj orkestar svira i sudjeluje u nastavi na Medicinskom fakultetu i dolazi do pomlađivanja članstva. Osim dva profesora fakulteta i još troje liječnika, u bendu je i dvoje studenata medicine. Kroz rad u orkestru dobio sam mogućnost i potrebu da skladam i pišem aranžmane, što me jako zanima. Jazz ima bogatu teorijsku osnovu i to volim proučavati i slušati. Mali sastav često svira i po gradu, raznim klubovima (PUB KVIZU HLK-a, op. autorice), ali i stručnim skupovima i veselicama. To je fantastična relaksacija i sretan sam kad osjetim da širim dobre vibre, da se ljudi smiju i postanu razdragani. Naša je poruka – život je lijep, ne treba puno da čovjek bude sretan, osim dobroga zdravlja. Život treba učiti i uživati u njemu.

✍ Razgovor vodila LADA ZIBAR

Korelacije (1. dio) - Pearsonov r i Spearmanov ρ koeficijent u biomedicinskoj statistici

Izv. prof. dr. sc. TOMISLAV KELAVA, dr. med.

Zavod za fiziologiju,
Medicinski fakultet u Zagrebu

Korelacija u statistici označava međusobnu povezanost dviju varijabli. Važno je naglasiti da čak ni potpuna korelacija ne znači postojanje uzročno-posljedične veze među njima. U biomedicinskoj statistici korelaciju između varijabli najčešće izražavamo Pearsonovim r ili Spearmanovim ρ (grčko slovo ro) koeficijentom. Oba koeficijenta mogu imati vrijednost između -1 i 1, pri čemu 1 znači potpuno pozitivnu povezanost, -1 potpuno negativnu povezanost, a 0 potpun nedostatak povezanosti.

Razlika između Pearsonovog i Spearmanovog koeficijenta

Za ilustraciju razlike između koeficijenata poslužiti ćemo se podatcima prikazanim na slici 1. Pearsonov koeficijent označava linearnu povezanost između varijabli te će imati vrijednost 1 samo ako se svi podatci mogu povezati ravnom crtom kao što je slučaj na slici 1A. Ako sve podatke nije moguće povezati ravnom crtom (slika 1B), Pearsonov koeficijent bit će manji od 1, a s većom udaljenosti podataka od crte Pearsonov koeficijent će se sve više smanjivati. Spearmanov koeficijent će u oba ova slučaja pokazivati potpunu korelaciju ($\rho = 1$, slika 1A - B). To je zato jer Spearmanov koeficijent označava monotonost veze između varijabli bez obzira na linearnost. Na slici 1B je svaki porast varijable x praćen porastom varijable y . To što je porast nekad veći, a nekad manji, narušava linearnost i smanjuje Pearsonov koeficijent, međutim ne utječe na Spearmanov koeficijent jer je odnos između varijabli monoton (porast x je praćen porastom y bez obzira na veličinu porasta).

Kada upotrijebiti koji koeficijent

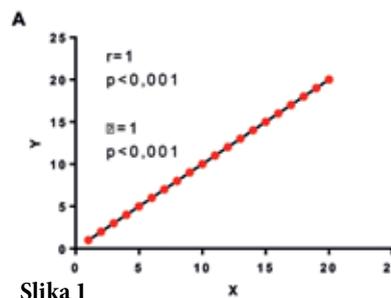
U slučaju normalno raspodijeljenih podataka bez udaljenih vrijednosti (outliera) poželjnije je rabiti Pearsonov koeficijent jer je informativniji. Međutim, njegov je nedostatak relativno velika osjetljivost na udaljene vrijednosti te u tim slučajevima

treba primijeniti Spearmanov koeficijent. Na slici 2 su prikazana dva slučaja u kojima je potreban Spearmanov koeficijent. Na slici 2A Pearsonov koeficijent zbog jedne udaljene vrijednosti jako precjenjuje korelaciju, dok je na slici 2B podcjenjuje.

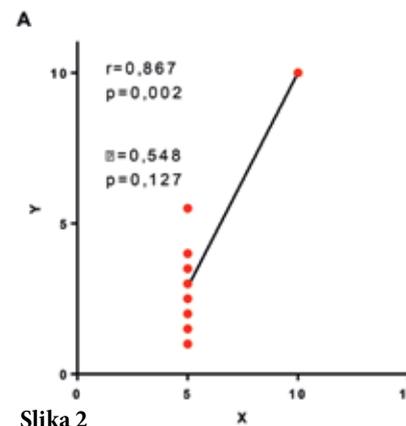
Interpretacija koeficijenata približno jednakih nuli – nedostatak korelacije ili složeniji oblik korelacije?

U slučaju kad su varijable potpuno nepovezane imat će i Pearsonov i Spearmanov koeficijent vrijednost blizu 0 (slika 3A). Međutim, ne vrijedi i obrnuto, to jest ako

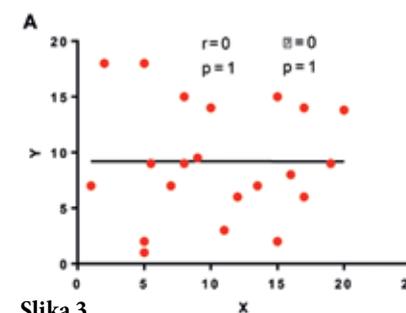
su Pearsonov i Spearmanov koeficijent jednaki 0, to ne isključuje povezanost varijabli. Na slici 3B je takav primjer; tu postoji očita povezanost varijable x i y ; međutim korelacija nije linearna ni monotona te su oba koeficijenta jednaka nuli. Za izračun ovakvih povezanosti služe transformacija podataka ili polinomna regresija. Iz svega opisanog proizlazi da je za odluku o izboru odgovarajućeg koeficijenta i za interpretaciju dobivenih rezultata bitno izraditi i točkasti grafikon radi vizualizacije podataka.



Slika 1



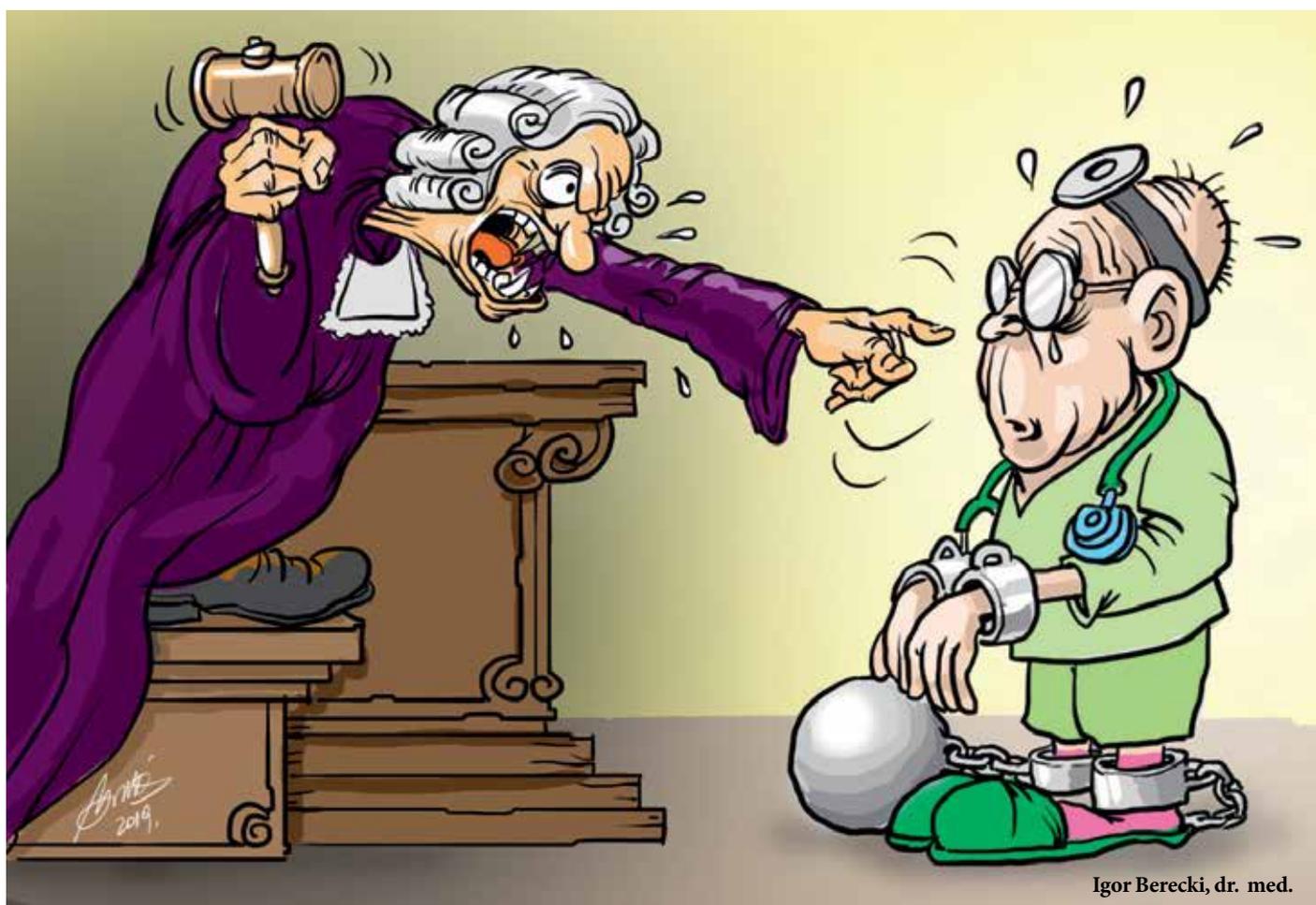
Slika 2



Slika 3

STUPIDARIUM — CROATICUM

Što god uradio, liječnik je kriv!



Igor Berecki, dr. med.

Sudac liječniku: U oba slučaja ste krivi! U prvom ste prekršili zakon po kojem ste pacijenta morali liječiti prekovremeno, a u drugom zakon po kojem su vam prekovremeni sati zabranjeni.

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora
HLZ, genitiv HLZ-a Hrvatski liječnički zbor
HZJZ 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
OB Opća bolnica
PZZ Primarna zdravstvena zaštita
SB Specijalna bolnica

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi 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“.

STUDENI

7. znanstveni sastanak Tumori prostate

HAZU, Razred za medicinske znanosti, Odbor za tumore i Udruga za unaprjeđenje hrvatske brahiterapije KBC Sestre milosrdnice
Zagreb, 22.11.2019.
Žuti mačak d.o.o., Sandra Šutić, mob.: 098/2572-470,
e-mail: agencija@zutimac.hr
1.000,00 kn

Oštećenje sluha, da li smo danas uspješniji u liječenju nego ranije?

HD za audiologiju i fonijatriju, HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata – sekcija za otologiju i neuro otologiju
Zagreb, 22.11.2019.
Doc.dr. Jakov Ajduk, prof. Višnja Grgić, tel.: 01/3787-430,
e-mail: jakov.ajduk@gmail.com

Osnovne i napredne mjere održavanja života

OB Karlovac
Karlovac, 22.11.2019.
Dr. Tihana Miculinić, mob.: 091/7291-878

Personalizirana medicina

MEF Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli
Rovinj, 22.11.2019.
Prof.dr.sc. Damir Vrbanec, mob.: 098/809-587,
e-mail: dvrbanec@unipu.hr

Jednodnevna međusektorska edukacija o problemu nasilja nad ženama i femicidu

Ženska soba – Centar za seksualna prava
Zagreb, 22.11.2019.
Maja Mamula, tel.: 01/6119-174, mob.: 091/6161-222,
e-mail: zenska.soba@zenskasoba.hr

Dijete sa solidnim malignim tumorom

Klinika za dječje bolesti Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 22.11.2019.
Dr. Filip Jadrjević-Cvrle, mob.: 091/74600-345,
e-mail: filip.jadrjevic@kdb.hr
350,00 kn

MRI Training

Novartis Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 22.11.2019.
Daria Jancinec, tel.: 01/6274-220,
e-mail: daria.jancinec@novartis.com

Tribina „Etičnost u liječničkom radu sa psihijatrijskim bolesnicima“

HLK, Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju
Čakovec, 22.11.2019.
Prim.dr.sc. Ivan Žokalj, dr.med., mob.: 091/4570-028,
e-mail: izokalj@gmail.com

Zdravlje i zdravstvena zaštita 2015-2030 FUTUR Z

HD za poslovnu etiku i zdravstvenu ekonomiku HLZ-a
Opatija, 22.-23.11.2019.
Dr. Rotim Željko, mob.: 098/227-468,
e-mail: zezarotim@gmail.com
1.500,00/600,00 kn

Tečaj za zdravstvene djelatnike o promicanju dojenja: Savjetovališta za djecu – prijatelj dojenja

Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek
Osijek, 22.-23.11.2019.
Maja Štimac, mob.: 098/799-188,
e-mail: maja@stimac.org

Škola hitne medicine – Modul 1, kardiocirkulacijski i respiracijski poremećaji

HLZ, HD za hitnu medicinu
Zagreb, 22.-23.11.2019.
Snježana Posanić, tel.: 01/3712-359,
e-mail: anestezija@kbsd.hr
Dr.med., članovi HLZ, HDHM 600,00 kn; dr.med. koji nisu članovi HLZ HDHM 750,00 kn; Specijalisti članovi HLZ, HDHM 800,00 kn; Specijalisti koji nisu članovi HLZ HDHM 1.100,00 kn

4. simpozij „Mladi i mentalno zdravlje: Slušam te“ – Stres i sagorijevanje

Grad Zagreb, Gradski ured za zdravstvo; DZ Zagreb zapad
Zagreb, 22.-23.11.2019.
Sandra Rukavina, Ivana Rončević,
mob.: 091/3876-631, 098/556-334,
e-mail: sandra.rukavina@dz-zapad.hr

85. dani dijabetologa

HD za dijabetes i bolesti metabolizma HLZ-a
Plitvice, 22.-24.11.2019.
Doc.dr.sc. Dario Rahetić, e-mail: kongres@ati.hr
500,00 kn

Napredni tečaj peritonejska dijaliza

HD za nefrologiju i dijalizu
Zagreb, 23.11.2019.
Dr. Karmela Altabas, mob.: 098/1649-992,
e-mail: karmela.altabas@gmail.com

Influenca i pneumonija: Novosti 2019/20.

HLZ, HD za infektivne bolesti
Zagreb, 23.11.2019.
Jasminka Blaha, mob.: 091/1871-952,
e-mail: jlblaha@bfm.hr

EUS i ERCP iz perspektive OB Zadar

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zadar, 23.11.2019.
Jasenko Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr

Kratko obiteljsko savjetovanje 3.2.5.

Salutogeneza – obrt za savjetovanje i druge usluge
Zagreb, 23.11.2019.
Prof.dr.sc. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920,
e-mail: salutogeneza1@gmail.com
550,00 kn

Nove spoznaje u dijagnostici i liječenju vrtoglavica

Hrvatska udruga za neurorehabilitaciju i resetauracijsku neurologiju (HUNRN)
Yukovar, 23.11.2019.
Prof.dr.sc. Silva Butković Soldo, tel.: 031/512-385,
e-mail: sbutkovic Soldo@gmail.com
700,00 kn za specijaliste i više medicinske sestre, više fizioterapeute; 500,00 kn za specijalizante, medicinske sestre, znanstvene novake, liječnike opće medicine, fizioterapeute

Novosti u oftalmologiji

HD liječnika za kirurgiju katarakte i refraktivnu kirurgiju
Zagreb, 23.11.2019.
Prof. Iva Dekaris, dr.med., tel.: 01/7775-677,
e-mail: tajnica@svjetlost.hr

Brza intubacija u slijedu

Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije
Karlovac, 25.11.2019.
Mijlenko Gvoždak, mob.: 095/3344-666,
e-mail: nastavni-centar@zzhm-kz.hr
700,00 kn

Inhibicija IL-17 i Janus kinaza u plak psorijazi, psorijatičnom artritisu i reumatoidnom artritisu

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Osijek, 25.11.2019.
Anto Barišić, tel.: 01/2350-999,
e-mail: barisic_anto@lilly.com

Prevenција tumora glave i vrat a- multidisciplinarni pristup

Gradska liga protiv raka Osijek u suradnji sa HLZ Podružnica Osijek, Hrvatska udruga za bolesti glave i vrata Stavonije i Baranje
Osijek, 25.11.2019.
Nikola Kraljić, dr.med., mob.: 098/655-831,
e-mail: nikola.kraljic@hotmail.com

Put do održivog zapošljavanja osoba s invaliditetom

Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, ZOSI
Zagreb, 25.-26.11.2019.
Ana Kiseljak, mob.: 099/3762-396,
e-mail: akiseljak@zosi.hr

XXI. hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s med.sud.

HD za ginekološku endoskopiju HLZ-a
Zagreb, 25.-29.11.2019.
Dr. Zoran Pitner, mob.: 099/2845-555,
e-mail: zoran.pitner@vz.t-com.hr
7.900,00 kn

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

Klinika za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“
Zagreb, 25.11.-20.12.2019.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317,
e-mail: bmilic@kbsd.hr
10.000,00 kn

Interdisciplinarno područje

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za kožne i spolne bolesti
Zagreb, 26.11.2019.
Danijela Nordio, mag.oec., mob.: 099/2727-880,
e-mail: danijela.nordio@kbcsm.hr

Primjena otilonijevog bromida u liječenju sindroma iritabilnog crijeva

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Koprivnica 26.11.2019.
Maja Perković Pajk, mob.: 099/4909-483,
e-mail: mperkovicpajk@berlin-chemie.com

Javnozdravstveni dani: „Bilo kuda, mobitel svuda“

NZJZ Brodsko-posavske županije, Služba za zaštitu
mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje
ovisnosti
Nova Gradiška, 26.11.2019.
Ivana Zovak, mag.psych, tel.: 035/363-308,
e-mail: ovisnosting@gmail.com

Kaskada osteoporotičnih prijeloma

Amgen d.o.o.
Osijek, 26.11.2019.
Bernard Birtić, mob.: 091/4550-038,
e-mail: bbirtic@gmail.com

Primjena otilonijevog bromida u liječenju sindroma iritabilnog crijeva

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 26.11.2019.
Maja Perković Pajk, mob.: 099/4909-483,
e-mail: mperkovicpajk@berlin-chemie.com

Kako prepoznati bolesnika s migrenom kojem je potrebno profilaktičko liječenje?

Novartis Hrvatska d.o.o.
Split, 26.11.2019.
Daria Jancinec, tel.: 01/6274-220,
e-mail: daria.jancinec@novartis.com

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – Titracijom do cilja

Novartis Hrvatska d.o.o.
Vinkovci, 26.11.2019.
Josipa Kudić, tel.: 01/6274-220,
e-mail: josipa.kudic@novartis.com

Cefalosporini – učinkovita obrana od infekcija

Alkaloid d.o.o.
Slavonski Brod, 26.11.2019.
Dino Došenović, tel.: 01/6311-920,
e-mail: dino.dosenovic@alkaloid.hr

Kirurško liječenje hrkanja i Opstrukcijske apneje u spavanju

AMZH
Zagreb, 27.11.2019.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

Uloga zdravstvenih djelatnika u provedbi smjernica Metadonske terapije

Alkaloid d.o.o.
Zagreb, 27.11.2019.
Marin Brkić, tel.: 01/6311-920,
e-mail: marin.brkic@alkaloid.hr

HDPMU predavanje: Tjelesna aktivnost i zdravlje mozga

HD za prevenciju moždanog udara
Zagreb, 27.11.2019.
Doc.dr.sc. Hrvoje Budinčević, mob.: 091/3712-310,
e-mail: info@mozdaniudar.hr

Kako liječiti kroničnu vensku insuficijenciju kroz cijelu godinu

Servier Pharma d.o.o.
Zabok, 27.11.2019.
Mirjana Golenja, mob.: 091/6551-556,
e-mail: mirjana.golenja@servier.com

Studen – mjesec borbe protiv raka – 4. cjelina: „Stres, bol i tehnike opuštanja“

Liga protiv raka PGŽ
Rijeka, 27.11.2019.
Prim.dr.sc. Ira Pavlović-Ruzić, dr.med., mob.: 091/2011-687,
tel.: 051/338-091, e-mail: ira.pavlovic-ruzic@ri.t-com.hr

Tribina – Emocije i onkološke bolesti: istine i mitovi

Gradsko društvo Crvenog križa Opatija, Klub žena Liburnije
liječenih od raka dojke „Novi život“
Opatija, 27.11.2019.
Vanja Močan, mob.: 091/2273-000,
e-mail: opatija@crvenikriz.eu

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – Titracijom do cilja

Novartis Hrvatska d.o.o.
Dubrovnik, 27.11.2019.
Josipa Kudić, tel.: 01/6274-220,
e-mail: josipa.kudic@novartis.com

Primjena topičkog ketoprofena za simptomatsko ublažavanje reumatskih i traumatskih bolova

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Rovinj, 27.11.2019.
Anja Maričić, dr.med.vet., mob.: 099/4382-349,
e-mail: amaricic@berlin-chemie.com

Cefalosporini – učinkovita obrana od infekcija

Alkaloid d.o.o.
Osijek, 27.11.2019.
Dino Došenović, tel.: 01/6311-920,
e-mail: dino.dosenovic@alkaloid.hr

Kardiovaskularna rehabilitacija

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Hvar, Vis, Trij, Vrlika, Korčula, Vela Luka, Stunj, Vojnić,
Ogulin – 28.11.2019.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: jagoda.madunic@hzhm.hr

Edukacijska vježba obnove znanja i vještina za dispneere medicinske prijavnice-dojavne jedinice

Zavod za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije
Osijek, 28.11.2019.
Valentina Koloda, mob.: 097/6989-527,
e-mail: valentina.koloda@zshm-obz.hr

Inhibicija IL-17 i Janus kinaza u plak psorijazi, psorijatičnom artritisu i reumatoidnom artritisu

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 28.11.2019.
Anto Barišić, tel.: 01/2350-999,
e-mail: barisic_anto@lilly.com

Radionica – AME procjena mentalnog zdravlja

HD zrakoplovne medicine HLZ-a
Zagreb, 28.11.2019.
Dr. Mirko Karačić, mob.: 091/7870-060,
e-mail: drmkaracic@gmail.com

Radionica „Školska fobija“

Centar za djecu, adolescente i roditelje
Zagreb, 28.11.2019.
Moment events d.o.o., Veronika Jurčić, mob.: 098/594-281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr
450,00/550,00 kn

Suradnjom onkologa, liječnika obiteljske medicine i farmaceuta do boljih ishoda liječenja

Mylan Hrvatska d.o.o.
Slavonski Brod, 28.11.2019.
Ivana Ilijaš Lasić, mob.: 091/2333-065,
e-mail: ivana.ilijasa_lasic@mylan.com

Bihevioralni pristup kod problema spavanja

Centar za rehabilitaciju Zagreb, Podružnica Slobodina
Zagreb, 28.11.2019.
Teodora Not, mob.: 099/6640-166, e-mail: simpozij.
slobostina@crzagreb.hr
400,00 kn

Primjena metformina u liječenju šećerne bolesti 2

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Bjelovar, 28.11.2019.
Anja Maričić, dr.med.vet., mob.: 099/7342-158,
e-mail: amaricic@berlin-chemie.com

Integrirane usluge kroz međusektorsku suradnju

Centar za rehabilitaciju Zagreb, Podružnica Slobodina
Zagreb, 28.-29.11.2019.
Mr.sc. Teodora Not, mob.: 099/6640-166,
e-mail: simpozij.slobostina@crzagreb.hr
300,00 kn

5th EAP course Oropharyngeal dysphagia diagnosis and treatment

KBC Zagreb, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju
glave i vrata
Zagreb, 28.11.-01.12.2019.
Doc.dr.sc. Ana Danić Hadžibegović, mob.: 091/5231-961,
e-mail: ana_djanic@yahoo.com
220,00 EUR

XX. simpozij Hrvatskog društva za ginekološku endoskopiju HLZ-a: Kontroverze u minimalno invazivnoj ginekološkoj kirurgiji: Robotika u ginekologiji

HD za ginekološku endoskopiju HLZ-a
Zagreb, 29.11.2019.
Dr. Zoran Pitner, mob.: 099/2845-555,
e-mail: zoran.pitner@vz.t-com.hr
Polaznici tečaja ne plaćaju kotizaciju; Specijalisti 700,00
kn; Specijalizanti 500,00 kn

Rascjepi nosa i usne – načini liječenja i rehabilitacije

KB Osijek, Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave
i vrata, MEF Sveučilišta u Osijeku, Hrvatsko logopedsko
društvo, Zavod za maksilofacijalnu i oralnu kirurgiju
Osijek, 29.11.2019.
Dr.sc. Ljiljana Širić, tel.: 031/512-402,
e-mail: klinika.za.ori@gmail.com

3. simpozij – Radiologija u hitnoj kliničkoj praksi

Hrvatsko neuroradiološko društvo HLZ-a
Zagreb, 29.11.2019.
Bantel Travel Lufthansa City Centar, Natalija Dumičić,
tel.: 01/3907-283,
e-mail: natalija@lcc-banteltravel.com.hr
Specijalisti 1.085,00 kn, specijalizante 685,00 kn,
liječnike obiteljske medicine 885,00 kn,
studente 335,00 kn, radiološke tehnologe 485,00 kn
te umirovljene liječnike 335,00 kn

Neurogene orofaringealne disfagije – nove spoznaje

HD za EEG i kliničku neurofiziologiju HLZ
Zagreb, 29.11.2019.
Dinah Vodanović, mob.: 091/2520-458,
e-mail: dinahvodanovic@gmail.com
400,00 kn

Simpozij u povodu dana AIDS-a

HLZ, HD za infektivne bolesti
Zagreb, 29.11.2019.
Jasminka Blaža, mob.: 091/1871-952,
e-mail: jblaha@bfm.hr

Rijetke bolesti danas srcem za rijetke

Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 29.11.2019.
Snježana Fusić, mag.med.techn., mob.: 091/4600-796,
e-mail: snjezana.fusic@kdb.hr

1. Slovensko-hrvatski skup pedijatrijske nefrologije

Prof.dr.sc. Danko Milošević
Bled, Slovenija, 29.11.2019.
Prof.dr.sc. Danko Milošević, mob.: 092/4922-685,
e-mail: danko.milosevic@zg.t-com.hr

Novo spoznanje ranog otkrivanja i liječenja kroničnih bolesti u muškaraca

Međunarodna interdisciplinarna udruga za kronične bolesti
Samobor, 29.-30.11.2019.
Anja Gačina, mob.: 098/1765-498,
e-mail: udrugakronicnebolesti@gmail.com
500,00 kn; 250,00 kn specijalizanti

11. skup mladih liječnika

Udruga Mediteraneo
Zagreb, 29.-30.11.2019.
Dr. Marko Milić, mob.: 097/7263-064, e-mail:
milichmarko@gmail.com
340,00 kn

Kardiovaskularni kontinuum – novosti u prevenciji, dijagnostici i liječenju

Udruga za promicanje i očuvanje zdravlja „Zdrav i sretan“
Kaštel Lukšić, 30.11.2019.
Doc.dr.sc. Duška Glavaš, mob.: 091/5345-088,
e-mail: duska.glavas@gmail.com

Tumori probavnog sustava – što je novo?

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Opatija, 30.11.2019.
Jasena Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jdvnjak@hgd.hr

Radionica – Noga glavu čuva

Hrvatska endovaskularna inicijativa
Pula, 30.11.2019.
Moment events d.o.o., Veronika Jurčić,
mob.: 098/594-281, e-mail: veronika.juric@moment.hr
1.650,00 kn

Tečaj kardiopulmonalne reanimacije

HLZ, Podružnica Slavonski Brod, OB Slavonski Brod
Slavonski Brod, 30.11.2019.
Dr.sc. Mario Blekić, dr.med., mob.: 095/9077-354,
e-mail: blekic1978@yahoo.com

MIPS educational course – Contemporary Approaches to Urogynecology, Pelveperineology and Female Urogenital Reconstructive Surgery

3rd Mediterranean Meeting on Pelvic Surgery and Pelveperineology
HD za ginekološku endoskopiju HLZ-a
Zagreb, 30.11.-02.12.2019.
O-tours, Maja Kopic, mob.: 099/2655-011,
e-mail: maja.kopic@tours.hr
1.500,00 kn specijalisti; 750,00 kn specijalizanti

PROSINAC**Optimizacija terapije kućnog liječenja hemofiličara**

Swedish Orphan Biotivum s.r.o.
Split, 02.12.2019.
Božo Odak, mob.: 091/6191-467,
e-mail: bozo.odak@sobi.com

Vildagliptin u ordinaciji liječnika obiteljske medicine

Sandoz d.o.o.
Split, 02.12.2019.
Barbara Barać, tel.: 01/2353-111,
e-mail: barbara.barac@sandoz.com

Fiberoptička bronhoskopija u jedinici intenzivnog liječenja

Specijalna bolnica Radiochirurgija
Sveta Nedjelja, 02.-03.12.2019.
Doc.dr.sc. Maja Karaman Ilić, prim.dr.med.,
mob.: 098/474-785, e-mail: majakilic1@gmail.com
Urka d.o.o., Dražen Erceg, tel.: 01/4827-280,
e-mail: drazena.erceg@perfectmeeting.hr
1.200,00 kn specijalisti; 700,00 kn specijalizanti

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Edukacijske vježbe obnove znanja za doktore medicine izvanbolničke hitne medicinske službe

Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije Split, 02.-03.12.2019.

Dr. Radmila Majhen Ujević, mob.: 098/9480-943, e-mail: rujevic2@gmail.com

Dijagnostičiranje i liječenje bolesti kose i vlasišta u ambulanti obiteljske medicine

Thalassoterapija Opatija Opatija, 03.12.2019.

Tea Rosović, dr.med., tel.: 051/202-696, e-mail: tearosovic@gmail.com 350,00 kn

Seminari iz gastrointestinalne endoskopije – dio B: Kontrola kvalitete u endoskopiji

Hrvatsko gastroenterološko društvo Zagreb, 03.12.2019.

Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398, e-mail: jdvnjak@hgdd.hr

Prva stručna konferencija „Važnost zdravstvenog odgoja u očuvanju i unapređenju zdravlja“

Odjel za prirodne i zdravstvene studije Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli Pula, 03.12.2019.

Izv.prof.dr.sc. Željko Jovanović, dr.med., mob.: 098/329-495, zeljko.jovanovic@unipu.hr

Sveobuhvatan pristup liječenju visokorizičnih kardiovaskularnih bolesnika

Servier Pharma d.o.o. Pula, 03.12.2019.

Lara Radošević, mob.: 099/2648-436, e-mail: lara.radosjevic@servier.com

Sveobuhvatni pristup liječenju bolesnika s dislipidemijom i hipertenzijom

Servier Pharma d.o.o. Rijeka, 04.12.2019.

Ziad Matta, mob.: 091/6551-529, e-mail: margareta.karlovic@servier.com

Multidisciplinarni pristup liječenju akutne boli

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o. Bjelovar, 04.12.2019.

Anja Maričić, dr.med.vet., mob.: 099/7342-158, e-mail: amariacic@berlin-chemie.com

Suvremeni pristup zbrinjavanju kroničnih rana Safetac tehnologijom

Molnlycke Health Care Adria d.o.o. Delnice, 04.12.2019.

Branka Margetić Medaković, mob.: 091/1881-660, e-mail: branka.margetic-medakovic@molnlycke.com

Dolazi li šećer isključivo na kraju?

Sandoz d.o.o. Rijeka, 04.12.2019.

Tamara Žic, tel.: 01/2353-111, e-mail: tamara.zic@sandoz.com

European School of Pathology – Zagreb Edition 2019: Update in Urinary System and Male Genital Tract Pathology

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju Zagreb, 04.-06.12.2019.

Tihana Regović Džombeta, mob.: 098/9372-013, e-mail: tihana.dzombeta@mef.hr

1.350,00 kn; 180,00 EUR

Javnozdravstvene aktivnosti – jučer, danas, sutra

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar Velika, 05.12.2019.

Štefanija Dreznjak, mob.: 098/899-285, e-mail: udrugastampar@gmail.com

Gripa i cijepljenje

Hrvatski zavod za hitnu medicinu Zagreb, Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Cres, Ožalj, Duga Resa – 05.12.2019.

Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: jagoda.madunic@hzhm.hr

Zagreb International Medical Summit (ZIMS)

Europska Medicinska Studentska Asocijacija (EMSA) Zagreb Zagreb, 05.-08.12.2019.

Marija Pierobon, mob.: 091/5850-329, e-mail: andmatijevic97@gmail.com 250,00 kn (hrvatski polaznici); 50,00 EUR (strani polaznici)

Edukacijska vježba za dispečere medicinske prijavnodojavne jedinice

Hrvatski zavod za hitnu medicinu Vodice, 05.-08.12.2019.

Marija Stivičić, tel.: 01/5496-080, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu Valpovo, 05.-08.12.2019.

Marija Stivičić, tel.: 01/5496-080, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu Valpovo, 05.-08.12.2019.

Marija Stivičić, tel.: 01/5496-080, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Edukacijske vježbe za dispečere medicinske prijavnodojavne jedinice

Hrvatski zavod za hitnu medicinu Vodice, 05.-08.12.2019.

Marija Stivičić, tel.: 01/5496-080, e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Hrvatski kongres jednodnevne kirurgije s med.sud.

HD za jednodnevnu kirurgiju HLZ-a Zagreb, 06.12.2019.

Ana Bosak Vešić, mob.: 098/536-246, e-mail: anabosak@yahoo.com

1.000,00; 1.300,00; 1.500,00 kn

Budi cool, ne budi butly

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar Pleternica, 06.12.2019.

Štefanija Dreznjak, mob.: 098/899-285, e-mail: udrugastampar@gmail.com

Izazovi i mogućnosti endosonografske dijagnostike

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar Požega, 06.12.2019.

Štefanija Dreznjak, mob.: 098/899-285, e-mail: udrugastampar@gmail.com

O raku prostate na drugačiji način

Astellas d.o.o. Zagreb, 06.12.2019.

Nataša Ilijaz, tel.: 00 386 30 611 811, e-mail: natasa.ilijaz@astellas.com

Suvremena dijagnostika i liječenje Parkinsonove bolesti

MEF Sveučilišta u Zagrebu Zagreb, 06.12.2019.

Mr.sc. Mario Cvek, tel.: 01/4566-966, e-mail: mario.cvek@mef.hr

300,00 kn

Pedijatrija danas 2019 – Mini simpozij – Umijeće uspješne komunikacije u pedijatrijskoj ordinaciji

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju Zagreb, 06.12.2019.

Doc.dr.sc. Irena Senecić Čala, mob.: 098/237-237, e-mail: isenecic@yahoo.com

250,00 kn specijalisti; 150,00 kn specijalizanti; umirovljenici besplatno

Godišnji sastanak HD za kliničku prehranu HLZ-a – Odabrane teme iz kliničke prehrane

HD za kliničku prehranu HLZ Zagreb, 06.12.2019.

Darija Vranešić Bender, tel.: 01/2367-730, e-mail: dvrancesic@vitamini.hr

16. Prosinčanski simpozij „Dermatološka onkologija od ordinacije obiteljske medicine do dermatovenerološke klinike“

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za kožne i spolne bolesti Zagreb, 06.12.2019.

Danijela Nordio, mag.oec., mob.: 099/2727-880, e-mail: danijela.nordio@kbcsm.hr

500,00 kn za specijaliste; 200,00 kn za specijalizante

Tečaj o dojenju za timove primarne zdravstvene zaštite

MEF Sveučilišta u Splitu Split, 06.-07.12.2019.

Dr. Zdenka Krnsnik Katunarić, mob.: 098/287-778, e-mail: zdenka.kk@gmail.com

Ultrazvuk u dijagnostici ranog oštećenja mozga

Akademija za razvojnu rehabilitaciju Zagreb, 06.-07.12.2019.

Silvija Philipps Reichherzer, mob.: 091/6677-643, e-mail: sreicherherzer@gmail.com

1.500,00 kn

14. kongres Hrvatskog društva za maksilofacijalnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata

HLZ, HD za maksilofacijalnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata Zagreb, 06.-07.12.2019.

Prof.dr.sc. Ivica Lukšić, tel.: 01/2903-431, e-mail: luksic.ivica@gmail.com

Btravel, Iva Šimunić, mob.: 091/3330-733, e-mail: iva.simunic@btravel.pro

1.200,00 kn specijalisti, 600,00 kn specijalizanti, do 30.10.2019.; 1.600,00 specijalisti, 800,00 kn specijalizanti, nakon 01.11.2019.

Pedijatrija danas 2019 – Od šume informacija do stabla pedijatrijskog znanja

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju Zagreb, 06.-07.12.2019.

Doc.dr.sc. Irena Senecić Čala, mob.: 098/237-237, e-mail: isenecic@yahoo.com

800,00 kn specijalisti; 400,00 kn specijalizanti; umirovljenici besplatno

11. Štamparovi dani

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar Pleternica, 06.-08.12.2019.

Deni Rkman, mob.: 099/4059-022, e-mail: udrugastampar@gmail.com

500,00 kn

Akupunktura u liječenju boli

HD za liječenje boli, HLZ Osijek, 06.-08.12.2019.

Andrea Mršo, tel.: 031/511-502, e-mail: mrsoandrea385@gmail.com

3.500,00 kn

II. kongres Hrvatskog društva za pelvipereineologiju sa med.sud.

HD za pelvipereineologiju Donja Stubica, 06.-08.12.2019.

Dr. Rajko Fureš, mob.: 098/251-966, e-mail: rajko.fures@kr.t-com.hr

1.250,00 kn za specijaliste; 1.000,00 kn za specijalizante

Tečaj naprednog održavanja života – ALS

HD za reanimatologiju Ludbreg, 06.-08.12.2019.

Andela Simić, mob.: 091/5101-854, e-mail: andjela.simic.005@gmail.com 3.000,00/2.500,00 kn

Gdje smo u neurologiji 2019?

HD za neuroimunologiju i neurogenetiku Zagreb, 07.12.2019.

Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, mob.: 099/3103-058, e-mail: kesvanja@gmail.com

Radionica – Noga glavu čuva

Hrvatska odovaskularna inicijativa Slavonski Brod, 07.12.2019.

Moment events d.o.o., Veronika Jurić, mob.: 098/594-281, e-mail: veronika.juric@moment.hr

1.650,00 kn

Tečaj napredne dermatoskopije – odabrana područja

KBC "Sestre milosrdnice", Klinika za kožne i spolne bolesti Zagreb, 08.12.2019.

Danijela Nordio, mag.oec., mob.: 099/2727-880, e-mail: dermatecajevi@gmail.com

1.500,00 kn specijalisti; 1.000,00 kn specijalizanti

Fibromuscular Dysplasia

HD za hipertenziju Zagreb, 09.12.2019.

Doc.dr.sc. Živka Dika, mob.: 098/323-510, e-mail: zivkadika1@gmail.com

Kako ranije otkriti infekciju HIV-om, virusnim hepatitisa i drugim spolno prenosivim bolestima (SPB) – izazov u liječničkoj ordinaciji

HZJZ Zagreb, 09.12.2019.

Prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr.med., tel.: 01/4683-004, e-mail: tatjana.nemeth-blazic@hbjz.hr

Edukacijske vježbe za doktore medicine izvanbolničke hitne medicinske službe

Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije Split, 09.-12.12.2019.

Dr. Radmila Majhen Ujević, mob.: 098/9480-943, e-mail: rujevic2@gmail.com

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju Zagreb, 09.-13.12.2019.

Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com

3.500,00 kn

Lokalna i sistemska terapija kod androgene alopecije

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za kožne i spolne bolesti Zagreb, 10.12.2019.

Danijela Nordio, mag.oec., mob.: 099/2727-880, e-mail: danijela.nordio@kbcsm.hr

Gripa i cijepljenje

Hrvatski zavod za hitnu medicinu Hvar, Vis, Trijel, Vrtika, Korčula, Vela Luka, Stunji, Vojnici, Ogulin – 10.12.2019.

Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: jagoda.madunic@hzhm.hr

Optimalno liječenje bolesnika s LUTS-om i PAMM-om

Astellas d.o.o. Kopačevo, 10.12.2019.

Domagoj Lazić, mob.: 099/6025-090, e-mail: domagoj.lazic@astellas.com

4. simpozij HLZ – HD za hitnu medicinu – Testiranje na mjestu gdje se bolesniku pruža skrb – POC HLZ, HDHM

Zagreb, 10.12.2019.

Snežana Posarić, tel.: 01/3712-359, e-mail: anestezija@kbsd.hr

Uloga zdravstvenih djelatnika u provedbi smjernica Metadonske terapije

Alkaloid d.o.o.
Velika Gorica, 11.12.2019.
Daniela Šćur, tel.: 01/6311-920,
e-mail: daniela.karmelic@alkaloid.hr

Uloga crijevnog mikrobioma kod nealkoholnog steatohepatitisa

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Pakrac, Vukovar, Požega, Karlovac, Sisak, Bjelovar, Vinkovci, Našice, Virovitica, Ogulin, Koprivnica, Knin, Čakovec, Zagreb – 12.12.2019.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: jagoda.madunic@hzhm.hr

Javnozdravstveni dani: „Moral i etika u psihijatriji. Zloupotreba psihijatrije u povijesti društva“

NZJZ Brodsko-posavske županije, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti
Nova Gradiška, 12.12.2019.
Ivana Zovak, mag.psych, tel.: 035/363-308,
e-mail: ovisnosting@gmail.com

2. međunarodni znanstveno-stručni skup Odjela za psihologiju Hrvatskog katoličkog sveučilišta s glavnom temom Mozak i um: promicanje dobrobiti pojedinca i zajednice

Odjel za psihologiju, Hrvatsko katoličko sveučilište Zagreb, 12.-14.12.2019.
Doc.dr.sc. Martina Knežević, mob.: 091/2811-979,
e-mail: martina.knezevic@unicath.hr
Za zaposlene: rana kotizacija 400,00 kn; kasna 550,00 kn;
Studenti poslijediplomskih studija,
vježbenici: rana 300,00 kn, kasna 400,00 kn

Jod i jedna profilaksa

Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC Sestre milosrdnice
Zagreb, 13.12.2019.
Dr. Ivan Jakšić, mob.: 091/5257-717,
e-mail: ivan.jaksic@kbcsm.hr

2. škola mamografskog pozicioniranja

KBC Rijeka
Rijeka, 13.-14.12.2019.
Maja Karić, mob.: 091/4478-420,
e-mail: maja.karic@uniri.hr
700,00 kn

Obuka za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo
Zagreb, 13.-14.12.2019.
Mr.sc. Zoran Lolić, dr.med., tel.: 01/2369-317,
e-mail: aeromedical@cccaa.hr

Osnove ultrazvuka u gastroenterologiji

MEF Sveučilišta u Rijeci, Katedra za internu medicinu
Rijeka, 13.-15.12.2019.
Prof.dr.sc. Davor Štimac, tel.: 051/658-122,
e-mail: davor.stimac@medri.uniri.hr
1.200,00 kn

Osnovne mjere održavanja života uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora

HLZ, HD za hitnu medicinu
Varaždin, 14.12.2019.
Andela Simić, mob.: 091/5101-854,
e-mail: andjela.simic.005@gmail.com

Vaskularni ultrazvuk abdomena

HLZ, HD radiologa
Split, 16.12.2019.
Dr. Ana Marinović, tel.: 021/556-243,
e-mail: marinovicana27@gmail.com

Javnozdravstveni dani: „Uloga sporta i tjelesnog vježbanja u liječenju osoba s psihičkim smetnjama“

NZJZ Brodsko-posavske županije, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti
Nova Gradiška, 17.12.2019.
Ivana Zovak, mag.psych, tel.: 035/363-308,
e-mail: ovisnosting@gmail.com

Edukacijske vježbe za dispečere medicinske prijavne dojavne jedinice

Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije
Split, 17.-18.12.2019.
Dr. Radmila Majhen Ujević, mob.: 098/9480-943,
e-mail: rujevic2@gmail.com

Edukacijske vježbe obnove znanja za dispečere medicinske prijavne dojavne jedinice

Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije
Split, 19.12.2019.
Dr. Radmila Majhen Ujević, mob.: 098/9480-943,
e-mail: rujevic2@gmail.com

24. simpozij Hrvatskog društva za regionalnu anesteziju i analgeziju – HLZ „Tehnike regionalne anestezije u kirurgiji dojke u jednodnevnoj kirurgiji“

HD za regionalnu anesteziju i analgeziju HLZ-a
Zagreb, 21.12.2019.
Prim.dr.sc. Dinko Bagatin, dr.med., tel.: 01/4648-120,
mob.: 098/318-317, e-mail: katarina.sakic@bagatin.hr

2020.

VELJAČA

6th Regional meeting of AACE International Chapters

HD za dijabetes i bolesti metabolizma HLZ-a
Opatija, 14.-16.02.2020.
Doc.dr.sc. Dario Rahelić,
e-mail: kongres@ati.hr
500,00 kn

6. hrvatski rinološki kongres s međ.sud.

Hrvatsko rinološko društvo
Zagreb, 25.-28.02.2020.
Dr. Lana Kovač Bilić, mob.: 099/2262-355,
e-mail: lana.k.bilic@gmail.com
„Spektar putovanja“ d.o.o., Sanja Vukov Colić, Petra Miškulin Štefek, mob.: 098/228-613, tel.: 01/4862-613,
e-mail: sanja.vukov-colic@spektar-holidays.hr
Rana kot. (do 31.12.2019.) 1.100,00 kn;
Kasnija kot. (do 01.02.2020.) 1.600,00 kn;
Kasna kot.: 2.100,00 kn;
Specijalizanti ne plaćaju kotizaciju

OŽUJAK

11. međunarodni kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Intervencije i vještine u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 12.-15.03.2020.
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

Deseti kongres Hrvatskog društva za neurovaskularne poremećaje Hrvatskog liječničkog zbora s međ.sud.

HD za neurovaskularne poremećaje HLZ-a
Zagreb, 19.-20.03.2020.
Višnja Supanc, mob.: 099/3787-057,
e-mail: visnjasupanc@inet.hr

9. hrvatski endokrinološki kongres

Hrvatsko endokrinološko društvo HLZ-a
Pula, 26.-29.03.2020.
Prof.dr.sc. Milan Vrkljan,
e-mail: kongres@ati.hr
500,00 kn

TRAVANJ

XXVII. kongres obiteljske medicine

Hrvatska udružba obiteljske medicine HUOM,
Prim Cikac Tatjana
Varaždin, 02.-04.04.2020.
Horizont putnička agencija d.o.o., tel.: 042/395-111,
e-mail: horizon@horizont-travel.hr
rana kotizacija do 31.12.2019.;
1.600,00 kn – 01.01.-10.03.2020.;
1.840,00 kn od 11.03.2020.;
kotizacija kongresa 2.000,00

VIII. hrvatski kongres fizikalne i rehabilitacijske medicine

HD za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a
Šibenik, 16.-19.04.2020.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696,
e-mail: info@conventuscredo.hr
https://krfm2020.conventuscredo.hr

SVIBANJ

4. hrvatski gerontološki i gerijatrijski kongres s međ.sud.

HD za gerontologiju i gerijatriju HLZ-a, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba – Služba za javnozdravstvenu gerontologiju HZJZ „Dr. Andrija Štampar“ Opatija, 06.-09.05.2020.
Stela Mrvak, Dalma Sajko, Manuela Maltarić, Ante Nakić, tel.: 01/4696-153, 4696-164,
ante.nakic@javnozdravstvena.gerontologija@stampar.hr
www.stampar.hr/gerontologija
Btravel d.o.o., Goran Grbić, mob.: 099/4926-679,
tel.: 01/6661-151,
e-mail: goran.grbic@btravel.pro,
www.btravel.pro

11. kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Šibenik, 21.-24.05.2020.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696,
e-mail: info@conventuscredo.hr

RUJAN

10. EUROPAEDIATRICS – 10. europski kongres pedijatar

i 14. kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a i 13. kongres pedijatrijskog društva HUMS-a
Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a
Zagreb, 03.-05.09.2020.
Prof.dr.sc. Aida Mujkić,
registration@europaediatrics2020.org
500,00 kn

SVEUČILIŠTE U SPLITU
PRAVNI FAKULTETobjavljuje
NATJEČAJ ZA UPIS

šeste generacije
na poslijediplomski specijalistički studij
„MEDICINSKO PRAVO“
u trajanju od četiri semestra (120 ECTS)
u akademskoj godini 2019./2020.

telefon: 021/393- 568

mobitel: 0913935006

e-mail medprav@pravst.hr

www.pravst.hr

