

LIJEČNIČKE NOVINE

GODINA XIV
BR. 144
2.XI.2015

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

U OVOM BROJU:

- Uvodnik: Recidiv upiranja prstom
- Deset važnih pitanja ministrima zdravlja *in spe*
- Mirenje Komore i HUBOL-a
- Suglasnost na Statut Komore, pravni aspekt
- Pravo liječnika na rad u slobodno vrijeme



Potpisati ili otpisati?

Pitanje je sada....

Simpozij medicinskog prava

s medunarodnim sudjelovanjem

NP Plitvice 13.-14.11.2015.godine, Hotel Jezero

MEDICINSKO PRAVO U SUSTAVU ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI

Pod visokim pokroviteljstvom
Predsjednice Republike
Hrvatske
Kolinde Grabar Kitarović



POD POKROVITELJSTVOM

Ministarstvo zdravljа
Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta
Mnistarstvo pravosuda

Kotizacija 850 kn (za studente poslijediplomskog studija 675 kn) • Nadoplata za svečanu večeru 13. studenoga 230 kn
Hotelski smještaj: Hotel Jezero - jednokrevetna soba 460 kn; dvokrevetna soba 285 kn

Upłata kotizacije na račun primatelja: Pravni fakultet u Splitu • Adresa: Domovinskog rata 8, 21000 Split
OIB: 03541568700 • Broj žiro računa: 2330003 - 1100030638 • IBAN: HR2123300031100030638

Naznaka: Kotizacija - ime i prezime sudionika • Poziv na broj: 00 800-2222

Institucije koje uplaćuju za više sudionika trebaju popis sudionika za koje se plaća kotizacija poslati na
e-mail: maja@contres.hr

Poveznica za prijavu: <http://www.contres.hr/hr/category/projekti/med-pravo2015/>

Poveznica za rezervaciju smještaja u hotelu Jezero: <http://www.contres.hr/hr/category/projekti/med-pravo2015/>

IMPRESUM

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREĐIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska
GLAVNI I ODGOVORNI UREĐNIK
Prof. dr. Željko Poljak
Vlaška 12, 10000 Zagreb
e-mail:zeljko.poljak@zg.t-com.hr
TAJNIK REDAKCIJE
Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
Naklada 20.000 primjeraka

MEDICAL NEWS

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

LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

IZDAVAČKI SAVJET

Nikolina Budić, dipl.iur.
Dr. Miran Čvirković
Mr. sc. Trpimir Golubački
Dr. sc. Miro Hanževacki
Dr. Eva Jendriš Škrljak
Dr. Ivan Lerotic
Dr. sc. Krešimir Luetić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. Darija Moguš Vorčina
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić
Dr. sc. Iva Pejnović Franetić
Dr. Ivan Raguž
Dr. Dragan Soldo
Doc. dr. sc. Davor Vagić
Prof. dr. sc. Lada Zibar

UREĐNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek
Nikolina Budić • Egipio Čepulić
Stella Fatović Ferenčić
Franjo Husinec • Josip Jelić
Željko Krznarić • Slavko Lovasić
Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahovlić
Ingrid Márton • Hrvoje Minigo
Matija Prka • Dražen Pulanić
Lijana Puljak • Katarina Sekelj Kauzlaric
Ivica Vučak

UPUTE SURADNICIMA

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

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

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

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

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

KAZALO

UVODNA RIJEČ	5
Upiranje prsta i „mudra šutnja“	
IZ KOMORE	6
Rješenje spora s HUBOL-om	
Sjednica Izvršnog odbora i Vijeća	
Suglasnost na Statut Komore	
Anticipirana naredba nije „tiha eutanazija“	
Osvrt na anticipiranu naredbu	
Oglasavanje o lijekovima	
Sastanak s liječnicima u Rijeci	
Što nam se piše ako pobijede...	
U FOKUSU	22
Rad liječnika u slobodno vrijeme	
IZ HUBOLA-a	24
O načelima za priznanja i nagradivanja liječnika	
IZ AKADEMIJE MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE	25
Korektivna dermatologija	
IZ HRVATKOG LIJEĆNIČKOG SINDIKATA	27
Sestre nemaju pravo zastupati liječnike	
Izbori – praznik demokracije	
NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA	29
Onkološki simpozij HAZU-a	
Simpozij o zoonozama	
RADIOLOGIJA	30
Pedijatrijska radiologija	
COCHRANE ZANIMLJIVOSTI	32
Pospanost kod smjenskog rada i nakon njega	
NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE	35
NAŠI LIJEĆNICI U INOZEMSTVU	48
Ginekolog Dragan Metzger	
IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE	52
Dušan Jurinac i Što se može dogoditi kirurgu	
MEDICOPOLIS	57
Od Marka Pola do Nobela	
HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI	60
Prim. Ivo Pušarić	
OCIMA BOLESNIKA	62
365 rečenica	
NAJ-NAJ U HRVATSKOJ MEDICINI	63
Najučinkovitiji liječnik i najgori novinar	
UREDNIKOV KUTAK	64
Kako prepoznati glupog doktora	
POSUĐENO	66
Pametni satovi	
KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA	68

Slika na naslovnici foto Marko Jurinec/PIXSELL

ORGANIZACIJA I MARKETING • "BONAMARK", AMRUŠEVA 10, ZAGREB
tel 01 4818 600 • tel/fax 01 4922 952 • e-mail: bonamark@bonamark.hr

MR. SC. TRPIMIR GOLUŽA

Predsjednik Hrvatske liječničke komore

Upiranje prstom i „mudra šutnja“



Drage kolegice i kolege, svakodnevno nam stižu komentari koji pokazuju da se Liječničke novine (LN) sve više čitaju i to ne samo u liječničkim krugovima. U prošlom broju LN mogli ste pročitati poricanje uvodnika iz prethodnog 142. broja od strane čelnštva sindikata medicinskih sestara i tehničara. Pukan tim poricanjem kojim se, istina, ništa ne poriče nego se konstruira, pokušao sam u svom rujanskom uvodniku pronaći navodni „napad, omalovažavanje i vrijedanje ostalih radnika u zdravstvu“ i nisam uspio. To je i logično s obzirom na to da sam potpuno svjestan važnosti svakog radnika u zdravstvu neovisno o stupnju obrazovanja i uloge koju ima. Uostalom, svakodnevno aktivno svjedočim koliko je timski rad u zdravstvu nužan za učinkovito pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi. No, i dalje tvrdim da je povećanje dodatka za 2 % od osnovne plaće upola manje nego njegovo povećanje za 4 %. Ako sebi nešto povećate dvostruko više no što ste to isto povećali drugome, koji pritom ne sudjeluje u dogovaranju o povijšici, onda je neosporno da ste vlastite interes nadredili tuđim i da interese drugoga niste jednako uspješno zastupali kao svoje. Zato je hrvatski liječnik žrtva i neliječničkih zdravstvenih sindikata koji i ovakvim potezima dokazuju kako nemaju legitimitet zastupati naše interese.

Moj uvodnik iz prošlog 143. broja *Liječničkih novina* potaknuo je Uredništvo *Večernjeg lista* (VL) da mi u subotu 17. listopada na 22. stranici svojih novina kolektivno odgovori. U prvi plan istakli su citat iz priopćenja *Hrvatske liječničke komore* koji sam ranije napisao i potpisao, a koji se ne odnosi na uvodnik, nego na tragičan događaj smrti djeca kojem su

roditelji onemogućili liječenje. Taj „inkriminirajući“ citat glasi: „U ovom se slučaju pojedini mediji nisu pridržavali svoje uloge, iznosili su neprovjerene informacije, uveli široku javnost u zabludu te u konačnici krivnju za ovaj tragični događaj na sasvim neprihvatljiv način prebacili na leđa liječnika koji su jedini u ovom slučaju postupili u cijelosti ispravno“. Uredništvo se valjda prepoznalo u citatu te ga ocijenilo kao „ozbiljnu optužbu za sve novinare“, iako sam ja napisao, a oni pročitali i citirali da se radi o „pojedinim medijima“, a ne o „svim novinarima“.

Uredništvo VL-a ne smatra pogrešnim i problematičnim neargumentirano i zlonamjerno upiranje prstom u liječnike kao krivce za smrt nedužnog djeteta, ali „iznimno ozbiljnom optužbom za sve novinare“ shvaća konstataciju utemeljenu na točnim, stručno utvrđenim i lako provjerljivim činjenicama. Uz to je istaknuto, da ne kažem zaprijetilo, kako mi nije prvi put da „upirem prstom u medije“ te da sam se „posebno obrušio“ na njihov *Večernji list*.

Uredništvo VL-a dalo nije do znanja i kako se i njihov list svaki dan stvara za čitatelje, a ne za interesne strukture“. Da takva tvrdnja nije bez osnova Uredništvo VL-a dokazuje time što je osim Komore i Ministarstvo zdravlja negiralo istinitost vijesti njihove novinarke koja je napisala kako je „ministar Varga spriječio Komoru da sudi liječnicima“. Pri tome nije osporilo ni jednu tvrdnju iz moga uvodnika, nego je pokušalo osporiti mene – recidivista kome eto „nije prvi put!“. Dakle, ako neku vijest poreklu svi kojih se ona tiče, tada je ona, po logici Uredništva, istinita. Očito je da s negativnim reakcijama na njihove tekstove Uredništvo VL postupa kao mate-

matičari s negativnim brojevima, kada kod zbrajanja minus i minus daju plus. Što više, Uredništvo VL-a ističe da je takvo njihovo poнаšanje „zalog za budućnost“ *Večernjeg lista*. Blago Uredništvu, *Večernjem listu*, čitateljima i novinarstvu na takvoj budućnosti!

Za kraj su me „podučili“ kako se „novinarstvo živi i radi za čitatelje“, a novinarom se ne postaje kada „po funkciji dobijete novine ma koje one bile, pa tako i Liječničke“, s čime se uglavnom slažem, iako vidimo kako to u praksi na žalost i nije baš tako.

Što se mene osobno tiče, iako kao predsjednik Hrvatske liječničke komore pišem uvodnike u *Liječničkim novinama*, i dalje se skromno i ponizno osjećam te se predstavljam liječnikom a ne novinarom. Ipak, u uvodniku će se, kada god to bude trebalo, liječnički točno i izravno osvrnuti na netočna, neutemeljena, tendenciozna, zlonamjerna i slična pisanja koja su usmjereni protiv liječnika, liječništva i zdravstvenog sustava u cjelini. To je pak zalog za našu budućnost. Vrijeme „mudre šutnje“ čelnštva Hrvatske liječničke komore kao i slobodnog te lakog vrijedanja i prozivanja liječnika od pojedinih medija a ne svih novinara, to ponovno naglašavam, pripada prošlosti. ●

KOMORA DOGOVORILA MIRNO RJEŠENJE SUDSKOG SPORA S HUBOL-om



Dr. Goluža:

„Liječničke novine trebaju biti mjesto argumentiranog dijaloga, a ne isključivog monologa!“

Dr. Barić:

„Mirno rješenje spora dokaz je da do sporenja nije ni trebalo doći“

Povodom teksta objavljenog dana 15. prosinca 2014. godine u 135. broju „Liječničkih novina“, u uvodniku tadašnjeg predsjednika Hrvatske liječničke komore (HLK) prim. dr. **Hrvoja Miniga**, a koji je velikim dijelom bio posvećen Hrvatskoj udruzi bolničkih liječnika (HUBOL), HUBOL je, sukladno odredbama članka 40. i 41. Zakona o medijima, u zakonskom roku, 7. siječnja 2015. godine glavnem uredniku „Liječničkih novina“ podnio zahtjev za ispravak teksta u kojem su iznesene netočne informacije.

Budući da je HLK kao nakladnik „Liječničkih novina“ isti zahtjev odbila objaviti, HUBOL je u ožujku 2015. godine podnošenjem tužbe radi naknade štete pred nadležnim sudom, zatražio zaštitu zakonom zajamčenih prava.

Općinski građanski sud u Zagrebu zakazao je za 15. siječnja 2016. godine u 12,20 h pripremno ročište, poslovni br. 36 Pn-775/15, u pravnoj stvari HUBOL vrs. HLK, radi naknade štete.

U središnjem uredu HLK-a, 9. listopada 2015. godine, u svrhu mirnog rješenja predmetnog spora, održan je sastanak između predsjednika HLK-a mr.sc. **Trpimira Goluža**, dr. med i predsjednice HUBOL-a, **Ade Barić**, dr. med. Sastanak je rezultirao potpisivanjem **sporazuma o mirnom rješenju predmetnog spora**.

Istim sporazumom HLK se obvezao u prvom sljedećem broju „Liječničkih novina“ nakon sklapanja sporazuma objaviti ispravak u cijelosti i na način kako je to HUBOL zatražio, dana 7. siječnja 2015. godine, u zahtjevu za objavom ispravka upućenom HLK-u te na-

knaditi prouzročeni parnični trošak.

HUBOL se obvezao povući tužbu i odreći se tužbenog zahtjeva u parničnom postupku pod brojem Pn-775/15, sve u roku od osam dana, kako bi se objavile točne i istinite informacije te spriječilo nanošenje daljnje štete vodenjem predmetnog postupka.

HUBOL je 15. listopada 2015. godine povukao tužbu i odrekao se tužbenog zahtjeva. HLK je isti dan naknadio prouzročeni parnični trošak.

Objavom ispravka teksta, koji u cijelosti objavljujemo, u potpunosti će se izvršiti obveze objiju strana preuzete sporazumom o mirnom rješenju predmetnog spora.

Ne ponovilo se!

Ispravak neistinitih navoda iz Uvodnika prim. dr. Hrvoja Miniga objavljenog 15. prosinca 2014. godine u 135. broju Liječničkih novina

Predsjednik Hrvatske liječničke komore (HLK) prim. dr. Hrvoje Minigo, u uvodniku Liječničkih novina objavljenom 15. prosinca 2014. g. nekorektno je i neistinito optužio vodstvo i članove Hrvatske udruge bolničkih liječnika (HUBOL) da smo toboga koncentrirani „samo na izbore u Komori“, a ne na „probleme liječnika u našim bolnicama“, dodavši na to i toboga „žaljenje“ što se „naša najmlađa udruga ne bavi više neposrednim problemima u sustavu“. Navedene neistinite i ničim potkrijepljene optužbe držimo prozirnim pokušajem diskreditacije vodstva i članstva HUBOL-a s vrlo jasnim ciljem.

Cinjenica je kako je HUBOL trenutno najmlađa liječnička udruga, koja je za godinu dana koliko djeluje okupila 1.203 liječnika i to na dragovoljnoj osnovi. U tom kratkom vremenu referirali smo se, a često i jedini upozoravali, na sve veće probleme koji opterećuju rad i status liječnika u Hrvatskoj: od štrajka liječnika, smjenskog rada, bezuspješne sanacije bolničkog sustava, transplantacijskog programa, tzv. „francuskog masterplana hrvatskih bolnica“, kupovine ECMO uređaja, položaja mlađih liječnika u sustavu, nametanja protuzakonitog oblika rada, odlaska liječnika iz Hrvatske na rad u inozemstvo, Zakona o reprezentativnosti, nakaradnosti postupka kolektivnog pregovaranja u sustavu zdravstva i zdravstvenog osiguranja, osnovanu sumnju na korupciju i pogodovanja u postupcima javne nabave u sustavu javnog zdravstva, izdvajanja HZZO-a iz Riznice, priziva savjesti liječnika, pa do plaća u zdravstvu... Pri tome smo uvjek nastupali argumentirano s pozicije činjenica i istine.

U svom djelovanju štitili smo dignitet i dostojanstvo struke, zalagali smo se za međuliječničku solidarnost i kolegijalnost: organizirali smo Peticiju protiv bezrazložne smjene prof. dr. Leonarda Patrlja, obavijestili odgovarajuća tijela HLK-a o neprimjerenim istupima pojedinih kolega u javnosti, upozorili na izjave najviših državnih dužnosnika kojima se dovodio u pitanje moral hrvatskih liječnika, tražili odgovornost onih koji su lijećnicima uskratili temeljna ustavna prava. Uspjeli smo dokazati i prisiliti poslodavce da priznaju i krenu s isplatom duga lijećnicima zbog krivo obračunate naknade za korištenje godišnjih odmora.

Našu koncentriranost na „probleme liječnika u našim bolnicama“ potvrđuje i činjenica da smo tijekom prošle godine sustavno posjetili 40-ak najvećih hrvatskih bolnica, pri čemu smo prevalili 10.500 km, razgovarali, saslušali i vidjeli gotovo 2.000 kolega i pri tome, na čisto volonterskoj bazi, utrošili oko 900 radnih sati. Za to vrijeme predsjednik Komore se držao tzv. „situacijske etike“. Umjesto da se odlučno suprotstavi bezočnom srozavanju, podcenjivanju pa čak i ponizavanju liječnika, „mudro“ je šutio ili se vrlo oprezno i kalkulantski izjašnjavao, vodeći brigu da se ne zamjeri političkim moćnicima. Uglavnom, umjesto na probleme liječnika u našim bolnicama, usredotočio se na svoju funkciju i bavio se predstojećim izborima – za što sada potpuno neosnovano i nekorektno nas optužuje.

U svojoj riječi, predsjednik HLK-a se osvrnuo i na Peticiju za promjenu Pravilnika za izbor tijela HLK-a koju smo pokrenuli te je netočno ustvrdio kako se njome „vrijedaju legitimno izabran predsjednik Komore, njegovi savjetnici i članovi Izvršnog odbora“. U Peticiji, čiji smo začetnici, nema niti jedne uvredljive rečenice. Iznesena je samo općepoznata tvrdnja o zastupljenosti umirovljenika u tim tijelima Komore koja je lako provjerljiva činjenica. Netočna je i predsjednikova tvrdnja da se „u Peticiji navode diskriminirajući stavovi prema starijim članovima Komore“. Sva naša stajališta o „starijim članovima Komore“, kako prim. Minigo naziva naše umirovljene kolege, iznesena su u trećem zahtjevu Peticije kojim zahtijevamo da se „ograniči sudjelovanje umirovljenih liječnika u predstavničkim i upravljačkim tijelima HLK-a“. To smo obrazložili time da: „Umirovleni liječnici trebaju biti zastupljeni u Skupštini i drugim tijelima Komore, ali ne na dosadašnji način dominiranja u vodstvu HLK-a. Umirovlenici ne bi trebali biti aktivni dužnosnici u tijelima Komore, jer se to protivi institutu umirovljenja, ali su zato dobrodošli i poželjni na savjetničkim dužnostima kako bi svojim iskustvom doprinijeli ukupnom uspješnom djelovanju Komore“. Naš zahtjev izraz je poštovanja i brige za umirovljene kolege, ali, isto tako, kao liječnici svjesni smo i činjenice da unatoč mudrosti i iskustvu ljudi u trećoj životnoj dobi ne mogu obavljati operativne poslove jednako kvalitetno i brzo kao mlađe

kolege. Naša je namjera pospješiti rad Komore tako da svatko da ono najbolje od sebe.

Zlonamjerne interpretacije naših jasno izraženih stajališta i zahtjeva, zoran su primjer nepoštenja, nekolegijalnosti, kao i „personalizirane“ strategije manipulacije od strane predsjednika Miniga koji, pri kraju svoga trećeg mandata, izvrtanjem činjenica, insinuacijama i izmišljotinama, dakle klasičnom tehnikom zlouporabe, tendenciozno zastrašuje članstvo HLK-a kako bi ostvario svoj naum – očuvao status quo u Hrvatskoj liječničkoj komori. Predsjednik u završnoj poruci članovima Komore konstatira: „Diskriminacija na bilo kojoj osnovi, bavljenje samo funkcijama i podjela korpusa liječnika, neće nam pomoći.“ S tim se u potpunosti slazemo, ali ne prihvaćamo njegovu tvrdnju da ćemo „izabrati kao i u proteklih dvadesetak godina“, naročito zato što se pri tome predsjednik poziva na „dokazanost“ i „ugled“ te „stručnost“ i „aktivizam“, jer smo svjedoci da smo umjesto toga imali privatiziranu Komoru čije je čelnštvo stvaralo „ugled“ politikom nezamjeranja gradeći svoje „zlatne dvore“, dok se hrvatsko zdravstvo urušavalо. Čelnštvo naše Komore svaku kritiku naziva „podjelom korpusa liječnika“, a svaku novu inicijativu vidi kao konkurenčiju i opasnost za svoje dugotrajne funkcije. Sve su to razlozi zbog kojih ovaj put trebamo birati drukčije nego proteklih barem 12 godina.

Hrvatsku udrugu bolničkih liječnika ne zanimaju funkcije već dužnosti. Mi ne namjeravamo vladati Komorom već smo spremni služiti njenim članovima. Namjera nam je uspostaviti zajedništvo hrvatskih liječnika te Hrvatsku liječničku komoru staviti u službu njenog članstva. Zato smo i pokrenuli Peticiju i zato ćemo izaći na predstojeće izvore u Komori s kandidatima za sve dužnosti, od predsjednika HLK-a pa sve do delegata u Skupštini HLK-a. Manjak tolerancije, zlonamjernost, manipulacije i insinuacije neće nas obeshrabriti da se suprotstavimo elitističkom upravljanju, pustom teoretičiranju i daljnjem zanemarivanju stvarnih interesa hrvatskih liječnika. Mi, hrvatski liječnici želimo, služujemo i imat ćemo modernu, fleksibilnu, kvalitetnu i učinkovit komorsku organizaciju koja će znati skrbiti o našim interesima.

U Zagrebu, 7. siječnja 2015.

Izvršni odbor HUBOL-a

4. SJEDNICA IZVRŠNOG ODBORA

Osnovano Povjerenstvo za mlade liječnike

Izvršni odbor (IO) održao je 21. listopada svoju redovitu 5. sjednicu. Jedna od novina u njegovu radu su kvartalna izvješća koja mu predsjednici stalnih povjerenstava moraju podnosit, što je postala obveza počevši od ove sjednice.

Predsjednici devetero stalnih povjerenstava izvijestili su o dosadašnjem radu, akcijama koje su u tijeku te realiziranim aktivnostima u razdoblju od konstituiranja novog vodstva Komore do sada. Posebno su naglasili izuzetno aktivan pristup te veliku zainteresiranost za rad svih izabranih članova povjerenstava.

IO je donio odluku o raspisivanju natječaja za voditelja Službe za finansijsko-ekonomske poslove, uz ove uvjete: završen ekonomski fakultet - smjer financija i najmanje 8 godina radnog staža, od čega najmanje 5 godina na rukovodećim poslovima.

Ovom odlukom želi se osnažiti stručne službe stručnjakom kakvog dosad Komora nije imala. IO drži da je angažiranje osobe takvih kvalifikacija i kompetencija jamstvo urednog i odgovornog finansijskog poslovanja Komore. Imenovano je i pteročlano povjerenstvo za odabir kandidata.

Na prijedlog voditelja Radne skupine za informatizaciju Komore, prvog dopredsjednika dr. sc. **Krešimira Luetića**, usvojen je dokument pod nazivom *Strategija informatizacije, zatečeni status i smjernice unapredjenja - kratkoročni program 2015.-2016. g.*, koju je izradio Komorin stručni konzultant. Radi se o opsežnom dokumentu koji donosi zatečeni status informatiziranosti Komore i prijedloge na koji bi se način i u kojim rokovima ona trebala unaprijediti.

Svrha je usvajanja strategije stvaranje pravne i stručne podloge, kako bi se dalje operativno mogli realizirati pojedini konkretni IT projekti. S tim u vezi je IO prihvatio prijedlog Ugovora s konzultantskom informatičkom tvrtkom ZI5 d.o.o., koja je već i ranije surađivala s Komorom.

U Ugovoru su navedena prava i obveze obju strana, a poglavito je definirano na koje se projekte unutar informatizacije odnosi Ugovor te koja je njegova duljina trajanja.

Unastavku sjednice raspravljano je o suradnji Komore s tvrtkom CT poslovne informacije, koja je izdavač popularnog stručnog časopisa „Medix“. Članovima IO-a je prezentirana

informacija o dugu te tvrtke prema Komori u visini od preko 400.000 kuna. Donesena je odluka da se toj tvrtki omogući obročna otplata rečenog duga.

IO je primio na znanje informaciju o statusu projekta digitalizacije arhiva koji je Komora započela slijedom uputa nakon provedenoga upravnog nadzora Ministarstva zdravlja u rujnu prošle godine.

Budući da se proces skeniranja dokumentacije članova koje je započelo prethodno vodstvo Komore odvijao sporo, angažirana je eminentna tvrtka Mondo-tera koja se bavi digitalizacijom te je u manje od mjesec dana skenirano, tj. digitalizirano, više od 700.000 stranica, koje se odnose na gotovo 19.000 članova.

Nastavljen je proces racionalizacije izdavanja komorskog glasila – Liječničkih novina. Naporima užeg vodstva postignute su znatno bolje cijene fiksnih rashodnih stavki, a tu poglavito ulaze: grafička priprema, troškovi tiskanja te distribucije LN-a. Ponude koje su prihvaćene stvaraju pretpostavke da LN u 2016. godini konačno prestanu biti kroničan gubitak.

Sukladno obećanju iz izborne kampanje za izbore u Komori, osnovano je Povjerenstvo za mlade liječnike, u koje su zasad imenovani dr. Davor Kust kao predsjednik te dr. **Luka Vučemilo** i dr. **Saša Gulić** kao članovi. Članstvo toga najmlađeg Komorinog povjerenstva nadopunit će se kolegama iz ostalih triju hrvatskih regionalnih središta (Split, Rijeka i Osijek).

IO je prihvatio prijedlog dopune Godišnjeg plana za obavljanje stručnih nadzora nad radom liječnika. U tom planu nije bio predviđen stručni nadzor nad radom liječnika Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje KBC-a Split, a što se sada predlaže iz razloga što u kontaktu s kolegama na terenu dobivaju informacije o nekim nepravilnostima. Termin je određen, i to 5. i 6. studenoga 2015.

Predsjednik Komore mr. sc. **Trpimir Golub** informirao je prisutne da je uspio sprječiti sudski spor povodom teksta uvodnika bivšeg predsjednika prim. dr. **Hrvoja Miniga**, objavljenog u 135. broju LN od prosinca 2015. Tekst je bio najvećim dijelom posvećen Hrvatskoj udruzi bolničkih liječnika (HUBOL) a u nje-

mu su iznesene netočne informacije koje se tiču rada te udruge. HUBOL je, nakon što mu nije objavljen demanti u LN-u, podnio tužbu radi naknade štete pred nadležnim sudom i zatražio zaštitu zakonom zajamčenih prava.

U svrhu mirnog rješenja predmetnog sporu dr. Goluba je održao sastanak s predsjednikom HUBOL-a dr. **Adom Barić** te ju zamolio za miran način rješavanja ovog spora, što je rezultiralo potpisivanjem Sporazuma o njegovom mirnom rješenju.

Drugi dopredsjednik HLK, dr. sc. **Miroslav Hanževački** informirao je IO da je kao dio Vladinog izaslanstva posjetio Republiku Kosovo, a cilj je posjeta bio daljnje unapređenje suradnje medicinskih ustanova Hrvatske i Kosova.

U hrvatskom izaslanstvu sudjelovali su ministar prim. dr. **Siniša Varga**, njegov pomoćnik doc. dr. **Dragan Korolija Marinić**, izaslanik dekana Medicinskog fakulteta u Zagrebu te dr. Hanževački kao predstavnik Komore.

Pozvao je kosovske kolege da nastave putem kojim su krenuli glede izgradnje svoje komore te je istaknuo otvorenost naše Komore za različite mogućnosti suradnje.

3. sjednica Vijeća

Vijeće Hrvatske liječničke komore održalo je u petak 23. listopada već svoju treću sjednicu, što se može smatrati velikom dinamikom aktivnosti novog saziva ovoga tijela Komore, posebice imajući u vidu da je Poslovnikom o radu Vijeća propisana učestalost sazivanja četiri puta godišnje.

Uvodno je, sukladno poslovničkim odredbama, odvojeno vrijeme za pristigla vijećnica pitanja na koja je usmeno odgovarao predsjednik Komore, dr. Goluža, a zaključeno je da se nenazočnim vijećnicima uputi pisani odgovor.

Sjednici je, od 23 članova Vijeća, nazaločilo njih 15 s time da su neki članovi Vijeća uslijed toga što nisu mogli doći poslali kao zamjenu dopredsjednicu/dopredsjednika svojega županijskog povjerenstva.

Upravo je pitanje zamjene nenazočnog člana Vijeća bila jedna od tema koja se razmatrala tijekom čitave sjednice – od vijećničkih pitanja do posljednje točke dnevnog reda; naime, do sada važeći Poslovnik o radu Vijeća nije izrijekom propisivao mogućnost zamjene člana Vijeća na sjednici, što je u pripremi ove sjednice izazvalo problem, posebice jer je dnevni red predviđao da svaki član Vijeća iznese kratko izvješće o radu svog županijskog povjerenstva.

Nazočni članovi Vijeća, kao i članovi županijskih povjerenstava koji su došli u zamjenu za odsutne članove Vijeća, usmeno su izvjestili o dosadašnjim aktivnostima svojih povjerenstava te skrenuli pozornost na eventualne poteškoće u radu s kojima se kolege susreću. Ujedno je dogovorenopraksa da se pisana izvješća o radu županijskih povjerenstava kvartalno dostavljaju u središnji ured Komore.

Unastavku sjednice slijedio je kratak pravni osvrt na stav Ministarstva zdravlja vezan uz traženje suglasnosti Komore na promjene teksta Statuta; naime, na sjednici Skupštine Komore je dana 26. rujna usvojena Statutarna Odluka o izmjeni i dopuni Statuta Komore na što je Komora, sukladno Zakonu o liječništvu, odmah zatražila suglasnost resornog Ministarstva. U brzom odgovoru, Ministar-

stvo je uskratilo suglasnost uz kratko formalno obrazloženje koje nije potkrijepljeno pozivanjem na važeće propise. U nastavku je uslijedila prepiska s Ministarstvom uprave te ponovno Ministarstvom zdravlja, a za nadati se da će resorno Ministarstvo uvažiti pravne argumente i prije prosinca, tj. nove sjednice Skupštine.

Predsjednik Komore je u dalnjem tijeku sjednice predložio i obrazložio izmjene Pravilnika o ustroju i radu stručnih službi Komore te dopune Pravilnika o pravima i obvezama članova tijela Komore.

U Pravilniku o ustroju i radu stručnih službi raspravljanje su i usvojene izmjene, čija je svrha poboljšanje učinkovitosti i organizacije rada stručnih službi Komore.

premu i tiskanje „Liječničkih novina“ te je do ove sjednice Vijeća bilo moguće razmotriti tri pristigle ponude. Temeljem prikupljenih ponuda za uslugu tiskanja „Liječničkih novina“ za 2016. godinu odabrana je tvrtka Grafički zavod Hrvatske te je ovlašten predsjednik Komore da poduzme daljnje korake nužne za ugovaranje poslovne suradnje.

Završna točka dnevnog reda sjednice bila je usvajanje Odluke o dopuni Poslovnika o radu Vijeća Komore.

Naime, kako je uvodno naznačeno, ukazala se nužnost poslovničkim odredbama izrijekom propisati mogućnosti da, u slučaju kad član Vijeća ne može nazočiti sjednici, u zamjenu pošalje dopredsjednika svojeg županijskog povjerenstva ili drugog člana županijskog povjerenstva kojega pisanim putem ovlasti da nazoči i glasuje na sjednici Vijeća.

Uvažavajući prijedloge članova Vijeća vezanih uz termine održavanja sjednica Vijeća, dogovorena je iduća sjednica za kraj studenoga / početak prosinca, s početkom u ranijim poslijepodnevnim satima, kako bi se svi sudionici stigli isti dan vratiti svojim kućama. Naime, unatoč trudu na organizaciji i pripremljenosti sjednice one se zbog obilja važnih tema produže u kasnije večernje sate, što se ukazalo otegotnim kolegama koji dolaze iz udaljenijih mesta.

Člana koji ne može sudjelovati u radu Vijeća može zamijeniti dopredsjednik županijskog povjerenstva ili drugi član povjerenstva kojega predsjednik povjerenstva pismeno ovlasti

U Pravilnik o pravima i obvezama članova tijela Komore dodana je odredba koja one mogućava kumulaciju naknadu za obavljanje funkcije članovima onih tijela koji primaju mjesecnu naknadu za rad. Uvedena je odredba da predsjednik Skupštine prima mjesecnu naknadu s obzirom na opseg aktivnosti koje obavlja između dviju sjednica Skupštine.

Donesena je odluka o načinu naplate potraživanja od tvrtke C.T. Poslovne informacije d.o.o. – nakladnika medicinskog časopisa „MEDIX“.

Komora je s njim od 2005. godine u poslovnom odnosu vezanom uz ispravljanje testova koji se, kao vid trajne medicinske izobrazbe, objavljaju u tom časopisu. Predsjednik Komore zadužen je da u dalnjim pregovorima osigura naplatu do isteka mandatnog razdoblja 2019. godine.

Nastavno na odluku Izvršnog odbora o potrebi racionalizacije troškova vezanih uz izdavanje „Liječničkih novina“ predsjednik i prvi dopredsjednik Komore aktivno su stupili prikupljanju ponuda za grafičku pri-

Suglasnost na Statut Komore - pravni fakti*

Maja Lacković

Razlozi donošenja izmjena i dopuna Statuta HLK u rujnu 2015. g.

Članstvo Hrvatske liječničke komore je u lipnju ove godine izabralo svoje novo rukovodstvo i članove svih tijela Komore. Jedan od zadataka novog rukovodstva, odmah po stupanju na dužnost, bio je upoznati se sa svim važećim propisima aktima Komore pri čemu je već u Statutu, kao krovnom općem aktu, uočena potreba određenih promjena.

Naime, namjera je prvenstveno bila unaprijediti unutarnju organizaciju stručnih službi te osvremeniti izričaj važećeg Statuta, obzirom da su uočene pojedine odredbe koje više nisu sukladne pozitivnim propisima niti *de facto* poslovima Komore. Odredene promjene u Statutu bile su potrebne i radi postupanja sukladno predloženim mjerama po provedenom upravnom nadzoru kojeg je Ministarstvo zdravlja obavilo nad radom Komore dana 11. rujna 2014.g.

Slijedom opisanoga, predloženi su odgovarajući zahvati u tekstu Statuta koji su – najvećim dijelom – predstavljali zapravo nomotehnička poboljšanja, uz brisanje odredbi koje spadaju u materiju reguliranu poslovcima o radu pojedinih tijela, bez drugih većih strukturalnih zahvata u tekstu.

Naime, Planom normativnih aktivnosti Ministarstva zdravlja za drugi kvartal 2015.g. bilo je predviđeno donošenje potpuno novog Zakona o liječništvu posljedično čemu bi Komora bila u obvezi ponovno uskladivati svoj Statut te se stoga smatralo opravdanim i racionalnim da se promjene Statuta u tom trenutku formalno donešu aktom pod nazivom *Statutarna odluka o izmjenama i dopunama Statuta Hrvatske liječničke komore*, a ne putem donošenja novog Statuta.

Na Skupštini Komore održanoj 26. rujna 2015.g. usvojena je navedena *Statutarna odluka* te je odmah zatražena suglasnost Ministarstva zdravlja budući da, sukladno odredbama Zakona o liječništvu, ministar

nadležan za zdravstvo daje suglasnost na Statut Hrvatske liječničke komore. Tek po dobivanju suglasnosti, akt se može objaviti u „Narodnim novinama“ te stupa na snagu osmi dan po objavi.

Stav Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske

U kratkom roku nakon upućivanja *Statutarne odluke* na suglasnost uslijedio je odgovor Ministarstva zdravlja u kojem je navedeno da je „...s obzirom na opseg predloženih izmjena Statuta Hrvatske liječničke komore potrebno donijeti novi Statut, a ne njegove izmjene i dopune“ pri čemu nije dano nikakvo dodatno obrazloženje ovakog stava niti se Ministarstvo pozvalo na konkretan propis iz kojeg bi proizlazila ispravnost ovakvog tumačenja.

Nomotehnika (pravna disciplina o sastavu i izradi pravnih propisa; riječ dolazi od grčke riječi *nomos* – zakon i *tehne* - vještina, tj. tehnika) sadrži preporuke o metodologiji izrade propisa; o nomotehnici pri izradi propisa u Republici Hrvatskoj preporuke donose Ured za zakonodavstvo Vlade RH te Odbor za zakonodavstvo Hrvatskog sabora – dakako, svaki u segmentu svojih nadležnosti, no za naglasiti je da nomotehnika nije obvezujući propis već skup preporuka.

Po primitku odgovora Ministarstva zdravlja zatražena je (zbog kratkoće roka djelovanja – usmena) konzultacija pri Uredu za zakonodavstvo Vlade Republike Hrvatske te je dobivena informacija kako Ured za zakonodavstvo Vlade Republike Hrvatske doista drži do nomotehničkih metodologija, no na razini neobvezujuće preporuke koja ne bi trebala biti od utjecaja na donošenje suglasnosti resornog ministarstva na opći akt jedne ustanove.

U nastojanju dobivanja još jedne potvrde ispravnosti svog stava, Komora je zatražila i mišljenje Ministarstva uprave Republike Hrvatske koje, iako nije izravno nadležno za resor zdravstva, pratii i nadzire i poslove iz djeokruga sustava državne uprave čiji segment

je i Ministarstvo zdravlja. Nažalost, Ministarstvo uprave je u svojem odgovoru otklonilo bilo kakvo upuštanje u meritum tumačenja Ministarstva zdravlja te uputilo Komoru ponovno na resorno ministarstvo.

Nastavno na ova nastojanja, Komora je uputila i novi dopis Ministarstvu zdravlja u kojem je detaljno istaknula razloge donošenja izmjena i dopuna Statuta, umjesto cijelovitog novog Statuta, pri čemu je argumentirala kako je stav Ministarstva zdravlja pravno ne-potkrijepljen, dapače neutemeljen.

Što se tiče nomotehnike i preporučenih metodologija – a jedna od preporučenih metodologija je da, u slučaju kad se u nekom propisu mijenja više od polovine teksta, valja donijeti cijeloviti novi propis – postoje razvidni primjeri neobveznosti tih preporuka. Naime, za podsjetiti je da je i samo Ministarstvo zdravlja 19. svibnja 2015.g. otvorilo savjetovanje s zainteresiranim javnošću („e-savjetovanje“) o Konačnom Nacrtu prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti – *de facto* Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, koji je sadržavao 123 članka (što predstavlja više od polovice u odnosu na 225 članaka važećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti). Iako je spomenuti nacrt u konačnici povučen iz zakonodavne procedure, svejedno treba naglasiti metodologiju njegove izrade – obzirom da je sastavljen upravo na način koji se Hrvatskoj liječničkoj komori prigovoren.

Primjeri suglasnosti na druge statute...

Razmatrajući praksu kako resornog Ministarstva zdravlja, tako i vrhovnog tijela izvršne vlasti u Republici Hrvatskoj – Vlade Republike Hrvatske, pri davanju suglasnosti na donošenje odnosno izmjene općih akata pravnih osoba iz njihovih nadležnosti uočeni su i drugi primjeri iz kojih je također razvidno da su nomotehničke preporuke neobvezujuće te nisu zapreka, konkretno, davanju suglasnosti na neki opći akt:

i. Izmjene i dopune Statuta Hrvatske stomatološke komore objavljene u „Narodnim

*Urednički naslov

novinama“ br. II/10 sadrže 76 članaka u odnosu na temeljni Statut koji sadrži 98 članaka i na njih je Ministarstva zdravlja dalo suglasnost;

2. Izmjene i dopune Statuta Fonda za zaštitu okoliša i energetsku učinkovitost, objavljene u „Narodnim novinama“ br. 70/14 sadrže 43 članka u odnosu na temeljni Statut koji sadrži 81 članak i na njih je sama Vlada Republike Hrvatske dala suglasnost;

3. Izmjene i dopune Statuta Hrvatske agencije za poštu i elektroničke komunikacije objavljene u „Narodnim novinama“ br. 152/11 sadrže 19 članka u odnosu na temeljni Statut koji sadrži 35. članka i Vlada Republike Hrvatske je i ovdje dala suglasnost na ovakav pravni oblik statutarnih izmjena i dopuna.

Poanta naprijed navedenoga je da se u „Narodnim novinama“ kao službenom glasilu Republike Hrvatske mogu vidjeti primjeri gdje su državna tijela, koja su bila ovlaštena dati suglasnost na izmjene i dopune statuta neke pravne osobe (čak i samo resorno Ministarstvo zdravlja), postupala rukovodeći se isključivo temelnjom svrhom instituta suglasnosti na statut određene pravne osobe - a to je utvrđivanje jesu li predložene promjene u skladu s važećim propisima (u slučaju Hrvatske liječničke komore prvenstveno u skladu sa Zakonom o liječništvu).

Kako je vidljivo iz nabrojanih primjera niti Ministarstvo zdravlja niti sama Vlada Republike Hrvatske pri odlučivanju o davanju suglasnosti na akte pravnih osoba iz okvira

svojih nadležnosti nisu – do sada - nalazila zapreke u činjenici da se izmjenama i dopunama mijenja više od polovine temeljnog teksta nekog statuta.

Posebice se skreće pozornost na činjenicu da je sama Vlada Republike Hrvatske, čiji Ured za zakonodavstvo je u predmetnoj situaciji konzultiran, dala suglasnost na izmjene i dopune statuta pojedinih institucija, unatoč činjenici da se u konkretnim slučajevima mijenjalo više od polovine članaka izvornog statuta.

Umjesto zaključka

Iz svega naprijed navedenog svatko važno je razabrati sljedeće: da se Komora pri donošenju *izmjena i dopuna Statuta* umjesto cjelovitog teksta novog Statuta nije ogriješila ni o koji obvezujući pravni propis. Nadalje, da se Ministarstvo zdravlja nije do sada striktno pridržavalo tumačenja danog Hrvatskoj liječničkoj komori na promjene Statuta jer je drugoj komori u sustavu zdravstva dalo suglasnost na istovjetnu nomotehničku metodologiju.

Kako je vidljivo iz uvodno spomenutog primjera pri pristupanju izmjenama i dopuna krovnog zdravstvenog zakona (Zakona o zdravstvenoj zaštiti) također nije bila poštovana ova općepoznata, no neobvezujuća, nomotehnička preporuka o metodologiji donošenja novog propisa, obzirom na brojnost promjena.

Nameće se nejasnoća – ako ova neobvezujuća nomotehnička preporuka nije bila zaprekom za sastavljanje opsežnog Prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti niti je bila zaprekom za davanje suglasnosti Vlade RH na akte iz svoje nadležnosti – zašto je onda zaprekom za davanje suglasnosti na izmjene i dopune statuta jedne ustanove.

Zaključno, naprijed navedeno treba smatrati dovoljnom argumentacijom da pravni oblik općeg akta (cjeloviti novi Statut ili odluka o izmjeni i dopuni Statuta) nije, odnosno, ne bi smjela biti zapreka za davanje suglasnosti nadležnog ministarstva, što će, vjerujemo i uslijediti. ●

VAŽNA OBAVIJEST O LICENCAMA

Zbog izričitog naputka Ministarstva zdravlja,
svi liječnici kojima je izdano **Odobrenje za samostalan rad**
(tzv. licenca) bez navedenog roka važenja,
trebaju ga zamijeniti Odobrenjem na kojem će biti
naveden rok važenja izdane licence.

Molimo kolege da original Odobrenja na kojem nije naveden rok važenja žurno predaju svom županijskom povjereniku ili Službi općih i administrativnih poslova u Središnjem uredu HLK-a u Zagrebu, Ulica Grge Tuškana 37. Zamjena će se izvršiti promptno, bez naknade.

**Radno vrijeme Središnjeg ureda HLK za članove
je svakim radnim danom od 8 do 20 sati**

Anticipirana naredba nije "Tiha eutanazija"

Krešimir Luetić

Umedijima se proteklih dana moglo pročitati naslove o navodnoj mogućnosti uvođenja „tihe eutanazije“ u našoj zemlji, a pri tome se spominjao i dosad u nas malo poznati pojam – anticipirana naredba. Što je to zapravo „anticipirana naredba“?

Anticipirati (= lat. *anticipare*) unaprijed uzeti (ili: *uzimati*), unaprijed primiti (ili: *primati*); predujmiti, predujmljivati; dobiti predodžbu ili **stvoriti sud o nečemu unaprijed**.

U anglosaksonskom pravu navedeni institut poznatiji je kao **advance directive** ili **living will** („*a document in which the signer states his or her wishes regarding medical treatment that sustains or prolongs life, especially by invasive or extraordinary means, for use if the signer becomes mentally incompetent or unable to communicate*“), u njemačkoj pravnoj terminologiji kao **Vorsorgevollmacht** ili **Patientenverfügung**, a u nama susjednoj Sloveniji isti se pojam naziva **vnaprej izražena volja**.

Uvodi li se onda novim Obiteljskom zakonom koji stupa na snagu 1. studenog 2015. zaista ovaj institut po prvi puta u hrvatsko zakonodavstvo? Odgovor je – da. Ako zanemarimo da je isti pojam već bio unesen u prethodnu varijantu Obiteljskog zakona iz 2014. g. koju je Ustavni sud suspendirao tri mjeseca nakon usvajanja, institut anticipirane naredbe novina je u našem pravnom sustavu. Radi se o javnobilježničkoj ispravi kojom neka osoba na temelju odredaba Obiteljskog zakona određuje drugu osobu da u njezino ime kada nastupi na zakonu predviđen slučaj postupa, donosi odluke i da je zastupa u njezinom interesu ili kojom osobu koja ju je sastavila **unaprijed odlučuje o određenim stvarima koje se mogu predvidjeti u budućnosti**. U Obiteljskom zakonu anticipirane naredbe spominju su u kontekstu roditeljske skrbi u slučaju smrti roditelja, imenovanja skrbnika te u odlukama vezanim uz zdravlje. Izrijekom se navode koji su to zdravstveni postupci na koje se uopće može odnositi anticipirana naredba. To su: **1. sterilizacija štićenika, 2. doniranje tkiva i organa štićenika i 3. mjere za održavanje na životu štićenika**. Pri tomu je štićenik osoba koja je izgubila poslovnu sposobnost ili u trenutku potrebe za donošenjem odluke ne bude sposobna za

davanje ili odbijanje pristanka na takve medicinske postupke. Za liječnike je vrlo bitan ovaj dio definicije i to poglavito glede mjera za održavanje na životu.

Od početka studija medicine buduće se liječnike uči da su zdravlje i život vrhunske vrijednosti koje treba poštivati i za koje se valja boriti svim raspoloživim sredstvima. Hipokratova prisega kaže, između ostalog, *najvažnija će mi briga biti zdravlje mojega pacijenta te dodaje i apsolutno ću poštovati ljudski život od samog začetka*. Kosi li se možda anticipirana naredba, odnosno odluke koje osoba može donijeti s mogućim (ne)postupanjem u njenom liječenju, s Hipokratovom prisegom i Kodeksom medicinske etike i deontologije? Zakonska novina koja ulazi na mala vrata kroz Obiteljski zakon u hrvatski pravni okvir doista može kod liječnika kliničara stvoriti moralne i etičke dvojbe. Budući da ne postoji precizno, jasno i nedvosmisleno definirano u kojim se stanjima, u kojim postupcima i na koji način može primijeniti ovakva anticipirana naredba u medicini, realno je za očekivati da će s početkom primjene ovog Zakona na terenu doći do konfuznih, nejasnih i zbrunjujućih situacija. Ova je tema vrlo bitna jer se izravno tiče života i smrti, što je društveno izuzetno osjetljivo pitanje. Nije zanemariv niti materijalni aspekt mogućih postupanja u obavljanju liječničkog posla. Znači li to da će postupak liječnika koji ide ka spašavanju ili produženju života neke osobe, a da je to pri tome suprotno njezinoj anticipiranoj naredbi, moguće biti podložan sudskoj tužbi?

Nadalje, može li se ovdje zaista govoriti o „tihoj eutanaziji“? Eutanazija ili namjerno skraćivanje života (iz milosrda) u suprotnosti je s medicinskom etikom te je kaznenno djelo u RH (Čl. 112, st. 3. Kaznenog zakona RH: *tko usmrti drugoga na njegov izričit i ozbiljan zahtjev iz suošćenja zbog njegovog teškog zdravstvenog stanja, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine*). Nema govora dakle o bilo kakvoj eutanaziji, pa bila ona i „tiha“. No, razumno je i potrebno razlikovati eutanaziju od odustajanja od primjene mjera za produženje života u slučaju kada su te mјere medicinski neutemeljene. Dat i letalnu injekciju ili tvar nije isto što i odustajanje od medicinski neutemeljenih postupaka održa-

vanja života. Kodeks medicinske etike i deontologije u članku 4. stavku 2. kaže da želju dobro informiranog pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu pri punoj svijesti u pogledu umjetnog produživanja njegova života, treba poštivati primjenjujući pozitivne zakonske propise, a u stavku 3. *nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u ireverzibilnom terminalnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt*. Ovo se zove ortotanazija (dostojanstvena smrt bez skraćenja života ali i bez dodatnih patnji) i suprotno je distanaziji (produljenje agonije, patnje i odgađanje smrti). Kodeks je dakle predviđio moguće slučajevе kada nije opravданo ustrajati na mjerama za produženje života pod svaku cijenu. Kodeks da, ali hrvatski zakoni koji reguliraju zdravstvenu skrb - ne.

Problem kod uvođenja anticipirane naredbe u hrvatsko zakonodavstvo nije sam institut kao takav jer je on dobro poznat i razrađen u inozemnim pravnim sustavima. Problem je što se on u RH inauguriра kroz Obiteljski zakon koji se svojim sadržajem tek periferno dotiče tog pojma i koji u svojoj osnovi nije „zdravstveni“ zakon. Još je veći problem, i zapravo je nevjerojatno, da prilikom izrade tog zakona njegov predlagач, a to je Ministarstvo socijalne politike i mladih, nije konzultirao liječničku struku. Hrvatska liječnička komora, naime, nije bila službeno konzultirana prilikom donošenja ovog Zakona niti je sudjelovala u njegovom pisanju, a o njegovim odredbama saznala je iz medija.

Anticipirana naredba se stoga mora definirati i razraditi u „zdravstvenim“ zakonima, poglavito novom Zakonu o liječništvu te najavljenom Zakonu o pravima, obvezama i odgovornosti pacijentata. Nužno je izrijekom regulirati te razraditi institut anticipirane naredbe u navedenim propisima kako bi ostalo što manje nedoumica i nejasnoća kod njegove primjene te kod konkretnog postupanja liječnika, ali i bolesnika.

Zaključno, može se reći da hrvatsko zakonodavstvo nije dobro anticipiralo anticipirajuću naredbu.

Kratak dodatni osvrt na anticipiranu naredbu, osobno

Za razumijevanje zakonskog konteksta molim prethodno pročitati tekst dr. K. Luetića
Anticipirana naredba nije "tiha eutanazija"!

Lada Zibar

Anticipirana naredba će se prema novom Obiteljskom zakonu odnositi i na doniranje tkiva i organa. Doniranje tkiva i organa u našemu je zakonu već predvideno na način tzv. *opt out*, odnosno presumpтивnim pristankom, a koji kaže da je svaki građanin darovatelj organa nakon smrti ako se za života tomu deklarativno nije protivio (i na temelju tzv. izjave o nedarivanju evidentirao u Registru nedarivatelja). No, kako je običaj ipak pitati obitelj za dozvolu za uzimanje organa od umrloga i posljedično postupiti prema toj odluci, ovakva anticipirana naredba mogla bi biti dobar putokaz obitelji i olakšati im odluku.

Kodeks liječničke etike i deontologije također drži neetičnim postupanje protiv volje obitelji u ovakvoj situaciji, što, ako bi se krušto gledao sam zakon, ne bi bilo potrebno niti kvalificirati. Inače, pomalo izvan konteksta prethodno komentiranoga, samo donošenje ovoga zakona o presumpтивnom pristanku bio je jedan od ključnih trenutaka (uz uvođenje institucije bolničkih koordinatora i ulazak u Eurotransplant) koji su rezultirali dolaskom Hrvatske na svjetski vrh u broju darovatelja organa (na milijun stanovnika). Ovo navodim samo kao primjer veličine mogućeg pozitivnog učinka samo jednog "maglog" zakona.

Liječnici su u svakodnevnom radu stalno izloženi situacijama iz područja odlučivanja o mjerama za održavanje života, kako ih zakon pomalo grubo naziva. U Sjedinjenim Američkim Državama, npr., zatičem distinkciju u natpisima iznad kreveta pojedinih bolesnika između DNR ("Do not resuscitate!") i DNI ("Do not intubate!").

U nas je to aktualno nikako ili tek nekako regulirano zbunjujućim propisima. Mjere za održavanje života trebalo bi jasnije definirati. Vjerojatno će to uslijediti u okviru nekoga od zakona koje treba dodatno uskladiti (i ne sa-



Prof. dr. Lada Zibar

mo uskladiti s odredbama novog Obiteljskog zakona nego i inače u vezi s ovime doraditi, dopuniti, donijeti), o liječništvu i/ili o pravima pacijenata.

Tako bolesnik pri hospitalizaciji potpisuje dozvolu za dijagnostička i terapijska postupanja generalno pa potom još za pojedinačne postupke poput radioloških pretraga i kirurških zahvata. I što kada i ako ne potpiše? Kršimo li mi tada Hipokratovu prisegu rukovodeći se pacijentovim nepristankom? U čemu je razlika našega (ne)djelovanja u odnosu na postupanje prema anticipiranoj naredbi? Osobito ako se izravno ili posredno radi o održavanju života (koje sigurno nije samo kardiopulmonalna resuscitacija), primjerice nefiktivna situacija 85-godišnjakinje s ileusom koja u hitnoj službi ne pristaje na kirurški zahvat pa je se niti ne hospitalizira, eventualno. Prognozu znamo.

Ipak, permisivni smo prema pacijentičinoj odluci (nakon prethodnog objašnjavanja, nagovaranja i uvjeravanja, premda katkad i sami intimno držimo da je odluka ispravna, čak ne ideološki, nego u kontekstu statistike ishoda). Svakih nekoliko godina pojavi se bo-

lesnik koji ne pristaje na kroničnu dijalizu. I umire u uremiji. U današnje vrijeme. Ovdje se angažiramo u uvjeravanju, tražimo psihijatra dok je još pacijent razborit, razgovaramo s obitelji. Ali poštujemo želju do kraja, i ne prevarimo ga (jer to držimo neetičnim) kad u uremijskoj komi ne bi niti znao da mu dijalizom spašavamo život. Ili, umire nam bolesnica koja je Jehovin svjedok. Od iskrvarenja, nakon kirurškog zahvata, a u koji ulazi već anemična jer je na kroničnoj dijalizi, a lijekovi koji stimuliraju eritropoezu ipak su pretromi za akutna krvarenja. Odbija transfuziju i predviđeno umire. Osim gotovo stidljivih naših nagovora i neodobravanja, izostaje svaka druga službena reakcija. Nikomu ne pada na pamet ne poštovati njezinu želju, odnosno pravila njezine vjere. Ne saziva se konzilij, ne angažiraju socijalna služba, psiholog, psihijatar. Ne traži se čak niti o tomu ovjerena javnobilježnička isprava. Nema velikih filozofskih rasprava. Je li takva vjerska odredba iznad zakona, Hipokratove prisuge, Kodeksa medicinske etike i deontologije? Nije li takvo uvažavanje diskriminacija prema vjeroispovijesti? Onih drugih, koji nisu Jehovini svjedoci. Ako se i spominju sudske tužbe, tada je to samo u slučaju potencijalnog nepoštivanja ovakvih specifičnih želja i religijskih uzusa i uvjerenja.

Ova je tema bila neiscrpan izvor razmjena misli na svjetskoj konferenciji UNESCO-a o bioetici u Napulju protekloga tjedna. Sukobila su se mišljenja filozofa, pravnika, liječnika i psihologa. Dotaknuta su pitanja bez odgovora, eksponirale se kulture, religije, zakoni, praksa, različiti svjetovi ovoga svijeta. I stječe se dojam da je i razvijeniji svijet često zakonski neuređen u ovom pogledu.

Na godišnjem sastanku Eurotransplanta u Leidenu prošloga tjedna jedina je etička tema predavanja bila bliska ovome problemu. Radilo se o odlučivanju u ime intelektualno

zaostalih osoba, a o doniranju i transplantaciji organa. O tzv. *substituted judgment* roditelja ili skrbnika, pri čemu se odluka opravdava pretpostavkom da bi «štićenik tako odlučio da je mogao ili može». Anticipirana naredba u našem zakonu upravo određuje odluku pojedinca u trenutku kada može odlučivati za situacije kada više neće moći.

UNapulju su se spominjale moguće zloporabe, neznanja pacijenata laika i argumenti poput gubitka samopoštovanja kao motiva za ovakve anticipirane naredbe. Mislim da se do ovakvih anticipiranih naredbi neće dolaziti na način koji bi dozvolio značajnije neznanje pacijenta niti uključio mogućnost zloporabe. Sustav neće anketirati građanstvo i davati kvaciće onima koji pristaju.

Da bi anticipirana naredba bila potpisana potrebna je aktivnost, misaona i fizička. Onaj koji je potpisuje o tome je razmišljao, saznao o potrebno, odlazio javnom bilježniku, potrošio novce, bio relativno zdrav i pri punoj pameti.

Svaka odredba svakog zakona na ovu temu filozofski može ostati dvojbena. Baš zato bi u budućnosti trebalo planirati i daljnje preciziranje zakona, u još konkretnijim situacijama, s pratećim pravilnicima kao uputnim hodogramima. Tako bi se liječnicima olakšalo donošenje odluka, zaštito ih od neželjenih interpretacija postupaka u eventualnom sudskom postupku, pacijentu pružilo pravo da sudjeluje u odlučivanju o svome liječenju, a obitelji ili skrbnike poštujelo teških zamjenskih odluka (*substituted judgment*). Je li došlo vrijeme da ozbiljno shvatimo autonomiju bolesnika u odlučivanju o svome liječenju i napustimo uglavnom paternalistički koncept našeg društva u tranziciji? Ida se svakodnevne životne kliničke situacije koje proživljavamo i o kojima često stihjski, intuitivno, prema običaju i savjesti postupamo definiraju i nazovu imenom? Svakako različitim od eutanazije s bilo kakvim atributom.

Zaključno, može se reći da je hrvatsko zakonodavstvo tek djelomično anticipiralo

anticipiranu naredbu. Krenulo se nekakvim reverznim putem, s obzirom na početni zakon koji regulira obiteljsko područje, ali predstavlja i direktivu (ne)izvršiteljima. Nama, liječnicima, čiji je ugled nažalost katkad manje ovisan u etičnom, ljudskom i stručnom postupanju, a više o interpretaciji nejasnih i diskordantnih zakona. Unatoč kritičnosti, ipak, shvaćam ovo kao prvi pozitivan korak, a zeleno svjetlo koje bih svakako dala ovom zakonu trebalo bi ostati upaljeno i za izradu odredaba drugih relevantnih zakona koje treba uskladiti s ovime. Što prije! A pri tomu pravodobna i vremenski i sadržajno dostatna konzultacija liječnika sa strane zakonodavca *conditio je sine qua non!*

(Kako je vremenski okvir u kojem je trebalo reagirati bio prekratak, a prije stupanja na snagu ovoga Zakona, nije mi poznato mišljenje niti širega kruga kolega liječnika, a niti članova etičkog povjerenstva Komore, pa se iznijeto u ovome tekstu odnosi isključivo na moje vlastito mišljenje i osoban stav.) ●

Simpozij "Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti"

Poštovane kolegice i kolege,

Čast mi je u ime Hrvatske liječničke komore kao suorganizatora najaviti i upoznati Vas s nadolazećim skupom, Simpozijem medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom "Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti", koji će se održati na Plitvicama 13 i 14. studenoga 2015.

Riječ je o visokom skupu kojemu je cilj na jednom mjestu okupiti predstavnike svih relevantnih subjekata unutar zdravstvenog sustava, te kao takav predstavlja poseban, ali danas sasvim prirodan spoj medicine i prava, povijesno dviju najstarijih znanstvenih disciplina koje zajednički brinu o najvećim dobrima čovjeka, i iskreno se nadamo da će sudjelovanje na ovom skupu uspješno zadovoljiti Vaše stručne i poslovne interese.

Organizator skupa je Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu uz suorganizaciju Hrvatske liječničke komore i Hrvatske komore zdravstvenih radnika, a pod visokim je pokroviteljstvom Predsjednice Republike Hrvatske gđe **Kolinde Grabar Kitarović**, te pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja, Ministarstva

znanosti, obrazovanja i sporta i Ministarstva pravosuđa.

Na web stranici Simpozija (<http://www.contres.hr/hr/projekti/med-pravo2015/>) nalaze se sve obavijesti, popis tema i predavača, predstavnika svih važnih institucija vezanih uz zdravstveni sustav.

S obzirom na sadržaj i vrijednost ovog skupa koji na jedinstven način spaja medicinu i pravo te želju za promoviranjem medicinskog prava kao jedne izuzetne nove vrijednosti i discipline unutar pravne i medicinske znanosti, nadamo se da nalazite interes osobno sudjelovati, ali i upoznati svoje kolege s nadolazećim skupom.

Veselimo se mogućem susretu te za sva pitanja stojimo Vam na raspolaganju,

Uime

- **Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu,**
- **Hrvatske komore zdravstvenih radnika i Hrvatske liječničke komore,**
- **Prof. dr. sc. Željko Radić, dekan Pravnog fakulteta u Splitu**
- **Prof. dr. sc. Jozo Čizmić, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu**

- **Prof. dr. sc. Anita Kurtović Mišić, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu**
- **Mr. sc. Ante Klarić, dipl. iur., Hrvatska komora zdravstvenih radnika**
- **Miran Cvitković, dr. med., Hrvatska liječnička komora**

Srdačno Vas pozdravljam,

**Miran Cvitković, dr.med.
Predsjednik Povjerenstva
za ostale liječničke djelatnosti
Izvršni odbor
Hrvatske liječničke komore**

- Praktične obavijesti o Simpoziju na 3. stranici

OGLAŠAVANJE O LIJEKOVIMA PREMA ZDRAVSTVENIM RADNICIMA

Mijo Karaula, dipl. iur.

Zakon o lijekovima („Narodne novine“ br. 76/13, 90/14) oglašavanje lijekova definira kao svaki oblik obavještavanja kojemu je namjena poticanje njegova propisivanja, izdavanja, prodaje i potrošnje, pri čemu preciznije reguliranje načina oglašavanja o lijeku prepusta posebnom podzakonskom aktu kojeg donosi ministar zdravlja.

Novi Pravilnik o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine“ br. 43/15), koji je u primjeni od 25.4.2015.g., detaljnije uređuje način oglašavanja o lijekovima, posebice u dijelu koji se odnosi na zdravstvene radnike, u odnosu na prethodne pravilnike koju su uredivali ovu materiju te sadrži i odredbe koje dosad nisu bile predmetom normiranja, poput odredbi o oglašavanju lijekova putem interneta.

Oглаšavanje o lijeku, prema odredbama Pravilnika, uključuje oglašavanje prema stanovništvu, oglašavanje prema zdravstvenim radnicima koji su ovlašteni preporučiti, propisivati ili izdavati lijekove, oglašavanje prema drugim zdravstvenim radnicima, davanje uzoraka, organiziranje promidžbenih skupova na kojima sudjeluju osobe ovlaštene preporučiti, propisivati ili izdavati lijekove, organiziranje stručnih i znanstvenih kongresa namijenjenih zdravstvenim radnicima, a posebice plaćanje njihovih troškova puta, kotizacije i smještaja na takvima skupovima te pružanje potpore aktivnostima profesionalnih udrug u druge pacijentu, ukoliko se kroz te aktivnosti promoviraju lijekovi.

Pravilnik (čl.16.) utvrđuje da zdravstvene radnike koji su ovlašteni za preporučivanje, propisivanje ili izdavanje lijekova, o lijeku mogu usmeno obavještavati **stručni suradnici** nositelja odobrenja za stavljanje lijeka u promet, koje je poslodavac educirao da bi mogli dati stručnu i što cijelovitiju informaciju o lijekovima o kojima obavještavaju zdravstvenog radnika.

Treba istaknuti kako važeći pravilnik više ne propisuje stupanj izobrazbe stručnih suradnika odnosno više ne uvjetuje da isti moraju imati završen preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij iz znanstvenog područja biomedicine i zdravstva.

Edukacija koju prolaze stručni suradnici sada nužno obuhvaća i odgovarajuću edukaciju o propisima vezanim uz lijekove te o etičnosti u oglašavanju o lijekovima.

Stručni suradnici prilikom svakog posjeta zdravstvenim radnicima koji su ovlašteni za preporučivanje, propisivanje ili izdavanje lijekova, moraju imati zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka za sve lijekove koje predstavlja u tom posjetu te ih ponuditi zdravstvenom radniku, a ukoliko ih nema, trebaju uputiti zdravstvenog radnika na internetske stranice Agencije za lijekove i medicinske proizvode, odnosno Europske agencije za lijekove, na kojima se nalaze svi odobreni sažetci opisa svojstava lijeka koji se i redovito ažuriraju.

Neposredno oglašavanje lijekova prema pojedinom zdravstvenom radniku, koji obavlja zdravstvenu djelatnost u okviru javno zdravstvene mreže putem posjeta, moguće je **jednom mjesечно od strane jednog stručnog suradnika u trajanju od 15 minuta**, vodeći računa o učinkovitosti rada s pacijentima (čl. 17. Pravilnika).

Pravilnik (čl. 18.) propisuje da prilikom oglašavanja o lijeku zdravstvene radnike koji su ovlašteni za preporučivanje, propisivanje ili izdavanje lijekova **nije dopušteno poticati na propisivanje, izdavanje, nabavu, preporučivanje lijekova nagradivanjem u novcu, davanjem darova ili omogućavanjem bilo kakve druge imovinske koristi, odnosno obećanjem neke povlastice ili nagrade, osim ako su male i simbolične vrijednosti (do 70 kn, bez PDV-a) te su vezani uz praksu koju taj zdravstveni radnik obavlja.**

Izričito je istaknuto kako zdravstveni radnici **ne smiju tražiti niti prihvati poticaje za propisivanje, izdavanje, prodaju, odnosno potrošnju lijekova**.

Navedene odredbe o nedopuštenom postupanju ne odnose se na postojeće mjere ili trgovacku praksu koja se odnosi na pdređivanje cijene lijeka, prateće marže i rabate.

Vezano uz stručne i znanstvene skupove te predavanja koje organiziraju ili financiraju proizvođači, nositelji odobrenja za stavljanje lijeka u promet i uvoznici, odnosno veleprodaje lijekova, Pravilnik (čl. 19.) propisuje

kako isti moraju biti znanstveno utemeljeni i edukativni. Sadržaj tih skupova mora primarno imati stručni karakter, pri čemu svi ostali sadržaji moraju biti popratni u odnosu na glavnu svrhu i sadržaj skupa.

Spomenuti skupovi moraju biti namijenjeni isključivo zdravstvenim radnicima, a prilikom njihove organizacije zdravstvenim radnicima - sudionicima skupa, **dopušteno je podmiriti troškove kotizacije, putovanja, smještaja i prehrane do visine stvarne vrijednosti odnosnih troškova. Nije dopušteno podmirivanje navedenih troškova trećim osobama koje nisu sudionici skupa (npr. osobama u pratnji zdravstvenih radnika)**.

Važno je istaknuti i kako su prilikom odbira mesta održavanja skupova proizvođači, nositelji odobrenja i uvoznici, odnosno veleprodaje lijekova obvezni odabrati primjereno mjesto održavanja, s uslugama pretežito poslovnog i/ili kongresnog sadržaja.

Nositelji odobrenja koji oglašavaju o lijeku obvezni su, sukladno čl. 24. Pravilnika, pohranjivati promidžbene materijale, voditi očeviđnike o datumu i mjestu njihovog objavljuvanja, osobama kojima su materijali dostavljeni kao i evidenciju stručnih sastanaka i predavanja koje su organizirali ili finansijski poduprli te čuvati te podatke dvije godine.

Kada je riječ o oglašavanju lijekova treba ukrasiti i na značajnu ulogu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) koji od 2010. godine sa svakim nositeljem odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet u Republici Hrvatskoj sklapa **Ugovor o etičkom oglašavanju o lijekovima**.

Naime, sukladno odredbama **Pravilnika o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovu i dopunsku listu lijekova HZZO-a** („Narodne novine“ br. 83/13, 12/14) potpisivanje spomenutog Ugovora između HZZO-a i nositelja odobrenja za stavljanje lijeka u promet uvjet je za podnošenje prijedloga za stavljanje izvornog lijeka ili proširenje indikacije već stavljenog lijeka na osnovnu, odnosno dopunska listu lijekova HZZO-a.

Odredbama Ugovora, između ostalog, ograničen je iznos sponzorskih materijala, darova, reprezentacijskih i sličnih troškova

koje nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet može u kalendarskoj godini potrošiti na pojedinog ugovornog doktora HZZO-a ili doktora iz ugovornih zdravstvenih ustanova HZZO-a, i to na najviše 1.000,00 kn. Treba istaknuti kako navedeni **iznos ne uključuje sponzorstva za prisustovanje stručnim iznanstvenim sastancima, predavanjima i sličnim skupovima u Republici Hrvatskoj i inozemstvu.**¹

Naposljetku, kao dodatni doprinos transparentnosti odnosa zdravstvenih radnika

i farmaceutske industrije treba svakako istaknuti i **Kodeks ponašanja inovativnih proizvođača lijekova** koji je donesen 17.6.2015.g. od strane Hrvatske udruge Inovativna farmaceutska inicijativa², a koji u pojedinim segmentima postavlja znatno stroža pravila i postupke kojih su se članovi udruge dužni pridržavati u provođenju oglašavanja o lijekovima prema zdravstvenim radnicima.

Donošenjem ovog Kodeksa omogućava će se provedba u praksi **Kodeksa o objavljenju podataka o prijenosu vrijednosti**

od strane proizvođača lijekova u korist zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija kojeg je EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) donijela 24.4.2013.g.³, a kojim se članovi EFPIA-e obvezuju primjeniti Kodeks do 2016. godine, radi omogućavanja objave podataka o svim plaćanjima i prijenosima vrijednosti izvršenim zdravstvenim radnicima i zdravstvenim organizacijama u 2015.g. ●

¹ Navedena odredba bila je propisana i Općim uvjetima ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite i obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ br. 50/10 od 23.4.2010.g.) i Općim uvjetima ugovora o provođenju specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ br. 50/10) te je bila sastavni dio ugovora kojeg su ugovorni doktori/ugovorne ustanove sklapali s HZZO-om. Odredba je nakon nepuna dva mjeseca, nakon protivljenja Komore, brisanu iz akata HZZO-a za ugovaranje Izmjerenom i dopunom Općih uvjeta ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ br. 71/10 od 10.6.2010.g.) odnosno Izmjerenom i dopunom Općih uvjeta ugovora o provođenju specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ br. 71/10) te je od tada sastavni dio samo ugovora o etičkom oglašavanju o lijekovima koji HZZO sklapa s farmaceutskim tvrtkama.

² Izvor: <http://ifi.hr/kodeks/>

³ <http://www.efpia.eu/mediaroom/109/43/Pharmaceutical-Companies-to-Disclose-All-Financial-Relations-with-Healthcare-Professionals>



Sastanak vodstva Komore s liječnicima Primorsko-goranske županije

Trpimir Goluža, predsjednik HLK-a, Krešimir Luetić, prvi dopredsjednik HLK-a, i Ines Strenja Linić, predsjednica Skupštine HLK-a sastali su se 14. listopada sa čelnim ljudima Liječničke komore, Zbora i Sindikata Primorsko-goranske županije (PGŽ) te sanacijskim upraviteljem KBC-a Rijeka.

Na sastanku je prikazan dosadašnji rad novog vodstva Komore te su izneseni planovi skorašnjih aktivnosti na razini središnjice i Povjerenstva HLK PGŽ-a. Istaknuta je suradnja s Nastavnim zavodom za javno zdravstvo PGŽ-a i studentima Medicinskog fakulteta u Rijeci. Dogovoren je zajednički rad na organizaciji javno zdravstvenih i stručnih tribina kojima je cilj podići svijest liječnika i cjelokupne javnosti o bolestima koje su najčešći

uzrok poboljševanja i smrtnosti u Republici Hrvatskoj. Tijekom mjeseca studenog bit će obilježen Svjetski dan šećerne bolesti. Kao jedan od jedan od ciljeva je i aktivnije uključivanje studenata završnih godina studija medicine u rad Komore.

Raspravljalo se o glavnim problemima u zdravstvenom sustavu, pri čemu je poseban naglasak bio na evidentnom manjku zdravstvenih djelatnika u sustavu. Dogovoreni su principi suradnje Komore i KBC-a Rijeka te zamjena predstavnika Komore u Savjetu za zdravlje PGŽ-a. Novi član Savjeta, umjesto doc. dr. Vladimira Mozetića, bit će doc. dr. Goran Hauser, predsjednik Povjerenstva HLK PGŽ-a.

Dr. Goluža je naglasio: „Liječnici su vrijednost hrvatskog društva koja nažalost još

uvijek nije u dovoljnoj mjeri prepoznata. Vodstvo i članstvo Hrvatske liječničke komore spremno je suočiti se sa svim, pa i neugodnim izazovima koje nam nameće profesionalno bavljenje liječničkim pozivom. Branit ćemo interes i prava liječnika vodeći računa o funkcionalnosti zdravstvenog sustava i zaštiti nacionalnih interesa Republike Hrvatske. U svom radu bit ćemo principijelni, vjerodstojni, dosljedni i društveno odgovorni. Komora će biti servis liječnicima i jamac naše profesionalne i društvene sigurnosti.“

Cestitao je prof. dr. Davoru Štimcu na iznimno uspješnim finansijskim rezultatima poslovanja KBC-a Rijeka, a kolegama u PGŽ-u zaželio uspješan rad. Predsjednica Skupštine HLK-a, dr. sc. Ines Strenja Linić, bila je jasna: „Maksimalno ću se založiti da središnjica HLK-a podrži naše lokalne projekte. Na nama je da osmislimo projekte i programe kojima ćemo dokazati da hrvatski liječnik itekako ima koristi od Hrvatske liječničke komore i da se Komora uistinu brine o ukupnom društvenom statusu svojih članova. Članstvo u našoj Županiji trebamo praktično uvjeriti da Komora postoji radi liječnika, a ne da liječnici postoje radi Komore“. Sukladno tome promjenjeno je radno vrijeme podružnice Komore (od 08 do 16 h), tako da je dostupnija članovima. Također su predstavljeni planovi za posjet udaljenijim zdravstvenim ustanovama u Županiji kako bi se članovima približio rad Komore.

**Doc. dr. sc. Goran Hauser,
predsjednik Povjerenstva
Primorsko-goranske županije**



Prim.
Siniša Varga,
dr. dent.
med.



Prof. dr. sc.
Ante Čorušić

ŠTO NAM SE PIŠE AKO POBIJEDE...

Poštovani,

prim. **Siniša Varga**, dr. dent. med.; SDP - Koalicija Hrvatska raste, i prof. dr. sc. **Ante Čorušić**; HDZ - Domoljubna koalicija.

Hrvatska liječnička komora iznimno je zainteresirana za unaprjeđenje ukupne pozicije liječnika u društvu, kao i za funkcionalnost zdravstvenog sustava u cjelini.

Želja nam je u "predizbornom broju" Liječničkih novina, koji će netom prije parlamentarnih izbora stići na kućne adrese naših 20.000 članova, predstaviti stavove o liječništvu i zdravstvu najvećih predizbornih koalicija: Domoljubne koalicije i koalicije Hrvatska raste.

Vas dvojicu osobno doživljavamo kao najizglednijeg prvog čovjeka zdravstva, ako koalicija čiji ste istaknuti član dobije na izborima potrebno povjerenje građana.

Ljubazno Vas molimo da nam ukratko, s par rečenica, odgovorite na sljedećih 10 pitanja:

I. Što mislite o Zakonu o reprezentativnosti kojim su liječnici isključeni iz socijalnog dijaloga i koji je omogućio da se o radnim pravima liječnika s Vladom RH dogovaraju "neliječnički sindikati"? Biste li ga promjenili? Hoćete li se založiti za donošenje strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike?

radništva. Liječnici se nisu u dovoljnom broju sindikalno organizirali da bi liječnički sindikat bio reprezentativaniza 2017., stoga prema zakonu će moći surađivati s drugim granskim sindikatima na razini pregovaračkog odbora. Uvijek postoji mogućnost izmjene i dopune Zakona o reprezentativnosti, što iziskuje široku raspravu između svih dionika sustava na državnoj razini, a do tada je velika odgovornost na sindikalnim čelnicima i onima koji se tako osjećaju.

Varga: Kao predsjednik pregovaračkog odbora Vlade Republike Hrvatske sudjelovao sam na pregovorima o Dodatku I kolektivnog ugovora u zdravstvu te u više navrata pozvao liječnički sindikat da pristupi granskom kolektivnom ugovoru, koji bi time bi zadržao reprezentativnost do kraja 2017. godine. To je, na nažalost, odbijeno, tako da liječnički sindikat isključivo svojom voljom nije sudjelovao u pregovorima za Dodatak I. Bez obzira na to, smatram da su pregovarači pokazali visoku razinu odgovornosti i socijalne osjetljivosti te svim zaposlenicima, uključujući i liječnicima, osigurali povećanje materijalnih prava. Liječnička profesija izuzetno je bitna za funkcioniranje sustava zdravstva, no isto tako, liječništvo je sastavni dio cijelokupnog društva i ne može biti izuzeto od pravila koja vrijede jednako za sve, dokle god se žele okupljati i pregovarati po pravilima organiziranog

Čorušić: Novi Zakon o reprezentativnosti u režiji Vlade tzv. Ku-kuriku koalicije diskriminirao je liječnike. Ne podcjenjujući bilo koga, svi znamo da su liječnici nositelji djelatnosti. Pacijenti dolaze u bolnicu ili svom obiteljskom liječniku zbog svoga doktora, a ne zbog zdravstvene administracije. Ako budem u prigodi, naravno da će se založiti za izmjenu navedenog zakona, kao i za donošenje strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike.

2. Na koji način mislite riješiti diskriminaciju između obiteljskih liječnika u koncesiji i onih koji su zaposlenici domova zdravlja? Za isti posao razlika u plaći može biti i preko 30%!

Ćorušić: Mišljenja sam da je koncesionirenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti budućnost hrvatskog zdravstvenog sustava. Intervencija bivšeg ministra Ostojića o zamrzavanju mogućnosti koncesije u omjeru 70 % naspram 30 % nije donijela ništa dobrog u sustav zdravstvene zaštite. Po meni, svim liječnicima koji ispunjavaju zakonom propisane uvjete i želeteći u koncesiju, to se mora i omogućiti.

Varga: U kalkulativnim elementima HZZO-a za ugoveranje vrijednosti tima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za koncesionara vrijede ista pravila i izračuni kao i za zaposlenika doma zdravlja. U oba slučaja se uzimaju u obzir isti elementi: radi li se o specijalistu obiteljske medicine, koliko ima opredijeljenih osiguranika, kakvo je izvršenje zdravstvenih usluga, kakvi su pokazatelji uspješnosti i kvalitete, itd. Koncesionar, baš kao i dom zdravlja, mora poštivati materijalna prava svojih zaposlenika prema kolektivnom ugovoru, ali nema tako veliko opterećenje na rashodovnoj strani, kao što to povjesno ima dom zdravlja. Sve mjere racionalnosti i pozitivnog poslovanja koncesionar opravdano zadržava kao svoj prihod od samostalnog rada, dok dom zdravlja uz visoke rashode dodatno za sada nema zakonsku mogućnost stimulirati dobre radnike. Upravo zato podupirem plan Vlade RH za uvođenje modela stimulacije radnika kroz donošenje Uredbe o nagradivanju radnika za natprosječne rezultate. To će vrijediti za sve državne i javne službe, pa tako i za zaposlene liječnike u zdravstvu te po prvi put honorirati kvalitetu i učinkovitost.

3. Hoćete li imati političku hrabrost, u cilju sprječavanja bespotrebnog opterećivanja zdravstvenog sustava, uvesti **participaciju za posjet liječniku u PZZ-u odnosno **penalizaciju** medicinski neopravdanog posjeta hitnoj službi u SKZZ-u?**

Varga: Sudjelovanje pacijenata u troškovima liječenja u PZZ i sada je regulirano odredbom članka 19. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Kroz reformske mјere koje smo proveli, u vrlo kratkom razdoblju smo dokazali da nam ne nedostaje politička hrabrost, međutim penalizacija pacijenata odlika je kratkovidnog modela upravljanja dostupnošću zdravstvene zaštite. Umjesto penalizacije, zalažem se za aktivnu kontinuiranu edukaciju pacijenata putem sredstava javnog priopćavanja, s jačim naglaskom na medicini utemeljenoj na dokazima kako bi suzbili defenzivnu medicinu, „task-shifting“ model prema sestrinskoj profesiji, aktivnu ulogu osiguravatelja u reguliranju korištenja zdravstvene zaštite, i sl. Nekritička penalizacija pacijenata za posljedicu može imati prekasno javljanje liječniku kod siromašnijih slojeva društva, radi straha od eventualnih finansijskih kazni. U interesu javnog zdravlja i dobrobiti pacijenata, takve se sankcije izbjegavaju.

Ćorušić: Vrlo teško pitanje. I danas participaciju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) plaćaju pacijenti koji nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje. Participacije su oslobođene široke skupine korisnika zdravstvene zaštite kao npr. djeca, trudnice, ratni vojni invalidi, udovice poginulih branitelja, transplantirani, duševni bolesnici... No Hrvatska je Ustavom definirana kao socijalna država i te kategorije moramo zaštiti. Drugo su neopravdani posjeti pacijenata u hitnu medicinsku pomoć (HMP) ili objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP), koji se moraju na neki način penalizirati. Razlog tome leži u činjenici da se zbog pritiska „lažnih hitnih“ pacijenata na OHBP-u

liječnici i drugo medicinsko osoblje ne mogu u dovoljnoj mjeri posvetiti pacijentima s jasnom kliničkom indikacijom za HMP ili OHBP.

4. Kako planirate rješiti pitanje **radnog vremena bolničkih liječnika, a da se pri tome ne krši Zakon o radu, važeći Kolektivni ugovor i Direktiva EU? Hoćete li liječnicima dozvoliti kontinuirani 24 satni rad?**

Varga: Nakon 1. siječnja 2016. započinje puna primjena Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u RH 2014.-2016. te vjerujem do kraja tog razdoblja više neće ni biti potrebe za dodatnim naporima u prekovremenom radu. Naime, primjetan je trend kontinuiranog smanjivanja ukupnog broja prekovremenih sati, jer je od 2014. na ovamo povećan broj zaposlenih u sustavu, a značajan broj liječnika u tijeku je svojih specijalističkih usavršavanja. U proteklom razdoblju je zbog uvođenja smjenskog rada bilo dosta negodovanja zdravstvenih djelatnika, no važno je znati kako je smjenski rad uveden kao mјera kojom se osigurava poštivanje Zakona o radu, važećeg Kolektivnog ugovora i Direktive EU o radnom vremenu. U srpnju 2014. godine sve su uprave zdravstvenih ustanova dobile uputu da organiziraju rad u režimu pripravnosti, dežurstva, turnusa i/ili smjena kako bi optimizirali rad sukladno raspoloživim ljudskim resursima, ali, kao što sam istaknuo, u međuvremenu su se okolnosti promijenile i pitanje prekovremenog rada uskoro više neće izazivati prijepore.

Ćorušić: To je vrlo teško uskladiti s obzirom na postojeći Zakon o radu, važeći Kolektivni ugovor i EU direktive o radnom vremenu. Danas zbog toga imate različite oblike kršenja i Zakona, ali i Kolektivnog ugovora. Ovisno o kadrovskim mogućnostima bolnice na različite načine organiziraju službu. No, znam zašto me ovo pitate. Svaki oblik prekovremenog rada liječnika bit će korektno plaćen.

5. Kakav je Vaš stav o **političkom imenovanju ravnatelja javnih zdravstvenih institucija i šefova ustrojstvenih jedinica? Hoćete li, ako budete u poziciji, prekinuti s tom praksom?**

Ćorušić: Političko kadroviranje i nepotizam veliki su problemi hrvatskog društva u cjelini pa tako i u zdravstvu. I Vama je jasno da se ravnatelji KBC-a, KB-a i većih bolnica u sustavu javnog zdravstva biraju po političkom ključu. Oni za vođenje bolničkih sustava izravno odgovaraju Ministarstvu zdravlja, odnosno Vladi. Tako je i izvan Hrvatske u brojnim članicama EU-a. No, voditelji ustrojbenih jedinica moraju biti stručno naj sposobniji liječnici, bez obzira na to kojoj političkoj opciji pripadali i bez obzira na svjetonazorske razlike. To moraju biti liječnici koji su se stručno i znanstveno dokazali i koji imaju stručni i moralni ugled među svojim kolegama i u društvenoj zajednici. To je jedino ispravno kadroviranje u službi struke i pacijenata.

Varga: Ravnatelji zdravstvenih ustanova imenuju se na temelju natječaja, a upravno vijeće ustanove imenuje i razrješuje ravnatelja. Nedavnim izmjenama Pravilnika po prvi put propisano je da se i sve odgovorne osobe ustrojstvenih jedinica zdravstvenih ustanova biraju kroz javne natječaje, tako da o praksi političkih imenovanja ni sada nema govora. S obzirom na situaciju u pojedinim zdravstvenim ustanovama, kao osoba zadužena za kreiranje, izvršavanje i proved-

bu svih politika i poslova u procesu sanacije zdravstvenih ustanova, u ovom trenutku ministar zdravlja Vladi RH predlaže kandidate za sanacijske upravitelje. Time ministar, u skladu sa svojom odgovornošću, osigurava uspješnu realizaciju sanacije. Na čelo zdravstvenih ustanova ministar predlaže imenovanje onih osoba za koje smatra da će biti u stanju provesti sve mjere i aktivnosti sanacije, koje je on kao član Vlade obvezan provesti te za koje odgovara drugim članovima Vlade, kao i društву u cjelini.

Stoga je upravo ministru od osobite važnosti predložiti osobu za koju smatra da je sposobna upravljati određenom ustanovom, neovisno o stranačkoj pripadnosti. Na koncu, među aktualnim ravnateljima/sanacijskim upraviteljima prevladavaju nestranačke osobe, ali ima i priпадnika različitih stranaka, što je najbolji dokaz da to ni dosad nije bilo, kao što ni ubuduće neće biti važno za prilikom odabira na funkcije u zdravstvu.

6. Koje konkretne mјere namjeravate donijeti kako biste odvratili liječnike da neposredno nakon završetka studija ili netom po obavljenoj specijalizaciji emigriraju iz Hrvatske na rad u inozemstvo?

Varga: Ulaskom RH u olakšan je protok roba, ukinute su carine i granične kontrole, a državljeni RH mogu se liječiti u zemljama Evropske unije, ali im je jednako tako omogućen i nesmetan pristup tržištu rada u drugim državama članicama. Neki će se svakako odlučiti okušati u profesionalnom okruženju drugih zemalja, a na nama je da liječnike motiviramo na ostanak i doprinos zdravstvenom sustavu u domovini. Pripremili smo stoga sedam mјera kojima želimo poboljšati položaj naših zdravstvenih djelatnika.

Kao prvu od njih, Ministarstvo zdravlja donijelo je Pravilnik kojim se liječnicima, ali i ostalim zdravstvenim radnicima, omogućuje dopunski rad kod drugog poslodavca i koji je već na snazi. Druga mјera odnosi se na subvencioniranje stambenih kredita za liječnike, medicinske sestre i tehničare. Treća mјera je Uredba Vlade o stimulaciji, kojom želimo nagraditi one koji rade kvalitetnije i više. Četvrta mјera odnosi se na specijalizacije za koje je kroz EU fondove osigurano 15 milijuna eura i to za 15 depriviranih županija. Dodjeljivat će se specijalizacije za opću medicinu, ginekologiju, pedijatriju i hitnu medicinu, a osim specijalizacije, liječnici će dobiti plaću, ali i 11.000 kuna za životne troškove. Peta mјera odnosi se na edukaciju, za koju je također kroz EU fondove osigurano dodatnih 15 milijuna eura.

Šesta i sedma mјera odnose se na područje kliničkih ispitivanja i zdravstvenog turizma. Naime, Ministarstvo zdravlja priprema osnivanje tvrtke u 100-postotnom državnom vlasništvu pod nazivom Healthcare Croatia, čija bi osnovna uloga bila posredovanje između ustanova u javnom zdravstvenom sustavu i kupaca usluga u zdravstvenom turizmu i kliničkim ispitivanjima, koje bi hrvatskom zdravstvu mogle donijeti dodatne prihode od oko 1,6 milijardi kuna godišnje, od čega je polovica namijenjena za zaposlenike. Sve spomenute mјere su razradene i pripremljene za realizaciju, a prva je mјera, Pravilnik o dopunskom radu, već stupila na snagu.

Ministarstvo zdravlja posebnim je pravilnikom reguliralo i trajanje mandata šefova klinika, odsjeka i odjela, ograničivši ih na dva mandata. Time se svakome ostavlja otvorena mogućnost da za svog radnog vijeka postane šef, a s druge se strane potiču se i kvalitetniji medusobni odnosi na radnom mjestu, budući da se šefovi nakon isteka mandata vraćaju raditi kao odjelni liječnici.

Čorušić: To sam već više puta istaknuo. Uvest ćemo model mobilnih liječnika gdje situacija to nalaže u odnosu na liste čekanja na pojedine zahvate. Liječnici će moći, osim s matičnom institucijom, sklapati ugovor s još jednom zdravstvenom ustanovom. Za taj rad bit će dodatno plaćeni. I među nama ima kolega koji su više i onih koji su manje ambiciozni. Nismo svi isti. Neki žele i mogu zasaditi više i to im se mora omogućiti. Naravno, za odlazak liječnika izvan Hrvatske nije motiv samo novac, nego i bolji uvjeti rada. Iznaći ćemo sredstva kako bi mlađim kolegama omogućili adekvatno stručno usavršavanje i napredovanje u struci. To se mora sustavno rješiti, a ne da bude prepušteno pojedinačnim inicijativama, kao što je to sada.

7. Kojim kriterijem biste regulirali pravo liječnika na dodatni rad, izvan punog radnog vremena, kod poslodavca iz iste djelatnosti? Biste li u tom pravu izjednačili liječnike iz privatnog zdravstvenog sustava s liječnicima iz državnog zdravstvenog sustava?

Čorušić: Hrvatskim Ustavom zajamčeno je pravo na dodatni rad svima koji to žele i mogu, pa tako i liječnicima. Pravilnik ministra Varge o radu nakon punog radnog vremena nije zaživio, jer je loš i nepovoljan za liječnike. Zalažem se za model po kojem bi svaki liječnik, koji uredno odradi dodijeljeni mu posao za propisano radno vrijeme, imao pravo na rad izvan punog radnog vremena. To pravo na dodatni rad može ostvariti u svojoj matičnoj zdravstvenoj ustanovi ili u privatnom sektoru. No, ovdje moram napomenuti da postoji, doduše mali broj liječnika, koji rade u sustavu javnog zdravstva, a ujedno su vlasnici ili suvlasnici ambulanti ili poliklinika u privatnom sektoru. To je eklatantan primjer sukoba interesa, i to se ne bi smjelo tolerirati.

Varga: Mi smo to pitanje već riješili, vodeći računa i o interesima liječnika, i o pravima i dobrotobi pacijenata. 27. listopada ove godine stupio je na snagu Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca. Njime se jasno određuju uvjeti i način davanja odobrenja za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca. Prema izračunima Ministarstva zdravlja, oko 40 posto liječnika može zadovoljiti kriterij redovnog izvršenja radnih obveza kao uvjet za traženja odobrenja, a Pravilnik propisuje i neka dodatna ograničenja. Kako bi se sprječilo da većina ili svi zdravstveni radnici rade dodatne poslove, člankom 3. određeno je da poslodavac može dati odobrenja za najviše 50 posto zdravstvenih radnika jedne ustrojstvene, odnosno organizacijske jedinice koji su raspoređeni na srodna radna mjesta. S ovim se želi postići da najvredniji radnici unutar jedinica budu prepoznati pa time potičemo i pozitivnu konkurenčiju. Dodatno ograničenje odnosi se na vrijeme čekanja na terapijski ili dijagnostički postupak u zdravstvenoj ustanovi, čime Ministarstvo želi staviti listu narudžbi u medicinski prihvatljive granice.

8. Smatra li da bi programe staža, specijalizacija i subspecijalizacija, nadzor njihove provedbe te dodjele istih u cijelosti treba voditi struka bez ikakvog političkog utjecaja? Biste li ingerenciju nad njima prepustili nadležnoj Komori i time podržali proširenje njihovih ovlasti?

Varga: Zakonskim uređivanjem i regulacijom liječničke profesije prenošenjem svoje ovlasti na Komoru država osigurava korisnicima liječničke skrbi kompetentnu, etičnu i na standardima zasno-

vanu liječničku skrb. Temeljna zadaća Komore je zaštita pacijenta i bolesnika kroz zakonom definirane mehanizme koji jamče da liječničku skrb mogu provoditi samo osobe koje su temeljem zakona definiranog obrazovanja to pravo i stekle. Komora u isto vrijeme i štiti interes liječništva kao profesije od mogućnosti da zdravstvenu zaštitu povode osobe koje za to nisu ovlaštene. Kada se nadležne komore dokažu u svom osnovnom djelokrugu rada – dosljednom provođenju postojećih javnih ovlasti, može se eventualno govoriti o proširenju ovlasti.

Ćorušić: Hrvatska je mala zemlja i osobno smatram da se specijalizacije i subspecijalizacije moraju na razini cijele države odobravati dva puta godišnje. Taj proces nadziralo bi Ministarstvo zdravlja uz konzultacije s Hrvatskom liječničkom komorom. Tako bi se i specijalistički ispiti održavali dva puta godišnje i bili bi centralizirani, barem pismeni dio. Nešto slično državnoj maturi. Tako postižemo višu razinu znanja budućih specijalista. Naravno da će taj proces biti uskladen s HLK-om ali i sa stručnim društvima Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ).

9. Na koji način mislite osnažiti ulogu preventivnih javnozdravstvenih djelatnosti i koje bi javnozdravstvene politike bile Vaš prioritet u naredne četiri godine?

Varga: U Hrvatskom saboru 2012. je usvojena Nacionalna strategija razvoja zdravstva do 2020., kao temeljni dokument za donošenje i provedbu petnaest nacionalnih preventivnih programa, deset nacionalnih strategija i smjernica te dva akcijska plana. Velika većina tih dokumenata su izrađeni za razdoblje koje uključuje naredne četiri godine, tako da je smjer već definiran. Naglasak je stavljen na promicanje zdravog načina života i odgovornijeg ponašanja spram zdravlja, na nacionalne preventivne programe za rano otkrivanja raka te generalno, na stvaranje kulture prevencije kako među građanima,

tako i među zaposlenicima u zdravstvu. Već imamo nekoliko bolnica kojima je Svjetska zdravstvena organizacija dodijelila status Health Promoting Hospital i tu dobru praksu treba proširiti na sve bolnice.

Ćorušić: Sada su preventivne javnozdravstvene aktivnosti u inzerenciji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ). Kada gledate samo rezultate nacionalnih programa probira za rak dojke, rak debelog crijeva i rak vrata maternice, jasno je da HZJZ nije uspio. Mišljenja sam da te programe probira jednim dijelom treba „spustiti“ na razinu domova zdravlja, odnosno primarne zdravstvene zaštite. Osim navedenih programa probira za ova tri karcinomska sijela, prioritet će nam biti prevencija kroničnih bolesti (dijabetes, hipertenzija) i loših životnih navika kao što su pušenje i alkohol, naročito među mladima.

10. Hoćete li inzistirati na raščišćavanju afere oko nabavke nepotrebnih ECMO uređaja i koga smatraste odgovornim što su ti uređaji bespotrebno kupljeni?

Ćorušić: Afera ECMO uređaji podigla je popriličnu medijsku praslinu prije dvije godine i izazvala velik interes javnosti. Nisam posve upoznat s detaljima. No po medijskim napisima, dade se zaključiti da oko te nabave nije baš sve čisto. Ako se dokaže nepravilnost u postupku nabave ECMO uređaja onda, po meni, najveću krivnju snosi tadašnji resorni ministar, ali i ljudi iz stručnog povjerenstva koji su očito konzultirani pri donošenju odluke o kupnji tolikog broja ECMO uređaja.

Varga: Kako bismo primijenili isključivo stručna stajališta oko ovega predmeta, Ministarstvo zdravlja je oformilo stručno povjerenstvo koje je napravilo analizu i dalo svoje mišljenje, temeljem kojeg su uređaji preraspodijeljeni u ustanove koje koriste ovakvu opremu. ●

SAŽETAK

Ćorušić je za strukovni, Varga za granski kolektivni ugovor
Varga za stimulaciju, Ćorušić za koncesiju u PZZ-u

•
Ćorušić je ZA, **Varga** PROTIV penalizacije „nehitne hitnoće“

•
Varga: Političkih imenovanja nema ni sada
Ćorušić: Političko kadroviranje velik je problem hrvatskog društva

Pravo na dodatni rad u slobodnom vremenu

Ćorušić: Svima koji uredno odrade posao tijekom redovnog radnog vremena
Varga: Samo onima koji zadovolje važeći pravilnik (prema vrijednosti fakturiranja)

ECMO uređaji

Varga: Stručno povjerenstvo MiZ-a preraspodijelilo ih je tamo gdje se koriste
Ćorušić: Oko te nabavke nije baš sve čisto

Svim liječnicima treba omogućiti da u svoje slobodno vrijeme mogu dodatno raditi i zaraditi kao liječnici, od toga bi cijelo društvo imalo korist

Dr. Ivan Raguž, predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju HLK-a

Zakon o zdravstvenoj zaštiti omogućava zdravstvenim radnicima da, uz odobrenje poslodavca, za svoj račun mogu sklopiti posao iz zdravstvene djelatnosti poslodavca, odnosno da liječnici, kao i svи drugi zdravstveni radnici, smiju u svojoj profesiji, pod određenim uvjetima, raditi kod drugog poslodavca izvan redovnoga radnog vremena. Odobrenje iz ovoga Zakona poslodavac daje u skladu s mjerilima koje pravilnikom propisuju ministar zdravlja.

Cinjenica da se spomenuti „ministrov pravilnik“, koji određuje mjerila potrebna za predmetno Odobrenje poslodavca, u zadnjih dvadesetak godina četiri puta mijenjao svjedoči koliko su pravnoj nesigurnosti, kad je riječ o mogućnosti obavljanja dvojne prakse, izloženi hrvatski liječnici. Ona govori i o (ne) kvaliteti dosadašnjih rješenja.

Treba promijeniti srž nacrta Pravilnika

Hrvatska liječnička komora, potaknuta iskazanim interesom svojih članova, prepoznala je važnost reguliranja prava liječnika na dvojni rad (eng. „dual practice“) za ukupnu društvenu poziciju liječnika te je u kolovozu 2015. ustanovila radnu skupinu koja se bavila tom problematikom. Radna skupina IO HLK-a u sastavu: **Krešimir Luetić**, prvi dopredsjednik HLK-a; **Eva Jendriš Škrljak**, predsjednica Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu izvanbolničku djelatnost; **Ivan Raguž**, predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju; **Davor Vagić**, predsjednik Povjerenstva za bolničku djelatnost i **Davor Lazić**, pravni ekspert i savjetnik HLK-a za

pravna pitanja, proučila je važeći pravilnik, analizirala predloženi novi pravilnik, informirala se o rješenjima predmetne problematike u europskim državama te usuglasila i predložila na usvajanje Izvršnom odboru Komore službeni stav HLK-a o pitanju tzv. *dvojne prakse*.

Pri formiraju službenog stava Komore, radna skupina uzela je u obzir potrebe hrvatskih gradana i interese hrvatskog društva u cjelini. Imala je u vidu i način organizacije *dvojne prakse* u drugim europskim zemljama kao i hrvatske pozitivne propise.

Nedvojbeno je utvrđeno da pravna nesigurnost vezana uz (ne)mogućnost dvojnog rada značajno utječe na odluku liječnika za napuštanje Hrvatske i odlazak na rad u inozemstvo. Analizirajući aktualni Pravilnik donesen u mandatu prethodnog ministra zdravlja RH prof. **Rajka Ostojića** kao i predloženi Pravilnik u netom završenom Javnom savjetovanju ministra zdravlja RH prim. Siniše Varge, Radna skupina je uočila odredene zajedničke slabosti:

1. Oba Pravilnika polaze od **presumpcije nerada liječnika**. Prema njima, da bi liječnik dobio Odobrenje treba dokazati da je obavio određeni posao, tj. da nije neradnik.

2. U oba Pravilnika **rad liječnika se vrednuje isključivo kroz iskazanu vrijednost fakturiranih pruženih medicinskih usluga usporedenih s bruto plaćom liječnika**.

3. Oba Pravilnika doprinose **pravnoj nesigurnosti liječnika zainteresiranih za dvojnu praksu**.

4. **U osamnaest analiziranih europskih država nema rješenja baziranih na istim ili sličnim kriterijima koji su osnova hrvatskih Pravilnika** (kako aktualnog, tako i potencijalnog).

Princip kojim se, prema predloženom Pravilniku, pokušava utjecati na povećanje učinkovitost neposrednih izvršitelja (u ovom slučaju liječnika), Radna skupina je ocijenila

promašenim. Naime, kao što je karakteristično i za druge složene sustave, učinkovitost organizacije rada kao i izvršenje rada pojedinog liječnika odgovornost je voditelja ustrojstvene jedinica, a ne liječnika – izvršitelja.

Neprimjerenim je ocijenjeno i vrednovanje rada liječnika na način da se uspoređuje vrijednost izvršenih medicinskih usluga izražena u kunama prema izračunu nacionalnog osiguravatelja te ih se dovodi u vezu s bruto plaćom liječnika. U brojnim europskim državama mogućnost obavljanja dvojne prakse u potpunosti je liberalizirana. Niti u jednoj državi u kojoj to nije slučaj, ne postoji princip da liječnik koji obavlja dvojnu praksu mora dokazati svoj rad u zdravstvenoj ustanovi na način da se njegov rad vrednuje uspoređujući vrijednost fakturiranih medicinskih usluga i bruto plaće (vidi tablicu na idućoj stranici).

Slijedom navedenog Radna skupina je svoje zaključke kao i prijedlog nacrta Pravilnika o reguliranju obavljanja dodatnog rada zdravstvenih radnika za poslove iz zdravstvene djelatnosti poslodavca predstavila Izvršnom odboru HLK-a koji ih je jednoglasno prihvatio te je na njihovoj osnovi formiran službeni stav HLK-a o pitanju reguliranja dvojne prakse liječnika.

Stav Komore o pravu liječnika na dodatan rad za poslove iz djelatnosti poslodavca

HLK insistira na maksimalnom pojednostavljujući i liberalizirajući regulative koja omogućava dvojnu praksu, odnosno dodatan rad liječnika za svoj račun, a iz djelatnosti poslodavca.

HLK drži da se na liječništvo, koje u svojoj djelatnosti ima prvenstveno nastojanje za boljiti zdravstvenog stanja pacijenta, ne mogu rigidno primjenjivati klasična pravila tržišne utakmice. Stav je HLK-a da svaki liječnik koji je na svom radnom mjestu, u skladu sa struč-

nim i etičkim normama izvršio posao koji mu je raspodijelio neposredno nadređeni (predstojnik/pročelnik radne jedinice) treba imati pravo u svoje slobodno vrijeme dodatno raditi svoj posao i kod drugog poslodavca.

HLK je uvjerenja da ovakav pristup, uz zadovoljenje preduvjeta dobre organizacije posla u javnom zdravstvenom sektoru, što je odgovornost voditelja ustrojstvenih jedinica pojedinih ustanova, isključuje smanjenje učinkovitosti liječnika kao neposrednih izvršitelja zdravstvene zaštite u javnim zdravstvenim ustanovama.

Potencijalna korist liberalnog pristupa dozvoli za dvojni rad liječnika

Ovakav pristup dvojnoj praksi imao bi više struko pozitivan učinak na hrvatski zdravstveni sustav, ali i društvo u cijelini. Od njega bi korist imali svi dionici u zdravstvenom sustavu: pacijenti, liječnici, poslodavac i država. Njime bi se:

1. potaknula težnja izvrsnosti u obavljanju posla u javnim zdravstvenim ustanovama;

2. povećali opseg i vrsta pružene zdravstvene usluge, čime bi se zasigurno smanjile liste čekanja za pojedine dijagnostičke i terapijske postupke u javnim zdravstvenim ustanovama;

3. omogućila dodatna zarada stručnjacima koji u svoje slobodno vrijeme žele dodatno raditi te smanjilo nezadovoljstvo liječnika uzrokovano neadekvatnim primanjima, što bi utjecalo i na smanjenje odljeva liječnika iz hrvatskog zdravstvenog sustava;

4. omogućio dodatan prihod državnom proračunu RH.

Prije nepunih mjesec dana, 23. rujna 2015. godine, završilo je Javno savjetovanje Ministarstva zdravlja sa zainteresiranim javnošću o Nacrtu prijedloga pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca.

Hrvatska liječnička komora jedina je liječnička organizacija koja je tijekom savjetovanja iznijela svoje primjedbe na Nacrt prijedloga pravilnika. Argumentirano smo izrazili svoje neslaganje s dijelovima predloženih članaka te smo, kao službeni stav Komore, predložili određene izmjene koje u konačnici mijenjaju samu srž predloženog nacrta Pravilnika. Javno savjetovanje je dostupno na poveznici: <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=1909> ●

Dvojna praksa u europskim državama

DRŽAVA	DOPUŠTENOST DVOJNE PRAKSE	PROPIST
ALBANIJA	Nema ograničenja	Nema posebnih propisa
BELGIJA	Nema ograničenja dodatnog rada liječnika (osim zabrane konkurenčije)	Nema posebnog propisa
ČEŠKA	Postoji mogućnost da liječnik zaposlen u sustavu javnog zdravstva radi privatno – u vlastitoj privatnoj praksi ili u privatnoj bolnici.	Nema posebnog propisa koji bi se odnosio na rad izvan punog radnog vremena; Zakon o radu; svi radnici moraju imati dopuštenje primarnog poslodavca (ne samo zdravstveni).
DANSKA	Postoji mogućnost da liječnik zaposlen u sustavu javnog zdravstva radi privatno. Regulirano ugovorom između Danish Medical Association (njihove komore) i udruge poslodavaca. Uvjeti: dodatni rad mora biti kompatibilan osnovnom poslu i ne smije na njega utjecati (vremenski ili kvalitetom).	Nije navedeno
ESTONIJA	Nema ograničenja dodatnog rada liječnika (osim što primarni poslodavac može zabraniti zbog konkurenčije s njime).	Nema posebnog propisa
FINSKA	Postoji mogućnost i vrlo je često korишtena.	Nema posebnog propisa
GRČKA	Postoji 3 vrste ugovora za liječnike: 1. Potpuno zaposlenici javnog sektora 2. Potpuno zaposlenici privatnog sektora 3. Mješovito (vojni liječnici i profesori medicinskih fakulteta)	Nije navedeno
IRSKA	Za liječnike zaposlene u javnim/državnim bolnicama postoji nekoliko tipova ugovora koji specificiraju koju vrstu privatne prakse se može obavljati. Bitno je da zaposleni liječnik odradi ugovorene sate u javnom sektoru. Napomena: većim udjelom dodatnog (privatnog) rada, pada plaća u javnom sektoru (što ne određuju te bolnice nego zdravstvene vlasti).	
LATVIJA	Liječnici mogu raditi u nekoliko ustanova istovremeno. Rukovoditelji imaju ograničenja.	Nije navedeno
MAĐARSKA	Postoji mogućnost uz uvjet da liječnik prijavi svoj dodatni rad svojem poslodavcu	Nije navedeno
MALTA	Liječnici zaposleni u javnom sektoru mogu sklapati 2 vrste ugovora: jedan koji predviđa i privatnu praksu i jedan bez te mogućnosti. Nužnost je jedino izbjegavanje sukoba interesa.	Nije navedeno
NORVEŠKA	Nema regulative o tome, no liječnik može obavijestiti svojeg poslodavca. Ako se poslodavac ne složi, pregovara se s njime uz posredovanje Norwegian Medical Association.	Nema
NJEMAČKA	Postoji mogućnost – najčešće za osiguranike privatnih zdravstvenih osiguranja. Nema posebnih uvjeta za liječnikov privatni rad.	Nije navedeno
POLJSKA	Postoji mogućnost; nema ograničenja	Nema posebnog propisa
RUMUNJSKA	Postoji mogućnost dodatnog rada uz uvjete propisane Zakonom o radu – da se dnevno radi najviše 12 h.	Zakon o radu
ŠVEDSKA	Postoji mogućnost uz određene uvjete. Dijelom regulirano zakonom, a dijelom kolektivnim ugovorom između organizacije poslodavaca i sindikata (Swedish Medical Association). Radnik javnog zdravstva ne može imati dodatnan posao ako bi to umanjilo povjerenje (sumnja u neutralnost).	Kolektivni ugovor definira kada nije moguće imati dodatnan posao (kad bi dodatnan posao negativno utjecao na rad u javnom sektoru i kad bi dodatnan rad bio obavljan kod poslodavca koji je konkurenčija poslodavcu iz javnog sektora).
ŠVICARSKA	Postoji mogućnost dodatnog rada.	Nije navedeno
UJEDINJENO KRALJEVSTVO	Postoji mogućnost dodatnog rada; to je jedno od prava na slobodu i fleksibilnost koju jamči NHS (nacionalni zdravstveni sustav) svojim zaposlenicima. Zabranjen sukob interesa. Privatni pacijenti nemaju prednost pred pacijentima NHS-a već obratno. NHS-ov prostor, oprema i kadar mogu biti upotrijebljeni uz prethodan dogovor s NHS-ovim poslodavcem.	Medical Act, 1983, Code of Conduct for Private Practice (Kodeks postupanja za obavljanje privatne prakse) – izdaje Ministarstvo zdravlja

Timeo Danaos et...

O načelima za priznanja i nagrađivanje liječnika

Ivan Bekavac, dopredsjednik Hrvatske udruge bolničkih liječnika

Proljetos je Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske započelo dodjeljivati priznanja bolničkim liječnicima za izvanredan doprinos hrvatskom zdravstvenom sustavu. Već dvaput su podijeljena priznanja, kojima se vrednuje učinkovitost i kvaliteta rada. Za početak u svibnju, potom u rujnu, odabranici su bili kolege koji su fakturali najviše usluga bez obzira na specijalnost, jer je njihov rad u razdoblju od ožujka do svibnja ove godine ocijenjen najučinkovitijim i najkvalitetnijim.

Dakle, njihov učinak procijenjen je temeljem obavljenog broja usluga, odnosno fakturna koje bolnice ispostavljaju Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) za svaki dijagnostičko-terapijski postupak. Ministarstvo zdravlja ističe kako se, osim broja pacijenata, mjeri i složenost medicinskih postupaka, te se u konačnici dobije finansijska vrijednost obavljenog posla, na temelju koje se dolazi do rang-liste najuspješnijih. Osim priznanja Ministarstva zdravlja, liječnici su nagrađeni i stručnim usavršavanjem u iznosu do 10.000 kuna koje daje ustanova u kojoj rade.

Dodjeljivanje priznanja zaslužnim liječnicima u Hrvatskoj i nije novost. Naime, temeljem Pravilnika o odličjima i priznanjima Hrvatskoga liječničkog zbora, prihvaćenog 20. rujna 2005. godine, Glavni odbor, odnosno Povjerenstvo za odličja i priznanja Hrvatskoga liječničkog zbora, raspisuje natječaj za dodjelu odličja i priznanja.

Radi usporedbe, ali i istinitosti i dosljednosti kojoj težimo u Hrvatskoj udruzi bolničkih liječnika, želim upoznati cijenjeno čitateljstvo s obrascima postupanja u drugim ministarstvima Vlade RH, kad je riječ o dodjeli nagrada i priznanja.

Dakle temeljem članka 84. stavka 4. Zakona o policiji (»Narodne novine«, br. 34/11.), te Pravilnika o vrstama nagrada, medalja, priznanja i zahvalnica Ministarstva unutrašnjih poslova, te uvjetima i postupku njihove dodjele (NN 67/12) dodjeljuju se nagrade i priznanja, i to godišnja nagrada, prigodna nagrada, medalja, priznanje i zahvalnica.

Ili pak temeljem Zakona o odlikovanjima i priznanjima RRH (NN, 20/95.

ii41/06.), Uredbe o kriterijima za dodjeljivanje državnih nagrada za vrhunska športska postignuća (NN, br. 40/07.), Pravilnika o državnoj nagradi za sport »Franjo Bučar« (NN, 30/07.), Pravilnika o državnoj nagradi za socijalnu skrb i humanitarni rad (NN, br. 77/04.), Zakona o hrvatskim državnim nagradama za znanost (NN, br. 108/95., 104/97., 142/98.), Pravilnika o državnoj nagradi tehničke kulture Faust Vrančić (NN, br. 1/94.), Odлуке o dodjeli Matici hrvatskoj hrvatske državne nagrade (NN, br. 80/02.), Zakona o »Nagradi dr. Marija Schlesinger« (NN, br. 6/82. i 34/91.) te Pravilnika o vrstama pohvala i nagrada, uvjetima i postupku njihove dodjele (NN, br. 95/03., 108/03. i 81/06.), ali i brojnih drugih propisa koji su, istini za volju, izraz duboke ukorijenjenosti zahvalnosti u hrvatskom narodu, dodjeljuju stručna povjerenstva, koje imenuju ministarstva kulture, te prosvjete i športa.

Da, bilo je potrebno, radi slikovite suprotnosti, nabrojati dio propisa kojima je određena dodjela nagrada i priznanja u drugim djelatnostima sličnih zdravstvu po altruizmu, ali i po mnogočemu drugome. Jer iznenadenje, koje prirodno nastupa spoznajom kako Ministarstvo zdravlja nema zakonskih mogućnosti nagraditi liječnike, i prestaje biti toliko složimo li se oko činjenice da je manjak sustavnosti i utemeljenosti, nažalost, obrazac postupanja zdravstvene administracije prema bolničkim liječnicima.

Štoviše, Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva (NN 143/13) troškovi usavršavanja određeni su člankom 41., a povećanje plaće na temelju prihoda ostvarenog na tržištu člankom 48. gdje, nota bene, »poslodavac koji izvan sredstava zavoda i proračuna ostvaruje i prihode pružajući svoje usluge na tržištu, može radnicima, u slučaju pozitivnog financijskog poslovanja, povećati plaće prema osnovama i mjerilima utvrđenim općim aktom poslodavca sukladno posebnom propisu a uz prethodnu suglasnost ministarstva.«

U zaključku, dodijeljene nagrade i priznanja nisu rezultat trajnog sustavnog praćenja učinkovitosti i dobre zakonite pripremljenosti proizišlih iz izgradenog sustava nagradivanja liječnika koji će davati kvalitetne struč-

ne i znanstvene rezultate u konačnici, nego paradigma paušalnog, nedorečenog stava zdravstvenog menadžmenta prema bolničkim liječnicima.

U HUBOL-u smo itekako uvjereni da liječnici zaslužuju nagradu i priznanje, jer su u sadašnjim uvjetima još uvijek inicijativa i motivacija pojedinca kamen temeljac razvoju i provedbi Nacionalne strategije zdravstvene zaštite. Stoga tražimo od Ministarstva zdravlja žurnu izradu valjanog sustava prepoznavanja i nagrađivanja izvrsnosti liječnika, ali i ostalih dionika zdravstvenog sustava, temeljem sljedećih načela.

*Načelo prepoznatljivosti prepostavlja određen i mjerljiv učinak rada svakog liječnika, dakle vremensko kadrovske normativne temeljem kojih će biti određeni radni zadaci i kolik učinak treba postići u normalnom kapacitetu i uvjetima.

*Načelo financijske održivosti nagradnog fonda.

Načelo ustroja nagradivanja gdje će biti skupljene sastavnice poput npr. učinkovitosti (vremensko kadrovski normativi), ali i jedinstvenosti, edukativnosti ili neki drugi oblik primjernosti. Pritom valja voditi računa o osobitostima pojedinog zvanja te o važnosti pojedine sastavnice u cijelini ustroja nagradivanja.

*Te na kraju i načelo redovitosti, naime valja odrediti vrijeme dodjela nagrada i priznanja. Strategija zdravstva do 2020. Vlade Republike Hrvatske predviđa razvoj brojnih grana medicine, bitne promjene u organizaciji i izvedbi zdravstvenog sustava. Potpuno nove medicinske djelatnosti traže suvremen pristup izobrazbi i zapošljavanju liječnika. Godinama stara Odluka o zabrani novog zapošljavanja službenika i namještenika u javnim službama, temelj centralizacije odlučivanja nikako ne ide u prilog centrifugalnom zamahu strategije i razvoja, te tu Odluku vidimo kao stvarno mjerilo tromosti i nepripremljenosti.

U Hrvatskoj udruzi bolničkih liječnika želimo ostati glas savjesti bolničkih liječnika, istom pozivamo zdravstvenu administraciju na sugovorništvo te sudioništvo u stvaranju suvremenog zdravstvenog sustava. Bolnički liječnici imaju pravo i dužnost suodlučivanja, a ne biti predmetom odluka administracije.

Suvremene spoznaje iz korektivne dermatologije

Sanja Gregurić i Jasna Lipozenčić

Znanstveni simpozij „Suvremene spoznaje iz korektivne dermatologije“ pod pokroviteljstvom Razreda za medicinskih znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti (HAZU) u organizaciji Akademije medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH) i Savjeta akademija uspješno je održan 25. rujna u Hrvatskom liječničkom domu.

U pozdravnoj riječi je tajnik HAZU-a akademik Dragan Dekaris prigodnim riječima istaknuo znanstvenu i stručnu uspješnu suradnju HAZU-a i AMZH-a u svim vidovima znanstvenih postignuća: organizacija simpozija, tribina, proglašenje laureata i dobitnika znanstvenih nagrada AMZH-a.

Predsjednica AMZH-a je u svojoj pozdravnoj riječi također naglasila uspješnu suradnju HAZU-a i AMZH-a s brojnim održanim skupovima. Naglasila je potrebu starnog usavršavanja stručnjaka u ovom Simpoziju koji se bave korektivnom dermatologijom. AMZH je kao vrhunska medicinska udruga ovim simpozijem dokazala svoju ulogu zajedno s HAZU-om i Savjetom akademija.

Na Simpoziju su istaknuti postupci koji se primjenjuju u otklanjanju nepoželjnih promjena na koži i onih nastalih procesom starenja kože.

Već je stoljećima i kroz različite kulture poznat koncept ljudske dopadljivosti, koji se danas možda i više nego ikada želi zadržati. Sve češći su znaci preuranjenog starenja kože u osoba s faktorima rizika: koji su koristili „tešku šminku“, nisu je redovito odstranjivali s kože, prečesto su koristili solarije zimi, a ljeti su kožu lica izlagali ultravioletnim zrakama bez zaštite, konzumirali su alkohol i nikotin uz lošu prehranu i faktore okoliša.

Starenje kože je multifaktorski proces koji se dijeli u **intrinzično** i **ekstrinzično** starenje s fotostarenjem koje dovodi do preuranjenog starenja kože. Anatomski izgled kože se mijenja u procesu starenja kao i fiziološki kapacitet prvenstveno u elastičnim vlaknima, kolagenu, ekstracelularnim proteinima, uključujući proteoglikane i fibronektin, kao i u vezivnom tkivu dermalnog sloja kože. Koža intrinzičnim starenjem postaje suha, tanka, atrofična i stvaraju se bore. Intrinzično sta-

renje ovisi o povećanoj razini glikacijskog konačnog produkta (AGE) koji je genetski određen kao i u dijabetičkom starenju. Kolagen gubi elastičnost u glikacijskoj fazi i koža je podložna ozljedama na mehaničke podražaje. Kompenzacija s novim funkcionalnim kolagenom je potisnuta jer je modificirani kolagen otporan na MMP. Dok se u kronološkom starenju u koži javljaju plitke bore, ekstrinzično starenje se manifestira s dubljim borama, teleangiektažama i depigmentacijama. Ultraljubičasto zračenje je 80 %-tно glavni uzrok fotostarenja. Ostali uzroci ekstrinzičnog starenja kože su ionizirajuće zračenje, pretjerana toplina, ozbiljni fizikalni i psihički stresovi, slaba prehrana, alkohol, pušenje i zagađen zrak. U fotoekspoziciji koži se nađe i višak izražajnosti MMP-a više nego u kronološkom tipu starenja (MMPI-3 i 9) koji in vivo nije reguliran sa signalom transdukcije. UV zračenje oštećuje DNK direktno i indirektno utječe na inhibitor MMP-a te dovodi do apoptoze stanica, gubitka mehaničke funkcije kože i utjecaja na fibroblaste, na endogenu enzimsku i neenzimsku antioksidativnu razinu u koži.

Devetnaest stručnjaka je u izlaganjima dalo svoje ekspertno mišljenje o pojedinim korektivnim metodama (KM) temeljeno na suvremenim spoznajama u korektivnoj dermatologiji (KD).

Nažalost, svjesni smo sve učestalijih pojava provođenja zahtjevnih korektivnih tretmana u nezdravstvenim ustanovama koje obavljaju i nekompetentne osobe.

Dobro educiran i iskusni liječnik svjestan je važnosti individualnog pristupa svakom bolesniku ili klijentu, realne procjene vrste promjena na koži, realnih mogućnosti korekcije s jedne strane i njegovog očekivanja s druge strane. Psihološka priprema prije tretmana potrebna je posebice u određenog broja bolesnika ili klijenata, kao i provođenje ispravne njege kože nakon tretmana. Nerealna očekivanja bolesnika/klijenata apsolutna su kontraindikacija za svaki korektivni tretman.

Suvremeno otklanjanje znakova starenja kože sastoji se u primjeni postupaka prema indikacijama. Postoji niz terapijskih postu-

paka za sistemsku ili lokalnu primjenu: antioksidansi, vitamini C&E, zaštitna sredstva protiv Sunčevih zraka, karotenoidi, polifenoli, faktori rasta i citokini, koenzim Q10 (CoQ10), alfa lipoična kiselina, retinoidi, hormonalni nadomjesci, protuupalne tvari, plasma bogata trombocitima (PRP) i neablativni laseri. Drugi terapijski zahvati koji smanjuju postojeće znakove starenja, npr. bore, je su: kemijski piling, botulinum toksin A&B, dermalni fileri, radiofrekvencija i vidljivo svjetlo.

Estetska medicina čini ljude atraktivnijima i otklanja nedostatke. Danas je trend razviti postupke koji su učinkoviti, manje invazivni i s neznatnim nuspojavama. Pripravci koji se koriste u tretmanima za otklanjanje znakova starosti ovise o sloju kože koji treba regenerirati i stoga se apliciraju u njega. U epidermis se primjenjuju: zaštitna sredstva od Sunčevih zraka, vitamin C&E, polifenoli, ablativni laseri, karotenoidi, CoQ10, retinoidi i površinski piling.

U dermisu se primjenjuju iste metode, uz izlaganje intense pulse svjetlu (IPL), srednji i duboki pilinzi, hormoni, PRP, neablativni laseri, radiofrekvencija i dermalni fileri. U mišićno tkivo, ispod subkutisa, uspješno se primjenjuje botulinum toksin A i B.

Danas su najprimjenjivije metode za otklanjanje znakova starosti dermalni fileri.

Na simpoziju se raspravljalo o većini danas uspješnih KM-a za ublažavanje znakova starosti, a nakon predavanja i rasprave na Okruglom stolu doneseni su sljedeći zaključci.

Zaključci s Okruglog stola

- Poznavanje anatomije i patofiziologije kože neophodno je za procjenu i indikacije primjene pojedinih korektivnih metoda (KM).

- Starenje kože – senilna degeneracija – kronološko starenje, a solarna degeneracija – photo aging može se poboljšati različitim korektivnim metodama.

- Financijski pokazatelji potrošnje za nekirurške i kirurške zahvate nisu mjerilo uspješnosti primjene pojedinih korektivnih metoda

- Odabir klijenta/pacijenta se treba temeljiti na detaljnoj anamnezi i upitniku koji će

pomoći u postavljanju indikacija, odnosno kontraindikacija za korektivni tretman.

- Pri indikaciji za KM potrebna je zbog psiholoških aspekata uska interdisciplinarna suradnja (psiholog, psihijatar)

- Danas su još uvijek prisutna nerealna očekivanja klijenata iako je edukacija stručnih kadrova sve bolja

- Nuspojave KM mogu biti: „Frozen face“, „Spock eyebrow“, reakcije stranog tijela, diplopia, sindrom suhog oka (botoks); alergijske reakcije, granuloma, nekroza, infekcije od filera; eritemi, flushing, pruritus infekcije s HSV, bakterijske infekcije (streptokokne, stafilokokne i E.coli)

- U porastu su korektivni tretmani s brzo vidljivim učinkom, sa što kraćim vremenom oporavka uz što manji rizik od komplikacija i nuspojava.

- Dermatokirurgija u KM ima zapaženo mjesto i dio je specijalističkog usavršavanja iz dermatologije i venerologije.

- Primjena suvremenih kožnim implantata je najčešća primjenjivana metoda u korektivnoj dermatologiji (KD) danas, s malo nuspojava i velikom učinkovitosti. Hijaluronska kiselina (HA) u kombinaciji visoko i nisko molekularnih pripravaka primjenjuje se s uspjehom.

- IPL je vodeća metoda u segmentu KD za ublažavanje bora i ožiljaka, pigmentnih, vaskularnih promjena i hipertrikoze, akni i pogodna je za primjenu i u djece.

- Dermoabraziju kao uspješnu KD metodu treba i dalje primjenjivati za remodeliranje

kolagena u korekciji ožiljaka i dubokih bora.

- Fotodinamska terapija (PDT) je kozmetički prihvatljiva metoda koja primjenjuje specijalno crveno svjetlo na kožu premazanu fotosenzibilizatorom MAOP (metil-5-amino-4-oksopentanoat) za odstranjeњe aktiničkih keratoza i površinskih bazalioma, posebice na nosu, uškama ili koži glave.

- Sekundarna hiperhidroza je medicinski i estetski problem koji se tretira lokalno, sistemski, jontoforezom, botoxom A, lokalnom eksicijom i simpatektomijom. Botox A se uspješno primjenjuje po Nacionalnom postupniku „clearinghouse“ i jedan je od najčešće primjenjivanih pripravaka.

- Neurotoksini pojačavaju učinak filera i IPL-a.

- Laserski „resurfacing“ uspješno se primjenjuje za uklanjanje bora, znakova solarne degeneracije kože (photoaging) i ožiljaka. Neablativni laserski sustavi se uspješno koriste za remodeliranje kolagena u osoba s ožiljcima i borama. Suvremeni frakcijski resurfacing je idealan za osobe fototipa I-II i omogućuje brže cijeljenje kože.

- Problemi su u estetskoj kirurgiji: ožiljci, granulomi i pigmentacije.

- U poboljšanju estetike lica potrebno je kefalometrijsko planiranje.

- Nove tehnologije su i u području primjene filera (npr. Vycross), kako je prikazano na Simpoziju.

- Kemijski piling i mezoterapija korisne su KM za primjenu na koži cijelog tijela osim genitalne regije, kao i primjena filera za ublaža-

vanje bora, akni, ožiljaka, keratoza, psorijaze, folikulitisa i u rejuvenaciji.

- Danas su pilinzi najpopularniji zahvati u estetskoj medicini, s velikim assortimanom novih proizvoda, koncentracija i protokola za primjenu, kojih se treba pridržavati.

- Duboki piling smije izvoditi samo stručnjak koji se pridržava protokola i tehnike primjene. Potrebno je ipak u budućnosti standardizirati postupke za primjenu dubokog pilinga.

- U sprječavanju komplikacija od dubokog pilinga neophodna je selekcija pacijenata/klijenata a ne samo proizvoda.

- Primjena plazme bogate trombocitima (PRP) potrebna je u rejuvenaciji i pri liječenju akni i posttraumatskih ožiljaka, u hidradenitis supurativi, alopeciji, venoznim, arterijskim i dijabetičkim ulkusima.

- Najbolji rezultati u KD-u se postižu kombinacijom različitih KM-a.

- Potrebna je njega kože korneoterapijom i kozmetičcima kao dopuna u KD-a.

- Potrebno je uskladiti stručno mišljenje i iskustvo liječnika sa željom i očekivanjima pacijentovih promjena.

- Reparativne mjere s tretmanom: vitamonom A (retinol) i/ili antioksidansima (vitammina C+E+Q10) neophodne su nakon oštećenja kože nastalih od različitih korištenih aktivnih pripravaka.

- Potrebna je stalna edukacija medicinskog kadra koji primjenjuje KM, što je i naglašeno u predavanju o nuspojavama.

- AMZH je ovim Simpozijem dokazala brigu za zdravlje a posebice prevenciju bolesti. ●

Literatura

Bonnici M., Calleja-Agius J. Analysis of dermal ageing pathways and resulting anti-ageing interventions. Prime- Journal. Com 2014; 3:37-52

Global skin care products industry 2013-2018: Trends, profits and forecast analysis. Dublin, Ireland: Research and Markets, 2013. <http://tinyurl.com/plzjuha> (accessed 3 March 2014)

Murina AT, Kerisit KG, Boh EE. Mechanisms of Skin Aging. Cosmet Dermatol 2012;25:399-402

Waller JM, Maibach HI. Age and sink structure and funktion, a quantitative approach (II): protein, glycosaminoglycan, water and lipid content and structure. Skin Res Technol 2006;12 (3):221-35

Naylor EC, Watson RE, Sherratt MJ. Molecular aspects of skin ageing. Maturitas 2011;69 (3):249-56

Zhu P, Ren M, Yang C, i sur. Involvement of RAGE, MAPK and NF- κ B pathways in AGEs-induced MMP-9 activation in HaCaT keratinocytes. Exp Dermatol 2012;21(2):123-9



ODGOVOR HRVATSKOG LIJEČNIČKOG SINDIKATA:

Sestrinske udruge nemaju pravo zastupati liječnike

Ivica Babić, predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata

Povod za ovo reagiranje je demanti Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara- medicinskih tehničara (HSSM-MS-MT) objavljen u LN broj 143, str. 49.

Demanti započinje konstatacijom o nepoznavanju prava, obveza i odgovornosti. Kojih? Tko je dao pravo sestrinskom sindikatu da odlučuje o radno-pravnom statusu hrvatskih liječnika? Zar zaista autori demantija misle kako njima pripada legitimno pravo kreirati, ugovarati i tumačiti prava iz djelokruga rada liječnika?

Naivno sam vjerovao kako su vremena kad su „drugarice i drugovi“ partijski izabranici suvereno svemoćno volontaristički odlučivali o svemu, pa i onome što premašuje njihova znanja, sposobnosti i ovlasti.

Gospoda Hoić još uvijek misli kako se vratio vrijeme u kojem je obnašala odgovorne partijske dužnosti. Demanti razotkriva duh u kojem su vođeni pregovori. Naprosto, svi sindikalni pregovarači, uz izdašnu potporu vladinog pregovaračkog tima, uzimali su si za pravo suvereno i vehementno raspravljati o problematici za koju nisu bili kompetentni. Vladala je atmosfera i stav kako svi sve znaju. Pitanje liječničke diplome za njih je tek formalnost. Oni nisu imali vremena upisati se i završiti medicinski fakultet, a sva druga znanja i vještine stekli su svojim radom.

Kao aktivni sudionik socijalnog dijaloga i kolektivnih pregovora sudjelujem od osamostaljenja Hrvatske.

Nikada niti jednim činom Hrvatski liječnički sindikat (HLS), niti ja osobno, nismo pristali na smanjenje bilo čijih radnih i drugih prava. Naprosto, to je *conditio sine qua non* sindikalizma te kulturološka i civilizacijska stećevina uljudenog svijeta.

HSS-MS-MT i njihovi predstavnici nemaju znanja, nemaju kompetencije, nisu legitimni, nisu legalni niti imaju ovlaštenja sindikalno zastupati hrvatske liječnike, a nikako nemaju moralno pravo ugovarati prava i obveze za liječnike.

O pravima koja im je dodijelila partija na vlasti u današnje vrijeme suvišno je raspravljati.

Pozivanje na Direktivu EU2005/36 bacanje je prašine u oči. Nitko ne osporava ulogu i zadaću sestara i sestrinstva, posebno ne liječnici. To što naša praksa nije u cijelosti kompatibilna s europskim standardima problem je onih koji vode sestrinske udruge. Bilo bi bolje da se malo više bave tim pitanjima, a liječnike ostave na miru.

Vlada i poltronski sindikati, nemoćni u socijalnom dijaligu i u nedostatku argumenata, posegnuli su za nezakonitim postupcima: uvođenju radnih obveza i zabrani štrajka.

Nezakonitost je potvrđena presudama Europskog suda za ljudska prava i Ustavnog suda RH. Ni to im nije bilo dosta pa su posegnuli za izmjenom Zakona o radu i Zakona o reprezentativnosti sindikata kojima su liječnicima ukinuli reprezentativnost i uskratili pravo da ih zastupa Hrvatski liječnički sindikat, koji je u ovom trenutku jedini legalni i legitimni predstavnik liječnika.

U tijeku su sudske postupci, vidjet ćemo što će o tome odlučiti sudovi. Hrvatske liječnike može se izostaviti iz socijalnog dijaloga ali ih se ne može zaustaviti u borbi za socijalni i staleški status liječnika.

Licemjerno se navodi procesna greška Hrvatskog liječničkog sindikata. Koja je to greška? Jesmo li trebali potpisati ugovor koji bi dao legitimitet onome što su nam drugi skuhali u političkim kuhinjama na našu štetu?

Zar zaista vjeruju kako je HLS, koji je dobio procese na Europskom sudu za ljudska prava, Ustavnom sudu RH i drugim sudske instancama načinio procesnu grešku? Svatko si dopušta tumačiti pravo, no nije svatko kompetentan tumačiti pravo i pravne propise. HLS nije želio potpisati niti je potpisao kolektivni ugovor na štetu liječnika. Naglašavam, i ubuduće ni pod kojim uvjetima HLS neće potpisati niti jedan dokument koji je suprotan etičkom kodeksu, stručnoj opravdanosti i interesu liječnika.

U organizaciju prošlog štrajka napravili smo krivu procjenu. Naime, na molbu sestrinskog sindikata koji je izrazio želju da zajedno s nama organizira štrajk, datum početka štrajka odgodili smo za mjesec dana.

Na samom početku štrajka sestrinski sindikat je bez prethodne najave, razgovorom i obrazloženja prekinuo štrajk. Kakvu su trgovinu napravili pokazalo je vrijeme. Je li se tko zbog toga stidi? Očito ne, jer ne bi pisali ovakav demanti.

O pitanjima suvremenog sindikalizma i sindikalne solidarnosti u ovoj učmaloj sindikalnoj žabokrečini izlišno je raspravljati. Naravno, izuzimam časne sindikate i njihove lidere. Vjerovanje kako će medijska blokada trajati beskrajno, kako će se medijskom blokadom sakriti istina, a vrijeme dovesti do zaborava, bilo je naivno.

Nadam se kako ćemo o nečasnim radnjama nekih naših kolega, u vezi s našim pravima, statusom liječnika i štrajkom, progovoriti na stranicama naših novina. Eppur si muove!

U Virovitici, 25. listopada 2015.



IZBORI - PRAZNIK DEMOKRACIJE

Ivica Babić, predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata

Poštovane kolegice i kolege!

Pred nama su parlamentarni izbori. Svakodnevno kroz sve medije, uključujući društvene mreže, zapljenuti smo nizom događanja u djelatnosti zdravstva. Dobiva se dojam kako nam na sve strane cvatu ruže ili kako će procvasti. O tome kakvo nam je zdravstvo svjedočite svakodnevno.

No, želim vas podsjetiti što se događalo s našim radnim i drugim pravima u mandatu ove vlasti.

Vlada kao predlagatelj zakona pokrenula je i svojom parlamentarnom većinom donijela niz zakona. Ovom pirikom izdvajam Zakon o radu u kojem je smanjila razinu radnih prava i zabranila nam štrajk i Zakon o reprezentativnosti kojim je Hrvatski liječnički sindikat isključila iz pregovora.

Naime, opća prohibitivna stopa u Hrvatskoj je 5 %, što znači da lista koja dobije više od 5 % glasova ulazi u Sabor. U zakonu o reprezentativnosti sindikata prohibitivna stopa za reprezentativnost iznosi 20 % svih članova sindikata u djelatnosti za koju se pregovara.

To praktički znači, kad bi svi liječnici koji rade u jednom sektoru bili članovi Hrvatskog liječničkog sindikata, ne bi bili reprezentativni s obzirom na ukupan broj zaposlenika u djelatnosti zdravstva.

Istim zakonom uskraćeno je pravo Hrvatskom liječničkom sindikatu na strukovno ko-

lektivno pregovaranje, unatoč presudi Europskog suda za ljudska prava u procesu „Hrvatski liječnički sindikat protiv Hrvatske“ koju smo dobili i kojom su zajamčena tri temeljna sindikalna prava: pravo na sindikalno organiziranje, pravo na kolektivno pregovaranje i pravo na štrajk.

Zakonom o sanaciji ustanova Vlada je praktično uvela izvanredno stanje u djelatnosti zdravstva.

Razvlastili su, na određeno vrijeme, vlasnike zdravstvenih ustanova, suspendirali su radničko suodlučivanje i uveli su menadžment po načelu stranačke podobnosti umjesto načela stručnosti i sposobnosti.

U proteklom mandatu Vlada nam je u više navrata smanjila stečena prava, koja su u uljudenim društвima zajamčena kao civilizacijska stečevina.

Poništili su nam Kolektivni ugovor i drastično smanjili naša materijalna prava. Ugovor je još uvjek u postupku pred Vrhovnim sudom RH. Vidjet ćemo što će sud presuditi. U zaštiti naših prava ustrajat ćemo do kraja, uključujući europske sudove.

Uzeli su nam božićnicu.

Uzeli su nam regres.

Smanjili su nam putne troškove.

Smanjili su nam koeficijente složenosti radnih mesta.

Smanjili su nam jubilarnu nagradu.

Uzeli su nam dodatak na vjernost službi.

Namjeravali su po drugi put smanjiti koeficijente složenosti radnih mesta, čemu smo se usprotivili i privremeno zaustavili smanjenje.

Protuzakonito su nam zabranili štrajkati, uveli su nam radnu obvezu, nametnuli oporu medijsku blokadu i brutalno se obračunali s organizatorima štrajka. Falsificirali su potpis Hrvatskog liječničkog sindikata na Dodatku 2. Temeljnog kolektivnog ugovora za službenike i namještenike u javnim službama. Ignorirali su presudu Europskog suda za ljudska prava.

Zaključno, za mandata ove Vlade smanjena su nam materijalna i druga radna prava. Orkestrirano se napadalo na liječnike, optuživali su nas i neosnovano blatili. Na kraju želim vas podsjetiti na poznatu Ezopovu basnu o lisici i rodi.

Poštovane kolegice i kolege, vrijeme je, pozovimo lisicu u goste.

Zahvaljujem predsjedniku HLK-a mr. sc. Trpimiru Goluzi, dr. med., i uredništvu „Liječničkih novina“ koji su prekinuli medijsku blokadu Hrvatskog liječničkog sindikata.

U Virovitici, 25. listopada 2015.

3. Onkološki kolokvij HAZU-a

Marijan Lipovac

Održan je 14. listopada i na njemu su predstavljeni najnoviji radovi grupe prof. dr. **Nives Pećina-Šlaus** s MEF-a u Zagrebu vezani uz signalni put Wnt, s posebnim osvrtom na tumore mozga. Signalni put Wnt otkriven je prije 30 godina i jedan je od osnovnih staničnih signalnih putova. Ima važnu ulogu tijekom razvoja središnjega živčanog sustava jer je uključen u regulaciju oblikovanja embrijskih stanica, proliferaciju, diferencijaciju, staničnu adheziju, preživljivanje stanica i apoptozu. Neispravno funkcioniranje puta Wnt-a odgovorno je za tumorogenezu u različitim tkivima, a poznato je da je uključen i u procesu nastanka tumora mozga, što je područje interesa grupe s MEF-a u Zagrebu.

Prof. Nives Pećina-Šlaus, voditeljica Laboratorija za neuroonkologiju Hrvatskoga instituta za istraživanje mozga, održala je predavanje na temu *Put prijenosa signala Wnt i astrocitni tumori mozga*. Astroцитomi su najčešći primarni tumori središnjega živčanog sustava, no unatoč napretku u razjašnjavanju genetske glioma, molekulski mehanizmi uključeni u njihovo nastajanje i progresiju i dalje nisu dovoljno poznati. Predavačica je prikazala istraživanja u sklopu novog projekta Hrvatske zaklade za znanost pod nazivom *Uloga signalnog puta Wnt u epitelno-mezenhimskoj tranziciji i akronim WNT4EMT* koja se bave

molekulskim mehanizmima progresije tumora mozga. Projekt se bavi ulogom signalnog puta Wnt u procesu epitelno-mezenhimske tranzicije (EMT) u tumorima mozga.

Prof. dr. **Ljiljana Šerman** iz Zavoda za biologiju MEF-a u Zagrebu govorila je o signalnom putu Wnt u regulaciji invazivnosti trofoblasta i tumora. Zbog svoje sposobnosti da rapidno proliferira i invadira u majčino tkivo, invazivni trofoblast podsjeća na maligne stanice, ali – za razliku od njih – njegov je invazivni potencijal precizno reguliran te prostorno i vremenski kontroliran.

Specifične sličnosti uključuju ekspresiju zajedničkih faktora rasta, staničnih adheziskih molekula, enzima za razgradnju izvanstaničnih proteina te proizvode protoonkogena i tumor supresorskih gena. Placenta je jedino zdravo tkivo u kojem je ekspresija ključnih regulatora staničnog ciklusa više nalik ekspresiji gena u tumorskim stanicama nego u zdravom tkivu. Smatra se da se trofoblast i stanice raka koriste zajedničkim genetskim i epigenetskim modifikacijama koje facilitiraju njihova proliferacijska, invazivna i migratorna svojstva. Dosadašnja istraživanja pokazuju da Wnt/beta katenin signalni put igra važnu ulogu u navedenim procesima kako u posteljici tako i u tumorском tkivu, posebno do sada manje istraženi

akteri toga signalnog puta poput SFRP, TCF i DVL proteina. Identifikacija molekula odgovornih za kontrolu mehanizama invazivnosti trofoblasta daje temelje za razumijevanje procesa invazivnosti tumora te tako otvara mogućnost ranijeg dijagnostičkog i terapijskog djelovanja.

Anja Kafka, mag. biol. exp., s Hrvatskoga instituta za istraživanje mozga održala je predavanje *Promjene u strukturi gena i izraženosti proteina DVL1, DVL2, DVL3 u glioblastomima*. Glioblastomi su najzločudniji i najinvazivniji tumori središnjega živčanog sustava, a u razvoju bolesti uključen je i signalni put Wnt. Prvi citoplazmatski protein koji sudjeluje u prijenosu signala jest fosfoprotein Dishevelled (DVL), koji se smatra središnjim čvoristom toga signalnog puta.

U istraživanju ove grupe pokazano je da je ekspresija DVL1, DVL2 i DVL3 u zdravom moždanom tkivu vrlo niska, dok je u glioblastomima utvrđena umjerena ili jaka ekspresija u 65 posto (DVL1), 73,5 posto (DVL2) i 67 posto (DVL3) uzoraka. DVL bi mogao imati važnu ulogu u proliferaciji i invaziji glioblastoma. Buduća istraživanja na većem broju uzoraka trebala bi dodatno razjasniti njegovu ulogu i njegov potencijal kao molekulskog dijagnostičkog markera ili terapeutske mete. ●

Simpozij o emergentnim i reemergentnim zoonozama

Marijan Lipovac

U organizaciji triju nacionalnih akademija – Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine i Slovenske akademije znanosti i umjetnosti – te Hrvatskog društva za biosigurnost i biozaštitu Hrvatskoga liječničkog zbora, u HAZU-u je 15. listopada održan prvi međuakademski simpozij *Emergentne i reemergentne zoonoze 21. stoljeća*.

Emergentne zarazne bolesti su bolesti koje se prvi putjavljaju u ljudi ili životinja, a reemergentne su one koje su postojale u prošlosti, a sada se ponovno bilježi njihov porast širom svijeta.

Te su bolesti u pravilu uzrokovane visoko-patogenim mikroorganizmima, obično re-

zistentnim na lijekove, koji su većinom i na listi mikroorganizama što se mogu rabiti u bioterističke svrhe. Globalna su prijetnja zdravlju ljudi i životinja, a taj problem postaje sve ozbiljniji. Gotovo 75 posto tih bolesti čine zoonoze, bolesti koje se prenose sa životinja na ljude, direktno ili preko vektora (komarci, krpelji).

Nedavna pojava epidemije ebole, dengue, virusa zapadnog Nila, MERS-a, hepatitisa E virusa i dr. – „izbacila“ je te bolesti u sam vrh interesa svjetskih medicinskih i političkih autoriteta i institucija, uz posebnu pozornost koja se daje istraživanju divljih rezervoara i vektora koji prenose navedene bolesti.

Na simpoziju su svoja znanja i iskustva o zoonozama u ljudi i životinja u Hrvatskoj,

Sloveniji te Bosni i Hercegovini razmijenili akademici i suradnici triju nacionalnih akademija (prof. dr. **Mirsada Hukić**, akademkinja **Tatjana Avšić Županc**, prof. dr. **Alemka Markotić**, akademik **Josip Madić**, prof. dr. Željko Cvetnić) te stručnjaci i znanstvenici iz Klinike za infektivne bolesti Dr. Fran Mihaljeviću Zagrebu (dr. sc. **Oktavija Đaković Rode** i dr. sc. **Ivan-Christian Kurolt**).

Osobna iskustva o terenskoj dijagnostici ebole tijekom epidemije u zapadnoj Africi izložila je gošća s Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Ljubljani dr. sc. **Miša Korva**, a o ulozi i značenju Europskog društva za biosigurnost u navedenoj problematici izložila je dosadašnja predsjednica tog društva dr. sc. **Isabel Hunger-Glasser**. ●

Pedijatrijska radiologija u Hrvatskoj

Ana Tripalo Batoš

Učast otkrića rentgenskih zraka, od 2012. godine se svake godine 8. studenog obilježava Međunarodni dan radiologije (IDoR – International Day of Radiology). Ove je godine IDoR posvećen pedijatrijskoj radiologiji, a obilježavanje ovog dana je globalnog karaktera. Uz Europsko društvo radiologa i Europskog društva za pedijatrijsku radiologiju, u aktivnosti oko Međunarodnog dana radiologije uključene su praktički sve radiološke te pridružene asocijacije u svijetu. Radi približavanja, popularizacije i demistifikacije radioloških postupaka djeci kojoj su one potrebne, kao i roditeljima, održan je Dan otvorenih vrata 8. studenog 2015. S obzirom na ovaj datum i važnost pravilnog informiranja javnosti o ulozi dijagnostičkih metoda, bitno je prikazati kakav je naš rad i područje djelovanja. Zavod za dječju radiologiju u Klinici za dječje bolesti Zagreb djeluje ne samo u sklopu svakodnevnih aktivnosti (klasična radiološka dijagnostika, ultrazvučna dijagnostika, CT i MR dijagnostika) nego i kao edukacijski modul za subspecijalizante, specijalizante, studente medicine i inženjere radiologije u području pedijatrijske radiologije.

Dječja radiologija je posebna grana radiologije koja uključuje slikovni prikaz fetusa, novorođenčadi, dojenčadi, djece, adolescencu i mlađih osoba do 18 godine života. Dječja radiologija se razlikuje od opće radiologije zbog specifičnosti dječje anatomije, fiziologije i patologije. Potrebno je poznavati i razumjeti posebnosti pojedinih dobnih skupina zbog širokog dobnog raspona pedijatrijskih bolesnika. Valja naglasiti da pacijent u pedijatrijskoj radiologiji nije samo dijete, veći i njegovi roditelji, staratelji i rodbina. Stoga je dobra komunikacija i suradnja s pacijentima i pratnjom ključna za kvalitetan dijagnostički postupak, ali i dodatno zahtjevna za liječnika i osoblje.

Dječja radiologija danas koristi sve metode koje se koriste u općoj radiologiji, uz preduvjet da radiolog posjeduje znanja i vještine potrebne za razumijevanje kliničke pedijatrije. Općenito, cilj primijenjene slikovne metode je procjena, dijagnostika, razumijevanje i praćenje bolesti i abnormalnosti. Međutim, za razliku od radiologije odrasle dobi, u kojoj je se odredena pretraga uglavnom radi kod pacijenata za koje postoji velika klinička

sumnja na pozitivan patološki nalaz, u dječjoj dobi se slikovne metode koriste u svrhu isključivanja bolesti ili abnormalnosti, čak i u slučajevima s niskim kliničkom sumnjom na patološki nalaz.

Dječja radiologija je uz neuroradiologiju najstarija zasebna grana radiologije. Nekoliko mjeseci nakon otkrića rendgenskih zraka, ova se tada nova dijagnostička metoda počela primjenjivati na djece. Godine 1897. u Gracu u Austriji je osnovan prvi radiološki pedijatrijski odjel.

Godine 1910. je objavljen prvi udžbenik o dječjoj radiologiji. Pedijatrijska je radiologija doživjela daljnji zamah kasnih 1940-ih razvojem i pedijatrije i radiologije. Brzi tehnički i informatički razvoj između 1960-ih i 1990-ih rezultirao je uvođenjem novih slikovnih metoda (ultrazvuk, kompjutorizirana tomografija, digitalna radiografija, magnetska rezonancija, teleradiologija). Primjenom ovih novih tehnologija dječja radiologija poprima svoje današnje okvire. Dječja radiologija je danas prepoznatljiva i jasno definirana grana radiologije i neodvojivi dio moderne dječje medicine.

Dječja radiologija koristi sve slikovne modalitete radiologije odrasle dobi, ali algoritam dijagnostičkih postupaka, tehnika snimanja i protokoli su prilagođeni specifičnim potrebama djeteta. Važno je da su algoritmi pretraga pravilno postavljeni kako bi specijalisti drugih grana mogli ispravno postaviti indikaciju za primjenu određene slikovne metode. Uska suradnja i komunikacija s ordinariusom pacijenta ključna je u odabiru najprikladnije slikovne metode ili algoritma pretraga potrebnih za visoko kvalitetnu i pouzdanu dijagnostiku, uzimajući u obzir potencijalne štetne učinke, trajanje pregleda i invazivnost.

Izbor najprikladnije metode snimanja ovisi o dobi pacijenta, te o anatomske i fiziološkim razlikama u odnosu na odraslu populaciju kao i na kliničko pitanje. Međutim, najbitnije je da se u što kraćem vremenu na ispravan i pouzdan način s najmanje invazivnom metodom dođe do dijagnoze.

Govoreći o ionizirajućem zračenju kao najčešćoj dvojbi vezanoj za radiologiju općenito, treba naglasiti da su djeca osjetljivija na ionizirajuće zračenje od odraslih, zbog bioloških čimbenika i dužeg vremenskog perioda u

kojem će biti izloženi drugim vrstama ionizirajućeg zračenja kroz život. Zbog toga je veća vjerojatnost da se mogući štetni učinci zračenja mogu manifestirati. Iako je pojedinačni rizik za dijete vrlo mali, povećanje broja pregleda svake godine akumulira sve veću količinu zračenja po pojedincu nego prije 10-ak godina.

Srećom, danas se sve češće primjenjuju slikovne metode koje ne koriste ionizirajuće zračenje, ali u isto vrijeme daju nam i visoko kvalitetne dijagnostičke informacije. Ovim neionizirajućim metodama dajemo prednost kad je to moguće i uključujemo ih kao primarne u algoritam dijagnostičkih slikovnih metoda.

Najvažniji način zaštite od ionizirajućeg zračenja je točna indikacija za primjenu slikovnih metoda, posebno onih koje koriste ionizirajuće zračenje. Važna je primjena odgovarajućih protokola i tehnika ovisno o regiji koja se kod djece snima. Naravno, u našoj ustanovi se koriste zaštitna sredstva i na današnjem tržištu dostupna tehnološka rješenja kako bi se povećala zaštita djece.

U ustanovama koje povremeno koriste radiološke tehnike za pedijatrijsku dijagnostiku, svijest općih radiologa raste svake godine o potrebi prilagodbe tehnika snimanja slikovnih metoda za potrebe djece kao i potreba za prilagodbom protokola dobi. Međutim, protokoli i preporuke koje se odnose na niske doze zračenja još uvijek nisu opće prihvaćene.

Postoji razlika u pristupu pedijatrijskih radiologa, koji svakodnevno očitavaju pedijatrijske pretrage i radiologa odrasle dobi, koji je u sklopu svoje profesije ponekad bave pedijatrijskom radiologijom. Potrebno je osigurati dodatnu obuku za sve radiologe koji se bave pedijatrijskom radiologijom kao dijelom svog posla, bez obzira na opseg, kako bi bili svjesni tehnika i protokola koji se odnose na specifične zahtjeve pedijatrijske radiologije. To je u prvom redu odnosi na preporučene algoritme i protokole koji se primjenjuju u modalitetima koji koriste ionizirajuće zračenje.

Bitna je i edukacija roditelja, staratelja i rodbine u pratnji. Svijest roditelja, staratelja i rodbine o mogućim štetnim učincima povezanih s izlaganjem zračenju povećava iz godine u godinu. Sve češće pitaju koja se slikovna metoda primjenjuje, kako i zašto,

te da li ta metoda primjenjuje ionizirajuće zračenje. Velika većina roditelja je upoznata s činjenicom da slikovne metode poput magnetske rezonancije (MR) i ultrazvuka (US) ne koriste ionizirajuće zračenje. Dobra suradnja, otvoreni razgovor i partnerstvo s roditeljima i rođenicima je bitno za kvalitetan dijagnostički postupak. Trudimo se da su roditelji uključeni u dijagnostički proces, kad je to moguće, te da su njima, a i djeci objašnjene prednosti, kao i ograničenja pojedinih slikovnih metoda. Pravilna primjena slikovnih metoda koje su nam dostupne može realno znatno smanjiti rizik od mogućih negativnih učinaka štetnih zračenja.

Pregledi nekim slikovnim metodama poput MR mogu trajati i do 60 minuta. Cilj je da pregledi budu što je moguće ugodniji za djecu pa tako i za roditelje. To postižemo zahvaljujući poboljšanim karakteristikama aparata, pa se time skraćuje trajanje pregleda i izloženost ionizirajućem zračenju.

Bez obzira na napredak, MR pregledi su još uvek dugi, što ponekad može dovesti do nelagode i straha kod djeteta. Dobra priprema djeteta je bitna i mora se obaviti prije pregleda. Važno je upoznati dijete s načinom pregleda i kako i gdje će se izvršiti. Zato je važna suradnja roditelja i medicinskog osoblja. Timski rad i koordinacija pacijenta i liječnika su izuzetno važni utjecu na kvalitetu pretrage. Kontinuirani napredak tehnologije nam pomaže skratiti trajanje pregleda i učiniti ga što je moguće ugodnijim za dijete.

U Hrvatskoj postoji jedna sveobuhvatna bolnica posvećena dječjoj patologiji, Klinika za dječje bolesti Zagreb. U drugim bolnicama koje imaju pedijatrijske odjelle, pedijatrijska obrada uključujući i radiološku obradu provodi se kao dio opće radiologije.

Nažalost, ne postoji niti jedan register koji nam daje ukupan broj radioloških pretraga, ali iz vlastitih podataka znamo da se svake

godine broj povećava. Povećavanje broja pregleda posljedica je decentralizacije institucija koje obavljaju radiološke pretrage djece u sklopu opće radiologije.

Za razliku od radiologije odrasle dobi, pedijatrijska radiologija ima za cilj isključiti prisutnost bolesti ili abnormalnosti i kod djece-bolesnika s niskim kliničkom sumnjom, što znatno povećava broj pregleda.

Veliki je problem je zamjena i nadogradnja

ju ove postupke. Edukacijski problem je što ne postoji subspecijalizacija iz pedijatrijske radiologije.

Pedijatrijska radiologija i radiologija u cijelini se razvija iznimno brzo, zbog brzog razvoja medicinske i informatičke tehnologije. Razvoj digitalne tehnologije ultrazvuka i MR tehnologije važni su za pedijatrijsku radiologiju jer je time dijagnostika znatno poboljšana i obogaćena osobito tijekom posljednjih nekoliko desetljeća.

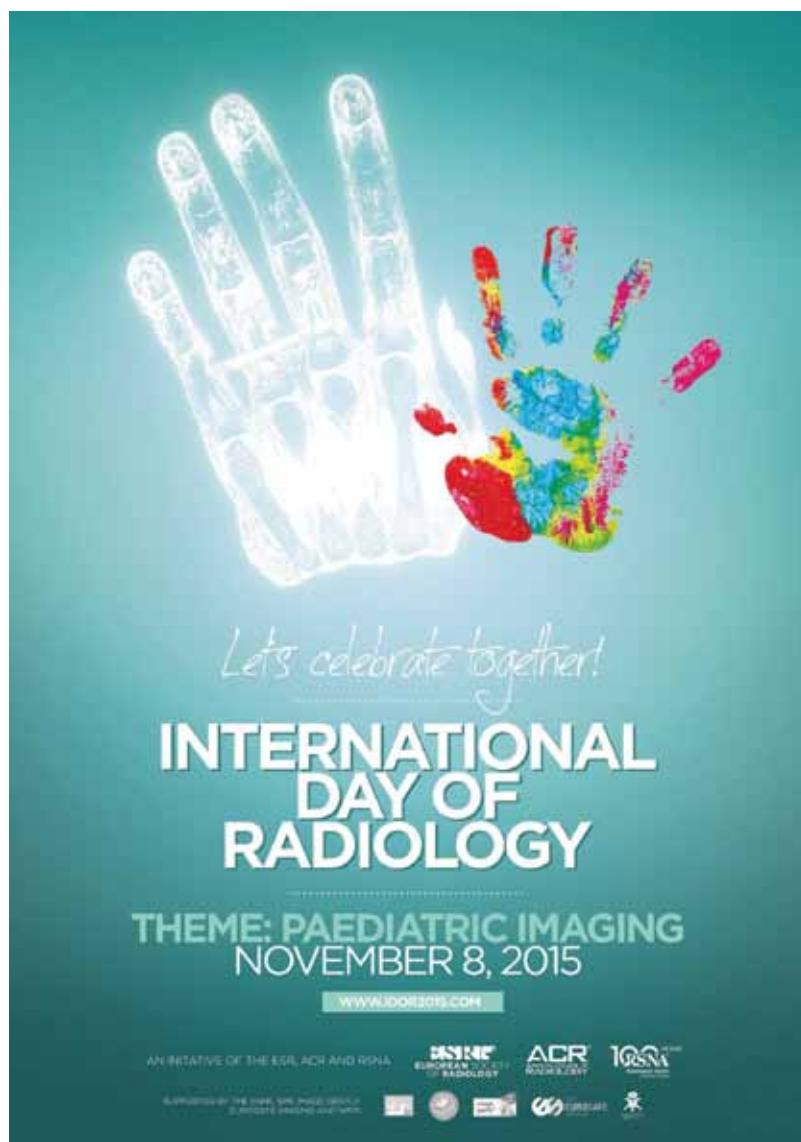
Danas možemo govoriti o dječjoj radiologiji bez ili s minimalnom dozom zračenja što je bilo nezamislivo prije nekoliko godina. Pedijatrijska radiologija je neodvojivi dio pedijatrijske medicine u svim kliničkim područjima tako da je bez nje, moderna pedijatrija nezamisliva.

U budućnosti se nadamo da ćemo uspjeti imati pedijatrijsku radiologiju bez ili s minimalnom dozom ionizirajućeg zračenja u svim ustanovama.

Svaki dan se suočavamo sa sve bržim razvojem ultrazvuka i MR tehnologije i sofisticiranog CT i digitalnih rendgenskih uređaja. Značajan napredak ultrazvuka i MR rezultirao je porastom kvalitete nalaza i vrlo pouzdane dijagnostike, te smo dovedeni u poziciju da te metode mogu gotovo u potpunosti zamjeniti metode koje koriste ionizirajuće zračenja u mnogim kliničkim situacijama.

Daljnji tehnološki napretci postojećih slikovnih modaliteta sigurno će dobitno ojačati pedijatrijsku radiologiju, iako se možda to ne čini tako. U području obrazovanja, naš cilj bi trebao biti postaviti oštре granice u indikacijama i postaviti algoritme u svrhu jasnog izbora slikovnih metoda i pristupa pacijentu ovisno o indikaciji. Na taj način bismo olakšali i kolegama radiologima koji ne rade svaki dan pedijatrijsku radiologiju i drugim kliničarima da jednostavnije i brže obave pedijatrijske radiološke pretrage.

abatosh@gmail.com



radiološke opreme, a u nekim institucijama dio radiološke opreme je tehnološki zastario i upitne kvalitete. Međutim, veći je problem što opći radiolozi nisu dobili dovoljnu edukaciju iz pedijatrijske radiologije, te korektnog korištenja radioloških postupaka kada je pacijent dijete.

Tu je i problem liste čekanja za neke složenije dijagnostičke postupke (npr. MR u anesteziji), zbog malog broja specijaliziranih dijagnostičkih slikovnih centara koji obavljaju

Lijekovi za liječenje pospanosti kod osoba koje rade smjenski i problema sa spavanjem nakon smjenskog rada

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

Sažetak

Rad u smjenama povlači za sobom osjećaj pospanosti na poslu, kao i probleme sa spavanjem između smjena. Cochrane sustavni pregled analizirao je učinak lijekova koji su djelotvorni za poboljšanje kvalitete sna radnika nakon rada u noćnoj smjeni. Također je proučen učinak tvari poput kofeina u održavanju budnosti smjenskih radnika.

U sustavni pregled uključeno je 15 randomiziranih kontroliranih pokusa s ukupno 718 sudionika. Istraživanja su procijenila učinak melatonina i hipnotika na san nakon smjene, kao i učinak modafinila, armodafinila, kofeina i kratkotrajnog spavanja na pospanost tijekom smjene.

Učinak različitih intervencija na trajanje i kvalitetu sna: Osobe koje uzimaju melatonin mogu spavati 24 minute duže tijekom dana nakon noćne smjene, ali možda nema učinka na druge ishode spavanja, kao što su vrijeme potrebno za usnivanje (*niska kvaliteta dokaza*).

Nuspojave melatonina bile su rijetke. Za hipnotike (zopiklon), nije nađeno dovoljno dokaza da bi se znalo utječu li na dužinu spavanja (*vrlo niska kvaliteta dokaza*). Nisu pronađene studije o njihovim nuspojavama kod smjenskih radnika.

Učinak na pripravnost ili pospanost tijekom smjene: Modafinil i armodafinil vjerojatno imaju mali učinak na smanjenje pospanosti i povećanje pripravnosti tijekom noćne smjene, sudeći po dokazima dobivenima nakon tri mjeseca praćenja osoba s poremećajem sna zbog smjenskog rada (*umjerena kvaliteta dokaza*). Glavobolja i mučnina su bile najčešće nuspojave tih lijekova i u kratkoročnim i dugoročnim studijama. Međutim, opisani su ozbiljni kožni poremećaji povezani s uzimanjem tih lijekova. Nisu pronađena istraživanja provedena među radnicima kojima nije dijagnosticiran poremećaj sna zbog smjenskog rada. Pronađeno je jedno istraživanje koje je pokazalo da su ljudi koji su uzimali kofein u kombinaciji s kratkotrajnim spavanjem prije noćne smjene imali povećanu pripravnost tijekom smjene.

Kakva su nam još istraživanja potrebna?

Dokazi uključeni u sustavni pregled bili su slabe kvalitete i uglavnom iz manjih istraživanja. Tvari koje potpomažu san i pripravnost imaju potencijalno ozbiljne nuspojave. Stoga je potrebno provesti još istraživanja kako bi se utvrdila korist i šteta od tih lijekova.

Uvod

Mnogi poslovi, uključujući brojne poslove zdravstvenih radnika, uključuju smjenski rad. U ovom sustavnom pregledu analizirane su intervencije kod radnika kod kojih je radni raspored takav da najmanje 25% radnog dana uključuje glavninu radnih sati koji se odvijaju izvan uobičajenog zapadnjakačkog radnog vremena od 8 do 17 h.

Brojne industrije i usluge radne sate svojih radnika organiziraju na takav način, a neke pružaju usluge i tijekom cijelog dana i noći. To znači da sve veći udio radnika svoje radno vrijeme provodi u smjenskom radu.

Primjerice, upitnik proveden 2003. u Australiji pokazao je da je 14% Australaca radilo u smjenama tijekom protekla četiri tjedna od primjene upitnika. U SAD-u je 2004. gotovo 15% zaposlenika u punom radnom vremenu radilo u smjenskom radu, uključujući noćni rad. Uočene su razlike u učestalosti smjenskog rada među različitim etničkim skupinama.

Također je zabilježeno da se vjerojatnost smjenskog rada smanjuje s povećanjem dobi. Prema Eurofound 2000 studiji je svega 24% radne populacije iz 15 europskih zemalja svoje radno vrijeme tada nazivalo „normalnim“ ili „standardnim“ radnim vremenom, koje je podrazumijevalo početak radnog dana između 7 i 8 h ujutro te završetak radnog dana između 17-18 h te rad isključivo od ponedjeljka do petka. To znači da je veliki udio europske populacije zahvaćen „nestandardnim“ radnim vremenom uključujući smjenski i noćni rad, rad na određeno vrijeme, rad vikendom, komprimirani radni tjedan, produljene radne sate, dvokratno radno vrijeme, pripravnost za rad i fleksibilne radne sate.

Problemi koji nastaju zbog raskoraka u uobičajenom ciklusu budnosti i spavanja (potreba da osoba ostane budna u vrijeme kad se obično spava i potreba za spavanjem tijekom sati kad je osoba obično aktivna) vrlo se često javljaju u smjenskih radnika. Najčešće se smjenski radnici tuže na pospanost za vrijeme radnog vremena i poremećaj sna nakon prestanka rada.

Takvi problemi mogu ugroziti zdravlje radnika i umanjiti sigurnost na poslu zbog povećanja vjerojatnosti nastanka grešaka i promjena u osnovnim biološkim i fiziološkim funkcijama. Međunarodna agencija za istraživanje karcinoma (engl. *The International Agency for Research on Cancer*) je zaključila da je smjenski rad koji uključuje poremećaj cirkadijanog ritma (potreba prilagodbe noćnom radu i spavanje tijekom dana te nakon toga ponovna prilagodba na uobičajenim ritam) vjerojatno karcinogen za ljude (Straif, 2007).

Prevalencija usnivanja na poslu i simptomi nesanice su oko 30% viši kod smjenskih radnika nego kod radnika koji rade po danu. Osim toga, uobičajena duljina spavanja je nešto kraća kod smjenskih radnika nego kod onih koji rade po danu. Kvaliteta sna je također ugrožena zbog raskoraka između radnih sati i uobičajenog cirkadijanog ritma.

Pojava poremećaja spavanja i budnosti također se razlikuje ovisno o različitim smjenama kod smjenskih radnika. Primjerice, rizik od intenzivne pospanosti na poslu je 6-14 puta veći tijekom noćnog rada, a dvaput veći tijekom rada u rano jutro u usporedbi s radnicima koji rade uobičajene dnevne smjene. Također i vrsta smjenskog sustava igra ulogu u poremećaju sna i budnosti.

Primjerice, radnici koji rade dvije smjene dnevno od po 6 h imaju veću učestalost pospanosti na poslu nego radnici koji rade dvije smjene po 4 h dnevno.

Radno vrijeme regulira međunarodno i nacionalno zakonodavstvo. U EU tijedno radno vrijeme ne bi trebalo prijeći 48 h i nakon svakog 24-satnog razdoblja bi trebalo sadržavati minimalno vrijeme odmora od 11 uzastopnih sati, a svaki tjedan treba sadržavati razdoblje

odmora od ukupno 24 h plus 11 h dnevnog odmora. Nadalje, normalni radni sati noćnih radnika ne bi trebali prijeći prosjek od 8 h u bilo kojem 24-h razdoblju, a noćni radnici čiji rad uključuje posebne opasnosti, težak fizički rad ili mentalno opterećenje ne bi smjeli raditi dulje od 8 h u bilo kojem 24-h razdoblju tijekom kojeg provode noćni rad (Direktiva 2003/88/EC).

Kako bi se suzbili negativni učinci smjenskog rada na omjer budnosti i pospanosti postoji nekoliko mogućnosti koje se mogu nazvati intervencijama usmjerenima na rad – kao što su promjene u smjenskom sustavu rada, ili intervencije usmjerenе na radnika – kao što su farmakološke ili nefarmakološke intervencije.

U ovom Cochrane sustavnom pregledu analizirane su samo farmakološke intervencije. Takve intervencije mogu pomoći smjenskim radnicima ili smanjenjem pospanosti ili pospješivanjem budnosti tijekom smjenskog rada, ili smanjenjem poremećaja spavanja tijekom vremena izvan posla. Stoga su analizirane dvije kategorije lijekova:

Tvari koje smjenskim radnicima pomažu u smanjenju pospanosti i poticanju budnosti tijekom smjenskog rada.

Tvari koje poboljšavaju kvalitetu sna ili duljinu sna nakon razdoblja smjenskog rada.

Na koji način te intervencije djeluju

U idealnom slučaju bi ti lijekovi ili kemijske tvari djelovale tako da ponovno uspostavljaju poremećenu ravnotežu cirkadijanog ritma. Ishod takve intervencije mogao bi biti bolji san ili više sna u vrijeme izvan posla, manje pospanosti tijekom posla, ili oboje. Melatonin je najблиži tvari koja bi potencijalno to mogla postići. Melatoninski signal je dio sustava koji regulira ciklus spavanje-budnost tako što kemijski uzrokuje pospanost i smanjuje temperaturu tijela. Čini se da egzogeno uzimanje melatonina ima određeni učinak na druge poremećaje cirkadijanog ritma, kao što je jet lag i da ublažava probleme sa spavanjem kod osoba koje imaju rotirajuće smjene ili noćne smjene. Melatonin se može kupiti bez recepta u SAD-u, Kanadi i brojnim zemljama Europe. Melatonin se može uzeti na usta, u obliku kapsula, tableta ili tekućine, sublingvalno ili u obliku transdermalnih naljepaka.

Stimulatori središnjeg živčanog sustava, kao što je kofein, često se koriste za sprječavanje pospanosti. Za kofein je utvrđeno da smanjuje broj grešaka i poboljšava kognitivnu

izvedbu kod smjenskih radnika. Međutim, autori su utvrdili da nije bilo razlika u učinku na ozljede u ispitivanjima koja su usporedila kofein s drugim intervencijama u smjenskih radnika.

U novije su vrijeme dostupni i drugi stimulansi kao što su modafinil i armodafinil. Dostupni su na tržištu i reklamiraju se kao korisni za smjenske radnike. Na koncu, dostupni su i hipnotici čiji je cilj izazvati san. Za većinu je tih lijekova i tvari poznato da imaju nuspojave kao što su ovisnost i tolerancija nakon dugotrajne uporabe, a mogu uzrokovati i pospanost nakon spavanja tijekom kratkog vremena.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled?

Nedavno je u Cochrane sustavnom pregledu Kera i suradnika (2010) analiziran učinak kofeina na ozljede i kognitivnu izvedbu smjenskih radnika. Međutim, taj sustavni pregled nije analizirao probleme sa spavanjem kao jedan od ishoda. Herxheimer i suradnici su 2008. ispitivali djelovanje melattonina na osobe s jet lagom, ali taj sustavni pregled nije uključio smjenske radnike, kod kojih bi se moglo očekivati slično djelovanje intervencije. Koliko je autorima poznato, ne postoji drugi sustavni pregled o djelovanju farmakoloških intervencija na umor i poremećaje spavanja kod smjenskih radnika.

Zaključak za praksu

Melatonin može poboljšati san nakon noćne smjene, ali ne mora nužno poboljšati druge parametre sna (niska kvaliteta dokaza).

Modafinil i armodafinil povećavaju budnost i smanjuju pospanost do neke mjere tijekom noćne smjene u zaposlenika koji pate od poremećaja spavanja, ali oba lijeka su bila povezana s nuspojavama (umjerena kvaliteta dokaza).

Konzumiranje kofeina prije smjene i kratko spavanje prije smjene poboljšavaju budnost, ali taj se rezultat temelji samo na jednom kliničkom pokusu. Temeljem dostupnih dokaza nije jasno da li hipnotici poboljšavaju duljinu i kvalitetu spavanja nakon noćne smjene (niska kvaliteta dokaza).

Zaključak za buduća istraživanja

S obzirom na nisku kvalitetu dokaza potrebna su dodatna placebom kontrolirana ispitivanja o melatoninu. Pokusi trebaju koristiti objektivno elektro-fiziološko praćenje kvalitete i duljine spavanja.

Potrebitno je i više randomiziranih kontroliranih pokusa o kofeinu za smjenske radnike koji će se testirati u uvjetima stvarnog smjenskog rada i u kojem će se pratiti i štetni učinci. Trebaju se ispitati i dugoročni štetni učinci modafinila i armodafinila u opservacijskim istraživanjima.

Ta istraživanja također se trebaju sažeti u budućim sustavnim pregledima.

Cochrane sustavni pregled

Liira J, Verbeek JH, Costa G, Driscoll TR, Sallinen M, Isotalo LK, Ruotsalainen JH. Pharmacological interventions for sleepiness and sleep disturbances caused by shift work. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;8:CD009776.

Implications for research





NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

- Očekivanja roditelja s febrilnim djetetom od dežurne ambulante
- Povezanost upotrebe elektroničkih cigareta sa započinjanjem pušenja klasičnih cigareta u ranoj adolescenciji
- Definiranje sigurnih kriterija za dijagnozu pobačaja
- Predskazatelji nepovoljnog neonatalnog ishoda kod intrahepatičke kolestaze u trudnoći
- Sakralna stimulacija poboljšava funkciju crijeva nakon spinalne ozljede
- Drugo mišljenje mijenja 20% zaključaka vezanih za biopsiju dojke
- Venska tromboembolija nije pouzdana mjera kvalitete rada bolnice
- Liječenje i ishod perforacije jednjaka
- Neinvazivni pokazatelji u praćenju terapijskog odgovora eozinofilnog ezofagitisa
- Hipertrigliceridemija je povezana s trajnim organskim zatajenjem kod akutnog pankreatitisa
- Rizik za velika gastrointestinalna krvarenja kod novih antikoagulansa: meta-analiza
- Celijakija: 10 činjenica koje treba znati svaki gastroenterolog
- Uređaji za praćenje pokreta oka u jedinicama intenzivnog liječenja
- Kalcij i vitamin D u prevenciji kolorektalnih adenoma
- Prošireno testiranje na RAS mutaciju u mCRC kao prediktor odgovora na anti-EGFR terapiju – ASCO Update 2015.
- 3. Pilot studija faze II o primjeni vemurafeniba u metastatskom BRAF mutiranom kolorektalnom karcinomu
- Adjuvantna endokrina terapija može poboljšati preživljenje u bolesnica s epitelnim karcinomom jajnika

Očekivanja roditelja s febrilnim djetetom od dežurne ambulante

Febrilnost je najčešći razlog zbog kojeg roditelji vode svoje dijete nadležnom liječniku, a u slučaju da nadležni liječnik ne radi, u dežurnu ambulantu. Usprkos tome, još uvjek nije potpuno jasno što roditelji očekuju od pregleda liječnika u takvim prilikama. Nizozemski liječnici stoga su proveli istraživanje koje je za cilj imalo odrediti iskustva roditelja koji vode svoje febrilno dijete u dežurnu ambulantu.

U istraživanju je korištena tehnika intervjuiranja roditelja različitih socioekonomskih prilika koji su u dežurnu ambulantu doveli svoje febrilno dijete mlađe od 12 godina. Pitanja u intervjuima odnosila su se na motiv, očekivanja i iskustva vezana uz odlazak u dežurnu ambulantu.

Rezultati istraživanja pokazali su da roditelje ne uplaši jedan simptom, već kombinacija febrilnosti s nekim simptomom i zbog toga odlaze u dežurnu ambulantu. Usprkos tome što su roditelji pažljivo razmatrali kada da potraže pomoć, njihov strah se sve više povećava s rastom temperature.

Budući da roditelji tijekom dana rade, a temperatura uglavnom raste u ranim večernjim satima, odluka za odlazak liječniku uglavnom se donosi u vrijeme rada dežurne ambulante. Konzultirajući liječnika roditelji nisu imali nikakvih drugih očekivanja osim potrebe za smrivanjem, dok je pregled djeteta odagnao njihove strahove.

Roditelji nisu zahtjevali antibiotik, već su vjerovali u stručnost liječnika da odredi je li antibiotik potreban. Roditelji su željeli dobiti konzistentne i pouzdane informacije o febrilnosti i mogućnostima liječenja kod kuće.

Na kraju istraživanja zaključeno je kako su roditelji neiskusni u samostalnom pružanju pomoći djetetu te da imaju veliku želju da ih se smiri, što pak ima jako utječe na donošenje odluke o odlasku u dežurnu ambulantu.

Na temelju rezultata provedenog istraživanja može se stoga zaključiti kako je potrebno poboljšati komunikaciju između nadležnog liječnika i roditelja te im pružati pisane, prilagođene i konzistentne informacije o svemu što mogu sami kod kuće poduzeti u liječenju trenutne i budućih epizoda febrilnosti svoje djece.

Osim toga, pokazalo se i da liječnici često nisu u pravu kada misle da roditelji samo žele antibiotik.

(*BMC Fam Pract.* 2015; 16: 131. Published online 2015 Oct 7. doi: 10.1186/s12875-015-0348-0)

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

Povezanost upotrebe električnih cigareta sa započinjanjem pušenja klasičnih cigareta u ranoj adolescenciji

Poznato je da izloženost nikotinu u električnim cigaretama (e-cigaretama) postaje sve češća među adolescentima koji nikada nisu pušili prave cigarete.

Američki istraživači stoga su proveli longitudinalno istraživanje koje je za cilj imalo ispitati povećava li upotreba e-cigareta među četrnaestogodišnjim adolescentima koji nikada nisu pušili prave cigarete rizik započinjanja pušenja triju različitih duhanskih proizvoda

(cigaretu, cigaru, nargila). U istraživanju je sudjelovalo 2530 učenika deset javnih škola u Los Angelesu, srednje dobi 14,1 godina, koji su ispitivani na početku istraživanja te nakon šest i 12 mjeseci (proljeće 2014. te jesen 2014.).

Niti jedan od učenika koji je sudjelovao u istraživanju nije koristio klasične duhanske proizvode na početku istraživanja, a ovisno o tome jesu li koristili e-cigarete, učenici su svrstani u dvije skupine (222 je koristilo e-cigarete, a 2308 nije).

Rezultati istraživanja pokazali su da su učenici koji su na početku istraživanja koristili e-cigarete češće koristili duhanske proizvode nakon šest mjeseci (30,7% naspram 8,1%) te nakon 12 mjeseci (25,2% naspram 9,3%).

Korištenje e-cigareta na početku istraživanja bilo je povezano s većom vjerojatnošću korištenja bilo kojeg duhanskog proizvoda, čak kada su u obzir uzeti i ostali čimbenici koji utječu na pušenje. Podrobnejne analize pokazale su da postoji veća vjerojatnost da će učenici koji koriste e-cigarete pušiti cigare (omjer vjerojatnosti (OR) 4,85), pa zatim nargile (omjer vjerojatnosti (OR) 3,25) i tek na kraju cigarete (omjer vjerojatnosti (OR) 2,65) u usporedbi sa svojim vršnjacima koji nisu koristili e-cigarete.

Znanstvenici su na temelju rezultata provedenog istraživanja zaključili kako učenici koji koriste e-cigarete imaju veću vjerojatnost da će u idućih godinu dana početi pušiti klasične duhanske proizvode. Ipak, na kraju su dodali da je potrebno provesti daljnja istraživanja kako bi se provjerilo nije li ova povezanost možda samo slučajna.

(*JAMA.* 2015;314(7):700-7.)

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

Definiranje sigurnih kriterija za dijagnozu pobačaja

Jessica Preisler i suradnici iz Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, Velika Britanija, validirali su granične vrijednosti udaljenosti tjeme-trtca (TT) i prosječnog promjera gestacijskog mjehura (GM) kako bi dijagnosticirali pobačaj s visokom razinom sigurnosti. Također, istražili su utjecaj gestacijske dobi na spomenute validirane varijable te utvrđili optimalne intervale između ultrazvučnih pregleda kao i nalaze na ponovljenim ultrazvučnim pregledima koji definitivno dijagnosticiraju pobačaj.

U prospективnu multicentričnu studiju (7 bolnica u Velikoj Britaniji) bilo je uključeno 2845 pacijentica (u dva razdoblja: 9/2010-3/2011, te 8/2011-5/2013) s intrauterinom trudnoćom nejasne vrijabilnosti na transvaginalnom ultrazvučnom pregledu.

U tri bolnice takvo stanje je inicijalno definirano kao prazan GM prosječnog promjera <20 mm, sa ili bez vidljive žumanjčane vreće (ŽV) i bez embrija; ili embrij udaljenosti TT <6 mm bez srčane akcije. Nakon prosinca 2011. sukladno novim smjernicama ta definicija je izmijenjena pa su korištene nove dimenzije GM (<25 mm) i udaljenosti TT (<7 mm). U jednoj bolnici definicija je proširena pa su granične vrijednosti GM i udaljenosti TT bile redom <30 mm i <8 mm.

Promatrani ishodi bili su prosječan promjer GM, udaljenost TT te prisutnost ili odsutnost embrionalne srčane akcije na inicijalnom i ponovljenom transvaginalnom ultrazvučnom pregledu 7-14 dana poslije. Finalni ishod bila je vrijabilna trudnoća s II-14 tjedana gestacije.

Sljedeći ishodi su ukazivali na pobačaj na inicijalnom ultrazvučnom pregledu: prosječan promjer GM ≥ 25 mm bez ŽV i embrija (364/364, specifičnost: 100%, 95% CI 99,0%-100%), embrij udalje-

nosti $TT \geq 7$ mm bez vidljive srčane akcije (110/110, specifičnost: 100%, CI 96.7%-100%), prosječan promjer $GM \geq 18$ mm za GM bez embrija nakon 70 dana gestacije (907/907, specifičnost: 100%, CI 99.6%-100%), embrij udaljenosti $TT \geq 3$ mm bez vidljive srčane akcije nakon 70 dana gestacije (87/87, specifičnost: 100%, CI 95.8%-100%).

Na ponovljenom ultrazvučnom pregledu na pobačaj su ukazivali sljedeći ishodi: inicijalni i ponovljeni pregled nakon ≥ 7 dana pokazuju embrij bez srčane akcije (103/103, specifičnost: 100%, CI 96.5%-100%), trudnoće bez embrija i s prosječnim promjerom $GM < 12$ mm gdje se taj promjer nije udvostručio nakon ≥ 14 dana (478/478, specifičnost: 100%, CI 99.2%-100%), trudnoće bez embrija i s prosječnim promjerom $GM \geq 12$ mm gdje se embrionalna srčana akcija ne prikazuje nakon ≥ 7 dana (150/150, specifičnost: 100%, CI 97.6%-100%).

U zaključku autori ističu kako protokoli za dijagnozu pobačaja trebaju biti revidirani u skladu s ovim novim dokazima, kako bi se izbjegla pogrešna dijagnoza i rizik prekida vijabilne trudnoće.

(BMJ 2015;351:h4579.)

Matića Prka, dr. med.

Predskazatelji nepovoljnog neonatalnog ishoda kod intrahepatičke kolestaze u trudnoći

Tetsuya Kawakita i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, MedStar Washington Hospital Center, Washington, DC, SAD, proveli su multicentričku retrospektivnu studiju na svim pacijenticama s intrahepatičkom kolestazom u trudnoći u 5 američkih bolnica u šestogodišnjem razdoblju (1/2009-12/2014) kako bi istražili naslovnu temu.

Opstetričke i neonatalne komplikacije procjenjivane su sukladno razini ukupnih žučnih kiselina (engl. total bile acid, TBA). Multivarijantni logistički regresijski modeli su kreirani kako bi se procijenili predskazatelji neonatalnog ishoda (prijem u jedinicu intenzivnog liječenja novorođenčadi, hipoglikemija, hiperbilirubinemija, sindrom respiratornog distresa, prolazna tahipneja, upotreba mehaničke ventilacije, kisik putem nazalne kanile, pneumonija, te mrtvorodenost). Ti predskazatelji su uključivali: razinu TBA i jetrenih transaminaza, gestacijsku dob kod dijagnoze, podložeću jetrenu bolest i korištenje ursodeoksikolatne kiseline.

Od 233 pacijentice s intrahepatičkom kolestazom u trudnoći, 152 su imale razine TBA $10-39.9 \mu\text{mol/L}$, 55 ih je imalo razine TBA $40-99.9 \mu\text{mol/L}$, dok su kod preostalih 26 razine bile $\geq 100 \mu\text{mol/L}$. Povišene razine TBA bile su povezane s višim razinama jetrenih transaminaza i ukupnog bilirubina ($p < 0.05$), s ranijom gestacijskom dobi u trenutku dijagnoze ($p < 0.01$) i s korištenjem ursodeoksikolatne kiseline ($p < 0.02$).

Razine TBA $\geq 100 \mu\text{mol/L}$ bile su povezane s povиšenim rizikom za mrtvorodenost ($p < 0.01$), dok su razine TBA $40-99.9 \mu\text{mol/L}$ i $\geq 100 \mu\text{mol/L}$ bile povezane s povиšenim rizikom za mekonijsku plodovu vodu (OR 3.55; 95% CI 1.45-8.68 i OR 4.55; 95% CI 1.47-14.08, redom).

Autori zaključuju da su kod pacijentica s intrahepatičkom kolestazom u trudnoći razine TBA iznad $40 \mu\text{mol/L}$ povezane s povиšenim rizikom za mekonijsku plodovu vodu, dok su razine TBA $\geq 100 \mu\text{mol/L}$ povezane s povиšenim rizikom za mrtvorodenost.

(Am J Obstet Gynecol 2015;213(4):570.e1-8.)

Matića Prka, dr. med.

Sakralna stimulacija poboljšava funkciju crijeva nakon spinalne ozljede

Sakralna stimulacija prednjih korijena (sacral anterior root stimulation - SARS) čini se da bi mogla pomoći kod pražnjenja crijeva bolesnicima s ozljedom kralješnične moždine (spinal cord injury - SCI), rezultati su istraživanja danskih i njemačkih znanstvenika.

Izgleda da SARS ima potencijal da bude jedan od rijetkih načina liječenja usmjerenih na poboljšanje disfunkcije više organa nakon SCI, navode Rasmussen i sur. (Sveučilišna bolnica Aarhus, Aarhus, Danska). Od ovih rezultata biti će koristi budu li provjereni/validirani u sklopu prospektivnih studija s provjerениm objektivnim krajnjim ciljevima, a koje obuhvaćaju diskunkciju mokraćnog mjehura i disfunkciju crijeva. Upravo zaključci ove studije navode na poticanje daljnjih studija i podržavaju daljnje rasprostranjenje korištenje SARS-a usmjerene na poboljšanje disfunkcije i mokraćnog mjehura i crijeva kod bolesnika nakon SCI-ja. Samo nekoliko istraživanja bilo je usmjereno na učinke SARS-a na funkciju crijeva, vjerojatno zato što je stimulator bio razvijen za stimulaciju mokraćnog mjehura.

U časopisu Spinal Cord čitamo da su autori istraživali, pratili i intervjuirali ispitanike koji su podvrgnuti operaciji za SARS i sakralne deafferencije. Prosječna dob bolesnika iznosila je 49 godina, a prosječno vrijeme do operacije nakon SCI-ja iznosilo je 10 godina. Od 333 bolesnika, 67% koristi SARS rutinski za pražnjenje crijeva. Dodatna uporaba kod sljedećih 19 bolesnika dovodi do udjela od 73%. Analiza ishoda kod 277 onih koji su nastavili koristiti SARS pokazala je da je srednji vizualno analogni rezultat (visual analog score - VAS) za ukupno zadovoljstvo tretmana 10 (raspon: 0-10).

Usporedba crijevnih simptoma, osnovna i tijekom praćenja, pokazala je vrlo značajan pad srednjeg VAS rezultata na skali od 0 do 10 sa 6 na 4. Slično tome, srednja ocjena rezultata neurogenog poremećaja crijeva snizila se sa 17 na 11. Zanimljivo je, kažu istražitelji, da se čini kako će se učinak SARS-a smanjiti s vremenom, kao što niti rezultat neurogene disfunkcije crijeva nije bio povezan s proteklim vremenom od operacije.

Štovиše, autori dodaju, promjene u rezultatu neurogene disfunkcije crijeva podržani su poboljšanom kontinencijom i smanjenjem konstipacije kada su ocijenjeni sa 'St Marks fecal incontinence score' i 'Cleveland constipation score'. Osim toga, učestalost defekacije se povećala, potrošnja vremena za samu defekaciju smanjila a smanjile su se i neugodnosti tijekom defekacije. To je u skladu sa značajno smanjenom uporabom laksativa, čepića, digitalne (manualne) evakuacije stolice i mimi klistira.

Istraživači su zaključili da iako je u početku izmišljen za stimulaciju i upravljanje mokraćnim mjehurom, rezultati njihove studije potvrđuju istovremeno pozitivan učinak na neurogenu crijevnu disfunkciju. (Spinal Cord 2015;53:297-301.)

Dr.sc. Goran Augustin, dr. med.

Drugo mišljenje mijenja 20% zaključaka vezanih za biopsiju dojke

Drugo mišljenje (second look) o suspektnom raku dojke treba biti u obliku međuinstitucionalne patološke konzultacije (interinstitu-

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

tional pathology consultation - IPC) koja uključuje pregled patologa specijaliziranog za analizu preparata dojke. (Sub)specijalizirana patologija vrlo je važna danas jer postoji velik napredak u području patologije, a ako nema subspecijalista postoji mogućnost propusta (novih) morfologija zbog nepoznavanja i nekorištenja novih tehnologija, tvrde **Khouri** i sur. (Roswell Park Cancer Institute, Buffalo, New York, USA).

U ovoj studiji, drugo mišljenje patoloških uzoraka iz biopsije iglom koji su poslani na Roswell Park iz vanjskih institucija rezultiralo je promjenom nalaza u 20% slučajeva. Ovi rezultati naglašavaju potrebu za drugim mišljenjem izvornog patološkog materijala patologa koji se specijalizira za rak dojke prije provedbe terapije raka dojke. U Roswell Park Cancer Institute, rutinska je praksa pregledanja patoloških preparata iz drugih ustanova.

Autori ove studije retrospektivno su pregledali 502 uzorka biopsije dojke vanjskih ustanova tijekom razdoblja od godine dana (2012.). Slučajevi u studiji su definirani kao 'mali nesklad' kada promjena u dijagnostici nije utjecala na pacijenta a 'velik nesklad' je definiran ako je to utjecalo na promjenu terapijskog modaliteta. Neslaganje je bilo prisutno u 104 slučaju (20,7%). Od toga, 8% (40) je činilo velik nesklad, a 13% (64) mali nesklad. Praćenje kirurške patologije bilo je dostupno za 62,5% (25) slučajeva s velikim neskladom i 20,3% (13) slučajeva s malim neskladom.

Dobivena tumačenja dovela su do promjene terapije kod 3% (15) pacijenata; 5% (25) bolesnika imalo potencijal promjene terapije. Najčešći razlog velikog razilaženja je u interpretaciji biomarkera, kao što su estrogenski receptor (ER), progesteronski receptor (PR), i humani epidermalni faktor rasta tip 2 (Her-2). Ako pacijent ima biopsiju koja je ER pozitivna, Her-2 negativna, ponekad to može zapravo biti ER negativna, Her-2 pozitivna, a to ima važne implikacije za terapiju, jer ako je ER-pozitivna, pacijent dobiva hormonsku terapiju, a ako pacijent nema ER-pozitivni tumor onda nema indikacije za hormonsku terapiju. Također, ako je Her-2 negativna, tada nema hormonske terapije, dok kod Her-2 pozitivne ima.

Dakle, ispravno tumačenje ovih biomarkera vrlo je važno za liječenje. Važno je da patolozi znaju trenutno važeće National Comprehensive Cancer Network smjernice za ispravno dijagnosticiranje uzoraka biopsije dojke. Nažalost, to može biti teško, jer se smjernice često mijenjaju. U studiji je također pronađeno 19 bolesnika s protu-ječnim rezultatom ER/PR. Sedam od njih činili su velik nesklad, a 12 njih mali. Pet pacijenata koji su imali pozitivan ER i/ili PR bili bi po tumačenju autora uskraćeni za učinkovitu antihormonalnu terapiju.

Svaka institucija može učiniti sličnu studiju i vjerojatno će 'uhvatiti' nekoliko slučajeva s neskladnom dijagnozom, što i jest cijela svrha ove studije. To je također način kako zaštитiti kirurge da ne odstranjuju tumore koji su benigni ili da rade druge neprimjerene postupke. Dobivanje drugog mišljenja od stručnih patologa usluga je koja koristi svima. Vrijednost je ovog rada da donosi problem u prvi plan te da nas podsjeti da se ova praksa koristi više nego se vjerojatno trenutno provodi.

(*Breast J.* 2015;21:337-44.)

Dr.sc. Goran Augustin, dr.med.

Venska tromboembolija nije pouzdana mjera kvalitete rada bolnice

Nova prospektivna studija dodaje dokaze protiv valjanosti stope

postoperativne venske tromboembolije (VTE) kao pokazatelja kvalitete rada bolnice. Analiza objavljena u *JAMA Surgery*, uključila je 16 120 pacijenata koji su podvrgnuti operaciji debelog operacija u 52 Washington State Surgical Care and Outcomes Assessment Program (SCOAP) bolnice između 1. siječnja 2006. i 31. prosinca 2011. Istraživači su otkrili da, iako se uporaba perioperacijske i hospitalne VTE profilakse povećala s 31,6% i s 59,6% na 86,4% i 91,4%, incidencija 90-dnevne VTE ostala je stabilna na 2,2% nakon prilagodbe bolesničkih i operacijskih karakteristika.

Nažalost, ova studija ne može objasniti zašto stope VTE-a ostaju nepromijenjene. Jedna je mogućnost da nacionalni fokus na preventiji VTE kao mjere kvalitete može rezultirati povećanim nadzorom i boljim praćenjem bolesnika koji su primali VTE profilaksu. Stoga se povećana incidencija VTE-a može odražavati u povećanoj identifikaciji klinički 'tihog' VTE-a, objašnjavaju Steele (Department of Surgery, Madigan Army Medical Center, Tacoma, Washington, USA) i kolege iz SCOAP-Comparative Effectiveness Research Translation Network (SCOAP-CERTAIN) kolaboracije.

Abdominalne operacije povezane su s višim 90-dnevnim stopama VTE-a od zdjeličnih operacija (2,5% prema 1,8%; p=0.001), ali nije bilo razlike povezane s postupcima za maligna i benigna stanja (2,1% prema 2,3%; p=0.24). Kao što se očekivalo, čimbenici za nastanak VTE-a uključuju stariju dob, ne-elektivnu operaciju, prethodan VTE i operacije za upalne bolesti (p<0.05 za sve). Prevencija VTE-a, 'visoko je na 'radaru' svih američkih bolnica', pišu **Christian de Virgilio i Jerry J. Kim** (Department of Surgery, Harbor-University of California, Los Angeles, Medical Center in Torrance, California, USA) u pridruženom komentaru. Kontroverzna mjera kvalitete zdravstvene skrbi ključan je čimbenik u određivanju podobnosti objekta za smanjenje Medicare plaćanja od 1% koje nudi Hospital Acquired Condition program smanjenja u 2015., kao što je propisao Patient Protection and Affordable Care Act. Unatoč ovoj povećanoj usredotočenosti na VTE, novodobiveni podaci sugeriraju da stope VTE-a mogu biti loš pokazatelj kvalitete bolničke skrbi i da više profilakse nije nužno bolje, dodali su. Kao potporu svojih stajališta, navode još jednu nedavnu studiju koja pokazuje da visoke stope VTE-a mogu odražavati pristranosti nadzora (surveillance bias), umjesto loše kvalitete skrbi.

Povezivanje stope VTE-a s financijskim poticajima može potaknuti liječnike da izbjegavaju slikovne dijagnostičke postupke kada su indikacije upitne, a uporaba produžene profilakse može izazvati komplikacije krvarenja, ističu de Virgilio i Kim. U doba kada su mjere kvalitete i rezultati vezani na naknade i gospodarski teret, treba promišljeno razmotriti kako bi se osiguralo da su istinski promjenjive varijable i dobro razumljivi rezultati pokretačka snaga zdravstvene politike, zaključuju.

Istraživanje je podržao subvencijom National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Autori i komentatori nisu imali relevantnih financijskih odnosa. Studija je prethodno predstavljena 20. veljače 2015. na 86th Annual Meeting of the Pacific Coast Surgical Association in Monterey, California.

(*JAMA Surg.* 2015;150:712-20.)

Dr.sc. Goran Augustin, dr.med.

Liječenje i ishod perforacije jednjaka

Perforacija jednjaka je rijetko kliničko hitno stanje s visokom stopom mortaliteta i velikim morbiditetom. Cilj ovog istraživanja koje

je vodio **Markar SR.** (Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, London, UK.) bio je utvrditi incidenciju i mortalitet zbog perforacije jednjaka te učinak terapije na klinički ishod.

Iz zdravstvene baze podataka u Engleskoj identificirani su svi bolesnici kojima je u razdoblju od 2001. do 2012. postavljena dijagonza ezofagealne perforacije. Multivarijabilnom analizom određen je utjecaj terapijskog pristupa na klinički ishod, posebno glede varijabli komorbiditet i životne dobi. Tijekom 12-godišnjeg razdoblja inkluzijske kriterije zadovoljila su n=2564 pacijenta s perforacijskom jednjaka koji su hospitalizirani i liječeni u 158 bolnica diljem Engleske. Stopa 30-dnevнog mortaliteta bila je 30%, a 90-dnevнog 38.8%. Glede etiologije perforacije jednjaka, u 81.9% bila je spontana, a u 5.9% slučajeva jatrogena. Zabilježen je značajan porast postotka pacijenata liječenih suportivnim terapijskim mjerama te smanjenjem broja kirurških intervencija.

Nadalje, zabilježena je značajna redukcija 30-dnevнog (s 36.6% na 24.9%; P<0.001) i 90-dnevног (s 44.1% na 35.4%; P=0.006) mortaliteta tijekom 12 godina praćenja. Demografski parametri povezani s 30- i 90-dnevним mortalitetom bili su starija životna dob (iznad 70 godina), preoperativno kongestivno srčano zatajenje, ishemija srca, jetrena i bubrežna bolest.

Također su analize pokazale kako su više specijalizirani i složeniji bolnički centri imali bolje rezultate glede redukcije mortaliteta, posebno u području endoskopskih intervencija. Viša razina bolničkog centra pokazala se kao značajan čimbenik povezan s manjim mortalitetom. Rezultati ove studije pokazuju kako tercijni zdravstveni centri s multidisciplinarnom infrastrukturom imaju najbolje rezultate liječenja perforacije jednjaka.

(*Am J Gastroenterol. 2015 Oct 6. [Epub ahead of print]*)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Neinvazivni pokazatelji u praćenju terapijskog odgovora eozinofilnog ezofagitisa

Praćenje terapijskog odgovora eozinofilnog ezofagitisa zahtijeva invazivne endoskopske postupke i histološku analizu. U kliničkoj praksi svakako bi bile poželjnije manje invazivne metode. Cilj istraživanja koje je vodio **Schlag C.** iz Njemačke (Technische Universität München, Germany) bio je ispitati učinkovitost nekoliko hemato-loških laboratorijskih testova u praćenju terapijskog odgovora na kortikosteroidnu terapiju kod dijagnosticiranog eozinofilnog ezofagitisa u adultne populacije.

U randomizirano, kontrolirano dvostruko slijepo istraživanje uključen je n=51 ispitnik u ispitnoj skupini koja je bolovala od eozinofilnog ezofagitisa te su uzorci krvi za laboratorijske analize uzeti prije početka terapije budesonidom i 14 dana poslije. U kontrolnu skupinu uključeno je n= 18 ispitnika liječenih placebom. Mjereni su sljedeći parametri: apsolutan broj eozinofila (skr. AEC), serumska vrijednost kemokina CCL-17, CCL-18, CCL-26, eozinofilni kationski protein (ECP) i mastocitna triptaza (MCT) te su uspoređivani s eozinofilnom gustoćom u jednjaku, kliničkom simptomatologijom i endoskopskim zbrojem (eng. score).

Rezultati studije su pokazali kako je histološka remisija (definirana kao prosječan broj <16 eos/mm² po vidnom polju) postignuta kod 98% ispitnika liječenih budesonidom, te kod 0% ispitnika u kontrolnoj

skupini liječenih placebom. Vrijednosti apsolutnog broja eozinofila AEC su bile 380.2 vs. 214.7/mm³ (P = 0.0001), serumske vrijednosti kemokinskog liganda CCL-17 [294.3 vs. 257.9 pg/mL (P = 0.0019)], CCL-26 [26.7 vs. 16.2 pg/mL (P = 0.0058)], eozinofilnog kationskog proteina ECP [45.5 ± 44.7 vs. 27.5 ± 25.0 µg/L (P = 0.0016)] te mastocitne triptaze MCT [5.3 ± 2.9 vs. 4.5 ± 2.6 µg/L (P = 0.0019)], što govori u prilog značajnom smanjenju laboratorijskih parametara kod ispitne skupine liječene budesonidom.

Apsolutna koncentracija eozinofila AEC bila je u signifikantnoj korelaciji s ezofagealnom gustoćom eozinofila prije (P = 0.0236) i nakon (P = 0.0004) terapije budesonidom te su statističkom analizom pokazali kako vrijednosti AEC značajno koreliraju s histološkom remisijom.

Autori zaključuju da se s budesonidom inducirani terapijski odgovor kod eozinofilnog ezofagitisa može monitorirati s nekoliko neinvazivnih testova. Koristeći laboratorijske analize parametara iz krvi, apsolutna koncentracija eozinofila najbolje korelira s eozinofilnom gustoćom u jednjaku.

(*Aliment Pharmacol Ther. 2015 Aug 27. [Epub ahead of print]*)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Hipertrigliceridemija je povezana s trajnim organskim zatajenjem kod akutnog pankreatitisa

Hipertrigliceridemija predstavlja velik zdravstveni problem s prevalencijom preko 30% u SAD-u. Cilj ovog istraživanja koje je vodio **Nawaz H.** (Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pennsylvania, USA.) bio je ispitati utjecaj povišene serumske razine triglicerida na težinu i ozbiljnost akutnog pankreatitisa.

U prospективno istraživanje uključeni su ispitnici s akutnim pankreatitisom koji su kategorizirani u podskupine na temelju serumskih vrijednosti triglicerida (normalna vrijednost, blago povišeni, srednje povišeni, izazito povišeni) te su komparirani u skladu s demografskim parametrima, komorbiditetom i kliničkim ishodom. Multivarijantna analiza je pokazala je li hipertrigliceridemija bila nezavisno povezana s perzistentnim organskim zatajenjem.

Rezultati studije su pokazali da je n=201 ispitnik od njih 400 s dijagnozom akutnog pankreatitisa imao izmjerene vrijednosti serumskih triglicerida unutar 72 sata od kliničke prezentacije bolesti. 115 ispitnika imalo je vrijednosti triglicerida unutar referentnih vrijednosti, a n=86 ispitnika hipertrigliceridemiju (n= 20 blago povišene, n=4 srednje povišene, n=25 izrazito povišene vrijednosti). Bolesnici s hipertrigliceridemijom su bili mlade životne dobi (44 vs. 52 godine), predominantno muškog spola (65% vs. 45%), pretili (57% vs. 34%), dijabetičari (38% vs. 17%) te su češće razvijali perzistentno organsko zatajenje (40% vs. 17%) u komparaciji s ispitnicima s razinama triglicerida unutar referentnih vrijednosti (P<0.02).

Stopa perzistentnog organskog zatajenja rasla je proporcionalno vrijednostima i stupnju težine hipertrigliceridemije (17% kod urednih vrijednosti triglicerida, 30% kod blage hipertrigliceridemije, 39% kod srednje teške, i 48% kod izrazito visoke hipertrigliceridemije, Ptrend<0.001).

Multivarijantna analiza je pokazala kako su dob, spol, indeks tjelesne mase, šećerna bolest, alkoholna etiologija bolesti, srednje vi-

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

soka i izrazito visoka hipertrigliceridemija bili nezavisno povezani s trajnim organskim zatajenjem. Autori istraživanja zaključuju kako je hipertrigliceridemija nezavisno i proporcionalno povezana s trajnim organskim zatajenjem neovisno o etiologiji pankreatitisa.

U etiopatogenezi teških pankreatitisa trigliceridima posredovana lipotoksičnost može biti privlačno područje istraživanja u budućnosti. (*Am J Gastroenterol. 2015 Sep 1. [Epub ahead of print]*)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Rizik za velika gastrointestinalna krvarenja kod novih antikoagulansa: meta-analiza

Gastrointestinalno krvarenje je česta komplikacija kod bolesnika liječenih antikoagulantnim lijekovima. Oralni antikoagulansi koji nisu antagonisti vitamina K su apiksaban, dabigatran, edoksaban i rivaroksaban (skr. engl. non-vitamin K antagonist oral anticoagulants - NOACs). Dosadašnja istraživanja su pokazala povećan rizik za GI krvarenja (velika i klinička važna), međutim potrebno je više saznanja gledi ozbiljnosti i težine GI incidenata.

Caldeira D. iz Portugala publicirao je istraživanje (meta-analizu i pregledni članak), kako bi evaluirao rizik velikih GI krvarenja u slučaju abuzusa oralnih antikoagulansa koji nisu antagonisti vitamina K. Pretraživanjem relevantnih baza podataka MEDLINE, Cochrane Library, SciELO collection, Web of Science databases (do srpnja 2015.) uključena su randomizirana klinička istraživanja u fazi III. Inkluzijske kriterije su zadovoljile 23 studije, koje su navodile apiksaban, dabigatran, edoksaban i rivaroksaban u terapiji. Kod ispitanika s fibrilacijom atrija, rizik za veliko GI krvarenje nije se razlikovalo kod podskupina ispitanika koji su liječeni NOAC i vitamin K antagonistima ili acetilsalicilnom kiselinom.

Slični rezultati su uočeni kod pacijenata kojima je učinjen ortopedski kirurški zahvat ili onima s venskim tromboembolijskim događajima. Također nije uočeno da oralni antikoagulansi koji nisu antagonisti vitamina K (NOAC) povećavaju rizik za GI krvarenje u komparaciji sa samim niskomolekularnim heparinom (RR 1.42, 95% CI 0.55-3.71, I₂ = 7%; 8 RCTs), sekvenčkom terapijom niskomolekularnim heparinom i vitamin K antagonistima ili placeboom (RR 1.48, 95% CI 0.15-14.84, I₂ = 21%; 2 RCTs).

Autori ove meta-analize zaključuju kako oralni antikoagulansi koji nisu antagonisti vitamina K nisu povezani s povećanim rizikom za značajna GI krvarenja u komparaciji s drugim antikoagulantnim lijekovima (s poznatim povećanim rizikom za krvarenja), iako su prethodna saznanja govorila u prilog povezanosti NOAC i GI hemoragije. Ova meta analiza vrlo je važna u svakodnevnoj kliničkoj praksi jer olakšava rad drugih specijalista, kako i gastroenterologa.

(*Aliment Pharmacol Ther. 2015 Oct 4. [Epub ahead of print]*)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Celijakija: 10 činjenica koje treba znati svaki gastroenterolog

Celijakija ili glutenska enteropatija naslijedni je imunološko-posredovani poremećaj koji obilježava trajna nepodnošljivost glutena, bjelančevine pšenice, ječma i raži. Jedna je od najčešćih kroničnih gastroenteroloških bolesti. Procjenjuje se da je 1% populacije zahvaćeno ovom bolesti, međutim većina bolesnika nije dijagnosticirana.

Ovaj članak iznosi 10 važnih činjenica koje bi morao poznavati svaki gastroenterolog pošto je ovaj klinički entitet dominantno u domeni njegove kliničke prakse.

1. Imunoglobulin A na tkivnu transglutaminazu najbolji je pojedinačni serološki test koji se koristi u detekciji bolesti.

2. Celijakija se može prepoznati endoskopski, vodenom imerzijom se pojačava detekcija crijevnih resica, međutim normalan endoksopski nalaz ne isključuje dijagnozu celijakije.

3. Preporučuje se uzeti 4 bioptata iz drugog segmenta duodenuma te 2 bulbarne bioptata (jedan na 9 sati a, drugi na 12 sati poziciji) kako bi se povećala senzitivnost za histološku konfirmaciju celijakije.

4. Razmisli o serološkom testiranju rodbine u prvoj liniji, pacijentima sa šećernom bolesti tipa I, sindromima Down, Turner i William, kao i kod prijevremene osteoporoze, deficita željeza, patoloških jetrenih biokemijskih testova i drugih manifestacija celijakije.

5. Pacijente koji su na dugotrajnoj bezglutenskoj dijeti trebalo bi testirati na prisutnost HLA DQ2 ili DQ8, kako bi se izbjegla daljnja evaluacija celijakije kod nealelnih nositelja.

6. Osnovna terapija je striktna, doživotna bezglutenska dijeta.

7. Novodijagnosticirane osobe s celijakijom trebalo bi testirati na deficit mikronutrijenata (željezo, folati, B12, cink, bakar), vitamin D deficijenciju, te učiniti koštanu denzimetriju.

8. Sve pacijente potrebno je pratiti kako bi se uočio odgovor na bezglutensku prehranu.

9. Kod bolesnika s perzistentnim ili recidivajućim simptomima treba razmislići o drugim bolestima.

10. Kod refraktorne bolesti treba pomicati na malignu transformaciju.

(*Clin Gastroenterol Hepatol. 2015;13(8):1396-1404.*)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Uređaji za praćenje pokreta oka u jedinicama intenzivnog liječenja

Tehnologija praćenja položaja i pokreta oka već se desetljećima koristi u znanstvenim istraživanjima u medicini, psihologiji, simulatorima vožnje i marketinškim istraživanjima. Međutim, upotreba ovih uređaja kao pomagala u jedinicama intenzivnog liječenja kod osoba kojima umjetni ventilatori onemogućavaju govor slabo je istražena. Skupina istraživača pod vodstvom **Jonah Gerryja** s medicinskog fakulteta Stony Brook iz SAD-a ponudila je mogućnost korištenja uređaja za praćenje pokreta oka 12-ero osoba na respiratorima u bolnici Johns Hopkins u Baltimoreu tijekom 2013. i 2014. godine.

Preduvjet uključenja u studiju bio je kognitivna sposobnost pacijenata za komunikaciju i mogućnost potvrde razumijevanja treptanjem, kimanjem glave ili sličnim pokretom. Nakon početnog razdoblja uvježbavanja korištenjem uređaja od 5 dnevnih sesija od po 45 minuta, svi uključeni mogli su izraziti osnovne potrebe uz pomoć riječi i slika, poput „gladan“, „žedan“, „kupaonica“, „sestra“ ili „bol“ na zaslonu ispred sebe. Polovica njih uspjela je do kraja istraživanja korištiti ovu tehnologiju kako bi složila pune rečenice pomicući pogled po slovima na prikazanoj tipkovnici, dok su neki uspjeli komunicirati i na društvenim mrežama.

Autori su istražili psihosocijalni učinak korištenja navedenih uređaja uz pomoć PIADS skale psihosocijalnog učinka pomagala. Delirij je bio prisutan kod 4 osobe prije uključenja u studiju.

Nakon razdoblja uvježbavanja niti jedna osoba nije zadovoljavala

kriterije za delirij u jedinicama intenzivnog liječenja. Ukupan psihosocijalni učinak bio je u rasponu od neutralnog (-0.29) do izraženo pozitivnog (2.76). Ukupan prosječni rezultat PIADS skale u usporedbi s rezultatom bez korištenja uređaja bio je statistički značajan (PIADS 1.30 uz P=0.004). Značajan pozitivni učinak zadržan je u svim podskupinama ove skale: 1.26 za kompetenciju, 1.60 za prilagodljivost te 1.02 za samopouzdanje.

Autori navode i početne poteškoće u upotrebi ove tehnologije, kao što je fizički teško postavljanje uređaja u pravi položaj, otežano dugotrajno zadržavanje položaja glave te koncentracija pacijenata, posebno ako su somnolentni. Stručnjaci se slažu kako testiranje ove tehnologije ne može štetiti pacijentima. Za nadati se je kako će ovo istraživanje potaknuti druga veća istraživanja te da će ova tehnologija naći svoje mjesto u važnom psihosocijalnom segmentu liječenja teško oboljelih pacijenata.

(*Surgery*. 2015 Sep 7; doi: 10.1016/j.surg.2015.08.012.)

Adrian Lukenda, dr. med.

Kalcij i vitamin D u prevenciji kolorektalnih adenoma

Epidemiološki i pretklinički podaci sugeriraju antineoplastičnu aktivnost vitamina D i kalcija, odnosno da veći unos i više serumskе razine vitamina D, kao i veći unos kalcija, mogu smanjiti rizik od kolorektalnih novotvorina. Kako bi se dalje istražio kemopreventivni potencijal ovih nutrijenata, **John A. Baron** i suradnici proveli su randomiziranu, dvostruko slijepu, placeboom kontroliranu studiju suplementacije vitaminom D, kalcijem ili s oboje, u prevenciji kolorektalnih adenoma.

Prikupljeni su podaci o bolesnicima s prethodno nedavno dijagnosticiranim adenomima, i bez poznatih kolorektalnih polipa nakon totalne kolonoskopije. Randomizirana su 2259 bolesnika, kako bi dobili dnevno vitamin D3 (1000 IU), kalcij kao karbonat (CaCO₃, 1200mg), oboje ili nijedno, u parcijalnom 2x2 faktorijskom dizajnu. Žene su mogle izabrati kalcij i randomizaciju na vitamin D ili placebo. Kontrolna kolonoskopija predviđena je 3-5 godina nakon inicijalnih pregleda, prema preporuci endoskopičara. Primarni cilj studije bio je broj adenoma dijagnosticiranih najmanje jednu godinu nakon randomizacije, bilo kolonoskopijom ili operativno, pa kroz predviđenu kontrolnu kolonoskopiju, odnosno do ukupno 6 mjeseci nakon provođenja predviđene kontrolne kolonoskopije. Rezultati su pokazali da su bolesnici koji su randomizacijom bili dodijeljeni da prime vitamin D imali prosječan porast 25-hidroksivitamin D razina u serumu od 7,83ng/ml, u odnosu na bolesnike na placebo. Sveukupno je 43% sudionika imalo jedan ili više adenoma dijagnosticiranih tijekom praćenja. Prilagoden omjer rizika za rekurentne adenome iznosio je 0,99 s vitaminom D vs. bez vitamina D, 0,95 s kalcijem vs. bez kalcija i 0,93 s obo agensa vs. bez njih. Rezultati u uznapredovalih adenoma bili su slični. Zabilježeno je malo ozbiljnijih neželjenih učinaka, a uočena je i značajno manja incidencija infarkta miokarda među sudionicima koji su dobivali kalcij, što je u suprotnosti s do tada poznatim podacima.

Dakle, u suprotnosti s očekivanim, dnevna nadoknada vitaminom D3 (1000 IU), kalcijem (1200mg) ili s oboje, nakon uklanjanja kolorektalnih adenoma, nisu značajno smanjili rizik rekurentnih kolorektalnih adenoma tijekom 3-5 godina praćenja.

(*Engl J Med* 2015; 373:1519-1530, October 15, 2015)

Ana Tečić Vugr, dr. med.

Prošireno testiranje na RAS mutaciju u mCRC kao prediktor odgovora na anti-EGFR terapiju – ASCO Update 2015.

Provizionalno kliničko mišljenje (PCO), strogi, na dokazima temeljen pristup Američkog društva za kliničku onkologiju (ASCO), s vremena na vrijeme, nakon publiciranja ili prezentacije podataka iz većih studija, potencijalno presudnih za promjenu prakse, nudi pravovremene kliničke smjernice. Najnovije se bavi iskoristivošću proširenog RAS testiranja u bolesnika s metastatskim kolorektalnim karcinomom (mCRC), kako bi se utvrdila rezistencija na anti-EGFR terapiju monoklonalnim protutijelima.

Posljednji podaci iz faze II i III kliničkih studija o mCRC-u pokazuju da bolesnici koji imaju RAS mutacije u egzonima 2 (kodoni 12 i 13), egzonu 3 (kodoni 59 i 61) te egzonu 4 (kodoni 117 i 146) nisu podobni, odnosno neće imati koristi od anti-EGFR terapije monoklonalnim protutijelima, bilo u monoterapiji, ili uz kemoterapiju.

Za izradu ovog komentara provedeno je 11 sustavnih pregleda s meta-analizama, analizirane su dvije retrospektivne studije te dvije procjene zdravstvene tehnologije, također na osnovi sustavnog pregleda. Ocijenjeni su ishodi za bolesnike s mCRC-om koji nisu imali detektiranih mutacija, ili bez prisutnosti mutacija u dodatnim egzonima u KRAS i NRAS.

Dakle, svi bolesnici s mCRC-om, koji su potencijalni kandidati za anti-EGFR terapiju, trebali bi biti testirani u certificiranim laboratorijima za testiranje mutacija na KRAS i NRAS egzonima 2 (kodoni 12 i 13), egzonu 3 (kodoni 59 i 61) te egzonu 4 (kodoni 117 i 146). Trenutni dokazi govore u prilog indiciranja anti-EGFR terapije monoklonalnim protutijelima samo u slučaju jasnog nalaza bez mutacije, odnosno da u uzorku tkiva iz tumora određenog bolesnika nije ni nakon proširenog RAS testiranja utvrđeno mutacije.

Također, potrebni su i dodatni drugi biobiljezi kako bi se definirao najbolji tretman bolesnika s mCRC-om, jer je učinak anti-EGFR terapije, čak i u RAS divljeg tipa populacije bolesnika, skroman, stoga je jedan od temeljnih ciljeva zapravo identificirati nove, druge biomarke i prediktore odgovora na terapiju.

(*JCO October 5, 2015*) (*JCO.2015.63.9674*)

Ana Tečić Vugr, dr. med.

3. Pilot studija faze II o primjeni vemurafeniba u metastatskom BRAF mutiranom kolorektalnom karcinomu

BRAF mutacija prisutna je u oko 5 do 8 % bolesnika s metastatskim kolorektalnim karcinomom (mCRC) i udružena je s lošom prognozom. Peroralni inhibitor BRAF V600 vemurafenib pokazao je djelovanje u bolesnika s metastatskim melanomom, ali mu aktivnost u bolesnika s BRAF V600E pozitivnim kolorektalnim karcinomima nije poznata.

Scott Kopetz i suradnici proveli su multiinstitutionalnu, open-label studiju u kojoj su bolesnici s mCRC i BRAF V600 mutacijama rasподijeljeni u proširenu kohortu, za primjenu prethodno determinirane maksimalne tolerabilne doze od 960 mg vemurafeniba dvaput dnevno.

Uključen je 21 bolesnik, od toga je njih 20 primilo prethodno barem jednu raniju terapijsku liniju/protokol za metastatsku bolest. Od nuspojava trećeg stupnja zabilježeni su keratoakantomi, osip, umor i artralgija. Od 21 liječenog bolesnika u jednog je zabilježen parcijalni odgovor, a sedam drugih imali su stabilnu bolest, prema RECIST kriterijima. Medijan preživljjenja bez bolesti (PFS) bio je 2,1 mjesec. Prisutnost istovremenih drugih mutacija, statusa mikrosatelitne nestabilnosti, status metilacije CpG, gubitak PTEN-a, ekspresija EGFR-a kao i alteracije broja kopija nisu bili udruženi s kliničkim benefitom. U suprotnosti s prethodnim očekivanjima, konkurentne KRAS i NRAS mutacije utvrđene su na niskoalelnoj frekvenciji u podskupini tumora (s medijanom od 0,21% alelne frekvencije), i bili su pojavnim mehanizmima stečene rezistencije u na vemurafenib osjetljivim od bolesnika deriviranim modelima ksenografta.

Dakle, u suprotnosti s prethodno viđenim rezultatima u bolesnika s BRAF V600E – mutiranim melanomom, monoterapija vemurafenibom nije pokazala značajne aktivnosti u bolesnika s BRAF V600E mutiranim kolorektalnim karcinomom. U razvoju su kombinacijske strategije liječenja, i njihov učinak mogao bi se objasniti kroz prisutnost intratumorske heterogenosti KRAS i NRAS mutacija.

(*JCO October 12, 2015*) *JCO.2015.63.2497*

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Adjuvantna endokrina terapija može poboljšati preživljjenje u bolesnica s epitelnim karcinomom jajnika

Radi ocjene učinka adjuvantne endokrine terapije (AHT) na preživljjenje i ishode bolesti u bolesnica s epitelnim karcinomom jajnika **Rosalind A. Eles** i suradnici proveli su studiju na premenopauzalnim i postmenopauzalnim ženama, kojima je navedena dijagnoza utvrđena u posljednjih 9 mjeseci. Nisu uključene one bolesnice kod kojih je ciljano očuvana ovarijska funkcija, one s anamnezom hormon-ovisne malignosti ili s bilo kakvom kontraindikacijom za hormonsko nadomjerno liječenje.

Bolesnice su centralno raspoređene u omjeru 1:1 da ili dobiju adjuvantnu hormonsku terapiju u sljedećih 5 godina nakon randomizacije ili da je ne dobiju (kontrolna skupina).

Temeljne mjere ishoda bile su sveukupno preživljjenje (OS), definirano kao vrijeme od randomizacije do smrti (zbog bilo kojeg uzroka) te preživljjenje bez povrata bolesti, definirano kao vrijeme od randomizacije do relapsa bolesti ili smrti (zbog bilo kojeg uzroka). Bolesnice koje su nastavile s liječenjem, koje žive i nemaju relaps bolesti, zaključene su s posljednjim poznatim datumom praćenja.

Sveukupno 150 bolesnica (n=75 na AHT, n=75 kontrolna skupina) randomizirano je iz ukupno 19 centara u Ujedinjenom Kraljevstvu, Španjolskoj i Mađarskoj; sve bolesnice uključene su u intention-to-treat analizu.

Medijan praćenja u živih bolesnica trenutno iznosi 19,1 godinu. Od 75 bolesnica na adjuvantnoj endokrinoj terapiji umrle su 53 (71%), u usporedbi s njih 68 (91%) od 75 u kontrolnoj skupini. Sveukupno preživljjenje bilo je značajno poboljšano u skupini na adjuvantnoj endokrinoj terapiji (HR 0,63); sličan učinak uočen je i u odnosu na preživljjenje bez povrata bolesti (HR 0,67). Nakon uzimanja u obzir poznatih prognostičkih čimbenika, učinci su ostali isti.

Ovi rezultati pokazuju da žene s teškim simptomima menopauze,

nakon liječenja karcinoma ovariјa mogu slobodno i sigurno uzimati hormonsko nadomjesno liječenje, i tu se krije i veći benefit, gledano na aspekt kvalitete života, nego što je samo sveukupno preživljjenje.

(*JCO September 28, 2015*) *JCO.2015.60.9719*

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Prednosti rano planirane palijativne skrbi kod pacijenata u terminalnoj fazi raka

Diskusije i rani razgovori u vezi s planiranjem skrbi i njegovom između pacijenta i liječnika mogu utjecati na intenzitet i kvalitetu tzv. end-of-life (EOL) skrbi, odnosno palijativne skrbi kod pacijenata s uznapredovalim rakom.

Cilj istraživanja koje su proveli liječnici VA Medical Centar i University of California, San Francisco, California, SAD, bio je procijeniti vezanost i utjecaj rane rasprave, komunikacije i razgovora pacijent-liječnik o nastavku skrbi, sukladno medicinskoj dokumentaciji i planiranju end-of-life skrbi među pacijentima (u ovom slučaju veteranima) s uznapredovalim rakom. Provedena studija bila je retrospektivna.

Ispitanici su bili branitelji, njih 665, koji su u uznapredovalom stadiju kolorektalnog karcinoma ili raka gušterice od 2008. godine s dijagnozom karcinoma i koje su istraživači pratili sve do smrti ili, ako su pacijenti preživjeli, do kraja promatranog razdoblja u 2011. godini. Procjenjivao se učinak rasprave o planiranju skrbi između pacijenta i liječnika, intenzitet end-of-life skrbi mjerjen od primitka akutne skrbi, intenzivne intervencije, kemoterapije i hospicijske skrbi.

Rezultati istraživanja dobiveni su na 97,1% muškaraca uz prosječnu dob pri dijagnozi od 66,4 godina. Oko 31% ispitanika dobili su neku akutnu skrb dok je 9,3% njih dobilo neke od intenzivnih intervencija. 6,5% ispitanika primilo je kemoterapiju u posljednjih mjesec dana života. Oko 41% ispitanika nije primilo niti bilo u sustavu palijativne skrbi ili su primljeni u hospiciju u posljednja tri dana prije smrti. Gotovo polovica (46,8%) bolesnika imala je dokumentaciju o razgovoru o planiranju skrbi u prvom mjesecu nakon dijagnoze.

Iz provedenog istraživanja zaključeno je da je važnost razgovora između pacijenta i liječnika izuzetno važna radi definiranja i planiranja liječenja i skrbi za pacijenta s dijagnozom raka, odnosno uznapredovalog raka s metastazama.

Kvalitetan i na vrijeme vođen razgovor s pacijentom o planiranju cjelokupne skrbi, poglavito u terminalnoj fazi, razumno raspoređuje vrijeme provedeno u bolnici, odnosno u akutnoj (kurativnoj) i palijativnoj skrbi.

(*J Pall. Med. Volume: 18 Issue 10: October 6, 2015*)

Dr. sc. Morana Brkljačić, dr. med. ●

Ginekolog Dragan Metzger i njegovo pismo*

Dubravko Habek

Istražujući povijest ginekologije i porodništva bjelovarske bolnice i Bjelovarsko-bilogorske županije stupio sam prije nekoliko godina u kontakt s bivšim hrvatskim liječnikom i negdašnjim šefom ginekološko-porodičnog odjela, prvim specijalistom ginekologije i porodništva u Bjelovaru dr. **Draganom Metzgerom**, koji je već dio svojega života i profesionalne karijere proveo u Njemačkoj.

Do tada su se u Bjelovaru ginekologijom i porodništvom bavili ponajvećma kirurzi, a kirurgiju i ginekologiju vodio je prim. dr. **Josip Jagodić**.

Bio je kirurg s priznatom specijalizacijom iz ginekologije i porodništva po predratnom propisu, kada se ona priznavala.

Njegova pisma koja čuvam i brojni razgovori s njim i njegovom suprugom do njegove smrti navele li se me da ih, po njegovoj želji, objavim u našemu glasilu. Iščitavajući njegove zabilješke razvidan je razvoj ginekološko-opstetričke struke, ali i anestezije s reanimacijom, primaljstvom i tada nezaobilaznim upletanjem politike u zdravstveni sustav.

Dr. DRAGAN METZGER rođen je 26. listopada 1923. u Vinkovcima, gdje mu je otac Stjepan bio poznati liječnik internist, primarni liječnik Opće javne bolnice u Vinkovcima i član Hrvatskoga liječničkog zbora od 1919. godine. Diplomirao je 30. rujna 1949. na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Pripravnički i specijalistički staž obavljao je na Ginekološkoj klinici u Sarajevu (asistent prof. dr. Stanislava Szaba) od 25. listopada 1949. do 31. srpnja 1953., a potom kirurški dio specijalizacije u tadašnjoj bolnici »Dr. Josip Kajfeš« (danas KB »Sveti Duh«) od 1. kolovoza 1953.-26. srpnja 1954. Specijalistički ispit položio je na Ginekološkoj klinici u Zagrebu (Petrova) 7. siječnja 1955., a potom se zapošljava kao specijalist u tadašnjoj bolnici »Dr. Mladen Stojanović« (danas KBC »Sestre milosrdnice«). Od 1957.-1959. bio je šef odjela za ginekologiju i porodništvo bjelovarske opće bolnice. Po odlasku iz Bjelovara, što je teško podnio, zapošljava se do 1963. u zagrebačkom DZ-u zdravlja Trnje, zatim DZ-u Maksimir u svojstvu šefa dispanzera. Zatim napušta Hrvatsku i karijeru nastavlja u Njemačkoj, gdje radi najprije kao Oberarzt i Chefarzt-Vertreter u Oberhausenu (Rheinland), potom u Universitätsfrauenklinik Hamburg-Eppendorf (direktor prof. Peter Siegel), gdje je prvi Oberarzt i Siegelov zamjenik. Oberarzt je nakon Hamburga u Universitätsfrauenklinik Heidelberg, a od 1971. Belegarzt na Universitätsfrauenklinik u Stuttgartu, uz privatnu praksu. Impozantna inozemna njemačka karijera koja, usprkos njegovim pokušajima povratka u domovinu, nije bila prepoznata ili nije htjela biti prepoznata. Metzger je živio umirovljen u Stuttgartu i Ibizi sa svojom drugom suprugom Helgom. Nakon dva moždana udara umro je 4. listopada 2011. u Ibizi, gdje je na njegovu želju i sahranjen.



Dr. Metzger, prvi specijalist ginekologije i porodništva u Bjelovaru, 1957. godine

Poznato je da je od 1956.-1960. veći broj liječnika specijalista i primariusa, sekundaraca, specijalizirana i medicinskih sestara, posebice operacijskih sestara, napustilo bjelovarsku bolnicu iz raznih političkih razloga i namještenih procesa ili bivali protjerivani po bespućima bivše države po „dekretnu“.

Jednu takvu sudbinu pričaju i pisma dr. Metzgera koji je ostao u Bjelovaru nakratko. Nama danas preostaje promišljati i zaključivati o možebitnim poveznicama više od polustoljetnoga vremena i današnjih dana, od onih koji su pisanim i dojavljivanjem „personalnih karakteristika“ kreirali tuđe sudbine i nisu se bavili strukom, do onih koji su za sobom ostavljali poslanje liječništva u svakom smislu. O Metzgeru sam napisao nekrolog u časopisu *Gynaecologia et Perinatologia* (2012;21:41-42.), iz kojega ovdje prenosim važnije dijelove njegove biografije.

Metzgerovo pismo iz Stuttgarta 8. svibnja 2007.

Poštovani i dragi kolega Habek, Vaše cijenjeno pismo datirano u Zagreb, 02.04.2007. me je zbilja više nego iznenadilo. Da se još (netko) sjeća staroga Metuzalema. „Imaj prijatelja Mišu, da o Tebi pišu“. Vi bi kao medicinski povjesničar Bjelovarčanin htjeli da pišete o našoj struci do 1960. To je, što se naših struka piše, isti dio povijesti bjelovarske bolnice, kao i povijest naše struke i anestesiologije u općoj historiji medicine. Koncem 19. stoljeća i početkom 20. stoljeća iz opće kirurgije se osamostalila operativna ginekologija i usput porodništvo, uključivo razvoj tehnike carskoga reza. A anestesiologija kao samostalno čedo svih mogućih narkoza, tehnika i aparata razvila se tek za vrijeme II. svjetskog rata uključivo šok problematiku i njegovu terapiju, uz vrhunac endotrahealne intubacijske tehnike povezane s novim Macintosh automatskim aparatima za respiraciju. Ta anestezija uvedena je i kod nas u bjelovarskoj ginekologiji koncem ožujka 1958. Intubator i anestetičar nije kod nas bio liječnik, nego je jedan medicinski tehničar poslan na bolnicu Rebro u Zagrebu i etablirao se izvrsno! Usput budi rečeno, ne bi ga poslali na tu izobrazbu da nije bio uvažen član KP. Ali on je bio, po mom iskustvu, izvrstan! Pošto sam u sarajevskoj sveučilišnoj klinici prof. Szaba nakon jedne vlastoručne sprovedene lumbalne anestezije imao *exitus letalis* nakon spinalnog šoka, zazirao sam od te metode, pa sam naslijedio uhodane metode u bjelovarskoj bolnici narkoze eterom, po potrebi pojačane intravenskim pentatom u Kochsalzinfusion, a kod kraćih zahvata Evipan za iv. narkozu.

U ljetu 1957. je tadašnji sekretar Uprave bjelovarske bolnice B. K., istodobno i sekretar bolničke KP i borac iz Partizanskog rata, na Ministarstvu zdravstva u Zagrebu tražio jednog kandidata za budućeg šefu

*Primjedba urednika. Metzgerovo privatno pismo zanimljivo je po količini ogorčenja i optužaba. Subjektivno je obojeno pa stoga njegove negativne ocjene tadašnjih kolega, koji se danas više ne mogu braniti, valja uzeti s velikom rezervom već i zato što nije više moguće audiatur et altera pars. Ni iz CV-a niti iz pisma ne mogu se razabrati razlozi zašto su ga toliko mrzili. Samo donekle mogu se nazrijeti iz činjenice da se ni u Njemačkoj nije dugo zadržao u ustanovama u kojima je radio te da su njegovi pokušaji povratka u domovinu bili bezuspješni.

ginekološko-porodajnog odjela, koji su htjeli osnovati i osamostaliti od opće kirurgije. (To je učinjeno još 1956. godine, ali Metzger to nije znao. Op. D. H.). Istodobno tražio je i nasljednika za starog prim. dr. Jagodića (koji je morao otići iz Bjelovara zbog „nekih istraga“). Preporučeni smo njemu dr. Dolezil s kirurške klinike Rebro i ja iz Vinogradanske bolnice. S nama obojima kao potencijalnim kandidatima sklopljen je pismeni sporazum za uvjetno kandidiranje, ako se naši prijedlozi i zahtjevi uvaže i u doglednom roku ostvare. Dr. Dolezilu je bilo kod toga puno lakše: kirurgija je imala svoju aseptičku operacijsku salu i kompletan kirurški instrumentarij. Mi ginekolazi nismo imali niti svoju zasebnu operacijsku salu, niti bilo kakav ginekološki operacijski instrumentarij, niti opstetričke instrumente i utenzilije, osim jednog „poluzahrdalog“ forcepsa (prastari model). Morao sam zatražiti odgovarajući instrumentarij i ponovno ospozobljavanje prijašnje kirurške „septičke“ operacijske sale – od doba antibiotika ta sala nije nizašta rabljena i bila je godinama prazna. To su pristali ospozobiti, a dok to nije bilo gotovo ja trebam operirati jednom tjedno u kirurškoj operacijskoj sali. Instrumentarij za ginekološke operacije i porodništvo potrebno je bilo nabaviti iz Zapadne Njemačke (katalogizirano, firma Aesculap Augsburg), a za to je potrebno, po katalogu 3200 DM koji devizni iznos mora odobriti Ministarstvo zdravstva iz svojega budžeta. Kompliment B. K-u kojem je preko svojih prvoboračkih veza uspjelo postići odobrenje. Odgovor iz Zapadne Njemačke: „Liferzeit cca 6 Monate“. U listopadu 1957. poslali smo katalogiziranu narudžbu, a stiglo je sve kompletno tek u travnju 1958. Za vrijeme pregradnje prizemlja zgrade po usvojenom momenu načrtu i očekivanju instrumenatrija iz Njemačke, ja sam se obavezao jednom tjedno doći na cijeli dan u Bjelovar, tako svaki puta u kirurškoj sali jednu veliku ginekološku operaciju izvršiti, nakon toga ostatak dana sve ležeće ginekološke i opstetričke pacijentice pregledati i konzilijskno još izvršiti pregledne slučajeve, koje dr. Jagodić kao kirurg nije siguran. To je svaki put bio rad barem do 22 sata navečer i onda natrag autom za Zagreb. Za te operacije i taj rad nije me bjelovarska bolnica nikada platila. To je bio rad „bona fide“ da me shvate kao ozbiljnoga kandidata!

Koncem travnja 1958. otišao je zbog starosti dosadašnji v.d. ravnatelj bolnice dermatolog prim. dr. Bela Milhofer. On je bio toliko star, da je sve pregovore prepustio B. K. i nije se pri tome ništa više brinuo. Od 1. svibnja 1958. njegov nasljednik je imenovan mladi neuropsihijatar dr. M. B. kao novi ravnatelj bolnice i kao šef neuropsihijatrijskog odjela. On je rođen Bjelovarčanin, po preporuci B. K., kandidat KP. Vrlo ambiciozan. I on je s klinike Rebro pozvan kao jedan od nas trojice. Smjene starih generacija. On kao novi ravnatelj me poziva pismeno, da od 1. lipnja 1958. nastupim konačno formalno moju dužnost šefa odjela. Njegovo obrazloženje: „Gradnja moga prizemlja je tako reći već završena, instrumentarij iz Njemačke je tu.“ Jedino što još nije gotovo, to je obećana ginekološka operaciona sala. Ali dok to ne bude za par mjeseci gotovo, ja trebam kolegijalno sporazumiti se s novim šefom kirurgije dr. Dolezilom, koji isto sada nastupa, kada on meni prepusta operacionu salu na uporabu. Ako to ne prihvatom, bolnica će me „kaznenog zadužiti“. Da to ublaži, B. K. se odmah nudi da organizira na trošak bolnice moju selidbu iz Zagreba u Bjelovar, pokazuje

mi za moju obitelj pripravni stan u novogradnji i mojoj supruzi (dr. Božana Vandekar Metzger, prva supruga dr. Metzgera, nećakinja je udovice Stjepana Radića, prema pisanju dr. Metzgera) odmah nudi položaj šefice školskog dispanzera, koji on za nju „osniva i otvara jer je to neophodno potrebno za Bjelovar“. Tako „nolens volens“ ja i moja supruga pristajemo, tim više da mi u Zagrebu godinama stanujemo kao podstanari i nemamo niti izgled niti novaca za jedan novi stan u Zagrebu. Dakle, nastup nas obadvoje od 1. 06. 1958. Stan smo dobili....

Po tadašnjem obaveznom običaju ja sam disciplinirano sve moje operacije osobno tipkao na portable pisaćoj mašini marke Olivetti, koja mi je odobrena s osnutkom odjela. Tu pisaću mašinu oduzeo mi je ravnatelj bez prethodne informacije za svoju Upravu. Od tada mi je bilo omogućeno samo upisivanje mojih operacijskih zahvata u operacijski protokol. To je doista stručno povjesničarska greška. Novi ravnatelj me ne trpi, jer sam po njegovu mišljenju prepotentan i „smatram se stručno prepametnim“.

Od 1. 6. 1958. do aprila 1959. obećano ospozobljavanje bivše kirurške septičke sale ne realizira se zbog pomanjkanja finansijskih sredstava.



Zgrada kirurškog (1. kat) i ginekološko-porodajnog odjela (prizemlje) bjelovarske bolnice 1957. godine.

Kirurg dr. Dolezil uvijek absolvira svoj operacijski *repertoire* do kraja, a meni ginekologu tek prepusta svoju op. salu od 15,30 nachmitag. Za mene su to užasne kondicije i to naravno eskalira u mom konfliktu s ravnateljem. Tek nakon nekoliko neugodnosti u mom op. *repertoire* on dozvoljava tu građevinsku adaptaciju, koja je konačno efektivno dovršena koncem travnja 1959. U isto doba i anestetičar s Rebra je ospozobljen i sve konačno funkcioniра odlično. ALI PREKASNO, jer sam ja u konfliktu s ravnateljem Berghoferom, koji me zbog lične uvrede citira na Kotarski disciplinski sud, njegovi svjedoci pred sudom jesu šef kirurgije dr. Dolezil, i moj asistent dr. Bubanj, a dobivam godinu dana zabrane unapredjenja. Zato ja 1. svibnja 1959. podnosim OTKAZ na službu, koja mi u Bjelovaru ističe dana 31. 8. 1959., što uprava tadašnjega Zdravstvenog centra prihvata uz „Smrt fašizmu - sloboda narodu!“

U međuvremenu ja sam se u ličnom razgovoru, s dokumentacijom najavio na razgovor u Kotarskom komitetu KP, gdje su moje pritužbe vrlo ozbiljno shvaćene. U zimi 1958. liferacija ugljena za loženje operacijskih prostorija - naručio B. K., ali je prije taj ugalj prodao na svoj



Dr. Metzger u trenutcima odmora 1958. godine

račun, a nekvalitetnim ugljenom kurila se peć tako da je za vrijeme operacija iz prostorija ispod, izlazila para. Ravnatelj dr. B. je dao bez informacije moga odjela iz radaonice demontirati Boyler za topnu vodu i radaonica je ostala bez tople vode. Isto je tako u sobi za novorođenčad nastao manjak tople vode za kupanje novorođenčadi u toploj kadi -rezultat perzistirajući *pemphigus neonatorum*, kojega je mukotrpnno pobijao ondašnji pedijatar dr. Voljeta Ćuk. Ion je iz protesta dao otkaz i otisao u zapadnu Njemačku. Nakon provedenih istraga od strane KP Komiteta, B. K. je uhapšen i odveden po gradu „u lancima“. Dr. M. B., ravnatelj bolnice, uskoro je otisao u Zagreb za šefa Zavoda za mentalno zdravlje. Dr. Dolezil napustio je kirurški odjel u Bjelovaru i otisao na službu u bolnicu u Šibenik. Dr. D. B. za špijunske usluge poslat je na trošak bjelovarske bolnice na specijalizaciju iz ginekologije kod prof. Szaba u Zajčevu bolnicu. Još jedan svjedok protiv mene na disciplinskom sudu dobio je za nagradu specijalizaciju. Moji nasljednici kao šefovi novoosnovanog odjela bili su: od 31. 8. 1959. *nur 1 Jahr* dr. Eduard Baršić s ginekološke klinike Petrova, otisao nakon godinu dana i dr. Mirjana Levačić, specijalizirala u Zagrebu, u Petrovoj bolnici (1971. smijenjena s mjesta šefa odjela zbog članstva u Matici hrvatskoj).

Moji bivši asistenti o kojima dalje ne znam ništa, bili su:

- Dr. **Bubanj** nakon završene specijalizacije u Zajčevoj bolnici Zagreb, tvrdio sve što je naučio u struci, da je to naučio od šefa dr. Metzgera - to mi je saopćeno.

- Dr. **Vladimir Kiljman** nakon mojega otpusta otisao na specijalizaciju iz rentgenologije u Zagrebu na Rebru - također s obitelji otisao u Zapadnu Njemačku.

- Dr. **Josip Stiplošek** nakon mojega nastupa, prešao na kirurgiju.

- Dr. **Zlatko Cestar** je bio do zadnjega dana moj vjerni asistent. Pošto nije bio ravnateljev špijun, ne znam što bi od njega jer nije bio ravnateljev dousnik.

Moj *repertoire abdominalnih ginekoloških operacija* bio je: hister-

ektomije, enukleacije mioma, radikalne operacije po Wertheimu. U travnju 1958. moja prva laparotomija po Pfannenstielu (tzv. „bikini rez“) zbog paraovarijske ciste kod bolesnice koja je bila službenica bolnice, zatim carski rezovi, perforacije glavice kod vodoglavice kod uklještene glavice kod porođaja zatkom, embriotomija s dekapitacijom kod uklještenog porpječnog položaja mrtvog fetusa. Vaginalne operacije: Le Fort Neugebauerova kolpokleiza, Streyova operacija kod stresne inkontinencije kombinirana sa stražnjom kolpoplastikom, prednja i stražnja kolporafija s ventrofiksacijom po Kocheru te s Gillim-Doleris operacijom. No, napustio sam ove tehnike operiranja i uveo u Rimu predstavljenu operaciju po Mayo-u jer su postoperacijski rezultati izvrsni i trajni. Moj bivši i posljednji šef doc. Srećko Zanella je 1956. poslao u Rim tada svog prvog asistenta dr. Velimira Kirhmajera na svjetski ginekološki kongres. A tamo su predstavili filmski ovu tehniku američke klinike, pa je po svom povratku dr. Kirhmajer uveo uspješno ovu tehniku u Vinogradsku bolnicu i ja sam mu kao prvi asistent puno puta ovu tehniku pritom asistirao i od njega to naučio. Doc. Zanella je u listopadu 1957. svečano priredio simpozij u Vinogradskoj gdje je dr. Kirhmajer donio film i predstavio svoje rezultate i pozvao skoro sve šefove iz Sušaka, Varaždina, Karlovca, Slavonskoga Broda... To je bila blamaža za sveučilišnu kliniku jer su oni još radili po starim abdominovaginalnim operacijama. To je bila i naknadna osveta doc. Zanelle i satisfakcija, jer ga sveučilišna klinika nije prihvatile, nego druge docente, a njega odstraniše u Vinogradsku bolnicu nakon što prof. Bazalu nakon NDH od tamo eliminiraše. Zanellina pohvalnica za dr. Kirhmajera 1960. godine: idući u mirovinu predloži njega za svojega nasljednika u Vinogradskoj. Ma da je dr. Kirhmajer uveo već tromboproflaksu nakon operacija Liquemin-Marcumar shemom *post operativem* barem 2-3 tjedna, dok sam ja to u Bjelovaru uveo, koštalo me to nekoliko postoperativnih tromboemboličkih *ezitus letalis* kod perfektno izvedene operacije. Postmortalna obdukcija pokazala je cerebralnu postoperacijsku emboliju. To me je kao savjesnog operatera koštalo teških razočaranja i skoro depresije.

„Undank ist der Welten lohn“ (Ne očekuj pohvale od Svijeta). Moj život u bjelovarskoj bolnici bio je jedan Waterloo jednog relativno mladog stručnog idealista. On nije imao sreće.“

Na poledini pisma zapisano je rukom:

„Oprosti da tako kasno odgovaram, ali sam bio u međuvremenu vrlo bolestan. Od mojih suvremenika sam uspješno surađivao sa šefom interne dr. Šurmanović i pedijatrije dr. Voljeta Ćuk. Iz nužde sam zatražio operativnu pomoć od novog kirurga dr. Dolezila (svi su otisli uskoro iz Bjelovara).“

Tvoj Dragan

Dr. med. Dragan METZGER
Arzt - Medico - Médecin - M.D.

70180 Stuttgart
Zellerstr. 6
Deutschland / Germany
Tel.Nr.: 0711 / 6.40.50.88

den Pfingsten - Montag 12.05.2008.

Herrn
Dr. med. Dubravko HABEK
Allg. Krankenhaus "Heiliger Geist"
Gyn.-Geburtsh. Abt.
Sveti Duš 64
1000 ZAGREB
Kroatien

Isječak pisma s memorandumom dr. Metzgera

Dušan Jurinac - kirurg koji nam je ostavio teško etičko pitanje

Ivica Vučak



Roden je 1880. u Varaždinu u obitelji Katice rođ. Čajić i prof. Adolfa Jurinca. Pučku je školu i gimnaziju završio u rodnom gradu, a nakon mature studirao je medicinu u Gracu. Tijekom studija bio je član Hrvatskog akademskog društva "Sloboda" i u travnju 1902. izabran za odborničkog zamjenika u Upravnem odboru za ljetni semestar 1901./1902. Poslije promocije ostao je u Zavodu za sudbenu medicinu Medicinskog fakulteta u Gracu. Kao zamjenik asistenta imao je 1907. godine prigode upoznati se s radom prof. dr. **Juliusa Krattera** (1848. – 1926.) na polju postmortalnih promjena i lješina u zemlji i ujedno o potrebi spaljivanja lješine u za to određenim zgradama, tzv. krematorijima.

Krajem travnja 1908. izabran je njegov otac starčevičanac dr. Adolf Jurinac za načelnika grada Varaždina.

U jesen 1909. preselio je dr. Jurinac iz Graca u Zagreb. Dobio je mjesto pomoćnog liječnika na kirurškom odjelu u Bolnici milosrdnih sestara (BMS) koji je vodio dr. **Theodor Wickerhauser** (1858. – 1946.). Na tome je odjelu tijekom 1909. bio liječen sveukupno 2.321 bolesnik, a izvedeno je 856 velikih i većih operacija. U Zagrebu je poticajem "Društva Braće Hrvatskoga Zmaja" 21. prosinca 1909. utemeljeno "Društvo za spasavanje".

Početkom 1910. pristupio je dr. Jurinac Zboru liječnika u Zagrebu i Pripomoćnoj blagajni Zbora s prinosom od 6 kruna godišnje. No već prije naznačio je, u svojstvu gosta, mjesecnim skupštinama 28. listopada i 26. studenoga 1909.

Već 28. siječnja 1910., na prvoj redovitoj mjesecnoj skupštini, prikazao je djevojčicu koja je već tri godine bolovala od sklerodermije te raspravlja o prirodi te bolesti, simptomatologiji i liječenju. Ponovno je predavao 24. ožujka 1910. o direktnoj bronhoskopiji koju je 10. veljače 1910. prim. dr. **Dragutin Mašek** (1866. – 1956.) učinio 23-godišnjoj bolesnici iz Bjelovara. To je predavanje objavio pod naslovom "Ekstrakcija stranog tijela iz dušnika pomoću direktnе bronhoskopije" jer je dr. Jurinac smatrao "danас svaki laringo-

log mora biti upućen u ovu metodu, dočim svaki praktični liječnik mora znati što se sa tom metodom u dijagnostičkom i terapeutičnom smislu postići može".

UBMS-u se 2. travnja 1910. sabralo mnoštvo liječnika sa željom da čestitaju obljetnicu rada kralj. savjetniku i prim. liječniku dr. Wickerhauseru koji je u toj bolnici započeo raditi 1. travnja 1885. Tom mu je prigodom dodijeljen častnički križ reda Franje Josipa. Nakon pozdravnih govora u bolnici priredile su sestre milosrdnice istoga dana u 13 sati za svečara i ugledne goste svečani objed u Palace Hotel Croatia. Na objedu su, pored svih bivših slavljenikovih učenika, bili i svi tadašnji liječnici BMS-a. Navečer je bio komers u Palace Hotelu Croatia na kojem je bio predstojnik za bogoštovje i nastavu dr. **Milan Amruš** (1848. – 1919.), a začasni član Zbora liječnika dr. **Julije Domac** (1853. – 1928) održao je zdravici na latinskom.

Jurinac je bio među 10 potpisnika predstavke pomoćnih liječnika upućene Saboru Kraljevine Hrvatske, Slavonije i Dalmacije sa zahtjevom za poboljšanje uvjeta rada. O predstavci je 16. travnja 1910. u Hrvatskom saboru govorio dr. **Radovan pl. Marković** (1874. – 1920.), narodni zastupnik za kotar velikogorički i za ložio se za njezino prihvatanje.

Jurinac je imao i privatne pacijente koje je liječio izvan bolnice. Jednu njegovu pacijentku, suprugu g. Mucafira s Iličkog placa "teško bolesnu na tuberkulozi u terminalnom stadiju" posjetio je, nakon telefonskog poziva, dr. **Franjo Horowitz**. Propisao joj je "humanitatis causa" ekscitans i rekao okolici da više nade nema, a da nije pitao za liječnika koji je bolesnicu prije toga liječio, "radi težine slučaja".

U svome pismu dr. Jurincu Mucafir je naveo riječi dr. F. Horowitza "Prekasno ste me zvali. Ljudi me zovu kada više neima pomoći. Pluća još kako tako, ali grkljan je sasvim hin". Na postupak dr. Horowitza žalio se dr. Jurinac Zboru liječnika koji je predmet predao Časnomu sudu. U svome pismu napisanom na njemačkom i posланом predsjedniku Zbora 15. svibnja 1910. dr. Horowitz je, premda i nije bio član Zbora, iskazao pripravnost stupiti

pred Časni sud Zbora jer "ich wurde informiert das College dr. Dragutin Schwarz und ein mir ganz unbekannter College Dr. Jurinac mich der Verletzung der Pflichten der Collegialität anklagen". Nakon osobnih iskaza dr. Horowitza pred Časnim sudom o svome posjetu bolesnici dr. Jurinca, Časni je sud, pod predsjedanjem dr. Mašeka, donio jednoglasno odluku pročitanu na mjesecnoj skupštini Zbora 24. lipnja 1910. Dr. Jurinac je dana zadovoljština. Časni je sud zaključio da je ispravno i opravданo spočitavanje dr. Jurinca dr. Horowitzu koji se ogriješio o dužnosti kolegjaliteta. Postupak dr. Horowitza kosio se s glavnim načelima liječničke časti glava I točka 2 i 3 koja potonja jošte propisuje da drugi liječnik imade prvoga obavijestiti o svom posjetu i dati mu na znanje što je u slučaju nužde odredio.

Dr. Jurinac je sudionik mjesecne skupštine 30. prosinca 1910. na kojoj je prihvaćen prijedlog o utemeljenju zasebnih sekcija, interne i kirurške, koje bi imale zasebna predavanja, a pristup bi bio slobodan svakomu članu Zbora s napomenom da "raspravljanje može i smije biti samo iz područja dotične sekcije". Na mjesecnoj skupštini Zbora 27. siječnja 1911. prikazao je dr. Jurinac pacijente s ihtiosis vulgaris i s argirozom.

Na prvom sastanku kirurške sekcije Zbora 5. i 12. svibnja 1911. na očnom odjelu BMS-a Jurinac je prikazao bolesnika s epiduralnim krvaranjem. Bio je to 28-godišnji poljodjelac koji je u tuči 6. travnja 1911. zadobio udarac sjekicom po glavi, a svijest je izgubio tek šest sati poslije pa je u bolnicu dopremljen tek 7. travnja navečer. Sljedećeg jutra 8. travnja operirao ga je dr. Čačković te izvadio ugruške. Bolesnik se osvijestio 9. travnja, postupno oporavljao i sasvim zdrav otpušten iz bolnice 13. travnja.

U "Liječničkom vjesniku" za svibanj 1911. objavio je Jurinac iscrpan prikaz monografije prof. Oberländera "Dijagnoza i terapija kamenca mokraćnog mjehura" objavljene u "Jahreskurse für ärztliche Fortbildung". Na prvome jugoslavenskom kongresu za operativnu medicinu održanome u Beogradu 18.-20. rujna 1911. Jurinac je bio jedan od počasnih tajnika. Na skupštini Zbora 24. studenoga 1911. sudjelovao je u raspravi nakon

predavanja dr. Mašeka o pacijentu kojega je bronhoskopirao i pritom bronhoskopom iz desnoga bronha izvadio zubnu protezu. Među članovima društva blagajničkih liječnika kraljevine Hrvatske i Slavonije bio je i dr. Jurinac s prinosom od 10 kruna umjesto vijenca na odar kolege dr. Franje Partcha koji je umro 14. siječnja 1912.

Na sastanku Kirurške sekcije Zbora 9. veljače 1912. Jurinac je predavao "Stenosis ilei post tumorem adnex. sin" o 22-godišnjoj bolesnici koju je 27. siječnja 1912. operirao dr. Čačković i zatim ga objavio u rubrici "Kirurška kazuistika" pod naslovom "Slučaj cikatricijelne stenoze tankoga crijeva u savezu sa upalom lijevih adneksa". Opširno je 1912. prikazao monografski tekst prof. Borchardta objavljen, u dva nastavka, pod naslovom "Savremeno stanovište akutne upale apendiksa i peritoneuma" i "Gnojna upala peritoneuma" u "Jahreskurse für Ärztliche Fortbildung".

Odazvao se pozivu i 23. svibnja 1912. bio u Ljubljani na proslavi pedesetogodišnjice "Društva Zdravnikov nad Kranjskem". Na mjesечноj skupštini 31. svibnja 1912. predavao je "Strano tijelo u oesophagu".

Dr. Jurinac bio je na mjesечноj skupštini 29. studenoga 1912. na kojoj je, u znakovitoj nenazočnosti predsjednika Kosirnika, potpredsjednik dr. **Pavle Ćulumović** (1868. - 1963.) procitao dopis vis. kr. zem. vlade od 3. studenoga 1912. potpisom od Cuvaja koji je prigovorio što je "u mjes. skupštini Sbora liječnika Kraljevine Hrvatske i Slavonije od 25. listopada 1912. podvrgnut u prijedlogu predsjednika Društva (dr. Kosirnika) otpis odjela za unutarnje poslove kr. zem. vlade od 2.10. neumjesnoj kritici te je zaključeno da se preko tog otpisa vlade prelazi na dnevni red". Povrijeden što "ovaj postupak Sbora omalovažuje rješitu kr. zem. vlade primoran sam obustaviti daljnju potporu koju je kr. zem. vlada Sboru godimice podijeljivala i koja je u tekućoj godini bila povisena od 600 na 1000 Kruna". Sudionici skupštine su i ovalj Cuvajev dopis "uzeli na znanje" bez rasprave.

Dr. Jurinac sudjelovao 26. siječnja 1913. na glavnoj skupštini "Društva blagajničkih liječnika Kraljevine Hrvatske i Slavonije" za godinu 1913. te na glavnoj godišnjoj skupštini Zbora 30. siječnja 1913. na kojoj je jednoglasno prihvaćenom rezolucijom afirmirano "zajamčeno pravo Zbora da znanstveno raspravlja i sudi o svim granama liječničke znanosti dakle i o sudbenoj psihijatriji. Jednako je nad svaku sumnju uzvišena i u pravilima određena dužnost ovoga Zbora da zastupa stališke pribitke, u prvom redu da brani ugled liječništva. Napro-

tiv je kr. zemaljsko zdravstveno vijeće savjetnik zemaljskoj upravi u pitanjima zdravstva, među im izriče na poziv oblasti vrhovno mnjenje o sudbeno-liječničkim predmetima, ali nema zadatak riješavati znanstvena medicinska pitanja niti prava suditi ma o čijoj kolegjalnosti".

Bio je na sjednici Kirurške sekcije Zbora 21. veljače 1913. te na mjesечноj skupštini Zbora 28. veljače 1913. na kojoj je, u raspravi o liječničkim naknadama, iznio nekoliko slučajeva nedoličnog postupanja kod sudbenih sekcija te molio slavni Zbor da u tom pitanju poduzme nužne korake. Na sjednici kirurške sekcije Zbora 14. ožujka 1913. prikazao je 47-godišnju poljodjeljku primljenu u bolnicu zbog tumorra, vjerojatno ekinokoka jetre, zatim 50-godišnju poljodjeljku, primljenu zbog ciste u gornjoj čeljusti te s većim brojem tumorra kože.

Sudjelovao je u drugom balkanskom ratu i na mjesечноj skupštini Zbora 25. travnja 1913. izvijestio o svojim uspomenama iz Beograda, a o tome pisao u "Agramer Tagblatt"-u.

Na mjesечноj skupštini Zbora održanoj 23. svibnja 1913. bila je prihvaćena rezolucija o nužnosti ustanovljenja prosekture u Zagrebu. U raspravi o važnosti namještenja prosektoara sudjelovao je i Jurinac ističući vlastita iskustva o tome temeljena na boravku "pred nekoliko godine" uz prof. dr. Fappingera, dvorskog savjetnika: "Ovaki posao zahtijeva mnogo vremena. Najvažnije je kod toga mikroskopiranje, a neka istraživanja zahtijevaju i duži rad. Tako na pr. za hrptenicu treba dva do tri mjeseca. Neka se stručnjak baci na jednu ovaku radnju, trebat će za nju i po koji mjesec. Naš je šef radio na muskulaturi atrija, pak je trebao godinu dana. Imade vrlo čestih preparata, za koje će trebati po cijeli dan". Na prijedlog dr. Čačkovića Jurinac je izabran u poseban odbor (Gutschy, Jurinac, Matica) s ciljem izrade elaborata o propisima izrade obdukcije.

Na sjednici kirurške sekcije Zbora održanoj 5. studenoga 1913. na kirurškom odjelu BMS-a u Zagrebu Jurinac je prikazao 38-godišnju Anu R. primljenu u bolnicu 27. listopada koja je sedam puta rodila bez poteškoća usprkos tumoru na desnoj strani vanjskog spolovila. Polagani rast tumora pratila od svoje devete godine života da bi kod primitka u bolnicu najveći opseg tumora iznosio 73 centimetra. Opširan prikaz je objavljen u „Liječničkom vjesniku“ i popraćen dvjema fotografijama. Na istoj je sjednici prikazao i 13-godišnjeg Matu N. primljenoga takoder 27. listopada zbog angioma skrotuma koji mu je rastao od rođenja.

Na mjesечноj skupštini Zbora 24. travnja

1914. Jurinac je izvjestio o stranim tijelima u jednjaku. Sudjelovao 26. svibnja 1914. na izvanrednoj glavnoj skupštini Zbora na kojoj se raspravljalo o pitanju liječničkoga doma.

Unovačen na samom početku rata proveo je više mjeseci kao pučko-ustaški pomoćni liječnik kod 25. domobranske pješačke pukovnije u Bijeljini na istočnoj granici Bosne. Nakon prelaska u Srbiju bio 20. studenoga 1914. zarobljen s čitavim pomoćištem ("Hilfsplatz") i više od 200 ranjenika.

Tom je prigodom zarobljen i dr. **Levin Hanzl** (1881. - 1915.), kotarski liječnik u Kutjevu, koji je u zarobljeništvu obolio od pjegavog tifusa i umro 24. veljače 1915. Uz njegovu postelju bio je dr. Jurinac do kraja. Vijest o oslobođanju dr. Jurinca nakon zauzeća Kragujevca po austro-ugarskoj vojsci potkraj studenoga 1915. i njegovu dolasku u Skopje stigla je njegovu ocu prof. Jurincu u Varaždin preko Austro-ugarskog poslanstva u Sofiji 8. prosinca 1915. Početkom 1915. Jurinac je imenovan nadliječnikom.

Nakon povratka u Zagreb zauzeo je svoje mjesto pomoćnog liječnika u BMS-i blagajničkog liječnika. Sudjelovao je 4. ožujka 1916. u Bolnici Crvenoga Križa u Zagrebu na 14. liječničkom sastanku.

Zatim je bio, uz dr. **Vladimira Ćepulića** (1891. - 1964.), asistent dr. **Božidaru Špišiću** (1879. - 1957.) u Ortopedskoj bolnici tijekom 1916. Njih su dvojica bili tumačima grofu **Mariju Attemsu**, c.k. namjesniku Dalmacije i predsjedniku Dalmatinskog pokrajinskog povjerenstva za skrb oko ratnih invalida koji je 14. travnja 1916. posjetio Ortopedsku bolnicu i invalidsku školu u Zagrebu. U novinskom prikazu rada u Ortopedskoj bolnici, nakon odlomka punog oduševljenja za dr. Špišića, navedeno je "... a istaknuo je s tom knjigom dr. Špišić i svoje vrijedne suradnike dr. Vladimira Ćepulića, dr. Dušana Jurinca, dr. Mirka Brodovina i dr. Jakova Miličića. Njih petorica liječila su 1915. i 1916. godine ukupno 3.853 bolesnika..."

Ponovno je mobiliziran i u vojski je proveo kraj 1916. i veći dio 1917. godine. Nadliječnik dr. Jurinac imenovan pukovnijskim liječnikom, odlikovan Previšnjim priznanjem ("signum laudum") te poslije viteškim krstom reda Franje Josipa s ratnom dekoracijom.

Početkom svibnja 1918. imenovan je Jurinac, pomoćni liječnik iz BMS-a u Zagrebu, kotarskim liječnikom i pridijeljen za primarnog liječnika kirurškog odjela u BMS-u u Zemunu. U studenom 1918. bio je među liječnicima koji su se stavili na raspolaganje, spremni otici u Srbiju i pomoći tamošnjim kolegama

u svladanju teške poslijeratne zdravstvene situacije.

U rujanskem broju "Liječničkog vjesnika" 1919. opisao je svoje iskustvo s 58-godišnjim bolesnikom iz Banata primljenim u travnju 1919. u bolnicu u Zemunu, a kojega je pratio do njegove smrti 24. svibnja te nakon toga obdukcijom dokazao postojanje postlueticke aortne aneurizme velike "kao muška glava" koja je uzurirala "donju ključicu te prvo i drugo desno rebro. Cijela grudna kost pritisnutaja prema dolje i natrag. Desni glavni bronhus i traheja utisnuti su i mjestimice lišeni prednje stijenke". U prilogu su bile objavljene i tri fotografije bolesnika opisanog u članku, na kojima je veoma uočljivo prikazana promijenjena prednja stijenka prsnoga koša.

Među lijećnicima koji su bili u austro-garskoj vojski te tijekom 1920. primljeni u vojsku nove države bio je i dr. Jurinac u činu pričuvnog sanitetskog kapetana I klasе.

Dr. Jurinac se oženio Nadom Klaić rođenom 1891., kćerkom prof. dr. Vjekoslava Klaića (1849. – 1928.). Nada je studirala operno pjevanje, usavršavala se kod Milke Trnine no nije mogla nadvladati strah pred nastupom i stoga nije gradila karijeru operne pjevačice već je radila kao profesorica klavira.

U ožujku 1915. održan je u vojnem kasinu u Beču veliki koncert u korist "Crvenoga križa", a 15. travnja 1915. u velikoj dvorani glazbenog društva u Beču koncert za slijepе vojниke. Na prvom je gđica **Ivana Erben** pjevala na njemačkom, češkom, poljskom i mađarskom, a na hrvatskom je izvela Zajčeve skladbe "Uz dah" i "Domovini i ljubavi". Na drugom je izvela više Wagnerovih pjesama te na hrvatskom Hatzeovu "Masku". Na oba koncerta pratila ju je na glasoviru "gđica Nada Klaić, odlična pijanistica i učiteljica u zemaljskom glazbenom zavodu u Zagrebu koja je tada boravila u Beču na usavršavanju u pjevanju u Bečkom konzervatoriju".

Sinu rođenom 1920. u Zemunu nadjenuli su Nada i dr. Dušan Jurinac ime Dušan, po ocu.

Na izvanrednoj mjesečnoj skupštini Zbora 30. kolovoza 1920. Jurinac je, pored prof. dr. Mašeka i dr. **Andrije Štampara** (1888. – 1958.), izabran za odbornika Zbora u Jugoslovenskom lekarskom društvu.

Nakon što je dr. **Milan Vladimir Crlenjak** (1872. – 1939.), ravnatelj BMS- a u Zemunu. premješten 24. veljače 1921. u Zagreb, vodenje uprave bolnice u Zemunu povjeren je primarnom liječniku kirurškog odjela dr. Jurincu. Tijekom rada u Zemunu sudjelovao je na sastancima Srpskog lekarskog društva u

Beogradu. Jurinac je u Zemunu ostao do kraja lipnja 1921., tj. do premještaja u Vinkovce, gdje je preuzeo mjesto primarnog liječnika u tamošnjoj Općoj javnoj županijskoj bolnici. Nakon kratkog vremena bio je imenovan ravnateljem te bolnice.

U Vinkovcima je 1922. rođena kćer kojoj su Nada i dr. Dušan nadjenuli ime Nada, po majci.

U Zagreb se iz Vinkovaca Jurinac s obitelji vratio tijekom 1927. Otvorio je privatnu liječničku ordinaciju u Maksimirskoj 5. Tijekom 1929. opet se javlja na stranicama "Liječničkog vjesnika". Znanje stećeno na fakultetu i produbljivano svakodnevnim radom omogućavalo mu je rješavanje složenih problema njegovih pacijenata no niti dvadesetgodišnje liječničko iskustvo nije ga poštedito od sudara sa primitivizmom sredine i besčutnosti administracije. Tome se pokušao suprotstaviti apeliranjem na liječničku kolegijalnost (tekst u nastavku).

Veoma se angažirao u radu Društva za podizanje krematorija u Zagrebu „Plamen“, sa sjedištem na Jelačićevu trgu loa. Na godišnjoj skupštini 1936. izabran je predsjednikom.

Jurinac je 5. ožujka 1937. u Hrvatskom liječničkom domu u Zagrebu sudjelovao je na 7. redovitoj glavnoj godišnjoj skupštini Zadruge za podizanje Liječničkoga doma u Zagrebu. On je imao 5 udjela, kao i prof. dr. Ćepulić, dok je predsjednik Zadruge dr. **Vladimir Katičić** (1870. – 1943.) imao 10 udjela, dr. **Ante Vučetić** (1899. – 1977.) u ime Zbora liječnika 2.641 udio, a dr. **Duro Vranešić** (1897. – 1945.) u ime Liječničke komore 3.737 udjela.

Jurinčeva djeca slijedila su majčin primjer i glazbeno se obrazovala. Dušan je svirao violinu, a Nada čelo. Nada je nakon svršene gimnazije u Zagrebu započela studij filozofije u Beču. Na drugoj godini studija pala je na bečkom Ringu pod tramvaj i od posljedica stradavanja umrla 14. ožujka 1942. u bečkoj bolnici. Dušan Jurinac mlađi upisao je po završenoj gimnaziji medicinu u Zagrebu. Svirao je u studentskom orkestru. Pri svršetku studija bio je unovačen i dodijeljen Poglavnikovom tjelesnom sdrugu (PTS). Prigodom povlačenja ustaške vojske 1945. nestao je u Bleiburgu.

Njegov otac umro je od karcinoma 2. svibnja 1947. u Zagrebu u 67. godini života u svome domu, Maksimirска 5, i pokopan na Mirogoju. Odgovor na pitanje koje je u svom članku u "Liječničkom vjesniku" 1929. godine taj ugledni liječnik uputio svojim kolegama traži se i danas. Supruga Nada Jurinac, profesorica u mirovini, nadživjela ga je za punih 38 godina te umrla 11. kolovoza 1985. u 94. godini života. ●

Prilozi za bibliografiju

- Jurinac D. Slučaj sklerodermije. Liječ vjesn 1910;32:97-8.
Jurinac D. Ekstrakcija stranog tijela iz dušnika pomoću direktnе bronhoskopije. Liječ vjesn 1910;32:279-81.
Jurinac D. Argirozys. Liječ vjesn 1911;33:64.
Jurinac D. Slučaj trepanacije radi ozljede sjekirom. Liječ vjesn 1911;33:64-5.
Jurinac prikaz Oberländer. Dijagnoza i terapija kamenca mokraćnog mjeđura. Liječ vjesn 1911;33:175-7.
Jurinac. Kirurška kazuistika. Slučaj cikatricijelne stenoze tankog crijeva u savezu sa upalom lijevih adneksa. Liječ vjesn 1912;34:82-4.
Jurinac prikaz Savremeno stajalište akutne upale apendiksa i peritoneuma (I) Liječ vjesn 1912;34:117-20.
Jurinac D. Gnojna upala peritoneuma (II). Liječ vjesn 1912;34:160-1.
Jurinac D. Tumor jetara. Liječ vjesn 1913;35:200.
Jurinac D. Cystis maxillae. Liječ vjesn 1913;35:200.
Jurinac D. Ogromni elefantijastični tumor. Liječ vjesn 1913;35:200.
Jurinac D. Slučaj elefantijaze desne velike sklopke. Liječ vjesn 1913;35:582-3.
Jurinac D. Rijedak slučaj angioma skrotuma. Liječ vjesn 1913;35:583.
Jurinac D. Aus den Belgrader Spitalern. Agramer Tagblatt 1913;28/96/3-4.
Jurinac D. Strana tijela jednjaka. Liječ vjesn 1914;36:256-9.
Jurinac D. Slučaj neobično velike aneurizme. Liječ vjesn 1919;41:457-8.
Jurinac D. Krematorij. Liječ vjesn 1929;51:51-4.
Jurinac D. Što se može dogoditi kirurgu. Liječ vjesn 1929;51:465-8.
Jurinac D. Kremacija u svijetu sudske medicine. Plamen 1936;1/2:27-8.

Što se može dogoditi kirurgu

Dr. Dušan Jurinac, bivši primarij i ravnatelj bolnice, Zagreb

(Liječnički vjesnik /Staleški glasnik/1929;51/12:465-8)

Ubolnicu u mjestu X donešen je 16. svibnja 1927. 16-godišnji brijaćki pomoćnik Miško F. s doznakom tamošnjeg okružnog ureda «appendicitis, smjesta na operaciju». Pri pregledu sam našao okruglu, dosta tvrdnu, kao dječja glava veliku, jako osjetljivu oteklinu u desnom donjem dijelu trbuha. Sezala je sve do pupka i gubila se u dubini. Opće stanje bolesnika bilo je vrlo teško. Temperatura 39.6°C, bilo 130-140/min, dosta jaki meteorizam.

Flatusa i stolice nije bilo već par dana; bljuvao više puta; jezik jedva nešto vlažan; disanje ubrzano. Bolesnik je bio 5 dana bolestan, pa je tek 5. dan poslije podne otpoštan i dopremljen u bolnicu. Dugo sam promišljavao, pio i istraživao bolesnika, davao sam klizme, kardiaka i cijev za vjetrove. Navečer, kad sam se ponovno radi Miška vratio u bolnicu, video sam da je dobro reagirao na liječenje tako da sam stekao uvjerenje da će se proces smiriti i da neće doći do apsesa, jerbo i prije nije imao tresavice već kontinua temperature, koliko sam mogao od bolesnika saznati. Lokalni naziv također nije govorio za apses.

Drugi dan došao sam u bolnicu, prije nego obično, i to u pola sedam da vidim kako je Mišku. Na moje veliko veselje bolesnik je i subjektivno i objektivno davao povoljniji utisak, tako da sam bio potpuno uvjeren da se radi o oteklini koja će se tijekom vremena resorbirati. Miško je bio neobično dobar i strpljiv, bio je moj najbolji bolesnik s obzirom na narav bolesti, on je slušao svaku moju riječ, nikada nije ni jednom riječi prigovorio, već je strpljivo u polusjedećem položaju ležao u krevetu. Ja sam Mišku više puta rastumačio o čemu se radi, rekao sam mu da će ozdraviti, ako će imati strpljenja, no sada u početku ne smije se operirati već onda kad će oteklina proći. Rekao sam mu više puta, ako će se kasnije osjećati naoko zdrav da bolest još uvek traje i da bez operacije nema ozdravljenja. Bolest se može iz najvećeg mira povratiti, a posljedice mogu biti vrlo teške. Rijetko kada sam imao tako dobrog bolesnika, kao što je bio moj Miško i rijetko se dogodi da ljudi njegovog društvenog sloja imaju strpljenja, da čekaju na operaciju, jer onda, kad ih ne boli pobegnu obično iz bolnice. No Miško je bio

dobar i slušao je moju riječ i savjet. Miško se zabavljao nekoliko dana prije operacije u dvorištu, dobro se oporavio pa sam ga svaki dan, kad se već osjećao zdravim, 2 puta pregledao, a u prvih 15 dana, dok je trajala temperatura po 10-20 puta na dan. Akoprem se u predjelu slijepog crijeva u dubini još pipao jedan nejasan tumor odlučio sam da ga operiram. To sam učinio dne 26. 07., dakle poslije 72 dana od kako je Miško došao u bolnicu. Tehnički je operacija bila vrlo teška radi jakih zaraslica, u kojima je ležao izgrižen gangrenozni apendiks s jednim dosta velikim koprilitom. Mnogo mi je briga zadavala crijevna seroza. Postoperativni tok nije bio poremećen, tako da je Miško dne 2. 8. 1927. zdrav i veseo iz bolnice otpušten.

Dok je Miško ležao u bolnici rekao sam mu često, neka javi svojoj rodbini, svojoj majci, koja ga posjećuje poslijepodne, da me potraži pa da im rastumačim narav bolesti, no tek nakon jednog i pol mjeseca došla je k meni jedna mala, slaba, u trošno odijelo obučena žena, koja se predstavila kao majka Miškova. Stoeći kraj mene žena je govorila da je velika sirota, a ja joj nastojah ublažiti njezinu bol radi djeteta, jer sam mislio da ona govoriti da je sirota radi svog jedinca sina, koji se nalazi već dugo u bolnici. Rekoh majci da moramo imati strpljenja, a da se ne smije riskirati – radi se o uspjehu, a ne o vremenu; bez operacije ne može Miško ozdraviti, a da je prekasno došao u bolnicu, tj. da nije odmah u početku bolesti došao to nije moja krivnja. Još sam majci rekao ako će mene Miško slušati, da će sigurno ozdraviti. Nakon osam dana eto opet majke, pak sam joj isto rekao kao i prvi put.

Mnogo kasnije, kad je već Miško bio otpušten iz bolnice, saznao sam da je majka Miškova bila prije nego je k meni došla, u okružnom uredu i tamo se pritužila da joj sin još nije operiran. Kakve informacije je majka dobila u okružnom uredu ne znam, no mogao sam si bolje rastumačiti smisao: sirota. Žena je naime pod riječi sirota sigurno mislila: «e da imam novaca i da nijesam sirota sigurno bi doktor obavio već odavna operaciju». O novcima ili o kakvoj sličnoj stvari sa ženom nije bilo nikada ni govora, a ja nikad nijesam ni pomislio na kakve novce. Činovnica okruž-

nog ureda izjavila je da joj se majka Miškova tužila, da se operacija nije izvela, jer da ona nema novaca i da nije mogla ništa riskirati. Činovnica je majku upozorila da još pričeka neko vrijeme pa ako se operacija ne izvede, neka ponovno dođe. Kada je drugi put došla, a operacija nije bila obavljena, savjetovala joj je činovnica da podnese prijavu protiv mene na okružni sud.

Dakle činovnica okružnog ureda nagovara ženu da podnese prijavu na isti okružni ured. To je zanimljivo i važno kad se uzme u obzir da je liječnik Okružnog ureda koji je Miška poslao u bolnicu izjavio da je konstatirao akutnu upalu slijepoga crijeva, pa se operacija imala izvesti za 7 sati s izgledom na uspjeh. Kako već znamo, Miško je u bolnicu došao petog dana od početka bolesti, a imao je apendicitični tumor velik poput dječje glave. Tu se nešto ne slaže. Iz prakse znam samo to, da nijesam nikada dobio bolesnika s apendicitidom, iz okružnog ureda jednog provincijalnog mjesto, kod kojeg sam mogao operirati apendiks za prvi 20 sati. Drugo, imao sam prilike iskusiti da su mnogi, za ono vrijeme kad je Miško bio u bolnici, bili odmah operirani, jer su imali svoje privatne liječnike, koji su odmah potražili kirurga i došli u zgodno vrijeme za operaciju, i to prvi 10-15 sati. Kako to shvaća laik može se razmisliti. Jedan dođe u bolnicu, pa ukoliko ima bijeli jastuk, ili dode autom u bolnicu, bude odmah operiran, a drugi kao na pr. Miško, koji pod nebom nema ništa osim ošišane glave, jerbo je brijaćki pomoćnik, on mora da čeka – da čeka skoro 3 mjeseca! Naravno, onaj s boljim kaputom je masno platio, a ovaj bijednik neka skapa, neka pati – što je liječniku do njega stalo! Tako si to tumače laici, tako si to tumače materijalno i duhom slabii. Zar je teško takovim ljudima sa dvije riječi reći da je tako? Zar njima nije, pogotovo u ovo vrijeme, najpristupačnije, da opстоje samo jedna indikacija a to su pare, da se izvede operacija?

Sad je jasno, kako je majka sama, a i po uputama i savjetima bila uvjerenja da se pod riječi „sirota“ ima na umu i pojam novca, a da se o njima direktno i ne govoriti.

Za prosudjivanje cijele stvari i shvaćanja u ovom konkretnom slučaju interesantno je

i to, da je Miško bio šegrt kod nekog brijačkog majstora koji je mene zapravo prijavio Okružnom uredu s navodom da je njemu to majka kazala. Taj majstor bio je svojedobno kažnjen radi nedozvoljenog brijanja i šišanja u bolnici, i onda je izjavio, da će se ravnatelju bolnice osvetiti. Kakav je dakle interes imao taj majstor koji je bio kao glavni tužitelj kod Okružnog ureda? Meni nije nikada došao pa pitao kako je njegovom šegrtu, već je prijavio da se njegov šegrt šeta po bolnici (prije operacije se šetao, a zašto i ne bi), bez temperature, da mu je rekao da ga doktor ne pušta iz bolnice. Moram reći da je Miško bio osobito dobar i nikada nije spomenuo da bi htio kući. Majstor je prijavio da je Miško liječnik Okružnog ureda poslao u bolnicu na operaciju, a ne da šeće po dvorištu.

Kad je Miško već negdje u brijačkoj radnji marljivo sapunao, dobijem jednog dana spis Okružnog ureda, gdje mi se javlja da se

izjavim zašto nije Miško odmah operiran i kako to da sam ga pustio čekati, da sam da-pače tražio nekakove novce. Jedva se može zamisliti koliko sam puta preokrenuo taj spis da se snađem, da shvatim da li je to java ili teški grozni san. Dvadeset i četiri sata bio sam izvan sebe. Mene se objeđuje za nešto nepojmljivo, nešto za obični mozak neshvatljivo, nešto groznoga. Ja da sam tražio materijalnu odštetu, je li to moguće da su to ljudi mogli uopće izmisliti? Nitko si ne može predstaviti što sam prepatio. Za moje, kao čovjeka i kirurga, najispravnije djelo, nagrađen sam s beskrajno nepravednom i niskom podvalom. Reći da bolesnika zato operirao nijesam jerbo majka istoga nije platila – to prelazi sve granične shvatanja ljudskog mozga. Ja sam naravno stvar predao sudu, no riješenja nema, makar već teče 19. mjesec. No da sud krivce kazni i najvećom kaznom, meni ne može dati zadovoljštinu, zato apeliram na gospodu kole-

ge, naročito na uže kolege iz naših idealnih vremena, kad nijesmo pomisljali na kakove honorare u bolničkoj službi, a kamo li da bi novce stavili kao indikaciju za operativni zahvat. Uvjeren sam da će gospoda kolege i bez ispitivanja otkloniti svaku mogućnost da bi se takvoga što moglo dogoditi. Gospoda kolege, koji bi samo malo posumnjali u ispravnost i istinitost mojih navoda molim, da mi izvole dati priliku kao čovjeku i kao kirurgu da dokažem svoj najkorektniji postupak u navedenom slučaju.

Objediti jednoga liječnika, da nije operirao samo zato što nije primio pare – najveća i najteža je uvrjeda koju liječnik - kirurg može da doživi.

Pojmljivo je i ispravno da se za to obraćam na gospodu kolege s molbom da me shvate i zaštite, i da mi time dadu zasluženu zadovoljštinu. ●

Dan zdravih dojki na Cvjetnom trgu u Zagrebu

Na Cvjetnom trgu u Zagrebu uspješno je 17. listopada održana javnozdravstvena kampanja Dan zdravih dojki pod sloganom „Volite svoje dojke - za vlastito zdravlje!“

Domagoj Jelić

Nalici mjesto je u 26 žena učinjen mamografski pregled, a mnoge su iskoristile prigodu i naručile se na ovaj dijagnostički pregled za rano otkrivanje raka dojke, naglasila je dr. **Melita Jelavić** iz Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“.

Na ovoj kampanji nazočili su akademik **Željko Reiner**, izaslanik predsjednice **Kolinde Grabar Kitarović**, **Milan Bandić**, gradonačelnik grada Zagreba, **Mirna Šitum**, pročelnica gradskog ureda za zdravstvo i mnogi drugi.

Brojnim građanima besplatno je podijeljena edukativna knjižica „Znanjem protiv raka dojke“ koju je izdala Hrvatska liga protiv raka, čiji je izlazak poduprla AstraZeneca, i brojne druge edukacijske materijale koje je napisala dr. **Ilona Sušac**, onkologinja i dopredsjednica Lige. Isto tako brojne osobe iz javnog i političkog života pomogli su u humanitarnoj prodaji mirisnih sapuna, medenjaka i torbica koje je dizajnirala **Anamarija Asanović**.

Uz mobilni mamograf na Cvjetnom bila je postavljena i priručna Ordinacija u kojoj su liječnici educirali žene kako pravilno obaviti samopregled dojki između specijalističkih pregleda. Taj posao obavljao je uz ostale nazočne liječnike i rekonstrukcijski kirurg dr. **Mladen Duduković** iz Klinike za plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju KBC-a Zagreb.

Njegova uloga kao plastičnog kirurga bila je savjetovati žene koje su prošle operaciju raka dojke kako i kada učiniti rekonstrukcijsku kirurgiju dojke s ciljem poboljšanja psihološke kvalitete života. Pojasnio je da svaka žena kojoj je uklonjena dojka ima pravo na rekon-

strukciju obje dojke na teret HZZO-a i da se u Hrvatskoj ti zahvati obavljaju po svjetskim standardima

- Samopregled je nužan, no on nije zamjena za klinički, ultrazvučni i mamografski pregled. Njega treba raditi stalno kako bi se žene dobro upoznale sa svojim grudima i kako bi lakše primijetile neke promjene - kazao je dr. Duduković. Pojasnio je kako se mladim ženama preporučuje pregled ultrazvukom, a starijima od 40 godina indicirana je mamografija, a po potrebi i magnetska rezonanca. Prihod od ove humanitarne kampanje namijenjen je Zajednici pacijenata oboljelih od raka Sv. Juraj. ●



Od Marka Pola do Nobela

Prof. dr. Stella Fatović-Ferenčić

**Um mora biti kao padobran - uvijek otvoren
Inače ne funkcioniра**

Frank Zappa

Marko Polo, trgovac i putopisac, postao je poznat po knjizi *Milion* (*Il Milione*) u kojoj opisuje svoje putovanje Kinom. Knjiga je imala presudan utjecaj na mnoge istraživače u doba velikih otkrića, a prema njoj su radene i zemljopisne karte Dalekog istoka. I broj milijun dovodi se u svezu s Markom Polom. Smatralo se, naime, da je po povratku u Veneciju u svojim pričama megalomansi uvećavao činjenice, opise i brojke. Za brojku milijun tada nije bilo posebnog brojčanog izraza, već se rabio naziv *tisuću tisuća*. Kako je Markovo drugo ime bilo *Emilio* to se ubrzo među mletačkim pukom za njegove opise proširio izraz *emilioni*, a za do tada ne postojeći, novi broj skovan je i naziv *milion*.

No to je bilo u vrijeme kada se nije putovalo ni prijevoznim sredstvima ni internetom pa se informacije nisu mogle odmah provjeriti. Danas bi se zasigurno svatko tko se susreo s Kinom, tom golemom, mnogoljudnom ze-



mljom skokovitog razvoja, odmah priklonio opisima Marka Pola, uvjeren kako taj veličanstveni putopisac baš ni u čemu nije pretjerao. Brojke u Kini umnožavaju se pred vašim očima na svakom koraku i pri svakoj vizuri pa ste na povratku i vi, baš poput Marka Pola, spremni na izmišljanje još nekog novog broja.

Prvi sam put posjetila Kinu 2003. godine, a u posljednjih se nešto više od dekade toliko izmijenila i narasla da je zastrašujuće u tom smislu uopće pomišljati na njezin rast u budućnosti. Ono što je ondje ostalo jednako upadljivo to su golemi kontrasti koji se uočavaju na svakom koraku. Promet je pretrpan najnovijim i skupim automobilima, istovremeno biciklima, prikolicama, pješacima i motociklima. Ulice ključaju prolaznicima, lutajućim turistima, poslovnim ljudima, trgovcima u kaotičnom ritmu. Šuma divotnih nebodera stremi moćno prema nebu, a male su ulice rezervirane za dućančice raznog sadržaja - u nekim biste ostali cijeli dan u neke pak ne biste kročili ni na vrhuncu svoje najneobuzdanije znatiželje. Kinezi vole ploč-

“传统医学探索”国际研讨会 Symposium “Exploring Traditional Medicine”



nike, sjede na niskim stolčićima gotovo pri samom tlu jedući vješto štapićima. U nekom obližnjem drevoredu lako ćete zateći smetlara koji spokojno spava u svojim kolicima dok uz njega tutnjuju mercedesi, honde i jaguari. I sve se nekako uklapa u kinesku priču nalazeći svoj smisao i ravnotežu po principu jang i jina sila koje se uvijek iznova skladno dopunjaju.

Svrha mog putovanja bila je ovaj put konferencija naslovljena *Exploring traditional medicine - Case studies*. Organizator simpozija Kineska akademija medicinskih znanosti (CACMS) bila je ujedno i mjesto održavanja, a suorganizatori su bili Inter - Academy Medical Panel (IAMP) i Kineska akademija inženjerstva (CAE). Svaka prijavljena zemlja trebala je poslati jedan prikaz slučaja temeljen na tradicionalnoj, a potvrđen metodama znanstvene medicine. Od oko stotinjak prijavljenih slučajeva u uži je izbor ušlo petnaest koji su dobili priliku

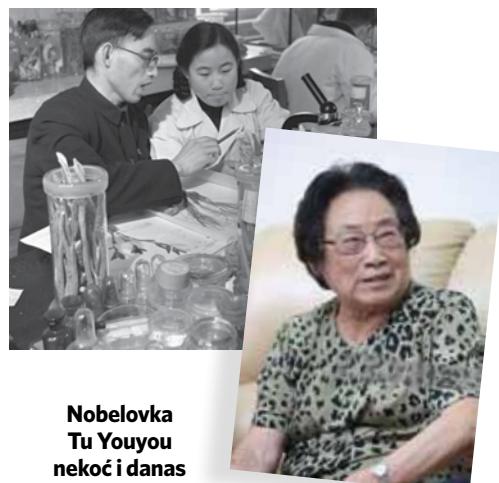
svoje istraživanje i usmeno predstaviti. Među njima je, kao jedina zastupljena europska zemlja, bila i Hrvatska. Budući da je Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti članica IAMP-a, dala je za rad koji ju je predstavljao na simpoziju i svoju preporuku, a prijavu je podupro i tajnik Razreda za medicinske znanosti akademik Marko Pećina. Voditelj je i autor našeg projekta, koji je dobio priliku da bude predstavljen, farmaceut prof. dr. sc. Nikola Kujundžić, a s obzirom na iskustvo u istraživanju hrvatskih ljekaruša odlučeno je da predavanje u Pekingu prezentira Stella Fatović-Ferenčić. Naš prikaz slučaja bio je temeljen na zapisu o liječenju griza (rak rane) sačuvanom u ljekaruši franjevačkog svećenika Silvestra Kutleše te je bio naslovljen „Od narodnog recepta do lijeka: antitumorska aktivnost podlanice (*Caucalis platycarpus L.*)“.

I tako sam ponovno otputovala u Peking. Na simpoziju je sudjelovalo 16 zemalja: Kina, Tanzanija, Filipini, Zimbabwe, Turska, Južna Afrika, Sri Lanka, Madagaskar, India, Nigerija, Indonezija, Senegal, Kenija, Etiopija, Kamerun i Hrvatska. Predavači su bili predsjednici nacionalnih akademija, bolnica, direktori farmaceutskih instituta, dekanii i rektori pojedinih sveučilišta, voditelji ustanova i odjela, uglavnom farmaceu-

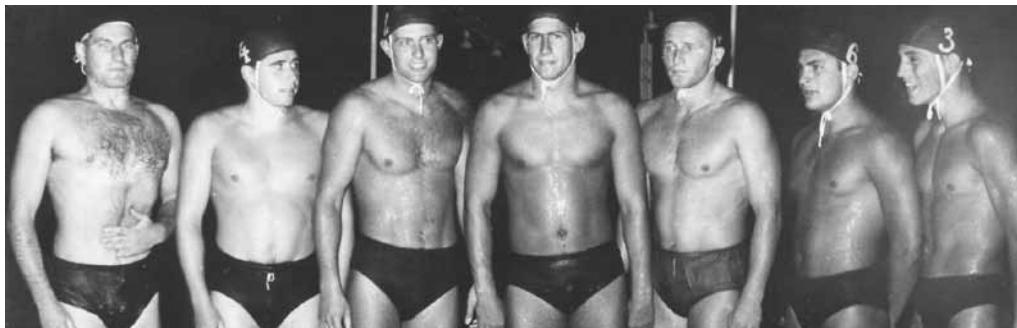
ti, liječnici, molekularni biolozi, biokemičari i kemičari. Kineska akademija pokazala se kao sjajan organizator, sve je teklo zapanjujućom točnošću, a svako je predavanje pratila poticajna rasprava. Nit vodilja svima bio je povratak mudrosti i iskustvu koja su se stoljećima bilježila u tradicionalnoj medicini te njihova provjera pomoću suvremenih znanstvenih metoda.

Usklopu simpozija obišli smo i neke od ustanova koje spadaju pod okrilje Kineske akademije medicinskih znanosti, primjerice bolnicu za liječenje tradicionalnom kineskom medicinom koju financira država. Osim ove bolnice, pod Kinesku akademiju medicinskih znanosti potпадa 13 instituta, 6 bolnica, edukacijski centri, izdavačka kuća koja donosi pretiske starih kineskih knjiga i izdaje svoj časopis. Potvrda je njihove uspješnosti i ovo-godišnja Nobelova nagrada za medicinu i fiziologiju. Dobila ju je znanstvenica gospođa Tu Joujou (uz Williama C. Campbella i Satoshi Ōmuru), koja je velik dio svojih istraživanja napravila upravo u institutu ove Akademije. Nagrada joj je dodijeljena za pronađak *Artemisinina*, lijeka protiv malarije, a nadahnuće i polazište za njezino istraživanje bila je upravo tradicionalna kineska medicina. Zanimljivo je i dodati da dobitnica Nobelove nagrade za medicinu i fiziologiju gospođa Tu Joujou nema diplomu medicine niti doktorat znanosti, niti je ikada radila svoja istraživanja igdje drugdje osim u Kini. Možda će se nekom ovo učiniti nemogućim ili čak nevjerojatnim. Sve što dolazi iz Kine i danas izgleda nevjerojatno onako kako se to činilo i slušaćima pustolovina Marka Pola. Jer je za razumijevanje kineske stvarnosti i kulture nužan um otvoren za prihvatanje mogućnosti koje su izvan uobičajenih okvira. Marko Polo je taj um imao, imaju ga i Kinezi. Veliki su, stoga, i ne samo u brojkama ... i još rastu.

stella@hazu.hr



Nobelovka
Tu Youyou
nekoć i danas



Ekipa Mladosti koja je osvojila drugo mjesto na Prvenstvu Jugoslavije 1955.
S lijeva: Juraj Amšel, Jozo Šuste, Ivo Puharić, Marijan Žužej, Zdravko Ježić, Vladimir Korpes i Zlatko Šimenc

Prim. dr. Ivo Puharić, uspješan ginekolog i vaterpolist

Eduard Hemar

Urubrici hrvatski liječnici sportaši ponovo predstavljamo jednog uspješnog igrača vaterpola. Riječ je o Ivi Puhariću koji je u sportskim krugovima imao nadimak Bebi. Rođen je 22. srpnja 1932. u Makarskoj. Odrastao je u gradaškoj obitelji kao jedini sin uz četiri starije sestre.

Njegov otac dr. Klement Puharić rodom iz Makarske bio je odvjetnik i sudac a majka Ljudmila – Mila rodom iz Splita domaćica. Ivo je s roditeljima i sestrama do desete godine živio u Makarskoj. Nakon sloma Kraljevine Jugoslavije 1941. Italija je okupirala i anektirala veći dio Dalmacije uključujući i Makarsku.

Obitelj Puharić se za vrijeme II. svjetskog rata 1942. iz Makarske preselila u Zagreb koji je tada bio glavni grad NDH. Po dolasku u Zagreb Ivin otac postao je član Stola sedmice – vrhovnog suda u državi. Po završetku rata i stvaranju druge Jugoslavije 1945. bio je dr. Klement Puharić kao sudski dužnosnik u NDH od novih vlasti osuđen na sedam godina zatvora i zabranu rada u odvjetništvu. Odslužio je godinu dana a potom je radio kao bibliotekar u zagrebačkom Urbanističkom zavodu do umirovljenja.

Ivo Puharić odrastao je u Zagrebu u Nikolićevoj ulici (danas Ulica Nikole Tesle). Matuirao je na Klasičnoj gimnaziji u Križanićevoj ulici 1950. Na MEF-u je diplomirao 1958. Vaterpolo je počeo igrati kao junior u Plivačkom klubu Naprijed (od 1961. PK Medveščak).

Bio je član talentirane generacije koja je pod vodstvom iskusnog trenera, igrača i tajnika kluba Mirkog Mirkovića bila, uz Mladost, najbolja gradska ekipa. Za razliku od mladostnika koji su igrali na bazenu kraj Save, igrači Naprijeda trenirali su u središtu grada na olimpijskom bazenu sagradenom 1947. na Šalati. Godine 1951. ekipa Naprijeda osvojila

je 2. saveznu ligu i plasirala se u 1. saveznu ligu Jugoslavije. Taj uspjeh su pod vodstvom trenera Mirkovića ostvarili igrači: Dubravko Ježina, Ivo Puharić, Alfred Balen, Vanča Kljaković, Velimir Damaška, Aleksandar Seifert, Ivo Skarpa, Miško Mišić, Dubravko Pavičić, Berislav Brnčić i Zvonimir Luzar.

Iz te ekipi poslije su velike trenerske karijere u vaterpolu ostvarili Aleksandar – Coša Seifert, o kojem smo već pisali u ovoj rubrici, i Alfred Balen, tvorac čuvenog Spandaua 04 iz Berlina.

Ekipa Naprijeda potom je dvije godine nastupala u prvoligaškom društvu, no na kraju 1953. administrativnom su odlukom izgubili status prvoligaša, iako su zauzeli šesto mjesto među osam klubova.



Članovi Mladosti u rujnu 1955. u Dubrovniku. Gore stoje Zdravko Ježić. S lijeva stoje: Zlatko Šimenc, Vlado Šilović, Jovan - Đan Tomić, Jozo Šuste, Verica Bauer - Amšel, Vlado Korpes, Ivo Puharić i Marijan Žužej

Ivo se razvio u odličnog obrambenog igrača. To nije promaklo tadašnjem treneru studenske reprezentacije Jovanu – Đanu Tomiću iz Mladosti. U Dortmundu je 1953. održana 3. ljetna sportska nedjelja FISU kao preteča Svjetskim studenskim igrama 1957., odnosno Univerzijadi od 1959. Reprezentacija Jugoslavije je u tadašnjoj Zapadnoj Njemačkoj osvojila zlatnu medalju nakon četiri uvjerljive pobjede i postala svjetski studenski prvaci.

Uz saveznog trenera Tomića taj su uspjeh ostvarili igrači: Milan Muškatirović, Dubravko Ježina, Dabiša Ježina, Hrvoje Somodić, Mitjan Bonačić, Zoran Stefanović, Ivan Aranicki, Danilo Pavešić, Ivo Puharić, Marko Vranica i Ante Kvocal. Osim Puharića, osvojio je zlato u Dortmundu još jedan budući liječnik, Danilo Pavešić iz Rijeke, čiju ćemo biografiju predstaviti u jednom od sljedećih nastavaka naše rubrike.

Nakon ispadanja Naprijeda iz 1. savezne lige Puharić je dobio poziv iz najboljega zagrebačkog vaterpolo kluba Mladost. Tako je u drugom dijelu svoje sportske karijere od 1954. do 1958. nastupao za ekipu sa Save. Bio je član sjajne generacije mladostnika, koja nije uspjela postati državni prvaci ali je bila vrlo blizu. U Zadru je 1955. osvojila drugo mjestoiza Mornara iz Splita.

Pod vodstvom Duška Katunarića taj su uspjeh ostvarili: Juraj Amšel, Zlatko Šimenc, Jozo Šuste, Marijan Žužej, Zdravko Ježić, Ivo Puharić, Srđan Korpes i Vlado Šilović. Bila je to sjajna ekipa sastavljena od tadašnjih i budućih reprezentativaca. Nakon Henrika Kumara, Duška Katunarića i Juraja Amšela, o kojima smo već iscrpljeno pisali u našoj rubrici, Ivo Puharić je bio četvrti uspješni igrač Mladosti koji će postati liječnik. Njegova sportska karijera bližila se kraju kako se blžio kraj

i njegovu studiranju. Možda je mogao postići i više uspjeha kao vaterpolist, ali je u vrijeme čistog amaterizma u sportu dao prednost svojim liječničkom pozivu i nije pogriješio. Dесetak godina koje je proveo u vaterpolu kao član Naprijeda, Mladosti i reprezentacije ostaje zapamćeno po dobrim igrama i rezultatima.

Nakon što je diplomirao na MEF-u u Zagrebu, Puharić je započeo, kako će vrijeme pokazati, sjajnu liječničku karijeru. Nakon staža i vojne obveze radio je kao sekundarni liječnik u Dispanzeru za žene DNZ-a Trešnjevka. Specijalizaciju iz ginekologije i porodništva započeo je 1963. na Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Zagrebu Petrovoj ulici. Specijalistički ispit položio je 1967. a naslov primariusa stekao je 1978. Od 1984. bio je pročelnik Odjela za bračnu neplodnost Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a u Zagrebu. Bio je član Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog društva ginekologa i Hrvatskog društva za endoskopsku kirurgiju. Dobitnik je Ordena rada sa srebrnim vijencem i drugih nagrada.

Zanimljivo je da je prim. Puharić bio dio liječničke ekipa (prof. dr. Predrag Drobniak, prof. dr. Veselko Grizelj, prof. dr. Velimir Šimunić itd.) koja je zaslужna za prvu hrvatsku bebu iz epruvete rođenu 23. listopada 1983. pa se Zagreb tada uvrstio u sam svjetski vrh uspješne izvantjesne oplodnje. Puharić je preminuo u Zagrebu, 18. prosinca 1994. u 63. godini života od plućnog karcinoma. Pogopan je na zagrebačkom groblju Mirogoj. Povodom Puharićeve smrti napisao je njegov dugo-godišnji kolega i ravnatelj Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb prof. dr. Veselko Grizelj (1933 – 1998) između ostalog u *in memoriam*: "Poslije specijalističkog ispita radio je u svim odjelima Klinike. Brojna dežurstva i svakodnevni rad, učenje, doslovce uz bolesnički krevet, stvorili su od njega potpunog ginekologa-opstetričara, vrsnog kliničara kakvih je danas nažalost sve manje.

Imao je prirođen smisao za kliničku medicinu, posebice nadarenost za kirurgiju, pa se vrlo rano osamostalio i postao vrsnim kliničarem koji je uspješno dijagnosticirao i rješavao i najteže probleme u struci. Kao zreo i iskusni kliničar naposljetku se isključivo posvetio ljudskoj reprodukciji. Tu je, čini se, najviše pronašao sebe. Sve njegove



Prim. dr. Ivo Puharić



Ekipa Mladosti na putu Korčula - Split.
S lijeva Vlado Šilović, Jozo Šuste,
Ivo Puharić, Zdravko Ježić,
trener Duško Katunarić i Juraj Amšel



Za vrijeme trajanja zagrebačke Univerzijade,
11. srpnja 1987. Ujedinjeni Narodi
proglasili su kako je Matej Gašpar,
dječak rođen u rodilištu u Petrovoj,
pet milijarditi stanovnik Zemlje.
Na slici sa svečanog proglašenja tog
događaja u rodilištu prim. dr. Ivo Puharić
stoji skroz lijevo a za stolom
skroz desno sjedi Glavni tajnik
Ujedinjenih naroda Javier Pérez de Cuéllar

nadarenosti, smisao za praktična rješenja, kao i kirurška vještina, tu su najviše došle do izražaja. Prim. Puharić je u Klinici reafirmirao laparoskopiju i prvi u nas počeo endoskopski operirati ektopične trudnoće, perforacije uterusa i oštećenja jajovoda kod neplodnosti. Uveo je i razvijao mikrokirurški način operiranja, Bio je staložen i uporan do fanatičnosti, savršeno je uspostavlja funkcionalnost organa reprodukcije, pa su i rezultati bili kao i u najbolje opremljenim centrima svijeta. U izvanzjelesnoj oplodnji bio je inventivan, izvrsno se uklopio u tim, boravio na usavršavanju u inozemstvu. Posebice je bio nenadmašan u tehnološkim rješenjima, inventino je konstruirao nekoliko vlastitih instrumenata koje nažalost nije autorizirao. Sve je to afirmiralo ovu Kliniku ne samo u Republici Hrvatskoj nego i u svijetu, jer je o svemu tome prim. Puharić izvještavao na domaćim i svjetskim skupovima. Kada su sve njegove nadarenosti dovedene do savršenstva, kada je kao zreo kliničar svoje bogato znanje umješno i nemetljivo prenosi na mlađe, ostali smo bez njega."

U privatnom životu prim. Puharić bio je prije svega obiteljski čovjek. U braku je bio sa Ivančicom – Doricom Puharić, rođ. Kavran (Zagreb, 3. ožujka, 1939.). Gđa Puharić je po zvanju viša medicinska sestra a radni vijek je provela u Domu zdрављa Peščenica. Bračni par Puharić imao je blizance rođene 24. ožujka 1963. Njihov sin Goran je po zvanju sanitarni tehničar i živi u inozemstvu a kćerka Sanja Curl je službenica u Zagrebu.

Za kraj, zanimljiva je i povijest obitelji Kavran. Stric Ivančice – Dorice Puharić bio je Božidar Kavran, magistar farmacije i ustaški pukovnik koji je uhićen i osuđen na smrt 1948. kao glavni organizator neuspjele operacije ubacivanja križara u Jugoslaviju poznate pod nazivom 10. travanj. Njezin otac i djed, Ivo i Antun Kavran, emigrirali su nakon rata u Argentinu i nisu se smjeli vratiti u Jugoslaviju pa su do kraja života ostali u emigraciji. ●

Izv.: Dokumentacija Ivančice – Dorice Puharić iz Zagreba; dokumentacija autora.

Lit.: Almanah jugoslovenskog sporta 1943 – 1963, Beograd, 1964; Tko je tko u hrvatskoj medicini / Who is Who in Croatian Medicine, Zagreb, 1994; Stoljeće vaterpola u Hrvatskoj, Zagreb, 2010.

365 rečenica

Mijo Bergovec

Iznenadio sam se kad me je gospođa **Marika Šafran Berberović** zamolila da budem jedan od predstavljača njezine knjige „365 REČENICA“. Odgovorio sam joj da ja nisam profesor hrvatskoga jezika i književnosti, niti književni kritičar, nego liječnik, kardiolog i profesor medicine, a koji se u svom životu ponešto bavio i glazbom. Kako je ona ipak ustrajala sa svojom zamolbom razmišljao kako da udovoljim njezinoj molbi.

I dosjetio sam se.

Stavio sam „365 REČENICA“ na vidno mjesto u čekaonici svoje Poliklinike s naznatom na koricama knjige neka je bolesnici koji čekaju na svoj red za pregled (a gdje se čekaonici kod liječnika ne čeka?) prelistaju, ponešto pročitaju te da napišu svoje komentare o pročitanim Marikinim rečenicama.

Već nakon nekoliko dana našao sam u knjizi velik broj komentara svojih bolesnika. Napisali su ih bolesnici koji boluju ponajviše od srčanih bolesti, koji su preboljeli ili boluju od teške srčane bolesti, a nekoliko njih bilo je uspješno reanimirano nakon potpunog zastoja srčanog rada. Evo nekoliko njihovih komentara!

Uz Marikinu rečenicu „Kao vjeran pas bol me je dopratila u novu godinu“ jedan je bolesnik napisao: „Bol je česta tema ove knjige, ali knjiga prsti veseljem radi doživljenih velikih i malih stvari u životu“.

Jedna je gospođa uz rečenicu „Banka isplaće mršave mirovine, ljudi, stari, sijedi, loše obučeni, istrošeni, roditi se nisu htjeli, umrijeti još ne žele“ napisala: „Koliko god nam je težak, život je lijep. Iskoristimo ga.“

Uz rečenicu „Pročitala sam knjigu o Bogu, glazbi, ljubavi: ipak ništa ne znam reći o Bogu, glazbi, ljubavi“ jedan je bolesnik, inače profesor fizike, napisao: „Krkho je naše svekoliko znanje i razumijevanje Boga, glazbe i ljubavi. Ipak molimo se Bogu, volimo glazbu i ljubimo“.

Uz rečenicu „Poruka zrcalne slike riječi „SMRT“: „T“ tuga, „R“ rastanak, „M“ mir, „S“ svjetlo.“ napisano je: „Prekrasna slika nade u toj najvećoj i neumitnoj istini svakoga živog.“

A uz rečenicu „Andeli iz devetnaeste Bachove kantate ostanite uvijek sa mnom

(Bleibt, ihr Engel, bleibt bei mir!) napisala je jedna osamdesetogodišnja bolesnica: „I danas, od svog djetinjstva, molim: Andele čuvaru mili, svojom snagom me zakrili...“.

brzim korakom po trgu obasjanim suncem“ napisao je: „Ja znam što znači vratiti se iz smrti u život. S veseljem hodam ulicama Zagreba i veselim se svakom svojem koraku po kiši i po suncu“.

**Liježući
uvečer
vježbamo se
za smrt,
ustajući
ujutro (možda)
za uskrsnuće.**

O tome kakvih sve ljudi ima na Marikinu rečenicu: „Nemate li većeg janjca - pita mera postarija, ružna žena na Dolcu - mali janjci nisu tako ukusni“ jedna je gospođa napisala: „Ljudskoj pohlepi nikada nije dosta“.

Uz rečenicu „Ovo je sasvim običan dan, ali stare mi godine govore kako je običan dan dobar dan“ netko je napisao: „I životna mudrost Marike Šafran Berberović nas uči da se treba pomiriti s onim što se promjeniti ne može“.

„Na Uskrs sam ugledala prvi maslačak u travi, kao simbol pobjede života nad smrću“ piše Marika, a jedan bolesnik dodaje: „Bojim se smrti, ali se poslije nje nadam životu“.

A jedan bolesnik, koji je doživio kliničku smrt za vrijeme srčanog infarkta i sada dalje sretno živi, na rečenicu „Pa reci teškom bolesniku koji leži u bolnici da nije sreća proći



Marika Šafran Berberović, slikarica rođena u Zagrebu 1935. godine, djetinjstvo provela u Čakovcu.

Završila Klasičnu gimnaziju u Zagrebu i diplomirala na Akademiji likovnih umjetnosti 1960. godine. Sa suprugom, slikarom Osmanom Berberovićem izlagala je na desetak saostalnih izložbi u domovini.

Majka je kćeri Leile i sina Nevena. U vlastitoj nakladi tiskala je knjižice *Kistovi i boje* (2004.) i *Abeceda* (2008.).

SVAĐA NA ORL ODJELU

Ili: Najučinkovitiji liječnik u Hrvatskoj

Lakrdija u jednom činu

HZZO: Najučinkovitiji liječnik temeljem fakturirane vrijednosti bit će nagrađen s 10.000 kn
(Liječničke novine broj 143, str.25)

OSOBE:

šef ORL odjela i odjelni liječnici

MJESTO:

ORL odjel jedne hrvatske bolnice

VRIJEME:

Jutarnji sastanak

Šef: Vi ćete, kolega Markoviću, danas raditi tonzilektomiju.

Marković: Neću.

Šef: A zašto ne?

Marković: Jer HZZO za nju plaća samo 73 kune.

Šef: Pa što se to vas tiče?

Marković: Želim biti po HZZO-u najučinkovitiji liječnik, zato mi dajte laringektomiju.

Šef: Ali za nju nemate dosta iskustva, imat ćete *exitus in tabula*.

Marković: Ali se za tu operaciju fakturira čak 1000 kuna.

Svi liječnici u jedan glas: Daj, meni, daj meni laringektomiju!

Šef: A što ćemo s tonzilektomijom?

Svi liječnici u jedan glas: Premjestit ćemo pacijenta u drugu bolnicu.

Zastor se spušta a pacijentima pada mrak na oči.

Autor: Željko Poljak



DANIJEL PRERAD - NAJGORI NOVINAR MJESECA LISTOPADA

Dotični je u Večernjem listu od 21. listopada (str. 18) utvrdio - preuzevši istodobno u jednoj osobi funkciju Državnog odvjetnika, sudskog vještaka i suca - da je u Sisku umro pacijent jer ga doktor nije poslao na: „specijalistički ili ultrazvučni pregled koji mu je mogao spasiti život“. Nečastan primjer „istraživačkog“ novinarstva. I što je još nečasnije, liječnika je imenovao punim imenom i prezimenom. Kršenjem osnovnih pravila novinarske etike stekao je pravo da mu posvetimo početak nove rubrike „Najgori novinar mjeseca“.

Dragi čitatelji, dobro zapamtite ime **Daniel Prerad** (e-adresa: daniel.prerad@večernji.net) pa ako ga bilo kada i bilo gdje slučajno sretnete, s preziron mu okrenite leđa. Neka se ubuduće okani liječnika i neka radije piše o poganim novinarima, jer ih ima na svakom koraku koliko god hoćete a nedodirljivi su poput „svetih krava“. Za razliku od nas liječnika, koji pišemo o svojim slabostima (vidi

članak na sljedećoj stranici), kladio bih se da Danijel Prerad nikada nije napisao ni retka o novinarskim nepodopštinama.

No ako on ipak žarko želi i dalje pisati o liječničkim pogreškama, neka najprije piše o meni, jer ja priznajem da sam u svojoj liječničkoj karijeri barem stotinu puta pogriješio.

„Neka prvi baci kamen onaj koji je bez gri-

jeha!“ – kaže Biblija, a Milan Prerad očito sebe smatra takvim nevinušcem.

Ako je možda dosad i bio nevinušce, to više nije jerje prekršio Zakon o kaznenom postupku.

Prof. dr. Željko Poljak, urednik

Zakon o kaznenom postupku (članak 204, stavak 6), propisao je da podaci o istovjetnosti osobe protiv koje je podnesena kaznena prijava te podaci na temelju kojih se može zaključiti o istovjetnosti te osobe, predstavljaju službenu tajnu. Neovlašteno odavanje službene tajne predstavlja kazneno djelo propisano odredbom članka 351. Kaznenog zakona. Prema spomenutoj odredbi, kaznit će se svaka osoba koja neovlašteno drugome priopći, preda ili na drugi način učini pristupačnim podatke koji su službena tajna ili pribavi takve podatke s ciljem da ih preda nepozvanoj osobi.

Zakon o medijima (članak 6, stavak 1) propisuje da su mediji dužni poštovati privatnost, dostojanstvo, ugled i čast građana. Prejudiciranje nečije kaznene odgovornosti bez postojanja pravomoćne osuđujuće presude, ne može se smatrati poštovanjem dostojanstva, ugleda i časti građana.

Test: Kako prepoznati glupog doktora?*

Prof. dr. Željko Poljak

„Umirem zbog glupoga doktora.“

Vojislav Kuzmanović, 1977.

“Imamo bedastog doktora, svima za gripu prepiše antibiotik, on ne zna da to nije lijek protiv virusa“ – možete čuti u razgovorima medicinski neukih ljudi.

Istini za volju, moramo priznati da i među liječnicima ima inteligentnih i onih manje inteligentnih. Liječnici izbjegavaju o tome razgovarati, ali pacijenti nemaju takvih obzira.

Poznat je drastičan slučaj iz povijesti medicine kad je jedan ostarjeli kirurški autoritet, inače tvorac genijalnih operacija, postao toliko dementan da je nakon resekcije crijeva bataljke zatvarao umjesto da ih sastavi «end to end». Zbog tada strogih hijerarhijskih odnosa nitko mu se nije usudio prigovoriti pa su asistenti nakon njegova odlaska iz operacijske dvorane bolesnika potajno reoperirali.

Ili suprotan dogadaj u približno isto doba u Budimpešti. Kad je ginekolog Semmelweiss (1818 - 1865) ustvrdio da rodilje u bolnici dobivaju sepsu zato što ih pregledavaju studenti koji nisu oprali ruke nakon sekcije na patologiji, kolege su ga jednodušno proglašili su-manutim. Dakle, koji bi se liječnik, makar to kodeks dopušta, usudio pokrenuti postupak protiv kolega koji nije „normalan“?

Koliko je to pitanje delikatno iskusio sam već kao početnik kad sam 1954. kao stažist (!) imenovan za ravnatelja kotarskog doma



zdravlja u sandžačkom gradu Pljevljima. Ministarstvo zdravlja zadužilo me da nadzirem praksu ostarjelog pedijatra koji je doslovno svakom pacijentu prepisao kalcijev laktat, bezazlen, ali najčešće nepotreban – a ja sam od njega učio pedijatriju!

O važnosti teme nema spora! Glupih liječnika ne bi smjelo biti i zato ne treba izbjegavati raspravu o „gluposti pod okriljem bijelog ogrtača“.

Osnovna su pitanja tko je za to kriv i kako neutralizirati glupana? Glupan nije kriv jer on i ne zna da je glup. Time što nanosi štetu svojim pacijentima ne krši etički kodeks jer radi po svome najboljem znanju i umijeću.

Fakultetska diploma ne jamči inteligenciju, nego znanje. Iako to ne zvuči lijepo, neospornej je činjenica da u svim strukama postoje i diplomirani glupani. Klasifikacijski ispit za upis na medicinu nije filter za glupane jer je na ispitu mjerodavno kandidatovo znanje, a inteligencija sporedna.

Ni profesor na ispitu nije kriv jer ne smije ocjenjivati kandidatovu inteligenciju, nego samo znanje i vještina. Prema tome, ni fakultet, ni nastavnik ne mogu sprječiti da diplomiра i neki glupan. Kroz studij medicine može se provući i moron s kvocijentom 80 ako je dovoljno marljiv, a zna se da marljivi glupan može naučiti napamet medicinsku enciklopediju. Neinteligentan liječnik, unatoč golemoj količini znanja što ga je možda

memorirao, ne umije to znanje uspješno upotrijebiti, a upravo je u tome suština inteligen-cije. To osobito dolazi do izražaja u dijagnostici jer je za nju nužna sposobnost analize i sinteze, što nije moguće bez dobro uhodanih asocijativnih supkortikalnih veza, jer one su glavni anatomska supstrat inteligencije. Tu ne pomaže zakonom propisan sustav trajnog usavršavanja, prvo zato što se defektну inteligenciju ne može „izlijeci“, a drugo što taj sustav ne predviđa provjeru uspjeha edukacije nego samo formalno pohađanje raznih oblika nastave.

Dosad su zbog pogrešnih dijagnoza i liječenja stradavali uglavnom samo bolesnici, ali dolazi vrijeme kad će stradati i liječnici jer postupno i u nas postaje modom tužba zbog liječničke pogreške. U SAD-u se podižu tužbe čak i onda kad liječnik nije pogriješio, jer će on obično pristati na kompromis: bolesnik odustaje od tužbe, a liječnik od honorara (tamo su honorari bajoslovno veliki).

Liječnici u našim zdravstvenim ustanovama dobro znaju koji kolege loše rade, ali tko bi imao petlje da zagrize u taj tvrdi orah? Pa kad već u medicini nema mehanizma za neutralizaciju glupana, ili on nije uspješan, pokušajmo barem utvrditi najčešće simptome po kojima ćemo prepoznati glupog liječnika.

Test koji slijedi nadahnut je davnim razgovorima s pokojnim književnikom Vojislavom Kuzmanovićem (1930 - 1976), bivšim studentom medicine. Razgovarali smo u doba kad je bio pacijent ORL klinike na Šalati, za vrijeme mirnijih noćnih dežurstava. On je u svojim „Zapisima o vlastitom umiranju“ nastojao dokazati da umire zbog glupog doktora. Djelom je to istina, ali nije priznao da je glavni



* Članak pod tim naslovom prvi put je izašao u Liječničkim novinama 1997. godine (broj 129, str. 41), nakon čega je preštampavan i prevoden na strane jezike, a osvanuo je i na internetu. Izgleda da je tema i danas aktualna, ali ju je nakon 17 godina trebalo prilagoditi prilikama u našem današnjem zdravstvu. Nekoliko veselih karikatura treba unijeti malo humora u tekst.



„Studirajući medicinu, imao sam nekoliko kolega – izrazitih glupana. Ja sam te kolege, obilazeći bolnice, sretao kao docente, kao primarijuse, kao šefove odjela, jer, očito, u medicini ne postoji mehanizam da se odstrane ili gurnu negdje u kraj ljudi koji su glupi, ili ljudi koji jednostavno loše rade svoj posao. Bar ja taj i takav mehanizam nisam primijetio... Pred ambulantom glupana su ogromne gužve, ne postoji nikakav red. Ljudi čekaju, boje se, traže da što prije dođu na red, umiru u strahu kad vide boga u bijelom ogrtaču sa stetoskopom, koji se šepuri kao paun izlazeći ili ulazeći u ambulantu, a on zapravo kompenzira svoje kompleksne manje vrijednosti na taj način što prolazi kao mali bog, kao onaj koji odlučuje o smrti ili životu.“

Vojislav Kuzmanović:

„Zapis o vlastitom umiranju“, Znanje, Zagreb, 1977., str. 190.

krivac bio on sam jer je pušenjem izazvao na umjetan način rak u svojim plućima i umro s endokranijskim metastazama. Ali i danas pamtim njegove dojmove umirućega kad se prestao bojati „bogova u bijelom ogrtaču“

Najprije testirajte svoga kolegu

- Ako je glup, obično ima gužvu u čekao-nici, zato što ne zna organizirati posao (npr. podjelom brojeva ili naručivanjem), a možda čak i namjerno izaziva gužvu («Vidite li koliko sam ja tražen i popularan!»)

- Kod njega bolesnik čeka na pregled prosječno duže od 15 minuta makar je bio naručen u određeno vrijeme (u civiliziranim je zemljama 15 minuta gornja granica)



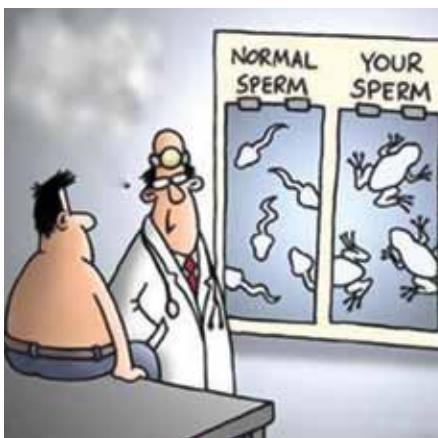
- On uvijek sve zna, nikad ne mora posegnuti za nekim priručnikom ili tražiti konzilijski savjet («Neće meni soliti pamet oni mudraci odozgora!»)

- Mrski su mu stručni sastanci, a ako je i bio na nekom od njih, neće mu biti od koristi, ne zna čak ni suvislo prepričati bit izloženih tema

- On nije znatiželjan, ne prati literaturu, stručni mu se časopisi gade i odbacuje ih nepročitane («U njima se iživljavaju dokoni kolege i karijeristi.»)

- Teško prihvata stručne novitete («Što nam trebaju kojekakve novotarije!»)

- Sporo se prilagođava promjenama i nesretan je ako mora promijeniti radno mjesto, pa i onda kad ide na bolje od prijašnjeg («To je nepravda, mene proganjaju zbog zavisti»)



- Laskanjem nastoji steći naklonost nekog moćnika kako bi mu poslužio kao uporište u karijeri ili zaštita kad počini neku glupost

- Glupost je upravno razmjerna stupnju liječnikove polipragmazije («Ja sam dobar doktor, ne škrtarim na receptima.»)

- Općinjen je nekim lijekom i propisuje ga neusporedivo češće od drugih lijekova (obično je to Sumamed ili neki drugi antibiotik)

- Sklon je simptomatskom umjesto uzročnom liječenju, jer to zahtijeva manje razmišljanja («Pokušat ću s ovim lijekom da vidim hoće li mu biti bolje.»)

- S bolesnikom o njegovoj bolesti ne zna (ili neće) razgovarati jednostavnim i razumljivim jezikom

- Voli imponirati stručnom terminologijom a govor mu je pun fraza, poštalicu, pleonazama i anglicizama

- Često je nadprosječan u komunikacijskoj vještini jer šarlatanstvom nastoji kompenzirati svoje neznanje.

- Ili, nasuprot, nikad nema vremena za razgovor s bolesnicima («Zar da gubim svoje dragocjeno vrijeme na njihova naklapanja?»)

- Ne razlikuje laskanje od zaslужene pohvale i tako stječe uvjerenje da je doista genijalni „najdoktor“

- U obradi bolesnika muku muči s diferen-

cijalnom dijagnozom pa poseže za brojnim nepotrebnim pretragama umjesto da postupa per exclusionem («Ja ništa neću riskirati.»)

- Ili je, nasuprot, sklon postavljanju dijagnoze na prvi pogled (on je genijalac poznat po „blic-dijagnozama“)

- Radije traži dijagnozu ex iuvantibus nego racionalnim dijagnostičkim planiranjem («Hajde da pokušamo s ovim lijekom!»)

- Terapijsku šablonu na koju se navikao uporno primjenjuje unatoč uzastopnim neuspjesima

- Rigidan je u načinu mišljenja, čak s ponosom ističe svoju «principijelnost» (čitat: tvrdoglavost, dogmatičnost, neprilagodljivost, neprihvaćanje argumenata)

- Ne priznaje da nešto ne zna ili da je pogriješio, čak ni samom sebi, a ako je upozoren na pogrešku, uvrijeden je i reagira bahato

- Mrski su mu mladi ambiciozni kolege («Ah, taj prepotentni žutokljunac!»)

- Ako glupan postane šef (ima i toga!), okružuje se mediokritetima i šikanira intelektualno nadmoćne kolege

- Dugo drži u radici radove koji su mu poslani na recenziju, a ako je neki rad dobar, nastoji da mu bude pridilan kao koautor

- Ako je slučajno uspio ovladati upotrebotom kompjutora, slijepo mu vjeruje jer mu nedostaje kritičnost (njegov će bolesnik stradati od greške u kompjutoru)

- Glup kirurg više cijeni tehniku, tj. manualni dio posla, nego dijagnostiku i postoperativnu njegu («Ah, prekrasnog li ulkusa. Ja uživam u operacijama. Ja u našoj bolnici najbrže operiram.»)

- Omiljela rečenica glupog doktora: «Zaboga, ta tko vas je do sada liječio?»

A sada testirajte sami sebe!

Stupanj gluposti proporcionalan je broju gore navedenih simptoma. No to ne vrijedi ako su ispitnik i ocjenjivač jedna te ista osoba. Naime, pokušate li testirati samoga sebe i iskreno ocijeniti koliko od tih tridesetak simptoma možete pripisati sebi, nemojte se zgranuti ako ih je mnogo. Naprotiv, morali biste se ozbiljno zabrinuti ako ih je malo pa ste s ponosom zaključili kako vi – hvala Bogu! – niste takvi.

Mentalna akrobacija? Nipošto! Jednostavno zato što su autokritičnost, sposobnost prosudjivanja i stalno preispitivanje samoga sebe bitna intelektualna svojstva. Teško da bi glupan prepoznao sebe u nekom od opisanih simptoma, jednostavno zato što ne shvaća da je glup. ●

Pametni satovi

Sven Želalić, stud. med.

*Koliko je sati? Kako pronaći adresu?
Koliko sam koraka danas napravio?*

Nisam u trendu s tehnologijom. Umjesto modernog smartphonea tvrdoglavo koristim stari, poluraspadnuti Blackberry s, pokušajte suzdržati zgražanje, fizičkom tipkovnicom. Na šarene ekrane svojih prijatelja, kojima se tijekom dosadnih predavanja kreću razne igre, aplikacije i elektronski vatromet, gledam ponekad sa skrivenom čežnjom, a ponekad s malim podsmijehom. Opisujem vam svoje stavove, ne da bih vam ispovjedio grijeh ili ukazao na ironiju toga što pišem članak o *gadgetima*, nego da vam približim vlastito iznenadenje kada sam istražujući ovu temu shvatio da bi pametni satovi (eng. *smart watches*) bili nešto što bih čak i koristio.

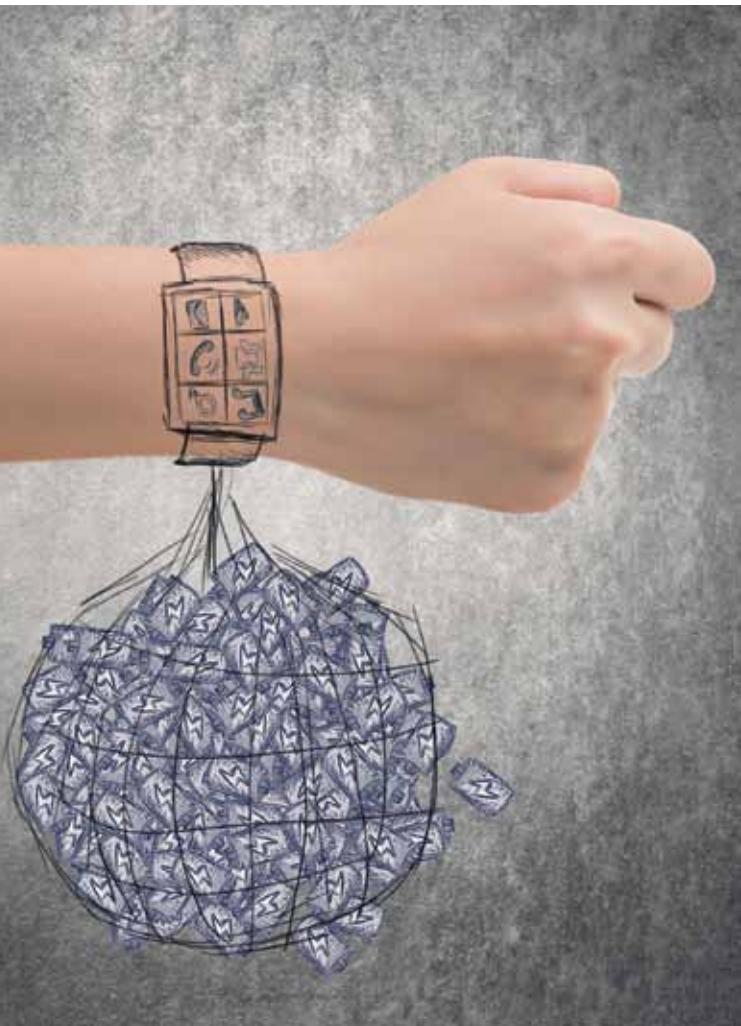
Šarolika ponuda

Prva asocijacija koja mi je pala na pamet kada sam prije par godina čuo da na tržište dolaze hibridi satova i mobitela bila je Casiov zloglasni Databank, sat-kalkulator, ikona lošeg stila 80-ih, koja je spojila dvije stvari koje *zbijala* nije trebalo spojiti, na način koji je bio po-prilično nefunkcionalan, a da ne spominjem, i užasno ružan. No otada je svijet tehnologije protresla Appleova revolucija: intuitivnost korištenja postala je *condicio sine qua non*, a estetika je prestala biti nešto o čemu programeri medusobno pričaju sa sprdnjom: čvrsto se ugnijezdila na sam početak dizajnerskog

procesa. Najnoviji pametni satovi su *lijepi*. U ponudi je prava pletora oblika, veličina, boja: ovdje se nalazi odušak od opresivne monolitne estetike koju zahtijevaju mobiteli. Neki (poput LG-evog *Watch Urbanea*) izrađeni su od metala i kože, s okruglim, visokorezolucijskim ekranima koje iz daljine nije moguće razlikovati od „pravih“ kazaljka. I oni koji nisu toliko „luksuzni“ pa imaju klasičan četverokutni displej koji prikriva svoju rektangularnost zaobljenim rubovima ili izduljenim ekranom (kao npr. Samsungov simpatični *Gear Fit*). Naravno, na ekran je moguće „naličepiti“ razne pozadine i teme uključujući (provjerio sam) Mickey Mousea koji rukama pokazuje vrijeme. Samo u Engleskoj preko tri milijuna ljudi (tj. 6% populacije) već posjeduje ove stvarice (po predviđanjima bi se do kraja godine taj broj mogao i udvostručiti), a razlog tome je gotovo sigurno što više ne izgledaju kao nešto što se besplatno dobije u kutiji žitnih pahuljica. Osim ako je to nešto što vlasnik voli. *De gustibus...*

Što pametne satove čini pametnima?

Većina onih koje se trenutno može kupiti ima Android OS, što znači da se mogu (ali i moraju) preko Bluetootha integrirati s Android mobitelom koji je u blizini: na displeju prikazati notifikacije o pozivima, porukama, e-mailovima i slično; zavibrirati kada se dogodi nešto uistinu važno; pomoći u navigaciji; prepoznati vaše zapovijedi kada mu se obratite s „*Ok Google*“ te prekopati internet



Zašto potrošiti novac na ovaku igračku, umjesto kupovine lijepoga, tradicionalnog, mehaničkog sata proizvedenog u dolini alpskog jezera?

za pojmove koje mu šapnete. Do koje mjere ćete koristiti svoj pametni sat određuju aplikacije koje ste odlučili instalirati. I Apple je najavio sat sličnih mogućnosti koji se povezuje s iPhone 5 (ili novijim), a proizведен je od nešto boljih materijala (aluminija, čelika, pa i zlata) te može s korisnikom „komunicirati“ haptički (tj. dodirom).

Smartphone vs. Smart watch

U redu. Sve je to fino i krasno, ali objektivno gledano - što je tu novo? Šarenii satovi za svačiji ukus? Kronometrijsko tržište dovoljno je raznoliko i zasićeno da nam ne treba LCD ekran umjesto kazaljka kako bi svoj karpus uresili na točno onaj način koji želimo. Integracija uz mobitel? Mobiteli su nam ionako stalno u džepovima, lako ga izvadimo kad za-treba. Sinergija? Uh, što to uopće znači? Zašto potrošiti novac na ovaku igračku, umjesto kupovine lijepog, tradicionalnog, mehaničkog sata proizvedenog u dolini alpskog jezera? Ponudio bih dva razloga. Pametni satovi koje stalno nosimo u kontaktu s kožom ipak mogu neke stvari koje sam *smartphone* ne može. Možda je najpopularniji način korištenja pametnih satova informacija o otkucajima srca. Korisno je za fitness, trčanje i sport generalno: omogućava konstantne povratne informacije o naprezanju kako bismo prilagodili vježbu vlastitim potrebama. Kasnije sve ove podatke možemo analizirati, uspoređivati, dijeliti na društvenim mrežama itd. Modeli za medicinske potrebe koji uskoro „izlaze“ imat će senzore za tjelesnu temperaturu i pulsni oksimetar, a za nekoliko godina možda i glukometar. Koliko bi se hitnih stanja spriječilo s takvom konstantnom biometrijom: od infarkta miokarda i drugih kardiovaskularnih bolesti, preko hipoksije do hipoglikemijskih kriza. Pametni sat bi čak i automatski pozvao hitnu kada kroničnom bolesniku padne saturacija kisika u krvi ili se pak povisi srčana frekvencija. Priznajem da ovo zadnje prelazi u sfere SF-a, ali nije i nedostizno. Drugi razlog koji bih izdvojio je suptilnost koja po mojem mišljenju nedostaje u našoj interakciji s telefonima. Sigurno ste bili na kavi gdje su u jednom trenutku svи počeli tipkati po mobitelima. Deset uređaja na stolu jednostavno mame, a kada prva osoba poklekne, proširi se po cijelom stolu.

Pametni sat donekle filtrira podražaje: brzom kretnjom ruke možemo pregledati poruke i vidjeti jesu li od osobe kojoj želimo hitno odgovoriti, a za ono neodgodivo, sat vibrira ili vrši. Ili razmotrite tražilicu koja prepoznaže



govor: u ordinaciji si u jednoj od onih neugodnih situacija kada pacijent spomene neki lijek kojega se jednostavno *ne može sjetiti*. Možeš izvaditi mobitel i provesti neugodnih pola minute tipkajući sve to u Google dok polako gubiš ono malo povjerenja koje je osigurao stetoskop oko vrata, *ili možeš*, brzo razmišljajući, nečime zaokupiti pozornost svog sugovornika i hitro promumljati ime lijeka u svoj sat. Putovanje: našao si se u lošem dijelu grada, srušta se noć, nisi potpuno siguran gdje si, a lokalci s kapuljačama te promatraju sa zabilježujućim interesom (ovo mi se dogodilo *dovoljno puta*). Ako izvadiš kartu grada ili, još gore, svoj skupi *smartphone* (dobro, svoj teoretski skupi *smartphone*), brže je i bezbolnije vikati „Ja sam turist! Molim vas oplačkajte me!“. Ovog puta je rješenje u zgodnoj funkciji spomenuto *Apple Watcha* koja te dodirom navodi lijevo ili desno dok ne pronađeš hotel.

Watch out: cijena

Ako vas je sve ovo zainteresiralo jednako kao i mene, ipak imam loše vijesti. Ahilova peta pametnih satova trajanje je baterije. Kako imaju impresivne performanse za tako malo kućište (npr. već spomenuti LG-ev sat ima Snapdragon 400 procesor od 1.2GHz, 320 x 320 piksela, 512MB RAM-a i 4GB unutrašnje memorije), jednako tako impresivno i „jedu“ struju. Većina ih obećava dva dana rada, ali realistično je da ih se isto kao i *smartphone*

treba puniti svaku noć. Poprilično iritantno za uređaj koji treba biti uvijek dostupan i zamjeniti satove. Jedno rješenje nudi *Pebble Time* (trenutno probija rekorde na *Kickstarteru*: zaradio je skoro 17 milijuna dolara u 12 dana, tj. 34 puta više od zatraženog iznosa) koji umjesto LCD ekrana koristi *e-paper* u boji kako bi produljio život na 7-10 dana. Estetski je primitivniji, ali mnogo praktičniji. Još jedan problem za naše tržište jest cijena. Najjeftiniji, bazični modeli prodaju se u Americi za 99\$ (Samsungov *Fit Gear* koji kod nas košta 1000 kn), a većina naprednjih modela za oko 300\$ (LG s nesretnim imenom *G Watch R* kojeg još nema u Hrvatskoj, ali sigurno neće biti ispod 2500 kn) i 350\$ za osnovni *Apple Watch*. A za one kojima to nije problem, ograničena zlatna verzija *Apple Watcha* prodaje se za impresivnih 17,000\$.

Sve u svemu, pametni satovi obećavajući su *gadgeti*, ali tehnologija je još uvijek u povojima i tek se probija na tržište interesa. Ponuda aplikacija za njih još uvijek je relativno rudimentarna i nemaštvita. No to se brzo može promijeniti. Sudeći po ubrzanom razvoju, sljedećih će nekoliko godina donijeti bolje i jeftinije modele, a time i potencijalno mnogo više korisnika pa i cvjetanje cijelog „ekosustava“. Tko zna, za pet godina možda ćemo ih svi nositi. ●

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora
HLZ, genitiv 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

Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a
Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijeđenog bolesnika - Europski trauma tečaj (ETC - European Truma Course)
Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AED) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS - Immediate life support)
Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku
Sve detaljne informacije nalaze se na www.crcr.org

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2015.god.

BLS (Basic life support - Osnovno održavanje života) kotizacija 300,00kn

Opskrba dišnog puta u CPR-u, kotizacija 400,00kn

Venski put i lijekovi u CPR-u, kotizacija 300,00kn

Defibrilacija i monitoring, kotizacija 400,00kn

Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci

Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2015. godine

Diana Javor, tel.: 051/407-400, fax.: 051/218-407, e-mail: djavor@medri.hr

Hrvatsko psihiatrijsko društvo - Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja - uloga liječnika PZZ - 140 radionica

Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Edukacija iz neurofiziološke tehnike - Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro - Klinika za neurologiju

Kontinuirana individualna edukacija

Pap Željka, tel.: 01/2388-352

200kn po danu edukacije

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 ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 - 16,00 sati, a srijedom od 10,30 - 18,30 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak „Liječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogоворити s poduzećem za marketing „Bonamark“ (Zagreb, Amruševa 10, tel./fax: 01/4922-952, tel. 01/4818-600, mail: bonamark@bonamark.hr), po postajećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

Primjena harmoničnog rezaca u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju

Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu

Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731, e-mail: hecimovic@inet.hr

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske naobrazbe nalazi se na www.hlk.hr

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran

Lovran, tijekom cijele godine

Nataša Možetić, tel.: 051/710-212
200,00kn

Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

HLZ, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju

Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju od 30 radnih dana

Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-310
9000,00kn

Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije

Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728

Tijekom 2014. god.

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb

Mjesečno, tijekom 2015. god.

Dr. Ivan Pristaš, tel.: 01/4863-243,

e-mail: ivan.pristas@hzjz.hr, www.hzjz.hr

Unapređenje zdravlja ljudi treće životne dobi (gerontološke radionice)

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

Grad Cres, tijekom 2015. god.

Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

Trajna pedijatrijska edukacija - Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti

Rijeka, jednom mjesечно

Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

Izobrazba kandidata za stalne sudske vještak

HLK

Zagreb, tijekom 2015. god.

Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830

10.500,00kn

Farmakoepidemiološka tribina "Lijekovi i ..."

Referentni centar za farmakoepidemiologiju MZ RH,

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"

Tijekom 2015., druga srijeda u mjesecu

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Tečaj trajne edukacije iz ehokardiografije

KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za internu medicinu

- Zavod za kardiovaskularne bolesti

Zagreb, tijekom 2015. – trajna edukacija

Doc.dr.sc. Dijana Delić-Brkličić, dr.med., tel.: 01/3787-111

12.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HD za akupunkturu (HLZ)

Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesечно (18 sati)

Dr. Maja Mustać, e-mail: info@akupunktura.hr,

mob.: 091/4748-492

www.akupunktura.hr

15.000,00kn

Endokrinološki bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti,

Zavod za endokrinologiju, MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr.sc. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014,

www.endokrinologija.com.hr

250,00kn

Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog vanjskog defibrilatora

HLZ, HD za reanimatologiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

Tatjana Pandak, mob.: 091/5618-814

500,00kn

Smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Kontinuirani tečaj 2015.

- Nove smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Značaj liječenja osteoporoze

Dedal komunikacije d.o.o.

On-line www.e-medikus.com

Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK

- razvojnog poremećaja kuka

Dr. Gordana Miličić

Individualna edukacija, svaka 3 tjedna

Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108,

e-mail: gmilicic55@gmail.com

5000,00kn

Kirurško liječenje hemoroidalne bolesti

KB Merkur

Zagreb, 01.12.2014. – 01.12.2015.

Dr. Kocman Ivica, mob.: 099/4888-271

Kontinuirano usavršavanje liječnika u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Istarska županija, 01.01. – 31.12.2015.

Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

Taktička vježba masovne nesreće

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Istra, 15.01.-18.12.2015.

Manuela Pokrajac Hajdarević, mob.: 098/9396-877

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Istra, 15.01.-18.12.2015.

Manuela Pokrajac Hajdarević, mob.: 098/9396-877

Edukacija liječnika obiteljske medicine o dijagnostici i liječenju spolno prenosivih bolesti u rizičnim populacijama

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije

Zagreb, 12.01. – 01.11.2015.

Dr. Šime Zekan, tel.: 01/2826-310,

mob.: 091/4012-658

Kontinuirani tečaj 2015.

- Nove smjernice u liječenju kroničnih rana - dekubitusa

HLZ, HLD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Zbrinjavanje akutnih i kroničnih rana

KB „Merkur“
Zagreb, 01.01.-31.12.2015.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Zbrinjavanje akutnih i kroničnih rana

KB „Sveti Duh“
Zagreb, 01.01.-31.12.2015.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka I dio

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 02.02. - 31.12.2015.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-923

Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka II dio

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 02.02. - 31.12.2015.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-923

Farmakoterapija depresivnih poremećaja

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com
on-line, 15.04.-31.12.2015.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-907

Rad u savjetovalištu za HIV/spolno zdravlje - radionica za liječnike

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 01.05. - 31.12.2015.
Tatjana Nemeth Blažić, tel.: 01/4683-345

Liječnička samouprava u Evropi - 20. obljetnica obnovljenog rada

Hrvatske liječničke komore
Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 01.06.-01.12.2015.
www.e-medikus.com
Zoran Milas, tel.: 01/3866-907

Andol - podsjetnik na klasik

PLIVA Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.07.-02.11.2015.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

Izabrana poglavљa iz urologije

PLIVA Hrvatska d.o.o.
on-line, 15.07.-01.11.2015.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HLZ, HD za akupunkturu
Zagreb i Daruvar, 26.09.2015. - 11.09.2016.
Maja Mustač, mob.: 091/4748-492,
e-mail.: blaise676@gmail.com
15000,00kn

STUDENI

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUČ - Zagreb
Zagreb, 07.11.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn

Topička analgezija za liječenje simptoma periferne neuropatske boli

Stada d.o.o.
Osijek, 07.11.2015.
Željka Levak, mob.: 091/6077-901

SEŠMEK - Servierova škola medicinske komunikacije

Servier Pharma
Zagreb, 07.11.2015.
Dinko Lupi, mob.: 091/6551-528

Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice

HZJZ
Rijeka, 07.11.2015.
Nina Vrdoljak, mob.: 098/406-728,
e-mail: nina@conventuscredo.hr

6. Allerganov oftalmološki forum

Ewopharma d.o.o.
Split, 07.11.2015.
Tea Andabaka, mob.: 099/7373-195,
e-mail: t.andabaka@ewopharma.hr

Novi oralni antikoagulansi u svakodnevnoj praksi

Radna skupina za kliničku kardiovaskularnu farmakologiju
Zagreb, 07.11.2015.
O-tours d.o.o., Tatjana Koprtla, mob.: 098/9805-716

Ambliopija

HLZ, Hrvatsko oftalmološko društvo
Zagreb, 07.11.2015.
Jelena Petrinović-Dorešić, mob.: 091/3712-144

STMA - Akupunktura kod psihoemotivnih problema

Ban tours d.o.o.
Daruvarske Toplice, 07.-08.11.2015.
Maja Mustač, mob.: 091/4748-492,
e-mail: blaise676@gmail.com
2500,00kn

First HUSE Psychiatry Standalone Meeting: Doing the Best Right from the Start to Improve Treatment Outcomes in Schizophrenia

Hrvatsko psihijatrijsko društvo
Zagreb, 09.11.2015.
Iva Tonković, tel.: 01/6610-762

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Infekcije dišnog sustava kod djece – je li prevencija moguća? (Rezultati ispitivanja Hrvatska, Slovenija, Bosna i Hercegovina)

Medis Adria d.o.o.
Dubrovnik, 09.11.2015.
Igor Ralić, tel.: 01/2303-446

Topička analgezija za liječenje simptoma periferne neuropatske boli

Stada d.o.o.
Rijeka, 10.11.2015.
Željka Levak, mob.: 091/6077-901

Lijekovi i ... Sadašnja i buduća problematika u palijativnoj skrbi - Perspektive hospicija

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 11.11.2015.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166

European train the foot trainers program - Step by Step foot

KB Merkur
Zagreb, 12.-14.11.2015.
Marijana Fulanović, tel.: 01/2353-889

Karbapenemaze gram negativnih bakterija - značaj i dijagnostika

ZJZ županije Istarske
Pula, 13.11.2015.
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

Škola hitne medicine - Modul 2: politrauma

HLZ, HD za hitnu medicinu
Zagreb, 13.-14.11.2015.
Višnja Neseck Adam, tel.: 01/3712-359
500,00kn specijalizanti, 700,00kn specijalisti

Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet u Splitu
Plitvička Jezera, 13.-14.11.2015.
Contres projekti d.o.o., Maja Orsag, mob.: 091/3330-734,
e-mail: maja@contres.hr
750,00kn

AO Trauma - Advanced Principles in Operative Fracture Management Course for Surgeons

Filida - putnička agencija
Zagreb, 13.-15.11.2015.
Tatjana Mrzljak, tel.: 01/4616-520
4800,00kn

AO Trauma - Advanced Lower Extremity Course for Surgeons

Filida - putnička agencija
Zagreb, 13.-15.11.2015.
Tatjana Mrzljak, tel.: 01/4616-520
4800,00kn

Konferencija - Pravna, finansijska i statusna pitanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i ljekarništvu

Certitudo partner d.o.o.
Zadar, 13.-15.11.2015.
Zlatko Goronja, mob.: 091/6009-589
400,00/500,00kn

Neoperacijsko liječenje skolioza i kifoza

HD za dječju ortopediju i Kuća zdravlja
Zagreb, 14.11.2015.
Conventus Credo, tel.: 01/4854-696/697, fax.: 01/4854-580,
e-mail: info@conventuscredo.hr
Rana kot. (do 30.08.2015.) 700,00kn,
kasna kot. (nakon 30.08.2015.) 850,00kn

Topička analgezija za liječenje simptoma periferne neuropatske boli

Stada d.o.o.
Split, 21.11.2015.
Željka Levak, mob.: 091/6077-901

Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice

HZJZ
Split, 14.11.2015.
Nina Vrdoljak, mob.: 098/406-728,
e-mail:nina@conventuscredo.hr

SEŠMEK - Servierova škola medicinske komunikacije

Servier Pharma d.o.o.
Zagreb, 14.11.2015.
Dinko Lupi, mob.: 091/6551-528

Zašto „Core“ biopsija dojke

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 16.11.2015.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Primjena kliničke hipnoterapije u odvikanju od pušenja

Udruga Medikus
Zagreb, 16.11.2015.
Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

2. Zagrebačka Fabry škola

KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za neurologiju
Zagreb, 17.11.2015.
Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, tel.: 01/3787-740

Tumori probavnoga sustava: rak jednjaka i želuca

HAZU, Razred za medicinske znanosti
Zagreb, 18.11.2015.
Prof.dr.sc. Antonio Juretić, mob.: 091/4314-855

Pedijatrijski ultrazvuk 2015 - hands-on tečaj

Klinika za dječje bolesti Zagreb, Poliklinika Helena
Zagreb, 18.-21.11.2015.
Andrea Cvitković Roić, mob.: 091/5319-808
5000,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

9. hrvatski kongres hitne medicine s međ.sud.

Nastavni zavod za hitnu medicinu grada Zagreba
Zagreb, 19.-20.11.2015.

Dubravka Nemet, tel.: 01/6302-911,
hitna@hitnazg.hr; www.hitna2015.org
Kotizacija do 31.08.2015. - liječnici 1540,00kn,
medicinske sestre/medicinski tehničari, studenti, stažisti i
umirovljenici - 1150,00kn
Kotizacija od 01.09.2015. - liječnici 1700,00kn,
medicinske sestre/medicinski tehničari, studenti, stažisti i
umirovljenici - 1380,00kn

Obuka za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine - Nove spoznaje iz područja zrakoplovne medicine

Agencija za civilno zrakoplovstvo
Zagreb, 21.11.2015.
Marica Božić, tel.: 01/2369-317

Influenca i prehlada: Najčešće bolesti čovjeka

Sekcija za respiratorne infekcije HD za infektivne bolesti HLZ-a
Zagreb, 21.11.2015.
Jasminka Blaha, mob.: 091/4012-622
300,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 23.-27.11.2015.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju
Zagreb, 23.11.-18.12.2015.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
10000,00 kn

Onkoplastični pristup kirurškog liječenja raka dojke

AMZH
Zagreb, 24.11.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, www.amzh.hr

3. znanstveni sastanak: Tumori prostate

Zaklada Onkologija
Zagreb, 27.11.2015.
Sandra Šutić, mob.: 099/2572-470

Prevencija, rano otkrivanje i liječenje karcinoma usne šupljine

KB Dubrava
Zagreb, 27.11.2015.
Marija Juras Maček, tel.: 01/2903-431
500,00kn

Novosti u dijagnostici spolno-prenosivih infekcija

NZJZ dr. Andrija Štampar
Zagreb, 27.11.2015.
Ivana Lukšić, mob.: 09174678-026

Dijagnostički i terapijski postupci u neurologiji

KBC Split
Split, 27.-28.11.2015.
Ljiljana Topić, tel.: 021/556-423

3D/4D VISUS ultrazvučni tečaj

Specijalna bolnica Podobnik
Zagreb, 27.-28.11.2015.
Dr. Petra Podobnik Brlečić, tel.: 01/6398-000
2000,00kn

Zdravlje i zdravstvena zaštita 2015 - 2030 FUTUR Z

HD za poslovnu etiku i zdravstvenu ekonomiku HLZ-a
Opatija, 27.-29.11.2015.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696,
fax.: 01/4854-580, e-mail: info@conventuscredo.hr;
Anja Aleksić, mob.: 099/4406-728,
e-mail: anja@conventuscredo.hr
Rana kotizacija do 15.10.2015. - 1350,00kn
Kasna kotizacija od 15.10.2015. - 1500,00kn

Osnove seksualne medicine: dijagnostika i terapija

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 28.11.2015.
Nataša Mrduljaš-Đujić, mob.: 091/1632-209
600,00kn

2. nacionalna edukacija o novim psihoaktivnim tvarima (NPS)

MEF Sveučilišta u Splitu, Katedra za sudsku medicinu
Šibenik, 28.11.2015.
Livia Slišković, mob.: 021/556-777

Bol u području glave i vrata

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 28.11.2015.
Mario Cvek, tel.: 01/4566-966
400,00kn

Utjecaj pravovremenog početka liječenja na ishod teških infekcija sepsе

HLZ, HD za kemoterapiju
Zagreb, 28.11.2015.
Arijana Pavelić, tel.: 01/12826-190,
e-mail: apavelic@bfm.hr
350,00/600,00kn

16. hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. I ktg. - „Kurt Semm“

HD za ginekološku endoskopiju HLZ, OB Zabok
i Bolnica Hrvatskih veterana
Zabok - Sisak, 30.11. - 04.12.2015.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: mkopjar9@gmail.com
7600,00kn

PROSINAC

16. simpozij HD za ginekološku endoskopiju HLZ i Odjel ginekologije i opstetricije OB Sisak „Kontroverze u minimalnoj invazivnoj ginekološkoj kirurgiji“

Sisak, 04.12.2015.

Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007, e-mail: mkopjar9@gmail.com, tajnik doc.dr.sc. Rajko Fureš, mob.: 098/251-966
Specijalisti 700,00kn, specijalizanti 500,00kn, umirovljenici besplatno

Suvremeni pristup dijagnostici i liječenju oštećenja sluha

Društvo znanost.org

Split, 04.12.2015.

Petar Drviš, tel.: 021/556-497, e-mail: pdrvis@gmail.com

Ultrazučna dijagnostika sustava za kretanje u djece i adolescenata

HD za dječju ortopediju HLZU-a, Katedra za ortopediju MEF

Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 04.-05.12.2015.

Dr.sc. Igor Šmigovec, dr.med., tel.: 01/2368-986, e-mail: ortopedija@yahoo.com
2000,00kn

4. Hrvatsko - slovenski simpozij rehabilitacijske medicine i Obilježavanje dva stoljeća kontinuiranog rada liječnika u bolnici

HLZ, HD za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu

Varaždinske Toplice, 04.-05.12.2015.

Danijela Šošo, mob.: 099/3231-153

Akupunktura u liječenju boli

HD za liječenje boli HLZ-a, Žuti mačak d.o.o.

Osijek, 04.-06.12.2015.

Tajnica tečaja: Andrea Mršo, tel.: 031/511-502; 031/511-532, e-mail: mrsoandrea385@gmail.com

Tehnički organizator: Žuti mačak d.o.o., Sandra Šutić, tel.: 01/4880-610; mob.: 099/2572-470

Web: www.hdlb.org

3500,00kn

6th Congress of South East European Society of Perinatal Medicine (SEESPM)

Penta d.o.o.

Zagreb, 04.-06.12.2015.

Ines Rosandić, tel.: 01/4553-290

220EUR od 01.06.; 250EUR od 01.09.

Edukal 2015

HD za alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi HLZ-a

Zagreb, 07.-08.12.2015.

Prof.dr.sc. Ninoslav Mimica, tel.: 01/3780-678

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, 07.-11.12.2015.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,

mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com

3.500,00kn

Lijekovi i ... Liječenje limfoma

ZZZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 09.12.2015.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166

Mjesto i uloga kolposkopije u ranoj dijagnozi i prevenciji neoplastičkih promjena vrata maternice i donjeg genitalnog trakta

HLZ, HD za kolposkopiju i bolesti vrata maternice

Zagreb, 10.-11.12.2015.

Franka Grgić, dipl.ing.biotehn., tel.: 01/3787-361, fax.: 01/3768-272
2.600,00kn

Biopsihosocijalni koncept depresije: sistemski pristup

Salutogeneza - Centar za osobni razvoj

Osijek, 11.-12.12.2015.

Božidar Popović, mob.: 092/1602-920,

e-mail: salutogeneza1@gmail.com

do 3.12.2015. - 650,00kn, poslije 03.12.2015. - 750,00kn

Objedinjeni hitni bolnički prijem:

Suradnja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

HLK - Karlovačka županija

Karlovac, 12.12.2015.

Petar Mišković, mob.: 091/7864-986

Intervencije na venama

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split

Split, 21.12.2015.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

2016. SIJEĆANJ

Lijekovi i ... Zdravlje hrvatskih branitelja i članova njihovih obitelji

ZZZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 13.01.2016.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Intrapartalni nadzor

KBC „Sestre milosrdnice“

Zagreb, 29.-30.01.2016.

Vesna Gall, mob.: 099/3787-017

2000,00/1000,00kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

VELJAČA

Manualna fizioterapija gornji extremiteti

- radionica

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 20.02.2016.

Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,

e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net.,

web: www.fizioterapeut.net

1000,00kn

OŽUJAK

Triger točke - radionica

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 19.03.2016.

Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,

e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net.,

web: www.fizioterapeut.net

1000,00kn

Bolesti kralježnice u EMNG laboratoriju

Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu,

HLK, HLZ

Zagreb, 18.03.2016.

Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408,

e-mail: ervina.bilic@mef.hr, predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr

600,00kn za specijaliste, 300,00kn za specijalizante,

umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

TRAVANJ

VI. kongres fizikalne i rehabilitacijske medicine

HD za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a

Šibenik, 14.-17.04.2016.

Conventus Credo d.o.o.,

tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,

e-mail: anja@conventuscredo.hr

Rana kotizacija, do 15.01.2016. - sudionici - 1300,00kn;

Kasna kotizacija, od 15.01.2016. - sudionici - 1450,00kn;

Rana kotizacija, do 15.01.2016. - specijalizanti - 650,00kn;

Kasna kotizacija, od 15.01.2016. - specijalizanti - 725,00kn;

Umirovljenici su oslobođeni plaćanja kotizacije

3. kongres hitne medicine s međ. sud.

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine

Vodice, 21.-23.04.2016.

Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362,

e-mail: kontakt@hitna2016.org;

www.hitna2016.org

Liječnici članovi HDHM 1500,00kn/1700,00kn; ostali

1900,00/2100,00kn; specijalizanti članovi HDHM

1200,00/1500,00kn, ostali 1600,00/1800,00kn

SVIBANJ

7. KOHOM kongres

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine

Šibenik, 19.-22.05.2016.

Conventus Credo d.o.o.,

tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,

e-mail: anja@conventuscredo.hr

Rana kotizacija za članove KOHOM-a 1600,00kn

Rana kotizacija za nečlanove KOHOM-a 1800,00kn

Kasna kotizacija za članove KOHOM-a 1800,00kn

Kasna kotizacija za nečlanove KOHOM-a 2000,00kn

Kotizacija za specijalizante članove KOHOM-a 500,00kn

Kotizacija za specijalizante nečlanove KOHOM-a i umirovljenike

600,00kn

Kotizacija za studente 400,00kn

Rok za uplatu rane kotizacije 14.03.2016.

17. Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. I ktg. „Kurt Semm“

HD za ginekološku endoskopiju HLZ, OB Zabok i Bolnica Hrvatskih veterana

Rijeka, 23.-26.05.2016.

Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,

e-mail: mkopjar9@gmail.com

7600,00kn

25. Kongres Svjetskog udruženja ginekologa i endoskopičara (ISGE 25th ANNUAL CONGRESS)

4-ti hrvatski kongres minimalno invazivne ginekološke kirurgije

O-tours d.o.o.

Opatija, 25.-28.05.2015.

Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,

e-mail: mkopjar9@gmail.com

O-tours d.o.o., tel.: 01/4921-720, e-mail: isge.opatija@otours.hr

Autor:D.Jasna Novak