

LIJEČNIČKE NOVINE



LIJEČNIČKE NOVINE

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

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

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

POMOĆNICA GLAVNOG UREDNIKA

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

TAJNIK REDAKCIJE

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.

MEDICAL NEWS

FOUNDER AND PUBLISHER
The Medical Chamber of Croatia
ADDRESS
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Croatia
Editor-in-chief Professor Željko Poljak, M.D.
Published in 20.000 copies

LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr e-mail:hlk@hlk.hr

IZDAVAČKI SAVJET

Dr. Miran Cvitković
Mr. sc. Trpimir Goluža
Dr. sc. Miro Hanževački
Dr. Eva Jendriš Škrljak
Dr. Ivan Lerotić
Dr. sc. Krešimir Luetić
Prim. dr. Hrvoje Minić
Dr. Darija Moguš Vončina
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić
Dr. sc. Iva Pejnović Franelić
Dr. Ivan Raguž
Dr. Dragan Soldo
Prof. dr. sc. Davor Vagić
Prof. dr. sc. Lada Zibar

UREDNIČKI ODBOR

Tomislav Božek • Stella Fatović Ferenčić • Zdenko Kovač
Slavko Lovasić • Adrian Lukenda • Meri Margreitner
Ingrid Marton • Tatjana Nemeth Blažić • Davor Plavec
Matija Prka • Dražen Pulanić • Livija Puljak
Ana Tečić Vuger • Ivica Vučak • Ksenija Vučur

UPUTE SURADNICIMA

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

Temeljem odluke Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi od
12. prosinca 2005. (Klasa: 612-10/05-01/8. Ur. broj: 534-
04-04/10-05/01), za sve oglase lijekova objavljene u ovom
broju Liječničkih novina, cjelokupni odobreni sažetak
svojestava 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).

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

Pretplatnička služba HLK-a

Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 20.000 primjeraka

- 5 UVODNIK**
HLK dobro organizirana institucija u službi liječnika
- 6 IZ UREDNIŠTVA**
U povodu 150. broja
- 10 RAZGOVOR**
Direktor UPUZ-a mr. Dražen Jurković
- 18 MLADI I USPJEŠNI**
Dr. Inga Mandac-Rogulj
- 28 IZ KOMORE**
Skupština HLK-a • Članarina • Ostvarenja vodstva HLK-a u prvoj godini mandata • 50 tisuća za vodotoranj u Vukovaru Sporazum s UPUZ-om • Pitanja i odgovori
- 40 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA**
Dan liječničkih karijera • O dijabetesu u Karlovcu • Dan darivanja organa • E-učenje HZJZ-a • Skupština AMZH-a • O raku vrata ma ternice • Radioterapija plućnog raka
- 46 NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA**
Suvremena diabetologija • Novosti iz citologije
- 54 HZZO I LIJEČNICI**
Intervju s novim ravnateljem HZZO-a dr. Fedorom Dorčićem
- 56 COCHRANE ZANIMLJIVOSTI**
Podrška prestanku pušenja
- 58 LIJEVI KUT – DESNI KUT**
Hod za život
- 60 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**
- 66 OFTALMOLOGIJA I OPTOMETRIJA**
- 70 ZAJEDNO U BORBI PROTIV RAKA**
Milosrdno davanje lijekova
- 72 RIJETKE BOLESTI**
Gastropareza
- 74 KOMORIN TEST ZNANJA**
- 78 BIOETIKA**
Genska krivnja i genetska odgovornost
- 80 MEDICOPOLIS**
Šerčerova zbirka
- 82 ŠKOLSKA MEDICINA**
Vratite nam pacijente
- 86 REFORMA HRVATSKOGA ZDRAVSTVA**
Reforma HMP-a i američka iskustva
- 90 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE**
Pisanje riječi iz stranih jezika II.
- 92 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE**
70 godina pulmologije u Petrinji
- 94 KOLEGA HITNJAK**
- 96 LIJEČNICI U SLOBODNO VRIJEME**
Tko je lega Purger ili Hitnjak?
- 98 HRVATSKI LIJEČNICI SPORTAŠI**
Dr. Ivan Šebalj
- 104 BEZ RECEPTA**
Gastroseksualna (r)evolucija
- 106 PISMA ČITATELJA**
- 108 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**
- 113 UREDNIKOV KUTAK**

Izabrani smo ustrojiti komoru u dobro organiziranu instituciju koja će služiti liječnicima. **To ćemo i učiniti!**



MR. SC. TRPIMIR GOLUŽA
PREDSJEDNIK HRVATSKE
LIJEČNIČKE KOMORE

Od Hrvatske liječničke komore stvorit ćemo instituciju koja će svojim članovima biti izvor koristi, zadovoljstva i ponosa, a svima drugima u društvu primjer i uzor dobre organiziranosti i visoke učinkovitosti

U prva četiri dana lipnja održane su sjednice Izvršnog odbora, Vijeća i Skupštine Hrvatske liječničke komore. Sjednice su obilježene dobrim odazivom, argumentiranim raspravama i zajedničkim donošenjem strateških odluka koje će, duboko sam uvjeren, dugoročno učiniti rad Komore kvalitetnijim a profesionalni status liječnika sigurnijim i boljim. Veseli spoznaja da su odluke, na krajnje demokratičan način, gotovo jednoglasno prošle sva tijela Komore i dobile bezrezervnu podršku svih članova Izvršnog odbora i Vijeća odnosno izaslanika Skupštine Komore. Postignuto je zajedništvo u nastojanju unaprjeđenja statusa liječnika u našem društvu.

Početak lipnja obilježile su i brojne reakcije naših umirovljenih kolega, potaknute poslanim im obavijestima o utvrđenom dugu i uplatnicama za njegovo podmirenje. Od osamstotinjak kolega i kolegica kojima smo poslali obavijest, njih dvjesto i dvadeset nam se obratilo. Svima smo odgovorili na upite, argumentirano im pojasniviši razloge našeg postupanja. Osobno sam razgovarao s desetak umirovljenih kolega i objasnio im zakonsku utemeljenost našeg nastojanja. Kao svojevrсни dio državnog aparata s javnim ovlastima, naša je obveza pridržavati se zakonskih rješenja i procedura upravno-pravnog postupanja. Moramo težiti potpuno transparentnom financijskom poslovanju. Zatekli smo oko pet milijuna kuna nenaplaćenih potraživanja Komore, za koje naši prethodnici navodno nisu niti znali da postoje. Naša je obveza pokrenuti njihovu naplatu!

U Komoru nismo izabrani da bismo uživali u blagodatima zajamčene financijske stabilnosti obnašanja komorskih funkcija, već da bismo ozbiljno i odgovorno radili za dobrobit hrvatskog liječništva. Odabrali smo teži, ali i jedini ispravni put. Nastojimo u potpunosti kontrolirati sustav, revidirati i učiniti povoljnijim postojeće ugovore o poslovnoj suradnji. Inzistiramo na naplati svih potraživanja pa tako i članarina. Želimo stvoriti nove vrijednosti i otvoriti Komoru članstvu i javnosti.

Zato smo i krenuli u naplatu onoga na što imamo zakonsko pravo, ali i obvezu. Naplatili smo zaostala potraživanja od Ministarstva zdravlja, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Splitske banke, brojnih organizatora tečajeva trajne medicinske izobrazbe, naših radno aktivnih članova... Prepo-

lovili smo utvrđeni iznos nenaplaćenih potraživanja. Nakon višekratnih neuspješnih pokušaja pozivanja na red i savjest te upornog neplaćanja utvrđenih potraživanja, ovih dana pokrećemo, prema sedmoro naših članova, sudske postupke naplate potraživanja sa osnova neplaćene članarine.

Svjesni određenih propusta prethodnog vodstva koje umirovljenike nije obavještavalo o njihovom statusu i neizvršenim obvezama pa iz toga i proizašle mogućnosti da pojedine kolege nisu znale da i po odlasku u mirovinu ostaju članovi naše Komore, odlučili smo pri obračunu duga ne zaračunavati im zakonsku zateznu kamatu te ih informirati o statusu članstva i načinu prestanka članstva u Komori. Potpuno mi je razumljivo nezadovoljstvo pa i ogorčenost čovjeka kojem je odjednom, "ni od kuda", stigla obavijest o dugu i uplatnica za njegovo podmirenje. Opet se pokazalo da je loša komunikacija vrlo često osnovni razlog stvaranja problema i međusobnog nerazumijevanja.

Nakon argumentiranog objašnjenja velik broj kolega shvatio je našu poziciju i namjeru. Osim riječima iskazanog razumijevanja, dobar je dio njih bio i pragmatičan. Sto i sedam dužnika podmirilo je utvrđeni iznos duga. Time su se riješili neizvjesnosti, izbjegli potencijalne neugodnosti, a vrlo vjerojatno i dodatne financijske troškove.

Bit ćemo uporni, dosljedni i vjerodostojni u izgradnji Hrvatske liječničke komore u dobro ustrojenju organizaciju sa standardiziranim poslovnim procedurama koje će povezane Komorinim integriranim informacijskim sustavom (KIIS-om) jamčiti transparentnost i efikasnost našeg rada, dobru i uspješnu komunikaciju.

Zahvaljujem se svima koji su na račun Komore promptno uplatili iznos utvrđenog duga. Preostale dužnike pozivam da učine isto, a kolege koje imaju nejasnoća upućujem da se jave našim stručnim službama. Komoru postupno, ali sigurno, pretvaramo u organizaciju u kojoj će svi članovi uz jednako sudjelovanje u obvezama imati jednaka prava i jednake mogućnosti. Od Hrvatske liječničke komore stvorit ćemo instituciju koja će svojim članovima biti izvor koristi, zadovoljstva i ponosa, a svima drugima u društvu primjer i uzor dobre organiziranosti i visoke učinkovitosti. **Posjetite www.hlk.hr i uvjerite se u novu dimenziju komuniciranja Hrvatske liječničke komore!**

Nekoliko riječi glavnog urednika uz 150. broj Liječničkih novina

Martirologija liječničkog staleža i staleških novina

ŽELJKO POLJAK

Zbog današnje otvorenosti svijetu vlastodršci sve teže uspijevaju novu generaciju liječnika obuzdavati indoktriniranjem i idealističkim, quasi humanističkim parolama o altruizmu i požrtvovnosti gotovo do mazohizma, ali popuštaju tek milimetar po milimetar. Takav je njihov postupak donekle razumljiv jer uoči izbora glasačima obećavaju i moguće i nemoguće („Zdravlje za sve“!) pa im nakon izbora ne preostaje drugo do li tlačenje liječničkog staleža

U nepreglednoj plejadi liječničkih časopisa „Liječničke novine“ (LN) su jedinstvene po tome što su staleško glasilo. Važno je znati zašto stručno-znanstvena liječnička glasila zadnjih stotinjak godina toliko cvjetaju i bujaju da ih je teško i nabrojati, dok su staleška glasila izlazila s mukom, na prekide i jedva vegetirala. Preskočit ćemo njihovu zanimljivu kronologiju, bolje reći martirologiju, jer sam o tome već pisao,* pa ću spomenuti samo to da je i prije prvog broja sadašnjih LN izašlo pod istim nazivom i većinom pod istim urednikom 177 brojeva, u vrijeme kad je izdavač bio Hrvatski liječnički zbor, a zatim suizdavač Hrvatska liječnička komora i, kraće vrijeme, Hrvatski liječnički sindikat.

Pozabavit ćemo se pitanjem zašto su sva stručna liječnička glasila, pa i ona s vrlo niskom stručnom vrijednošću, uvijek i svuda tetošena ovacijama i pomagana dotacijama, dok staleška glasila nisu u posljednjih stotinjak godina dobila ništa, ama baš ništa, te zašto su bila zazorna zdravstvenim vlastima pa čak i mnogim liječnicima.

Uzrok svemu je „socijalizacija medicine“ kojoj je osnovna misao zažeta u tri riječi: „Zdravlje za sve!“ Samo tri riječi, vizionarske i plemenite, ali zbog kojih se nekoć lukrativan i društveno vrlo ugledan liječnički stalež s vremenom srozao gotovo do dna društvene ljestvice, objektivno niže od činovnika i obrtnika, a u nekim je zemljama gotovo obespravljen (u SAD-u je sasvim drukčije, tamo vrijedi zakon ponude i potražnje).

Naime, država koja želi provesti u djelo humanu ideju „Zdravlje za sve!“, može to ostvariti samo na dva načina; jedan je, slikovito rečeno, udeseterostručiti broj liječnika, a drugi način natovariti postojećem liječništvu deset puta

više posla i iscrpljivati ga do iznemoglosti. Zdravstvene vlasti su pretežito primjenjivale to drugo rješenje, koje nije baš humano, a provodile su ga milom i silom. U Europi je pri uvođenju socijalizirane medicine bankrotiralo toliko liječničkih ordinacija da su, kako čitamo u tadašnjem „Liječničkom vjesniku“, u Njemačkoj mnogi liječnici počinili samoubojstvo. Slijedilo je razdoblje u kojem su cijele generacije liječnika bile tako temeljito indoktrinirane etičkim parolama o samopožrtvovanju i Hipokratovom prisegom, da su gotovo robovski podnosile silne nepravde. Kao primjer iznosim nekoliko vlastitih iskustava.

Besplatna dežurstva

Sredinom prošlog stoljeća nisam kao liječnik mogao birati gdje ću raditi nego mi je zdravstvena vlast dekretom, bez prava na žalbu, odredila u kojem ću mjestu raditi (tzv. civilna mobilizacija). Godinama sam u bolnici nakon radnog vremena morao besplatno dežurati do sljedećeg dana i tada - bez odmora! - opet nastaviti puno radno vrijeme. Nakon nedjeljnog dežurstva bilo je nemoralno pitati za bilo kakvu kompenzaciju. U isto je vrijeme, npr. vatrogascima, dežurstvo priznato kao normalno radno vrijeme, i ne samo to, nego im je usto radni staž beneficiran (i danas je tako!).

Najgore je bilo poslije 1945. kad su liječnici službenom parolom „Živjeli radnici, seljaci i poštena (!?) inteligencija!“ svrstani u sumnjivu kategoriju. Te je godine, a i sljedeće, Medicinski fakultet u Zagrebu morao, po naredbi odozgo, primiti sve kandidate za upis na studij - a bilo ih je u tim godinama po 1300! - makar je kapacitet bio desetak puta manji od toga. Nominalno se to



opravдалo nedostatkom liječnika, ali je time dignitet liječnika intelektualca degradiran kao nikada prije ni poslije. Kao pripadnik te generacije mogu bez pretjerivanja tvrditi da je naše medicinsko znanje nakon diplomiranja bilo otprilike na razini današnjih medicinskih sestara i trebalo se godinama truditi da se taj nedostatak nadoknadi. Dovoljno je reći da smo na vježbama vidjeli pacijenta preko dva ili tri ramena te usporediti tadašnji studentski priručnik iz interne medicine s današnjim, odračunavši pritom napredak medicine u tom razdoblju.

Drugi udarac liječničkom staležu bio je dekret kojim je ukinuta Hrvatska liječnička komora, što se nije usudio čak ni nesumnjivi diktator Ante Pavelić. Komori je oduzeta sva imovina, uključivo dio Hrvatskog liječničkog doma u Šubićevoj ulici 6 u Zagrebu (nije joj ni do danas vraćen!), a njezin bivši pročelnik dr. Gjuro Vranešić krišom je pogubljen unatoč obećanju što ga je vladodržac Josip Broz dao Miroslavu Krleži. Vranešićev sin, inače naš kolega otorinolaringolog, ni danas ne zna gdje je očevo grob.

Više-manje prikriven protuliječnički duh održao se do dana današnjega. Ne vjerujete li, eto nekoliko primjera! Jedino je liječnicima zabranjen štrajk, tako da je morao intervenirati čak Vrhovni sud da

se zabrana ukine; zakonom je liječnicima ukinuta „reprezentativnost“ kako bi im se, unatoč demokratskim promjenama u Europi, onemogućilo kolektivno ugovaranje; tek je ovih dana, teškom mukom, liječnicima uspjelo steći pravo na „dvojno“ radno mjesto, što je inače dopušteno svima, počevši od direktora pa do zadnjeg činovničića ili obrtnika. Dodajmo i to da je jedan ministar zdravstva tražio od Komore da se smijeni urednik ovih novina jer da želi „rušiti demokratski izabranu vlast“.

Parole o altruizmu

Zbog današnje otvorenosti svijetu vladodršci sve teže uspijevaju novu generaciju liječnika obuzdavati indoktriniranjem i idealističkim, *quasi* humanističkim parolama o altruizmu i požrtvovnosti gotovo do mazohizma, ali popuštaju tek milimetar po milimetar. Takav je njihov postupak donekle razumljiv jer uoči izbora glasačima obećavaju i moguće i nemoguće („Zdravlje za sve!“) pa im nakon izbora ne preostaje drugo do li tlačenje liječničkog staleža.

Na zdravstvenu vlast koja ugnjetava liječništvo obezvrjeđivanjem njegova rada, više zbog političkih poena nego zbog brige za narod, upozorio je već prije jednog stoljeća naš kolega dr. Ivan Haslinger

iz Karlovca. Tada, a slično je i danas, nije „Liječničkom vjesniku“ dolikovalo da se bavi tako „prozaičnim“ pitanjima kao što je društveni i gospodarski status liječnika, pa je stoga počeo tiskati kao adendum „Staleški glasnik“ – bile su to prve liječničke staleške novine u Hrvatskoj. U broju 5 od 1914. kolega Haslinger piše:

„Čim čuješ, da ti netko nudi paušal (danas se to naziva glavarinom), već možeš biti osvjedočen, da te kani prikratiti za dio tvog honorara... Dokle god dakle liječnički paušal ide za tim, da izrabluje i gospodarski slabi liječnički stalež, **ima se svim silama i uporno pobijati...**“

Osiguranici i bolesnici trebali bi, dakako, beatificirati najistaknutijeg pobornika socijalizirane medicine dr. Andriju Štampara, za razliku od liječnika, kojima se Štampar zamjerio, među ostalim, i rečenicom: „Bit ću zadovoljan tek kad bude zatvorena i posljednja privatna liječnička ordinacija.“ Sukobio se sa Zborom liječnika i nije bez razloga brisan iz njegova članstva. Liječnički zbor je 13. listopada 1933. sazvao izvanrednu skupštinu na kojoj se predsjednik Gospodarske komisije Zbora dr. Gjuro Vranešić oštro suprot-



stavio podjarmljivanju liječničkog staleža. Tom je prilikom rekao: „Stvarna je uloga liječnika, koji bi trebao da bude vodeći i odlučujući faktor socijalnog osiguranja, uloga **eksploatiranog najamnika**, koji vuče sav teret socijalnog osiguranja i svu moralnu odgovornost pred bolesnikom.“ (Liječ vjesn 1933, broj 9-10).

Tvrđnje koje sam ovdje iznio na otvoren i iskren način vjerojatno neće lako prihvatiti pripadnici starije generacije naših kolega jer su odavna indoktrinirani parolama

o uzvišenosti našega zvanja zbog kojeg nije dolično baviti se takvim trivijalnostima kao što su staleška pitanja. Neki se čude izazovnim apelima koje u novije vrijeme čitaju na naslovnica „Liječničkih novina“. Upravo zato ih treba stalno ponavljati i stalno insistirati na poštemnom odnosu prema liječništvu. A tko će to drugi ako ne „Liječničke novine“? I kako inače obuzdati egzodus liječnika iz Hrvatske kad ovdje još uvijek žive u nekadašnjem vremenu kada su bili isklju-

čeni iz socijalnog dijaloga a sudbinu im je krojila „svjesna radnička klasa“ (čitaj: bolnički vratari, čistačice, kuharice...).

Ne vjerujete li, završit ću citirajući predsjednika sindikata kojemu su kod sklapanja strukovnog kolektivnog ugovora naši liječnici i danas podvrgnuti protiv svoje volje:

„Borit ću se svim snagama protiv liječničkog kolektivnog ugovora“.

Sapientia sat!

*O staleškim pitanjima liječnika objavio sam posljednjih tridesetak godina niz članaka (izbor dolje), dakako, većinom nakon odlaska u mirovinu 1988. godine, jer prije toga to ne bi bilo razborito onome tko ima na brizi obitelj ili karijeru u usponu. Dovršavam i memoarsku knjigu „Liječničke zgrade i nezgode“, ali je pitanje hoće li se za nju naći nakladnik.

Nekoliko autorovih članaka o liječničkom staležu i staleškom glasilu

- Urednikova replika ministru Hebrangu. LN 128, 1997, 19-21
- Liječničke novine i zajedništvo hrvatskog liječništva. LN 150, 1999, 6-9
- Egzodus liječnika je počeo. LN 2002, 13, 48
- Urednik na optuženičkoj klupi. LN 151, 2000, 40-41
- Urednik Liječničkih novina laže, ništa ne zna, nisko je pao i nečastan je. LN 2002, 19, 45
- Zašto sam se odrekao liječničkog zanimanja. Vjesnik od 30.10. 2003. str. 15, br. 20086
- Liječničke novine kao žrtva mobinga, LN 2005, 36, 63
- Staleška glasila hrvatskih liječnika od 1908. do 2005. godine, u spomen-knjizi „Hrvatska liječnička komora“, Zagreb, 2005, str. 149-154
- Od čega boluju liječnici i zašto kraće žive. LN 2006, 51, 70-71
- Nasilje u odnosu bolesnika i liječnika. LN 2008, 71, 54-57
- Štamparofilija ili Štamparofobija. LN 2008, 72, 81-83
- Kako Slovenci štite svoje liječnike, a kako mi? LN 2010, 86, 33-34
- Liječničke novine u obrani liječničkog staleža, u spomen-knjizi „Hrvatska liječnička komora“, Zagreb, 2015, str.199-205
- Sto godina Liječničkih novina i privikavanje na „trn u oku“. LN 2015, 138, 72-75
- Četvrt stoljeća u „vrućoj fotelji“ urednika Liječničkih novina. LN 2015, 140, 80-83

(LN = Liječničke novine)

DIREKTOR HRVATSKE UDRUGE POSLODAVACA U ZDRAVSTVU

Mr. Dražen Jurković:

„Zdravstvo je najbolje uređen sustav u Hrvatskoj“

Razgovarala / DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN
daniela.dujmovic@hlc.hr

Niti jedna ozbiljna reforma u zdravstvu ne može se potpuno provesti za vrijeme jednog mandata. Samo dok je osmislite treba vam najmanje godinu dana

Kad god uvodite promjene, posebice u zdravstvu, doživjet ćete jak otpor i na to morate biti spremni. Zato morate imati dobro razrađenu strategiju s čim i kada krenuti

Mr. Dražen Jurković, koji je na čelo Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu došao početkom prošle godine, što je vidljivo u pojačanom angažmanu i radu te Udruge, iza sebe ima bogatu profesionalnu karijeru i u zdravstvu, i u politici. U Domovinskom ratu također je odigrao važnu ulogu. Kao državni tajnik za vrijeme ministra zdravstva Darka Milinovića bio je voditelj nekoliko važnih projekata i reformi u hrvatskom zdravstvu, pa tako i u reformi hitne medicinske pomoći koja je tada osmišljena i ustrojena u današnjem obliku. Bio je voditelj nacionalnog projekta informatizacije primarne zdravstvene zaštite (PZZ-a) u sklopu koje je uveden elektronski recept, zatim voditelj projekta reforme PZZ-a u sklopu kojeg je uvedena koncesija itd. Dakle, naš sugovornik zna kako se provode reforme, na svojoj je koži osjetio koliko je to mukotrpan posao i kakve se sve prepreke trebaju savladati, posebice u osjetljivom sustavu kakvo je zdravstvo. To je i razlog zašto smo ga odabrali za ovaj razgovor, jer kao operativac i pripadnik jedne zdravstvene administracije itekako može dobro procijeniti kako radi aktualna i kreće li se u dobrom smjeru. Taj liječnik sa specijalizacijom iz javnog zdravstva, koji i danas ima svoju epidemiološku ambulantu četvrtkom u Otočcu, postao je kao mlad liječnik 1991., ratni gradonačelnik Gospića. Vodio je mirovne pregovore i razmjenu ratnih zarobljenika s ozloglašanim ratnim zločincem Ratkom Mladićem i jedan je od prvih pukovnika Hrvatske vojske. U ratnom Gospiću upoznao je tada mladu liječnicu, danas predsjednicu Saborskog odbora za zdravstvo Ines Strenju-Linić, a s bivšim ministrom Milinovićem je kolega iz školskih dana. I danas je član HDZ-a te njegova županijskog odbora u Ličko-senjskoj županiji. Svojevremeno je bio i podžupan Ličko-senjske županije za društvene djelatnosti i zdravstvo, ali se politikom, kako nam je rekao, više ne misli baviti profesionalno. Svoj je život posvetio zdravstvu, a njegov je „ispušni ventil“ brza vožnja na super jakim motorima u društvu s pasioniranim ljubiteljem brzine Darkom Milinovićem. Ponosan je otac dviju studentica. Najradije govori o stanju u zdravstvu, no to nije čovjek koji nužno kritizira, nego prije svega predlaže i nudi moguća rješenja.

■ **Reforma hitne medicinske pomoći prva je u koju se upustila zdravstvena administracija. Kao državni tajnik Ministarstva zdravstva u vrijeme ministra Darka Milinovića bili ste voditelj međunarodnog projekta u kojem je, u suradnji sa Svjetskom bankom, i osmišljen današnji model hitne medicine u Hrvatskoj. Kako ocjenjujete ministrove poteze u aktualnoj reformi hitne?**

Nemojmo brkati pojmove. Ono što smo mi tada napravili jest reforma, jer smo uspostavi-

vili novi sustav hitne medicine. Kod nas je postalo uvriježeno da se i najmanji palijativni zahvat u sustavu naziva reformom.

■ **Dakle, najavljene promjene u funkcioniranju i organizaciji hitne medicine nisu reformske naravi?**

Nazvao bih to malo drugačije. Svi novi ministri odmah sve vole nazvati reformom. Reforma mora biti sveobuhvatna, riječ je o dubokom strukturnom zahvatu gdje mijenjate i financijske postavke. Mi smo napravili cijele



Liječnik, političar, ratni gradonačelnik Gospića, pukovnik Hrvatske vojske, čovjek kojemu je ipak najveća strast zdravstvo...

li jedan sustav u četiri godine. Za tu smo reformu osigurali sredstva Svjetske banke u iznosu od oko 17 milijuna eura, napravili smo zakonsku podlogu, osnovali zavode za hitnu medicinu kao i državni zavod za hitnu, osmislili smo i ustrojili specijalizaciju iz hitne medicine za liječnike i za medicinske tehničare. Ustrojili smo Tim 1 i Tim 2, napravili novu mrežu hitne, osmislili OHBP-ove i do kraja mandata oformili njih sedam. No, problem je što se kod nas kod promjene vlasti mijenjaju i zdravstvene politike. To je pogubno za tako velik i složen sustav kao što je zdravstvo u kojem imate 72 tisuće zaposlenih i milijune usluga svakodnevno. Takav sustav ne možete preoblikovati iz dana u dan. Mora postojati kontinuitet. To je ključno. Niti jedna ozbiljna reforma u zdravstvu ne može se potpuno provesti za vrijeme jednog mandata. Samo dok je osmislite treba vam najmanje godinu dana. I ako se svake dvije do četiri godine, kada dođe novi ministar, sve to prekida i počinje iznova, onda to nije za dobro za sustav. Reforma hitne neodvojiva je od reforme primarne zdravstvene zaštite. U okviru domova zdravlja trebali su biti centri obiteljske medicine, a riječ je o ambulantama u kojima bi se zbrinjavali pacijenti 4. i 5. trijažne kategorije. No to nije uvedeno, a dežurstva za koncesionare u primarnoj postala su neobavezna, što nije bilo dobro za sustav primarne zdravstvene zaštite.

■ **Vaš komentar uvođenja financijskog destimuliranja odlazaka u Objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP), tim više što je takav model neuspješno propao u nekim zapadnim zemljama...**

Gdje je koja mjera polučila uspjeh to podliježe temeljitijoj analizi, a ne paušalnim ocjenama. Pitanje je od čega se krenulo u tim zemljama. Pacijenti moraju biti odgovorni za svoje zdravlje, ali prije uvođenja plaćanja nepotrebnih dolazaka u OHBP-e, treba

napraviti dobru kampanju kako bi se educiralo pacijente, a isto-dobno osigurati dostupnost primarne zdravstvene zaštite kroz dežurstva.

■ **Ima li vremena za to?**

Ima vremena, no edukacija građana je neophodna. Naplaćivanje nepotrebnih odlazaka u OHBP-e dobra je odluka.

■ **Uveli ste specijalizaciju iz hitne medicine, no puno je negativnih komentara na njezinu kvalitetu...**

To je pitanje struke. I sam sam dobio informaciju da ta specijalizacija nije previše izazovna za liječnike. Ako je tako, onda je treba poboljšati; uostalom, svaki sustav se mora i treba doradivati. A zašto je ta specijalizacija nužna? Jer je hitna medicina najkompleksnija i najsloženija grana medicine. Morate imati adekvatno educirane liječnike, medicinske sestre i tehničare koji dobro poznaju protokol postupanja u hitnim slučajevima, jer je to ključna stvar. Kada smo uspostavljali sustav i mrežu hitne medicine, naš ključni indikator bio je taj da 80 posto slučajeva mora biti riješeno unutar tzv. zlatnog sata, što do tada nije bio slučaj. Druga je intencija bila izjednačavanje sustava hitne medicine na razini cijele Hrvatske. Imali smo dobar sustav hitne u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku, ali ne i u ruralnim područjima. Što vam vrijedi ako živite u Zagrebu gdje je dobro organiziran sustav hitne pomoći, kad vi ili vaše dijete možete nastradati bilo gdje u Hrvatskoj. Stoga nam je svima u interesu da na svim područjima imamo organiziranu istu razinu hitne medicinske pomoći.

■ **Mogu li medicinske sestre s tečajem iz trijaže preuzeti odgovornost za procjenu stanja hitnosti nekog pacijenta? Naime, mnogi to problematiziraju.**

>>

Naplaćivanje nepotrebnih odlazaka u OHBP-e dobra je odluka, no edukacija građana je neophodna

Nitko ozbiljan ne može tvrditi da Hrvatska ne može nabaviti dva mala medicinska helikoptera za potrebe HHMS-a. To uopće ne bi trebalo biti pitanje za ozbiljnu zemlju

Ovo što ministar sada radi nisu reforme nego nužni zahvati u sustavu. Za početak je dobro detektirao probleme. Prava reforma bit će tzv. masterplan bolnica

Naravno da mogu. Pa vi i sada imate prijemne dojavne jedinice gdje preko telefona medicinska sestra ili tehničar procjenjuje hoće li vam poslati kola hitne pomoći ili neće. Zašto to onda na licu mjesta ne bi mogla medicinska sestra obučena za trijažu?

■ **Neki smatraju da je ta edukacija nedostatna....**

Tako je to kod nas. U kojem god smjeru krenete, naići ćete na prepreke. Bio sam na čelu tima u Ministarstvu koji je osmislio i završio projekt e-recepta. Uveden je 2011., a započeli smo ga 2008. godine. Sada smo prvi u Europi. A što se događalo kada smo taj sustav uvodili? U medijima su prevladavali napisi: pao im sustav, pacijenti ostali bez lijekova, Ministarstvo zdravstva troši novac na nepotrebne stvari itd. I kada radite najbolje projekte, često puta, vjerojatno i zbog manjkave komunikacijske strategije, nailazite na otpor, barijere i nerazumijevanje. Bunili su nam se svi, i ljekarnici i liječnici primarne zdravstvene zaštite, no sada kad je sustav zaživio nitko se više ne bi vratio na papirnati recept. Kad god uvodite promjene, posebice u zdravstvu, doživjet ćete jak otpor i na to morate biti spremni. Zato morate imati dobro razrađenu strategiju s čim i kada krenuti.

■ **Zalazete se za nabavku dva medicinska helikoptera za potrebe Hitne helikopterske medicinske službe (HHMS)?**

U našem izvornom projektu hitne medicine predviđa se nabava dva helikoptera iz sredstava Svjetske banke. Nismo to uspjeli realizirati, jer jednostavno nismo imali vremena uza sve ostale reforme. Zato tvrdim da je važan kontinuitet u provođenju reformi. Taj jedan helikopter koštao bi između sedam i devet milijuna kuna i u dogovoru s MORH-om treba organizirati njegovo održavanje. Nitko ozbiljan ne može tvrditi da Hrvatska ne može nabaviti dva mala medicinska helikoptera. Uopće je smiješno pričati o tome, pa svako austrijsko skijalište ima helikopter, a mi već godinama raspravljamo o tome možemo li ih nabaviti.

■ **Nakon što su ponovno angažirani MORH-ovi vojni helikopteri, nitko više ne priča o njihovoj kupnji...**

Problem je što MORH-ovi helikopteri nisu prilagođeni za potrebe HHMS-a i vi morate transportirati pacijenta s mjesta nesreće do helidroma gdje ga čeka vojni helikopter.

Zato nam i trebaju posebno opremljeni medicinski helikopteri koji zbog svoje veličine mogu sletjeti na cestu. Nije mi se svidjela ona priča s najmom talijanskih helikoptera, jer nisam za najam nego za kupnju vlastitih helikoptera. To uopće ne bi trebalo biti pitanje za ozbiljnu zemlju. Može se i treba riješiti, a do tada neka hitni helikopterski transport obavlja MORH.

■ **Samo da to ne bude sljedećih deset godina...**

Naravno. To se pitanje može riješiti u godinu dana.

■ **Ima li ministar dobro razrađenu strategiju? Kako komentirate njegovo kolebanje i privremeno odustajanje od povećanja cijene dopunskog zdravstvenog osiguranja?**

Mislim da to nije bilo dobro pripremljeno, nisu napravljene neke predradnje. Možda ni analitika nije bila baš najbolja prije tog poteza. Priprema je trebala biti bolja. Namjera je bila jasna i dobra, ali realizacija je zakazala.

■ **Je li uopće bilo pametno da jedan od prvih poteza bude povećanje cijene police dopunskoga? Tako je ministar okrenuo velik dio javnosti protiv sebe, i sada se svaki njegov prijedlog ili reformska mjera a priori dočekuje s nepovjerenjem. To naravno koriste politički protivnici, uključivši i bivšu zdravstvenu administraciju, koja taj strah i nepovjerenje još više potpiruje...**

Mislim da su ministri potezi i namjere dobre, ali osobno bih strateški i komunikacijski postupao drugačije. Prvo bih osmislio cjelokupnu reformu i to usuglasio s partnerima. Kad bi sve bilo usuglašeno i dogovoreno, tek bih tada izašao u javnost. Naime, kad idete u javnost s pojedinačnim potezima, onda vas stalno mrcvare. I kad biste predstavili cjelovitu reformu, dočekali bi vas „na nož“, ali vi u tom trenutku imate sve argumente i morate podnijeti samo jedan udar. Ako preživite, provedet ćete što ste zamisli, ako ne, i opet dobro, uostalom nitko se nije rodio da bude ministar. Za reformu morate osigurati i dobru političku podršku i financije. Bez toga ništa.

■ **Ima li sve to ministar?**

Ne znam. Nadam se da ima. Do sada je napravio dobre poteze. Zadržao je HZZO izvan proračuna, što je dobro učinio njegov prethodnik, i to unatoč želji Ministarstva financija da se ponovno vrati u državnu ri-

znicu. Uspio je sačuvati zdravstveni proračun na razini od 22,4 milijarde kuna, što je minimalno za stupanj prava i razinu zdravstvene zaštite kakvu imamo.

■ **A ima li potrebnu političku podršku?**

To neću i ne želim prosuđivati. Uvjeren sam i nadam se da ima. To najbolje zna on sam, odnosno njegova administracija, jer mi previše personaliziramo ministarstvo. Riječ je o grupi sjajnih ljudi, da budem iskren. Mislim da ta garnitura može napraviti dobre stvari za hrvatsko zdravstvo, ali uz uvjet da ima snažnu političku potporu. Zdravstvena reforma osjetljivo je pitanje u svim zemljama. Tko stoji u Americi iza „Obamacare“? Nije valjda ministar zdravstva, nego sam predsjednik Obama. Želim reći; ako iza vaše reforme ne stoji premijer, da ste i najbolji ministar, vi jednostavno nemate puno šanse. Nadalje, morate osigurati dodatna sredstva za provođenje reforme. Mi u Hrvatskoj imamo uistinu čudan pristup. Uvijek nešto nazivamo reformom, pa čak i smanjivanje sredstava. Smanjivanje sredstava nije reforma nego rezanje. To mora biti jasno.

■ **Jesu li osigurana ta dodatna sredstva za provođenje najavljenih reformi?**

Ministar sad ima minimum sredstava da mu sustav može funkcionirati i da eventualno ne stvara novi dug.

■ **Ali onda nema dovoljno za reforme?**

Poteze koje je do sada napravio može „pokriti“ u okviru tih sredstava. Što će biti dalje, vidjet ćemo. Ovo što ministar sada radi nisu reforme nego nužni zahvati u sustavu. Za početak je dobro detektirao probleme. Prava reforma bit će tzv. masterplan bolnica.

■ **Zastupate većinu javnih zdravstvenih ustanova. Kako komentirate stanoviti sukob između HZZO-a i bolnica? Kad su iz HZZO-a najavili veću kontrolu i zatražili da im bolnice u roku pet dana pošalju račun za obavljenju zdravstvenu uslugu, iz bolnica su poručili kako to nije moguće.**

Mi zastupamo gotovo sve javne zdravstvene ustanove. Udruga postoji preko 60 godina i okuplja preko 95 posto javnih zdravstvenih ustanova, a naše članice imaju preko 70 tisuća zaposlenih. Dobro smo upoznati sa svim problemima. Taj



Mr. Jurković pojašnjava kako se s ovom razinom sredstava u zdravstvenom proračunu dug ne može vraćati, no da se dobrim gospodarenjem može spriječiti stvaranje novog duga

zahtjev nije moguće realizirati u nekim zdravstvenim ustanovama i smatramo kako bi u tom dijelu HZZO trebao biti fleksibilniji.

■ **A kako komentirate optužbe iz HZZO-a da je došlo do hiperfakturiranja?**

Naravno da je do toga došlo nakon što je HZZO prvo smanjio cijene za 27 posto, pa ih nakon toga povisio, a zdravstvene ustanove su u međuvremenu naučile fakturirati. Naš je stav kristalno jasan. Smatramo kako bi HZZO bolnicama trebao platiti sve materijalne troškove za ispostavljene fakture preko limita, i to u iznosu od 20 do 25 posto svake fakture koja je medicinski utemeljena. Taj dio podvlačim. To je neophodno kako bolnice ne bi stvarale nove dugove. Tako potičete bolnice da više rade i maksimalno iskorištavaju svoje kapacitete, a istodobno ne stvaraju nove liste čekanja. Dakle, bolnicama treba podmiriti barem materijalne troškove za medicinske usluge koje su pružile.

■ **Liste čekanja! Od početka dolaska nove zdravstvene administracije one su navodno povećane za još 30 tisuća pacijenata. Ministar je osnovao komisiju kako bi pokušao riješiti taj problem. Najavio je i kazne za ravnatelje u slučaju da liste budu duže od 6 mjeseci. Imate li vi kakav prijedlog?**

Budimo iskreni! U Hrvatskoj nitko ne zna točno kolike su liste čekanja. Mi nemamo taj podatak i njime se stalno manipulira.

Oni u opoziciji tvrde da rastu, a oni na vlasti da se smanjuju. U HZZO-u i Ministarstvu imaju podatke o listama, no pitanje je koliko su ti podaci točni. Liste čekanja predmet su manipulacije svih dionika u sustavu, od zdravstvenih ustanova do zdravstvene administracije. Samo nastavkom projekta e-naručivanja i e-uputnica one će postati transparentne. Mi smo započeli taj projekt, ali on još nije zaživio. Informatizacijom dobivate potpun uvid u liste, i one postaju transparentne, jer nitko ne može više biti izvan sustava. Na taj način ih smanjujete jer više nema duplog naručivanja. Uvođenjem tog sustava točno će se znati ispunjava li specijalist svoju normu. Inače, problem s listama čekanja je sveprisutan, čak i u zemljama koje ulažu pet puta više u zdravstvo od Hrvatske.

■ **Jedan ste od rijetkih koji tvrde kako je naš zdravstveni sustav zapravo efikasan i dobar. To argumentirate rezultatima istraživanja Europskog zdravstvenog potrošačkog indeksa (EHCI) za 2015. godinu. No, mnogi se ne bi složili s vama; ni zdravstvena administracija, ni liječnici, ni pacijenti.**

Nisam rekao da je naš sustav apsolutno dobar, nego da je jedan od boljih s obzirom na to koliko u njega ulažemo. U zdravstvu sve košta. Mi ulažemo u zdravstvo pet puta manje od jedne Austrije, a imamo slične rezultate i pokazatelje kvalitete. Stoga je naš zdravstveni sustav re-

>>

U Hrvatskoj nitko ne zna točno kolike su liste čekanja. One su predmet manipulacije svih dionika u sustavu, od zdravstvenih ustanova do zdravstvene administracije

Nisam protiv privatiziranja, ali na način da to čini napredak u sustavu, a ne štetu. Imate 22 milijarde kuna na raspolaganju, a oko vas su morski psi koji ne vode računa o razini zdravstvene zaštite i hrvatskim građanima, nego gledaju kako će ugrabiti dio tog kolača

Ipak, smatram kako zdravstveni sustav najbolje funkcionira u Hrvatskoj. Navedite mi jedan koji funkcionira bolje. Je li to gospodarstvo, školstvo, pravosuđe ili možda javna uprava?

lativno jako dobar. Naravno da može biti puno bolji, ali ako uložimo u njega. Hrvatskoj ovaj trenutak nedostaje 298 tisuća zaposlenih da bi imala prosječan broj zaposlenih u EU-u. Svaki zaposleni u prosjeku godišnje izdvaja 12 200 kuna za zdravstvo, a to je 3 do 4 milijarde dodatnih sredstava. Kad bi zdravstveni proračun raspolagao s 26 ili 27 milijardi kuna, ne bismo imali nikakvih problema niti dugova. O tome ja govorim. Imamo jako dobar zdravstveni sustav s obzirom na stanje u državi i u gospodarstvu, pa i s obzirom na ono što u njega ulažemo. Dok ne povećamo ulaganje ne može nam biti bolje.

■ **Izjavili ste da mediji neopravdano prikazuju stanje u zdravstvu u najcrnijim bojama...**

Postoje dvije stvari. Mediji često puta ne ulaze u bit stvari i prečesto idu za senzacionalizmom. S druge strane to dobro koriste privatni lobiji koji guraju svoje interese i tvrde kako će sve biti bolje ako se privatizira. Nisam protiv privatiziranja, ali na način da to čini napredak u sustavu, a ne štetu. Imate 22 milijarde kuna na raspolaganju, a oko vas su morski psi koji ne vode računa o razini zdravstvene zaštite i hrvatskim građanima, nego gledaju kako će ugrabiti dio tog kolača.

■ **Koji su to morski psi? Možete li biti konkretniji?**

Imate niz interesnih skupina, tko god je ušao u privatni biznis, njemu javni sustav smeta na neki način. I to je prirodno, normalno i legalno. No zadatak je države da primarno brine o svojim građanima, jer njezin je smisao postojanja osiguravanje određenog životnog standarda, a to svakako uključuje dobro zdravstvo, kvalitetno školstvo te pravnu i fizičku sigurnost. Engleska je kolijevka neoliberalnog tržišnog modela, a ponosi se svojim javnim zdravstvom. Koje zemlje imaju najveći postotak privatnog udjela u zdravstvu? Srbija, Cipar, dakle sve one koje su nisko na ljestvici po kvaliteti i dostupnosti zdravstva. Najmanji udjel privatnog u zdravstvu imaju Engleska i Njemačka, dakle razvijene zemlje, iako se u medijima servira druga priča. Zdravstvo u Hrvatskoj mora ostati javno; nisam protiv privatne inicijative, ali ona mora biti transparentna i na zdravim i jasnim osnovama.

■ **Vi ste za sinergiju privatnog i javnog u zdravstvu. Kakav je njihov odnos trenutno?**

Trebao bi biti više transparentan. Svaka transakcija između javnog novca i privatne usluge mora biti apsolutno transparentna. Kada nastaje korupcija? Ona nikada ne nastaje između javnog i javnog niti između privatnog i privatnog. Javlja se isključivo između javnog novca i privatne usluge. Nije toliko problem odnos između privatnog i javnog, nego to što mi nemamo povjerenja u sustav. A to nepovjerenje dovodi do njegova urušavanja. Ipak, smatram kako zdravstveni sustav najbolje funkcionira u Hrvatskoj. Navedite mi jedan koji funkcionira bolje. Je li to gospodarstvo, školstvo, pravosuđe ili možda javna uprava?

■ **Sustav javne nabave slaba je točka našeg zdravstva. Ministar rješenje vidi u objedinjenoj javnoj nabavi...**

Sasvim je irelevantno je li javna nabava centralizirana ili decentralizirana. Bitno je da se ona obavlja kvalitetno, transparentno i pošteno. Što vam zapravo garantira centralizirana javna nabava? Transparentnost ne, čak ni uštedu. U jednom segmentu možda da, zato što se nabavlja više komada, pa će netko dati popust, ali u konačnici možete dobiti monopol, a samim tim i više cijene.

■ **Imate li vi kakav prijedlog?**

Kako je to napravljeno u Švedskoj, Danskoj ili Njemačkoj? Prije svega treba mijenjati odnose u društvu. Osobno sam čak za decentraliziranu javnu nabavu, da je zdravstvene ustanove same organiziraju, ali na jasan način. Uostalom, ako ćemo to raditi korektno, neće biti pitanje tko će to raditi. Pitanje je radi li se to korektno na bilo kojoj razini. Zato mi stalno nešto pokušavamo, te centralizirati, te decentralizirati. Ja sam za decentralizaciju. Hrvatska je visoko centralizirana država i nismo se time baš usrećili svih ovih godina.

■ **Outsourcing u zdravstvu? Ponovno se priča o njegovu uvođenju. To je pokušala i bivša vlada, ali je odustala zbog velikog otpora sindikata. Kakav je vaš stav o tome?**

Načelno nisam za *outsourcing*. Više smo za tzv. *spin-off*, a to znači da unutar javnog sustava oformite jedan *pull* zajedničkih službi koji će servisirati sve zdravstvene ustanove (računovodstvo, čistačice itd.).

Kad govorimo o *outsourcingu*, treba biti pažljiv. Tu se treba postupati od slučaja do slučaja. Treba analizirati svaku zdravstvenu ustanovu posebno. Zašto bi neka bolnica, koja je puno uložila i ima dobro opremljene i organizirane popratne službe, to sad dala u *outsourcing*? A što s prostorima, opremom i ljudima? Priča je da će *outsourcing* biti jeftiniji. Koja je njegova zamka? Ako nemate više svojih čistačica, svoje praonice, ako ostanete bez ičega, tko vam jamči da privatnici neće dignuti cijene? Vi morate imati te usluge, a privatnici dolaze u priliku da diktiraju cijene. Stoga treba individualno pristupiti tom pitanju, a ne generalno, kao što mi obično radimo. Prepustimo odluku menadžmentu bolnice. Što će nam menadžeri ako se svime želi upravljati iz jednoga mjesta?

■ **Na bolnički sustav otpada gotovo pola zdravstvenog budžeta, a bolnice stalno generiraju nove dugove. Kako racionalizirati njihovo poslovanje? Što mislite o uvođenju pravih menadžera na čelo bolnica, koji bi njima upravljali uz medicinskog ravnatelja (liječnika), što je bila ideja bivše administracije?**

Mi smo za menadžerske ugovore. Menadžment u bolnicama treba profesionalizirati i zaštititi. Nije jednostavno voditi zdravstvenu ustanovu. Tko troši zdravstveni proračun? Ravnatelji koji moraju biti vrednovani na temelju rezultata rada. Zalažem se da ravnatelji budu liječnici, ali educirani, koji imaju znanja iz menadžmenta, koji poznaju poslovne procese.

■ **Gdje ćemo naći takve liječnike?**

Educirajmo ih, školujmo, licencirajmo! Mi u udruzi poslodavaca već dugo imamo takvu školu. Preferiram liječnike s takvim znanjima jer je zdravstvo vrlo specifično. Osnovna zadaća u zdravstvu nije profit, nego zdrav čovjek. Zadovoljstvo građana je glavni indikator, uz što manje ulaganja. Ne znači ako ste vrhunski profesor na klinici da ste i dobar menadžer. Voditi zdravstvenu ustanovu vrlo je zahtjevno i kompleksno. Takav menadžer mora biti zaštićen i profesionalan. Da biste bili uspješan ravnatelj morate isprijecati čitav niz odnosa unutar svoje ustanove. Morate nekad doći i u konflikt sa svojim kolegama i suradnicima. I što se onda dogodi? Nakon godinu, dvije, ili tri,



Uspješan ministar mora imati ekipu specijalaca koji će znati provesti njegovu zdravstvenu politiku. Poruka je to mr. Jurkovića koji je i sam bio "specijalac" bivšeg ministra Milinovića

vraćate se među svoje kolege i oni su svi protiv vas. Uz stalne promjene ravnatelja, i to bez kriterija poslovne uspješnosti, nikad nećemo imati uspješan menadžment. A koji će to ministar biti uspješan bez njega? Jer oni vam troše novac i provode vaše zamisli. Oni dizajniraju zdravstveni sustav, oni su na terenu. Ako želite biti uspješan ministar, morate imati ekipu specijalaca koji dobro poznaju sustav i koji će znati provesti vašu zdravstvenu politiku.

■ **Reorganizacija bolničkog sustava? Ministar je najavio jednu nacionalnu bolnicu za odrasle i jednu za djecu u Zagrebu te osam regionalnih i dvije subregionalne bolnice. No pobune stižu sa svih strana. Čak i iz reda vladajućih! Slažete li se s najavljenim planom reorganizacije bolničkog sustava i hoće li to biti provedivo?**

Mislim da to nije trebalo tako postaviti. Zato postoji akreditacija i kategorizacija bolnica i uopće ne treba otvarati pitanje koja će bolnica biti regionalna, koja subregionalna...

■ **Mislite da je ministar pogrešno „startao“ s tom reorganizacijom?**

Mislim da jest. Nije cilj da neku bolnicu nazovete regionalnom, već da odredite što će koja bolnica raditi, koju opremu može nabavljati i do složenosti kojih postupaka može ići. Tako se kategoriziraju

i akreditiraju bolnice i izbjegava osjetljiva terminologija. Naši su ljudi naime vrlo osjetljivi; kod nas je rivalstvo prisutno na svim područjima. Kategorizacijom i akreditacijom, što je uobičajeno u cijelom svijetu, situaciju rješavate elegantno. Ali vratimo se pravoj reformi, a to je masterplan bolnica. Nacionalni plan razvoja bolnica također je započet u naše vrijeme, ali na kojem mi nismo uspjeli puno napraviti. O čemu je tu riječ? Riječ je u objedinjavanju djelatnosti; treba napraviti jedan centar gdje ćemo imati sve stručnjake, dovoljan broj intervencija, vrhunsku opremu, dakle centar izvrsnosti. Svaka bolnica mora imati četiri osnovna odjela, a to su ginekologija, kirurgija, interna i pedijatrija te OHBP. U suprotnom, smanjit će se razina zdravstvene zaštite i povećati troškovi. Sve drugo je podložno analizi. Masterplan mora biti usvojen konsenzusom, jer se radi o procesu koji će trajati više od desetljeća. Ljudi nisu figure. Ne možete samo tako ortopedu iz Gospića reći da će od sutra raditi u Zadru. No, ako znamo da će centar za ortopediju u budućnosti biti u Zadru, onda ćemo tamo koncentrirati svu opremu, graditi potrebne kapacitete, davati specijalizacije. Ako će svaka zdravstvena administracija mijenjati masterplan, onda od toga neće biti ništa. Masterplan je užasno bitan, to je temeljni dokument bolničkog sustava! To je plan za razvoj našega bolničkog sustava za sljedećih 10, 15 i 20 godina. I njega moraju podržati apsolutno svi.

■ **Premijer Orešković izjavio je kako će do 2018. zdravstvo biti bez kune duga. Ministar Nakić je taj rok pomaknuo za kraj mandata. Je li to po vašem mišljenju ostvarivo?**

Ovaj zdravstveni sustav sa 72 tisuće zaposlenih, pravima koje imamo, ovim brojem zdravstvenih usluga, postojećim uredbama o koeficijentima plaća, košta minimalno 23 do 23,5 milijarde kuna. Ako dobro gospodarite, s 23 milijarde možete proći bez stvaranja novih dugova. Zato kažem da je ministar napravio veliku stvar što je sačuvao proračun kako zdravstveni sustav ne bi stvarao novi dug. Ako ćete ga smanjiti za milijardu, onda morate otpustiti tri tisuće ljudi iz sustava, ili smanjiti zdravstveni standard, ili stvarati nove dugove. On košta 23 milijarde kuna kako god vi okrenuli, kakav god model plaćanja uveli. Zdravstvo bi prema propisima trebalo imati 24 milijarde kuna, ali Vlada umjesto 3, 9 milijardi daje HZZO-u 2,4 milijarde. Dakle, milijardu i pol kuna svake godine Ministarstvo financija duguje

zdravstvu. Odgovorno tvrdim premijeru i ministru da se s ovom razinom sredstava dug ne može vraćati, ali se dobrim gospodarenjem može spriječiti stvaranje novog. Dug će se moći vraćati jedino rastom broja zaposlenih i rastom BDP-a. Porast BDP-a za samo jedan posto rezultira s 200 milijuna kuna više u zdravstvenom proračunu.

■ **Kao problem naveli ste i to što predstavnici Hrvatskog liječničkog sindikata i vaše Udruge ne sjede u Gospodarsko-socijalnom vijeću (GSV). Zato i tražite izmjene i dopune Zakona o reprezentativnosti.**

Imamo apsurd da u GSV-u, kada se raspravlja o zdravstvu i donose ključni zakoni, ne sjede dvije ključne grupacije, predstavnici Liječničkog sindikata koji zastupaju liječnike kao nositelje zdravstvenog sustava i mi kao Udruga poslodavaca čiji su članovi gotovo sve javne zdravstvene ustanove s gotovo 70 tisuća zaposlenih. Kakav je to nakaradni Zakon? Umjesto nas, sjedi Hrvatska udruga po-

slodavaca (HUP), koja ima nekoliko članova iz farmaceutske industrije i nekoliko ustanova za kućnu njegu. To je neprihvatljivo. Aktualni Zakon o reprezentativnosti ne uvažava specijaliziranost pojedine grane i djelatnosti, kao što je to zdravstvo. Zakon je rađen za sve djelatnosti, stoga ga treba prilagoditi specifičnostima.

■ **Nedavno ste potpisali Sporazum o suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom.**

S Komorom posljednjih godina surađujemo jako dobro. Ona se bori za ostanak liječnika u Hrvatskoj, za njihove bolje radne i materijalne uvjete, za bolju edukaciju, a nama je kao Udruzi poslodavaca u interesu da imamo kvalitetan kadar koji će nositi naše aktivnosti. Potpisali smo sporazum o suradnji na svim stručnim pitanjima, ali i zajedničkom istupanju prema tijelima javne vlasti, sindikatima i drugima. Našli smo niz dodirnih točaka, a sve u interesu zdravstva. Sporazum je samo formalizacija naših dobrih odnosa. ■

ŽIVOT JE PUTOVANJE.
UŽIVAJTE U VOŽNJI...

BILO GDJE U SVIJETU.

Last minute
RENT A CAR

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

MI BRINEMO ZA VAŠE FINANCIJE!



Povoljno
refinancirajte
kredite drugih
banaka!

Gotovinski
kredit bez
naknade
putem online
zahtjeva!

Paket MedEx

- podizanje gotovine **bez naknade** Visa Electron/Maestro karticama tekućeg računa na bankomatima svih banaka u zemlji
- dopušteno prekoračenje po tekućem računu u visini do 3 redovna primanja, max. 40.000 kn
- MasterCard revolving kreditna kartica s limitom do 5 redovnih primanja, max. 60.000 kn, uz kamatnu stopu na revolving kredit 8,90%
- internetsko, mobilno i telefonsko bankarstvo, SMS info
- direktno zaduženje i trajni nalog
- devizni i žiro-račun bez naknade za vođenje računa
- osiguranje od posljedica nesretnog slučaja

Stambeni krediti u kunama i eurima s kamatnom stopom već od **3,69%** (EKS od 4,58%*)

Gotovinski kredit u kunama i eurima s kamatnom stopom već od **5,61%** (EKS od 5,93%**) **AKCIJA DO 30.6.2016.**

Za sve dodatne informacije obratite nam se putem info telefona na broj 0800 20 32 04 ili putem e-maila hlk@splitskabanka.hr

 **SPLITSKA
BANKA**



**GRADIMO USPJEH
ZAJEDNO**

SOCIETE GENERALE GROUP

*EKS je izračunat za kredit u iznosu 75.000 EUR i rok otplate 30 godina, uz fiksnu kamatnu stopu 3,69% za prvih 5 godina otplate i 4,79% u ostatku otplate i naknadu 160 EUR

** EKS je izračunat za kredit u iznosu 10.000 EUR i rok otplate 84 mjeseca i naknadu 30 EUR

MLADA HEMATOLOGINJA

Dr. Inga Mandac Rogulj:

„Dosljedni smo u liječenju naših bolesnika prema svim europskim i svjetskim kriterijima“

Razgovorala / DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN
daniela.dujmovic@hlc.hr

Razumijem zašto nas taj vanjski organizirani i bogatiji svijet privlači, ali isto tako vjerujem da i ovdje možemo mnogo napraviti, uložiti svoje znanje, volju, pozitivnu energiju te pomaknuti stvari nabolje

Mislim da je važno otići na edukaciju u inozemstvo, na klinike koje stvaraju današnju medicinu, naučiti što više i iskoristiti vrijeme za uspostavljanje veza koje će se nastaviti i kad se vratite u Hrvatsku

Dok mnoge djevojčice sanjaju kako će, kad odrastu, biti glumice, pjevačice, plesačice ili možda princeze, dr. Inga Mandac Rogulj još je u petom osnovne odredila da će studirati medicinu. Da za tu zahtjevnju profesiju ima dara prepoznao je i njezin tadašnji profesor biologije iz sinjske opće gimnazije, jer je ta mlada Sinjanka pokazivala iznimno zanimanje za taj predmet. Kad se hoće sve se može, pa i upisati Medicinski fakultet u Zagrebu, a dr. Mandac Rogulj nije bila samo dobar student, nego je i dobila dekanovu nagradu za najboljeg studenta 6. godine fakulteta. Dakle najbolja od najboljih. Njezin odabir na kraju bila je hematologija, s kojom se susrela na trećoj godini medicine, i to na Zavodu za hematologiju KBC-a Merkur, gdje i danas radi kao odjelni liječnik. Nakon što je 2010. specijalizirala internu medicinu, provela je u sklopu subspecijalizantskog staža hematologije šest mjeseci na jednoj od najboljih hematoloških klinika na svijetu, u Seattleu. Viši je predavač na zagrebačkom Zdravstvenom veleučilištu iz predmeta farmakologija, a kao vanjski suradnik predaje temelje kliničkog umijeća na zagrebačkom Medicinskom fakultetu. Majka je trogodišnje djevojčice, a „bake-servis“ dolaze po pozivu iz Sinja i Dicma. Iako su svakodnevno bombardirani pozivima za odlazak iz Hrvatske, i to iz hematološkog kruga, našoj sugovornici to ne pada na pamet. Najlakše je, kaže, otići, a sudeći prema njezinoj dosadašnjoj povijesti, dr. Mandac Rogulj sigurno nije žena i liječnica koja lako odustaje.

■ **Kada vas je zainteresirala hematologija? Što vas je privuklo? Kako ste odabrali baš tu specijalizaciju?**

Medicinu sam upisala sa željom da budem kliničar, a hematologija me privukla još na trećoj godini MEF-a. Tad sam kao studentica na vježbe iz Interne propedeutike bila raspoređena u Zavod za hematologiju KB-a Merkur. I danas se sjećam imena svoje prve pacijentice s ne-Hodgkinovim limfomom kojoj sam trebala uzeti anamnezu i napraviti status. Privukla me ta energija i optimizam bolesnika na hematološkom odjelu, a kad sam poslije upoznala liječnički tim, medicinske sestre i ostalo osoblje na Zavodu, znala sam da je to mjesto gdje želim gra-

diti svoj profesionalni put. Danas sam član tog tima i sretna što mogu zajedno s njima biti uz bolesnika od trenutka sumnje i potvrde dijagnoze pa proći sve faze liječenja, a poslije (i najčešće) ambulantnog praćenja.

Hematologija se svakodnevno razvija u dijagnostičkom i terapijskom smislu, a uspješni liječenja hematoloških bolesti su mnoge od njih pretvorili u kronične poremećaje koji gotovo nimalo ne utječu na kvalitetu života. Jedan je od najboljih primjera kronična mijeloična leukemija.

Posebno mjesto zauzima i alogenična transplantacija matičnih stanica, specifična metoda liječenja koja često donosi cijelu pale-

tu mogućih kliničkih situacija, svojevrsnih izazova hematolozima, ali i ostalim liječnicima koji prate takve bolesnike.

■ Kakvo je liječenje hematoloških bolesnika u Hrvatskoj u usporedbi sa zapadnom Europom i SAD-om?

Imamo dobru hematološku mrežu diljem Hrvatske i našim bolesnicima pružamo dobru kliničku skrb prema načelima dobre kliničke prakse i prema smjernicama dijagnostike i liječenja prihvaćenim u nas i u svijetu.

Hrvatsko hematološko društvo i Hrvatska kooperativna grupa za hematološke bolesti (KROHEM) svojim znanstveno-strukovnim aktivnostima predlažu dijagnostičko-terapijske postupnike koji se provode i u zapadnoj Europi i SAD-u, a odgovaraju najvišim standardima.

■ Kakvo je sudjelovanje naših hematoloških centara u kliničkim istraživanjima?

Klinička istraživanja su svakodnevica na mnogim hematološkim odjelima. Ona omogućavaju hematološkim bolesnicima da dobivaju lijekove koji im uglavnom ne bi bili dostupni u našoj svakodnevnoj kliničkoj praksi. Provode se prema unaprijed određenom planu ispitivanja (protokolu) te u skladu s nizom međunarodnih propisa, konvencija i smjernica te propisima naših regulatornih agencija. Svako istraživanje pridržava se takozvanih glavnih načela kao što su zaštita prava, sigurnosti i povjerljivosti podataka ispitanika te točnost i pouzdanost rezultata, a skupno ih nazivamo „dobrom kliničkom praksom“.

■ Vi ste prva žena hematolog iz Hrvatske koja je bila pozvana predavač na 20. Europskom hematološkom kongresu u Beču 2015. Kako vam je to uspjelo?

Naš tim hematologa predvođenih profesoricom Slobodankom Ostojić Kolonić prepoznao je mijelodisplastične sindrome (MDS) kao pomalo zanemareno područje u hematologiji te smo 2012. godine uputili zamolbu za uključenje u Europsku grupu za mijelodisplastične sindrome (EUMDS). U travnju 2013. smo prihvaćeni, a tada smo ostvarili i dobru suradnju s austrijskim kolegama u



Dr. Inga Mandac Rogulj: lijepa, pametna i uporna, a medicinu doživljava kao poziv. Može li više?

Salzburgu te i na taj način počeli zauzimati svoje mjesto u MDS-u.

Vjerujem da su te aktivnosti, i činjenica da smo bili najmlađi članovi EUMDS-a, privukli pozornost organizatora kongresa u Beču i da sam dobila poziv da održim predavanje o MDS-u u Hrvatskoj. Ovo je iskustvo rezultiralo uključenjem u još jednu europsku grupu za klinička istraživanja u MDS-u, na osnovi koje je u Hrvatskoj četirima hematološkim centrima povjerena klinička studija za liječenje MDS-bolesnika visokog rizika, a nakon primjene 5-azacitidina.

■ S obzirom na to da se stalno govori o odlasku preko granice, kakvi su vaši planovi? Jeste li zadovoljni s mogućnostima koje vam se u profesionalnom smislu pružaju u Hrvatskoj?

Radim posao koji volim, u okolini koja je poticajna za stalno učenje i uvođenje novih ideja (a koje imaju podlogu u medicini zasnovanoj na dokazima), i u kojoj se osjeća velik entuzijazam. Provela sam u sklopu subspecijalizantskog staža iz hematologije šest mjeseci na jednoj od najboljih klinika na svijetu, Seattle Cancer Care Alliance, gdje sam i radila kao specijalizant hematologije, te jedan dio i u istraživačkom laboratoriju velikog Fred Hutchinson Cancer Research Centra u Seattleu. Očarala me raskoš u svakom smislu riječi - uvjeti i mogućnosti koje imaju njihovi bolesnici, uvjeti koje imaju njihovi liječnici. Sve je tako posloženo i

organizirano da se liječnici mogu potpuno posvetiti bolesniku, bez zamaranja s proračunima bolnica, šifriranja otpusnih dijagnoza i brojnim „paramedicinskim“ poslovima s kojima se suočavaju naši liječnici.

Mislim da je važno otići na edukaciju u inozemstvo na klinike koje stvaraju današnju medicinu, naučiti što više i iskoristiti vrijeme za uspostavljanje veza koje će se nastaviti i kad se vratite u Hrvatsku. Prednost nam je što smo svi udaljeni tek s par klikova mišem, i internetsko doba svakako nam predstavlja saveznika u održavanju međunarodne suradnje.

Razumijem zašto nas taj vanjski organizirani i bogatiji svijet privlači, ali isto tako vjerujem da i ovdje možemo mnogo napraviti, uložiti svoje znanje, volju, pozitivnu energiju te pomaknuti stvari nabolje. Jedna od meni najdražih misli vodilja jest: „Idi naprijed i nikad nemoj odustajati...“

■ Koja je vaša poruka studentima i budućim mladim liječnicima?

Bez obzira jeste li vi odabrali medicinu ili je medicina odabrala vas, ona će postati vaš poziv, donijeti puno uzbuđenja, izazova, ponekad vas navesti da posumnjate u sebe i odustanete. Čeka vas cjeloživotno učenje, ali energija koju ćete uložiti vraćat će se u valovima i povremeno vas hraniti zadovoljstvom te postati vaša ovsnost koju ćete osjećati kao liječnik! ■

Koncesija za sve koji je žele?

Piše: DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN
daniela.dujmovic@hlc.hr

Prosječna ocjena zadovoljstva plaćom u domu zdravlja je 1,98, dok je prosječna ocjena zadovoljstva sa stimulacijom i nagrađivanjem kvalitete rada svega 1,43

Čak 87 posto ispitanih liječnika PZZ-a zaposlenih u domovima zdravlja željelo bi raditi kao koncesionar u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje

Mogućnost prijelaza u koncesiju imaju liječnici primarne zdravstvene zaštite, i to liječnici obiteljske medicine, stomatolozi, pedijatri i ginekolozi. U Hrvatskoj je 70 posto liječnika PZZ-a u koncesiji, dok je 30 posto zaposlenika domova zdravlja (prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, najmanje 30 posto zaposlenika iz pojedine djelatnosti mora ostati u domu zdravlja).

Čak 87 posto ispitanih liječnika primarne zdravstvene zaštite zaposlenih u domovima zdravlja, željelo bi raditi kao koncesionar u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Rezultati su to istraživanja koje je proveo dr. **Gali-
bedin Galijašević**, a u kojem je sudjelovalo 307 liječnika PZZ-a u 29 domova zdravlja iz cijele Hrvatske. Istraživanje je pokazalo i kako je populacija liječnika zaposlenih u domovima zdravlja mlađa od prosjeka ukupne liječničke populacije (86 posto ih je mlađe od 50 godina) te da je riječ uglavnom o ženskoj populaciji koja u domu zdravlja radi razmjerno kratko (74 posto radi manje od 10 godina). Podaci su pokazali i da ordinacije u domovima zdravlja uglavnom skrbe za prosječan i nadprosječan broj osiguranika po timu (1.700 je standardan broj osiguranika po liječničkom timu, koliko je propisao HZZO). Samo 43 posto anketiranih liječnika, zaposlenika u domovima zdravlja ima specijalizaciju, a čak 15 posto liječnika bez specijalizacije ne bi željelo nastaviti raditi u PZZ-u, već čeka neku drugu specijalizaciju.

Ispitanici su prosječnom ocjenom 3,01 od 5 mogućih ocijenili zadovoljstvo opremljenošću svoje ordinacije, dok su zadovoljstvo upravom i organizacijom rada doma zdravlja ocijenili prosječnom ocjenom 2,45. Prosječna ocjena zadovoljstva plaćom u domu zdravlja je 1,98 dok je prosječna ocjena zadovoljstva stimulacijom i nagrađivanjem kvalitete rada svega 1,43.

Anketa HLC-a

Anketa Hrvatske liječničke komore, u kojoj je sudjelovalo 99 liječnika u tri zagrebačka doma zdravlja, pokazala je da 74 posto ispitanih liječnika želi raditi u koncesiji. Ipak, njih 70 posto rado bi ostalo u domu zdravlja ako bi ih se primjereno stimuliralo za ostvaren radni učinak. Gotovo svaki drugi ispitanik razmišlja o odlasku na rad u inozemstvo, od čega ih je već 44 posto ostvarilo početan kontakt u inozemstvu. Polovica ispitanika kao razlog razmišljanja o odlasku u inozemstvo navodi bolje uvjete rada, bolja primanja, mogućnost edukacije i priznavanje liječničke struke.

HITNI PACIJENTI INVALIDI TRUDNICE DJECA

U sklopu reforme hitne pomoći i koncesionarima će se uvesti obvezna dežurstva iako tvrde da su i do sada dežurali



Dr. MERI MARGREITNER, savjetnica predsjednika HLK-a za primarnu zdravstvenu zaštitu

Liječnici u domovima zdravlja diskriminirani

Savjetnica predsjednika Hrvatske liječničke komore (HLK-a) za PZZ, dr. Meri Margreitner i članica radne skupine za reformu PZZ-a u Ministarstvu zdravlja,

inače specijalistica obiteljske medicine, zaposlena u Domu zdravlja Zagreb, ističe kako su rezultati anketa očekivani s obzirom na uvjete rada i pravila koja vrijede za rad liječnika u domovima zdravlja. S obzirom na to da je svojevremeno bila zakupac, a danas je zaposlenik doma zdravlja, dr. Margreitner je itekako dobar sugovornik za našu temu. Smatra kako je biti zaposlenikom doma zdravlja diskriminirajuće jer je svakodnevno preopterećen velikim brojem zahtjeva pacijenata i enormnom administracijom. No, za razliku od liječnika koncesionara, za obavljen posao nisu stimulirani ni financijski niti na bilo koji način. Nitko od zdravstvene administracije, smatra, to ne vidi kao problem, jer je zaposlenika domova zdravlja u sustavu PZZ-a svega 30 posto. Tomu pridonosi i činjenica što ih je malo učlanjeno u liječničke udruge i sindikat te su u pregovorima na nižoj ljestvici prioriteta kada je riječ o staleškim pitanjima. To dodatno ohrabruje zdravstvenu administraciju nekih lokalnih sredina da ne

raspisuje natječaje za koncesije. Kao primjer naša sugovornica navodi grad Zagreb u kojem je od 2010., kada je donesen Zakon o koncesiji, čime je tadašnjim zakupcima odobren odlazak u koncesiju, novim koncesionarima postalo svega troje liječnika obiteljske medicine. Iako gotovo svaka županija koja ima više od 30 posto zaposlenika u domu zdravlja godišnje raspisuje natječaj za koncesiju (prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, najmanje 30 posto zaposlenika iz pojedine djelatnosti mora ostati u domu zdravlja), u gradu Zagrebu to ne čine, iako je iz djelatnosti obiteljske medicine čak 43 posto zaposlenika domova zdravlja.

Prava na deklarativnoj razini

Dr. Margreitner pojašnjava da je, prema kolektivnom ugovoru u zdravstvu, zaposleniku doma zdravlja zajamčena ista plaća bez obzira koliko radio. To, koliko će raditi ovisi o karakteru i odgovornosti svakog zaposlenika i njegovoj ljubavi prema poslu. Činjenica je da su oni koji žele ostati zaposlenikom osobe koje žele

>>

Prema anketi Hrvatske liječničke komore, 70 posto ispitanih liječnika ipak bi ostalo u domu zdravlja kad bi ih se primjereno stimuliralo za ostvaren radni učinak

Biti zaposlenikom doma zdravlja diskriminirajuće je jer je svakodnevno preopterećen velikim brojem zahtjeva pacijenata i enormnom administracijom. No za razliku od liječnika koncesionara, za obavljeni posao nije stimuliran ni financijski niti na bilo koji način

određenu sigurnost jer se ne moraju brinuti o nizu stvari kao što treba koncesionar. Ne moraju se brinuti o režijama, nabavi opreme i lijekova, u slučaju bolovanja ili porodiljnog dopusta ili godišnjeg odmora ne moraju sebi i medicinskoj sestri tražiti zamjenu i plaćati je, ne moraju misliti o prihodima kako bi si zajamčili dohodak i dr. No, u nekim domovima zdravlja, ističe naša sugovornica, zaposlenik ima samo na deklarativnoj razini prava koja su mu zajamčena Zakonom o radu i Kolektivnim ugovorom u zdravstvu. Ta „prava“ završavaju odrađivanjem „duplih“ ambulanti za vrijeme godišnjih odmora pa se broj pacijenata s prosječnih 80 penje i na 150 po danu.

Novčana sredstva koje isplaćuje HZZO ista su za koncesionara kao i ona koja za svog zaposlenika dobije dom zdravlja, a ovise o broju osiguranika i dijapazonu pruženih usluga (DTP). Koncesionar ta sredstva ulaže u edukaciju i opremanje ordinacije, tvrdi dr. Margreitner, dok zaposlenikova mogućnost dobivanja željene edukacije te opremanje ordinacije ovisi isključivo o afinitetima i naklonosti ravnatelja, što je, smatra, uistinu frustrirajuće. Navodi anketu iz 2014. u kojoj su se pacijenti izjasnili kako su najzadovoljniji liječnicima obiteljske medicine. S obzirom na to da ih je u sustavu PZZ-a 70 posto, može se reći da su za tu titulu najzaslužniji koncesionari koji su, smatra, motiviraniji pružiti kvalitetniju zdravstvenu skrb pacijentima da bi ih zadržali.

Svima omogućiti odlazak u koncesiju ako to žele

Zaključno, dr. Margreitner smatra kako svim timovima domova zdravlja treba omogućiti da prijeđu u koncesiju ako to žele, ali uz dodatne benefite za deprivirana područja i otoke. „Za slobodu sam odlučivanja odlaska u koncesiju, ali da se uvedu određeni kriteriji i da se ujednače na razini cijele Hrvatske, što sada nije slučaj. U Komori stoga intenzivno radimo na prijedlogu ujednačavanja kriterija za dodjelu koncesije“, otkriva. Liječnike koji ne pokazuju interes odlaska u koncesiju, treba nagraditi i stimulirati za kvalitetu i učinkovitost u okviru doma zdravlja. No, prema postojećim zakonskim propisima, domovi zdravlja zaposlenike mogu stimulirati s najviše tri prosječne plaće godišnje, s tim da dom zdravlja koji je u gubitku uopće ne može isplaćivati stimulacije.



Dr. GALIBEDIN GALIJAŠEVIĆ, predsjednik udruge OEMS

Model domova zdravlja zastario

Obiteljski liječnik zaposlen u Domu zdravlja Zagrebačke županije i predsjednik udruge OEMS (Organizacija i ekonomika medicinskih struka), dr. Galibedin Galijašević, smatra kako je svakako treba napustiti model domova zdravlja koji je možda bio funkcionalan prije 50 godina, ali ne i danas. „Nemojmo biti dogmatici, nemojmo si lagati, dobro je samo ono što u praksi funkcionira, a ne ono što je nekad netko dobro napravio i što je funkcioniralo u tadašnje vrijeme. Pa ne mora to biti dogma za sve vijeke vjekova“, ističe. Činjenica je da u domovima zdravlja praktički više ništa nije ostalo; izgubljene su specijalističke službe kao što su dermatologija, oftalmologija, pulmologija... a zbog nedostatka dobrog zdravstvenog menadžmenta, gubitke pojedinih domova zdravlja morala je i mora sanirati lokalna zajednica. Nema niti sustavnog planiranja specijalizacija u domovima zdravlja, a o opremljenosti i stanju samih ordinacija u mnogim domovima bolje je i ne govoriti.

Nova reorganizacija PZZ-a

Dr. Galijašević već nekoliko godina predlaže reorganizaciju primarne zdravstvene zaštite na tri nova entiteta: zdravstvenog centra, grupne prakse te grozdove praksi (klastere), i to tako da zdravstveni centar primarno osigurava zajedničke funkcionalnosti (administrativne, zdravstvene i medicinske), a djelatnosti se organiziraju po modelu gru-

pnih praksi. Naime, drži da zdravstvenu organizaciju treba koncipirati tako da se zdravstvena usluga maksimalno približi pacijentu u skladu s dosegima moderne medicinske znanosti i tehnologije.

Napominje i kako odlazak svih liječnika u koncesiju, za što se također zalaže, nikako ne bi značilo pravu privatizaciju jer se radi o modelu u kojem javnu zdravstvenu službu u PZZ-u obavljaju samozaposleni liječnici u ugovoru s nacionalnom osiguravajućom kućom, što je slično organizacijskom modelu u Velikoj Britaniji.

Koncesionari učinkovitiji

Dr. **Galijašević** smatra da su koncesionari učinkovitiji jer su i motiviraniji za rad od zaposlenika doma zdravlja. I sam bi htio u koncesiju, odnosno radije koristi termin ugovorni liječnik, jer je riječ o samozaposlenom liječniku u ugovornom odnosu s HZZO-om. Osobno ga frustrira što o sve ovisi o domu zdravlja i o ravnatelju, njihov profesionalni napredak, edukacija, bilo kakva inicijativa. Kao primjer navodi slučaj kad je htio organizirati tečaj o reanimaciji koji bi se održavao svakih šest mjeseci, no na kraju se taj naum pokazao prekomplikiranim jer se sve izbirokratiziralo, tako da je jednostavno morao odustati. „Uvjeren sam da kao koncesionar mogu dati puno više nego što kao zaposlenik doma zdravlja mogu ponuditi svom pacijentu, jer sam kao takav u svemu ograničen i ovisan o volji ravnatelja. Znam da biti koncesionar nije idealno i da to sa sobom nosi niz odgovornosti i rizika, ali barem bih imao slobodu koju bih znao iskoristiti kako treba“, otvoren je naš sugovornik. Zaključuje da se mi kao društvo moramo izdići iznad partikularnih interesa kao što su interesi županija, lokalnih zajednica i ravnatelja domova zdravlja. „Oni su protiv promjena iako je postojeći model organizacije PZZ-a zastario i više ne ispunjava svoju funkciju. S njim bi izgubili svoj položaj, utjecaj i moć, a ni financijski interes nije zanemariv“, direktan je dr. Galijašević.



Dr. MIROSLAV HANŽEVAČKI, drugi dopredsjednik HLK-a i ravnatelj Doma zdravlja Zagreb Zapad

Sustav nagrađivanja za domske liječnike

Drugi dopredsjednik HLK-a i ravnatelj Doma zdravlja Zagreb - Zapad, dr. **Miroslav Hanževački**, smatra kako je suštinski problem trenutnog sustava PZZ-a nepravedan položaj liječnika u domovima zdravlja, koji su za isti posao značajno manje plaćeni od kolega u koncesiji. Stoga u HLK-u rade na prijedlogu sustava nagrađivanja koji bi unutar postojećih propisa trebao u većoj

mjeri umanjiti tu neopravdanu razliku. Ističe kako bi svaka pojedina uprava u domu zdravlja trebala izraditi pravilnike za nagrađivanje djelatnika i prilagoditi ih konkretnim okolnostima u svojoj ustanovi. Vjeruje kako za takav sustav nagrađivanja postoje sredstva te da uz pravilnu primjenu ne bi došlo do ugrožavanja ukupnih financijskih rezultata domova zdravlja. Sustav nagrađivanja trebao bi, mišljenja je, biti više usmjeren na ishode liječenja, a ne samo na plaćanje fakturiranih usluga. Zbog veće stimuliranosti liječnika zaposlenih u domovima zdravlja, dr. Hanževački očekuje udruživanje timova različitih specijalnosti (npr. radiolog, fizijatar, liječnik obiteljske medicine, medicine rada), kako bi se omogućio multidisciplinarni pristup pacijentu, što je svakako lakše organizirati kroz domove zdravlja nego okupljati koncesionare, ističe.

Protiv ukidanja domova zdravlja

Dr. Hanževački je protiv ukidanja domova zdravlja. Napominje kako ne rabimo dovoljno postojeće mehanizme i mogućnosti, a već izmišljamo novo. Zahtjevima za ukidanjem domova zdravlja odgovara protupitanjem: „A zašto ne bismo ukinuli koncesiju?“. Pojašnjava kako su zadnje što nam u sadašnjim prilikama

>>

U Komori rade na prijedlogu sustava nagrađivanja koji bi unutar postojećih propisa trebao u većoj mjeri umanjiti neopravdanu razliku u plaćama između koncesionara i domskih liječnika

Kako je i sam 11 godina bio zakupac, dr. Petric tvrdi da mi zapravo nemamo kontrolu nad onim što se događa u koncesiji te da je ona zato toliko atraktivna

Organiziranje zdravstvene zaštite u ruralnim dijelovima Hrvatske može se riješiti tako da tim u koncesiji koji ima mali broj osiguranih osoba bude plaćen kao standardni tim, a DTP postupci po koeficijentu višem nego u urbanim sredinama

treba destruktivnost i isključivost. „Takvu vrstu rasprava moramo izbjeći jer nam je cilj snažna i kvalitetna primarna zdravstvena zaštita“, kaže te ističe kako je na ravnateljima domova zdravlja odgovornost da prepoznaju stvarne potrebe ljudi koji žive na nekom području i da prema tim potrebama planiraju najbolje oblike organiziranja zdravstvene skrbi. Za to im je potrebna dobra komunikacija s resornim ministarstvom i regionalnom samoupravom, ali i s koncesionarima.

U Splitu nagrađuju domske liječnike

Ravnatelj Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije i pročelnik Katedre za obiteljsku medicinu na Medicinskom fakultetu u Splitu, dr. **Dragomir Petric**, smatra kako nije točna tvrdnja da su koncesionari učinkovitiji u radu od domskih liječnika. Štoviše, smatra kako je ta pretpostavka, koju često ističu koncesionari, uvredljiva jer je utemeljena na broju dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP). Riječ je samo o tome, smatra, da domski liječnici nisu motivirani za izmišljanje postupaka poput koncesionara, jer im plaća ne ovisi o broju obavljenih i registriranih DTP-a. „Temeljna je razlika u stimuliranosti koncesionara da prikazuju svoj rad, a na to se može motivirati i domske liječnike, što smo mi u Splitu i napravili. Donijeli smo interni pravilnik koji nam je omogućio da nagrađujemo liječnike koji registriraju svoje postupke DTP-a, a rezultati su jednaki, ako ne i bolji nego kod koncesionara“, otkriva nam dr.



Dr. DRAGOMIR PETRIC, ravnatelj Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije

Petric. Pojašnjava kako dva puta godišnje analiziraju rad svojih zaposlenika, koji, ako zadovolje sve kriterije, dobivaju stimulaciju, dijelom u financijskom obliku, dijelom kroz edukaciju, odlascima na kongrese i slično.

Koliko su koncesionari uistinu učinkoviti?

Kad bi svi otišli u koncesiju, tko bi dežurao ili išao raditi u ona mjesta u koja nitko neće - pita dr. Petric, ističući kako upravo domovi zdravlja „krapaju“ i pokrivaju sve ono što koncesionari neće. Uostalom, koji je stvarni interes pacijenata da se sve ambulante daju u koncesiju? „Sustav je tu zbog zadovoljstva pacijenta, nije liječnik u središtu interesa, građanima se mora osigurati dostupnost obiteljskog liječnika. Zar ćemo i mi ići prema vrsti koncesije kakva je u stomatologiji u kojoj su stomatolozi privatnici s džeparcem koji im daje država? Pa toga nigdje u svijetu nema!“, kategoričan je naš sugovornik. U konačnici, on je za privatnu inicijativu jer je sustav uranilovki užasno destimulativan, ali zato se i ravnatelji trebaju angažirati i motivirati ljude, jer su uvođenjem i male stimulacije sretni, jer vide da su prepoznati i da se cijeni njihov rad. „Kod nas bi svi htjeli sigurnost javnog sektora, a plaću privatnog, a to ne može ići zajedno“, poručuje naš sugovornik. Kako je i sam 11 godina bio zakupac, tvrdi kako mi zapravo nemamo kontrolu nad onim što se događa u koncesiji te da je zato ona toliko atraktivna. „Pitanje je je li i rad koncesionara razmjerno veći toliko koliko su im veća primanja u koncesiji“, provokativan je dr. Petric. Zaključuje kako je srž svake privatne inicijative maksimalna dobit, što je loše za zdravstvo koje bi trebalo biti neprofitno.

Priču o ukidanju domova zdravlja smatra primjenjivom za Zagreb, no što je s malim mjestima za koja se ne mogu naći liječnici niti za zamjenu, a kamoli za stalan rad? On predlaže da se najprije podijele koncesije za mala i izolirana mjesta, a tek onda za velike gradove, jer onaj sustav koji pogoduje samo velikima nije pošten i nije socijalno osjetljiv. „Samo onaj sustav koji vam daje odgovore na većinu pitanja dobar je za sve“, zaključuje dr. Petric.



Dr. VIKICA KROLO predsjednica KoHOM-a

Koncesija ipak draža od domskog rada

Dr. **Vikica Krolo**, specijalistica obiteljske medicine iz Splita i nova predsjednica Koordinacija hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) koja okuplja obiteljske liječnike koncesionare, ali sve više i one zaposlene u domu zdravlja, tvrdi kako, prema dosadašnjem iskustvu, liječnici koncesionari pokazuju bolju učinkovitost u radu, da su zadovoljniji te da se oni kao udruga zalažu za slobodan izbor koncesije, dok bi se onima koji žele ostati u domovima zdravlja trebalo omogućiti transparentan stimulativni dio prihoda. Organiziranje zdravstvene zaštite u ruralnim i neatraktivnim dijelovima Hrvatske može se riješiti tako da tim u koncesiji koji ima mali broj osiguranih osoba bude plaćen kao puni standardni tim, a DTP postupci po koeficijentu višem nego u urbanim sredinama. Isto tako, takvim bi se liječnicima trebalo osigurati stambeno pitanje, a nakon određenog broja godina u ruralnom području i prednost pri dobivanju koncesija u gradovima. Ističe kako pacijenti uglavnom ne znaju liječe li se kod liječnika koncesionara ili kod zaposlenika domova zdravlja, jer sve usluge dobivaju jednako besplatno prema pravilima HZZO-a. Bez obzira na svu nesigurnost koju koncesijski ugovor predstavlja za liječnike, on je većini ipak draži od rada u domovima zdravlja, jer imaju slobodu odlučivanja i samostalnost u upravljanju radnim procesima, napominje.



Za neorganiziranje dežurstva krivi ravnatelji DZ-a

Glede uvođenja obveznih dežurstava i za koncesionare u PZZ-u u izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti u sklopu reforme hitne medicinske pomoći, dr. Krolo ističe kako su koncesionari i sada dežurali, a ondje gdje nisu, za to su krivi ravnatelji domova zdravlja koji nisu organizirali punktove posebnih dežurstava. Napominje kako nije korektno da dežuraju samo obiteljski liječnici i pedijatri, nego bi trebali dežurati svi liječnici koji imaju licencu, od ginekologa do liječnika sa zavoda za javno zdravstvo. Ističe kako bi dežurstva trebala biti dobrovoljna, ali i da bi trebalo utvrditi i koja su to stanja koja se zbrinjavaju, osigurati uvjete po Pravilniku, poštivati Zakon o radu, osigurati zdravstvene djelatnike od profesionalne i opće odgovornosti i dr. Nije rješenje, smatra, samo nametnuti dežurstva liječnicima, treba osigurati i preduvjete.

Dom zdravlja kao dijagnostički centar

Domove zdravlja trebalo bi reformirati na način da postanu dijagnostički centri, kako bi se rasteretile bolnice, upozorava dr. Krolo. Oni bi trebali postati koordinatori organizacije zdravstvene zaštite na primarnoj razini, a fokus bi im trebao biti palijativa. Domovi bi trebali organizirati i provoditi preventivne programe, organizirati rad patronaže te oformiti grupne terapije kao podršku protiv raznih ovisnosti, ali i objediniti savjetovaništa za pacijente.

20 posto liječnika neće otići u koncesiju

Predsjednica Hrvatske udruge koncesionara primarne zdravstvene zaštite, dr. **Josipa Rodić**, koja okuplja pedijatre, ginekologe, obiteljske liječnike..., inače specijalistica obiteljske medicine iz Zagreba i akupunkturistica, također se zalaže za slobodu odlučivanja liječnika za koncesiju. U udruzi procjenjuju kako 20 posto liječnika

>>



Dr. JOSIPA RODIĆ, predsjednica Hrvatske udruge koncesionara iz primarne zdravstvene zaštite

neće otići u koncesiju nego će radije ostati domski liječnici (zbog sigurnosti, životne dobi...). Nema ništa protiv uvođenja obveznih dežurstava i za koncesionare jer, kaže, da su i do sada dežurali. Problem je u tome što neki domovi zdravlja ne žele raspoređivati koncesionare na dežurstva jer bi im to morali platiti. Stoga, tvrdi, iskorištavaju domske liječnike jer im dežurstva dodatno ne plaćaju, nego im to vode kao preraspodjelu radnog vremena. Dok neki tvrde kako u PZZ-u nedostaje oko 400 liječnika, dr. Rodić napominje kako je zapravo riječ o 1200 liječnika, jer su naši timovi prelaze standard. Standard po timu je 1700 osiguranika, a mnogi ih imaju preko 2000. Isto tako, prosjek pacijenata po danu u PZZ-u je 80, dok je europski prosjek 25 do 35 pacijenata na dan.

Model PZZ-a po uzoru na Veliku Britaniju

I dr. Rodić se zalaže za model PZZ-a kakav je u Velikoj Britaniji, gdje su privatni liječnici u ugovornom odnosu s fondom osiguranja. Osiguranici ne plaćaju ništa, utvrđen je opseg osiguraničkih prava, liječnici imaju pravo zaposliti mlađeg kolegu, mogu nuditi preventivne programe za osiguranike što im se posebno plaća, a nakon umirovljenja ili bolesti, imaju pravo na valorizaciju svega uloženo i pravo na odštetu od liječnika koji od njega preuzima osiguranike, prostor i

opremu. „Kod nas su liječnici koncesionari na vjetrometini ako se slučajno razbole ili sl., a za sve odgovaraju vlastitom imovinom. Ne produljuju im se koncesije, ambulante im se vraćaju domovima zdravlja, da bi ih te iste uprave tražile da preuzmu osiguranike i vrate se na posao, ali kao zaposlenici doma zdravlja“, pojašnjava dr. Rodić. I ona smatra kako je uloga domova zdravlja odavno potrošena te kako nemamo pravo inzistirati na njihovu održavanju samo zbog spomena na svjetlu tradiciju. Postoje modeli koji su puno uspješniji, kao već navedeni u Velikoj Britaniji.

Sve ostaje po starom

I dok liječnici na terenu pričaju jednu priču, zdravstvena administracija, kako to već biva, priča drugu. Tako nam je zamjenik ministra zdravlja dr. **Ivan Bekavac** (s obzirom na to da je u svakoj našoj temi, gotovo ga možemo nazvati kolumnistom Liječničkih novina, na čemu mu se zahvaljujemo), otkrio kako Ministarstvo planira osnažiti i jačati ulogu domova zdravlja, kako je i navedeno u Strategiji razvoja javnog zdravstva od 2016. do 2020., koju je i donijela aktualna zdravstvena administracija. Za sada se ne misli konceptijski ništa mijenjati u organizaciji PZZ-a u smislu odnosa kon-



Dr. IVAN BEKAVAC, zamjenik ministra zdravlja

Razlika u primanjima između liječnika koncesionara i domskih liječnika je oko 30 do 40 posto. Primjerice, osnovna plaća obiteljskog liječnika bez specijalizacije sa 25 godina staža je oko 8 tisuća kuna. Specijalist obiteljske medicine s istim godinama staža ima plaću veću za 500 do 600 kuna. Primanja koncesionara ovise o tome koju opremu koristi, koliko DTP-a napravi, a koliko preventivnih i kroničnih panela. Onaj koncesionar koji je uložio u opremu, može jako dobro zaraditi.

cesionara i zaposlenika domova zdravlja, niti će se dirati koncesijski ugovori. Sve ostaje po starom. Tek nakon što Ministarstvo dobije dokument radne skupine za reformu PZZ-a, onda će se očitovati o prijedlozima i rješenjima te stručne skupine. Ovisno o mogućnostima, ići će i u njihovu provedbu. Ministarstvo se za sada bavilo gorućim problemom dežurstava u PZZ-u kako bi se mogla provesti reforma hitne pomoći, i to kroz izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o obveznom osiguranju.

Nadamo se kako će i ovaj članak pridonijeti rješavanju očito velikog nezadovoljstva liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a tu prije svega mislimo na domske liječnike, iako i koncesionari imaju što reći o načinu i kriterijima za dodjeljivanje koncesija i o samim ugovorima. Potreba za reorganizacijom rada u PZZ-u je očita, a svakako bi trebalo preispitati i današnju ulogu domova zdravlja te ili poboljšati postojeći model ili tražiti nova rješenja. Najgori je *status quo*. Vjerujemo kako će mjerodavni imati sluha za goruće probleme u PZZ-u koji uvelike premašuju pitanje obveznog ili neobveznog dežurstva koncesionara.

Liječnik - zaposlenik doma zdravlja (DZ)

| Prednosti rada u DZ-u | Nedostaci rada u DZ-u |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| sigurnost rada pod okriljem doma zdravlja (ravnatelj odgovara) | za svoj rad nije stimuliran ni financijski niti na bilo koji način |
| zaštićenost Kolektivnim ugovorom (KU) u zdravstvu i Zakonom o radu | ravnatelj DZ-a bira med. sestru / tehničara u timu |
| radio ne radio, zajamčena plaća prema KU u zdravstvu | ravnatelj DZ-a odlučuje o vrsti informatičkog programa koji koriste timovi |
| zamjene za bolovanja osigurava DZ | zaposlenik DZ-a ne može birati željenu edukaciju (odobrava ravnatelj) |
| zamjene za godišnji odmor osigurava DZ | ne može birati opremu prema afinitetima |
| | ne može na vrijeme dobiti potrošni materijal, ako mu ponestane (dobiva ga svaka 3 mjeseca) |
| | većina DZ-a ne osigurava automobil za kućne posjete |
| | koristi li osobni automobil za kućne posjete, za to ne dobiva odgovarajuću naknadu |
| | ne može dobiti za svoj tim dodatnu sestru, administratora ili dodatnog liječnika ako za to ima potrebe |

Liječnik-koncesionar

| Prednosti rada u koncesiji | Nedostaci rada u koncesiji |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| koncesionar može birati medicinsku sestru / tehničara u timu | financijska nesigurnost (ovisnost o broju pacijenata i pruženim uslugama) |
| odlučuje koju će vrstu informatičkog programa koristiti u ordinaciji | u slučaju bolovanja med. sestre / tehničara ili osobnog bolovanja koncesionar je dužan osigurati i platiti zamjenu |
| novčana sredstva HZZO-a ovise o broju pacijenata i učinjenim uslugama | za vrijeme svog porodiljnog dopusta ili porodiljnog med. sestre, dužan je osigurati i platiti zamjenu |
| bira željenu edukaciju | u slučaju godišnjeg odmora med. sestre / tehničara i za vrijeme vlastitog godišnjeg, dužan je osigurati i platiti zamjenu |
| bira opremu prema afinitetima | za vrijeme edukacije i specijalizacije dužan je osigurati i platiti zamjenu |
| potrošni materijal nabavlja istog dana ako mu ponestane | financijski gubici u poslovanju koncesionara podmiruju se iz njegove osobne imovine |
| ima automobil za kućne posjete | sam plaća osiguranje od odgovornosti za med. sestru i sebe. U slučaju odštetnog zahtjeva morat će ga namiriti svojom osobnom imovinom |
| prema potrebi može zaposliti dodatnu med. sestru / tehničara, administratora ili liječnika | nema pravo na decentralizirana sredstva, iako su namjenjena obnovi stare i nabavci nove opreme u PZZ-u |

Izvršni odbor pokrenuo postupak za ujednačavanje članarina!

Na sjednici Izvršnog odbora Hrvatske liječničke komore (HLK), održanoj 1. lipnja 2016., usuglašen je prijedlog za ujednačavanje iznosa članarina za članstvo u HLK-u. „Donošenje ove odluke inicirao sam potaknut nalazom i preporukom financijske revizije da se, zbog veće transparentnosti financijskog poslovanja Komore, promijeni

način naplate članarine i to u smislu formiranja jedinstvene članarine za sve članove. Na taj način stvorit ćemo okvir u kojem će svi članovi jednaka prava ostvarivati ispunjavanjem jednakih obveza. Pojednostavit će se naplata članarine i omogućiti njena bolja kontrola što će u konačnici rezultirati većom uspješnošću u naplati članarina“,

uvodno je naglasio predsjednik HLK-a. Nakon duge i sadržajne rasprave, jednoglasno je odlučeno da se Vijeću i Skupštini Komore uputi na odlučivanje nacrt prijedloga Odluke o određivanju jedinstvenog iznosa članarine za članstvo u HLK-u – za radno aktivne članove u iznosu od 125 kuna mjesečno, a za umirovljenike u iznosu od 60 kuna mjesečno. Odluka bi stupila na snagu 1. siječnja 2017. godine.



Izvršni odbor Komore usvojio je i prijedlog Odluke za odabir ponuditelja za izgradnju integriranog informacijskog sustava HLK-a te prijedlog Odluke o ugovaranju pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti. Jedinstveni je stav Odbora da bi se donošenjem predloženih odluka odlučno krenulo u unaprjeđenje efikasnosti rada stručnih službi Komore te pružila značajna financijska zaštita članovima u slučaju kaznenih i prekršajnih postupaka proizašlih temeljem obavljanja liječničkog zvanja.

Vijeće Komore podržalo ujednačavanje članarina; odluku o KIIS-u i osiguranju pravne zaštite za članove prepustilo Skupštini!

Prvi potpredsjednik Komore, dr.sc. **Krešimir Luetić**, predstavio je Vijeću izvješće Radne skupine za rješavanje informatičkih softverskih aplikacija HLK-a o provedenom pozivnom natječaju za izgradnju Komorinog integriranog informacijskog sustava (KIIS) te je iznio prijedlog Odluke o odabiru izvršitelja. Izvješće je jednoglasno usvojeno.

Član Izvršnog odbora, dr. **Miran Cvitković**, pojasnio je značaj ugovaranja pravne zaštite za liječnike te je članove Vijeća upoznao s prijedlogom Odluke o ugovaranju pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti.

Ocijenivši da se radi o odlukama od strateškog značenja za rad Komore, Vijeće Komore je jednoglasno prihvatilo prijedlog **predsjednika HLK-a** da se odluke o izgradnji KIIS-a i ugovaranju osiguranja

pravne zaštite prepuste na donošenje Skupštini HLK-a.

Nakon provedene rasprave Vijeće je jednoglasno podržalo prijedlog Odluke o upisnici te načinu utvrđivanja i visini iznosa članarine za članove HLK-a kojim

se ujednačava mjesečna članarina za radno aktivne liječnike na iznos od 125 kuna te za umirovljene liječnike na iznos od 60 kuna.

Vijeće HLK-a jednoglasno je, bez rasprave, usvojilo prijedlog Pravilnika o zaštiti na radu.



ODRŽANA SKUPŠTINA KOMORE

Hauser predsjednik Skupštine, Malović rizničar Komore

Skupština je usvojila Odluku o ujednačavanju članarina i Odluku o ugovaranju osiguranja pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku za djela iz profesionalne djelatnosti



Novi predsjednik Skupštine HLK-a
doc. Goran Hauser

Novi predsjednik Skupštine HLK-a je doc. dr. sc. **Goran Hauser**. Odlučili su to delegati na 4. sjednici Skupštine koja je održana 4. lipnja u velikoj dvorani Hrvatskog liječničkog doma u Zagrebu. Glasovanje je bilo javno, a doc. Hauser je izabran velikom većinom glasova (od 113 delegata koji su pristupili glasovanju samo ih je troje bilo suzdržano). Novog predsjednika predložila je dr. sc. **Ines Strenja-Linić**, bivša predsjednica Skupštine HLK-a, a danas predsjednica Saborskog odbora za zdravstvo i socijalnu skrb.

Doc. Hauser je gastroenterolog iz KBC-a Rijeka i predsjednik Županijskog povjerenstva HLK-a Primorsko-goranske županije.

Predsjednik HLK-a mr. sc. Trpimir Goluža predložio je za novog rizničara Komore prim. dr. **Marija Malovića**, specijalista ortopedije i traumatologije te plastične i rekonstruktivne kirurgije iz Klinike za traumatologiju Zagreb, člana Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor HLK-a. Prim. Malović izabran je tajnim glasovanjem, glasovima 115 delegata od 119, koliko ih je pristupilo glasovanju.

Članovi Komore dobit će pravnu zaštitu i osiguranje u trima glavnim područjima: kod kaznenih djela i prekršaja iz profesionalne djelatnosti, u disciplinskim postupcima te u troškovima svih žalbi koje mogu uslijediti u tim postupcima

Izvešće predsjednika o radu IO-a

Predsjednik Komore mr. sc. **Trpimir Goluža** podnio je skupštinarima izvješće o radu Komore u razdoblju od 3. do 4. sjednice Skupštine. Kao najznačajnija postignuća Komore u tom šestomjesečnom razdoblju istaknuo je: stupanje na snagu novog Statuta HLK-a, usvajanje novog organizacijskog ustroja HLK-a prema kojem je provedena nova sistematizacija radnih mjesta u Komori, pokretanje procesa stvaranja Integriranog informacijskog sustava, obavljenu unutarnju reviziju financijskog poslovanja kojom su utvrđena nenaplaćena potraživanja HLK-a u iznosu od oko 5 milijuna kuna te pokretanje njihove naplate kojom je dosad naplaćena gotovo polovica tog iznosa. Naglasio je intenzivnu suradnju s aktualnom zdravstvenom administracijom, koja Komoru drži važnim partnerom u promišljanju svih aspekata zdravstvene politike. Najvrednijim ostvarenjem te suradnje ocijenio je donošenje Pravilnika o pravu na tzv. dvojni rad, koji je zapravo minimalno izmijenjen prijedlog vodstva Komore. Uže vodstvo Komore obišlo je sva županijska

povjerenstva HLK-a, pri čemu je ostvarena vrlo vrijedna komunikacija sa zainteresiranim članstvom. Financijski najuspješnijim projektom označio je projekt reorganiziranja produkcije i marketinga Liječničkih novina, zahvaljujući kojem se očekuje godišnja ušteda od oko 2 milijuna kuna. Uštedena sredstva transferirana su članovima kroz Odluku o jednokratnoj novčanoj pomoći članovima za novorođeno dijete te Odluku o stipendiranju maloljetne djece preminulih članova Komore do njihove punoljetnosti.

Odluka o ugovaranju pravne zaštite u kaznenom i prekršajnom postupku za kaznena i prekršajna djela iz profesionalne djelatnosti koju je na Skupštini prezentirao dr. **Miran Cvitković**, član Izvršnog odbora HLK-a i v.d. voditelja Službe stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova, usvojena je glasovima 119 delegata uz jedan suzdržani glas. Usvajanjem te odluke, svi će članovi Komore koji redovito podmiruju obveze prema Komori imati osigurane troškove pravne zaštite iz područja kaznenih i prekršajnih djela iz profesionalne djelatnosti u disciplinskim postupcima te u postupcima ulaganja pravnih lijekova.

Potencijalna dobit svakog člana nadmašuje 125 kuna mjesečno

Najviše rasprave izazvao je prijedlog **Odluke o upisnini i članarini za članove Komore**. Naime, predloženo je da se mjesečna članarina za sve radno aktivne liječnike ujednači na 125 kuna, a za umirovljenike na 60 kuna. Predsjednik Komore istaknuo je jednoglasnu podršku koju su mu za prijedlog predmetne odluke dali Izvršni odbor i Vijeće Komore. Prijedlog je argumentirao eksplicitnim nalažom i savjetom revizorske kuće koja je obavila reviziju poslovanja HLK-a za 2015. godinu. Niskom uspješnošću naplate članarine obračunavane po principu postotka od plaće, nemogućnošću kontrole korektnosti prikazivanja primanja pojedinih članova pa time i objektivne visine njihove članarine, velikom razlikom u iznosu članarine među pojedinim članovima (raspon članarine kreće se od 40 do 300 kn, što je razlika od 750 posto!). Naglasio je kako se ne radi o povećanju već o ujednačavanju visine iznosa članarine. Iznos predložene članarine usporedio je s visinom članarina u Hrvatskoj odvjetničkoj komori (godišnja članarina 3420 kn), Hrvatskoj komori arhitekata (godišnja članarina 1800 kn) te Hrvatskoj komori inženjera građevinarstva (godišnja članarina 1800 kn), rekavši kako su pogodnosti koje članstvu pružaju u tim komorama značajno manje no pogodnosti koje će članstvom u Komori ostvariti članovi HLK-a. Naime, samo cijena pojedinačno ugovorenog osiguranja pravne zaštite za slučaj kaznenog i prekršajnog djela iz profesionalne djelatnosti, nadmašuje iznos godišnje članarine za članstvo u HLK-u. Iznošenje prijedloga, dr. Goluža je zaključio konstatacijom: „Aktualno vodstvo Komore zalaže se i zalagat će se da svi naši članovi imaju jednaka prava, jednake mogućnosti ali i jednake obveze. U protivnom pristajemo na diskriminaciju pojedinih članova. Smatram da je predloženi iznos godišnje članarine, s obzirom na prava koje pri tome jamčimo našim članovima, i više nego korektan jer potencijalna dobit svakog člana uvelike nadmašuje iznos od 125 kn mjesečno“.



I zamjenik ministra zdravlja dr. Ivan Bekavac i predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo dr. Ines Strenja-Linić digli su ruke za doc. Hausera

Omogućimo novom vodstvu da ispuni svoja obećanja

Na komentar kako je povećanje članarine udar na liječnike koji nemaju visoka primanja niti ih mogu povećati dežurstvima, kao primjerice liječnici zaposleni u zavodima za javno zdravstvo, ili u HZZO-u, ili specijalisti u PZZ-u, delegat doc. dr. **Alen Protić** iz riječkog KBC-a, pozvao je delegate da ne budu sitničavi, naglasivši kako se ništa ne može napraviti bez novca, posebice ne reforme koje novo vodstvo Komore provodi u svim područjima rada Komore. „Omogućimo novom vodstvu da ispuni svoja obećanja. To je za dobrobit svih nas.“, zaključio je. Po završetku rasprave **gotovo jednoglasno je** - sa 118 glasova za, dva suzdržana glasa te bez glasa protiv, **prihvaćen prijedlog Odluke o upisnini i članarini za članove HLK-a**.

„Lijepa naša“ od sada na početku svake sjednice Skupštine Komore

Usvajanjem Odluke o izmjeni i dopuni Poslovnika o radu Skupštine, odlučeno je da će ubuduće svaka sjednica Skupštine HLK-a započinjati izvedbom himne Republike Hrvatske. Obrazlažući prijedlog, predsjednik Komore je rekao: „Skupština Komore najveća je svečanost za HLK. Red je da takvom događaju damo na važnosti. Predlažem da to učinimo odlukom da „Lijepa naša“ bude uvertira svakoga našeg okupljanja“. Najavivši sljedeću sjednicu Skupštine za prosinac 2016., dr. Goluža je podsjetio delegate da će Komora dostojno obilježiti 25. godišnjicu stradanja Vukovara te ih pozvao da o trošku Komore dođu u Vukovar 18. studenog 2016. i pridruže se potpunom vodstvu HLK-a u Koloni sjećanja. Naglasivši da poziv vrijedi za svakog člana HLK-a, najavio je da će se popis zainteresiranih za posjet Vukovaru zaključiti 30. listopada 2016.

Odaziv delegata na sjednicu Skupštine Komore bio je više no dobar. Od 148 delegata, Skupštini je nazočilo njih sto i dvadeset (120), četrnaestero (14) ih se ispričalo, a preostalih četrnaest (14) nije se ispričalo za svoj nedolazak na Skupštinu.

Od 1. siječnja 2017. mjesečna članarina za članstvo u HLK-u iznosit će 125 kn za sve radno aktivne liječnike te 60 kn za umirovljenike.

Novo doba Komore i u informatičkom smislu - HLK će postati e-HLK

Komorin integrirani informacijski sustav (KIIS) bitno će unaprijediti i učiniti transparentnim rad stručnih službi Komore. Uz visoku razinu sigurnosti, omogućit će spregu s ostalim informacijskim sustavima u okruženju te uvođenje multifunkcionalne članske iskaznice, tzv. pametne iskaznice s elektroničkim potpisom.



S lijeva na desno: predsjednik Komore mr.sc. Trpimir Goluža, voditeljica Službe pravnih poslova HLK-a Maja Lacković, novi predsjednik Skupštine doc. Goran Hauser i njegov zamjenik prof. dr. Zvonimir Lovrić

Prvi dopredsjednik Komore dr. sc. **Krešimir Luetić** predstavio je Skupštini Izvješće Radne skupine (RS) za rješavanje informatičkih softverskih aplikacija HLK-a o rezultatima pozivnog natječaja za izgradnju integriranog informacijskog sustava HLK-a. Naglasio je da je stvaranje tzv. e-HLK-a jedno od predizbornih obećanja, koje će aktualno vodstvo Komore ispuniti, kao i svako drugo predizborno obećanje. „Postupak informatizacije HLK-a jedan je od prioriteta našeg djelovanja. U Komori nas je u tom pogledu dočekalo zabrinjavajuće loše stanje. Objektivno smo utvrdili zatečeno stanje, stvorili Strategiju informatizacije HLK-a, raskinuli nepovoljne ugovore o pružanju informatičkih usluga te krenuli u ostvarenje ciljeva utvrđenih strategijom. Do

sad su realizirane aplikacije e-ureda i e-urudžbenog zapisnika te je stvorena nova mrežna stranica HLK-a.“ Nakon što je detaljno pojasnio što je Integrirani informacijski sustav i kakvu bi korist donio Komori, dr. Luetić je objasnio način na koji je RS vrednovala pristigle ponude te je u ime RS predložio Skupštini da prihvati ponudu tvrtke ALFATEC Group d.o.o., koja je ukupno ocjenjena najboljom. Skupština je jednoglasno prihvatila prijedlog dr. Luetića.

Prijedlog Pravilnika o stručnom nadzoru HLK-a te prijedlog Odluke o rebalansu financijskog plana HLK-a za 2016. godinu, također su jednoglasno su usvojeni.



Stvorena dobra osnova za izgradnju jake Komore

Ostvarenja vodstva HLK-a u prvoj godini mandata (lipanj 2015. – lipanj 2016.)

Reorganizacija ustroja i poslovnih postupaka u radu stručnih službi; revizija i racionalizacija financijskog poslovanja

PRODULJENJE RADNOG VREMENA SREDIŠNJEG UREDA HLK-A ZA RAD S ČLANOVIMA
(svaki radni dan od 8 do 20 h; radna satnica povećana za 150%)

USVAJANJE NOVOG ORGANIZACIJSKOG USTROJA HLK-A I PROVOĐENJE NOVE SISTEMATIZACIJE RADNIH MJESTA
(izabrani dužnosnici preuzeli, od stručnih službi, izvršno vođenje Komore i u praktičnom smislu)

STANDARDIZIRANJE POSLOVNIH POSTUPAKA U RADU STRUČNIH SLUŽBI

UVOĐENJE PRINCIPA STRUČNOSTI, ODGOVORNOSTI I INTERNE KONTROLE U POSLOVNE POSTUPKE RADA SLUŽBE PRAVNIH POSLOVA TE SLUŽBE FINANCIJA I RAČUNOVODSTVA

UVOĐENJE SVIH MJERA I ZAKONSKIH ODREDBA VEZANIH UZ VOĐENJE EVIDENCIJE O ZAPOSLENIM RADNICIMA, NJIHOVOM RADNOM VREMENU I ZAŠTITI NA RADU

ZAPOČINJANJE STVARANJA e-HLK, T.J. IZGRADNJE KOMORINOG INFORMACIJSKOG INTEGRIRANOG SUSTAVA (KIIS) koji će povezati sve komorske poslovne postupke u informatički zaokruženu cijelinu. KIIS će uz visoku razinu sigurnosti omogućiti HLK-u umrežavanje i dijeljenje podataka sa svim relevantnim državnim institucijama te će stvoriti preduvjete za uvođenje multifunkcionalne članske iskaznice, tzv. pametne kartice s elektroničkim potpisom

UVOĐENJE e-URUDŽBENOG ZAPISNIKA TE TZV. e-UREDA, elektroničkog sustava distribucije dokumenata unutar HLK-a

UREĐENJE, PRESELJENJE I DIGITALIZIRANJE ARHIVA HLK-A

(izgradnja i opremanje novog prostora arhiva; izdvajanje i eliminiranje registraturnog gradiva kojem je istekla obveza čuvanja u arhivu; digitalizacija, formatiranje i priprema za elektronički dohvat kompletnog sadržaja arhiva – 620.000 dokumenata)

VANJSKA REVIZIJA FINANCIJSKIH IZVJEŠĆA ZA 2014. I 2015. GODINU (angažirana međunarodna revizorska kuća)

UNUTARNJA REVIZIJA FINANCIJSKOG POSLOVANJA = utvrđivanje nenaplaćenih potraživanja HLK-a u iznosu od gotovo 5 milijuna kuna

POKRETANJE POSTUPKA NAPLATE NENAPLAĆENIH POTRAŽIVANJA (pri čemu je naplaćeno gotovo 50% utvrđenog potraživanja)

REVIZIJA UGOVORENIH OBVEZA KOMORE (analiza svih, raskidanje i redefiniranje pojedinih ugovora te sklapanje novih povoljnijih ugovora) = **POSTIZANJE ZNAČAJNIH FINANCIJSKIH UŠTEDA**

IZVRŠENJE SVIH NALOŽENIH MJERA (31) UTVRĐENIH UPRAVNIM NADZOROM MINISTARSTVA ZDRAVLJA (provedenog 09/14)

UBRZAN POSTUPAK RJEŠAVANJA UPRAVNO-PRAVNIH PREDMETA I SPISA

Najznačajnije aktivnosti usmjerene jačanju profesionalne sigurnosti i društvenog statusa liječnika

DONOŠENJE STRATEŠKIH DOKUMENATA: novi Statut HLK-a, Komunikacijski strateški plan, Strategija informatizacije HLK-a, Strategija trajne medicinske izobrazbe, Kodeks medicinske etike i deontologije, Odluka o upisnici i članarini za članove HLK-a

OSNIVANJE POVJERENSTVA ZA MLADE LIJEČNIKE

UNAPRJEĐENJE PRUŽANJA PRAVNE POMOĆI I SAVJETOVANJA ČLANOVA PUTEM PRAVNE SLUŽBE HLK-A I SURADNIH ODVJETNIČKIH UREDA

OSNIVANJE UREDA ZA MEDICINSKO PRAVO, kao središnjeg mjesta koje će članovima nuditi kompletnu pomoć u njihovim pravnim stvarima (od usluga specijaliziranih odvjetnika i konzultanata, do pomoći u vođenju predmeta, vještaka i sl.)

PREUZIMANJE POSTUPAKA ILI DAVANJE PODRŠKE ČLANOVIMA PRI PRIJAVLJIVANJU PRETRPLJENOG NASILJA OD STRANE PACIJENATA

POKRETANJE POSTUPAKA UTVRĐIVANJA NEDOSTOJNOSTI ČLANOVA S PRAVOMOĆNIM SUDSKIM PRESUDAMA ZBOG KAZNENIH DJELA POČINJENIH TIJEKOM OBAVLJANJA LIJEČNIČKE DJELATNOSTI

USPOSTAVA I PROVOĐENJE POSTUPKA ZAŠTITE ČLANOVA OD TZV. MEDIJSKOG LINČA

USPOSTAVA ODLUKE O JEDNOKRATNOJ NOVČANOJ POMOĆI ČLANOVIMA ZA NOVOROĐENO DIJETE U IZNOSU OD 3000 KUNA NETO

DONOŠENJE ODLUKE O MJESEČNOM STIPENDIRANJU MALOLJETNE DJECE PREMINULIH ČLANOVA DO NJIHOVE PUNOLJETNOSTI U IZNOSU OD 500 KUNA NETO

UGOVARANJE POLICE OSIGURANJA PRAVNE POMOĆI U KAZNENOM I PREKRŠAJNOM POSTUPKU ZA KAZNENA I PREKRŠAJNA DJELA IZ PROFESIONALNE DJELATNOSTI

RIJEŠAVANJE IMOVINSKO-PRAVNIH ODNOSA I POKRETANJE RENOVIRANJA STANA U ŠUBIĆEVOJ 11, ZAGREB – stvaranje dviju stambenih jedinica namijenjenih kratkoročnom iznajmljivanju članovima

Aktivnosti na razini komunikacije s članovima i javnošću

POSJET SVIM ŽUPANIJSKIM POVJERENSTVIMA HLK-A

(ostvaren vrlo vrijedan izravan kontakt sa zainteresiranim članstvom u cijeloj Hrvatskoj)

REDIZAJNIRANJE LIJEČNIČKIH NOVINA (LN), u vizualnom i sadržajnom smislu. Samostalno vođenje marketinga + racionalizacija produkcije = **FINANCIJSKA SAMOODRŽIVOST LN-a**

FUNKCIONALNO, SADRŽAJNO UNAPRJEĐENJE I INTENZIVNIJE AŽURIRANJE SLUŽBENE MREŽNE STRANICE KOMORE
www.hlk.hr

OTVARANJE SLUŽBENIH PROFILA HLK-A NA DRUŠTVENIM MREŽAMA (Facebook, Twitter, LinkedIn)

UNAPRJEĐENJE SLUŽBENOG KOMORINOG NEWSLETTERA

ANGAŽIRANJE AGENCIJE ZA ODNOS S JAVNOŠĆU

UČESTALO ISTUPANJE U MEDIJIMA

Potpisani sporazumi o poslovnoj suradnji

SPORAZUM O SURADNJI SA SVIM MEDICINSKIM FAKULTETIMA U HRVATSKOJ (ZAGREB, SPLIT, RIJEKA, OSIJEK)

SPORAZUM O SURADNJI S HRVATSKIM ZAVODOM ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE (HZZO)

SPORAZUM O SURADNJI S UDRUGOM POSLODAVACA U ZDRAVSTVU (UPUZ)

SPORAZUM O SURADNJI S AGENCIJOM ZA ZNANOST I VISOKO OBRAZOVANJE (AZVO)

SPORAZUM O SURADNJI S PRAVNIM FAKULTETOM SVEUČILIŠTA U SPLITU

SPORAZUM O SURADNJI S HRVATSKOM KOMOROM ZDRAVSTVENIH RADNIKA

U sljedećem broju Liječničkih novina donijet ćemo prikaz poduzetih aktivnosti vodstva HLK-a prema državnoj i zdravstvenoj administraciji

Hrvatska liječnička komora donirala 50 tisuća kuna za obnovu vukovarskog Vodotornja!



Vodstvo Komore sa čekom za obnovu vukovarskog Vodotornja



Gradonačelnik Vukovara Ivan Penava i predsjednik Komore mr.sc. Trpimir Goluža

Hrvatska liječnička komora (HLK) donirala je 50 tisuća kuna za planiranu obnovu vukovarskog Vodotornja. Donaciju je, u Središnjem uredu HLK-a, gradonačelniku grada Vukovara Ivanu Penavi predao predsjednik HLK-a mr. sc. Trpimir Goluža dr. med.

„Vlastitim primjerom želimo pokazati da svatko u društvu može konstruktivno djelovati i izvan uskih okvira svoje temeljne djelatnosti. Konkretnim djelima potvrđujemo vjerodostojnost izgovorene riječi! Hrvatska liječnička komora zalaže se i zalagat će se za uvažavanje neupitnih društvenih vrijednosti: znanja, odgovornosti, rada i poštenja pri čemu promoviramo i promovirat ćemo hrvatske nacionalne interese. Vukovar je hrvatska svetinja, a Vodotoranj

simbol hrvatskog zajedništva, ustrajnosti, žrtve i pobjede. Kao takvi i grad i toranj zaslužuju potporu svakog hrvatskog građana, institucije i organizacije“, istaknuo je mr. sc. Goluža.

Gradonačelnik Vukovara izrazio je zahvalnost HLK-u za danu pomoć za obnovu simbola stradanja i obrane teritorija cijele Republike Hrvatske, a ne samo Vukovara.

“Ideja projekta obnove jest da vukovarski Vodotoranj postane trajna „živa“ uspomena na hrvatsko zajedništvo u prošlosti, na snagu i uspjehe hrvatskih branitelja u obrani Vukovara i Hrvatske, ali i trajni pogled u budućnost naše Hrvatske, koja može biti snažna i uspješna samo na tragu zajedništva

pokazanog tijekom najtežih vremena stvaranja hrvatske države“, izjavio je gradonačelnik Penava.

Podsjećamo, u sklopu obnove samog Vodotornja planirano je i uređenje memorijalnog parka s dječjim igralištem i drugim društvenim sadržajima.

„Hrvatska liječnička komora u studenom će, povodom 25. godišnjice stradanja Vukovara, u istočnoj Slavoniji održati niz aktivnosti kojima će odati priznanje, zahvalnost i poštovanje ljudima, događajima i kraju koji je dao neizmjerljivo velik doprinos stvaranju samostalne i suverene hrvatske države“, najavio je predsjednik HLK-a, pozvavši i ostale komore i organizacije u društvu da slijede njihov primjer.

Potpisan Sporazum o suradnji Hrvatske liječničke komore i Udruge poslodavaca u zdravstvu



Voditelj financijske službe HLK-a Blaž Ereš, voditelj Središnjeg ureda HLK-a Ivan Bojčić, Predsjednik HLK-a mr.sc. Trpimir Goluža, predsjednik Predsjedništva UPUZ-a prof.dr.sc. Mladen Bušić, direktor UPUZ-a mr. Dražen Jurković i zamjenik direktora Boris Lukovnjak, mag.oec.

Hrvatska liječnička komora (HLK) i Udruga poslodavaca u zdravstvu (UPUZ) zajednički će nastupati prema tijelima javne vlasti, sindikatima i drugima u pitanjima izgradnje zdravstvenog sustava i u postupku donošenja zakonskih akata. Rezultat je to Sporazuma o poslovnoj suradnji između vodstva HLK-a i UPUZ-a potpisanog 19. svibnja u Zagrebu. O ključnim temama iz hrvatskog zdravstva usuglašavat će stavove redovitim konzultacijama. Sporazum su potpisali predsjednik HLK-a mr.sc. Trpimir Goluža i predsjednik Predsjedništva UPUZ-a, prof. dr. sc. Mladen Bušić.

„HLK kao krovna strukovna organizacija hrvatskih liječnika ima obvezu zastupati

interese svih liječnika i unaprijediti liječničku djelatnost. Poslovna suradnja s najznačajnijom udrugom poslodavaca u zdravstvu nije samo pitanje interesa struke, već pitanje javnog interesa. Svima nam je cilj da zdravstvo konačno počne bolje funkcionirati. S UPUZ-om ćemo surađivati na svim područjima koja se pokažu nužnima u zaštiti zajedničkih interesa i interesa naših članova.“, istaknuo je predsjednik Komore dr. Trpimir Goluža.

„Zdravstveni sustav naše je najveće nacionalno dobro, za čije očuvanje i unapređenje najveće napore trebaju ulagati svi dionici tog sustava, ali i cjelokupnoga hrvatskog društva. U svjetlu toga pozdravljam sporazum između HLK-a i

UPUZ-a i vjerujem da će njegovo ostvarenje značajno doprinijeti upravo postizanju navedenih ciljeva na dobrobit svih korisnika našega zdravstvenog sustava“, rekao je prof. dr. sc. Bušić, predsjednik Predsjedništva UPUZ-a.

Ugovor koji utvrđuje međusobnu suradnju, redovite konzultacije, usuglašavanje stavova i zajedničko organiziranje skupova i inicijativa, a potpisan je 19. svibnja u Zagrebu nakon konferencije "Healthcare reunion 2016." koja je u organizaciji UPUZ-a i pod stručnim pokroviteljstvom HLK-a održana u Opatiji i koja je okupila preko 400 sudionika iz zdravstvenog sustava.

(d.d.o.)

Vodstvo Komore dalo podršku novoj upravi KBC-a Osijek pred kojom je velik posao



Vodstvo Komore u posjetu KBC-u Osijek koji zbog nemara bivše uprave zaostaje za ostalim KBC-ima u državi

Predsjednik Komore mr. sc. Trpimir Goluža ocijenio je kako je u osječkom KBC-u najlošije stanje od svih KBC-ova u državi. Izjavio je to nakon što je s prvim dopredsjednikom Komore dr. sc. Krešimirom Luetićem posjetio taj klinički centar na poziv novog vršitelja dužnosti ravnatelja doc. dr. sc. Željka Zubčića.

Naime, komisija Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor Komore bila je krajem travnja u redovitom stručnom nadzoru u KBC-u Osijek. Rezultati nadzora bili su i više nego zabrinjavajući, posebice na Zavodu za radiologiju. Osim loše infrastrukture, nedostatka suvremene radiološke opreme te loših uvjeta u kojima rade liječnici, komisiju je neugodno iznenadila i razina nesuradnje i nezainteresiranosti te neprofesionalnost bivšeg vodstva bolnice.

Predsjednik Komore dao je podršku novoj upravi, istaknuvši kako pred njima stoji težak zadatak, a to je dovesti KBC Osijek na razinu ostalih KBC-a u državi.

„Siguran sam da je i kvalitetnom suradnjom i sinergijom osječkom KBC-a i Medicinskog fakulteta moguće naći dobra kadrovska rješenja jer je to pitanje perspektive KBC-a Osijek“, zaključio je dr. Goluža.

Tribina „Komunikacija u zdravstvu“

Tribini je nazočilo preko stotinjak liječnika i medicinskih sestara, što potvrđuje dobar odabir tema, ali i to da medicinski djelatnici prepoznaju važnost komunikacije.



Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a i Županijsko povjerenstvo HLK-a Primorsko-goranske županije, organiziralo je 29. travnja u suradnji s MEF-om u Rijeci, Fakultetom zdravstvenih studija i KBC-om Rijeka tribinu „Komunikacija u zdravstvu“. Pozdravnu riječ okupljenima su uputili doc. dr. sc. **Goran Hauser**, predsjednik Županijskog povjerenstva HLK PGŽ-a, i dr. sc. **Krešimir Luetić**, prvi dopredsjednik HLK-a.

Doc. dr. **Vesna Šendula-Jengi**ć, spec. psihijatar u Psihijatrijskoj bolnici Rab, održala je predavanje „Komunikacijske kompetencije

u zdravstvu“, a govorila je o „novim“ komunikacijskim kompetencijama i odgovornoj upotrebi liječničke moći. Doc. dr. **Gordana Pelčić**, pedijatar u Domu zdravlja PGŽ-a postavila je uvijek aktualno pitanje – cijepiti dijete ili ne? Zaključuje da je potrebno educirati roditelje ali i zdravstvene djelatnike. Dr. sc. **Nikolina Dukić Samaržija** s Ekonomskog fakulteta u Rijeci govorila je o „Determinantnoj zdravstvenoj pismenosti i ekonomskim implikacijama“. Doc. dr. **Tomislav Franić**, spec. psihijatar u KBC-u Split, istaknuo je u predavanju „Adolescent, roditelj, liječnik – čujemo li se međusobno?“ tehnologiju kao nezaobilazan način prijenosa informacija, a postavlja i pitanje čiji su cilj i kontekst važniji – roditelja ili djeteta? Gđa. **Nađa Berbić**, urednica i novinarka „Novog lista“, u svom predavanju „Komunikacija – između stereotipa i manipulacije“ postavlja pitanje: možemo li bolje raditi ono što znamo i zaključuje da između liječnika i pacijenta ne bi smjelo biti prepreka komunikaciji.

Tribini je nazočilo preko stotinjak liječnika i medicinskih sestara, što potvrđuje dobar odabir tema, ali i to da medicinski djelatnici prepoznaju važnost komunikacije.

Tea Rosović, dr. med. i Doc. dr. Goran Hauser, dr. med.

Najčešća pitanja i odgovori stručnih službi Komore

Pitanje Službi općih i pravnih poslova Komore

Na koji način mogu ažurirati i dostaviti Komori izmjene u svojim osobnim podacima?

Na web stranici Hrvatske liječničke komore www.hlk.hr u rubrici „obraci“, dostupan je zahtjev za prijavu promjene podataka u javnim knjigama Hrvatske liječničke komore. Taj zahtjev se podnosi ako se radi o promjeni podataka koje ne utječu na promjenu licence, a to su:

1. promjena prezimena,
2. promjena adrese stanovanja,
3. promjena mjesta zaposlenja,
4. promjena broja telefona i mobitela i e-mail adrese

Ukoliko su promijenjeni podaci koji utječu na promjenu odobrenja za samostalan rad (licenca), onda je u istoj rubrici „obraci“ na web stranici Komore, dostupan zahtjev za zamjenu odobrenja za samostalan rad koji se podnosi ukoliko je:

1. stečena specijalizacija ili uža specijalizacija,
2. stečen novi akademski naziv kao što su mr.sc. i dr.sc.,
3. stečeno nastavno zvanje,
4. stečeno znanstveno-nastavno zvanje

Zahtjevi se mogu poslati na e-mail adrese:

vesna.gros@hlk.hr, marina.veceric@hlk.hr

Stručni suradnik,

Marina Večerić, bacc.admin.publ.

Zagreb, Tuškanova 37

tel.: +385 1 45 00 830, fax: +385 1 46 55 465

Najčešća pitanja službi Financijsko-ekonomskih polova Komore

Kako se mogu uplatiti novčane obveze prema Komori?

Na web stranici Hrvatske liječničke komore www.hlk.hr u rubrici „ako trebate“, objavljeni su podaci o načinu uplate i pozivu na broj za plaćanje obveza.

ČLANARINA

IBAN : HR 49 2360000 1101464267

Model plaćanja: HR 67

Poziv na broj: OIB uplatitelja,

Opis plaćanja: mjesec i godina za koju se članarina uplaćuje (www.hlk.hr / Cjenici i troškovnici/ Članarina se plaća prema Odluci o upisnini te načinu utvrđivanja i visini iznosa članarine za članove, čl. 2.-4.)

UPISNINA

IBAN : HR 49 2360000 1101464267

Model plaćanja: HR 67

Poziv na broj: OIB uplatitelja – u tekstu napisati upisnina

Iznos uplate: 400 kn (jednokratno)

POTVRDA O TRENUTNOM PROFESIONALNOM STATUSU

IBAN : HR 49 2360000 1101464267

Model plaćanja: HR 67

Poziv na broj: OIB uplatitelja – 370 redovni postupak – iznos za uplatu 100 kn (jednokratno)

OIB uplatitelja – 390 žurni postupak – iznos za uplatu 200 kn (jednokratno)

POTVRDA O STVARNOM I ZAKONITOM OBAVLJANJU DJELATNOSTI (STEČENA PRAVA)

IBAN : HR 49 2360000 1101464267

Model plaćanja: HR 67

Poziv na broj: OIB uplatitelja - 270 redovni postupak - iznos za uplatu 200 kn (jednokratno)

OIB uplatitelja - 290 žurni postupak- iznos za uplatu 400 kn (jednokratno)

POTVRDA O SUKLADNOSTI OBRAZOVANJA DOKTORA MEDICINE S DIREKTIVOM 2005/36EC

IBAN : HR 49 2360000 1101464267

Model plaćanja: HR 67

Poziv na broj: OIB uplatitelja - 170 redovni postupak - iznos za uplatu 200 kn (jednokratno)

OIB uplatitelja – 190 žurni postupak - iznos za uplatu 400 kn (jednokratno)

TROŠAK DISCIPLINSKOG POSTUPKA PRED ČASNIM SUDOM KOMORE

IBAN : HR 49 2360000 1101464267

Model plaćanja: HR 67

Poziv na broj: OIB uplatitelja – 100

Visinu iznosa za uplatu troška disciplinskog postupka određuje Časni sud Komore

BOŽICA KEKELJ, Samostalni knjigovođa

Dan liječničkih karijera

Polovica studenata medicine spremna emigrirati ako u roku od tri godine ne uđe u sustav!

„Oko 50 posto studenata spremno je trajno emigrirati iz Hrvatske, ako se u roku od tri godine od završetka studija ne integriraju u zdravstveni sustav“, upozorio je to predstojnik Centra za planiranje zanimanja u biomedicini i zdravstvu zagrebačkog Medicinskog fakulteta dr. **Danko Relić**, na novinarskoj konferenciji održanoj 18. svibnja, organiziranoj kako bi se široj javnosti predstavio Dan liječničkih karijera. Naime, riječ je o događaju koji će se u organizaciji Centra održati 10. lipnja na zagrebačkom Medicinskom fakultetu (MEF), kako bi se sadašnjim i budućim liječnicima pružio uvid u mogućnosti koje im se pružaju u Hrvatskoj, dok će poslodavci imati priliku prezentirati svoje ustanove i poticajne mjere za njihovo zapošljavanje.

Dr. Relić je pojasnio kako je organiziranje Dana liječničkih karijera koji se ove godine održava prvi put, reakcija na razne sajmove i događaje na kojima se liječnici i ostali zdravstveni djelatnici potiču na odlazak u inozemstvo.

Komentirajući nedostatak liječnika u Hrvatskoj, dekan MEF-a prof. dr. sc. **Marijan Klarica** podsjetio je kako je ta ustanova još prije šest godina povećala upisne kvote za 60 mjesta tako da sada godišnje upisuju 300 studenata. No povećanje upisnih kvota nije pratila obećana financijska i kadrovska pomoć Ministarstva znanosti. Nedostaje im preko 90 nastavnika, a iznos za materijalne troškove smanjen im je za čak 80 posto.

Razdoblje od završetka fakulteta do zapošljavanja kritično

Predsjednik Hrvatske liječničke komore mr. sc. **Trpimir Goluža**, izjavio je kako će Komora zaštititi mlade liječnike te je pozvao mjerodavne da poduzmu konkretne akcije za njihovo zadržavanje u Hrvatskoj. „Hrvatski liječnici su prepoznati u svijetu jer je naš Medicinski fakultet vrhunska obrazovna institucija i tu kvalitetu treba



Liječnici na relevantnim pozicijama u zdravstvu udruženi u cilju zaustavljanja odljeva mladih liječnika

podržati i održati svim mogućim sredstvima“, naglasio je dr. Goluža. Ponovio je kako Hrvatskoj već sada nedostaje između tri i pol i četiri tisuće bolničkih specijalista te postavio pitanje je li rješenje samo u hiperprodukciji liječničkog kadra. „Rezultati istraživanja koje smo proveli u Komori pokazali su da je od 500 mladih liječnika koji su završili studij samo 230 ušlo u zdravstveni sustav. Dakle, razdoblje od završetka fakulteta do zapošljavanja je kritično i tu treba djelovati, a Dan liječničkih karijera upravo cilja na tu skupinu mladih liječnika“, rekao je predsjednik Komore te pohvalio Ministarstvo zdravlja zbog donošenja Pravilnika o dvojnog radu liječnika. Objasnio je kako je to prvi korak u stvaranju poticajnog okruženja za ostanak liječnika te da u tom cilju očekuje daljnje korake Ministarstva, ali ne samo njega. „Zajedničkim snagama moramo pridonijeti pozitivnim promjenama u hrvatskom društvu, a prije svega stvaranju novih vrijednosti kao što su znanje, rad, poštenje i odgovornost“, poručio je na kraju.

Ministarstvo poduzima mjere u cilju zadržavanja liječnika u Hrvatskoj

Zamjenik ministra zdravlja dr. **Ivan Bekavac** nabrojao je nekoliko mjera koje je Ministarstvo već poduzelo ili će poduzeti u cilju zadržavanja liječnika i stvaranja boljih uvjeta za njihov ostanak. „Osim stvaranja zakonskih preduvjeta, probleme smo počeli i operativno rješavati i do kraja godine trebali bi se vidjeti prvi rezultati našeg rada“, rekao je zamjenik ministra te podsjetio da su u tom cilju prije dva mjeseca predali u postupak prijedlog izmjena Zakona o reprezentativnosti kako bi liječnici kao nositelji sustava ponovno bili ravnopravni partneri u pregovorima o svojim uvjetima rada i materijalnim pravima. U javnoj je raspravi i novi Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine koji bi trebao ispraviti mnoge dosadašnje nepravde, smanjiti financijski teret kojem su bili izloženi te im omogućiti veću mobilnost.

Daniela Dujmović Ojvan

Šećerna bolest rasteći je problem u Karlovačkoj županiji

Povodom Svjetskog dana zdravlja 7. travnja, koji se ove godine obilježavao pod motom «Pobijedimo šećernu bolest», Karlovačka županija - Savjet za zdravlje i Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije, u suradnji s Povjerenstvom HLK-a Karlovačke županije, organizirali su okrugli stol «Šećerna bolest – kako unaprijediti prevenciju i skrb za oboljele u Karlovačkoj županiji». Cilj je bio okupiti sve relevantne stručnjake koji rade na prevenciji i skrbi za oboljele kako bi se procijenila veličina problema šećerne bolesti i predložile mjere za unapređenje prevencije, liječenja i nadzora nad šećernom bolesti u Karlovačkoj županiji.

I u Karlovačkoj županiji šećerna bolest predstavlja rasteći javnozdravstveni problem i s prevalencijom od 8,38% u dobi od 20 do 79 godina ona je na drugom mjestu u Hrvatskoj. Podaci, osim o učestalosti obolijevanja, ovise i o učinkovitosti ranog otkrivanja, kao i o redovitom evidentiranju bolesnika. Zaključci, koji su bili rezultat rasprave, trebali bi biti smjernice za daljnji organizirani rad na unapređenju prevencije, skrbi i nadzora

nad šećernom bolesti u Karlovačkoj županiji, a sukladan strateškim dokumentima, kako nacionalnim (Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolesti 2015.-2020.), tako i lokalnim (Plan promicanja zdravlja u Karlovačkoj županiji). Zaključeno je, među ostalim, kroz Savjetovalište za prevenciju prekomjerne tjelesne težine i debljine i nadalje pružati podršku u cilju postizanja i održavanja poželjne tjelesne težine. Savjetovalište radi u Zavodu za javno zdravstvo Karlovačke županije, a financijska sredstva za vanjske stručnjake za sada osigurava Karlovačka županija. Potrebno je omogućiti edukaciju bolesnika na svim razinama zdravstvene zaštite, a preporuča se i izrada edukativnih materijala za oboljele te jačati suradnju svih dionika s Udrugom oboljelih od šećerne bolesti, pružati im stručnu pomoć, kao i pomoć u osmišljavanju i implementaciji aktivnosti. Članovi Udruge mogu znatno pridonijeti u prevenciji šećerne bolesti kao i edukaciji oboljelih.

Za organizatora: Biserka Hranilović, dr. med.

NACIONALNI DAN DARIVANJA I PRESADIVANJA ORGANA

Brojnim aktivnostima tijekom svibnja tradicionalno je obilježen Nacionalni dan darivanja i presađivanja organa. Središnja manifestacija „Govorimo donorski“ održana je 25. svibnja na zagrebačkom Trgu bana Josipa Jelačića, gdje je zakucalo veliko srce koje simbolizira ljubav i život. Kucajuće srce formirali su svojim tijelima studenti i učenici zdravstvenih struka, a pridružio im se i ministar zdravlja Dario Nakić. U isto vrijeme je u Dubrovniku na Stradunu, ispred crkve Svetog Vlaha, veliko kucajuće srce formiralo pedesetak učenika Medicinske škole Dubrovnik i studenata Studija sestrinstva Sveučilišta u Dubrovniku, a pridružio im se gradonačelnik Andro Vlahušić.

U KBC-u Zagreb posađeno je u organizaciji udruge Transplant i KBC-a Zagreb drvo života i postavljena ploča zahvalnosti darivateljima organa. „Govorimo donorski, zajednička je poruka“, rekla je nacionalna transplantacijska koordinatorica dr. Mirrela Bušić i naglasila kako se na ovaj dan sjećamo svih onih koji su svojom plemenitom odlukom o darivanju organa nakon smrti omogućili nov život mnogim pacijentima.

Cijeli svibanj bio je u znaku obilježavanja Nacionalnog dana. Tako je u Ministarstvu zdravlja 18. svibnja održana edukacijska radionica za zdravstvene djelatnike. U sklopu suradnje zemalja jugoistočne Europe hrvatski su predstavnici gosto-

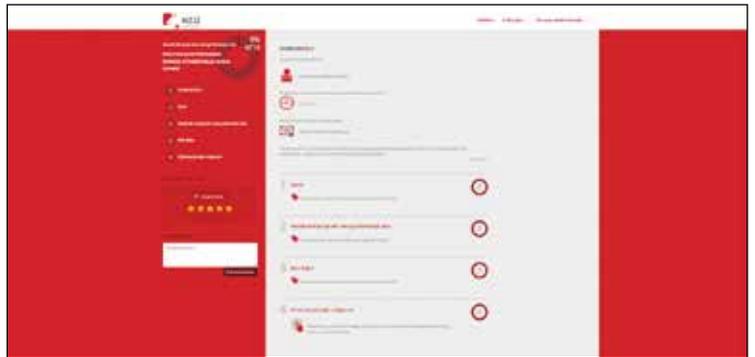
vali 13. i 14. svibnja u Bukureštu na obilježavanju njihovog Nacionalnog dana. Tom prigodom održan je Balkanski nogometni turnir na kojem su hrvatski tim predstavljali pacijenti s presađenim organima (članovi hrvatske udruge Transplant), liječnici i nacionalni koordinatori transplantacijskog programa. Udruga dijaliziranih i transplantiranih bolesnika Splitsko-dalmatinske županije organizirala je u Makarskoj 5. svibnja te u gradu Hvaru 17. svibnja akcije “Prevencija bubrežne bolesti”. Studenti su građanima mjerili tlak i šećer u krvi te ih informirali o liječenju bubrežnih bolesti.

Ministarstvo zdravlja

Virtualno mjesto za edukaciju i mogućnost stjecanja bodova za obnavljanje liječničke licence

Platforma za e-učenje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo – edu.hzjz.hr

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



Hrvatski zavod za javno zdravstvo ove je godine kreirao internetski servis za liječnike koji objedinjuje edukaciju, informiranje i trajno usavršavanje od kuće (s radnog mjesta). Teme edukativnih modula na platformi za e-učenje birat će se iz tema stručnih sastanaka u HZJZ-u ali i prema prioritetima i trenutnoj stručnoj važnosti i zanimljivosti. Trenutno je objavljeno četiri tečaja (o ulozi HZJZ-a u Nacionalnoj strategiji

za osobe s invaliditetom, o trendovima šećerne bolesti u Hrvatskoj, o Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke, o registrima pacijenata i o prijedlogu kurikuluma zdravstvenog odgoja u okviru kurikularne reforme). Edukativni moduli se sastoje od nekoliko cjelina s pripadajućim testom znanja i bodovat će se sukladno odluci Hrvatske liječničke komore. Za korištenje sadržaja na platformi potrebno

je registrirati se (besplatno). Nakon odabira tečaja, dobijete obavijest o prijavi na e-mail. Tečajevi, informacije i videomaterijal o uvjetima i uputama korištenja dostupni su na poveznici: <http://edu.hzjz.hr/>. Tečajeve možete komentirati, a pitanja i sugestije o platformi možete poslati na edukacija@hzjz.hr. Vaše povratne informacije će nam pomoći za poboljšanje kvalitete sadržaja.

Na izbornoj skupštini AMZH-a 31. svibnja pobijedila je „ženska lista“

Dana 31. svibnja održana je u Hrvatskom liječničkom domu izborna skupština za vodstvo Akademije medicinskih znanosti u sljedećem razdoblju. Predložene su dvije liste, svaka s četiri imena za glavne funkcije. Vjerojatno je samo slučaj da se jedna od njih može nazvati ženskom, a druga muškom listom. Evo ih!

1. lista

Predsjednica: prof. dr. sc. JASNA LIPOZENČIĆ
Glavna tajnica: Prof. dr. sc. KRISTINA POTOČKI
Druga tajnica: prof. dr. sc. JASNA TALAN HRANILOVIĆ
Financijska tajnica: prof. dr. sc. SVJETLANA ČALA

2. lista

Predsjednik: Prof. dr. DINKO PUNTARIĆ
Glavni tajnik: prof. dr. sc. DUBRAVKO HABEK
Drugi tajnik: prof. dr. sc. RANKO MLADINA
Financijski tajnik: prof. dr. sc. DARKO ROPAC



Nova-stara predsjednica AMZH-a
 prof. dr. Jasna Lipozenčić

Značajno je da je na skupštini premoćno pobijedila „ženska“ lista (60 : 28 glasova), premda je u Akademiji pet puta više akademika nego akademkinja (295 : 61 prema popisu u Spomen-knjizi iz 2011. godine). Očito je da su članovi bili zadovoljni s radom dosadašnje predsjednice. Više podataka u sljedećem broju.

ŽELJKO POLJAK, član Senata AMZH-a

Simpozij o raku vrata maternice u Dubrovniku

Mr. MARIJA MAŠANOVIĆ, dr.med., spec. javnog zdravstva, marija.masanovic@zzjzdnz.hr



U sklopu obilježavanja Dana preventive 2016. održan je 21. svibnja u organizaciji Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, u edukacijskom centru Opće bolnice Dubrovnik, simpozij pod nazivom „Rak vrata maternice – ranije otkrivanje, bolja prognoza!“. Sudjelovalo je preko 80 osoba iz područja zdravstva u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (DNŽ) i šire, koji se skrbe o zdravlju žena. Uz predavače ginekologe, citologe, patologe te specijaliste javnog zdravstva i školske medicine iz DNŽ-a, gostovali su predavači s Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, epidemiolozi dr. Dinka Nakić, koordinatorica Nacionalnog programa ranog otkri-

vanja raka vrata maternice u Hrvatskoj, i prim. dr. sc. Bernard Kaić, voditelj Odjela za prevenciju zaraznih bolesti i cijepljenja.

Sudionici su imali priliku upoznati trenutne algoritme iz epidemiologije, ginekologije, citologije, patologije, školske medicine i javnog zdravstva na području prevencije i ranijeg otkrivanja raka vrata maternice. Zaključeno je da, ako želimo promijeniti zdravstveno stanje naše populacije na području ranijeg otkrivanja ove bolesti i omogućiti uspjeh Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka vrata maternice, nije više dovoljan entuzijazam pojedinaca. Potrebne su jasnije smjernice

i algoritmi u radu svih sudionika u zdravstvenoj skrbi žena te je neophodno donijeti zakonski okvir za provedbu programa po uzoru na susjednu nam državu Sloveniju. Potrebne su i promjene DTP-ova i ugovora provoditelja s HZZO-om, uz njegovu strožu kontrolu plaćanja izvršenoga ugovorenog sadržaja. Uz društvenu odgovornost važna je i osobna odgovornost žena za vlastito zdravlje te uvođenje aktivnog participiranja u troškovima liječenja u slučaju razvoja bolesti koja se mogla otkriti odazivom na poziv u Nacionalnom programu, kao što je to slučaj u razvijenim zemljama skandinavske Europe.

Održana medijska edukacija o hepatitisu C

Hrvatsko novinarsko društvo u svojim je prostorima održalo edukacijsku radionicu o hepatitisu C, namijenjenu novinarima koji se bave zdravstvenim temama. Informacije o ovoj zaraznoj bolesti, predstavili su stručnjaci iz područja hepatologije, dr.sc. Lucija Virović Jukić i dr.sc. Davor Radić. Okupljeni novinari, putem razbijanja mitova o he-

patitisu C i prikazom epidemiologije bolesti, dobili su zanimljive i pouzdane informacije. Nakon održanih prezentacija, predavači su spremno odgovorili na sva pitanja koja je publika postavila. Okupljeni su bili izrazito zadovoljni radionicom, što može poslužiti kao motiv za organizaciju sličnih događaja u budućnosti.

Simpozij „Radioterapija raka pluća“ u KBC-u Sestre milosrdnice



Dr. Jure Murgić (KBC Sestre milosrdnice), prim. dr. Mislav Grgić, prof. dr. Andrea Bezjak i prof. dr. Antonio Juretić

„Radioterapija raka pluća“ naziv je simpozija održanog krajem travnja u organizaciji Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a Sestre milosrdnice i Hrvatskog društva za onkologiju i radioterapiju HLZ-a. Gost je bila prof. dr. Andrea Bezjak, globalni autoritet u radioterapiji raka pluća, voditelj multidisciplinarne skupine za liječenje raka pluća u Princess Margaret Hospitalu te profesor radioterapijske onkologije na Sveučilištu u Torontu. Porijeklom je iz Hrvatske, odrasla je u Rijeci i diplomirala medicinu na Sveučilištu McGill u Montrealu, gdje je završila specijalizaciju iz interne medicine. Radioterapijsku onkologiju specijalizirala je u Torontu, gdje već niz godina radi u Princess Margaret Hospital, jednim od pet vodećih centara za istraživanje i liječenje raka u svijetu. Posebna područja njenog interesa su radioterapija plućnog raka, palijativna onkologija te ispitivanje kvalitete života u kliničkim studijama.

Prof. Bezjak je održala pregledno predavanje pod naslovom „Uloga radioterapije

u liječenju raka pluća – kako postići što je moguće postići“, u kojem je obradila složenost kliničkih odluka vezanih za liječenje svih stadija raka pluća, od kurativnog do palijativnog liječenja te suvremene iskorake u radioterapijskoj tehnologiji koji omogućuju precizno ozračivanje raka pluća uz poštedu vitalnih struktura. Također je prikazala kako se bolesnici s rakom pluća liječe u njenoj ustanovi. No, pored napretka u dijagnostici, sustavnom liječenju i sofisticiranoj radioterapiji, prof. Bezjak je posebno istaknula da je uigran i funkcionalan multidisciplinarni tim ključan za optimalno liječenje.

Slijedio je prikaz kliničkih slučajeva iz sva tri zagrebačka radioterapijska centra: Klinike za onkologiju KBC-a Zagreb, Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu te Klinike za tumore KBC-a Sestre milosrdnice. Prikazom edukativnih slučajeva ilustrirani su trenutna klinička praksa i poteškoće na koje nailaze naši onkolozi.

Raspravljalo se o našoj boljki – nedovoljnoj suradnji u okviru multidisciplinar-

nog liječenja, zbog čega klinički ishodi nisu optimalni. Tipičan primjer za to je što pulmolozi ne traže mišljenje o radio terapiji kad planiraju liječenje. Zbog toga se dio bolesnika s uznapredovalim rakom pluća ne liječi standardnom terapijom, koja obuhvaća istovremenu kemoterapiju i radioterapiju, nego se radioterapija odgađa ili ne primjenjuje. Prof. Bezjak je kao rješenje preporučila žurno osnivanje multidisciplinarnih timova za rak pluća u svakoj ustanovi, koji bi sačinjavali pulmolog-onkolog, klinički (radioterapijski) onkolog, torakalni kirurg te radiolog.

Iznijela je kanadsko iskustvo pažljivog planiranja resursa u zdravstvu i zaključila da najskuplja (često i najkompliciranija) zdravstvena intervencija, nije nužno i najbolja. Skup je vodio prim. dr. Mislav Grgić, predsjednik Hrvatskog društva za onkologiju i radioterapiju, uz organizacijsku pomoć dr. Jure Murgića, onkologa iz Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a Sestre milosrdnice.

Dr. Jure Murgić

Sustavne bolesti na oftalmološkom kongresu

Predstavljene smjernicu u slučaju ekoloških incidenata



Tri predsjednika: prof. Zdravko Mandić, prof. Jakov Šikić i trenutni predsjednik HOOD-a prof. Zoran Vatavuk

Glavna tema 16. Kongresa Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva (HOOD), održanog sredinom svibnja u Opatiji bile su „Sistemske bolesti i oko“. Predavanja na temu dijabetičke retinopatije, tireotoksične orbitopatije, melanoma i metastatskih bolesti u žilnici oka, sustavnih bolesti koje uzrokuju ishemičku optičku neuropatiju ili akutnu mrežničnu arterijsku okluziju, upalnih bolesti stražnjeg segmenta oka, neuritisa vidnog živca i poremećaja okularnog motornog sustava kod multiple skleroze ukazala su na važnost cjelovitog sagledavanja svakog pojedinog bolesnika i suradnje s liječnicima drugih struka.

Pozvana predavanja hrvatskih oftalmologa koji žive i rade u uglednim oftalmološkim ustanovama u inozemstvu također su bila zapažena. Tako smo imali prilike čuti iz prve ruke od dr. **Milana Pešića** njegova iskustva s kirurškim ispravljanjem astigmatizma na klinici Barraquer u Španjolskoj. Švedska iskustva s operativnim liječenjem sive mrežne kod bolesnika s pseudoeksfolijativnim sindromom prenio nam je dr. **Ivan Čima**. Naime, ova sustavna

bolest, koja pogađa očna tkiva, vrlo je česta na sjeveru Europe. Oftalmolog **Vladimir Poposki** iz španjolske bolnice Esperanza ponudio je zanimljiv pristup liječenju dijabetičkog edema žute pjege.

Za vrijeme trajanja kongresa održana je i izvanredna sjednica HOOD-a kojom je dominirala rasprava o inženjerima očne optike te potreba za daljnjim radom na unaprjeđenju i zaštiti interesa struke u skladu sa Zakonom o liječništvu. Na završnoj svečanosti je predsjednik HOOD-a prof. **Zoran Vatavuk** i ove godine izrazio posebno zadovoljstvo stručnim i znanstvenim radovima mladih kolega prikazanih na sjednici „Mladi u oftalmologiji“. Mladim autorima dodijeljeno je više nagrada, a prvu je osvojila dr. **Rašeljka Tadić** sa suradnicima za istraživanje učinka različite korekcije refraktivne greške na pokazatelje vidnog polja u glaukomskih bolesnika. Neformalni dio skupa završio je glazbenim nastupom raspoloženog riječkog sastava.

Adrian Lukenda, spec. oftalmolog



Sudionici 79. sastanka HED-a na Braču

U Supetru na otoku Braču Hrvatsko epidemiološko društvo (HED) održalo je svoj 79. po redu Stručno-znanstveni sastanak 13.-14. svibnja sa stotinjak sudionika. U okviru skupa organiziran je Simpozij „Alkohol kao javnozdravstveni problem: izazovi i postignuća“ pod pokroviteljstvom Svjetske zdravstvene organizacije. Okupljenima su se obratili predsjednik HED-a dr. Miroslav Venus i ravnateljica Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije dr. Jasna Ninčević.

U prvom dijelu skupa održana su epidemiološka predavanja iz domene zaraznih bolesti. Predstavljene su Smjernice u slučaju ekoloških incidenata, a započelo se s predavljanjem Smjernica za postupanje kod izloženosti virusima koji se prenose krvlju. U drugom dijelu sastanka održan je Simpozij o prevenciji zlouporabe alkohola. Uvodnim predavanjima otvorili su ga dr. Moller, koji je govorio o suzbijanju alkoholizma u Europi, dok je dr. Vyshinsky pokazao rezultate na suzbijanju alkoholizma u Rusiji. Neki su radovi bili predstavljeni u poster sekciji, ukupno četrnaest. Posebno Povjerenstvo izabralo je kao najbolji poster pod nazivom „Suzbijanje komaraca na grobljima“ grupe autora Lipovac I., Nikitović B., Benko D., Smiljanec J.

Sastanak HED-a na najbolji je način pokazao svu raznolikost tema kojima se epidemiolozi bave i neizostavnu ulogu mreže zavoda za javno zdravstvo kao nositelja preventivnih aktivnosti.

U Dubrovniku o novostima u suvremenoj dijabetologiji

Dr. Kristina Blaslov, kblaslov@gmail.com



Hrvatska je ove godine bila domaćin 8. Međunarodnog dijabetološkog kongresa koji je održan u Dubrovniku od 21.-23. travnja. ADIT je utemeljen 2009. kao jedan od temeljnih projekata neprofitne i nevladine organizacije za edukaciju i istraživanja u dijabetesu Agada, pod sloganom: „Pravovaljana informacija svima, u svako doba i na svakome mjestu“ sažimajući potrebu za kontinuiranim praćenjem najnovijih saznanja u području dijabetologije te njihovim prenošenjem i implementiranjem u svakodnevnu kliničku praksu, a sve u svrhu poboljšanja njene kvalitete i poticanja istraživačkog duha među kliničarima kako bi se učinkovito spriječilo ili usporilo pandemijsko širenje bolesti te pobol od njenih komplikacija.

U Dubrovniku je bilo prisutno 550 sudionika iz čak 17 zemalja. Radilo se kroz plenarna izlaganja, pozvana predavanja, pro- i kontra-sekcije, usmena i poster priopćenja te minimalan broj satelitskih simpozija, čime se poštovalo postulate koje nameće Organizacijski odbor: izvrsnost, transparentnost, kreativnost i inovacija, posvećenost, odgovornost i etičnost prema struci, oboljelima i široj javnosti, a čiji

su članovi i hrvatski dijabetolozi prof. **Lea Smirčić Duvnjak** (ujedno i lokalni domaćin skupa) te prof. **Želko Metelko**.

Terapijske opcije

Održano je ukupno 30 nesponzoriranih izlaganja o vodećim novostima u suvremenoj dijabetologiji, a već je uvodna pro- i kontra- sekcija "Kardiovaskularna sigurnost lijekova za šećernu bolest", u kojoj su debatu povelili prof. **Peter Kempter** (Mađarska) i prof. **Smirčić Duvnjak** (Hrvatska) i u kojoj nam je pregledom Pro-active, Tecos, Examine, Empa-Teg itd. postalo jasno koliko je toga nepoznatoga te da će biti riječ o uistinu zanimljivom trodnevnom programu. O novostima u terapijskim opcijama utemeljenim na inkretinima, odnosno inhibitorima dipeptidil peptidaze-4 (DPP-4) te novim analogima glukagonu sličnog peptida-1 (GLP-1), istaknuli su se dr. **Carolyn Deacon** i prof. **Filip Knoop** iz Danske, ujedno i osnivači istraživačke skupine o terapiji utemeljenoj na inkretinima pri EASD-u (Europskom dijabetološkom udruženju). C. Deacon se osvrnula na biokemijska svojstva DPP-4 inhibitora koje poznajemo, ali je dala i izvrstan pregled novih saznanja o dva nova,

tjedna DPP-4 inhibitora: to su teneagliptin i terlagliptin, koji ubrzo stižu i na naše tržište. Prof. Knoop se pak, govoreći o koristima GLP-1 analoga, posebno osvrnuo na primjenu semiglutida, tjednog GLP-1 analoga, istaknuvši nižu stopu učestalosti nuspojava, ostvarujući i kardioprotektivni učinak. Učinkovitost i sigurnost novih peroralnih hipoglikemika, SGLT-2 inhibitora, sudionici je iznio prof. **Guntram Scherthaner** (Austrija) izvrsnim i nepristranim osvrtom na najnoviju studiju o kardiovaskularnoj sigurnosti empagliflozina-Empa Reg, koja je snažno odjeknula u dijabetološkim krugovima s obzirom na dokazanu kardiovaskularnu superiornost u odnosu na placebo.

U pro- i kontra- sekciji „Novi inzulini: mijenjaju li pristup inzulinskom liječenju u tipu 2 šećerne bolesti?“ glavnu su riječ vodili prof. **Hannele Yki Jarvien** (Finska) i prof. **Stephan Jacob** (Njemačka). Oni su iznijeli iskustva s novim dugodjelujućim inzulinskom analogima ističući njihove prednosti i u liječenju tipa 1 i tipa 2 šećerne bolesti, a stavlajući naglasak na manju glukovarijabilnost i nižu stopu hipoglikemija kao osnovne benefite. Prof. **Borut Strukelj** (Slovenija) i prof. **Geremia Bolli** (Italija) stavili su pak naglasak na biološki slične inzuline. Vodili su debatu „za i protiv“, što je sudionike jugoistočne Europe posebno zanimalo jer je prvi takav, biološki-sličan inzulin glargin netom stigao na naše tržište. Bolli je svoje stajalište „protiv“ branio činjenicom da promjene u glikozilaciji osnovne molekule koje se događaju u proizvodnji ipak znače "slično", a ne "isto", dok je Strukelj svoje stajalište "za" branio činjenicom da se autorizacija za stavljanje biološki sličnog lijeka u promet radi se po principu "step by step, case by case". Debata je završena konsenzusom: „Hoće li svakoj osobi sa šećernom bolešću bolje odgovarati original ili kopija originala ili neće biti razlike, nije moguće predvidjeti jer ni me-

dicina ni biotehnologija, a pogotovo šećerna bolest za sebe, jednostavno nisu „2+2=4“. Složili su se kako se ne treba bojati novih inzulinskih pripravaka. Farmakoterapija šećerne bolesti tipa 2 zaokružena je sekcijom u kojoj su se, iznoseći vlastita klinička iskustva a potom intelektualnom debatom, suočili prof. Yki Jarvinen kao zagovornica inzulinske terapije, prof. Schernthaner zagovarajući SGLT-2 inhibitore i prof. **Svetlana Tankova** (Bugarska) predloživši GLP-1 agoniste. Sudionici su naravno u svakoj pa i ovoj raspravi imali priliku aktivno sudjelovati svojim pitanjima. U istoimenoj sekciji među mogli smo dobiti odgovor na pitanje: koji modalitet liječenja inzulinom je najbolji (prof. **Asiminia Mitrakou**, Grčka) te kako prema najnovijim smjernicama uvesti i titrirati bazalni inzulin (dr. **Maja Baretić**, Hrvatska).

Razmjena iskustava

Bilo je briječi i o nefarmakološkom liječenju: psihološkoj potpori te edukaciji. Dr. **Frans Pouwer** (Nizozemska) govorio je o zanemarenom problemu učestalosti depresivnog poremećaja u dijabetološkom bolesnika, a dr. **Karin Kanc** (Slovenija) podijelila je s auditorijem iskustva s međunarodnog skupa „DiaMind“, čija je višegodišnja suorganizatorica, a koji okuplja stručnjake radi razmjene iskustava s psihološkim pristupom oboljelom, što je sudionike našeg podneblja posebno zanimalo jer do sada nismo bili dio ovoga skupa. O svjetskim pomacima u pogledu liječenja dijabetičkog stopala govorila je prof. **Kirsten Van Acker** iz Belgije, nezaobilazno ime u navedenoj problematici te suvoditeljica skupine za dijabetičko stopalo pri Međunarodnom dijabetološkom udruženju. Istaknula je „Step by Step“ program, u čemu su joj se pridružili i dr. **Neil Baker** (Engleska) i dr. **Vilma Urbaničič** iz Slovenije. Valja napomenuti je i Klinika „Vuk Vrhovac“ u studenom 2015. uspješno implementirala navedeni program edukacije medicinskih djelatnika o načinu zbrinjavanja i prevencije dijabetičkog stopala te istovremeno i započela s radom ambulante za dijabetičko stopalo.

ADIT nije zaobišao ni važnost prehrane i fizičke aktivnosti u suočavanju s dijabetesom. Prof. **Vladimir Vuksan** (Kanada), prenoseći svoj istraživačko-inovativni pristup redukciji kardiovaskularnog rizika i boljoj kontroli glikemije dodatkom američkog i crvenog, korejskog ginsenga bolesnicima s tipom 2 šećerne bolesti. Dr. **William Jeffcoate** (Engleska),

pak, podučio je prisutne o vlastitom iskustvu u održavanju glukoregulacije kod aktivnih sportaša, i to onih u ekstremnim sportovima (IronMan).

Prof. **George Grunberger** (SAD), predsjednik Američkog udruženja kliničkih endokrinologa, pojasnio je novosti u algoritmu i smjernicama za liječenje šećerne bolesti tipa 2 svog udruženja, objavljene u siječnju ove godine. Revidirani algoritam još jednom naglašava važnost fizičke aktivnosti, prehrane i redukcije tjelesne težine za 5-10% i donosi preporuke o potrebi pravovremenog uvođenja dva nova hipolipemika, evolocumaba te alirocumaba, kod bolesnika s uznapredovalom klinički manifestnom kardiovaskularnom bolesti kada to nije moguće postići statinima. U pogledu farmakoterapije za postizanje glukoregulacije, algoritam je pojednostavljen;

individualizirani pristup oboljelom i ciljane vrijednosti glikiranog hemoglobina nisu se promijenile, naglašena je potrebu za pravovremenim uvođenjem komplementarne dualne hipoglikemizantne terapije, a SGLT-2 inhibitori mogu se, prema istoimenim smjernicama, koristiti kako u monoterapiji tako i u kombinaciji bez upozorenja o riziku od hipoglikemija. U pogledu uvođenja terapije inzulinom, smjernice su obogaćene jasnom uputom o titraciji doze.

Sudionici su kroz trodnevni program imali priliku steći nova farmakološka i nefarmakološka znanja, koja će im biti od pomoći u svakodnevnom radu. Na ADIT-u je svake godine sve više sudionika, što upućuje na kvalitetu ovoga kongresa akreditiranog s čak 12 bodova kontinuirane medicinske edukacije (CME), koji nakon EASD-a predstavlja najznačajniji europski dijabetološki skup.

Toplice Lipik na izvoru zdravlja!



SPECIJALNA BOLNICA ZA
MEDICINSKU REHABILITACIJU LIPIK

034/440-700 • info@bolnica-lipik.hr • www.bolnica-lipik.hr



NEUROREHABILITACIJA OBOLJELIH OD MULTIPLE
SKLEROZE I STANJA NAKON MOŽDANOG UDARA

U Opatiji održan 5. Hrvatski kongres kliničke citologije

Predstavljene aktualnosti i novosti iz svih područja citologije

Prim. dr. sc. DANIJELA VRDOLJAK-MOZETIČ, dr. med., danijela.vrdoljak-mozetic@ri.htnet.hr
predsjednica Kongresa i Hrvatskog društva za kliničku citologiju HLZ-a



U organizaciji Hrvatskog društva za kliničku citologiju i Sekcije za analitičku citologiju Hrvatskog društva za kliničku citologiju HLZ-a i Hrvatskog društva citotehnologa održani su od 21. do 23. travnja Opatiji 5. Hrvatski kongres kliničke citologije, 2. Hrvatski simpozij analitičke citologije i 3. Hrvatski simpozij citotehnologije.

Zastupljene su bile aktualne teme iz svih područja citologije i iz drugih suradnih kliničkih i dijagnostičkih grana medicine.

Od tema kongresa treba istaknuti novosti u **ginekološkoj citologiji** kao što su uvođenje i provođenje Nacionalnog

programa za rano otkrivanje raka vrata maternice u Hrvatskoj, gdje je Papa test temeljna metoda probira, primjena HPV testa u probiru i dijagnostici, kao i sve intenzivnija upotreba biomarkera u suvremenom pristupu lezijama vrata maternice. Godine 2015. objavljena je na svjetskoj razini nova Bethesda klasifikacija citoloških nalaza vrata maternice te smo o tome čuli u plenarnom predavanju prim. dr. sc. Vesne Mahovlić. U temi probira za rak vrata maternice svoja iskustva prenijele su dr. Alenka Repše-Fokter iz Slovenije i dr. Matejka Rebolj iz Danske. Prezentirana je važnost i vrijednost izravne citologije endometri-

ja, osobito u brznoj obradi pacijentica u dnevnoj ginekološkoj bolnici. Posebno treba naglasiti da su po prvi put u Hrvatskoj prezentirana iskustva u **analnoj citologiji** kod rizičnih skupina pacijenata.

Citologija štitnjače, kao temeljne metode preoperativne dijagnostike, zahtijeva standardizirano izvještavanje, o čemu je tim naših citologa pripremio iscrpna izvješća, a sa svojim predavanjem pridružio se dr. Philippe Vielh iz Luksemburga, trenutno predsjedavajući svjetske citološke organizacije International Academy of Citology. Uspoređene su hrvatske smjernice za klasifikaciju citoloških nalaza štitnjače s međuna-

rodnom Bethesda klasifikacijom, kao i prikaz „sivih zona“ u citologiji štitnjače.

Sekcija **urološke citologije** raspravila je novu Parišku klasifikaciju citologije urina, a o tome je izvijestila dr. Margareta Strojman-Fležar iz Slovenije koja je sudjelovala u radnoj grupi za navedenu klasifikaciju na svjetskoj razini. Prikazana je i primjena FISH analize na sedimentima urina, mogućnosti citološke dijagnoze karcinoma *in situ* urotela te ograničenja citologije u dijagnostici low-grade neoplazmi urotela. Zaključeno je da je potrebno usuglasiti terminologiju u citologiji urina te su dogovorene daljnje aktivnosti na tom području.

U sekciji **hematološke i analitičke citologije** prikazane su teme o inovativnim tehnikama i sofisticiranoj dijagnostici koju su sinergijski prikazali klinički i analitički citolozi i patolozi. Doc.dr.sc. Ika Kardum-Skelin u plenarnom predavanju dala je pregled dijagnostičkog algoritma kod povećanog limfnog čvora, s posebnim naglaskom s citološku punkciju. Budućnost citologije, kao struke koja može idealno odgovoriti zahtjevima moderne dijagnostike koja traži sve manji i svježiji uzorak za analizu, dobiven minimalno invazivnim postupcima, sintetizirao je u svom plenarnom predavanju o novim tehnologijama u citologiji jedan od vodećih znanstvenika i stručnjaka u tom području, prof. Lukas Bubendorf iz Švicarske.

Sekcije pulmološke citologije, citologije dojke, glave i vrata, pedijatrijske citologije i citologije gastrointestinalnog sustava kao i sve ostale sekcije, obilovale zanimljivim predavanjima u kojima smo, osim o novim tehnologijama, čuli o novostima u patohistologiji, a podosta o svakodnevnim iskustvima i praksi u kliničkoj primjeni citologije te citologiji kao brzom i učinkovitoj metodi u koncepciji jednodnevnih klinika.

Pulmološka citologija prilagodila se novoj klasifikaciji tumora pluća prema SZO-u, što je prikazano na rezultatima iz Hrvatske, a pokazano je da se citološki uzorci respiratornog trakta uspješno koriste za različite molekularne analize kao što je određivanje EGFR statusa. Pulmološka citologija, stoga, postaje sve značajnija u algoritmima planiranja i određivanja naprednih terapijskih protokola „pametnim“ lijekovima za rak pluća. Također je istaknut multidisciplinarni, istovremeni rad pulmologa i citologa u bronhoskopskoj jedinici, pri čemu se primjenom brze citološke procjene na mjestu (ROSE – rapid on site evaluation) podiže kvaliteta uzoraka i dobiva mogućnost trenutačne citološke dijagnoze.

U sekciji o **citologiji dojke** istaknute su prednosti jednodnevnih klinika za dojku, s iskustvima iz Hrvatske i Francuske, a prikazana su iskustva iz velikih i malih centara kao i samostalni ordinacija koji se bave dijagnostikom lezija dojke. U sekciji o **gastrointestinalnoj citologiji** istaknuta je potreba ujednačavanja nomenklature u pankreatobilijarnoj citologiji, važnost interdisciplinarnog pristupa ovoj problematici te unapređenje kvalitete citoloških uzoraka ROSE metodom. Predstavljena je

konfokalna endomikroskopija kao nova dijagnostička metoda za otkrivanje malignih bolesti.

Bilo je riječi o ulozi citotehnologa u budućnosti, odnosno postupnoj prilagodbi novim tehnikama i metodama koje suvremena stanična dijagnostika predstavlja. **Okrugli stol s temom o edukaciji iz citopatologije** u Europi i Europskoj uniji približio nam je gost iz Austrije doc. Martin Toetch, generalni tajnik Europske Federacije citoloških društava i član UEMS-ove Sekcije za patologiju. Povodom ukidanja specijalizacije iz kliničke citologije od strane Ministarstva zdravlja RH, dr. Maja Mišić prezentirala je problem specijalista kliničke citologije mlađe generacije koji zahtijevaju izradu formalnog dodatnog edukacijskog programa za područje histopatologije kako bi postigli jednake kompetencije zadane sadašnjim programom iz patologije i citologije. Time bi postigli ravnopravnost u nazivu i stupnju kompetencija te osigurali vlastitu konkurentnost i mobilnost unutar Hrvatske i Europske unije.

Detaljan program kongresa i simpozija, knjiga sažetaka i poster prezentacije mogu se naći na stranici: www.citologija.hlz.hr

HRVATSKO PEDIJATRIJSKO DRUŠTVO HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA / PEDIJATRIJSKO DRUŠTVO HRVATSKE UDRUGE MEDICINSKIH SESTARA / KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA ORGANIZIRAJU



12 khpdpd
11 kpdhums



12. KONGRES HRVATSKOG PEDIJATRIJSKOG DRUŠTVA
S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

11. KONGRES PEDIJATRIJSKOG DRUŠTVA HRVATSKE UDRUGE MEDICINSKIH SESTARA

Opatija
13.-16.10.2016.
Hotel Royal i
Grand Hotel 4 opatijska cvijeta

www.hpd.com.hr www.pedijatrijski-kongres.org

Doing now what patients need next

www.RochePro.hr portal



Roche Pro(fessionals) - novi portal za zdravstvene djelatnike

U sklopu proslave 25 godina postojanja u Hrvatskoj, tvrtka Roche pokrenula je novu internetsku stranicu, Roche Pro portal, namijenjenu isključivo zdravstvenim djelatnicima. Roche Pro rezultat je želje da se hrvatskoj zdravstvenoj javnosti predstave terapijska područja onkologije, hematologije, transplantacije, virologije, nefrologije, pulmologije, reumatologije, neurologije i inovativna rješenja te da se zdravstvenim djelatnicima ponude korisne informacije potrebne u liječenju bolesnika. Zdravstveni djelatnici su nositelji portala i njima je posvećen te je upravo zbog njih nazvan Roche Pro(fessionals).

Svrha je Roche Pro portala zdravstvenim djelatnicima približiti novosti u dijagnostici i liječenju različitih bolesti te novosti iz područja istraživanja i razvoja, biotehnologije i inovativne, personalizirane medicine. U sadržaju Roche Pro portala

isprepleću se osnovne zadaće tvrtke Roche: usmjerenost na bolesnika, izvrsnost u znanosti, dostupnost dijagnosticiranja i liječenja te održiva vrijednost.

Uz novosti u dijagnostici i liječenju, Roche Pro portal uporabom najnovijih internetskih tehnologija donosi predavanja hrvatskih stručnjaka s nacionalnih i međunarodnih kongresa i stručnih skupova, interaktivne videosadržaje o mehanizmu djelovanja inovativnih lijekova, poveznice s različitim korisnim internetskim stranicama, poput hrvatskih stručnih društava, te najave skorih događaja u terapijskim područjima. Informacije o terapijskim područjima vidljivo su povezane s informacijama o pripadajućoj dostupnoj terapiji i Rocheovim inovativnim lijekovima te s najnovijim podacima o njihovoj učinkovitosti, sigurnosti i načinu primjene.

„Posvećeni smo zdravlju i usmjereni na istraživanje i inovativni pristup u liječenju. Vjerujemo da je nužno hitno pružiti medicinska rješenja, upravo sada – čak i dok razvijamo inovacije za budućnost. Vjerujem da će inovativni pristup u komunikaciji putem Roche Pro portala svim našim liječnicima omogućiti nove spoznaje te rješenja zdravstvenih problema koja daju liječnicima najbolje mogućnosti u dijagnosticiranju bolesti i liječenju bolesnika”

dr. Milorad Gošev, direktor Rochea d.o.o.

Proces registracije na Roche Pro

Pristup informacijama o lijekovima koji se izdaju na recept ograničen je Zakonom o lijekovima i mogu im pristupiti samo zdravstveni djelatnici.

Ako ste zdravstveni djelatnik i još niste registrirani korisnik, a zainteresirani ste za sadržaj našeg portala, pristupite portalu www.rochepro.hr i registrirajte se*. Nakon provjere valjanosti Vaših podataka, osigurat će Vam se pristup portalu u najkraćem roku. Ako imate bilo kakvih pitanja ili prijedloga, molimo obratite se uredništvu Roche Pro portala na croatia.portal@roche.com.

Doing now what patients need next

www.RochePro.hr portal



25 godina tvrtke Roche u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je Roche prisutan od 1991. godine, najprije kao predstavništvo, a zatim od 2004. godine i kao samostalna farmaceutska tvrtka Roche d.o.o., sa sjedištem u Zagrebu i uredom u Splitu. Kao jedna od vodećih svjetskih tvrtki koja se bavi istraživanjima na području lijekova i dijagnostike, Roche i u Hrvatskoj nastoji pridonijeti poboljšanju ljudskog zdravlja i kvalitete života uvođenjem inovativnih proizvoda na tržište. Roche smatra svojom obvezom hrvatskoj građanskoj i medicinskoj zajednici učiniti dostupnima inovativne proizvode i nova dostignuća čime izravno utječe na bolje zdravstvene ishode.

Roche d.o.o. zapošljava više od 50 visokoobrazovanih djelatnika koji svojim radom, uključujući se u međunarodne stručne procese, poslovno i strukovno Hrvatsku povezuju sa svijetom i svjetskim dostignućima. Upravo zbog vodeće inovativne pozicije u svijetu i svojeg pristupa integriranja u zajednicu, Roche se učvrstio kao prva inovativna farmaceutska tvrtka u Hrvatskoj.

Zahvaljujući postojanju dvaju područja poslovanja – lijekovi i dijagnostika – tvrtka Roche je u jedinstvenoj poziciji svojim molekularnim istraživanjima omogućiti individualni pristup u liječenju bolesnika, poznat kao „personalizirana medicina”, čija se vrijednost očituje u pozitivnim rezultatima – povećanju kvalitete života i njegovu produljenju.

Tvrtka Roche je od osnutka 1896. u Baselu u Švicarskoj usmjerena na poboljšanje kvalitete života bolesnika. Danas Roche stvara inovativne lijekove i dijagnostičke testove koji pomažu milijunima bolesnika diljem svijeta. Roche je najveća svjetska biotehnološka tvrtka – više od polovine proizvodnog programa su biološki lijekovi, koji omogućuju učinkovitiju i ciljanu terapiju u mnogim područjima liječenja.

Roche više od 50 godina predvodi u istraživanju i liječenju različitih vrsta onkoloških bolesti. Više od devet milijardi švicarskih franaka na godinu ulaže u istraživanje i razvoj, što je jedna od najvećih investicija u istraživanje i razvoj u svim industrijama i djelatnostima u svijetu. Prema Dow Jones Sustainability indeksu, po održivosti je Roche vodeća tvrtka u cijeloj farmaceutskoj industriji.

Poslovni prioriteti tvrtke Roche u svijetu i u Hrvatskoj jesu:

- usmjerenost na bolesnika – razvoj inovativnih lijekova i dijagnostičkih testova koji će pozitivno utjecati na živote milijuna bolesnika i njihovih obitelji
- izvrsnost u znanosti – pronalazak nepravilnosti u funkcioniranju ljudskog organizma te razvoj odgovarajućih lijekova koji će poništiti te nepravilnosti
- personalizirana medicina – kombinirana strategija razvoja lijekova i dijagnostike koja omogućuje individualni pristup u liječenju te povećava djelotvornost i sigurnost terapije
- dostupnost dijagnosticiranja i liječenja – omogućivanje pristupa dijagnostičkih testova i lijekova najvećem broju ljudi koji ih trebaju, putem utjecanja na uklanjanje barijera u zdravstvenim sustavima i partnerskog stvaranja inovativne, djelotvorne i održive zdravstvene skrbi
- izvrsnost radnih uvjeta – briga za zaposlenika, stvaranje pozitivnoga i motivirajućega radnog ozračja i neprestani razvoj ljudskih resursa, koji su ključ uspjeha i održivosti cijele tvrtke
- održive vrijednosti – upravljanje poslovanjem na etičkim temeljima i stvaranje dugoročnih koristi za sve uključene dionike.

Javna objava podataka o prijenosu vrijednosti: velik iskorak u transparentnosti i prilika za jačanje povjerenja



INOVATIVNA
FARMACEUTSKA
INICIJATIVA

Farmaceutske tvrtke transparentnom objavom podataka ispunjavaju smjernice Europske komisije, ali i odgovaraju na sve veći interes za prirodu odnosa industrije sa zdravstvenim radnicima i organizacijama

Što točno rade zdravstveni radnici u izravnim odnosima s farmaceutskom industrijom, što ih sve motivira za suradnju, koja je dobiti bolesnika a koja cjelokupnog zdravstvenog sustava od te suradnje - dio je pitanja na koje će odgovoriti inicijativa za transparentnost

Krajem ovog mjeseca, zaključno s 30. lipnjem, javnom objavom podataka o prijenosu vrijednosti između inovativnih farmaceutskih poduzeća i zdravstvenih radnika i organizacija, inovativna farmaceutska industrija po prvi će put i široj javnosti omogućiti bolje razumijevanje tih odnosa. Očekujući najbolju zdravstvenu skrb, bolesnici žele biti sigurni kako se odluke zdravstvenih radnika temelje isključivo na kliničkim dokazima i iskustvu. Omogućujući uvid u prirodu suradnje zdravstvenih radnika s industrijom najbolji je mogući odgovor na zahtjeve građana; prilika je to za odgovore na brojna pitanja, a u cilju boljeg razumijevanja odnosa industrije i zdravstvenih radnika. Što točno rade zdravstveni radnici u izravnim odnosima s farmaceutskom industrijom, što ih sve motivira za suradnju, koja je dobiti za bolesnike a koja za cjelokupni zdravstveni sustav od te suradnje - dio je pitanja na koje će odgovoriti inicijativa za transparentnost. U suradnji s industrijom zdravstveni radnici stječu vrijedna znanja i iskustva i upoznaju se s novostima u terapijskim postupcima, a industriji daju vrijedna saznanja iz izravnih iskustava s bolesnicima. Osim informacija o terapiji, koje njihov liječnik dobije iz Sažet-

ka opisa svojstava lijeka, nužni su i stručni sastanci - predavanja, simpoziji kao oblik razmjene iskustava s kolegama, što je potvrdilo i nedavno istraživanje koje je agencija IPSOS provela među hrvatskim građanima. Podrška stalnoj edukaciji i ulaganju u profesionalni razvoj liječnika iznimno je visoka, no građani žele biti sigurni da su odluke o liječenju objektivne i isključivo stručno utemeljene.

Uvođenje potpune transparentnosti potaknula je Europska komisija, a industrija se odlučila za samoregulaciju kao okvir za provedbu smjernica. Poznato je već da će inovativne farmaceutske tvrtke diljem Europe za nekoliko dana na svojim korporativnim stranicama objaviti podatke o svim prijenosima vrijednosti izvršenim u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija u prošloj godini. Na to su se obvezale Kodeksom o javnoj objavi prijenosa vrijednosti, koji osigurava primjenu Smjernica Europske komisije za dobro upravljanje u farmaceutskoj industriji. U objavi će biti izneseni svi podaci za 2015. godinu, a uz imena zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija bit će objavljen ukupan iznos prenesene vrijednosti za po-

jedine kategorije troškova. Prijenos vrijednosti obuhvaćen u ovoj fazi odnosi se na donacije i sponzorstva zdravstvenim organizacijama, naknade za održana predavanja, troškove smještaja i putovanja ili troškove kotizacije za sudjelovanje na edukativnim stručnim skupovima, dok će podaci o prijenosu vrijednosti za istraživanja i razvoj biti objavljeni zbirno. Takve podatke članice Inovativne farmaceutske inicijative, koja okuplja 25 farmaceutskih kompanija prisutnih na našem tržištu, objavljuivat će za svakog jasno identificiranog primatelja: zdravstvenu organizaciju te za zdravstvenog radnika, uz njegov prethodni pisani pristanak. Ako iz bilo kojeg razloga, iznimno, izostane davanje pristanka, podaci za zdravstvene radnike bit će objavljeni zbirno, u ukupnim iznosima prenesenih vrijednosti. Svi objavljeni podaci bit će javno dostupni tri godine.

Objava ovih podataka prilika je za objašnjenje nepoznanica i jačanje povjerenja i u industriju i u liječničku struku. Naime, IPSOS-ovo istraživanje iz veljače ove godine potvrdilo je kako oko tri četvrtine građana zna da liječnici surađuju s farmaceutskim tvrtkama, no i da slabo razumiju što njima kao potencijalnim bolesnicima takva suradnja donosi. No o detaljima suradnje u javnom se prostoru dosad najčešće progovaralo u kontekstu skandala, što je ostavljalo malo ili nimalo prostora za objašnjenje zašto je ta suradnja važna, štoviše, ključna za razvoj medicine, unapređenje liječenja i kvalitete života bolesnika. Još je manje prostora ostajalo za teme o koristi za bolesnike, pa su dvojbe zdravstvenih radnika oko objave podataka i više nego razumljive. Zato je važno objasniti da industrija, na osnovi informacija koje im pružaju zdravstveni radnici temeljem svog iskustva stečenih radom s bolesnicima, može promijeniti način razumijevanja nastajanja i tijeka bolesti i dovesti do cjelovitog rješenja „nezadovoljenih medicinskih potreba” te otvoriti brojna područja istraživanja, koja će rezultirati novim pristupom prevenciji i liječenju. S druge strane, kako bi mogli pratiti

napredak u medicini i farmakologiji, zdravstveni radnici moraju se doživotno obrazovati - jedino tako mogu potpuno ispuniti zahtjeve liječničkog poziva i bolesnicima trajno pružati najbolju moguću skrb. Ako znamo da javni zdravstveni sustav financijski ne može svim liječnicima osigurati edukaciju tijekom njihove profesionalne karijere, kroz suradnju s industrijom liječnici ostaju u kontaktu s novim spoznajama, na izvoru informacija. Isto tako, predavanjima i stručnim člancima zasnovanim na suradnji s nekom farmaceutskom tvrtkom, liječnici svoje znanje i stečena iskustva dijele dalje, prenose ga kolegama, pa i na taj način sudjeluju u unapređenju zdravstvene skrbi, dakle, ne samo na svom radnom mjestu. Za takav angažman, ulaganje svog znanja, iskustva i vremena, zdravstveni radnici imaju pravo na pravičnu naknadu, baš kao i svaki drugi profesionalac.

U farmaceutskoj industriji razdoblje za nama naziva se i desetljećem velikih otkrića; nove spoznaje zasnovane na razvoju inovacija i razmjenu znanja donijele su revoluciju u liječenju. Dobrobit bolesnika najvažnije je mjerilo važnosti suradnje liječnika i industrije, a farmaceutske tvrtke posljednjih su desetljeća osigurale ranije nezamislive uspjehe u medicini. Velik broj bolesti koje su donedavno bile neizlječive ili predstavljale veliku enigmnu zdravstvenoj zajednici, danas postaju kronične, ponajviše zahvaljujući napretku u pronalasku lijekova. Prvenstveno se tu ističu maligne bolesti, kod kojih, zahvalju-

jući lijekovima, dvije od tri osobe prežive pet godina nakon dijagnoze karcinoma. Stopa smrtnosti kod AIDS-a smanjila se za više od 80 posto i bolest se danas smatra kroničnim stanjem. Kod multiple skleroze i reumatoidnog artritisa novi su lijekovi unaprijedili kvalitetu života i usporili progresiju bolesti. Hepatitis C, vodeći uzrok transplantacije jetre i karcinoma, danas je izlječiv u 96 posto slučajeva, i to primjenom oralne terapije u trajanju od osam do 12 tjedana. Oboljeli od Chronove bolesti i dijabetesa danas imaju priliku za bolji život upravo zahvaljujući naprednim terapijama, a istraživanja i inovativni lijekovi za psorijazu, smanjenje lipida, zatajenje srca i ostale kardiovaskularne bolesti, kao i brojni onkološki lijekovi, u završnoj su fazi istraživanja. Osjetno se ulaže i u istraživanja lijekova za Alzheimerovu bolest i druge vrste demencije, lijekova za rijetke bolesti, razne metaboličke poremećaje, kao i rezistentne sojeve bakterija. Primjena novih tehnologija i proizvoda te inovativnih lijekova utjecala je na povećanje kvalitete života i višu razinu zdravlja, a samim time i na povećanje radne sposobnosti. Sve ove činjenice prosječan će građanin rijetko samoinicijativno povezivati sa suradnjom liječnika i farmaceutskih kompanija, no nabrojana otkrića upravo su na njoj zasnovana. Tek neopterećena mistifikacijom - transparentna i razumljiva svima, ova suradnja može dobiti široku javnu podršku i daljnje unapređenje, uz zaštitu integriteta svih dionika. Naša suradnja, na dobrobit bolesnika mora biti oslobođena od svake sumnje i zato će se i ubuduće velika pažnja posvećivati transparentnosti i visokim etičkim standardima.

Svi upiti, dvojbe i prijedlozi vezani uz javnu objavu podataka o prijenosu vrijednosti mogu se slati na adresu elektroničke pošte: kodeks@ifi.hr.

U posljednjem desetljeću ostvaren je značajan napredak u istraživanju, čime se promijenio tijek mnogih bolesti - danas su mnoge bolesti izlječive ili barem lakše podnošljive.

Osnovni cilj HZZO-a je briga o svim osiguranim osobama i ostvarenje njihovih prava koja im jamče pozitivni propisi RH

Razgovarale: Sanja Baković i Nika Pavić



Na čelu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) odnedavna je dr. Fedor Dorčić, dugogodišnji zaposlenik i nekadašnji voditelj riječkog ureda HZZO-a, koji dobro poznaje funkcioniranje zdravstvenog sustava i njegove slabe točke. Za Liječničke novine dr. Dorčiću postavili smo ključna pitanja o smjeru daljnjeg vođenja HZZO-a.

Koji će biti vaši prioriteti na čelu HZZO-a u narednom razdoblju?

Građani ne trebaju strahovati od smanjivanja prava iz obveznog osiguranja. Oduvijek smo hrvatski sustav javnog zdravstva temeljili na principima solidarnosti, što ćemo i dalje njegovati. No, promjene moraju nastupiti jer su i potrebe osiguranika sve veće (starjenje, demografska slika, porast troškova).

HZZO nakon izdvajanja iz državnog proračuna samostalno upravlja svojim proračunom koji se godišnje kreće od 22 do 23 milijarde kuna. U okviru ovih sredstava cilj nam je ugovoriti optimalan obim zdravstvene zaštite sa svim ugovornim partnerima, od kojih najveći dio odlazi bolnicama, oko 10 milijardi kuna.

HZZO je javna ustanova koja se brine da

sve osigurane osobe ostvare pravom zajamčenu zdravstvenu zaštitu.

U narednom razdoblju glavni cilj nam je otvoriti HZZO prema osiguranicima. Ispitat ćemo u kojim sve poslovnim procesima možemo smanjiti administriranje kako bi se prava ostvarivala jednostavnije i brže. HZZO ima 20 područnih službi i 93 ispostave u cijeloj Hrvatskoj. U svakom dijelu Hrvatske osiguranici na jednak način i jednakom brzinom moraju ostvariti svoja prava. Zbog toga je potrebno ujednačiti poslovne procese na svim lokacijama.

U fokusu nam je razviti što bolju suradnju s ugovornim partnerima i svim strukovnim udrugama u zdravstvu, HUBOL-om, KOHOM-om, Hrvatskom udrugom medicinskih sestara, komorama u zdravstvu, Udrugom poslodavaca u zdravstvu i zastupnicima svih zainteresiranih strana. Bit će promjena i u poslovanju bolnica. Trenutno bolnice putem fakturiranja pokušavaju opravdati limite koje imaju, te je u tom poslu angažirano puno administrativnog osoblja. Pokazalo se da zastarijeva sadašnji dijagnostičko-terapijski sustav (DTS) prema kojem se plaća bolnicama, te da postoje nove modernije varijante DTS-a koje ćemo nastojati uvesti. HZZO je kao osiguravatelj zainteresiran za racionalizaciju poslovanja, tj. da se što više zdravstvenih usluga obavi uz optimalan utrošak financijskih sredstava. Stoga ćemo pozvati sve ugovorne partnere, uz angažman HUBOL-a i svih udruga i zainteresiranih strana, da se otvori rasprava o novom modelu fakturiranja i plaćanja zdravstvenih usluga.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti promijenjen je 2013. godine model plaćanja. Slijedi li još promjena u PZZ-u?

Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) i dalje će ostati prva i najvažnija stepenica, tzv. čuvar zdravstvenog sustava. Funkcionira-

nje PZZ-a u mnogim je pojedinostima poboljšano, no još uvijek imamo nezadovoljne liječnike "primarce" koji se žale na preveliko administriranje i premalo vremena za pacijente. Radit ćemo na pojednostavljanju postupaka kroz informatizaciju, te na kupovini nove opreme kako bi se optimizirali alati zdravstvene informatike. Za sada se uspješno provodi e-Recept, a u planu je uvođenje eUputnice, ePomagala i eKartona. Revidirat će se dijagnostičko-terapijski postupci (DTP), kako sam već spomenuo.

Nedavno se govorilo o intenzivnijoj kontroli bolnica i vraćanju računa bolnicama zbog upitnog fakturiranja. Hoćete li pojačati kontrolu ugovornih partnera?

Kontrole i nadzor ugovornih partnera HZZO-a naša su zakonska i ugovorna obveza. HZZO nema beskonačan proračun da njime može upravljati neodgovorno i stihijski, već moramo s ograničenim sredstvima dati maksimum. Nastavit ćemo s kontrolama u svim ugovornim ustanovama s ciljem boljeg trošenja novca. Smisao kontrole nije da stvaramo neprijateljske odnose između HZZO-a i ugovornih partnera, niti sankcioniranje. Smisao kontrole je edukacija i korekcija rada ugovornih partnera.

Hoće li biti promjena u dopunskom zdravstvenom osiguranju? Što je s najavom dodatnog zdravstvenog osiguranja?

Dopunsko zdravstveno osiguranje HZZO-a (DZO) natječe se u tržišnoj utakmici sa svim osiguravateljima koji nude dopunska zdravstvena osiguranja. Cilj nam je kroz nove marketinške platforme reaktivirati interes mladih dobnih skupina, koje su do sada bile manje zastupljene, i povećati ukupan broj polica DZO-a. Još je u tijeku donošenje odluke o povećanju mjesečne cijene premije.

Slika 1. Struktura rashoda HZZO-a

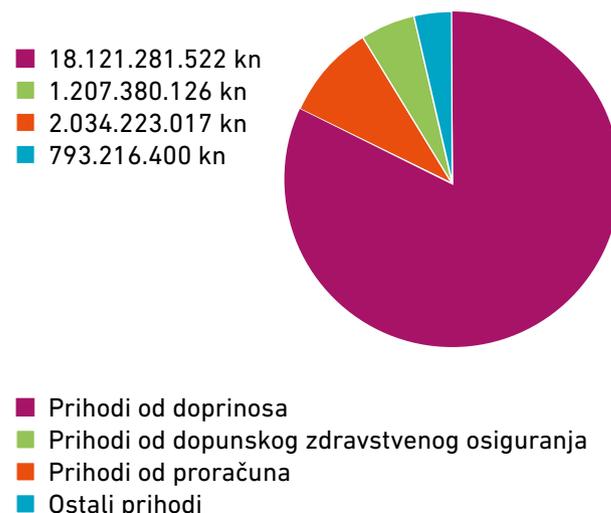


Ukupni rashodi i izdaci: **22.746.178.850 kn**

*Napomena: prihodi od proračuna odnose se na prihode od proračuna umanjene za dio koji se odnosi na DZO

Izvor: podaci HZZO-a

Slika 2: Struktura prihoda HZZO-a



Ukupni prihodi i primici: **22.156.101.065 kn**

| Stavka | Rashod |
|--------------------------------------------------|--------------------------|
| Bolnička zdravstvena zaštita | 8.551.840.306 kn |
| Lijekovi na recepte | 3.113.501.649 kn |
| Primarna zdravstvena zaštita | 3.029.168.732 kn |
| Naknade zbog bolesti i invalidnosti | 994.526.135 kn |
| Rodiljne naknade - obvezni roditeljni dopust | 853.782.648 kn |
| Hitna medicinska pomoć i sanitetski prijevoz | 751.227.825 kn |
| Posebno skupi lijekovi | 747.436.776 kn |
| Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita | 610.953.731 kn |
| Transplantacije u bolnicama | 118.085.870 kn |
| Ostali rashodi | 3.975.655.178 kn |
| Ukupno | 22.746.178.850 kn |

Tablica 1:

Rashodi HZZO-a u 2015. godini

Izvor: podaci HZZO-a

U perspektivi, radit će se i na kreiranju dodatnog zdravstvenog osiguranja po posebnim uvjetima, što je još uvijek predmet analize. Dodatno zdravstveno osiguranje omogućilo bi nadstandard, što je uobičajena je ponuda osiguravajućih kuća u razvijenim zemljama. Na ovo valja gledati iz aspekta razvoja zdravstvenog sustava, koji nije statičan, već se prilagođava novim uvjetima okoline, u ovom slučaju razvijenijskih sustava EU-a.

U kojoj je fazi informatizacija u zdravstvu?

Nastavit ćemo sa svim eHZZO projektima, a sve što je do sada započeto željeli bismo unaprijediti. Cilj je informatički povezati HZZO, bolnice, PZZ i Hrvatski zavod za

javno zdravstvo. Na taj ćemo način imati jednoznačne informacije o pacijentima, u pravom vremenu i na svakom mjestu u sustavu.

Hoće li biti novosti na listi lijekova i ortopedskih i drugih pomagala?

Na liste lijekova HZZO-a stalno se uvrštavaju novi lijekovi. Razumljivo je da bolesnici, posebno oni s rijetkim bolestima, uvijek smatraju da se može više. HZZO će se i dalje truditi da omogući dostupnost novih učinkovitih lijekova u okviru raspoloživih sredstava. Koristit ćemo isključivo pravno utvrđene instrumente: financijske ugovore s farmaceutskom industrijom i plaćanje po terapijskom učinku, kao i

druge raspoložive mjere u skladu s propisima. Opskrbu ortopedskim pomagala i medicinskim proizvodima nastojat ćemo maksimalno pojednostaviti uz implementaciju e-pomagala.

Sve mjere koje HZZO planira poduzeti imaju za cilj poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, što donosi bolju kvalitetu životu, dulji životni vijek i zdravije radno aktivne građane. Stara je poslovice da zdrav čovjek ima tisuću želja, a bolestan samo jednu. Više zdravlja svima nam je u interesu.



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Croatian Health Insurance Fund

Dopunsko zdravstveno osiguranje

Kombinacija lijekova i bihevioralne podrške pomaže pušačima u prestanku pušenja

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

Sažetak

Uvod: I bihevioralna podrška (koja uključuje kratak savjet i dulje oblike podrške) i farmakoterapije (uključujući zamjensku nikotinsku terapiju, vareniklin i bupropion) djelotvorne su terapije za prestanak pušenja. Kombinacija oba pristupa preporučuje se kad god je to moguće, ali nije poznato koliki terapijski učinak ima takva kombinacija.

Cilj: U ovom Cochrane sustavnom pregledu ispitan je učinak kombinacije bihevioralne podrške i lijekova kao pomoći u prestanku pušenja, u usporedbi s minimalnom intervencijom ili uobičajenom skrbi.

Metode: U ovaj pregled literature uključeni su randomizirani kontrolirani pokusi. Isključeni su pokusi koji su uključili samo trudnice, samo adolescente i studije koje su trajale kraće od 6 mjeseci.

Ključni rezultati: Kriterije uključenja zadovoljile su 53 studije s više od 25.000 uključenih ispitanika. Većina studija uključila je ispitanike u zdravstvenim ustanovama ili ispitanike koji su imali specifične zdravstvene potrebe. Većina studija ispitanicima je od farmakoterapije davala zamjensku nikotinsku terapiju. Bihevioralnu podršku uglavnom su pružali stručnjaci specijalizirani za savjetovanje o prestanku pušenja, koji su provodili 4-8 terapija. Planirano trajanje savjetovanja trajalo je obično dulje od 30 min, ali kraće od 300 minuta. Studije su uglavnom imale nizak rizik ili nejasan rizik od pristranosti, i rezultati se nisu promijenili kad su autori sustavnog pregleda isključili 6 studija koje su imale visok rizik

od pristranosti. Jedna studija (Lung Health Study) pokazala je značajno veći terapijski učinak nego ostale studije, no valja naglasiti da je u toj studiji ispitana osobito intenzivna intervencija, koja je uključila produženu dostupnost nikotinske žvakače gume, višestruke savjetodavne terapije, dugotrajnu terapiju održavanja i ponavljanje kontakte, pa njeni rezultati možda nisu usporedivi s drugim studijama. Kad se analiziraju ostale 52 studije (19.488 ispitanika), dokazi visoke kvalitete pokazuju da je kombinacija farmakoterapije i bihevioralne podrške bolja od uobičajene skrbi ili manje intenzivne bihevioralne podrške.

Zaključak: U usporedbi sa samo kratkim savjetom ili podrškom, kombiniranje farmakoterapije i bihevioralne podrške povećalo je uspjeh prestanka pušenja za 70 do 100%. Pronađeni su dokazi da je učinak veći ako su ispitanici u studije uključeni u zdravstvenim ustanovama. Nisu pronadjeni jasni dokazi da više kontakata s ispitanicima povećava broj osoba koje su prestale pušiti nakon 6 mjeseci ili dulje.

Prestanak pušenja

Najdjelotvorniji način za smanjenje rizika od razvoja bolesti povezanih s pušenjem cigareta i prijevremene smrti je prestanak pušenja. Bihevioralna podrška i farmakoterapija su intervencije koje ljudima mogu pomoći u prestanku pušenja. Bihevioralna podrška uključuje davanje pisanih materijala u kojima se nalaze savjeti za prestanak pušenja, višestruki terapijski programi u grupama ili individualne savjetodavne terapije koje se mogu provoditi s terape-

utom u prostoriji ili preko telefona. Čini se da davanje standardnih materijala za samopomoć nema velik učinak, ali ima dokaza o korisnom učinku individualno prilagođenih materijala za samopomoć ili intenzivnijeg savjetovanja i davanja podrške. Nikotinska zamjenska terapija, vareniklin, bupropion, cizitin i nortirptilin su lijekovi koji povećavaju uspjeh pri pokušajima prestanka pušenja u duljem vremenskom razdoblju.

Brojne kliničke smjernice preporučuju zdravstvenim radnicima provođenje probira pacijenata koji su spremni prestati pušiti i da takvim pacijentima ponude obje vrste intervencija, temeljem procjene da bi njihova kombinacija mogla imati veći učinak nego bilo koja od njih zasebno. Takav pristup oslanja se na teoriju da te dvije vrste intervencija imaju komplementarne mehanizme djelovanja i da neovisno mogu poboljšati vjerojatnost dugoročne apstinencije od pušenja. Međutim, poznato je da mnogi ljudi koji koriste farmakoterapiju ne žele sudjelovati u programima bihevioralne podrške. Zamjenska nikotinska terapija može se kupiti i bez recepta u brojnim zemljama, a osobe koje ih kupe na takav način onda nemaju ni priliku dobiti ponudu da se uključe u programe bihevioralne podrške. Osobe koje dobiju recept za lijekove koji mogu pomoći u prestanku pušenja vjerojatno će dobiti i neki oblik podrške, ali ta se podrška može odnositi na objašnjavanje propisnog načina uzimanja lijeka, a ne na bihevioralnu podršku.

Cilj ovog Cochrane sustavnog pregleda bio je istražiti učinak kombinacije farmakoterapije i bihevioralne podrške u usporedbi s nikakvom terapijom ili samo kratkim savjetom ili kratkom bihevioralnom podrškom, kao pomoć u prestanku pušenja. Drugi Cochrane sustavni pregledi istražili su zaseban učinak bihevioralnih i farmakoterapijskih intervencija.

Sažetak glavnih rezultata

U ovom Cochrane sustavnog pregledu uključena su 53 klinička pokusa u kojima je ispitano djelovanje kombinacije farmakoterapije i bihevioralne podrške kao pomoć u prestanku pušenja. Rezultati tih studija pokazuju da takva kombinacija ima veći uspjeh nego nikakva terapija ili minimalna intervencija. Ti su rezultati u skladu s dokazima koji pokazuju da je svaka od tih intervencija djelotvorna kad se ispita zasebno. Snaga dokaza iz tih kliničkih pokusa temelji se na dosljednim rezultatima – uočeno je vrlo malo kliničke heterogenosti iako su studije koristile različite pristupe u brojnim različitim populacijama i okruženjima.

Jedna studija pokazala je jako veliki učinak multimodalne terapije; to je Lung Health Study koja je provedena ranih 1990-ih, i u kojoj je postignuta stopa prestanka pušenja od 35% nakon godinu dana u intervencijskoj skupini za razliku od 9% u kontrolnoj skupini. Istraživači su također opisali kontinuiran koristan učinak i nakon 5 godina, te su dokazali da je smanjena smrtnost u intervencijskoj skupini. Međutim, kako je već spomenuto u sažetku, radilo se o studiji u kojoj je ispitana vrlo intenzivna intervencija. Ispitanicima je ponuđena savjetodavna terapija održavanja, a onima koji nisu uspjeli prestati pušiti na raspolaganju je bila ponovljena terapija. Osim toga, svi ispitanici imali su blage poremećaje dišnog sustava i intervencijska skupina je još i razvrstana u one koji su koristili inhalator za širenje dišnih putova ili placeboinhalator. Te komponente intervencije možda su povećale motivaciju ispitanika za prestanak pušenja, a relativno visoke stope prestanka pušenja u kontrolnoj skupini bi poduprle takav zaključak.

Zbirni rezultati iz preostale 52 studije (RR 1.83, 95% CI 1.68 do 1.98) pokazuju da kombinirana intervencija može poboljšati

uspjeh prestanka pušenja za 70 do 100% u odnosu na nikakvu terapiju ili minimalnu intervenciju. Većina ispitivanja ponudila je jednu ili više vrsta zamjenske nikotinske terapije ili bupropion. Ako se pogledaju procjene učinka tih terapija u drugim Cochrane sustavnim pregledima – učinak same zamjenske nikotinske terapije (zbirna procjena iz 117 kliničkih pokusa: RR 1.60, 95% CI 1.53 do 1.68; Stead i suradnici, 2012) i učinak samog bupropiona (zbirna procjena iz 44 pokusa: RR 1.62, 95% CI 1.49 to 1.76; Hughes i suradnici, 2014), dodatni korisni učinak kombinacije tih intervencija ne može se učiniti malen. Međutim, izravna usporedba tih procjena može biti pogrešna jer autori nisu napravili nikakvu formalnu statističku usporedbu.

Među studijama uključenima u ovaj sustavni pregled i tipičnim studijama u kojima se ispituje djelotvornost farmakoterapije postoje određene bitne razlike. Farmakoterapijski klinički pokusi koji se uključuju u meta-analize obično imaju placebo skupinu, ali kontrolna skupina također prima jednaku bihevioralnu podršku kao i skupina koja prima aktivnu terapiju. Intenzitet bihevioralne podrške može varirati od kratkog savjeta vezanog za ispravno korištenje lijekova i davanje materijala za samopomoć do višestrukih terapijskih susreta. Protokol istraživanja može uključivati učestale kontakte s kliničkim istraživačkim centrom, čak i ako je kontakt za savjetovanje ograničen. Ispitanici mogu imati velika očekivanja o učinku terapije, ali isto tako znaju da bi možda mogli primati placebo.

Naprotiv, u studijama uključenima u ovaj sustavni pregled kontrolna skupina je imala ograničenu podršku, ali to je obično uključivalo savjet koji bi se mogao smatrati intervencijom za prestanak pušenja u nekim drugim kontekstima. Nadalje, općenito je nejasno jesu li kontrolni ispitanici znali koje se komponente nalaze u aktivnoj terapiji. U gotovo svim istraživanjima su ispitanici u intervencijskoj skupini znali da primaju aktivne lijekove, ali bez konotacija povezanih s primanjem „novog“ lijeka. Izuzet malog broja uključenih studija koje su bile kontrolirane placeboom, studije su imale pragmatičan dizajn i intervencije su obično uključivale ponudu terapije.

Stvarno uzimanje lijekova i sudjelovanje u cjelovitom programu bihevioralne podrške nisu bili jednaki u svim studijama.

Nisu pronađeni dokazi da vrsta zdravstvenog radnika, motivacija ispitanika, intenzitet bihevioralne podrške ili količina podrške koju su iskoristili ispitanici utječe na procjenu relativnog učinka. Gotovo sve intervencije uključivale su višestruke terapije, pri čemu su neke studije pružale više od 8 terapija i čak 8 h kontakta. Možda se jači učinak veće doze u tim studijama ne može uočiti zbog razlika među studijama. To bi trebalo dodatno istražiti jer se čini malo vjerojatno da broj kontakata s ciljem podrške i njihova duljina nemaju baš nikakav učinak na rezultate. Jedno je moguće objašnjenje da uporaba farmakoterapije umanjuje važnost bihevioralne podrške. Zdravstveni radnici imaju važnu ulogu u uvjeravanju pušača o važnosti prestanka pušenja, te pacijentima koji su spremni prestati pušiti trebaju ponuditi lijekove i bihevioralnu podršku koja im u tome može pomoći.

Zaključak za praksu

Intervencije koje kombiniraju farmakoterapiju i bihevioralnu podršku povećavaju uspjeh prestanka pušenja u različitim okruženjima i populacijama, u usporedbi s minimalnom intervencijom ili uobičajenom skrbi. To znači da bi zdravstveni radnici trebali potaknuti pušače ne samo na prestanak pušenja nego i uporabu obje te vrste intervencija. U studijama koje su analizirane nije se pokazalo da intenzivnija bihevioralna podrška daje veći uspjeh, ali to može biti i stoga što je intenzivnije intervencije teže dosljedno provoditi među ispitanicima.

Zaključak za buduća istraživanja

Nije vjerojatno da će buduća istraživanja promijeniti glavne rezultate ovog sustavnog pregleda, ali je moguće da bi doprinijela našem razumijevanju učinaka ispitivanih terapija u različitim okruženjima ili u različitim populacijama pušača.

Cochrane sustavni pregled

Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharma co therapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;3: CD008286.

H O D A



BOJANA GENOV

Aktivistkinja je Ženske mreže Hrvatske, feminističkog političkog saveza trideset organizacija diljem Hrvatske

Pitanje prava na život ili izbor lažna je dilema jer nema suprotnosti između njih, nego su komplementarni. Kakav bi to život bio bez mogućnosti žene da upravlja svojim životom? Legalan i dostupan pobačaj mjera je kojom gotovo sve razvijene zemlje štite zdravlje i živote žena, pa su baš zbog toga gotovo sve razvijene zemlje liberalizirale svoje zakone. Ograničavajući zakoni o pobačaju krše ljudska prava žena. Ljudska prava nisu ideologija, kako to pogrdno nazivaju oni koji ih žele dokinuti, već najznačajnija civilizacijska stečevina uređena međunarodnopravnim dokumentima, kojih je potpisnica i Hrvatska. Valja naglasiti da Odbor Ujedinjenih naroda za uklanjanje diskriminacije žena u svojim zaključnim preporukama iz srpnja 2015. godine poziva Hrvatsku „da osigura da korištenje prigovora savjesti ne spriječi neometan pristup žena uslugama skrbi o reproduktivnom zdravlju, osobito skrbi

U slučaju da se organizatori Hoda za život stvarno zauzimaju za bolje društveno i ekonomsko okruženje obitelji, marširali bi ulicama sa sindikalistima i zagovaračima ljudskih prava. Tražili bi uvođenje spolnog odgoja u škole kako bi zdravstvenom edukacijom prevenirali neželjene trudnoće

pri pobačaju i poslije pobačaja, kao i kontracepcijskim sredstvima; da osigura opće pokrivanje pobačaja i suvremene kontracepcije iz sredstava zavoda za zdravstveno osiguranje...

Zabranom pobačaja žena bi imala manja prava od svih rođenih ljudi kojima nitko ne dovodi u pitanje tjelesnu autonomiju i kojima nitko ne smije prisilno koristiti njihova tijela, organe ni krv za vlastito preživljavanje. Stoga nitko nema pravo koristiti žensko tijelo bez pristanka te žene. Zabrana abortusa značila bi davanje embriju veća prava nego što ih uživa žena, a da pritom embrij ne može konzumirati ta prava jer on nema ni volju za život ni svijest o njemu. Tijekom tisuća godina ljudske povijesti embrij nije bio subjekt prava, pa nema osnove da stekne prava koja bi uskratila ženi pravo na njezinu tjelesnu autonomiju.

U prošlosti su žene tijekom života imale u prosjeku dvanaest do četrnaest trudnoća, s kojima su se žene nosile kako su umjele i koje su završavale različitim ishodima, nerijetko smrtnima i za ženu i za plod. Pretpostavljam da nitko ozbiljan ne želi to ženama u 21. stoljeću. Umjesto intervencija u postojeći dobar zakon, treba usmjeriti napore cjelokupnog društva uspostavi rodne jednakosti, jačanju institucija koje je štite te stvaranju široke društvene podrške majčinstvu, koja neće biti samo deklaratorna. Sve ostale

priče o zaštiti života zabranama i osudama dim su i magla koji trebaju ojačati društvenu i političku moć jedne ambiciozne i zasad marginalne i slabo podržane grupacije koja želi vjerske dogme instalirati u pravni poređak Hrvatske.

Ulaže se velik napor da se pokaže kako nitko ženi ne želi oduzeti prava, nego samo stvoriti mogućnost da izabere rađanje, ali ni to nije istina. U slučaju da se organizatori *Hoda za život* stvarno zauzimaju za bolje društveno i ekonomsko okruženje obitelji, marširali bi ulicama sa sindikalistima i zagovaračima ljudskih prava. Tražili bi uvođenje spolnog odgoja u škole kako bi zdravstvenom edukacijom prevenirali neželjene trudnoće. Mahali bi transparentima sa zahtjevima za besplatnu kontracepciju, promicali upotrebu kondoma. Zahtijevali bi da institucija pravobraniteljice za ravnopravnost spolova bude autonomna od politike i ojačana financijski, materijalno i prerogativima. Umjesto toga svjedočimo da baš inicijativa/organizacija/politička stranka *U ime obitelji* traži upravo suprotno po svakoj od tih točaka.

Paradoksalno, upravo oni koji navodno zagovaraju život, upravo su najveći protivnici spolnog odgoja u školama temeljenog na znanstvenim činjenicama. Još paradoksalnije, dok izgovaraju fraze o fleksibilnom radnom vremenu i radnim pravima žena, pripadaju političkoj opciji koja nastoji potpuno dokinuti karakter Hrvatske kao socijalne države, komercijalizirati sve socijalne servise te ukinuti solidarnost kao najvišu društvenu vrednotu. Očito je, da je sintagma **za život**, baš kao i ona **za obitelj i Hrvatsku** samo marketinško spretno markiranje i svojatanje društvenih, konsenzualno podržanih vrijednosti, jer sužavanje ženskih prava ne afirmira ni život, ni obitelj ni Hrvatsku.

Zahtjev za promjenu legislative u vezi s pobačajem direktan je napad na žene i na njihovu autonomiju, njihovo zdravlje i živote. Upravo su liječnici ti koji bi to trebali prepoznati i spriječiti.

ŽIVOT

Prvi nacionalni Hod za život okupio je više od 15 tisuća ljudi; najvećim dijelom su to bile obitelji s djecom i mladi. Ovogodišnjim geslom “Za život, obitelj i Hrvatsku” željeli smo svratiti pozornost na činjenicu da je čovjek najveća vrijednost i da tražimo da se novac koji svi mi kroz poreze uplaćujemo u državni proračun više ulaže u ljude.

Žene s djecom i mlade obitelji s djecom danas su najdiskriminiranije skupine u Hrvatskoj. Na tržištu rada diskriminirane su najviše žene koje imaju ili žele imati djecu. Prema dostupnim podacima, više od 70 posto pritužbi vezanih za diskriminaciju žena podnose trudnice ili majke. Istraživanja pokazuju da više od 20 posto žena, kad kažu svom poslodavcu da su trudne, dobivaju otkaz, a više od 30 posto se nakon porodiljnog dopusta vraća na slabije plaćeno radno mjesto, za koje su najčešće prekvalificirane. Mi tražimo da se to promijeni – da se društveno prizna da djeca nisu samo najveća ljubav i sreća svojih majki i roditelja, već da predstavljaju konkretno, pa i ekonomsko dobro za cijelo društvo. Danas sav teret i žrtvu za njihovo podizanje podnose samo njihovi roditelji i obitelj, a sutra će njihova djeca za vas i mene zarađivati našu mirovinu. Ako društvo i političari ne razumiju koliko važan doprinos hrvatskom društvu i gospodarstvu daju obitelji koje imaju djecu – kako onda mogu obiteljsku i populacijsku politiku staviti na sam vrh ljestvice svojih prioriteta?

Istraživanja pokazuju da parovi imaju u prosjeku jedno dijete manje nego što su rekli da bi željeli imati kad su ulazili u brak. Uglavnom za to navode ekonomske razloge. Hrvatska nema niti obiteljsku niti populacijsku politiku. Niti ju je ikad imala. Bilo je dobrih mjera, ali nema kontinuiteta. Slovenija ulaže 415 Eura po stanovniku u mjere obiteljske politike, a Hrvatska 230 Eura. Na primjer, u Hrvatskoj ima oko 20 posto žena koje su orijentirane isključivo na brigu o svojoj obitelji, one ne žele raditi izvan kuće, bez obzira na svoju naobrazbu. Ako žene u toj skupini imaju 3 ili 4 djece mlađe od 18 godina, treba im ponuditi status majke odgajateljice i privremeno odteretiti jaslice – za brigu o djeci mlađoj od 3 godine.

Žene s djecom i mlade obitelji s djecom danas su najdiskriminiranije skupine u Hrvatskoj. Mi tražimo da se to promijeni – da se društveno prizna da djeca nisu samo najveća ljubav i sreća svojih majki i roditelja, već da predstavljaju konkretno, pa i ekonomsko dobro za cijelo društvo

Druga skupina su žene koje imaju djecu, žele imati više od jednog ili dvoje djece, ali imaju i poslovnu karijeru, žele raditi. Njima treba osigurati mjere kojima će bolje uskladiti obitelj i posao – omogućiti rad od kuće, fleksibilno radno vrijeme, da primaju punu plaću svih 12 odnosno 16 mjeseci porodiljnog, da se osigura dovoljan broj mjesta u vrtićima u kojima radi dovoljan broj kvalificiranih odgajatelja. Neke države ženama koje imaju djecu mlađu od 18 godina subvencioniraju 2 radna sata u danu - tako da dobivaju punu plaću, a rade 6 sati dnevno... U Hrvatskoj postoji samo 20 posto škola s produženim boravkom i još uvijek prevelik broj škola koje rade u turnusima. Ove godine školska godina završava 10. lipnja, a to znači da će školska djeca imati 3 mjeseca praznika... Kako će se otac i majka, koji zajedno imaju maksimalno 2 mjeseca godišnjeg odmora – organizirati?

Isto tako, očekujemo da se pruži konkretna potpora i ženama koje se odlučuju na pobačaj. Naime, 75 posto žena koje se odlučuju na pobačaj navode da to čine iz ekonomskih razloga i zbog pritiska okoline. To smatramo potpuno neprihvatljivim u jednom razvijenom društvu. U Hrvatskoj imamo jednu od najnižih stopa pobačaja u EU-u. Broj pobačaja pada od kraja 80-ih; 1991. u Hrvatskoj je bilo oko 35 tisuća pobačaja, prošle godine ih



ŽELJKA MARKIĆ

Liječnica, poduzetnica i građanska aktivistica. Sudjelovala je u organizaciji prvog nacionalnog Hoda za život, održanog 21. svibnja u Zagrebu

je bilo oko 3 tisuće. To pokazuje da u Hrvatskoj postoji već velik broj ljudi koji potpuno poštuju život. To govori i o tome da kroz odgoj, obrazovni i zdravstveni sustav, do velikog broja ljudi dopire znanstvena istina da čovjekov život započinje začecem - spajanjem jajne stanice majke i spermija oca. Važno je u demokratskom društvu osigurati da ove činjenice budu javno dostupne. Naime, nedopustivo je da žena ode na pobačaj misleći da se radi o “čišćenju hrpe stanica”.

Istraživanja pokazuju da u Hrvatskoj žene, kad izađu iz generativne dobi, u prosjeku žale što nisu imale jedno dijete više – bez obzira na broj djece koju imaju. Mnoge su države u našem okruženju dobrom obiteljskom politikom u kratkom roku postigle vidljive promjene. Ne vidim zašto to ne bi uspjelo i u Hrvatskoj.

OHRABRIVANJE SESTARA DA ODSTRANJUJU URINARNE KATETERE MOGLO BI SMANJITI STOPU URINARNIH INFEKCIJA UZROKOVANIH KATETEROM

Poruka članka: Bolničke direktive koje bi dopustile da medicinske sestre procjenjuju i uklanjaju urinarne katetere bez posebnih medicinskih odredbi za svakog pacijenta, smanjilo bi broj infekcija mokraćnog sustava povezanih s kateterom. Intervencijama se također smanjuje broj dana bolesnika s prisutnim urinarnim kateterom.

S obzirom na iznimno veliku opterećenost osoblja na pojedinim odjelima, odgađanje vađenja urinarnog katetera (UK) može imati za posljedicu infekciju mokraćnog sustava uzrokovanu kateterom (engl. catheter-associated urinary tract infections - CAUTIs), tvrde Leis i sur. (Division of Infectious Diseases and the Division of General Internal Medicine, Sunnybrook Health Sciences Centre; Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario, Kanada). Dosadašnje razne intervencije za smanjenje nepotrebnog korištenja UK-a bile su usmjerene na liječnike, dok se nedovoljno primjenjuju medicinske smjernice koje bi osnaživale sestre da uklanjaju UK. Istraživači su proučavali bolesnike primljene u velikoj akademskoj bolnici i procjenjivali učinak medicinske direktive koja omogućuje medicinskim sestrama da uklanjaju UK prema unaprijed određenim kriterijima. Svi su liječnici surađivali s istraživačima (autorima članka) na utvrđivanju kriterija; sestre su podvrgnute 20-minutnom treningu o tome kako primijeniti medicinsku direktivu prilikom premještanja pacijenata na odjel i na početku svake smjene. Medicinske sestre su primjenjivale takvu medicinsku direktivu na dva odjela od 10. rujna do 17. prosinca 2014. Na druga dva

odjela zbrinjavalo se kao i do tada i ta su dva odjela poslužila kao kontrolna skupina. Primarni ishod studije bio je broj UK-dana po bolesnik-danu prema lokalno validiranom elektroničkom alatu za nadzor. Sekundarni ishod bio je broj CAUTIs-a na 1000 bolesnik-dana, procijenjen s pomoću smjernica za vrijeme studije i četiri mjeseca prije (1. svibnja - 9. rujna, 2014). Prije intervencije bili su UK-dani po bolesnik-danu i prosječnom trajanju UK-a slični i kod intervencijske i kod kontrolne skupine. Nakon primijenjene medicinske direktive, UK-dani po bolesnik-danu značajno su se smanjili u intervencijskoj skupini (410 [8,5 %] od 4816 dana; 95 % interval pouzdanosti, 7,8 % - 9,3 %) u usporedbi s kontrolnim odjelima (794 [14,8 %] od 5364 dana, 95 %-tni interval pouzdanosti, 13,9 % - 15,8 %; $p < 0,001$). Prosječno trajanje nošenja UK-a također se znatno skratilo u intervencijskoj u usporedbi s kontrolnom skupinom (2,8 prema 3,6 dana; $p = 0,05$). Niti jedan od osam ponovnih postavljanja UK-a u intervencijskoj skupini nije uzrokovan njegovim uklanjanjem na odgovarajući način. Prije intervencije CAUTIs je po bolesnik-danu iznosio 11/6503 (1,7 na 1000 bolesnik-dana) na intervencijskim odjelima i 10/7011 (1,4 na 1000 bolesnik-dana) na kontrolnim odjelima. Nakon primjene medicinske direktive, CAUTIs po bolesnik-danu pao je na 1/4816 (0,2 CAUTIs na 1000 bolesnik-dana) na intervencijskim odjelima, što je znatno ispod onih na kontrolnim odjelima (8/5364, odnosno 1,5 CAUTIs 1000 bolesnik-dana, $p = 0,03$). Ključ za provedbu ove intervencije bio je konsenzus među svim liječnicima o kriterijima za uklanjanje UK-a i uključivanje voditelja sestara. Trening svake sestre trajao je manje od pola sata, a rezultirao je bez neprimjerenih uklanjanja UK-a. Autori upozoravaju da medicinska direktiva možda neće biti prikladna za sve bolesničke populacije. Medicinska zajednica dobro pozna izrazito povećan rizik od infekcije kod pacijenata s UK-om

zbog imobilizacijskog učinka UK-a, piše dr. **Kenneth E. Covinsky** u popratnom komentaru. U ovoj studiji istraživači su opisali UK kao jedinu točku koja veže bolesnika za krevet. Bolesnikova nepokretnost ima za posljedicu opću slabost i bolnički uzrokovan invaliditet, sindrom u kojem stariji pacijenti napuštaju bolnicu i često trajno su nesposobni za osnovne aktivnosti u svakodnevnom životu, čak i kada im je osnovna bolest uspješno izliječena. Sve je više dokaza da je UK pokretač bolnički uzrokovanog invaliditeta. Najbolje je izbjeći stavljanje UK-a, ali kada se postavi, Leis i sur. opisuju pragmatičan i inovativan pristup kako ga ukloniti što je brže moguće, a to je korisna inovacija.

(JAMA Intern Med. 2016;176:113-5.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.,

specijalist opće i abdominalne kirurgije

VEĆI BROJ TIROIDEKTOMIJA KOJE KIRURG UČINI GODIŠNJE POVEZAN JE S BOLJIM ISHODIMA I MANJIM TROŠKOVIMA

Poruka članka: Veći broj tireoidektomija koje kirurg obavlja godišnje povezan je s boljim ishodom i manjim troškovima tih postupaka u manjim bolnicama. To je osobito prisutno kod ugrožene populacije, kao što su starije osobe i osobe s višestrukim komorbiditetom.

I-Qurayshi i sur. (Tulane School of Medicine, New Orleans, Louisiana, SAD) napominju da je u SAD-u broj tireoidektomija dramatično porastao. Utjecaj tog porasta na nacionalnoj razini autori su istražili koristeći se Nationwide Inpatient Sampleom za razdoblje od 2003. do 2009. godine. Oni su analizirali više od 77.000 hospitaliziranih bolesnika u dobi od 18 godina i više, a koji su operirani u lokalnim i regionalnim bolnicama. Stupnjevanje učestalosti kirurškog liječenja okarakterizirano je kao nisko (1-3 ope-

racije štitnjače godišnje), srednje (4-29) i visoko (30 ili više). Opasnost od postoperativnih komplikacija bila je znatno veća s niskim nego s visokim stupnjem (15,8 % u odnosu na 7,7 %, $p = 0,001$). To je također bio slučaj kod nekih komplikacija kada su kirurzi sa srednjom učestalosti operacija uspoređivani s kirurzima koji češće operiraju. Srednja cijena liječenja po kirurgu obrnuto je povezana s učestotom operiranja. Tako je iznosila 6,663 \$ za kirurge koji češće operiraju, 6,912 \$ za kirurge sa srednjom učestotom i 10,396 \$ za kirurge s niskom učestotom operiranja. Na temelju tih nalaza, istraživači su zaključili: kad bi sve operacije radio kirurg koji srednje često ili vrlo često operira, ušteda bi bila 11,2 %. Kod kirurga koji operiraju najčešće, ušteda bi iznosila 12,2 %. Autori dalje procjenjuju na temelju 150 000 tireoidektomija da bi godišnje tijekom 14 godina ušteda iznosila 2,08 milijarde dolara kad bi operirali kirurzi koji operiraju srednje često, a 3,11 milijarde kad bi operirali samo kirurzi koji operiraju vrlo često. Kao nedostatak studije istraživači ističu znatno ograničenje na ekstrapolaciju i generaliziranje rezultata, s obzirom na to da se štitnjača trenutno najčešće operira ambulantno i u jednostavnim kirurzijama. Drugi je nedostatak što su u bazi podataka samo podaci o pacijentima tijekom boravka u bolnici, a nedostatak je i što se ne prati ishod nakon otpusta iz bolnice. No unatoč pitanju može li se centraliziranjem zdravstvenih usluga poboljšati zdravstvenu skrb, njihovi podaci pokazuju da će za ovaj široko rasprostranjeni postupak u SAD-u usvajanje centraliziranog modela zdravstvene usluge ne samo poboljšati ishode kirurgije štitnjače, nego će i smanjiti financijski teret. Potrebne su daljnje sveobuhvatne analize da bi se potvrdili ovi rezultati. Osvrćući se na njih, dr. **Tracy S. Wang** (Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, SAD) dodaje da je suvremena literatura dosljedno pokazala izravnu vezu između broja postupaka koje kirurg izvrši i ishoda za pacijenta.

Ovo istraživanje dodatno sugerira da bi se značajna ušteda mogla postići i zbog manjeg broja komplikacija. Međutim, Wang dodaje da se kao i kod mnogih drugih studija velikih administrativnih baza podataka rezultate treba oprezno interpretirati. Na primjer, baza podataka neće uključivati pacijente koji su otpušteni kući na dan operacije, kao što se to radi kod nekih pacijenata nakon operacije štitnjače. Osim toga, autori nisu potpuno objasnili koje su podatke vezane uz troškove liječenja koristili, pa je tako nešto teško odrediti jer nije moguće predvidjeti troškove u različitim ustanovama i zdravstvenim sustavima. Ipak, studija opravdava buduće rasprave i vrednovanja tih nalaza.

(JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;142:32-9.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.,
specijalist opće i abdominalne kirurgije

KONZUMIRANJE VOĆA SMANJUJE RIZIK ZA KARCINOM DOJKE

Poruka članka: Veća konzumacija jabuka, banana i grožđa tijekom adolescencije te banana i kelja tijekom rane odrasle dobi značajno je povezana sa smanjenim rizikom za karcinom dojke.

Cilj ovog istraživanja, koje su proveli američki liječnici, nutricionisti i drugi zdravstveni djelatnici, bio je procijeniti vezu između unosa voća i povrća u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi te rizika za karcinom dojke.

U istraživanju je sudjelovalo 90 476 premenopausalnih žena u dobi od 27 do 44 godine koje su 1991. godine ispunile upitnik o prehranbenim navikama. Od ukupnog broja sudionica 44 223 su ispunile isti upitnik i 1998. Opisano istraživanje dio je druge generacije jednog od najvećih istraživanja o rizičnim čimbenicima za kronične bolesti u žena (engl. *Nurses*



Health Study), koje su znanstvenici s Harvarda započeli davne 1976. godine.

Tijekom praćenja je do 2013. među sudionicama zabilježeno 3235 slučajeva invazivnog karcinoma dojke. Od toga 1347 slučajeva bilo je među ženama koje su upitnik o prehranbenim navikama ispunile u adolescentnoj dobi (od 13. do 18. godine života).

Rezultati su pokazali kako je ukupan unos voća u vrijeme adolescencije povezan s manjim rizikom za karcinom dojke. Omjer opasnosti (engl. *hazard ratio*) bio je 0,75 (95% CI 0,62-0,90) za one koji su konzumirale najviše voća (medijan unosa 2,9 mjerica dnevno) u usporedbi s onima koje su konzumirale jednu petinu manje (medijan unosa 0,5 mjerica dnevno). Opažena povezanost tijekom adolescencije bila je neovisna o unosu u odrasloj dobi. Nije uočena povezanost između rizika i ukupnog unosa voća u ranoj odrasloj dobi te ukupnog unosa povrća u adolescentnoj i ranoj odrasloj dobi. Visok unos voća i povrća bogatog α karotenima u adolescentnoj i ranoj odrasloj dobi bio je povezan s manjim rizikom za karcinom dojke prije menopauze. U ovom slučaju omjer opasnosti bio je 0,82 (95% CI 0,70 – 0,96) za petinu ispitanica s najvećim unosom (medijan unosa 0,5 mjerice dnevno) u usporedbi s petinom s najmanjim unosom (medijan unosa 0,03 mjerice dnevno). Povezanost s unosom voća u adolescenciji bila je veća za karcinome s estrogen i proge-

steron negativnim receptorima. Kada se gledao unos pojedine vrste voća i povrća, veća konzumacija jabuka, banana i grožđa tijekom adolescencije te banana i kelja tijekom rane odrasle dobi bila je značajno povezana sa smanjenim rizikom za karcinom dojke. Konzumacija voćnih sokova tijekom adolescencije i rane odrasle dobi nije bila povezana s rizikom za karcinom dojke.

Autori ovog istraživanja na kraju su zaključili kako su rezultati njihova istraživanja u skladu s preporukama za sprečavanje raka koje ističu važnost konzumacije voća i povrća te usvajanje zdravijih prehrambenih navika što ranije u životu.

(BMJ 2016; 353 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2343>)

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

BARIJATRIJSKA KIRURGIJA POVEZANA JE S POKUŠAJIMA SAMOUBOJSTVA

Poruka članka: Pokušaji samoubojstva značajno se povećavaju kod morbidno pretilih bolesnika u prvih nekoliko godina nakon barijatrijske operacije, kada period tzv "medenog mjeseca" - značajnog gubitka težine, dolazi do kraja.

Ovim su istraživanjem **Bhatti** i sur. (Sunnybrook Research Institute, Toronto, Ontario) utvrdili da je, ukupno gledano, rizik samoozljeđivanja povećan s 2,33 događaja na 1000 pacijenata godišnje prije operacije na 3,63 na 1000 bolesnika nakon barijatrijske operacije - što znači povećanje od oko 50%. Naime, 93% samoozljeđivanja događa se kod pacijenata koji imaju poremećaj mentalnog zdravlja tijekom 5 godina prije operacije. Pacijenti s morbidnom pretilošću imaju veću vjerojatnost mentalnih problema nego opća populacija, što rezultira većom učestalosti dijagnoza mentalnih bolesti prije barijatrijskih operacija. I dok većina pacijenata ima koristi od

operacije, mali postotak bolesnika može prouzročiti samoozljeđivanje, pa autori predlažu da se nakon operacije vraćaju stručnjacima za mentalno zdravlje, kako bi se potencijal za samoozljeđivanje mogao rješavati. Istraživači su proveli populacijsku kohortnu analizu pacijenata u pokrajini Ontario. Ukupno je 8815 bolesnika podvrgnuto barijatrijskoj operaciji u razdoblju od 5 godina, a gotovo svi postupku želučane premosnice (Roux-en-Y postupak). Približno 64% pacijenata imalo je dijagnozu anksioznosti prije kirurškog zahvata, 8% s dijagnosticiranom depresijom i 0.6% ovisnost o alkoholu. Ukupno je 111 bolesnika (1,3%) u skupini imalo barem jedno samoozljeđivanje prije ili poslije operacije, uključujući i 11 pacijenata koji su imali samoozljeđivanje i prije i poslije operacije; 37 u preoperativnom razdoblju, a 63 u postoperativnom razdoblju. Većina slučajeva bila je kod osoba niskog socioekonomskog statusa, u bolesnika u dobi od 35 godina ili starijih, i onih koji žive u ruralnim područjima. Samo-trovanje lijekovima bio je najčešći način pokušaja samoubojstva, što čini 73% od svih pokušaja samoubojstva. Fizička trauma iznosila je oko 21%. Gotovo svi događaji smatrani su prema trijaži visokim stupnjem hitnosti i rezultirali su hospitalizacijom. Autori napominju da većina programa barijatrijske kirurgije nudi konzultacije za mentalno zdravlje prije operacije kako bi se osiguralo da su kandidati odgovarajući za navedene operacijske postupke. Međutim, ono što su našli u trenutnoj studiji jest da je potrebno trajanje podrške mentalnog zdravlja znatno duže kod nekih pacijenata. Stope pokušaja samoubojstva izrazito su naglašene u bolesnika koji žive u nižim prihodovnim razredima i ruralnim područjima - uzorak koji je potencijalno relevantan za probir bolesnika preoperativno kao i radi boljeg objašnjenja postoperativnih očekivanja. Autori navode da su bolesnici s anamnezom teške depresije bili prisutni u gotovo svim neželjenim događajima, što ukazuje da takvi pacijenti također zaslužuju sveobuhvatnu procjenu rizika. Autori također predlažu

da se bilo koji poslijeoperacijski posjet hitnoj službi kod bolesnika nakon barijatrijske operacije koristi kao prilika za traženje bilo kakvog problema u mentalnom zdravlju s kojima se pacijenti mogu suočiti. U popratnom su uvodniku, **Amir Ghaferi** i **Carol Lindsay-Westphal** (Veterans Administration Healthcare System, Ann Arbor, Michigan, USA) primijetili dva važna otkrića. Prvo, preoperativna incidencija hitnih samoozljeđivanja u bolesnika podvrgnutih barijatrijskoj kirurgiji dva puta je viša od opće populacije, a povećava se za dodatnih 50% u postoperativnom razdoblju. Drugo, većina hitnih samoozljeđivanja javlja se u drugoj i trećoj postoperativnoj godini. Većina programa barijatrijske kirurgije usmjerena je na prvu postoperativnu godinu, kada se odvija najveći dio redukcije viška težine. S obzirom na ovu studiju, podaci podržavaju poziv na dugoročno praćenje barijatrijskih operacija, posebno za pacijente s poviješću velikog depresivnog poremećaja i/ili samoozljeđivanja. Komentirajući istraživanje, **Sanjeev Sockalingam**, izvanredni profesor psihijatrije (University of Toronto, Ontario, Canada), navodi da jedna stvar koju studija nije učinila bila pogledati što se događa s izrazito preti- lim ljudima koji nisu podvrgnuti barijatrijskoj operaciji, što bi činilo zanimljivu usporedbu. Također objašnjava da prisutnost psihijatrijskih bolesti nije razlog da se ne podvrgnu operaciji. No, zapravo bit je u tome imaju li ljudi odgovarajuću podršku, upravlja li se njihovim mentalnim zdravljem na odgovarajući način i je li stabilno i, što je najvažnije, da imaju odgovarajući pristup i praćenje tog mentalnog zdravlja tijekom dužeg postoperativnog razdoblja. Od 2009. godine je službeni period praćenja u barijatrijskim centrima u pokrajini Ontario pet godina. Dr. Ghaferi je primio plaćenu potporu od *Blue Cross Blue Shield of Michigan* kao direktor *Michigan Bariatric Surgery Collaborative*.

(JAMA Surg. 2016;151:226-32.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.,

specijalist opće i abdominalne kirurgije

PORODILJSKI DOPUST SMANJUJE SMRTNOST DOJENČADI

Poruka članka: Svaki dodatni mjesec plaćenog porodiljskog dopusta u siromašnijim zemljama povezan je sa smanjenjem stope smrtnosti dojenčadi za 13 %.

Godine 1990. je 12 milijuna djece, uglavnom u siromašnijim zemljama, umrlo u prvih pet godina života, odnosno, od 1000 živorođene djece 90 je umrlo prije petog rođendana. Godine 2000. postavili su svjetski vođe za cilj smanjenje smrtnosti djece mlađe od pet godina na jednu trećinu (u odnosu na broj iz 1990.) do 2015. godine, što je označeno kao Milenijski razvojni cilj. Taj cilj, zajedno sa sedam ostalih, osmišljen je kako bi se globalno iskorijenilo ekstremno siromaštvo. No, do 2015. godine je i dalje 5,9 milijuna djece mlađe od pet godina umiralo zbog razloga koji su se mogli spriječiti.

Već dugo je poznato kako porodiljski dopust smanjuje stopu novorođenačke i dojenačke smrtnosti u bogatim zemljama (engl. *high income countries*), no do nedavno nije bilo poznato može li se isto tvrditi i za siromašnije zemlje (engl. *low- and middle-income countries*).

Istraživači iz SAD-a i Kanade stoga su proveli istraživanje koje je za cilj imalo pokazati je li jedan od potencijalno pre-

ventabilnih razloga povećane smrtnosti dojenčadi u siromašnijim zemljama i prekratko trajanje porodiljskog dopusta. U istraživanju su pregledani podaci o 300 000 djece rođene u razdoblju od 2000. do 2008. godine u 20 siromašnijih zemalja Afrike, Azije i Latinske Amerike. Zdravstveno-statistički podaci o djeci kombinirani su s podacima o porodiljskom dopustu majki u svakoj od zemalja.

Tijekom trajanja istraživanja bila je stopa smrtnosti dojenčadi u navedenim zemljama 55,2 na 1000 živorođenih, novorođenčadi 30,7 na 1000 živorođenih te djece od 2. mjeseca do 1. godine života 23,0 na 1000 živorođenih. Pokazalo se da je svaki dodatni mjesec plaćenog porodiljskog dopusta povezan s 7,9 manjom stopom smrtnosti dojenčadi na 1000 živorođene djece (95 % CI 3,7 – 12,0). Najveći utjecaj plaćenog porodiljskog dopusta na smanjenje smrtnosti dojenčadi opažen je u dojenčadi od 2. mjeseca do 1. godine života.

Autori su istaknuli da je među zemljama odgovornim za 95 % dojenačke i maternalne smrtnosti samo jedna trećina dostigla Milenijski cilj smanjenja smrtnosti dojenčadi za dvije trećine. Na kraju su zaključili kako plaćeni porodiljski dopust predstavlja potencijalni instrument s kojim se može intervenirati rano u životu i smanjiti smrtnost dojenčadi u siromašnijim zemljama. Također, zaključili su kako su potrebna daljnja istraživanja da se pokaže kakvu sve korist djeca imaju od porodiljskog dopusta svojih majki (ili očeva).

Diljem svijeta više od 180 zemalja daje pravo na neki oblik plaćenog dopusta za majke, a zanimljivo je kako SAD nije među njima.

(PLoS Med 13(3): e1001985. doi:10.1371/journal.pmed.1001985)

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

INDUKCIJA POROĐAJA PRIJE 40. TJEDNA POVEZANA JE S NIŽOM STOPOM CARSKOG REZA KOD TRUDNICA S GESTACIJSKIM DIABETES MELITUSOM

Poruka članka: Kod trudnica s gestacijskim diabetes melitusom rutinska indukcija porođaja s tekućih 38 ili 39 tjedana povezana je s nižim rizikom za carski rez u usporedbi s ekspektativnim pristupom.

Kako bi utvrdili ima li rutinska indukcija porođaja prije 40. tjedna kod trudnica s gestacijskim diabetes melitusom (GDM) dobiti za majku i novorođenče, Nir Melamed i suradnici iz Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Sunnybrook Health Sciences Centre, St. Michael's Hospital, University of Toronto, Ontario, Canada, uključili su u studiju sve trudnice s GDM-om i jednoplodnom trudnoćom koje su rodile u kanadskoj pokrajini Ontario u razdoblju od travnja 2012. do ožujka 2014.

Cilj istraživanja bio je usporediti maternalne i neonatalne ishode između trudnica s GDM-om koje su: a) imale indukciju porođaja (IP) s tekućih 38 ili 39 tjedana i b) onih čije su trudnoće vođene ekspektativno (EKSP). Trudnice koje su podvrgnute indukciji porođaja s 38+0 do 38+6 tjedana (skupina 38-IP; n=1188) bile su uspoređene s onima koje su ostale neporođene do 39+0 tjedana (skupina 38-EKSP; n=5229). Isto tako, trudnice koje su podvrgnute indukciji porođaja s 39+0 do 39+6 tjedana (skupina 39-IP; n=1036) bile su uspoređene s onima koje su ostale neporođene do 40+0 tjedana (skupina 39-EKSP; n=2162). Svi promatrani ishodi bili su usklađeni s obzirom na životnu dob, paritet, inzulinsku terapiju i BMI prije trudnoće.



Od 281 480 žena koje su rodile tijekom istraživnog razdoblja, 14 600 (5.2%) imalo je GDM, a od njih je 8392 (57.5%) zadovoljilo sve kriterije za uključenje. U usporedbi sa skupinom 38-EKSP, trudnice iz skupine 38-IP imale su nižu vjerojatnost za carski rez (OR, 0.73; 95% CI, 0.52-0.90) i veću vjerojatnost za prijem u jedinicu intenzivne neonatalne terapije (JINT) (OR, 1.36; 95% CI, 1.09-1.69), dok drugih razlika u istraživanim maternalnim i neonatalnim ishodima nije bilo. U usporedbi sa skupinom 39-EKSP, trudnice iz skupine 39-IP također su imale nižu vjerojatnost za carski rez (OR, 0.73; 95% CI, 0.58-0.93), ali nije nađena statistički značajna razlika kod prijema u JINT (OR, 0.83; 95% CI, 0.61-1.11).

Autori zaključuju kako je kod trudnica s GDM-om rutinska indukcija porođaja s tekućih 38 ili 39 tjedana povezana s nižim rizikom za carski rez u usporedbi s ekspektativnim pristupom, ali se pritom može povisiti rizik za prijem u JINT ako je indukcija porođaja učinjena prije 39. tjedna.

(Am J Obstet Gynecol. 2016 Mar;214(3):364. e1-8.)

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

NEZAVISNI ČIMBENICI RIZIKA GLEDE ISHODA KRVAREĆEG PEPTIČKOG VRIJEDA

Prediktori lošeg ishoda (ponovljeno krvarenje, kirurški zahvat i smrt) krvarećeg peptičke ulkusne bolesti osnovni su indikatori zbog značajne stope morbiditeta i mortaliteta ove bolesti. Međutim, nakon uvođenja inhibitora protonske crpke u terapiju te novijih endoskopskih hemostatskih tehnika, ovi lošiji ishodi rjeđe se bilježe i publiciraju.

Skupina istraživača iz SAD-a (CURE Hemostasis Research Group, CURE Digestive Diseases Research Center, David

Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA) provela je istraživanje s ciljem određivanja:

(i) nezavisnih čimbenika rizika za 30-dnevno ponovljeno krvarenje, smrtni ishod i kirurški zahvat,

(ii) utjecaja veličine ulkusa kao nezavisnog prediktora na velike ishode kod bolesnika s teškim krvarećim peptičkim ulkusom nakon uspješne endoskopske hemostaze i farmakoterapije (visoke doze inhibitora protonske crpke i. v.) nasuprot ranijem liječenju s visokim dozama H2 antagonista).

U veliko prospektivno istraživanje uključeni su bolesnici s ozbiljnim krvarećim peptičkim ulkusom od 1993. do 2011. godine u dva tercijarna medicinska centra u SAD-u. Ukupno su uključena n=1264 ispitanika. Za ulkuse od ≥ 10 mm raste stopa ponovnog krvarenja prvih 30 dana 6 % za svaki 10 %-tni porast veličine vrijeda (P = 0.0053). Drugi čimbenici rizika 30-dnevnog po-

novljenog krvarenja bili su prethodno gastrointestinalno (GI) krvarenje, početak krvarenja intrahospitalno i prisutni znakovi nedavne hemoragije. Veličina vrijeda od ≥ 10 mm i veliki znakovi prethodne GI hemoragije bili su pokazatelji potrebe za kirurškim liječenjem. Prediktori smrtnog ishoda bili su veliki znakovi prethodne hemoragije, intrahospitalnog krvarenja i potrebe za transfuzijom dviju ili više jedinica svježe smrznute plazme ili trombocita. Veličina vrijeda bila je značajan nezavisni prediktor negativnog ishoda.

Istraživači zaključuju kako je veličina ulkusa čimbenik rizika lošeg ishoda krvarećeg peptičkog vrijeda pa bi stoga trebao biti inicijalno pažljivo zabilježena pri prvoj endoskopiji, a u svrhu što bolje trijaže i liječenja.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Mar 22. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med., specijalist interne medicine

Tablica 1. Čimbenici rizika za smrtni ishod prvih 30 dana

| | Smrtni ishod (%) | Bez smrti (%) | P vrijednost |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|
| SSP - svježe smrznuta plazma; NSAIDs - nesteroidni antireumatici; IPP - inhibitori protonske pumpe; PV - protrombinsko vrijeme; E - eritrociti; SRH- znakovi nedavnog krvarenja. | | | |
| Anamneza melene zadnjih 30 dana | 64.8 | 79.2 | 0.0023 |
| Stanje bolesnika | 61.5 | 22.4 | <0.0001 |
| Aspirin | 21.1 | 38.4w | 0.0009 |
| NSAIDs | 9.9 | 26.2 | 0.0002 |
| niski albumin | 92.4 | 54.6 | <0.0001 |
| Ciroza | 32.8 | 11.9 | <0.0001 |
| IPP terapija pri dolasku | 46.2 | 34.2 | 0.0229 |
| PV >35 s | 82.7 | 52.3 | <0.0001 |
| veliko SRH | 81.3 | 52.3 | <0.0001 |
| Endoskopska hemostatska terapija | 64.8 | 39.2 | <0.0001 |
| Transfuzije E, SSP, trombocita | 96.7 | 81.4 | <0.0001 |
| Veličina ulkusa, medijan (IQR) | 10 (8–20) | 10 (7–15) | 0.0253 |
| CURE hemostatski prognostički zbroj | 4 (3–4) | 2 (1–3) | <0.0001 |
| Trombociti (IQR) | 117 000 (530 00–179 000) | 211 000 (148 000–278 000) | <0.0001 |

**PREVENCIJA
GASTROINTESTINALNE
TOKSIČNOSTI UZROKOVANE
NESTEROIDNIM
ANTIREUMATICIMA:
META-ANALIZA**

Glede raširenog propisivanja nesteroidnih antireumatika (skr. NSAR) u svijetu, predložene su razne strategije i postupnici kojima bi se prevenirala gastrointestinalna toksičnost uzrokovana tim lijekovima; međutim komparativna učinkovitost pojedinih terapijskih protokola ostaje nejasna.

S ciljem istraživanja navedenog problema, kolega Yuan JQ sa suradnicima iz Hong Konga i Kine objavio je meta-analizu i pregledni članak pretražujući medicinske baze podataka Medline, Embase, i Cochrane Library do svibnja 2015. godine. U meta-analizu su uključena randomizirana, kontrolirana klinička istraživanja, ukupno 82 studije s ukupno 125 053 ispitanika. Cilj istraživanja je bio usporedba rizika za gastrointestinalne nuspojave kod pacijenata koji su liječeni neselektivnim NSAR, selektivnim COX-2 inhibitorima ili neselektivnim NSAR NSARICOX-2 inhibitorima uz gastroprotektivne lijekove (inhibitore protonске crpke (skr. IPC), antagonistе H₂-receptora, misoprostol).

Rezultati istraživanja su pokazali kako selektivni COX-2 inhibitori u kombinaciji s IPC dovode do ulkusnih komplikacija s omjerom rizika od 0.07 (0.02 -0.17), selektivni COX-2 inhibitori ulkusne komplikacije s omjerom rizika od 0.25 (0.15-0.38), neselektivni NSAR s IPC terapijom ulkusne komplikacije 0.28 (0.18-0.41), a neselektivni NSAR uz misoprostol ulkusne komplikacije 0.47. Dakle, autori zaključuju kako su selektivni COX-2 inhibitori u kombinaciji s IPC povezani s najnižim rizikom za gastrointestinalni incident, potom slijede sami COX2 inhibitori, a potom NSAR s IPC.

(Aliment Pharmacol Ther. 2016 Jun;43(12):1262-75)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.
specijalist interne medicine

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

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

Sahebkar A, Catena C, Ray KK, Vallejo-Vaz AJ, Reiner Ž*, Sechi LA, Colussi G. Impact of statin therapy on plasma levels of plasminogen activator inhibitor-1. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Thromb Haemost.* 2016 Mar 24;116(1). [Epub ahead of print]

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

De Smedt D, De Bacquer D, De Sutter J, Dallongeville J, Gevaert S, De Backer G, Bruthans J, Kotseva K, Reiner Ž*, Tokgözoğlu L, Clays E. The gender gap in risk factor control: Effects of age and education on the control of cardiovascular risk factors in male and female coronary patients. The EUROASPIRE IV study by the European Society of Cardiology. *Int J Cardiol.* 2016 Apr 15;209:284-90.

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

Sahebkar A, Pećin I*, Tedeschi-Reiner E, Derosa G, Maffioli P, Reiner Ž*. Effects of statin therapy on augmentation index as a measure of arterial stiffness: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol.* 2016 Mar 18;212:160-168. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.03.010. [Epub ahead of print]

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

Gregurić T, Trkulja V, Baudoin T, Grgić M, Šmigovec I, Kalogjera L. Differences in the Sino-Nasal Outcome Test 22 and visual analog scale symptom scores in chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps. *Am J Rhinol Allergy.* 2016;30:107-12.

Department of Radiology, University Hospital Centre "Sestre Milosrdnice," Zagreb, Croatia.

Cerina V¹, Kruljac I², Radosevic JM³, Kirigin LS³, Stipic D¹, Pecina HI², Vrkljan M³. Diagnostic Accuracy of Perioperative Measurement of Basal Anterior Pituitary and Target Gland Hormones in Predicting Adrenal Insufficiency After Pituitary Surgery. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(9):e2898.

¹Department of Neurosurgery, University Hospital Center "Sestre Milosrdnice"; ²Department of Radiology, University Hospital Center "Sestre Milosrdnice"; ³Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases "Mladen Sekso," University Hospital Center "Sestre Milosrdnice," University of Zagreb Medical School, Zagreb, Croatia.

Canecki-Varžić S, Prpić-Križevac I, Bilić-Ćurčić I. Plasminogen activator inhibitor-1 concentrations and bone mineral density in postmenopausal women with type 2 diabetes mellitus. *BMC Endocr Disord.* 2016;16(1):14.

Department of Diabetes, Endocrinology and Metabolism Disorders, University Hospital Center Osijek, Faculty of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia.

Ostojić V. Increased specific immunoglobulin G4 antibodies induced by natural exposure to ambrosia pollen in patients with allergy. *Allergy Asthma Proc.* 2016;37(2):115-20.

Department of Immunology, Allergology and Pulmonology, Clinical Hospital "Sveti Duh," Zagreb, Croatia

Baric M¹, Sever AZ², Vuletic LB², Rasic Z¹, Sever M¹, Drmic D³, Pavelic-Turudic T⁴, Sucic M⁵, Vrcic H⁴, Seiwerth S², Sikiric P³. Stable gastric pentadecapeptide BPC 157 heals rectovaginal fistula in rats. *Life Sci.* 2016;148:63-70.

¹Department of Surgery, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of Pathology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ³Department of Pharmacology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁴Department of Obstetrics & Gynecology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁵Department of Urology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Bralić Lang V¹, Bergman Marković B². Prevalence of comorbidity in primary care patients with type 2 diabetes and its association with elevated HbA1c: A cross-sectional study in Croatia. *Scand J Prim Health Care.* 2016;34(1):66-72.

¹Private Family Physician Office affiliated to University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia; ²Department of Family Medicine, University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia.

Stevanović A, Frančičković T, Vermetten E. Relationship of early life trauma, war related trauma, personality traits and PTSD symptom severity: A retrospective study on female civilian victims of war. *Eur J Psychotraumatol.* 2016;(7):30964. doi: 10.3402/ejpt.v7.30964.

Department of Psychiatry and Psychological Medicine, School of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia

Optometristi s Tehničkog veleučilišta ne mogu i ne smiju obavljati posao specijalista oftalmologije!

Razgovorala / DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN
daniela.dujmovic@hkk.hr

Uključivanje inženjera
očne optike -inženjera
optometrije u hrvatski
zdravstveni
sustav smatramo
neprimjerenim i
nedopustivim. Već
godinama upozoravamo
na to da neovlaštene
osobe pregledavaju
i čak prepisuju terapiju
oftalmološkim
pacijentima bez
adekvatnih reakcija
mjerodavnih institucija

U Hrvatskoj svi znaju tko su optičari i oftalmolozi, a za optometriste tek smo odnedavno čuli. Štoviše, njihovo zanimanje otvorilo je nova pitanja, a ključno od njih je: izrađuju li oni naočale ili liječe i dijagnosticiraju očne bolesti? Naime, u medijima se u zadnje vrijeme jako puno pisalo o optometristima u Hrvatskoj, i to kao o novom zanimanju koje bi na neki način preuzelo dio liječenja i ovlasti liječnika oftalmologa. Hrvatsko oftalmološko i optometrijsko društvo reagiralo je na medijske napise, smatrajući kako je nedopustivo da tri godine studiranja na veleučilištu zamijeni dvanaest godina školovanja potrebnih da bi se postalo subspecijalist iz oftalmologije. Stoga smo o novonastalom stanju razgovarali s prof. dr. **Zoranom Vataukom**, predsjednikom Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva (HOOD) te predstojnikom Klinike za očne bolesti KBC-a Sestre milosrdnice.

■ **Nedavno je HOOD održao kongres u Opatiji na kojem je održana i izvanredna skupština na temu optometrije. Zašto optometrija? Zašto izvanredna?**

Dakle, tema je stara, godinama upozoravamo na to da neovlaštene osobe pregledavaju i čak prepisuju terapiju oftalmološkim pacijentima bez adekvatnih reakcija mjerodavnih institucija. Podsjetit ću javnost na slučaj lažnog doktora koji nije imao diplomu i kratko je volontirao u dvije zagrebačke bolnice. Bio je to velik skandal, koji je završio i smjenom poje-

dinih bolničkih rukovoditelja. Ovdje je priča malo drugačija, a povod zašto se upravni odbor HOOD-a oglosio u rubrici Reagiranja u Liječničkim novinama je objava oglasa u kojem se reklamirala optometrijska konferencija koju je organiziralo jedno veleučilište. Da stanje bude gore, konferencija je upisana i u kalendar stručnog usavršavanja Hrvatske liječničke komore te je sukladno tomu i bodovana. Tu su činjenicu članovi HOOD-a doživjeli kao skandal i zatražili našu reakciju. Zato smo i organizirali izvanrednu skupštinu, na kojoj su nakon rasprave donesene gotovo jednoglasne odluke.

■ **Koje su to odluke donesene?**

Zaključci Skupštine HOOD-a, kao najvišeg tijela stručnog društva jesu da se uključivanje inženjera očne optike -inženjera optometrije u hrvatski zdravstveni sustav smatra neprimjerenim i nedopustivim. Stoga su pozvane nadležne državne institucije, kojima je zadaća zaštita pozitivnih propisa i zakona, da permanentno provode kontrolu poštivanja odnosno kršenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o liječništvu i Zakona o djelatnostima u zdravstvu. Zaključeno je da predsjednik HOOD-a i upravni odbor nastave s daljnjim aktivnostima u cilju obrane digniteta specijalizacije iz oftalmologije i optometrije koju je odobrilo Ministarstvo zdravlja, sukladno važećim propisima. O zaključcima Skupštine izvijestit ćemo Ministarstvo zdravlja, Hrvatski liječnički zbor, Hrvat-

sku liječničku komoru te sve mjerodavne institucije i relevantne ustanove i udruge u zdravstvu.

■ Kako je pitanje optometrije inače uređeno u Hrvatskoj?

Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN/100/11), naša specijalizacija nosi naziv specijalizacija iz oftalmologije i optometrije i njom se stječe titularij specijalista oftalmologije i optometrije. Put do statusa subspecijalista traje točno 12 godina i tri mjeseca.

Problem je što stručni studij na dotičnome veleučilištu, čije su znanstveno područje tehničke znanosti, a znanstveno polje temeljne tehničke znanosti, i koji traje tri godine a studira se i redovno i izvanredno, dajući nakon završetka akademski stupanj inženjer/inženjerka optometrije, u svom kurikulumu djelatnosti između ostalog opisuje djelokrug rada iz nadležnosti oftalmologa, iako je potonji propisan Zakonom o liječništvu kao isključiva nadležnost liječničke struke.

■ Kako je pitanje optometrije uređeno u svijetu?

Na različite načine, ovisno o povijesti potrebe za tom strukom. U stvari, samostalna optometrija nastala je kao posljedica nedostatka oftalmologa, no to nije problem u Hrvatskoj jer mi imamo oko 450 oftalmologa. Što će se dogoditi ako se studentima dotičnoga veleučilišta dozvoli samostalan rad s pacijentima, za što lobiraju određene strukture? Koliko će mladih liječnika oftalmologa radi toga morati napustiti Hrvatsku? Zamislite kakve bi to imalo posljedice za kvalitetu naše struke i kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi našim pacijentima, i to samo zato što mjerodavni ne reagiraju, nego dopuštaju da se eklatantno krši postojeća zakonska regulativa Republike Hrvatske?!

■ Kako mislite riješiti novonastali problem, što predlaže vaše Društvo?

Svakako poštivanjem zakona. Uostalom, da se zakoni poštuju, ova tema uopće ne bi bila na dnevnom redu. Liječnik je temeljni nositelj zdravstvene djelatnosti i tako to mora ostati, ako ne želimo liječe-



Prof. dr. Zoran Vatavuk, predsjednik Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva

nje prepustiti nadriječnicima, upravo u smislu odredbi Zakona o liječništvu. Što se tiče samih inženjera optometrije, oni trebaju djelovati u okviru svoje matične tehničke djelatnosti. Predmet posebnog razmatranja svakako može biti organiziranje sveučilišnog studija na medicinskim fakultetima i zdravstvenim veleučilištima, i to primjerenim programima iz područja sestrinstva, ortoptike i optometrije u okviru zdravstvenog polja djelatnosti.

■ Nadamo se da će mjerodavni reagirati i posložiti stvari na svoje mjesto. Možete li nam za kraj ukratko reći nešto o samom kongresu koji ste organizirali?

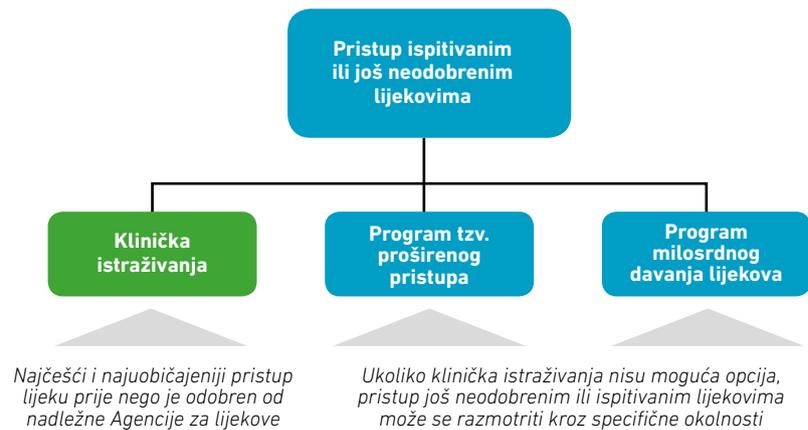
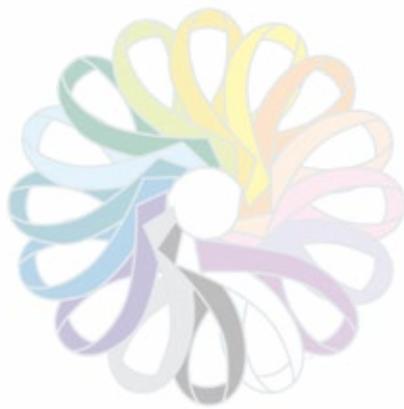
Najveći stručni događaj HOOD-a svakako je njegov kongres. Ove je godine održan 16. po redu, i to u Opatiji, a tema je bila „Sistemske bolesti i oko“. Preda-

vanja su bila izvrsno posjećena, a je li to bila posljedica dobrog odabira tema i dobrih prezentacija, ili nam je i kiša malo pomogla, manje je bitno. Bilo je više od 130 izlaganja, što je uobičajen broj predavanja na našim kongresima.

HOOD zadnjih desetak godina sustavno vodi brigu o mladima, pa je i ove godine kongres započeo simpozijem mladih, na kojem je predstavljeno tridesetak radova. Mladi oftalmolozi imaju trominutne prezentacije na engleskome jeziku koje ocjenjuju predstavnici šest najvećih oftalmoloških kuća u Hrvatskoj. To su uglavnom izvrsne prezentacije, tako da uopće nije bilo lako donijeti odluku o tome koji su radovi i koji predavači najbolji. Stoga ih posljednjih nekoliko godina sve više dijeli nagrade, a one nisu simbolične, uvijek su to putovanja na europske kongrese.

Program milosrdnog davanja lijekova - neiskorišten potencijal?

Uređuje: dr. med. ANA TEČIĆ VUGER, ana.tecic@yahoo.com



Rana dostupnost inovativnih lijekova, koji zadovoljavaju neispunjene bolesnikove medicinske potrebe, višestruko je korisna za sve sudionike. Za liječnike i bolesnike ona predstavlja dostupnost dodatnih terapijskih opcija, za liječnika još i dodatnu mogućnost da se stekne iskustvo s određenim lijekom, upozna s podnošljivošću i profilom nuspojava i prije nego taj dođe na tržište

Liječeći onkološkog bolesnika liječnik se susreće s nizom izazova. Postoje trenuci kada se i ona njegova trajna, dosljedna nada i upornost ozbiljno poljulja, poput situacija kada su terapijske opcije gotovo iskorištene, a bolest se i dalje otima kontroli.

Brzim i divergentnim razvojem farmaceutske industrije i proizvoda, pojavile su se i nove mogućnosti. Pojavila se nova šansa, kroz različite načine dostupnosti novih lijekova na tržištu.

Tako se danas, u trenutku kada je standardno liječenje iscrpljeno, može, kao jedna od dobro utvrđenih mogućnosti, koja se provodi u RH, uključiti bolesnika u razna uspješna klinička istraživanja.

Ne mogu li se takvi bolesnici iz bilo kojeg razloga uključiti u klinička istraživanja, druga je mogućnost milosrdno davanje lijekova (MDL; engl. *compassionate use* program). Mogućnost da se pokuša s još jednim novim lijekom, u koji se u konkretnom slučaju ima objektivnog razloga vjerovati, dala je nov podstrek i način razmišljanja, i liječniku i bolesniku.

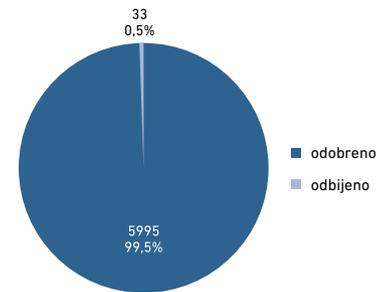
Unatoč takvoj mogućnosti, čini se da program MDL-a u ovom trenutku u Hrvatskoj još nije posve prepoznat niti potpuno iskorišten. Zbog toga je neupitno ova tema zaslužila biti spomenuta u rubrici „Zajedno protiv raka“, kako bismo na nju podsjetili i učinili je svima dostupnijom.

U tu se svrhu urednica konzultirala sa suradnicom iz farmaceutske industrije, koja već dugo aktivno radi upravo na programu milosrdnog davanja lijekova. Ona je, iz prve ruke, istaknula niz važnih podataka o programu, čime ga je jasno pozicionirala i pojasnila sve elemente i specifičnosti procesa, kao i rasvijetlila ideju kako se tim programom danas aktivno koristiti.

U pravilu, lijekovi koji su u razvoju te još nemaju odobrenje za stavljanje u promet, najprije postaju dostupni bolesnicima putem kliničkih istraživanja. Za bolesnike koji ne zadovoljavaju kriterije za uključivanje u klinička istraživanja nekog lijeka ili se ona u nekoj državi ne rade, ako su za njih iscrpljene sve raspoložive standardne mogućnosti liječenja, može se razmotriti program MDL-a, ukoliko je dostupan.



FDA odgovor na zahtjeve za programom milosrdnog davanja lijekova, u razdoblju 2010. – 2014.



Rana dostupnost inovativnih lijekova, koji zadovoljavaju neispunjene bolesnikove medicinske potrebe, višestruko je korisna za sve sudionike. Za liječnike i bolesnike ona predstavlja dostupnost dodatnih terapijskih opcija, za liječnika još i dodatnu mogućnost da se stekne iskustvo s određenim lijekom, upozna s podnošljivošću i profilom nuspojava i prije nego taj dođe na tržište. Regulatornim tijelima omogućuje evaluaciju podataka iz stvarne kliničke prakse o vrijednosti lijeka. Farmaceutskim tvrtkama je na taj način omogućeno prikupljanje podataka o sigurnosti lijeka. S obzirom na to da se najčešće radi o značajno skupim lijekovima, ovakva primjena lijekova definitivno donosi i uštedu, kako ustanovi, tako i državi.

Iako postoje razlike u nacionalnom zakonodavstvu pojedinih EU-članica, može se reći da su osnovni principi MDL-a zajednički: 1. razlikuje se od kliničkih istraživanja i ne može se primijeniti u istraživačke niti komercijalne svrhe; 2. provodi se paralelno s kliničkim istraživanjima ili kada se lijek već nalazi u procesu evaluacije za stavljanje u promet; 3. treba ga razlikovati od „off-label“ primjene lijeka; 4. suglasnost regulatornog tijela dobiva se u slučaju: kada je lijek namijenjen liječenju/prevenaciji/dijagnozi ozbiljne ili rijetke bolesti, kada u nekoj zemlji nema dostupnih odgovarajućih terapijskih opcija ili kada se odnos između koristi i rizika lijeka smatra pozitivnim.

Prema važećem Zakonu o lijekovima RH (Narodne novine, br. 76/13., članak 3. točka 72) milosrdno davanje lijeka je postupak kojim se omogućuje dostupnost lijeka, koji nema odobrenje za stavljanje u promet, bolesnicima koji boluju od kroničnih, ozbiljnih ili životno ugrožavajućih bolesti i koji se ne mogu na odgovarajući način liječiti odobrenim lijekom, a ne mogu sudjelovati u kliničkom istraživanju. Osim što definira pojam *compassionate use*, Zakon o lijekovima ne razrađuje postupak i uvjete provođenja

MDL-a. Dodatni propisi koji bi trebali regulirati ovo područje u RH još nisu doneseni.

Stoga je trenutno postupak MDL-a u RH sličan postupku donacije lijekova (iako se radi o lijekovima koji su opremljeni za klinička istraživanja, tj. *clinical supplies*).

Ako farmaceutska tvrtka pozitivno ocijeni (nepotaknut!) zahtjev liječnika za uključanjem pojedinog bolesnika u program MDL-a, ona priprema Donacijsko pismo i Donacijski obrazac (propisuje ih Ministarstvo zdravlja), koje će zdravstvena ustanova poslati Ministarstvu zdravlja. Tek kad se Ministarstvo suglasi s prihvaćanjem donacije, koja je naslovljena na zdravstvenu ustanovu, u bolesnika se može primijeniti lijek u okviru MDL-a.

Dakle, svaki zahtjev se odobrava individualno, na ime pojedinog bolesnika. U pravilu se farmaceutske tvrtke obvezuju da će osigurati opskrbu lijekom za program MDL-a, sve dok prema procjeni liječnika za bolesnika postoji klinička korist (uključujući i razdoblje od registracije lijeka u EU-u do stavljanja lijeka na listu lijekova).

Valja naglasiti važnost prijavljivanja nuspojava lijeka u programu MDL-a, jer je riječ o lijekovima koji su tek u razvoju i za koje sigurnosni profil još nije definitivno utvrđen. Stoga su liječnici obvezni da nuspojave prijavljuju regulatornom tijelu i farmaceutskoj tvrtci.

Danas su u mnogim inovativnim farmaceutskim tvrtkama uvedeni postupci koji im omogućuju da pozitivno odgovore na prijedlog liječnika da se bolesnik uključi u program MDL-a s nekim lijekom koji još nema odobrenje za stavljanje u promet u EU-u.

Medicinski djelatnici farmaceutske tvrtke procjenjuju liječnikov prijedlog za MDL s obzirom na rizik za pojedinog bolesnika te liječniku pružaju odgovor temeljen na znanstvenim dokazima o lijeku s kojima tvrtka

trenutno raspolaže. U posljednje vrijeme mnoge farmaceutske tvrtke imaju razvijene web portale preko kojih se može izravno uputiti zahtjev za uključanjem u program MDL-a, što ukazuje na vrlo visok interes za ovo područje. Budući da tvrtka ni na koji način ne smije potaknuti liječnika, liječnici trebaju samoinicijativno pristupiti tvrtci radi MDL programa. Budući da se taj u svojoj osnovi i svrsi znatno razlikuje od kliničkih istraživanja i donacija lijekova, vrlo je važno na pravilan način definirati uvjete i postupak provođenja tog programa u RH. Može se pretpostaviti da će u budućnosti i u nas biti uvedeni zahtjevi koji proizlaze iz EU regulative (*Regulation (EC) No 726/2004*), što bi cijeli postupak učinilo znatno jasnijim i jednostavnijim za sve sudionike.

Premda cijeli postupak nije uvijek jednostavan i brz, suradnjom između liječnika/zdravstvenih ustanova, Ministarstva zdravlja i farmaceutskih tvrtki uspješno se omogućuje liječenje inovativnim lijekovima onih onkoloških bolesnika koji se više ne mogu liječiti standardnim i odobrenim lijekovima.

Kako je već napomenuto, takva rana dostupnost inovativnih lijekova, koji zadovoljavaju neispunjene medicinske potrebe značajnog broja bolesnika, višestruko je korisna za sve sudionike u postupku te, između ostalog, predstavlja dobar primjer suradnje i partnerskog odnosa liječnika s farmaceutskom industrijom.

Na kraju, još jednom podsjećamo kako je program MDL-a na raspolaganju, kako njegove mogućnosti u ovom trenutku nisu optimalno iskorištene i kako je indikacija za MDL isključivo na inicijativu liječnika.

Stoga, kada se čini da su sve konvencionalne mogućnosti liječenja iscrpljene, važno je pomaknuti okvir vlastitog razmišljanja prema drugim, ravnopravnim mogućnostima i opcijama, kao što je i program *compassionate use*.

Gastropareza i njezino liječenje gastričnom elektrostimulacijom

Doc. dr. sc. SANJA KLOBUČAR MAJANOVIĆ, dr. med.,
endokrinolog i dijabetolog, KBC Rijeka, sanja.klobucarm@gmail.com



**Hrvatski savez
za rijetke bolesti**

Kontakti

Hrvatski savez za rijetke bolesti, Ivanićgradska 38
(u Domu zdravlja Zagreb - Istok), 10000 Zagreb.

Besplatan broj Linije pomoći za rijetke bolesti:
0800 99 66; Telefon: 01/2441-393;

Faks: 01/5534-905;

e-mail: rijetke.bolesti@gmail.com;

web: www.rijetke-bolesti.hr

Ovaj poremećaj može izrazito negativno utjecati na svakodnevne bolesnikove radne ili školske obveze, na obiteljske, osobne i društvene aktivnosti te stoga značajno smanjuje kvalitetu života oboljelih

Gastropareza je poremećaj želučanog motiliteta karakteriziran usporenim pražnjenjem želučanog sadržaja u dvanaesnik u odsustvu mehaničke opstrukcije. Kod nekih ljudi ovo stanje uzrokuje jak osjećaj mučnine i opetovana povraćanja, a ne može se zadovoljavajuće kontrolirati uzimanjem standardnih lijekova.

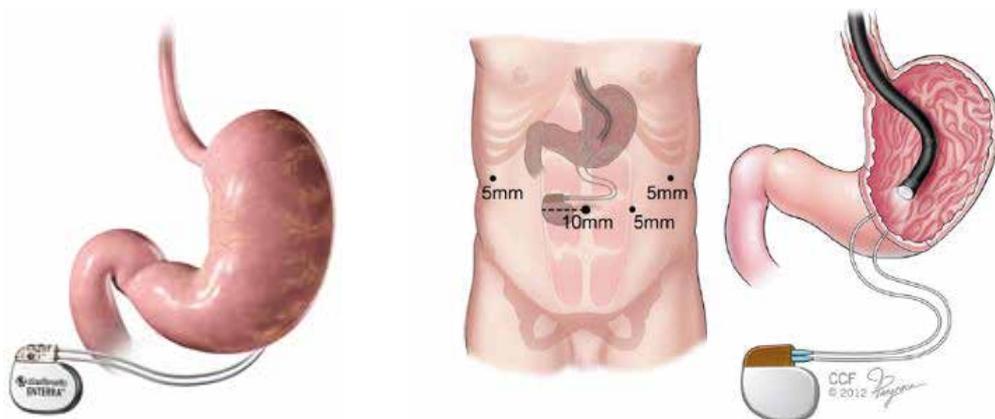
Tipični simptomi

Kronična mučnina i povraćanje najneugodniji su simptomi gastropareze. Povraćanje se najčešće javlja nekoliko sati nakon uzimanja hrane, a u nekih bolesnika povraćanje može, uslijed nakupljanja želučanih enzima i kiselina, nastupiti i na prazan želudac. Ovi simptomi ometaju normalno uzimanje hrane i često mogu uzrokovati dehidraciju, malnutriciju i poremećaj ravnoteže elektrolita. Osim mučnine i povraćanja, simptomi mogu biti nadutost, bol u trbuhu, osjećaj sitosti već nakon

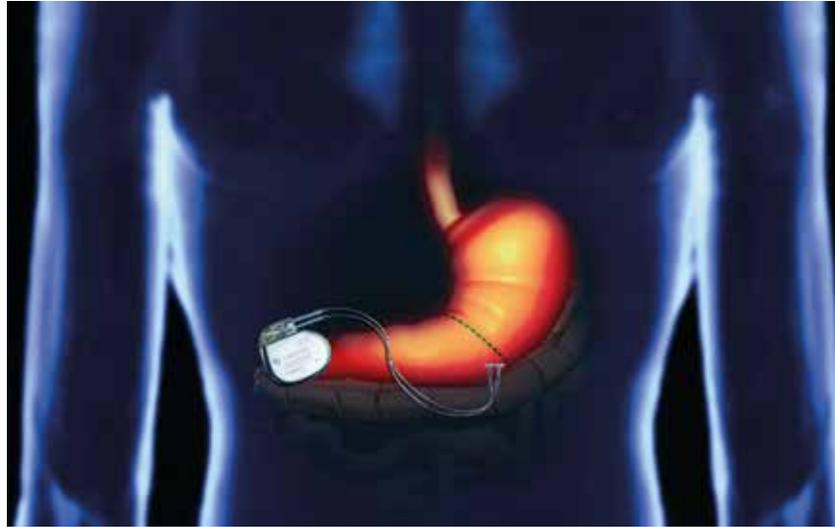
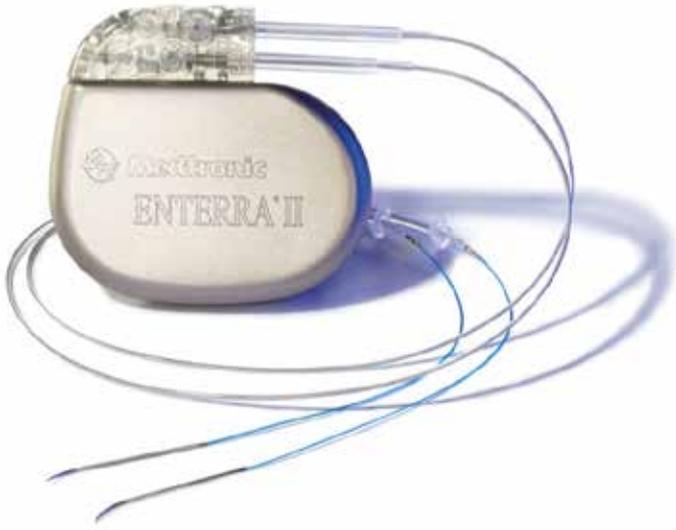
nekoliko zalogaja i pretjeran gubitak težine. Poremećaj može izrazito negativno utjecati na svakodnevne bolesnikove radne ili školske obveze, na obiteljske, osobne i društvene aktivnosti te stoga značajno smanjuje kvalitetu života oboljelih.

Najčešći uzroci gastropareze

U 35,6 % slučajeva uzrok gastropareze nije poznat (idiopatski je). Najčešćim poznatim uzrokom smatra se šećerna bolest jer se čak 29 % svih slučajeva javlja kod oboljelih od dijabetesa tipa 1 ili 2. Kao komplikacija šećerne bolesti nastaje obično kad ona traje deset i više godina, a često je udružena s ostalim mikro- i makrovaskularnim komplikacijama dijabetesa. U tih bolesnika nepotpuno pražnjenje želuca i usporen dotok hrane u tanko crijevo uzrokuje varijabilnu i nepredvidljivu apsorpciju glukoze iz pro-



Postavljanje sustava za elektrostimulaciju želuca izvodi se laparoskopiskim putem pod kontrolom gastroskopa. Elektrostimulator se postavlja u potkožje trbuha, a dvije elektrode koje prenose impulse subserozno uz veliku krivinu želuca, 10-tak cm proksimalnije od pilorusa.



bavljene hrane u cirkulaciju, što otežava kontrolu razine glukoze u krvi. Upravo su zbog odgođene apsorpcije glukoze iz probavnog trakta poseban problem česte hipoglikemije kojima su ovi bolesnici skloni jer inzulin, koji si uobičajeno apliciraju uz obrok ili oralni hipoglikemik, počnu djelovati prije nego hrana dospije u crijeva i razgradi se do glukoze. Gastropareza može biti i posljedica operacije (13 %), neurološke bolesti kao što je Parkinsonova (7,5 %) ili sistemske bolesti veziva, kolagenoze (4,8 %). Rijetko se može razviti nakon preboljele gripe ili drugih virusnih bolesti te kao nuspojava nekih lijekova (opijati, inhibitori protonske pumpe, triciklički anti-depresivi, antihistaminici, benzodiazepini, blokatori kalcijevih kanala).

Dijagnostika. Temelji se na anamnezi, fizikalnom pregledu i pretragama kojima je cilj isključiti mehaničku opstrukciju (endoskopija gornjega gastrointestinalnog trakta) i dokazati usporen motilitet želuca, tj. odgođeno pražnjenje hrane iz želuca. U tu se svrhu rade elektrogastrografija, gastroduodenalna manometrija te scintigrafski test pražnjenja želuca (GET – *gastric emptying test*) kao konačna potvrda dijagnoze.

Kada potražiti pomoć?

Simptome mučnine i povraćanja mogu uzrokovati različita stanja. Upozoravajući znakovi koji bi ukazivali na gastroparezu jesu:

- mučnina i/ili povraćanje nekoliko puta dnevno

- epizode mučnine i/ili povraćanja koje traju više od 12 mjeseci
- nagli gubitak na težini u razdoblju od jedne godine uslijed mučnine i/ili povraćanja
- učestale hospitalizacije uslijed mučnine i povraćanja
- nemogućnost adekvatnog ublažavanja simptoma lijekovima
- značajno narušena kvaliteta života.

Mogućnosti liječenja. Promjena prehrane – uzimanje hrane sa smanjenim sadržajem masnoća i biljnih vlakana, češće uzimanje manjih količina hrane, uzimanje tekućih pripravaka, zatim:

1. enteralna prehrana
 2. antiemetici i prokinetici
 3. potpuna parenteralna prehrana
 4. gastrektomija
 5. **gastrična elektrostimulacija (GES)**
- Sustav **gastrične elektrostimulacije** služi se blagim električnim impulsima za stimulaciju glatkih mišića donjeg dijela želuca, što pozitivno utječe na kontrolu kroničnog osjećaja mučnine i povraćanja uzrokovanog gastroparezom u slučaju kada lijekovi ne djeluju.

Nakon ugradnje uređaja (neurostimulatora) i elektrodnih katetera u želučanu stjenku, liječnik ručnim,

vanjskim programatorom podešava neurostimulator, prilagođavajući stimulaciju potrebama svakog pojedinog bolesnika. Stimulacija se može podesiti bez operacije. U bilo kojem trenutku liječnik može isključiti stimulaciju, a u slučaju potrebe sustav se može eksplantirati ne ostavljajući nikakve posljedice.

Kriteriji za postavljanje GES-a

- Dokumentirana gastropareza dijabetičkog ili idiopatskog podrijetla utvrđena scintigrafskim testom pražnjenja želuca
- Kronična mučnina i povraćanje kao posljedice objektivnog nalaza gastropareze, a rezistentnih na primjenu lijekova (prokinetika i antiemetika)
- Bez kontraindikacija za kirurški zahvat
- Bolesnici u dobi od 18-70 godina.

U Hrvatskoj je takva terapija dostupna od 31. ožujka 2016. u KBC-u Rijeka, gdje se gastroparezom bavi tim koji čine gastroenterolog, endokrinolog/dijabetolog, specijalist nuklearne medicine i digestivni kirurg. Riječki tim liječnika, predvođen doc. dr. sc. Markom Zelićem, prvi je u regiji srednje i jugoistočne Europe ugradio sustav za neuromodulaciju želuca dvjema mladim bolesnicama (27 i 39 godina) koje su gastroparezu razvile kao posljedicu dugogodišnje šećerne bolesti tipa 1. Ovim se zahvatima KBC Rijeka pozicionirao kao vodeći regionalni centar za liječenje teških kroničnih gastričnih bolesti poput gastropareze.

Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – VII. dio

Prof. dr. ZDENKO KOVAČ

Rješavanjem ovog Komorinog testa čitač može steći bodove potrebne za licenciranje. Na zasebnom listu je matrica za pisanje rješenja (na stranici 77). Rješenja će se kvantificirati i ponderirati, a netočna rješenja umanjuju doprinos točnih rješenja. Sveukupno rješenje izražava se kao postotak od maksimalno mogućeg (dakle 100%-nog rješenja). **Taj se postotak pretvara u HLK bodove na sljedeći način: 53-62% donosi 7 bodova; 63-72% donosi 8 bodova, 73-82% donosi 9, a sve >83% donosi 10 bodova.** Ručno ispisana rješenja na matrici šalju se na HLK, Tuškanova 37, 10000 Zagreb, zemljanom poštom (ne šalžite elektronički), naslovljeno „KOMORIN TEST“. Rješenje ovoga problema treba poslati do 30. rujna 2016. i radi čitljivosti ga potpisati tiskanim slovima ili faksimilom.

U sklopu tematike poremećaja energijskoga i tvarnoga metabolizma obrađeni su učinci tjelesnoga opterećenja zdravih ispitanika, u uvjetima vrućeg okoliša. Termalni stres (toplina vrućeg okoliša) u tijelu pokreće kompenzacijske mehanizme održavanja normotermije, a tjelesno opterećenje fizičkim radom endogeno proizvodi dodatnu toplinu. Ta dva uzroka zajedno dovesti do sloma termoregulacije i tjelesnog pregrijavanja (sindrom hipertermije). Naprezanje tjelesnih me-

hanizama do graničnih vrijednosti djelatne pričuve uzrokuje mjerljive energijske i hemodinamske prilagodbe.

Algoritamska razradba problema¹. Utjecaj temperature okoliša na prilagodbu hemodinamike fizičkom opterećenju

Za razradbu problema proučite stranice 27-9, 435-41, 578-9 te 862-5 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva, 7. izdanje.** Medicinska naklada, Zagreb, 2011. godine.

(Zadatak je priređen prema podacima u radu: Rowell LB. Human cardiovascular adjustment to exercise and thermal stress. *Physiol Rev* 1974; 54:75-159.)

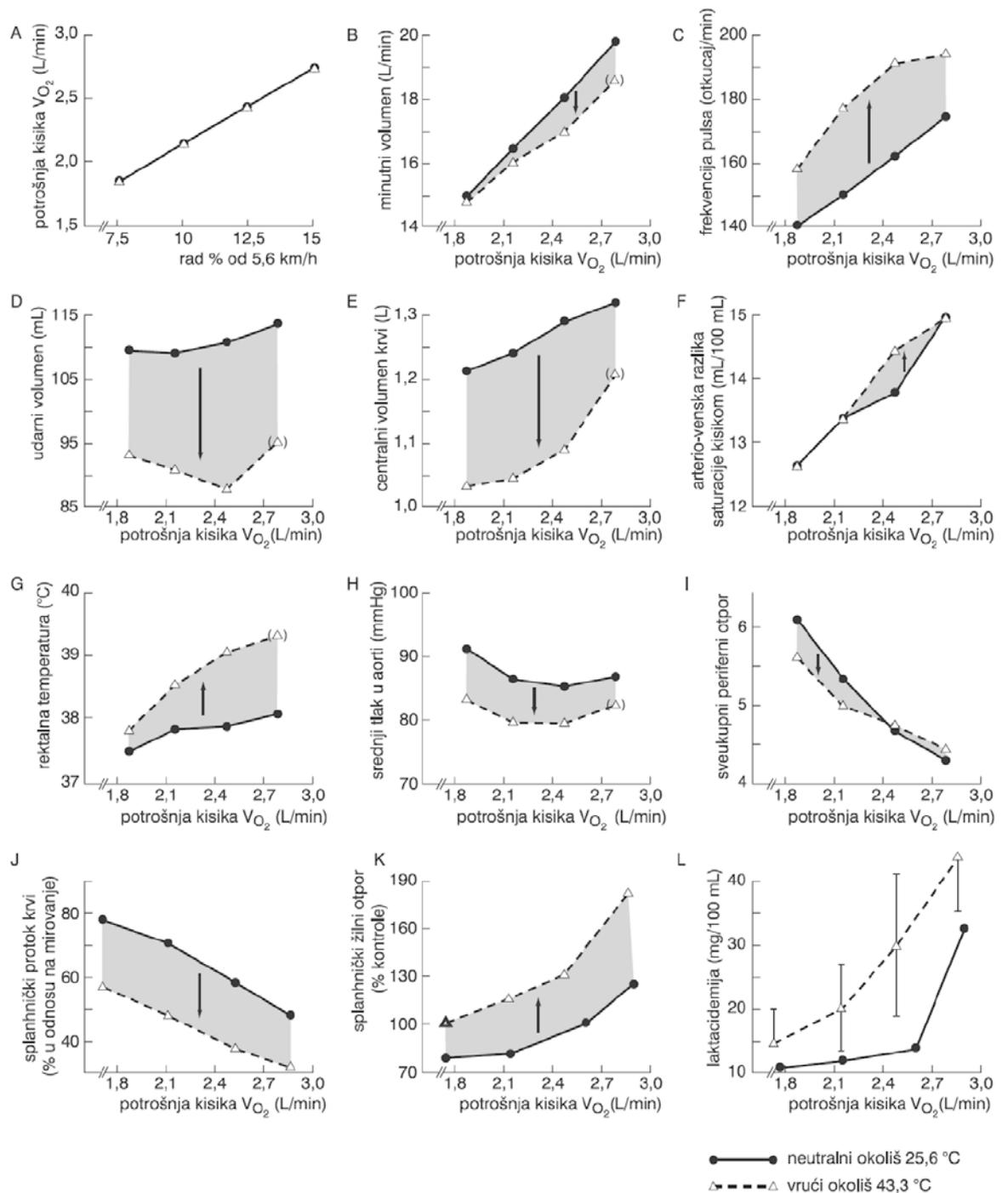
U svrhu proučavanja utjecaja okolišne temperature na hemodinamiku u opterećenju trenirani su ispitanici pri neutralnoj temperaturi okoliša (25,6 °C) te u vrućem okolišu (43,3 °C) izloženi postupno većim brzinama pokretne trake. U slici 1 A prikazano je da izmjerena potrošnja kisika ne ovisi o temperaturi okoliša i ostaje nepromijenjena pri svim stupnjevima radnog opterećenja. U slici 1 B do L iznesene su razlike u hemodinamičkom reagiranju na rastuće opterećenje uzrokovane različitom temperaturom okoliša.

VJEŽBA A: Činjenična raščlamba (Jedan je ili više točnih odgovora)

1. Prema podacima u slici 1 pri temperaturi okoliša 43 °C prilagodbe hemodinamike fizičkom opterećenju opisuju sljedeće tvrdnje:

- Potrošnja kisika praktički je identična za istovjetno opterećenje organizma u vrućem (43 °C) i neutralnom okolišu (25,6 °C), iako je proizvodnja laktata povećana posljedično opterećenju organizma pri višim temperaturama (slika 1 A i L).
- Umjereno smanjenje minutnoga volumena unatoč snažnoj tahikardiji, posljedica je relativno snažnijeg utjecaja smanjenja udarnog volumena, što pridonosi smanjenju srednjeg arterijskog tlaka (usporedi sliku 1 B, C i D).
- Upravno proporcionalno potrošnji kisika povećava se udarni volumen srca te se povećava frekvencija srca što predstavlja snažan kompenzacijski odgovor.
- Sniženje srednjeg aortnog tlaka izravna je posljedica smanjenja venskog priljeva i udarnoga volumena, čiji je etiopatogenetski doprinos veći od kompenzacijskog doprinosa tahikardije, što se očituje osobito pri većim tjelesnim opterećenjima,
- Sniženje perifernog otpora pri opterećenju posljedica je vazodilatacije u mišići-

¹ Preuzeto i prilagođeno prema izvorniku u knjizi Z Kovač i sur. **Patofiziologija – Zadatci za problemske seminare. Knjiga druga.** Treće izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 504-7, uz suglasnost izdavača i autora zadatka.



ma i u koži, što izravno uzrokuje smanjenje dijasoličkog arterijskog tlaka i povećanje protoka u tim tkivima (slika 1 I).

2. Za regulaciju hemodinamike u ispitanika točne su sljedeće tvrdnje:

a) Zbog povećane proizvodnje topline pri fizičkom opterećenju organizma uključuju se termolitički mehanizmi, koji u vrućem okolišu dovode do pojačanog

otpuštanja topline vazodilatacijom kože, topniškom dominantno radijacijom, a istodobno se smanjuje periferni otpor u tom dijelu krvožilja.

b) Snižanje srednjeg aortnoga tlaka uzrokuje pobudu baroreceptora, što u vazomotoričkom središtu uzrokuje odašiljanje izlaznih simpatomimetičkih obrazaca koji pokreću tlakotvorne mehanizme

(tahikardija, vazokonstrikcija venskoga bazena itd.).

c) Zbog povećanoga fizičkog opterećenja u skeletnim je mišićima pri opterećenju žilje dilatirano, čime se povećava protok kroz tkivo, doprema veća količina kisika, a istodobno se smanjuje otpor u tom dijelu žilja.

d) Tahikardija je posljedica djelovanja sim-

patomimetičkih odašiljanja vazomotoričkoga središta, a također i hiperkatekolaminemije posljedično pobudi srži nadbubrežne žlijezde.

- e) Pri opterećenju organizma povećava se sadržaj krvi u venama (do maksimalno dvije trećine volumena krvi) posljedično vazodilataciji.

3. O energijskom metabolizmu pri opterećenju organizma točne su sve sljedeće tvrdnje osim:

- a) Okolišna temperatura (kod ispitanika u zadatku 25,6 °C odnosno 43,3 °C) posredno utječe potrošnju kisika i time intenzitet energijskoga metabolizma pasivnim zagrijavanjem tijela.
- b) Povećanje arterio-venske razlike saturacije hemoglobina kisikom nastaje zbog povećanog otpuštanja kisika u tkivima, posljedica je povećanog utroška kisika, a Bohrov učinak i učinak 2,3-difosfoglicerata na hemoglobin pridonose toj pojavi.
- c) Povećanje potrošnje kisika pri opterećenjima organizma dijelom je učinak ubrzane oksidativne fosforilacije u mitohondrijima, pri čemu se stvara veća količina metaboličke vode, a najvećim dijelom je posljedica stvaranja kisikovih radikala.
- d) Prema slici 1 opterećenje u vrućem okolišu unatoč povećanoj potrošnji kisika uzrokuje povećanu proizvodnju laktata i hiperlaktacidemiju u ispitanika što pokazuje da se istodobno pokreće i anaerobni metabolizam.
- e) Pri kratkotrajnom opterećenju organizma u prvoj minuti organizam može podnijeti do sto puta veće opterećenje, a proizvodnja energije gotovo je isključivo anaerobna što je pokrenuto staničnim senzorom HIF-om (HIF od engl. *hypoxia inducible factor*), pri čemu se proizvodi velika količina laktata.

4. Pri opterećenju organizma u vrućem okolišu kao kod ispitanika pri temperaturi 43 °C proizvodnja i promet topline u tijelu određeni su sljedećim mehanizmima:

- a) Porast rektalne temperature ispitanika posljedica je smanjenog otpuštanja endogeno proizvedene topline, te unosa topline iz okoliša u tijelo (zagrijavanje), a istodobno je povećana proizvodnja topline u

tijelu posljedično mehaničkom radu.

- b) U uvjetima testiranja ispitanika i u neutralnome okolišu i pri povišenoj okolišnoj temperaturi otpuštanje topline iz tijela zračenjem prestalo je zbog čega je promet topline između tijela i okoliša određen konvekcijom, kondukcijom i znojenjem.
- c) Pri zagrijavanju tijela s porastom temperature za jedan °C metabolizam se dodatno ubrzava za oko 13% posljedično termodinamičkom ubrzanju fizičko-kemijskih reakcija.
- d) Pri zagrijavanju tijela nekontrolirana hipertermija može uzrokovati kliničke sindrome toplinskoga iscrpljenja i toplinskoga udara, pri čemu se u većini stanica dodatno sintetiziraju popravljačke bjelančevine (HSP, prema engl. *heat shock proteins*) koje imaju proteostatsku zadaću.
- e) Stope otpuštanja topline kondukcijom i konvekcijom određene su uvjetima u okolišu organizma (strujanje zraka, svojstva odjeće, relativna vlažnost zraka).

5. Patogenetske posljedice produljenoga rada u vrućem okolišu uključuju sljedeće mehanizme:

- a) Maksimalno produljeno održivo opterećenje organizma kod treniranih osoba može biti do sedam puta veće od metabolizma u mirovanju.
- b) Pri opterećenju u vrućem i vlažnom okolišu Allgoewerov indeks je >1 ili $\gg 1$ što upućuje na opterećenje hemodinamike izvan učinkovitosti kompenzacijskih mehanizama ubrzanjem krvotoka.
- c) Posljedično profuznom znojenju u organizmu se može razviti dehidracija i hipovolemija i snažan osjećaj žeđe, pri čemu bi se mogla dokazati hiperosmolalnost tekućine izvanstaničnoga prostora.
- d) Sindromi toplinskog udara, toplinskog iscrpljenja, sunčaniče i toplinskih grčeva primarna su posljedica denaturacije bjelančevina, što dovodi do nakupljanja topline u organizmu te disfunkciju pojedinih organa u tijelu.
- e) Pri porastu temperature tijela iznad 43 °C razvija se denaturacija proteina što može dovesti do ireverzibilnih disfunkcija u tijelu.

VJEŽBA B: Algoritamska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični slijed:

1. Povećanje rektalne tjelesne temperature
2. Tahikardija
3. Smanjenje udarnoga volumena
4. Skretanje staničnog metabolizma na anerobni
5. Profuzno znojenje
6. Povišena temperatura okoliša (43,3 °C)
7. Vazodilatacija u mišićju
8. Vazodilatacija u koži
9. Pobuda termolitičkog dijela termoregulacijskoga središta
10. Potrošnja topline u isparavanje vode na koži (latentna toplina isparavanja)
11. Povećana potrošnja kisika
12. Povećan protok kroz skeletno mišićje
13. Smanjenje perifernog otpora
14. Dehidracija organizma
15. Opterećenje organizma tjelesnim radom
16. Povećana proizvodnja topline
17. Zagrijavanje tijela
18. Smanjeno otpuštanje topline zračenjem
19. Povećano otpuštanje topline znojenjem
20. Pobuda volumnih i tlačnih receptora
21. Povećan rad srca
22. Povećanje minutnoga volumena srca
23. Sniženje srednjega arterijskoga tlaka
24. Sniženje dijastoličkog arterijskoga tlaka
25. Povećanje sistoličkog arterijskoga tlaka
26. Pojačan izražaj staničnih stresnih bjelančevina (HSP, engl. *Heat Shock Proteins*)
27. Hiperlaktacidemija i metabolička acidoza
28. Pobuda senzora hipoksije, HIF-a

VJEŽBA C: Povratna doradba problema

(Riješiti na način:

točno + točno + povezano = a

točno + točno + nepovezano = b

točno + netočno = c

netočno + točno = d

netočno + netočno = e)

1. Pri fizičkom opterećenju u vrućem okolišu (termički stres) kao kod ispitanika, hemodinamička regulacija integrira utjecaje termoregulatorijskoga središta i vazomotoričkoga središta, koji su smješteni u epifizi

jer

povećana proizvodnja topline i smanjeno otpuštanje topline uzrokuju povišenje rektalne tjelesne temperature, što je pokazatelj da se zagrijavaju centralni dijelovi tijela.

a b c d e

2. Za isparavanje jednoga grama znoja na površini kože troši se oko 2,4 kJ (0,6 kcal) topline koja se u kožu doprema povećanim protokom krvi, što se kadšto naziva termodilucijskim mehanizmom

jer

u fizikalnom smislu pri faznom pomaku vode iz tekućeg u plinovito stanje (vodena para) toplina se troši u termodinamičko ubrzanje gibanja molekula bez porasta temperature, što se u termodinamici nazivna toplinom taljenja.

a b c d e

3. U rastu opterećenja srcu fizičkom radom tijela s hipertermijom veća je tlačna u odnosu volumnu komponentu opterećenja prema Laplaceovu zakonu, zbog čega se dilatiraju klijetke i pretklijetke, obostrano

jer

tahikardija je učinkovit prilagodbeni mehanizam do frekvencije 180–200 otkucaja po minuti, a daljni porast frekvencije radi ekscisivnoga skraćenja dijasole praktički postaje neučinkovit.

a b c d e

Dopunska pitanja

4. Nacrtaj krivulju rada srca ($\Delta P \times \Delta V$) pri fizičkom opterećenju organizma u neutralnoj temperaturi okoliša i pri termičkome stresu.

5. Pri potrošnji kisika 2,4 L/min (vidi sliku 1) izračunaj za koliko smanjenje udarnoga volumena pridonosi smanjenju minutnoga volumena, te koliko se porastom frekvencije povećava minutni volumen u toj točki u odnosu na neutralnu temperaturu okoliša.

Matrica za rješavanje - VII. dio. Utjecaj temperature okoliša na prilagodbu hemodinamike fizičkom opterećenju

(Rješenje poslati do 30. rujna 2016.)

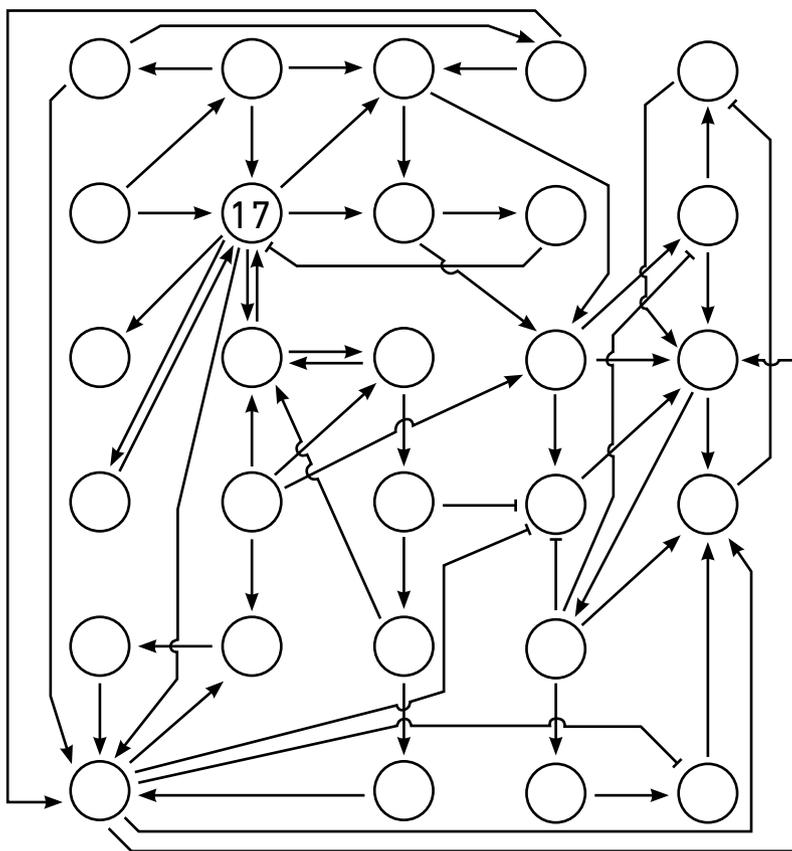
Ime i prezime: _____

Broj licence i faksimil: _____

VJEŽBA A

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1. | a | b | c | d | e |
| 2. | a | b | c | d | e |
| 3. | a | b | c | d | e |
| 4. | a | b | c | d | e |
| 5. | a | b | c | d | e |

VJEŽBA B



VJEŽBA C

- | | | | | | |
|----|-------|---|---|---|---|
| 1. | a | b | c | d | e |
| 2. | a | b | c | d | e |
| 3. | a | b | c | d | e |
| 4. | _____ | | | | |
| 5. | _____ | | | | |

Genska krivnja i genetička odgovornost



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

Unatoč pretpostavljenim dobrim namjerama znanstvenika, nove prakse otvaraju brojna pitanja koja se tiču posljedica ovakvih postupaka po naše razumijevanje života. U tom smislu kao ključne bioetičke bojazni koja proizlaze iz odobravanja intervencija na embrijima možemo istaknuti komercijalizaciju života te mogućnost gubitka moralnog statusa ranjivih društvenih skupina

Dok gatamo hoće li zakon o pobačaju doći na dnevni red novih ustavnih sudaca, dakako pod uvjetom da u trenutnim političkim okolnostima uopće budu izabrani, prve posljedice otvaranja ovog pitanja možemo vidjeti već sada. Senzibilizacija javnosti za problematiku odlučivanja o početku života započela je svibanjskim aktivističkim okupljanjem u centru Zagreba pod sloganom „Za život, obitelj i Hrvatsku“, koje je, kao što se uobičajilo u novije vrijeme, popraćeno paralelnim protuokupljanjem. I dok se u javnosti vodi bitka na moralnom polju oko toga jesu li važnija prava majke ili nerođenog djeteta, i jesu li ona uopće odvojiva, ostaje prešućeno da je manipulacija životom u znanstvenim istraživanjima postala gotovo rutinski postupak. Tako se, primjerice, u svrhu traženja lijeka za paralizu eksperimentalno „uzgajaju“ moždane stanice dobivene iz kupljenih abortiranih fetalnih stanica. Navedene stanice također imaju i svoju komercijalnu primjenu te ih koriste i neke biotehnoške kompanije za kreiranje novih okusa pa smo na tom tragu nedavno mogli svjedočiti velikom međunarodnom skandalu u koji su bile upetljane i renomirane kompanije poput Pepsija i Nestléa.

Taj trend ne pokazuje znakove usporavanja. Tehnizacija života putem genetičkih modifikacija početkom u prošloj, a nastavkom u ovoj godini, uzdigla se na novu razinu odobravanjem intervencija i poticanjem istraživanja na genskom materijalu nerođene djece. Formalizacija tog procesa odvila se u Ujedinjenom Kraljevstvu gdje je stupio na snagu zakon koji omogućava ono što se popularno naziva „trojno roditeljstvo“, a odnosi

se na „mitohondrijsko darivanje“ u svrhu sprečavanja nekih nasljednih bolesti. Također, u londonskom institutu Francis Crick dozvoljeno je istraživanje na embrijima kako bi se otkrili uzroci neplodnosti. Taj se postupak zasad smije provoditi samo u znanstvene svrhe, stoga će biti protuzakonito usađivanje modificiranih embrija u žene, a eksperimentiranje će se odvijati „samo“ tijekom prvih sedam dana nakon oplodnje.

Biopolitička razina

Unatoč pretpostavljenim dobrim namjerama znanstvenika, nove prakse otvaraju brojna pitanja koja se tiču posljedica ovakvih postupaka po naše razumijevanje života. U tom smislu kao ključne bioetičke bojazni koja proizlaze iz odobravanja intervencija na embrijima možemo istaknuti komercijalizaciju života te mogućnost gubitka moralnog statusa ranjivih društvenih skupina.

Na prvoj, biopolitičkoj razini, važno je napomenuti kako genska terapija predstavlja vrlo isplativo proširenje buduće potrošačke ponude. Vrhovni sud SAD-a još je 1980. godine dozvolio patentiranje genetički stvorenog oblika života, mikroorganizma koji služi za uništavanje naftnih mrlja u oceanima. Raspolaganje životom, odnosno shvaćanje života kao izuma, a time i nečijeg intelektualnog vlasništva, otvorilo je prostor za njegovu komercijalnu uporabu. Na tom tragu previđa se da je u nedavno odobrenim britanskim istraživanjima posjedovanje života zadobilo i službenu potvrdu jer je prešutno odobreno dozvolom darivanja embrija u znanstvene svrhe, kao što je slučaj u londonskom institutu Francis Crick.

Šercerova zbirka ili zašto potkradamo sami sebe?

Prof. dr. sc. STELLAFATOVIĆ-FERENČIĆ, stella@hazu.hr

Šercer nam je ovom zbirkom u naslijeđe ostavio impresivne preparate patologije jednjaka (korozije, perforacije), grkljana (tumori), zbirku izvađenih stranih tijela iz dišnih putova, instrumente i uređaje. Od ormara u kojima su predmeti bili smješteni do edukacijskih plakata i crteža, kostiju i makroskopskih preparata u formalinu te dokumentacije, sve je bilo podređeno prenošenju znanja vizualizacijom

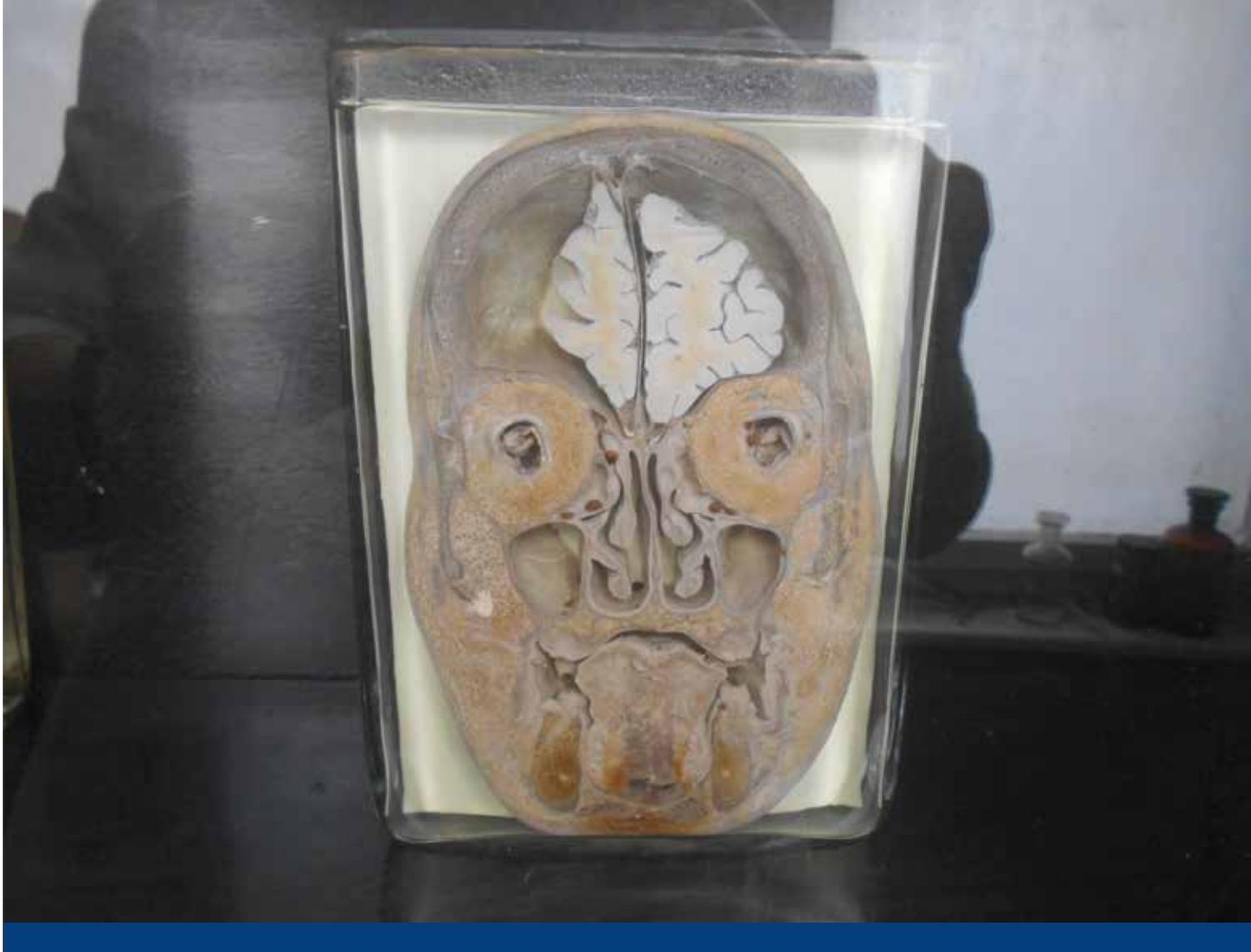
Vukovarski vodotoranj izgrađen je kasnih šezdesetih godina 20. stoljeća, kao zamjena za dotadašnji, koji nije bio dovoljnog kapaciteta za sve veće potrebe rastućega grada. U vrijeme Domovinskog rata, tijekom bitke za Vukovar, bio je pogođen s više od 600 neprijateljskih projektila te je postao simbolom stradanja toga grada. Tijekom opsade, tada 23-godišnji Ivica Ivanika, prvi je stavio te je uvijek iznova, pod granatama, na vodotoranj dizao hrvatsku zastavu. Jer to je bilo pitanje otpora i opstanka važnije od života, a životom se i plaćalo. Nitko tada nije dvojio da je zastava simbol iza kojeg stoji priča o krvi jednog naroda, jednom riječju priča o povijesti, opstanku i životu. Zastave su simboli, a priče ugrađene u njihovo značenje stvaraju povijest u ratu, jednako kao i u miru. Naša djela potiču promjene, mijenjaju stvarnost i postaju dio kolektivne memorije, a iz slojeva ukopanih u pamćenje izrasta nacionalni identitet i čitavo naše postojanje.

Hrvatska se, međutim, prisjeća svoje prošlosti tek sporadički. Tijekom obljetnica, u političkim i drugim govorima te prigodom proslava. U stvarnom životu je, naime, svaki segment našeg naslijeđa nesiguran i ugrožen nemarom i nezainteresiranošću. Ni medicinska baština nije iznimka. Na stranicama *Liječničkih novina* već smo nekoliko puta izvijestili o sadržaju i sudbini Šercerove zbirke koja se godinama nalazila podno amfiteatra nekadašnje predavaonice ORL i Dermatovenerološke klinike Medicinskog fakulteta. Tu je tiho postojala, nikome više ne služeći, i nakon preseljenja ORL klinike na Rebro. Po osnutku Hrvatskog muzeja medicine i farmacije u srpnju 2014., a na prijedlog naših istaknutih otorinaca Željka Poljaka i Ranka Mladine, članovi Muzejskog

vijeća Hrvatskoga muzeja medicine i farmacije HAZU, temeljem dozvole Medicinskog fakulteta i predstojnika Klinike za ORL KBC- Zagreb prof. Drage Prgomete, dogovorili su preuzimanje Zbirke za nadležni Muzej. Tijekom dogovora o preuzimanju u Zbirku je, međutim, nekoliko puta provaljeno.

Obijena brava

Entuzijastični Ranko Mladina mijenjao je bravu uzastopno, no scenarij se stalno ponavljao. Brava je ponovno obijena u veljači, travnju i svibnju ove godine. Prigodom posljednje provjere stanja, 5. svibnja 2016., u vratima ormara bili su istovjetni ključevi kakvi su bili prethodno spremljeni, no ovaj put je nestalai cjelokupna dokumentacija tvorca zbirke prof. Ante Šercera. Slijed navedenih događaja ubrzao je proces primopredaje Zbirke Hrvatskom muzeju medicine i farmacije HAZU, što je 9. svibnja i ostvareno. Osim velikog olakšanja koje nam je pružio osjećaj da je sada Zbirka na sigurnom, ostali smo, ipak, osupnuti osjećajem gorčine i razočaranja. Pitali smo se o razlozima provala i otuđenja dijela Zbirke koja je godinama bila ponos cijeloj medicinskoj zajednici. Za laike, to je posve jasno, otuđeni dijelovi nemaju nikakvu pa ni komercijalnu vrijednost, a provala nekog iz struke bila nam je nepojmljiva. Šercer nam je ovom zbirkom u naslijeđe ostavio impresivne preparate patologije jednjaka (korozije, perforacije), grkljana (tumori), zbirku izvađenih stranih tijela iz dišnih putova, instrumente i uređaje. Od ormara u kojima su predmeti bili smješteni do edukacijskih plakata i crteža, kostiju i makroskopskih



preparata u formalinu te dokumentacije, sve je bilo podređeno prenošenju znanja vizualizacijom. Osim dragocjenog uvida u ORL kazuse, zbirka je jasno prezentirala razinu otorinolaringologije toga doba te potencijal njezinog tvorca.

Suđenje i tamnica

ORL klinika je, naime, Šercerovom zaslugom i uvođenjem najnovijih operativnih metoda, čvrsto stala u krug ostalih europskih institucija sveučilišnog ranga te postala centar za odgoj novih specijalista. Šercer je bio redovitim članom tadašnje JAZU, te dekanom Medicinskog fakulteta tijekom tri školske godine 1936./37. i 1943./44. i 1944./45. Njegovo je kapitalno djelo „ORL propedeutika“, a inaugurirao je i pristup hipofizi transseptalnim putem, koji se primjenjuje i danas. Zapažena su mu istraživanja o odnosu između uspravnog stava čovjeka i savijanja lubanjske baze. Izvršio je

fenestraciju kod otoskleroze, čime je zagrebačka ORL klinika postala četvrta u Europi u kojoj je izvršena ova operacija. Bio je predstojnik ORL klinike do 1945. godine, a stradao je kao i mnogi drugi koji su obnašali neke funkcije za vrijeme NDH, prošavši dva mjeseca suđenja, tamnicu i presudu koja je poslije povučena. U rujnu 1946. premješten je na ORL odjel u Vinogradskoj bolnici, koja će pod njegovim vodstvom 1964. postati druga zagrebačka ORL klinika.

Provaljivanje u Šercerovu zbirku stoga je čin jednak pucnju u vodotoranj, jer i strukovna je baština naš identitet, povijest i naša zastava. Bez nje nam je vidokrug skučen, a ishodišta su na krhkim osnovama. Bez nje nam se gube granice, duša i korijeni, a onda nam i ne preostaje ništa drugo već da potkradamo sami sebe.



Vratite nam pacijente, vratite djeci školske liječnike!

JELENA BURAZIN, dr.med. spec. školske medicine, ZZJZ Osijek
lelutka@gmail.com

Odnos liječnik-pacijent i međusobno povjerenje koje među njima postoji osnova je svakog uspješnog terapijskog, dijagnostičkog ili preventivnog postupka (npr. cijepljenja). Odvajanjem kurativne i preventivne zdravstvene zaštite školske djece i studenata pacijenti su navodno dobili na povećanju svojih prava, dok su zapravo djeca ostala uskraćena za kvalitetne liječnike, a školski liječnici ostali su uskraćeni za ovaj temeljni odnos između liječnika i pacijenta (roditelja pacijenta). Kako?

Međusobno povjerenje

Oprilike ovako: preventivna zdravstvena zaštita (sistematski pregledi, cijepljenja, sportski pregledi, skriningi itd.) odvija se uglavnom u školi, bez prisutnosti roditelja, naravno, uz prethodnu obavijest. Roditelji su me kao školskog liječnika možda zapamtili s pregleda za upis djeteta u osnovnu školu i od tada me praktički neće vidjeti ako im je dijete uobičajeno (prosječno). Ako se pojavi neki problem zbog kojeg mi se treba javiti u savjetovanište, onda se roditelj i ja srećemo i umjesto da odmah rješavamo djetetov problem, uz međusobno poznavanje i povjerenje, mi prvo moramo razviti odnos liječnik-pacijent i povjerenje koje iz njega proizlazi. Uobičajena reakcija roditelja s djetetom s bilo kakvim poteškoćama ili roditelja koji treba neku potvrdu (a želje i zdravstvene indikacije često su različite) velik je upitnik nad glavom: „tko je ovaj liječnik, koji je on faktor u životu mog djeteta i tko je on da odlučuje o sudbini mog djeteta, a ja ga vidim prvi put u životu“, jer, zamislite, kakvo čudo, sve one pisane obavijesti o preventivnim pregledima u školi nisu pomogle da mi izgradimo odnos i povjerenje na kojem svaki liječnik temelji svoj rad s pacijentom. Osim toga, ja njegovo

dijete (ako je sve u redu) vidam u prosjeku jednom u dvije godine. Ono što se s njegovim djetetom u međuvremenu događa kod obiteljskog liječnika ne znam i ne mogu znati, osim ako mi dijete ne kaže ili roditelj ne napiše ili pošalje nalaze, što nerijetko izostane.

Da bi riješili ovaj nedostatak temeljnog odnosa liječnik - pacijent i međusobnog povjerenja ili neprepoznatljivosti naše struke među pacijentima, mnogi kolege školski liječnici (pa i ja) počeli su preventivne aktivnosti provoditi u školskoj ambulanti, tako da roditelji moraju dovesti dijete na pregled ili cijepljenje, pa se to koristi kao prilika za gradnju odnosa i povjerenja te kao mogućnost dobivanja pouzdanih podataka o dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji se događaju kod liječnika opće medicine. Nažalost, većina roditelja koji dovedu dijete u školsku ambulantu ne čekaju s njim u čekaonici, već odu svojim poslom dok mi obavljamo preventivu. Roditelji uopće nemaju potrebu da vide školskog liječnika koji mu pregledava ili cijepi dijete, niti misle da bi liječnik želio s njima nešto porazgovarati. Drugim riječima, roditelji nas ne doživljavaju! A ja ih zbog toga ni najmanje ne krivim. Tko je onda kriv? I još važnije, kako to popraviti?

Ne tako davne 1998. godine je tadašnji ministar zdravstva Andrija Hebrang jednim potezom uzeo školskim liječnicima njihove pacijente i djeci njihove liječnike. Izgovor i logika, koja se poslije ponavljala kao mantra među liječnicima, bila je ova krilatica: svaki pacijent ima pravo izabrati liječnika koji će ga liječiti! I tako, pod izlikom povećanja prava pacijenata, odlučio se da se školsko dijete ne može liječiti kod školskog liječnika već da se

može liječiti samo kod obiteljskog liječnika po njegovom izboru. Kome je ovo logično? Pacijenti nisu mogli dobiti pravo da izaberu nekog školskog liječnika ili da izaberu školskog ili obiteljskog liječnika, kao što biraju primarnog pedijatra ili obiteljskog liječnika za novorođenče, već su dobili „izbor“ da se ne mogu liječiti kod specijalista za školsku djecu! I tako je RH jedina država u Europskoj Uniji koja je odlučila imati specijalizaciju iz školske i adolescentne medicine jer valjda smatra da je to vrijedna specijalizacija, a ti školski liječnici ne smiju liječiti školsku djecu.

Ne želim podcijeniti kolege obiteljske liječnike, niti mislim da su oni nekompetentni liječiti djecu. Osim toga, obiteljski liječnici su u mnogim zemljama EU-a jedini liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ).

Specifična edukacija

Međutim, ruku na srce, kad je u pitanju zdravstvena zaštita dojenčeta i predškolskog djeteta, nema dileme da je educiraniji i kompetentniji primarni pedijatar od obiteljskog liječnika. Ista logika vrijedi i za školsko dijete, a to jednostavno proizlazi iz naše specifične edukacije. Da to potkrijepim: u programu specijalizacije iz školske i adolescentne medicine pedijatrija je zastupljena sa 7 mjeseci, a u programu specijalizacije iz obiteljske medicine s tri mjeseca. Osim toga, u programu specijalizacije iz školske i adolescentne medicine nalaze se također: adolescentna psihijatrija - pet mjeseci, centar za izvanbolničko liječenje ovisnosti - jedan mjesec, dječja i adolescentna ginekologija - tri mjeseca, sportska medicina i kineziologija - mjesec i pol, rehabilitacija slušanja i govora - jedan mjesec, rehabilitacija djece sa smetnjama u psihofizičkom

razvoju – jedan mjesec, a sve nabrojano ne nalazi se u programu specijalizacije obiteljske medicine.

Nadalje, citiram program specijalizacije iz školske i adolescentne medicine: „specijalist školske i adolescentne medicine tijekom specijalizacije posebice je osposobljen da ... pruža cjelovitu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu školskoj djeci i mladima“, čime nas je prof. Vesna Jureša zadužila barem za svoj spomenik.

Školska medicina

Drugim riječima, specijalizacija nas osposobljava i za liječenje djece, ali nam to nije omogućeno u zdravstvenom sustavu, što je potpuno besmisleno, jer ako smo već kao država odlučili da neće samo obiteljski liječnici biti nositelji PZZ-a, već da ćemo imati primarne pedijatre, primarne ginekologe i jedini u Europskoj Uniji specijaliste školske i adolescentne medicine, zašto onda te specijaliste držimo na margini PZZ-a? Ne samo da ne liječim svoje pacijente, za koje odgovaram na puno drugih načina, nego specijaliste školske i adolescentne medicine zdravstveni sustav ne doživljava kao potencijal i kapacitet ni po kojem drugom pitanju iz PZZ-a. Ne mogu, na primjer, vjerovati da se nitko nije sjetio uključiti specijaliste školske i adolescentne medicine u dežurstva u kampu za prihvrat izbjeglica (bar ne u mojoj županiji). Nadalje, ne mogu vjerovati da se nitko nije sjetio ponuditi školskim liječnicima da dežuraju vikendom u domu zdravlja, a znamo da je tamo teški nedostatak liječnika i da zbog toga trpi OHBP. Istovremeno je moguće da radim na ugovor o djelu u izvanbolničkoj hitnoj pomoći (što znači da radim hitnu, kroničare, socijalu, palijativu - sve koji dođu ili nazovu), ali ne mogu pomoći u domu zdravlja. Mogu shvatiti da me pacijent ne doživljava, jer on za to nije kriv. Ali ne mogu shvatiti, a ni prihvatiti da me sustav ne doživljava, dok obiteljska medicina grca od pacijenta i papirologije, dok hitan bolnički prijem radi sve osim hitnih stanja. Školsku medicinu se drži postrani PZZ-a, što šteti i sustavu, i pacijentima, i nama školskim liječnicima.

Pacijent liječnika cijeni i doživljava kroz rješavanje akutnih problema (kroz kurativu), a liječnik kroz tu istu kurativu doživljava trenutno zadovoljstvo neposrednog



pomaganja pacijentu. Tu se razvija međusoban odnos i povjerenje. Sveobuhvatna zdravstvena zaštita školske djece i studenata podigla bi kvalitetu zdravstvene skrbi školske djece; bolje bi bilo odrađeno i cijepjenje, i odbijanje cijepjenja, i sistematski pregled, a nadasve savjetovani rad s roditeljima i djecom s bilo kakvim poteškoćama kad bi nas ti roditelji poznavali od ranije i imali u nas povjerenja. Istovremeno bi PZZ dobila vrijedno pojačanje sa školskim liječnicima. Naravno da bi ovo što predlažem zahtijevalo reorganizaciju PZZ-a, ali gdje ima volje, ima i načina, a ima uostalom i primjera u susjednim državama. Bilo bi potrebno uvesti dvojne glavarine ili nešto slično. Sigurno bi se postavilo pitanje jadranskih otoka i drugih prometno nepovezanih sredina, ali ako obiteljski liječnik tamo može odraditi preventivu i kurativu dojenčeta, onda može i školskog djeteta. Mogao bi se uvesti tzv. standard i nadstandard i u preventivu, odnosno neki minimum preventive koji mora obaviti onaj liječnik koji liječi školsko dijete, i nadstandard koji je obavezan odraditi svaki specijalist školske medicine nadležan za određenu populaciju. Program preventivnih mjera ionako treba reviziju i evaluaciju postojećih mjera. Uz to, kalendar školskog

cijepjenja sve je „tanji“, posljednjih desetak godina četiri je generacija cijepljenika izašlo iz kalendara cijepjenja: ne cijepimo BCG i PPD u sedmom i drugom razredu, niti prvašiće i maturante DI-TE-om, a za dvije godine prestat ćemo cijepiti hepatitis B u školi.

Potrebna ravnoteža

Doduše, broj djece u skrbi po jednom timu školske medicine morao bi se smanjiti zbog kurative, pa bi protivnici prvo rekli da ionako nema dovoljno ljudi, jer je školska medicina također deficitarna ljudstvom. Međutim, revizijom preventivnog programa mogla bi se postići potrebna ravnoteža. Osim toga, sveobuhvatna školska medicina privukla bi velik broj zainteresiranih mladih liječnika koji nedostatak kurative vide kao jedinu manu ovoj prekrasnoj specijalizaciji.

Sadašnji ministar zdravstva najavio je osnaživanje PZZ-a, pa se nadam da će prepoznati potencijal školskih liječnika u PZZ-u. Treba nam samo vizija i dobra volja. Napominjem da je ovo isključivo moj osoban stav, stečen radom u školskoj medicini od prvoga radnog dana, u četiri različita područja, na selu, u zabitima i urbanim sredinama, uz dodatan rad u izvanbolničkoj hitnoj pomoći.

Reforma Hitne medicinske pomoći i američka iskustva

Mr. sc. JOŠKO KALILIĆ, dr. med. spec., josko.kalilic@gmail.com

Najčešći medicinski problemi (simptomi) zbog kojih građani (i turisti u ljetnoj sezoni) dolaze u izvanbolničku ambulantu HMP-a ili na bolnički prijem jesu: povišena tjelesna temperatura, glavobolja, manje posjekotine i druge ozljede zbog padova, tučnjave ili prometne nesreće, istegnuće nožnog zgloba, ubod pčele i ose, ugriz pasa, upala oka, uha ili grla, opekline manjeg stupnja, povraćanje ili proljev, alkoholno pijanstvo

Ministarstvo zdravstva RH najavilo je reformu službe hitne medicinske pomoći (HMP-a) pa se u javnosti i stručnim krugovima vode rasprave i nude razni prijedlozi. Držim da ovu važnu službu opterećuju nedovoljna organiziranost i šarolikost u nazivima („hitna pomoć“, „Ustanova za hitnu medicinsku pomoć“, „Zavod za hitnu medicinu“, „Državni zavod za hitnu medicinu“, „Hitni medicinski prijem“, „Hitni kirurški prijem“, „Centar za hitnu pomoć“, „Trauma centar“, „Odjel za hitnu medicinu“ itd.). Pored tih naziva su u stalnom dežurstvu i ambulante na različitim lokacijama za hitni prijem trudnica, djece, neuroloških, kardioloških, onkoloških, pulmoloških bolesnika itd., što dodatno povećava zbrku kod dolazaka na hitnim prijemima.

Zavodi za hitnu medicinu su izvanbolničke podružnice Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu u organizacijskom i stručnom pogledu a osnivači su im županije koje vode brigu o njihovim ljudskim i materijalnim resursima. Glavna im je funkcija hitni prijevoz akutno oboljelih ili ozlijeđenih osoba do bolnice. Imaju i svoju ambulantu u koju dolaze bolesnici sa simptomima manjeg stupnja hitnosti ako njihov obiteljski liječnik nije na raspolaganju (noć, vikend).

Mnogi bolesnici sa simptomima koji ne daju dojam hitnosti često ne razlikuju jedinicu HMP-a u izvanbolničkoj ustanovi od hitnog medicinskog prijema u bolnici, gdje mnogi nepotrebno završe zajedno s teško oboljelim bolesnicima, otežavajući rad osoblju zbog velike gužve koja zbog njih nastaje u zajedničkoj čekaonici.

Najčešći medicinski problemi (simptomi) zbog kojih građani (i turisti u ljetnoj sezoni)

dolaze u izvanbolničku ambulantu HMP-a ili na bolnički prijem jesu: povišena tjelesna temperatura, glavobolja, manje posjekotine i druge ozljede zbog padova, tučnjave ili prometne nesreće, istegnuće nožnog zgloba, ubod pčele i ose, ugriz pasa, upala oka, uha ili grla, opekline manjeg stupnja, povraćanje ili proljev, alkoholno pijanstvo itd.

Stanje hitnosti

Bolnički odjel HMP-a u Hrvatskoj nije građevinski i funkcionalno ujednačen. On mora zadovoljiti neke osnovne kriterije: da se nalazi u prizemlju bolnice, da naziv na ulazu bude dobro vidljiv i ujednačen (najbolji bi bio „Odjel za hitnu medicinu“, kao u SAD-u „Emergency department“). Prostor mora biti dovoljno prostran a na ulazu odjela mora biti punkt za kojim se nalazi medicinska sestra/tehničar (eventualno liječnik) koji prvi vide bolesnika i po određenim kriterijima procijene narav bolesti ili ozljede i stanje hitnosti te ga prosljede na daljnji hitni postupak u ambulantu onog specijalista u čiju domenu pripada vrst bolesti ili ozljede. Što više Odjel za hitnu medicinu ima specijalističkih ambulanata to bolje, tako da se nakon obrade i eventualne terapije donosi se odluka o pacijentovom prijemu u bolnicu ili otpustu na kućnu njegu. Što je odjel bolje tehnički opremljen to je bolje za bolesnikovu dijagnostičku obradu (hitni RTG, CT, UZV, laboratorij itd.).

Dvojbena je uloga specijalista hitne medicine (kojih ima u Hrvatskoj i drugim razvijenim zemljama) jer specijalizacija traje dugo (3-5 godina), troše se vrijeme i financijska sredstva a znanje iz pojedinih specijalnosti kroz koje specijalizant prolazi kraće vrijeme



ne može doseći razinu specijalista koji se u radnom vijeku bavi samo svojom specifičnom problematikom. Stoga bi bilo bolje da liječnici opće medicine imaju prema utvrđenom programu osigurane intenzivne tečajeve iz hitne medicine u redovitim vremenskim razmacima.

Pojavi li se u bliskoj budućnosti nestašica liječnika u izvanbolničkoj hitnoj medicini, valja na vrijeme razmišljati o intenzivnoj edukaciji iz hitne medicine medicinskih sestara/ tehničara, koji će, kao i u SAD-u i drugim razvijenijim zemljama, odlaziti na teren kao hitni mobilni tim (bez liječnika), gdje će pružiti najnužniju pomoć oboljelima ili ozlijeđenima (zaustavljanje vanjskog krvarenja, infuzija, fiksacija tijela kod prijeloma, oslobađanje dišnih putova itd.) te ih tako stabilizirane prevesti što sigurnije do bolnice na konačnu obradu i terapiju.

Američka iskustva u hitnoj medicini

U SAD-u svaka bolnica ima u prizemlju prostor za medicinsku hitnost. Prije se nazivao Emergency room (skraćeno ER)

a danas se naziva Emergency department (ED). U njemu se nalaze brojne specijalističke ambulante, laboratorij, RTG, CT, UZZ, operacijska dvorana za manje hitne zahvate itd., te velika čekaonica s trijažnim punktom kamo dolaze svi hitni slučajevi. Dobro educirana i iskusna medicinska sestra ili tehničar određuje prema utvrđenim stručnim kriterijima tko je više ili manje hitan i kojoj medicinskoj specijalnosti pripada pa ga upućuje na daljnju obradu (autor je kao specijalizant u SAD-u radio u takvim prostorima za hitnost pa ima osobna iskustva s brojnim bolesnicima i postupcima – op. ur.). U odjel za hitnost bolesnik dolazi sam, u pratnji rodbine ili ga dovode timovi izvanbolničke hitne službe (u SAD-u su to dobro educirani medicinski tehničari ili sestre, koji mogu biti zaposleni u privatnim hitnim službama, kod vatrogasaca ili policije). Oni u medicinskom pogledu stabiliziraju bolesnika na terenu i u takvom ga stanju održavaju i prevoze do bolničkog odjela za hitnost. Izvanbolnička hitna pomoć u SAD-u je u privatnom vlasništvu, a u svojim prostorima ima mobilne timove za teren, ali i ambulan-

tu u koju mogu doći svi hitni bolesnici koji to žele. U SAD-u bolesnici koji se ne osjećaju toliko hitni, a žele savjet ili posjet, telefoniraju svojim obiteljskim liječnicima koji su za svoje pacijente dežurni 24 sata (danju su u svojim privatnim ordinacijama a noću kod kuće uz telefon), pa ga bolesnik uvijek može zvati jer je liječnik moralno obavezan za bolesnike koje preuzme i dobro je plaćen za takve usluge.

Zaključci i prijedlozi kako reformirati HMS u Hrvatskoj

Hitna medicinska služba najvažniji je segment zdravstvene zaštite. To zna svaki bolesnik koji je doživio neku vrst hitnosti. Različiti simptom kao mogućnost poremećenog zdravlja najčešće je vrlo uznemirujuće, no većina ih na sreću nije hitne naravi pa ih bolesnik često može riješiti sam ili u suradnji sa svojim obiteljskim liječnikom. Da bi se uvelo više reda i organiziranosti u pristupu hitnim službama i obradi bolesnika kod simptoma koji upućuju



Za ustanove HMP-a u Hrvatskoj ima desetak različitih naziva, što izaziva zbrku

Specijalizacija iz HMP-a nije nužna nego za nju treba educirati medicinske sestre/tehničare

na mogućnost naglog poremećaja zdravlja, predlažem sljedeće administrativno-medicinske mjere za dobrobit samih bolesnika i za racionalniji i uspješniji zdravstveni sustav, koji se odnosi na HMS:

1. Za simptome koji ne izgledaju hitni osiguranik treba prvo posjetiti svojeg obiteljskog liječnika.
2. Treba osigurati, gdje god je to moguće, hitnu dežurnu ambulantu obiteljskih liječnika (uz dodatan honorar osiguravatelja) za noći, vikende i praznike u koju osiguranik može doći kod pojave nekih od „hitnih“ simptoma kad obiteljski liječnik nije na raspolaganju.
3. U dijelu zemlje gdje nema dežurne ambulante obiteljskih liječnika, bolesnik za „hitne“ simptome treba prvenstveno koristiti dežurnu ambulantu izvanbolničke HMS.
4. Svaka bolnica mora imati odjel za hitnu medicinu, koji bi trebao biti jedinstven za cijelu državu (u SAD-u joj je naziv Emergencydepartment ili skraćeno ED) i smješten u prizemlju bolničke zgrade, građevinski suvremeno i funkcionalno projektiran i opremljen sa što više specijalističkih hitnih ambulana; treba imati punkt za trijažu u kojem radi dobro educirana medicinska sestra/tehničar, RTG, CT, UZV, laboratorij, operacijsku dvoranu za manje zahvate itd. prema suvremenim međuna-

rodnim standardima. Izraz „objedinjeni“ odjel za hitnu medicinu (koji se spominje u reformi) suvišan je jer se podrazumijeva da se sve bolničke hitne ambulante nalaze objedinjene u prostoru odjela za hitnu medicinu.

5. Liječnik kao dio mobilnog tima u ambulantnim vozilima HMP-a kod nas je velik luksuz, koji naš zdravstveni sustav još uvijek podržava (u SAD-u i nekim drugim zapadnim zemljama već desetljećima nema liječnika u mobilnim timovima), ali je sigurno da se tom luksuzu bliži kraj zbog nedostatka liječnika. Stoga predlažem osnivanje mobilnih timova koji će se sastojati od dva dobro educirana medicinska tehničara/sestre koji pružaju pomoć na terenu, a nakon toga jedan vozi ambulantno vozilo a drugi vodi brigu o bolesniku za vrijeme prijevoza do bolnice.
6. Specijalizacija iz hitne medicine nije nužna jer se nepotrebno troše dragocjeno vrijeme i financijska sredstva, nego treba liječnike opće medicine educirati iz HMP na obveznim povremenim intenzivnim tečajevima.
7. Organizirano pružanje HMP-a i evakuacija putem hitne medicinske helikopterske službe vrlo je poželjno, posebno s otoka, a i ovisi o financijskim mogućnostima zemlje.

Dulce cum utili!

Pisanje riječi iz stranih jezika (2. dio)

Doc. dr. sc. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ, e-mail: tamara.gazdic1@gmail.com

U prošlom smo broju Liječničkih novina govorili o riječima i svezama riječi koje su preuzete iz stranih jezika. Tako smo govorili o stranim riječima koje su u hrvatski jezik preuzete bez prilagodbe, dakle u izvornome obliku u kojem se pojavljuju u stranome jeziku te o riječima koje su više ili manje prilagođene hrvatskomu jezičnom sustavu, tzv. posuđenica. U svjetlu aktualne obrazovne reforme posebno smo objasnili podrijetlo i normativni status u hrvatskome jeziku riječi *kurikul*.

Za ovaj smo broj pripremili nastavak vezan uz pisanje riječi iz stranih jezika, posebno posuđenica iz latinskoga i grčkoga jezika, nekih latinskih i grčkih naziva i imena u hrvatskome jeziku koji se koriste u medicini. Iako se u novom tisućljeću dosta pisalo o medicinske nazivlju, jer je standardizacija medicinskoga nazivlja temelj medicinske struke i komunikacije, i dalje je neophodna suradnja i zalaganje stručnjaka iz medicine i lingvistike u izradi jedinstvenoga stručnog i znanstvenoga nazivlja. Medicinski nazivi podrijetlom iz latinskoga i grčkoga jezika imaju međunarodnu važnost, ali ne treba zaboraviti da se usporedno razvijala i terminologija na narodnim jezicima koja također ima veliku važnost u medicini. U proteklih je petnaestak godina izdano i nekoliko rječnika iz toga područja poput *Rječnika latinskoga i hrvatskoga medicinskog nazivlja* Vladimira Loknara (Medicinska naklada d. o. o., 2004.) i *Enciklopedijskoga rječnika humanog i veterinarskog medicinskog nazivlja* (Leksikografski zavod Miroslava Krležje, 2006.) i drugih. Mi ćemo se u ovom broju usredotočiti na pravopisnu normu, odnosno na pisanje stranih riječi.

Kao što smo rekli u prošlom broju, riječi i sveze riječi iz stranih jezika pišu se ovisno o stupnju njihove prilagođenosti hrvatskomu jeziku. Tako se latinski nazivi živih bića: *Homo sapiens* (čovjek), *Felis silvestris* (divlja mačka), *Lumbricus terrestris* (kišna glista), *Daucus carota* (mrkva), *Fragaria vesca* (šumska jagoda) i sl., pišu izvorno, tj. onako kako se pišu u jeziku iz kojega su preuzete, i to kosim slovima (ili se stavljaju u navodnike) jer se ne uklapa-

ju u glasovni sastav hrvatskoga jezika. Takvi se latinski nazivi i imena u hrvatskome tekstu pišu velikim početnim slovom i ne sklanjaju, pa ćemo napisati: Proveli smo opsežna istraživanja na *Homo sapiens*.

Za razliku od latinskih naziva živih bića, koji se pišu izvorno, nazivi mjernih jedinica, npr. amper, džul, farad, gram, hektar, henri, herc, inč, kilogram, kubik, kulon, litra, metar, om, vat itd. te nazivi kemijskih elemenata, npr. ajnštajnij (od lat. *einsteinium*), arsen (od lat. *arsenicum*), bor (od lat. *bor*), pišu se fonetizirano, odnosno prilagođeno hrvatskomu jeziku. Tako se pišu i posuđenice i njihove izvedenice koje su se ustalile u hrvatskome jeziku, npr. apneja, laboratorij, menadžer; apnejski, laboratorijski, menadžerski, te tvorenice od stranih imena osim posvojnih pridjeva: darvinist, fulbrajtovek, humboltovac; darvinizam; donkihотовski, šekspirovski, vangogovski.

Ako iz odnosnoga pridjeva nije jasno od kojega je imena izveden, može se u osnovi odnosnoga pridjeva zadržati i izvorni zapis imena do tvorbene granice, npr.: Breughel – breughelovski, Heimlich – heimlichov, O'Neill – oneillovski, Saint-Exupéry – saintexupéryjevski.

U posuđenicama iz latinskoga jezika prefiksi *ab-*, *ob-*, *sub-* zbog jednačenja po zvučnosti ispred *p*, *t*, *k*, *s*, *š*, *č*, *ć*, *c*, *h*, *f* (bezvučnih suglasnika) pišu se kao *ap-*, *op-*, *sup-*: apsces, apsolut, apsolut; opservacija, opservatorij, opsesija, opskurnost, opstipacija, opstrukcija; supkategorija, supkultura, supkutani, supskripcija, supstandard, supstantiv, supstitucija, supstrat, suptropski. U svim ostalim slučajevima ostaju u obliku *ab-*, *ob-*, *sub-*: ablacija, odbukcija, sublukacija. (Napomena: *sub-* se ne mijenja u *sup-* ispred bezvučnoga glasa *p*: subpapilaran, subperiodizacija, subpolaran)

Treba osvijestiti činjenicu da riječi preuzete u hrvatski jezik iz latinskoga koje završavaju na *-ium* najčešće odbacuju taj završetak i dobivaju završetak *-j* te su muškoga roda, npr. latinske imenice *auditorium* 'slušateljstvo',

laboratorium 'prostor opremljen za primjenu znanstvenih istraživanja', *studium* 'pohađanje visokoga učilišta' preuzimaju se kao auditorij, laboratorij, studij. Zadržavanje *-um* iza *-j* nije u skladu s pravilima prema kojima se latinske posuđenice prenose u hrvatski standardni jezik. Pogrešno je npr.: akvarijum, aluminijum, kalijum, kriterijum, talijum, a pravilno je: akvarij, aluminij, kalij, kriterij, talij.

Pozivamo vas da nam na adresu elektroničke pošte: [hkk@hkk.hr](mailto:hk@hkk.hr) pošaljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom.

Provjerite znanje:

1. Dopuni rečenicu.

Strane se riječi pišu _____ ako odudaraju od glasovnoga sastava hrvatskoga jezika, npr. _____.

2. Zamijenite ove strane riječi hrvatskom riječju ili svezom:

attachment – _____;
bookmark – _____;
bypass – _____;
call-centar – _____;
copyright – _____;
e-mail – _____;
donor – _____;
futsal – _____;
header – _____;
jackpot – _____;
pacemaker – _____;
printer – _____;
remake – _____;
rent-a-car – _____;
revival – _____;
software – _____;
stage – _____;
summit – _____.

Točni odgovori: 1. Strane se riječi pišu kosim slovima ako odudaraju od glasovnoga sastava hrvatskoga jezika, npr. *attachment*; 2. *attachment* – prilitak; *bookmark* – stranicnik; *bypass* – premosnica; *call-centar* – pozivni centar; *copyright* – autorsko pravo; *e-mail* – e-pošta, e-poruka, e-adresa; *donor* – darivatelj; *futsal* – mali nogomet; *header* – zaglavlje; *jackpot* – glavni zgoditak; *pacemaker* – srčani stimulator; *printer* – pisac; *remake* – prerad(b)a; *rent-a-car* – iznajmljivanje automobila; *revival* – oživljavanje; *software* – programska podrška; *stage* – pozornica; *summit* – sastanak na vrhu.

Nekoliko lektorskih savjeta

- Ne „na osnovu nalaza“ nego na osnovi nalaza (riječ osnov nije hrvatska)
- Ne „njegov značaj za...“ nego njegovo značenje za (značaj = karakter, značenje = važnost)
- Ne „pravilnik i kršenje **istog**“ nego pravilnik i njegovo kršenje (omiljeni pravnički stil)
- Ne „Simpozij o **problemu** boli“ nego Simpozij o boli (problem – omiljena doktorska poštapalica)
- Ne „bolesti **srca**“ nego srčane bolesti (hrvatski jezik izbjegava posesivni genitiv)
- Ne „laserske **zrake**“ nego laser jer R u skraćenici LASER znači Radiation = zrake (pleonazam)
- Ne „palpira se veliki tumor“ nego velik tumor (velik na pitanje kakav, veliki na pitanje koji)
- Ne „**odnosno**“ jer je značenje te riječi najčešće dvojbeno; nekad znači i, a drugi put ili
- Ne „obzirom da nemamo...“ nego „**s obzirom na to** da nemamo“ ili, još bolje, „**jer** nemamo“
- Ne „ja **bi**“ i „mi **bi**“ nego ja bih i mi bismo (konjugirajte glagol biti!)
- Ne „multimedijalni“ nego multimedijski (razlikujte medijski od medijalnog!)
- Ne „u ovom dijelu Europe“ (besmislica!) nego jasno, npr. u Turopolju, na Balkanu i sl.

Željko Poljak

„O jeziku, rode, da ti pojem...“

(Fran Kurelac)

Gdje je nestalo “budući da” i “s obzirom”?

Kako je nastalo “no međutim” i “čak štoviše”?

Što će nam “često puta”?

Kako je “preminuo” postao “preminio”, a “odoljeti” “odoliti”?

Jezične su pogreške zarazne. Iako nam je jezični standard klimav i predmet vječnih debata i iako si zadržavam slobodu prihvaćati neke pravopisne i ine za jezik vezane novine i starine, a neke ne (pa tako pišem “pogreške» umjesto «pogrješke”), mislim da su nepravilnosti koje navodim izvan sfere ukusa ili vremenske određenosti. Radi se, dakle, o jasno nepravilnoj uporabi izraza. Tako je “budući da” odjednom postao samo “budući” a “s obzirom da” “obzirom da”. U posljednje je vrijeme ovo epidemijaska pojava i uključuje osobe iz javnog života pa i one koje bi trebale biti uzori, kao i tekstove u javnom tisku, koji bi, pak, trebali biti lektorirani. Tako se pomodno ispuštanje riječi u ovim izrazima sve više

pojavljuje i u medicinskim izvješćima. Slično je i s pleonazmima “no međutim” (pravilno je ili “no” ili “međutim”) i “čak štoviše” (analogno). A «često” ne treba “puta”. “Preminuo” nije zamjenjivo s “preminio”, a ne mogu “odoljeti” isto prokomentirati za “odoliti”. I “budući da” nam se jezik pomoću suvremenih tehnologija sve više pojednostavljuje, svodi na tuđice, kratice, akronime i slično, možda bi trebali “odoljeti” pojednostavljuvanju službenog nam govora i zapisa kako nam naš jezik ne bi “preminuo” u globalizacijskom i tehnološkom pomoru kultura.

Lada Zibar

Sažetak i presjek pulmološke djelatnosti od 1946. do 2016.

Sedamdeset godina pulmologije u Petrinji

Autor: IVICA VUČAK, ivica.vucak@gmail.com

Dvadeseto stoljeće bilo je stoljeće tuberkuloze.

Bilo je potrebno dulje od polovine stoljeća od Kochova otkrića uzročnika tuberkuloze do otkrića uistinu djelotvornih lijekova. Danas je tuberkuloza samo jedna od, uglavnom plućnih bolesti koja je u skrbi pulmologa.

No zabrinjava da je u 2014. godini u Sisačko-moslavačkoj županiji, jednoj od najsiromašnijih u Hrvatskoj, incidencija tuberkuloze bila je 24,9/100.000 stanovnika

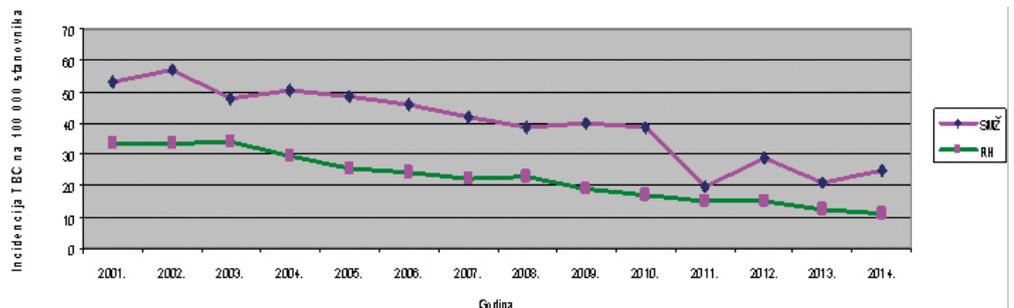
Na karti hrvanja s tuberkulozom i drugim plućnim bolestima u Hrvatskoj važno mjesto među toponimima kao što su Brestovac, Klenovnik, Rockefellerova 3, Strmac i Jordanovac, ima i Petrinja, u kojoj je 27. svibnja 1946. utemeljeno Zemaljsko bolničko lječilište za tuberkulozu sa 67 postelja pod vodstvom dr. **Matiije Peraka** (Požeške Sesvete, 1914. – Zagreb, 1992.) od 31. svibnja 1946. do 1. siječnja 1979. Uz njega su radili dr. **Vlasta Faith-Filić** (Zagreb, 1920. – Slavonska Požega, 1984.) u svojstvu pomoćne liječnice, od 18. ožujka 1947. do 27. listopada 1948. te dr. **Gligorije Arsenijević** (Rostov/Rusija, 1899. – Zagreb, ?) od 5. listopada 1948. do 7. ožujka 1949. i **Mira Tompak Zagorac** (Suhopolje, 1919. – Zagreb, 2006.) od 3. ožujka 1949. do 16. svibnja 1953. Njihov je rad u sljedećim desetljećima nastavio niz liječnika.

Dvadeseto stoljeće bilo je stoljeće tuberkuloze. Bilo je potrebno dulje od polovine stoljeća od Kochova otkrića uzročnika tuberkuloze do otkrića uistinu djelotvornih lijekova. Kontrolirano medikamentno liječenje, ali za suzbijanje širenja tuberkuloze ne manje važno izdvajanje bolesnika s tuberkulozom iz njihovih obitelji i radnih kolektiva, bilo je moguće tek s povećanjem broja bolničkih postelja i educiranjem dostatno velikog broja liječnika i sestara. Godine 1967. u općini Petrinji (30.000 stanovnika) otkriveno je 388 novih bolesnika s tuberkulozom, među kojima je bilo 230 poljo-

privrednika. U prvom su polugodištu 1967. na bolničkim odjelima Službe za liječenje tuberkuloze liječena ukupno 643 pacijenta. Usprkos prosječnom broju od 58 dana ležanja tuberkuloznih bolesnika u petrinjskoj bolnici 1967. godine, u njih 35% je nakon izlaska uz bolnice u iskašljaju još bilo M. tuberkuloze. To se pokušalo riješiti proširenjem na 260 postelja 1968. godine adaptacijom internata polaznika poljoprivredne škole.

Vrijednosti znanja

Pretraživanjem dokumentacije bolnice u Petrinji, arhiva u Petrinji, Sisku i Zagrebu te drugih izvora, dr. **Boris Vrga** (Mrzljaki kraj Karlovca, 1953.) složio je lijepu pripovijest o vrijednosti znanja, marljivosti i zalaganja za općedruštveno dobro tijekom proteklih sedamdeset godina. Događaji u životu bolnice podijeljeni su u tri vremenska razdoblja: 1946. – 1965.; 1965. – 1991.; i 1991. – 2016., a to je popraćeno i dužnim poštovanjem prema trima generacijama liječnika pulmologa i najavom četvrte generacije, sada na specijalizaciji, koja će preuzeti skrb za bolesnike s plućnim bolestima u Petrinji. Dr. Vrga je važnim ocijenio i doprinos medicinskih sestara, tehničarki u bakteriološkom laboratoriju i inženjera medicinske radiologije u akciji protiv tuberkuloze. Zaposlena u Zemaljskom lječilištu za tuberkulozu u Petrinji od 1. veljače 1947., **Štefanija Kajfeš rođ.**



Boris VRGA

70 GODINA PULMOLOGIJE U PETRINJI



Petrinja, 2016.



Opća javna bolnica - bivša Banovinska - u Petrinji u čijem je prizemlju 1946. osnovan plućni odjel

Balen (Petrinja 1920. – Zagreb 2006.) radila je u TBC ambulanti, pomagala pri rendgenskom snimanju, obavljala samostalno snimanja i razvijanje filmova te 30. prosinca 1947. dobila zvanje liječničkog pomoćnika. Tijekom 1960-ih godina bila je glavna medicinska sestra na Odjelu za tuberkulozu, a od 1967. bila je medicinska sestra u Antituberkuloznom dispanzeru do umirovljenja 1977. Vrgina knjiga obogaćena je donošenjem 25 fotografija, dva presnimka povijesti bolesti te 8 tablica s epidemiološkim podacima preuzetih iz publikacija Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) i Državnog zavoda za statistiku RH.

Nije zaboravljeno što se dogodilo s bolnicom u Petrinji 9. rujna 1991. koja je toga dana zbog okupacije evakuirana, a pacijenti su, u dogovoru sa Sanitetskim stožerom i Ministarstvom zdravstva RH, prevezeni u bolnice u Zagrebu, Novome Marofu i Klenovniku. No, samozatajno je propušteno napisati da je autor knjige, prateći bolesnike povjerene njegovoj skrbi, otišao iz Petrinje ne imajući mogućnost svratiti ni do vlastitog doma i svoje djece. Desetak djelatnika bolnice, koji nisu otišli, tragično su stradali desetak dana nakon evakuacije (o tomu svjedoči spomenik u blizini bolnice).

Usprkos posrtanjima, zastojsima i stranpućicama bilo je nastojanje na organiziranom suzbijanju tuberkuloze u Petrinji, dugo sedam desetljeća, uspješno. Tri su generacije ftizeologa (onih koji znaju o tuberkulozi i kojima je stalo do sugrađana oboljelih od

tuberkuloze) uspijevale, ipak, uvjeriti one koji odlučuju o ulaganju zdravstvenog novca da je tuberkulozu moguće obuzdati, ali uz poštivanje zahtjeva struke. Danas je tuberkuloza područje interesa pulmologa, mikrobiologa i epidemiologa, ali ova knjiga podsjeća na njezinu važnost i za pedijatre, specijaliste školske medicine, medicine rada i gerijatre.

Povjerenje bolesnika

Ulažući znanje i rad u otkrivanje i liječenje niza plućnih bolesti, njihovu prevenciju i u promicanje zdravlja, djelatnici ove bolnice zadobili su povjerenje svojih bolesnika i poštovanje potencijalnih korisnika njihovih zdravstvenih usluga, što je oduvijek predstavljalo temelj uspješnosti svakog medicinskog djelovanja. U Hrvatskoj je u 2012. godini prijavljeno 556 novooboljelih od tuberkuloze, što predstavlja incidenciju od 13/100.000 stanovnika, najnižu ikad zabilježenu. Učinjen je doista velik korak prema stanju kakvo je bilo sredinom 20. stoljeća kada je bilo potrebno zbrinjavati svake godine oko 20.000 novootkrivenih tuberkuloznih bolesnika (450/100.000 stanovnika). No zabrinjava da je u 2014. godini u Sisačko-moslavačkoj županiji, jednoj od najsiriromašnijih u Hrvatskoj, incidencija tuberkuloze bila je 24,9/100.000 stanovnika.

Danas je tuberkuloza samo jedna od, uglavnom plućnih bolesti koja je u skrbi pulmologa. Veliki su zdravstveni problem zloćudne bolesti bronha, a sve veći i kronična opstruktivna plućna bolest čija smrtnost raste. Upravo zato djelatnici ove

stacionarne jedinice s odobravanjem podržavaju nastojanje Sisačko-moslavačke županije za ponovnim osnutkom Specijalne bolnice za plućne bolesti u Petrinji. Prepoznaju u njoj onaj oblik zdravstvene ustanove u sklopu koje se mogu zadovoljiti preventivne, dijagnostičke, kurativne i rehabilitacijske potrebe plućnih bolesnika. Tijekom zadnjih pet godina smrtnost od upale pluća u Sisačko-moslavačkoj županiji manja je od one u Republici Hrvatskoj, a sve do 2010. bila je neprekidno veća.

Tri godine nakon objavljivanja monografije „Tuberkuloza i likovnost“, dr. Boris Vrga donosi hrvatskoj medicinarskoj, ali i općoj kulturnoj javnosti pregled djelovanja pulmoloških ustanova u Petrinji u razdoblju između poratne 1946. i 2016. godine. Sedamdeset godina je prosječan životni vijek, a sedam desetljeća u djelovanju jedne institucije dostatno je razdoblje za procjenu njezina značenja za društvo u kojem je nastala i djeluje.



Uobičajeni pregled bronhoskopijom



Dr. DRAGAN MALOŠEVAC

koLEGA hitnjak

HITNA MEDICINA KROZ HUMOR

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

BOLJE I TADA NEGO KAKO KADA

Malo poslije ponoći.

- Dobro večer, deda!
- Dobro večer.
- Što vas muči? Zašto ste došli?
- Osjećam se slabo. Nisam imao zraka.
- Kada niste imala zraka?
- Prije spavanja.
- Aha, odlično! A kada je to bilo? KADA idete spavati?
- Kada? Pa, odmah poslije večere.
- Poslije večere!? Jako dobro. Jako dobro! A kada večerate?
- Kako kada.
- Kako kada!? A kad je to bilo danas? Kada ste danas večerali? Kada ste išli spavati? Kada vas je

probudio taj osjećaj nedostatka zraka? KADA!? Molim vas, recite mi...

- Doktore, došla je kćerka u pratnji. O, hvala ti Bože. To je to! Pozivam kćerku u ambulantu.
- Dobro večer. Možete li mi pomoći. Trebam neke informacije.
- Doktore, tata je srčani bolesnik. Imao je i infarkt...
- Aha. A kada?
- Davno!
- Gospođo, davno mi ne znači apsolutno ništa. Koliko davno? KOLIKO DAVNO!?
- Pa, dosta davno.
- Eto, što ti je genetika. Saznao sam i da je nedavno imao bolove u prsima, povremeno su mu oticale noge, a na zadnjoj kontroli je bio onda kad je bio naručen. Da, baš ONDA!

ORTOPED

Jedno od boljih noćnih dežurstava!

Završavam pregled.

- Dakle, naručeni ste na kontrolu!?
- Da, imam i uputnicu.
- A kod koga ste naručeni?

Duga tišina.

A onda slijedi odgovor!

I onaj osjećaj kad ti simpatična bakica u dva ujutro kaže kako je boli kuk zbog kojeg je naručena kod ortopedera.

Nisam je imao srca ispravljati, al' da mi je vidjeti izraz lica kad se obrati kolegi ortopedu na kontroli.

Baka je baš super!



BRUNO

Zaboravio sam kako se zove ona neobična pasmina koju su u prošlosti trenirali za lov na krupnu divljač i borbu s medvjedima, a nastala je križanjem engleskog mastifa, buldoga i neke treće pasmine od koje je dobila opuštenu kožu.

Od prve je dvije dobila sve odlike vrhunskog ubojice.

Baš su mi od jučer nekako fora ti veliki i dražesni peseki.

Intervencija. Stižemo pred kuću malo prije ponoći. Kvartom se razliježu urluci od kojih se ledi krv u žilama.

A onda shvatimo da to nisu krikovi iz zooškog vrta već iz kuće u koju idemo!

Čekali smo dobrih pet minuta pred dvorišnim vratima.

- Dobro večer, vi ste zvali hitnu pomoć?

- Dobro večer, jesam. I oprostite što ste čekali, morao sam Brunu zatvoriti u kuhinju!

- Brunu!? Imate tigra koji se zove Bruno!?

- Ha, ha, baš ste šaljivi. Bruno je naš novi pas. Trenutno ide na socijalizaciju jer je jako agresivan prema onima koji nose uniformu. Neki dan je skoro rastrgao našeg poštara!

Ulazimo u kuću, gledam crvenu uniformu na sebi i slušam kako se Bruno zalijeće u nekakva drvena vrata i ispušta glasan lavež.

- Ništa ne brinite, zatvorili smo ga u kuhinju! Izvolite u sobu.

Spustim torbu na zemlju, otvorim je i krenem vaditi tlakomjer, a onda ugledam uplašeno lice tehničara. Gleda malo u mene, malo iza mojih leđa.

Uto kraj mene prolazi djevojčica s jabukom u rukama i sjeda pred televizor.

U kući vlada sablasna tišina.

Tehničar je prestao disati. I vidim ga kako se križa. Kao da se moli.

Proleti mi cijeli život u mislima. Čak sam se stigao upitati i hoće li se moje ozljede tretirati kao ozljeda na radu!

Progutam slinu, osjetim kako mi srce lupa visoko u vratu pa se smirenim glasom, s poprilično glupim osmijehom na licu, obratim djevojčici.

- Srećice mala, tu jabuku nisi uzela u KUHINJI!? Jel' tako da nisi? Reci mi to, molim te!

Eto, od jučer imam dva rođendana.

I baš mi je žao što se bavim samo trčanjem, a ne desetobojem ili nekim dodatnim atletskim disciplinama. Tehničar i vozač pola su sata raspravljali koliko su mogla biti visoka dvorišna vrata koja sam preskočio iz prvog pokušaja!

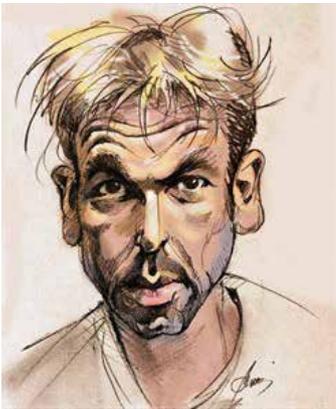
A vlasnik me neće tužiti za odvaljenu vješalicu sa zida u hodniku i srušene tegle cvijeća.

Još mi se kasnije i ispričao.

I baš su nekako dražesni ti brazilski mastifi. Totalno su mi fora.

Tko je to Lega Purger ili kolega Hitnjak?

Piše: KARMELA DEVČIĆ



Osim po satiri, Legu Purgera mnogi znaju i kao trkača. Lanjskog prosinca, pa ponovo u siječnju, istrčao je svoja prva dva ultra maratona. Prvi je bio od Osijeka do Apatina, tih 52 km trčao je u humanitarne svrhe, za pomoć samohranom majci iz Osijeka. Drugi je trčao 64 km, od Osijeka do Tovarnika, za majku troje djece, oboljelu od karcinoma, prikupljao je pomoć za liječenje

U utorak navečer Osijekom je rominjala kiša, dr. Dragan Maloševac sjedio je kod kuće i pokušavao gledati dosadnjikavu nogometnu utakmicu Lige prvaka, Atlético Madrid i PSVEindhoven. Igrači su se gegali po terenu, golova nije bilo, pa je, sporadično pogledavajući u televizor, Maloševac obavio posao o kojem je već duže vrijeme razmišljao. 'Digao' je na Facebook stranicu Kolega Hitnjak, postavio na nju nekoliko kratkih humoreski, satiru o doživljajima liječnika u više slavonskih zavoda za hitnu medicinu, u kojima se ponešto zrcali mentalitet kraja i ljudi, boljke medicinskog sustava i ljudsko lice liječnika koji je običan smrtnik osuđen da u susretu s pacijentima kuša štošta.

U manje od 24 sata Kolega Hitnjak imao je 10 000 lajkova, Maloševca su sutradan ujutro krenuli proganjati novinari, messengerom su stizale poruke čitatelja 'Hoćemo još!' 'Uljepšali ste mi dan!'

Kako se anonimni liječnik preko noći prometnuo u poznata satiričara koji uveseljava naciju?

"Godinama na privatnom Facebook profilu humoristično opisujem svakodnevne situacije iz mog života, liječničkog, sportskog ... Puno su mi puta prijatelji govorili da objavim knjigu. Predsjednik Hrvatske liječničke komore, dr. Trpimir Goluža, više me puta zvao da u Liječničkim novinama krenem objavljivati kolumne, odbijao sam, jer pisao sam uglavnom zbog sama sebe, nisam mislio da je to baš tako zabavno drugima", govori Maloševac i sam zatečen.

U veljači je u Liječničkim novinama izašla prva Maloševčeva kolumna. Nije prošlo dugo, a glavi urednik Željko Poljak javio je da im stiže puno mailova liječnika, govore da hoće još. "Bačena mi je buba u uho, pomislio sam 'pa, valjda to nije tako loše, imam eto 'publi-

ku', nakupilo se tih priča u mom kompjuturu, 60-70 komada ..."

Nije Maloševac sam, ima i ilustratora, osječskog pedijatra dr. Igora Bereckog. Berecki i Maloševac upoznali su se u osječkoj bolnici. Prvi je voditelj intenzivne pedijatrije, drugi specijalizant hitne medicine. Međusobno su se, kažu, 'skužili', danas to zovu - prijateljstvom.

"Ja samo crtam", kaže Berecki koji se kao dijete iz Vukovara doselio u Osijek. "Idem za time da pokažem atmosferu zgode, crtežom ne pratim 'egzaktno' priču. Zapravo ono o čemu on piše ja i ne poznajem, ne prolazim takva iskustva, jer po prirodi posla radim druge stvari. Crtanje me opušta, znam pogoditi lik, moji crteži, bit će, imaju nekog duha i energije, pa smo se tu našli ..."

Dragan Maloševac satiru o hitnoj počeo je pisati prije tri godine, u doba kad se iz Zagreba, gdje su ostali supruga i tri sina, preselio u Osijek, upravo radi specijalizacije iz hitne medicine, a radi i kao liječnik u tzv. vanjskoj hitnoj, županijskom Zavodu za hitnu medicinu. "Dolazio bih tako kući, nakon dvanaest satne smjene, u prazan stan, nisam imamo pored sebe živu dušu s kojom bih podijelio događaje i zgodne s posla. Nisam imao s kime popričati, pa sam ih počeo stavljati na papir, da si malo ublažim frustracije, to su sve moje priče iz intervencija, dežurstava. Posao koji radim je stresan, odgovoran i težak, čovjek mora naći neki ventil za pražnjenje." Sve što piše Kolega Hitnjak je, kaže nam, autentično. Pazi da ne iznosi podatke što spadaju pod liječničku tajnu, da zaštiti identitet pacijenta i slične detalje, ali autocenzure ni u čemu drugome nema - psuju i pacijenti i liječnici, proživljeno ne uljepšava neautentičnom kurtoazijom. "Ljudi vole te priče takve kakve jesu, nepatvorene. Te moje psovke su

poput poštapalica, bez njih bi ponekad teško dočarao dijalog. Ako me pacijent opsuje dok sam u intervenciji, taj riječnik nemam potrebe uljepšavati." Duhovit i pričljiv i u telefonskom razgovoru lako niže anegdote s dežurstava: "Ima tome neko vrijeme", prisjeća se, "da nam je kum sa svadbe dofurao mladoženju, pola sata prije ponoći, 'Doktore, pomagajte! Napio se!', zavapio je. Nama je bilo smiješno, njemu nije, jer mlada, roditelji, svatovi, svi su ostali tamo, a on je ostao na promatranju sve do jutra."

Maloševac je dugo radio u farmaceutskoj industriji, potom se poželio vratiti medicini, u 40-ima upisao specijalizaciju iz hitne, koju bi danas, priča, da nije vezan financijskim klauzulama, najradije napustio. "To je u nas nova specijalizacija, toliko nova da do sad kod nas još nitko nije pristupio tom ispitu, jer su prve kolege krenule sa specijalizacijom 2012. Vani je to vrlo tražena specijalizacija, u rangu anesteziologije, neurokirurgije, kardiokirurgije. Kod nas je taj novi program površno napravljen, nemamo starije specijaliste hitne medicine koji bi radili s nama specijalizantima. Ako specijaliziraš bilo što drugo, recimo kirurgiju, imaš starijeg kirurga koji te vodi, nisi prepušten sam sebi. Mi specijalizanti hitne moramo se gurati da bi nešto naučili, dođeš na anesteziologiju, tamo će, jasno, više pokazati specija-

lizantu anesteziologije negoli meni, i tako na svako odjelu, tražiš si mjesta da naučiš, jer sustav ne postoji i ne stoji iza tebe. Koliko je to kod nas nepopularna specijalizacija govori i podatak da se zadnje dvije godine nitko nije javio na četiri natječaja za osam mjesta za specijalizaciju iz hitne, a za ostale specijalizacije se javi po desetak ljudi na jedno mjesto." Maloševac je i prije no što je krenuo na specijalizaciju radio u hitnoj službi, pa mu je bila želja baš to specijalizirati. "Ušao sam u to sa 45 godina, i s 20 godina staža. Privlačilo me što je hitna svestrana, ne postaneš fah-idiot, ne baviš se samo jednim segmentom. Doduše, vrlo je stresna, traži mirnu glavu i upornost."

U Osijeku ga kolege zovu Lega Purger. Kaže, brzo je zavolio taj grad. "Volim ovdašnje ljude, taj slavonski mentalitet, da i hoću ne mogu im pronaći ništa negativno."

Osim po satiri, Legu Purgera mnogi znaju i kao trkača. Lanjskog prosinca, pa ponovo u siječnju, istrčao je svoja prva dva ultra maratona. Prvi je bio od Osijeka do Apatina, tih 52 km trčao je u humanitarne svrhe, za pomoć samohranj majci iz Osijeka. Drugi je trčao 64 km, od Osijeka do Tovarnika, za majku troje djece, oboljelu od karcinoma, prikupljao je pomoć za liječenje. "Mnogi moji prijatelji su-



djelovali su na način da su za svaki moj pretrčani kilometar donirali kunu, neki i više. Skupila se lijepa svota", zadovoljno kaže.

U zadnjih mjesec i pol dana istrčao je šest polumaratona. "Dvadeset pet godina aktivno sam se bavio nogometom, igrao u više zagrebačkih klubova. Zadnjih pet dao sam se u trčanje."

Maloševac i Berecki krajem godine planiraju izdati knjigu satire iz hitne. Prihod će ići u humanitarne svrhe.

Članak objavljen u Jutarnjem listu 20. ožujka 2016.



A tko je Karmela Devčić?

Jedna je od rijetkih novinara koji ne promatra liječnika s lupom da ga uhvati kako je negdje pogriješio pa da ga nakon toga razapne u medijima vapijući da mu se oduzme licencija. Ne spada ni među one, rjeđe novinare, koji odaberu nekog liječnika i nekritički mu se dive te samo što ne traže njegovu beatifikaciju. Još je u osnovnoj školi tvrdoglavo odlučila da će biti novinarka, makar je diplomirala na zagrebačkom Filozofskom fakultetu. Dvadeset i pet godina nakon njezina prvog teksta, unatoč svim problemima koji muče medije, novinarstvo je za nju i dalje "najljepši posao na svijetu". Postdiplomski studij završila je u SAD-u, neko je vrijeme bila dopisnica Radio Free Europe, potom urednica vanjske politike u Globusu i reporterka, od 2007. je novinarka Jutarnjeg lista. Često i rado piše o književnosti i o temama psihičkog zdravlja, a svojim otkrićem „Lege Hitnjaka“ prestigla je liječnike koji nisu slutili kakvog humorista imaju u svojim redovima.

Željko Poljak, ur.

Dr. Ivan Šebalj bio je vrstan liječnik sa zavidnom sportskom karijerom

Odličan bacač diska i zaslužan liječnik u Domovinskom ratu

EDUARD HEMAR



Dr. IVAN ŠEBALJ (1940.- 1999.)

Kao liječnik dr. Šebalj uključio se na samom početku rata u obranu Hrvatske.

Postao je član pričuvne postrojbe Specijalne policije Vukovarsko-srijemske županije. Bio je sa svojom postrojbom na svim slavonskim ratištima te u Bosanskoj Posavini.

U Registru hrvatskih branitelja evidentiran je s ukupno 1648 dana u neborbenom sektoru

Po prvi put u rubrici predstavljamo jednoga zaslužnog sportaša i liječnika iz Slavonije. Riječ je o Ivanu Šebalju rođenom 25. rujna 1940. u Slavonskom Brodu. Njegov otac Marko bio je Ličanin rodom iz zaseoka Mali kut kod Križpolja u općini Brinje, a majka Katica, rođ. Lukić šokica iz sela Komletinaca kod Otoka. Obitelj Šebalj je prvih godinu dana po Ivanovu rođenju živjela u Sl. Brodu jer mu je otac tamo radio kao financijski službenik, a majka je bila kućanica. Potom su se preselili u Vinkovce. Uz sina Ivana imali su i kćer Dubravku (udanu Kopilović), koja je diplomirala pravo i radila kao sutkinja.

Ivan Šebalj odrastao je u Vinkovcima, gdje je završio osnovnu školu i gimnaziju. Godine 1959. upisao se na MEF u Zagrebu i diplomirao 1967. Atletikom se počeo baviti u Vinkovcima kao član Društva za tjelesni odgoj *Partizan*. Po dolasku u Zagreb na studij postao je član Atletskog kluba *Dinamo* iz Maksimira. Uz atletiku bavio se kao dopunskim sportom i dizanjem utega. Upravo u vrijeme Ivanova dolaska imao je *Dinamo* jednu od najboljih muških ekipa u svojoj povijesti. Bili su kandidati za ekipnog prvaka Jugoslavije, ali je tada najuspješniji klub beogradski *Partizan* imao na raspolaganju veći izbor dobrih atletičara koji su dovođeni iz svih krajeva tadašnje države. U redovima AK *Dinamo* tada su najbolji atletičari bili višestruki državni prvaci i reprezentativci: Antun Petar – Zvonko Bezjak, Franjo Škrinjar, Ante Ledić, Đani Kovač, Joško Murat i dr. Dugogodišnji šef stručnog štaba u klubu bio je dr. Josip Miloš, predratni prvak Kraljevine Jugoslavije u bacanju koplja. U *Dinamu* se oduvijek posebna pažnja posvećivala bacačkim disciplinama, a uz Miloša je jedan od trenera bio i legendarni bacač kla-

diva Petar – Pedro Goić, višestruki prvak Balkana i veteranski prvak svijeta te jedan od najdugovječnijih hrvatskih sportaša.

Ivan se u gimnazijskim danima specijalizirao za tehničku disciplinu – bacanje diska, koja je u sportskim natjecanjima prisutna još od antičkog doba. Za bacanje 2 kg teškog diska imao je odlične fizičke predispozicije jer je narastao do 193 cm visine, a u najboljim danima sportske karijere imao je preko 100 kg tjelesne mase. Uz to je po dolasku u Zagreb postao član dobrog kluba i radio sa stručnim trenerima pa rezultati nisu izostali. Već se 1961. s dvadeset godina prvi put plasirao u finale Prvenstva Jugoslavije održanog u Ljubljani. Te je godine prvak države u bacanju diska po treći puta uzastopno postao Dako Radošević iz Sarajeva a Ivan je zauzeo sedmo mjesto u konkurenciji od ukupno 15 natjecatelja. U godinama koje su sljedile pojavljivalo se prezime Šebalj redovito uz rezultate najboljih jugoslavenskih bacača diska. Kulminacija njegove atletske karijere dogodila se 1969. i 1970. Najprije je 10. kolovoza 1969. u Rijeci postao prvak Jugoslavije s postignutih 52,98 m ispred svoga velikog konkurenta Marijana Gredelja iz zagrebačke Mladosti te odličnog Zdravka Pečara iz ljubljanske Olimpije. Potom je 17. rujna 1970. na predolimpijskom mitingu u Münchenu postigao svoj osobni rekord i najbolji rezultat u karijeri s 55,70 m. S tim je rezultatom na kraju 1970. zauzeo treće mjesto na tablicama najboljih atletičara Jugoslavije svih vremena u bacanju diska. Bolji rezultat od njega imali su samo Dako Radošević iz Sarajeva s 56,81 m u Varšavi 1964. i Marijan Gredelj iz Zagreba s 55,90 m u Tunisu 1967.



Dr. Šebalj za vrijeme Domovinskog rata sa sinom Markom u Vinkovcima



Legendarni atletske trener Ivan Ivančić s dr. Šebaljom u Zagrebu

Ivan je imao dugu i uspješnu atletska karijeru. Na zavidnoj je razini bacao disk sve do četrdesete godine života. Od 1961. do 1979. od mogućih 19 uzastopnih nastupa na finalima prvenstva države taj plasman nije ostvario samo dva puta: 1962. i 1966. To govori o njegovoj kvaliteti kao sportaša ali i o kontinuitetu s kojim se tada mogao pohvaliti malo koji atletičar u državi. Na Prvenstvu Jugoslavije, uz osvojeni naslov 1969. u Rijeci, bio je drugi 1972. u Beogradu, 1973. u Zagrebu i 1975. u Sarajevu te treći 1968. i 1970. u Celju, 1971. u Zagrebu i 1974. u Zrenjaninu. Gotovo deset godina bio je među tri najbolja bacača diska u državi. Uz to je bio i višestruki prvak Hrvatske. Glavni konkurenti u državi bili su mu već spomenuti Radošević, Gredelj i Pečar. I kada je zbog godina prestao nastupati u seniorskoj konkurenciji, njegovi postignuti rezultati i dalje su imali vrijednost. Tako je njegov osobni rekord iz 1970. u trenutku raspada zajedničke SFRJ 1991. bio na listi najboljih rezultata svih vremena kao 11. u Jugoslaviji i 3. u Hrvatskoj. Za reprezentaciju Jugoslavije nastupio je 6 puta. Sudjelovao je na Balkanskim atletskim igrama 1969. u Sofiji

(6. mjesto) i 1976. u Bukureštu (6. mjesto) te na nekoliko prijateljskih međudržavnih susreta.

Po završetku MEF-a dr. Šebalj se vratio u Vinkovce. Zaposlio se u Medicinskom centru Vinkovci i 1978. završio specijalizaciju iz porodništva i ginekologije. Povremeno je radio i u Klinici za ginekologiju KBC-a Zagreb u Petrovoj. Mentori u Zagrebu bili su mu stručnjaci za ginekološku urologiju: profesori Bagović, Bolanča i Miličić. Sudjelovao je na brojnim domaćim i međunarodnim kongresima. Njegovo daljnje napredovanje u liječničkoj karijeri i pripremi za zvanje primariusa omeo je početak rata 1991. Odmah se kao liječnik uključio u obranu Republike Hrvatske pošto su njegovi Vinkovci kao i gotovo cijela Slavonija te Zapadni Srijem bili na prvoj linije bojišnice. Postao je član pričuvne postrojbe Specijalne policije Vukovarsko-srijemske županije. Bio je sa svojom postrojbom na svim slavonskim ratištima te u Bosanskoj Posavini. Sudjelovao je u vojno-redarstvenim akcijama Bljesak i Oluja kada je oslobođen najveći dio do tada okupiranog hr-

vatskog teritorija. U Registru hrvatskih branitelja evidentiran je s ukupno 1648 dana u neborbenom sektoru. Bio je član Hrvatskog liječničkog zbora – podružnice Vinkovci - Županja i Udruge dragovoljaca i veterana Domovinskog rata RH – podružnice Vukovarsko-srijemske županije. Po završetku rata bio je od 1996. do prerane smrti 1999. šef ginekološkog odjela bolnice u Vinkovcima. Za svoje sudjelovanje u Domovinskom ratu dobio je veći broj odličja i priznanja. Između ostalog, odlikovan je odlukom predsjednika RH dr. Franje Tuđmana Spomenicom domovinskog rata 1996., Redom Danice hrvatske s likom Katarine Zrinske 1997. i Spomenicom domovinske zahvalnosti 1998.

Ostao je aktivan u sportu i nakon završetka natjecateljske karijere. Kao član *Dinama*, kojem je ostao vjeran i po povratku sa studija u Vinkovce, sudjelovao je na veteranskim atletskim prvenstvima pa i na seniorskom Prvenstvu Hrvatske po završetku rata. Bio je član liječničke komisije Atletskog saveza Jugoslavije. U Republici Hrvatskoj iza-

>>



Osvajači medalja na Prvenstvu Jugoslavije u bacanju diska 1974. u Zrenjaninu. Slijeva: Miće Mijač, Zdravko Pečar i Ivan Šebalj



Reprezentacija Jugoslavije na 1. Svjetskom dvoranskom prvenstvu u atletici 1987. u Indianapolisu. Slijeva stoje: Milan Jerman, liječnik Ivan Šebalj i trener Miljenko Rak; sjede: Slobodan Popović, Slobodanka Čolović, Đina Lazić i Đorđe Kožul

bran je 1995. u liječničku komisiju Hrvatskog olimpijskog odbora i u tom svojstvu sudjelovao je na Olimpijskim igrama 1996. u Atlanti. Bio je velik prijatelj s najboljim hrvatskim atletskim trenerom Ivanom Ivančićem (1937. – 2014.). Kad je Ivančić po raspadu SFRJ 1993. odlučio napustiti Beograd i doći živjeti u Hrvatsku, pomogao mu je oko dolaska i smještaja u Zagrebu.

Dr. Šebalj je preminuo od posljedica zloćudne bolesti u 59. godini života, 22. rujna 1999. u Vinkovcima i pokopan je na gradskom groblju u Vinkovcima. Njegov dugogodišnji klub *Dinamo* nije ga zaboravio. Već se više od deset godina u sklopu međunarodnog atletskog mitinga *Dinamo – Zrinjevac* održava memorijsko natjecanje u čast legendama kluba Ivanu Šebalju i Ivanu Buljatu. Na mitingu se bacači diska natječu u memorijskoj disciplini "Dr. Ivan Šebalj". Od ove godine natjecanje se održava po prvi puta u sklopu organizacije tradicionalnog Hanžekovićevo memorijala. Atletski miting i memorijski *Dinamo – Zrinjevac* održati će se 5. rujna na više lokacija u Zagrebu (dan prije popularnog Hanžeka).

Nekoliko riječi i o obitelji Šebalj. Ivan je bio u braku s dr. Đurđicom, rođ. Bedeković, specijalisticom kliničke citologije. Njezin otac dr. Vladimir Bedeković bio je kirurg vojne bolnice u Zagrebu. Da jабuka ne pada daleko od stabla pobrinuo

se Ivanov i Đurđičin sin Marko Šebalj (Zagreb, 18. XII. 1980.). Diplomirao je na Pravnom fakultetu u Zagrebu. Bio je uspješan atletičar vinkovačke *Cibalije* i zagrebačkog *Dinama*. Naslijedio je oca u disciplini bacanje diska. Postao je višestruki državni prvak i rekorder Hrvatske u mlađem dobnom uzrastu, a postizao je uspjehe i kao senior. Nastupao je za reprezentaciju Hrvatske. Uz atletiku je ostao vezan i kao sportski djelatnik. Član

je Stegovne komisije Hrvatskog atletskog saveza i Upravnog odbora Atletskog kluba *Dinamo – Zrinjevac* iz Zagreba.

Izv.: Osobna izjava i dokumentacija Đurđice i Marka Šebalja iz Zagreba.

Lit.: *Jugoslovenska atletika 1921 – 1971*, Beograd, 1971; Lj. Gajić, *Zlatna knjiga jugoslovenske atletike*, Jagodina, 2000.; *Atletske priče iz Maksimirske šume AK Dinamo – Zrinjevac 1945-2005*, Zagreb, 2006; Lj. Gajić, *Seniorska prvenstva Jugoslavije*, Jagodina, 2007; Lj. Gajić, *Tablice 100 najboljih*, Jagodina, 2009.



Dr. Šebalj (lijevo) na primanju kod predsjednika RH dr. Franje Tuđmana

Gastroseksualna (r)evolucija

DARIO NALETILIĆ, e-mail: dario.naletilic@cipla.com



Voden osnovnim nagonima, iskonski gastroseksualac ne preže pred najsloženijim receptima, ne susteže se od najtežih kulinarskih postupaka, niti odustaje u potrazi za najboljim namirnicama.

Divlji zov nagona vodi ga u nezamislive eksperimente, tjera ga u molekularnu gastronomiju, pomiče osjetilne i tehnološke granice, miješa namirnice, tehnike, začine i erotske snove

Petar Hektorović neće, nadam se, zamjeriti *mojoj malenkosti* (svakako mnogo manjoj od gospodina Igora Mandića čiji izraz ovdje rabim) na isticanju gornjih stihova, jer veli gospodar onomad u Mlecima nije pjevao samo o ribama i ribanju. Ukoliko zavirite u renesansni kontekst davne 1566. kada je to *veledjelo* napisano, uvjerit ćete se da je riječ o pravoj literaturi s ključem poput Brownova Da Vincijsva koda ili slavnog *Imena ruže* Umberta Eca.

Vrlo detaljno opisan trodnevni muški izlet s ribarima i pjevanjem, nazvan *Ribanje i ribarsko prigovaranje*, osim neprijeporne umjetničke i povijesne dimenzije, pravi je prethodnik danas vrlo popularnih *muških* jedrenja, *muških* skijanja, *muških* raftinga i općenito istospolnih druženja na kojima kao osnovni cilj takva događaja dominantni mužjaci prezentiraju svoje dosege enologije i kulinarstva jednako tako muževnim prijateljima i kolegama, a sve vrlo daleko od očiju boljih polovica, osobito nejači, a i svih ostalih.

Ako zažmirimo na moguću *gayish* kontekst (zastupljena dakako i kod sama Hektorovića), samo iz opisanoga suvremenog fenomena ne možemo sa sigurnošću zaključiti u što su se pretvorili ili se pretvaraju nekadašnji hrabri lovci i marljivi sakupljači.

Ipak, pažljiviji će antropolog u ponašanju muških jedinki tijekom navedenih druženja, nakon analize dijetalnoga režima u sklopu kakve slične aktivnosti (npr. kartanja petkom s dečkima) moći krenuti u pravo dekodiranje evolucijskoga napretka vrste.

Po svemu sudeći, čini se da je riječ o svojevrsnu treningu, praktičnoj školi, ili naprosto proučavanju i poučavanju vještina i vrlina koje moderni *homo erectus* ima i stječe da bi se prometnuo (evoluirao) u – *gastroseksualca*.

Pritom je gastroseksualac napredna evolucijska grana onog istog stabla *homo sapiensa* koji je radi opozicije palca (položaj palca na ljudskoj šaci vjerojatni je krivac što danas dominiramo planetom) kao *jedinu* od modernih razvojnih karakteristika usavršio vještinu

uporabe daljinskog upravljača. Gastroseksualac za cilj i svrhu ima ovladavanje plemenitom vještinom zavodjenja s pomoću integriranih i sofisticiranih afrodizijaka, koje sam pronalazi, priprema i servira u obliku jela, obroka ili napitaka, subjektima svoje seksualne požude ne birajući pritom sredstva, čvrsto se držeći makjavelističkih principa, a sve radi primitivnih nagona, hedonizma i pomalo očuvanja vrste.

Divlji zov nagona

Voden osnovnim nagonima, iskonski gastroseksualac ne preže pred najsloženijim receptima, ne susteže se od najtežih kulinarskih postupaka, niti odustaje u potrazi za najboljim namirnicama. Divlji zov nagona vodi ga u nezamislive eksperimente, tjera ga u molekularnu gastronomiju, pomiče osjetilne i tehnološke granice, miješa namirnice, tehnike, začine i erotske snove. Sate u kuhinji očekuje naplatiti strastima u ložnici, dizalu, lođi ili na *luftmadracu*. Kada i ako stanete jednom na put ili uz bok (ili u neki drugi odnos, odnošaj ili snošaj) takvu gastroseksualnom sanjaru, neka vas ne iznenadi količina i vrsta hrane, broj sljedova, raznolikost sastojaka, genijalnost pripreme i jednostavnost (a ponekad i nepretna brzina!) konzumacije. Gastronomska strast izrazito je seksualno uvjetovana. Rezultati takve nepatvorene strasti intimne su večerice za dvoje (ili troje; *manage* a *trois* prinos je francuskih gastroseksualaca) ili ponekad birani lagani ručak uz nooner. *Nooner* je seksualna aktivnost koja se *točno u podne* najčešće za vrijeme *lunchbreaka* (primjer čiste gastroseksualne povezanosti – bukvalno *seks za objed!*) prvo počela prakticirati u visokorazvijenim zemljama poput SAD-a, pa otuda i engleski naziv. *Zornjak* je pak seksualna navika parova u bivšim komunističkim zemljama koja se obavlja *natašte* prije početka smjene u šest ujutro. Zornjaci su aberacija, baš kao što je to bio i sam komunizam, pa danas gotovo izumiru ili bivaju nadomješteni nekim od

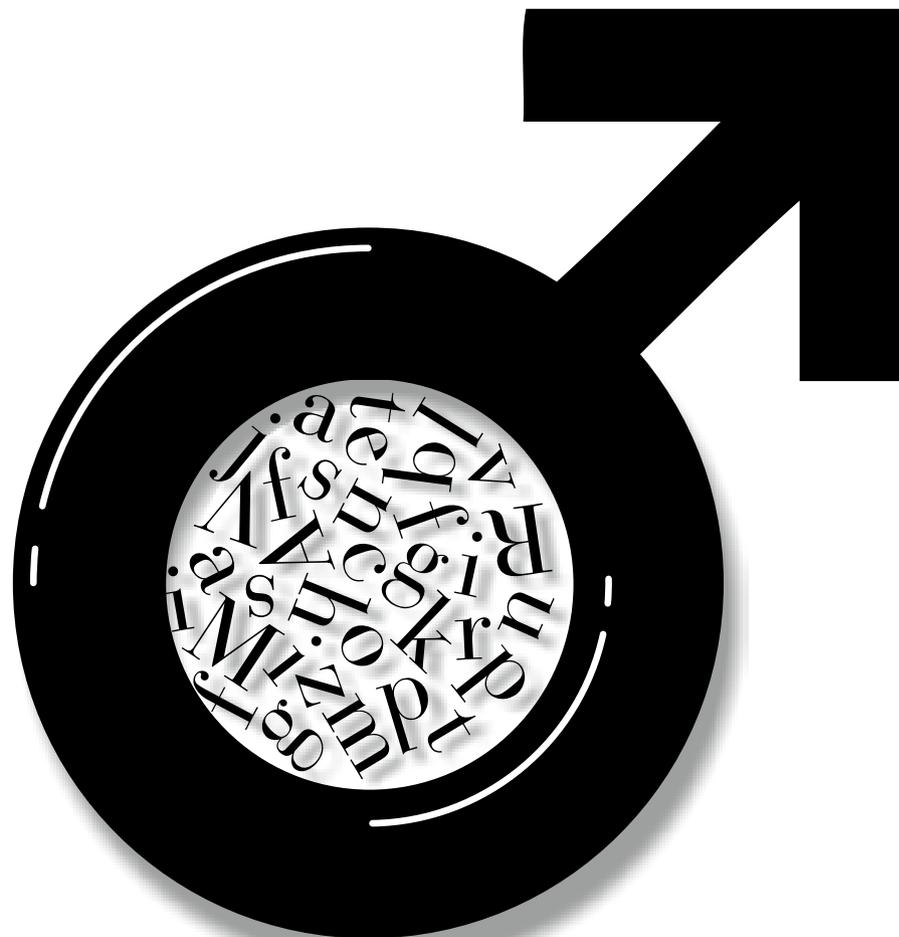
oblika spolne aktivnosti uz puni želudac, poput *after-work* partija. Gastroseksualno ponašanje imanentno je ljudima i ne nalazimo ga u istraženom životinjskom ili biljnom svijetu uz iznimku trutova, odnosno nekih pčelinjih zajednica, što nije dokraja istraženo ni objašnjeno. Čini se da samo u hominida ljubav ide izrazito kroz želudac, pa razvoj gastroseksualnog ponašanja ne čudi. Radi jasnoće treba naglasiti da povremena primjena raznih afrodizijačkih sastojaka u kulinarsko-erotskoj povijesti na jednoj ili osobito drugoj strani spola, iako malo podsjeća na gastroseksualizam, nikako nema sva potrebna obilježja evolucijskih pomaka koji krase moderne gastroseksualce.

Činjenicu da su gotovo svi veliki *chefovi* muškarci također možemo u većoj mjeri objasniti gastroseksualizmom (predlažem i izraz gastroseksizam!) – spolnim ponašanjem muškaraca kojima je kuhanje i/ili hranjenje nužni i izravni uvod u koitus. Nije naime nepoznata činjenica da su baš mnogi veliki kuhari izrazito promiskuitetni ili barem pojačano seksualno aktivni u važnim fazama svoga profesionalnog razvoja. Kuhanje, odnosno hranjenje, jest predigra, baš kao što su spavanje i hrkanje epilog.

Kulinarske majstorije

No bi li i najrafiniranija jela i najkreativniji napici imali svrhu kad *one* na to ne bi *padale*? Odgovor je i više nego jednostavan. Ne bi! No *njima* (vama!) to se očigledno sviđa. Pokretačka snaga svijeta stoga odavno nije prema shvaćanju modernih gastroseksualaca među ženskim nogama. Najvažniji ženski spolni organ također nije, kao prema davno prevladanu sufražetsko-feminističkom uvjerenju onaj između ušiju, već je skriven – duboko u želucu. A upravo tamo žele penetrirati gastroseksualci svojim kulinarskim, enološkim i ostalim majstorijama i svim gastroseksualnim nastojanjima.

Zato kuhajmo, braćo po spolu i trbuhu! Servirajmo svakodnevno tanjure ljubavi, ako želimo kušati iz njih. Ne oklijevajmo i ne libimo se. Nahranimo ih, jer apetiti su im veliki, nezajažljivi. Ždera-



čice muškaraca su pred nama, pritajene, ali postojane, otkad je svijeta i vijeka – ne svjedoče li o tome, iako posve različito, i poznati literati: od renesansnoga pjesnika i gospara Petra Hektorovića, sve do renesansno oblikovane i vruće Nives Celzijus, autorice rečene *Gole istine*.

Tako i današnji mladci, baš poput nekada renesansnog plemića, koji s društvom pučkih ribara jede i pije ućeci od njih eno-gastronomске lekcije, na svojim kolektivnim muškim partijanjima i inim muškim druženjima skupljaju lekcije i znanja za kakvo puteno i zavodljivo masno jelo. Skupljaju trikove za seksi roštilje, pikanterije za masni *fiš* i slično. Uče se pravilnu izboru alkohola te naročito treniraju njegovu konzumaciju. Sva ta znanja i iskustva primijenit će po povratku u svakodnevnicu na oduševljenje i dobrobit svojih odabranica, boljih polo-

vica, dragih, milih i jedinih. Činjenicu da dame (*one* prave!) nisu pozvane u takva društva i na spomenuta druženja lako je objasniti potrebom da se u samoći, daleko od javnosti, skrivene od znatiželjnih pogleda i sigurni u društvu istomišljenika razviju u pravog znalca – gastroseksualca. Stanovita i vrlo limitirana prisutnost žena (*nota bene*, nikada u potpunosti dokazana!) na spomenutim događanjima može imati isključivo istraživačku ili eksperimentalnu svrhu. Zato, drage, ostajte doma bez briga i čekajte svoje junake.

A tebi, mila, nakon što sam apsolvirao posvema muško *Ribanje i ribarsko pri-govaraje*, dok čekaš da skuham ručak, preporučam drugo *najpoznatije* Hektorovićevo djelo potpuno ženskoga naslova – *Robinja*.

Tvoj odani gastroseksualac.

Afera Hipokrat – sjaj i bijeda hrvatskog liječničkog profesionalizma

OAferi Hipokrat sve je već poznato. Mediji su opširno izvještavali i još govore o aferi, a sudovi se spremaju presuditi u preostalim slučajevima.

Hrvatska liječnička komora jasno je reagirala, naglasila svoj stav i u skladu s tim provodi procjene slučajeva koji su riješeni sudskim nagodbama. Sve u svemu, afera je pod kontrolom, ide u smjeru predvidivog tijeka i time kao da se postupno završava. Je li vrijeme da se učini stručno-profesionalna procjena afere, da se analizira što smo naučili iz te afere?

Prema temeljnim pravilima profesionalnosti, onima na kojima svaka profesija temelji svoj ugled, hrvatsko liječništvo je na tragu da izreče svoj pravorijek. Interno "čišćenje" svake profesije jamstvo je ugleda profesije, pa tako strogo kažnjavanje prestupnika koji umanjuju ugled profesije jest opravdano i potrebno. Konačno, to je dio takozvanog "društvenog ugovora" medicinske profesije na kome se temelji ne samo ugled nego i društveni status profesije unutar države. Podsjetimo se, na toj je osnovi država preputila neke važne ovlasti Komori - kao što je izdavanje licence za samostalan rad (i mogućnost njezina oduzimanja).

Komora je na taj način obavezna i odgovorna da sama vodi nadzor nad radom svojeg članstva. Za to postoje stalna povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju, za stručna pitanja i stručni nadzor, te Časni sud Komore. Vodeći se visokim profesionalnim standardima Komora prepoznaje da do lošeg ishoda može doći iz različitih razloga, ali i da liječnici sami mogu pogriješiti iz više razloga. Za neetično ponašanje liječnika nema mjesta solidariziranju s kolegom, nego zahtijeva internu procjenu i sankcioniranje koje može biti i strože od sankcija eksterne kontrole (sudova).

U Aferi Hipokrat profesija (čitaj Komora) je upravo tako reagirala. Pokazala je nultu toleranciju prema liječnicima koji su na sudu priznali krivicu, što je za Komoru bila potvrda i dokaz neetičnog prekršaja. Zbog toga je pokretanje internih postupaka na Sudu časti Komore logičan potez. To je utoliko važnije zbog društvenog okruženja koje medicinsku profesiju prepoznaje kao visoko korumpirani segment društva. Može se reći da je profesija (čitaj Komora) reagirala adekvatno i na jedini mogući način kako bi zaštitila ugled profesije.

Što je rezultat? Postupak pred časnim sudom za preko 250 liječnika obiteljske medicine. Kako u djelatnosti obiteljske medicine Hrvatske ne radi više od 2400 liječnika, radi se o statistički značajnom uzorku (>10%) liječnika jedne djelatnosti. Riječju, moglo bi se zaključiti da su svi liječnici koji rade u obiteljskoj medicini Hrvatske korumpirani – čine nečasne radnje. Ili su to bili 2013. kada je afera započela? Nije li to pomalo čudno? Je li to poruka koju je profesija htjela predstaviti javnosti?

Princip nulte tolerancije ima svoja ograničenja. Sjetite se samo liste na ulazu u zgradu u kojoj živite, gdje ste uvršteni u popis dužnika iako ste zakasnili samo s posljednjom uplatom pričuve i režijskih troškova. Svejedno, našli ste se na istom popisu sa susjedima koji su dužni za troškove posljednje dvije godine, u iznosu dvadeset puta većem od vašeg dugovanja. Sjetite se objave liste poreznih dužnika na kojima su se našla imena nekih kolega samo zato što su tada bili u kumulativnom radnom odnosu za koji se porezne obaveze usklađuju jednom godišnje. Uvršteni su u isti popis s drugima

čija su dugovanja bila deseterostruko, pa i više puta veća.

Dosljedna primjena nulte tolerancije nužno dovodi do devijacija koje ponekad rezultiraju zaključcima koji su u suprotnosti s onim što se htjelo postići. Najčešće se događa na štetu prestupnika koji su učinili minimalnu štetu - dok se veliki grešnici sakriju, ostanu neprepoznati i izbjegnu zasluženu kaznu. U šumi podataka izgube se ključni elementi ili se sve zaboravi pod geslom „ako to svi rade, onda je to normalno“.

Ozbiljna recentna sociološka istraživanja ukazuju na visoku raširenost takozvanih malih nečasnih radnji među pučanstvom svih meridijana. Istraživanja provedena na izabranim visoko moralnim populacijama ukazuju da je pretežiti dio populacije sklon manjem prikrivanju istine na svoju korist. Fenomen se javlja globalno i obilježen je autocenzurom – relativno strogim osobnim odabirom razine do koje se u prevari želi ići. Riječju, svi smo povremeno nečasni, ali samo malo. Sjetite se svoga zadnjeg prijavljivanja poreza ili štete na automobilu. Ili iz zdravstvenog sustava: jeste li ikada otišli ranije s posla, jeste li ikada progurali nekoga preko službene liste čekanja na pregled? Istraživanja pokazuju da se manje nečasnosti nešto na što osiguravajuće kuće računaju, upravo zbog svjesnosti da je to toliko rašireno i da pretežiti dio osoba limitira samog sebe na male nečasnosti.

Obuhvatom od preko 250 liječnika u postupku pred Časnim sudom zbog Aferi Hipokrat, profesija je moguće promašila glavnu svrhu intervencije. Kažnjavanjem kolega za minimalne prekršaje dovelo se u pitanje što je uopće nečasnost i je li to toliko rašireno da je postalo neiskorjenjiv dio

profesije. Otvorilo se i pitanje koji dio prekršaja je bio na štetu pacijenta u mjeri da bi ga se smatralo nečasnim. Bez odgovora na ta pitanja profesija je, pokušavajući opravdano zaštititi svoj ugled, nervoznom reakcijom sama sebi zabila autogol. Percepcija korupcije ostaje, a profesija je upela upravo da to promijeni.

Štoviše, ostaje neriješen temeljni problem cijele Afere Hipokrat, a to je pitanje odnosa liječničke profesije i farmaceutske industrije. Ako se traži jedan poučak iz Afere Hipokrat, to je potreba kvalitetnog, trajnog i razvidnog rješenja odnosa medicinskih profesionalaca i farmaceutske industrije. Čini se da do sada više inicijative za rješavanje tog problema dolazi od farmaceutske industrije nego od liječnika. A financiranje trajne medicinske edukacije i osobnog profesionalnog usavršavanja ide jednakim tijekom kao i prije Afere Farmal. Prepoznamo li svoje *male nečasnosti* u aktualnom odnosu s farmaceutskom industrijom i možemo li konačno urediti odnose na način da ne strahujemo da smo samo na čekanju za neku drugu aferu? Čini se da bi veličinu napora koju će profesija utrošiti da dovrši procese na Časnom sudu Komore bilo korisnije upotrijebiti na konačno i trajno rješavanje financiranja medicinske edukacije u suradnji sa farmaceutskom industrijom.

Za sada se cijela profesija može osjećati u duhu stiha

„Tamne mrlje prošlosti na tvojoj bijeloj košulji, veš mašina budućnosti nikad neće oprati“

Kolege iz Afere Farmal osjetili su to u prvom licu i na tragu su da im odora ponovo bude bijela. A što je sa svima nama drugima? Imamo li obraza reći da smo trajno imuni na buduću Aferu Farmal i da smo u sadašnjoj aferi učinili sve da zaštitimo dignitet struke na najbolji mogući način?

Hrvoje Tiljak, htijak@gmail.com

IZ LITERATURE

- Statut Hrvatske liječničke komore, www.hlk.hr
- Letica S. Političke, kulturne i profesionalne odrednice „Nove normalnosti“ u XXI. stoljeću. Duševno zdravlje, kultura i društvo. Pro Mente 2014.
- Ariely D. The (honest) truth about dishonesty. Harper Perennial 2013
- Inovativna farmaceutska inicijativa. Transparentnu suradnju s farmaceutskom industrijom podržavaju i zdravstveni radnici i javnost. Liječničke novine, svibanj 2016.
- Psihomodo Pop. Ja volim samo sebe www.tekstovi.net

Hvala kolegici MERI MARGREITNER

S oduševljenjem sam pročitao u Liječničkim novinama br.148 na str. 34 i 35 tekst dr. Meri Margreitner. Ona je temu zdravstvene ekonomije i organizacije zdravstva od 200 ili 300 stranica, jezgrovito, razumljivo i slikovito iznijela na nepune dvije stranice LN. Kad bi se ta ekonomika danas primijenila u praksi, hrvatsko zdravstvo bi odlično funkcioniralo i s dvije milijarde kuna manje nego što danas troši!

Međutim, ništa od navedenog neće u praksi zaživjeti iz jednostavnog razloga što su svi dosadašnji ministri zdravstva i njihovi suradnici bolnički doktori, specijalisti raznih struka. Oni nisu, nakon studentskih dana, nikada više zašli u Školu narodnog zdravlja "Andrija Štampar" gdje se uči i ekonomija i organizacija zdravstva. Zato oni dosadašnji kao i ovi sadašnji kreatori hrvatske zdravstvene politike ništa ne znaju o navedenim temama. Zato se našim zdravstvom i reformama u njemu rukovodi amaterski. Zato troškovi zdravstva svake godine enormno rastu (iako se broj stanovnika smanjuje), pa autorica teksta ispravno podcrtava: "postoji nezadovoljstvo i primatelja i pružatelja zdravstvene usluge". Zar to nije apsurd?

Predlažem da za godinu dana zamolimo istu doktoricu Meri Margreitner za novi članak s pitanjem: je li ju je itko od kreatora hrvatske zdravstvene politike išta pitao, saslušao i, uvažio.

Rudolf Brijačak dr., med., specijalist opće medicine u mirovini

Odgovor kolegi RUDOLFU BRIJAČAKU

Iznimno me je razveselilo Vaše pismo, pogotovo stoga što ste kao specijalist opće medicine preko svojih leđa "prevalili" niz reformi zdravstva, a koje su se različito odrazile na učinke rada nas liječnika primarne zdravstvene zaštite. Često si pišući postavljam isto pitanje koje i Vi meni postavljate, a to je, hoće li će me itko od zdravstvene administracije čuti. Čini se da godinama nitko nije slušao, ne samo mene, već ljude iz struke, liječnike praktičare. Vjerujem da je došao trenutak u kojem se prepoznaju ključne stvari u organizaciji i vođenju zdravstvene politike, ali još uvijek nažalost postoje ljudi koji iz osobnih interesa zanemaruju zajednički interes. Na nama je da ustrajemo u namjeri da nam svima bude bolje. Svrha našeg rada je zadovoljstvo. Usudila bih se reći da bez zadovoljstva i ljubavi prema svojem zvanju ne može biti napretka u bilo kojoj reformi zdravstva. Kada bi zdravstvena administracija samo to prepoznala kao ključnu stvar, reforma bi išla u pravom smjeru. Vaše pismo nije samo poticaj da i dalje nastavim aktivno participirati, ako ništa drugo, pisanjem o temama koje su od krucijalnog interesa našeg staleža i struke, već iz razloga koji su možda bitan. To je motivacija budućih liječnika da primarnu zdravstvenu zaštitu dožive kao blagodat i da uživaju prakticirajući medicinu u svojoj svojoj ljepoti.

Meri Margreitner

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora
HLZ, gen. HLZ-a Hrvatski liječnički zbor
HZIZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo
KB Klinička bolnica
KBC Klinički bolnički centar
MEF, genitiv MEF-a Medicinski fakultet
MZ Ministarstvo zdravlja RH
OB Opća bolnica
PZZ Primarna zdravstvena zaštita
SB Specijalna bolnica

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

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

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi 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 i Europskom udruženju liječnika specijalista (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem sljedećeg linka: <http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici www.hlk.hr – „Raspored stručnih skupova“.

LIPANJ

Xarelto Real World Experience: „Zbrinjavanje pacijenata na antikoagulantnoj terapiji“, „Rivaroksaban – iskustva iz kliničke prakse“

Bayer d.o.o.
Dubrovnik, 09.06.2016.
Dr. Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

Palijativna skrb u praksi

HLZ, HD za hospicij/palijativnu skrb
Virovitica, 09.06.2016.
Dr. Vlasta Vučevac, mob.: 091/12013-181
350,00kn

Radionica za zavode za javno zdravstvo u organizaciji Službe za kvalitetu i edukaciju Agencije Standardi kvalitete, mjerenje i praćenje kvalitete

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi
Zagreb, 09.06.2016.
Marina Mandelsamen Perica, tel.: 01/5625-622,
e-mail: kvaliteta.edukacija@aaz.hr

IUPHAR GI SECTION MEETING 2016

Maks travel d.o.o.
Novigrad, 09.-11.06.2016.
Kristijan Čovčić, mob.: 099/2005-225
1500,00kn

Jedno zdravlje – emergentne i re-emergentne zoonoze: prošlost, sadašnjost i budućnost

HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju
Zagreb, 10.06.2016.
Doc.dr.sc. Mario Sviben, tel.: 01/4863-269
500,00kn

Novosti u refraktivnoj kirurgiji oka

Poliklinika „Svjetlost“ za oftalmologiju
Zagreb, 10.06.2016.
Dr. Ante Barišić, mob.: 091/5294-116

Predavanje

Belupo d.d.
Umag, 10.06.2016.
Franjo Marković, mob.: 098/9837-083

Radionice za pedijatre

Društvo Naša djeca Zadar
Zadar, 10.06.2016.
Marina Grbić, mob.: 095/8998-216

Nutricionizam i dijetetika 2016.

HD nutricionista i dijetetičara
Zagreb, 10.-11.06.2016.
Doc.dr.sc. Darija Vranešić Bender, mob.: 091/3774-377
300,00kn

Velik kao dijete

Salutogeneza – obrt za savjetovanje i ostale usluge
Našice, 10.-11.06.2016.
Božidar Popović, mob.: 09271602-920
650,00kn

Drugi međunarodni logoterapijski kongres

Logos – Hrvatska udruga za logoterapiju
Zagreb, 10.-11.06.2016.
Cvijeta Pahljina, mob.: 095/8953-283
200,00kn

Biopsihosocijalni model u modernoj psihijatriji – Psihoedukacija u liječenju psihičkih poremećaja

PB „Sveti Ivan“
Zagreb, 10.-11.06.2016.
Daria Jagić, tel.: 01/3430-006
700,00kn

IX lošinjska ljetna škola o alkoholizmu

KLA „Bonaca“ Mali Lošinj
Mali Lošinj, 10.-12.06.2016.
Mr.sc. Branko Lakner, mob.: 099/600-0161
300,00kn

4. hrvatski kongres psihodermatologije s međ.sud.

HLZ, Hrvatsko dermatovenerološko društvo
Zagreb, 10.-12.06.2016.
 Hrvoje Beclin, dipl.politolog, tel.: 01/3787-176,mob.:
091/6101-937
1500,00kn

Dani kliničke genetike: Što je novo? / Days of Clinical Genetics: Whats new?

Društvo za kliničku genetiku Hrvatske
Zagreb, 10.-12.06.2016.
Dr. Nina Canki Klain, mob.: 098/470-136
350,00kn/700,00kn

Ozljeda tetiva šake naša svakodnevnica i/ili nepoznanica

DZ Virovitičko-podravске županije
Kapela Dvor, Kurija Janković, 11.06.2016.
Ivica Fotez, dr.med., mob.: 099/4897-047
100,00kn

Endokrinologija i dijabetologija u ordinaciji obiteljske medicine

ŽB Čakovec
Čakovec, 11.06.2016.
Dr. Andreja Marić, mob.: 098/9032-990

Considerations for mental health care for refugees and asylum seekers

Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu i
HD za traumatski stres
Zagreb, 13.06.2016.
Helena Bakić, e-mail: hbakic@ffzg.hr

Cross-cultural delivery of mental health services for refugees

Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu i
HD za traumatski stres
Zagreb, 13.06.2016.
Helena Bakić, e-mail: hbakic@ffzg.hr

Prepoznavanje i liječenje pothranjenosti i gubitka potporne tjelesne mase – Posljedice koje možemo spriječiti

Abbott laboratories
Darugar, 13.06.2016.
Vedran Franjković, mob.: 091/2335-613

Kako treba kreirati zdravstvenu politiku?

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)
Zagreb, 14.06.2016.
www.amzh.hr, e-mail: amzh@zg.t-com.hr, tel.:
01/4828-662

Cross-cultural delivery of mental health services for refugees

Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu
i HD za traumatski stres
Zagreb, 15.06.2016.
Helena Bakić, e-mail: hbakic@ffzg.hr

Xarelto – potvrđen u kliničkoj praksi

Bayer d.o.o.
Zagreb, 15.06.2016.
Dr. Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

International Neuropsychiatric Congress

Udruga za neuropsihijatriju
Zagreb, 15.-18.06.2016.
Petra Črnac, tel.: 01/5513-137
750,00; 1125,00; 2175,00kn

Suvremeni principi liječenja kranio cerebralne ozljede

HD za cerebrovaskularnu neurokirurgiju HLZ
Zagreb, 16.-17.06.2016.
Dr. Ivan Koprek, mob.: 091/6059-669, e-mail: koprek.ivan@gmail.com
1000,00kn

41. Regionalni stručno-znanstveni sastanak pedijatar Hrvatskog primorja, Istre, Like i Gorskog kotara

Hrvatsko pedijatrijsko društvo – Ogranak Rijeka, OB
Gospić
Gospić, 17.-18.06.2016.
Prim.mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-132,
fax.: 051/623-126, e-mail: pedijatrija@kbc-rijeka.hr

Medicinska akupunktura

Učilište Lovran – Ustanova za obrazovanje odraslih
Lovran, 17.06.2016. – 20.01.2017.
Jelica Popić, mob.: 091/5040-517
12.000,00kn

Prvi splitski kardiološki dir: abeceda atrijske fibrilacije

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 18.-21.06.2016.
Prof.dr.sc. Damir Fabijanić, mob.: 098/488-675
200,00kn

Radiološka dijagnostika neurometaboličkih bolesti i neurokutanih sindroma

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju
KBC Split
Split, 20.06.2016.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Hipertireoza

HLZ, HD za štitnjaču
Zagreb, 20.06.2016.
Željka Rakvin, tel.: 01/3787-420
200,00kn

Korektivne vježbe za skoliozu kralježnice

Udruga Medikus
Zagreb, 20.06.2016.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

3. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine

OB Pula
Pula, 21.06.2016.
Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.:052/376-252,
052/376-141

12th Central European Oncology Congress

HLZ, Hrvatsko onkološko društvo
Opatija, 22.-25.06.2016.
Dr. Eduard Vrdoljak, tel.: 021/556-129

Pristup reumatološkom pacijentu u ordinaciji obiteljskog liječnika

Hrvatski zavod za telemedicinu
Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj,
Cres, 23.06.2016.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

Xarelto – potvrda u kliničkoj praksi

Bayer d.o.o.
Zagreb, 28.06.2016.
Dr. Ivan Šopf, mob.: 091/6077-904

Pristup reumatološkom pacijentu u ordinaciji obiteljskog liječnika

Hrvatski zavod za telemedicinu
Hvar, Zadar, Knin, Vis, Trilj, Vrljika, Korčula, Vela Luka,
30.06.2016.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

SRPANJ

Trening obnove znanje za dispečere u medicinskoj prijavno-dojavnoj jedinici

Zavod za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije
Osijek, 01.07.2016.
Miroslav Kralj, mob.: 091/5677-048

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Trening radnika izvanbolničke hitne medicinske službe za doktore medicine i med.sestre/tehničare

Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije
Slavonski Brod, 01.-03.07.2016.
Branka Bardak, mob.: 095/3850-001

3. nacionalna edukacija o novim psihoaktivnim tvarima (NPS)

MEF Sveučilišta u Splitu, Katedra za sudsku medicinu
Split, 02.07.2016.
Livia Slišković, tel.: 021/556-777

Kronična venska bolest – bolest koja napreduje

Servier Pharma d.o.o.
Slavonski Brod, 05.07.2016.
Dejvid Sabolek, mob.: 091/6551-537

37. međunarodna STAR konferencija (Stress and Anxiety Research Society)

Zagreb, 06.-08.07.2016.
Stress and Anxiety Research Society, Filozofski
fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Centar za kliničku
psihologiju Zagreb
Prof.dr.sc. Nataša Jokić-Begić, e-mail: star2016@
ffzg.hr,
Vanja Putarek, tel.: 01/4092-380, e-mail: vputarek@
ffzg.hr
<http://psihologija.ffzg.unizg.hr/star2016>
110,00/140,00EUR

RUJAN

8. hrvatski kongres farmakologije s međ.sud.

HD farmakologa, HALMED, MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 15.-18.09.2016.
Prof.dr.sc. Mladen Boban, tel.: 021/557-904;
e-mail: mladen.boban@mefst.hr, <http://pharma.mefst.hr>
200,00 – 1600,00kn ovisno o kategoriji (jednodnevna/
puna; studenti/članovi HDF-a/ ostali)

9. Hrvatski internistički kongres

Hrvatsko internističko društvo HLZ, Dariva tur agencija
Opatija, 23.-25.09.2016.
Doc.dr.sc. Ivan Gornik, dr.med., tel.: 01/2367-429
1200,00kn; besplatno za specijalizante koji su prvi
autori postera

LISTOPAD

Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međ.sud., CROCAD-16

HLZ, HD za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije
životne dobi
Tučepi, 05.-09.10.2016.
Studio Hrg d.o.o., tel.: 01/6110-450, 6183-140,
e-mail: kongres@studiohrg.hr, ninostav.mimica@
bolnica-vrapce.hr
www.alzheimer2016.com
1600,00kn

3. međunarodni kongres hepatobilijarne i pankreatične kirurgije

Udruga za promicanje kirurgije jetre, žučnih putova i
gušterače – HPB
Zadar, 05.-09.10.2016.
Dr.sc. Mario Kopljar, mob.: 091/5827-446
2280,00kn/3040,00kn

5. hrvatski toksikološki kongres s međ.sud.

Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada
Poreč, 09.-12.10.2016.
Dubravka Rašić, tel.: 01/4682-641
1200,00/1500,00kn

12. kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva s međ.sud.; 11. kongres pedijatrijskog društva hrvatske udruge medicinskih sestara

Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a, Pedijatrijsko
društvo Hrvatske udruge medicinskih sestara
Tajništvo 12. kongresa Hrvatskog pedijatrijskog
društva: Alenka Gagro, Klinika za dj. bolesti Zagreb,
tel.: 01/4600-111, fax.:01/4600-160, e-mail: alenka.
gagro@gmail.com
Tajništvo 11. kongresa pedijatrijskog društva HUMS-a:
Kristina Kužnik, Kl. za pedijatriju KBC „Sestre
milosrdnice“, mob.: 098/385-617, e-mail: kristina.
kuznik@gmail.com
Opatija, 13.-16.10.2016.
800,00kn

XX. Kongres hitne medicine s međ.sud. „Učimo na iskustvima“

Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći
Selce, 13.-16.10.2016.
Jasminka Perić, mob.: 099/884-746
700,00kn

2. konferencija o palijativnoj skrbi s međ.sud. „Suradnjom do kvalitete u palijativnoj skrbi“

Istarski domovi zdravlja, HD za palijativnu medicinu,
HLZ, Liga protiv raka Pula, Palijativna skrb Istarska
županija
Pula, 14.-16.10.2016.
Daria Papo, tel.: 01/6666-855, e-mail: darija.papo@
btravel.pro
Rana kotizacija, do 01.09.2016. – redovna 1200,00kn;
med.sestre, fizioterapeuti 1000,00kn; studenti,
volonteri, osobe u pratnji 600,00kn
Kasna kotizacija, od 02.09.2016. – redovna 1400,00kn;
med.sestre, fizioterapeuti 1100,00kn; studenti,
volonteri, osobe u pratnji 700,00kn
Kotizacija na licu mjesta/pri registraciji, od
12.10.2016. – redovna 1500,00kn; med.sestre,
fizioterapeuti 1200,00kn; studenti, volonteri, osobe u
pratnji 800,00kn

STUDENI

3. hrvatski gerontološki i gerijatrijski kongres s međ.sud.

HLZ, HD za gerontologiju i gerijatriju, Ref. Centar
MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba – Centar za
zdravstvenu gerontologiju NZJZ Grada Zagreba „Dr.
Andrija Štampar“, Gradski ured za zdravstvo Grada
Zagreba, Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s
invaliditetom Grada Zagreba, Razred za medicinske
znanosti HAZU
Opatija, 15.-17.11.2016.
spomenka.tomek-roksandic@stampar.hr, Studio Hrg
d.o.o., tel.: 01/6183-140, e-mail: kongres@studiohrg.
hr, www.gerontology2016.com;
www.stampar.hr/gerontologija
1800,00kn

SVIBANJSKI STUPIDARIJ

Večernji list – Liječničke novine 1 : o

Večernjak - najbolje medicinsko glasilo u svijetu i okolici, a Liječničke novine pred ukidanjem!

Dragi čitatelji, Večernjak je pregazio Liječničke novine i možemo staviti ključ u bravu jer je prije nas pronašao siguran lijek za psorijazu koju medicina dosad nije znala izliječiti. Objavio je, naime, da je dovoljno otići baki Ani u Slavonski Brod, Kašićeva ulica 67a, i zamoliti je za njezinu čudotvornu mast (cijenu nije objavio, ali je PDV valjda uračunan).

Ako ste tu vijest slučajno propustili, pronađite Večernji list od 18. travnja u kojem je cijela 18. stranica posvećena babi Ani i njezinoj čudotvornoj maščobi, jer ta liječi sve bolesti, počevši od valunga pa do hepatitisa B i „zapaljene“ jetre.

Prema Večernjem listu, KBC „Sestre milosrdnice“ stručno se tako srozao da je, poimence, gospođu Darinku H. iz Zagreba (vidite je na slici!), koja pati od valunga, poslao na psihijatriju u Jankomir umjesto baki Ani, koja ju je izliječila

od tuceta raznih bolesti dok kažeš keks. Očekujemo da će joj Medicinski fakultet u Osijeku, koji je u nas prvi počeo izdavati diplome iz paramedicine (o tome u slijedećem broju), ponuditi katedru iz nadriliječništva, a ja ću zamoliti glavnog urednika Večernjaka Dražena Klarića da me primi na naukovanje.

Američka FDA, koja budno prati medicinska otkrića u Večernjaku, sigurno je već u Slavonski Brod poslala legiju ekonomskih špijuna da se domogne bakine tajne formule. Zato bi bilo dobro da Sabor dodijeli baki Ani bivše tjelohranitelje predsjednika Mesića a njegov predsjednički ured preuredi za njezinu ordinaciju.

Svi psorijatičari svijeta danas jednoglasno s Večernjakom kliču:

„Aleluja čudotvornoj babi Ani, aleluja!“

Željko Poljak

Opet packa uredniku!

„Vi kao urednik na neki način predstavljate sve nas i našu struku, i svakako je vrijedno da upozoravate na nelogičnosti koje vidite ili koje Vam se učine da vidite, ali bi mi bilo drago da to radite, kad već radite ispred svih nas, s malo više takta i dostojanstva, ne podcjenjivački i podrugljivo.“

To je jedan od nekoliko sličnih i još oštrijih prosvjeda protiv stila mog Uredničkog kutka. A odgovor je slijedeći.

Priznajem da radije ironiziram nego da odozgo osuđujem neistine, pogreške i pretjeravanja, ali to nikada ne bih učinio u stručnom ili znanstvenom glasilu. Ne treba zaboraviti da su „Liječničke novine“ novine (!), u kojima je žurnalistički i polemički stil poželjan. Uostalom, neka onaj koji piše dobro promisli koju poruku šalje jer – *scripta manent*.

Dakako, to se odnosi i na mene pa ako slučajno pogriješim, reagiram kao znanstvenik – priznajem pogrešku. Tako sam, na primjer, u prošlom broju, izrugujući se računici novinarke prema kojoj u Hrvatskoj ima 250.000 bolesnika od rijetkih bolesti, i sam matematički nešto pogriješio, ali ona nam ni do danas nije odgovorila, makar sam je to dvaput zamolio, kako je došla do podatka da svaki 17. Hrvat ima rijetku bolest.

Još nešto! Nipošto ne govorim u ime struke, svih liječnika ili Komore, nego uvijek samo ono što ja mislim. Zato i jest Urednički kutak uvijek izdvojen na kraju „Liječničkih novina“ i često upozoravam da sam za nj odgovoran samo ja osobno i da ono što pišem u tom Kutku nipošto nije stav izdavača.

Željko Poljak

GOSPA ANA ME IZLJEČILA

PSORIJAZA ČUDOM NESTALA ZA DESET DANA



SVJEDOČENJE 53-godišnje DARINKE H. ZAGREB

Dijagnoza:
Hepatitis B
(ZAPALJENJE JETRE)

Ovim putem se želim zahvaliti gosp. Ani na fascinantnom liječenju mojih tegoba. Imala sam dosta zdravstvenih problema. S obzirom da sam izgubila dijete u saobraćajnoj nesreći od tada sam se jako razboljela. Da bude gora žalost zaradila sam u bolnici hepatitis- B, prilikom čijeg liječenja nisam mogla raditi. Nakon toga razboljela



