

LIJEČNIČKE NOVINE



**"Udruga ravnatelja" financirana
javnim novcem u borbi protiv liječnika**



TERAPIJSKE INDIKACIJE:

Infekcije gornjih dišnih putova (sinuitis, otitis media, rekurentni tonsilitis)

Infekcije donjih dišnih putova (akutne egzacerbacije kroničnog bronhita, bronhopneumonija)

Infekcije urogenitalnog trakta i abdomena (cistitis, uretritis, pijelonefritis, septički abortus, pelvična ili puerperalna sepsa, intraabdominalna sepsa)

Infekcije kože i mekih tkiva (celulitis, ugrizi životinja i teški dentalni apscesi s celulitom)

Sastav Jedna filmom obložena tableta sadrži 875 mg amoksicilina u obliku amoksicilin trihidrata i 125 mg klavulanke kiseline u obliku kalijevog klavulanata. **Terapijske indikacije** KLAVOBEL BID je namijenjen liječenju sljedećih infekcija u odraslih i djeci: akutnog bakterijskog sinuitisa (odgovarajuće dijagnostiranog); akutne upale srednjeg uha; akutnih egzacerbacija kroničnog bronhита (odgovarajuće dijagnosticanih); izvanbolnički stečene upale pluća; cistitis; pijelonefritis; infekcija kože ili mekog tkiva, posebice celulitis, ugriza životinja, teškog zubnog apsese sa širem celulitom; infekcija kostiju i zglobova, posebno osteomijelitisa. **Kontraindikacije** Preosjetljivost na djelatne tvari, peniciline ili neku od pomocnih tvari; postojanje snažne neposredne reakcije preosjetljivosti (npr. anafilaksija) na ostale betalaktame (npr. cefalosporin, karbapenem ili monobaktam) u anamnezi; anamnestički podaci o pojavi žutice, odnosno poremećaj funkcije jetre prilikom prethodne primjene amoksicilina i klavulanke kiseline. **Posebna upozorenja i mjeru opreza** pri uporabi Prije započinjanja terapije amoksicilinom i klavulanском kiselinom treba pažljivo ispitati postojanje prijašnjih reakcija preosjetljivosti na penicilin, cefalosporin ili druge betalaktame. KLAVOBEL BID se ne smije koristiti za liječenje S. Pneumoniae rezistentne na penicilin. Kombinaciju amoksicilina i klavulanke kiseline treba primjenjivati s oprezom u bolesnika s dokazom oštećenja funkcije jetre. U bolesnika s oštećenjem funkcije bubrega potrebna je prilagodba doze ovisno o stupnju oštećenja. Nuspojave Najčešće prijavljene nuspojave su dijareja, mučnina i povraćanje. Doziranje i način primjene Odrasli i djeca ≥ 40 kg: standardna doza (za sve indikacije) je 875 mg/125 mg dva puta dnevno. Više doze (posebno za infekcije kao što su upale srednjeg uha, sinuitis, infekcije donjeg respiratornog trakta i infekcije urinarnog trakta) su 875 mg/125 mg tri puta dnevno. Djeca <40 kg: 25 mg/3,6 mg/kg tjelesne mase/dnevno do 45 mg/6,4 mg/kg tjelesne mase/dnevno koje se daju razdijeljeno u dvije odvojene doze, odnosno do 70 mg/10 mg/kg tjelesne mase/dnevno koje se daju razdijeljeno u dvije odvojene doze mogu se razmotriti za neke infekcije (kao što su upale srednjeg uha, sinuitis i infekcije donjeg respiratornog trakta). Budući da se tableta ne može podijeliti, djeca lakša od 25 kg ne smiju koristiti KLAVOBEL BID tablete. Ime i adresa nositelja odobrenja BELUPO lijekovi i kozmetika, d.d., Ulica Danica 5, 48000 Koprivnica, Hrvatska. Naziv i broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet KLAVOBEL BID 875 mg/125 mg filmom obložene tablete: HR-H-006061526; 14. 07. 2015. Način izdavanja Na recept. Datum revizije teksta Sranjan, 2015.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom odobrenom sažetu svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima ("Narodne novine" broj 43/2015). Prije propisivanja, molimo proučite sažetu opisu svojstava lijeka kojega možete pronaći na internetskoj stranici Agencije za lijekove i medicinske proizvode www.halmed.hr, na Belupovim internetskim stranicama – www.belupo.hr ili ga zatražiti od stručnog suradnika Belupa. Tiskano u Hrvatskoj 2017. (D 01 04).

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore

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

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

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

IZVRŠNI UREDNIK

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

NOVINARKA

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

IZDAVAČKI SAVJET

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

TAJNIK UREDNIŠTVA

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

UREDNIČKI ODBOR

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

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

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

OGLAŠAVANJE

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

HRVATSKA LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail: hlk@hlk.hr

Preplatnička služba

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

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

Tisak: Radin, Gospodarska 9, Sveta Nedelja

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 6.2.2017.

LIJEĆNIČKE NOVINE

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

5 UVODNA RIJEČ

Bez rada i dubinskih promjena nema rješenja niti napretka

6 RAZGOVOR

Dr. Sanja Zember

12 NAPLATA ČLANARINE

Kako plaćati članarinu

14 TEMA BROJA

Ustroj, podrijetlo, uloga i značaj družbe zdravstvenih
ravnatelja Hrvatske

20 EKSPERTIZA

Kad profesionalizam utihne

22 IZ KOMORE

Novi Pravilnik o specijalizaciji • Osigurani svi članovi • Upravni
nadzor nad Komorom • Sjednica Izvršnog odbora • Nezakonita
smjena ravnateljice dr. Zember • U Osijeku nužna izgradnja novog
KBC-a • Odgovornost za vlastito zdravlje • Integracija u europsku
liječničku zajednicu • Loš Kolektivni ugovor • Prava članova Komore
U posjet Švedskoj • Specijalističko usavršavanje • Pregled aktivnosti

46 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Darivanje malih bolesnika • Prof. Prgomet u HZZO-u • Seminar o
osiguranju • KOHOM: Kujundžićeva nerealna obećanja • Liječnici
pišu manje ispričnica • Praćenje rezistencije bakterija
Radiofrekvencijom protiv tumora • PB „Sveti Ivan“ • SB „Sveta
Katarina“ • Svjetski dan protiv raka • O zdravstvenom turizmu
Centar za prostatu u KBC-u Zagreb

58 LIJEVI – DESNI KUT**60 NAJVEĆI IZAZOV U MOJOJ ŽUPANIJI****68 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE****74 COCHRANE ZANIMLJIVOSTI****76 FARMAKOTERAPIJSKI SAVJET****78 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE****80 TERMINOLOGIJA****88 PRAVO I MEDICINA****90 LIJEĆNIČKA ETIKA****93 BIOETIKA****94 KNJIGOLIKE****98 REAGIRANJA****99 STAV****100 KRATKA LIJEĆNIČKA PRIČA****102 KOLEGA HITNJAK****104 ESEJ****105 SIJEČANJSKI STUPIDARIJ****106 LIJEĆNICI I SPORTAŠI****108 MEDICINA I HUMOR****110 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

Pojednostavite si život i izbjegnite dodatne troškove...

- članstvo u Komori obvezno je za sve liječnike koji rade na području Republike Hrvatske na neposrednih poslovima zdravstvene zaštite (čl.35 ZoL; NN 121/03 i 117/08);
- **mjesečna članarina** za članstvo u Komori iznosi **125 kn** za radno aktivne odnosno **60 kn** za umirovljene liječnike;
- članarina za članstvo u Komori plaća se mjesečno i to najkasnije do zadnjeg dana tekućeg mjeseca za protekli mjesec;
- ostvarivanje prava i mogućnosti koje donosi članstvo u Komori ovisi o redovitom podmirivanjem obveza prema Komori;

HLK Vam savjetuje da u cilju jednostavnijeg i pravovremenog plaćanja članarine za članstvo u Komori:

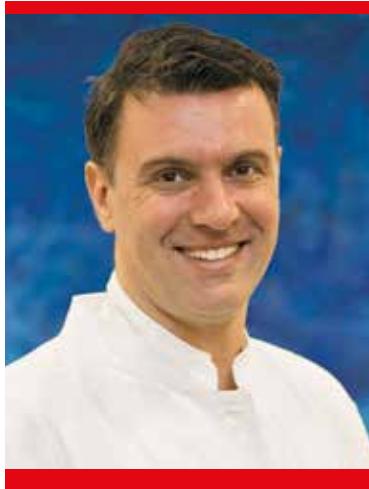
- **ako obavljate djelatnost kod poslodavca, POTPIŠETE IZJAVU O SUGLASNOSTI USKRATE IZNOSA ČLANARINE U KORIST HLK-a PRILIKOM MJESEČNOG OBRAČUNA PLAĆE** (obrazac za potpis Izjave – suglasnosti možete preuzeti s www.hlk.hr)
- **ako samostalno obavljate djelatnosti, OTVORITE TRAJNI NALOG KOD SVOJE POSLOVNE BANKE ZA PRIJENOS SREDSTAVA U KORIST HLK-a U VISINI IZNOSA MJESEČNE ČLANARINE ZA ČLANSTVO U HLK-u**

Plaćanjem mjesečne članarine za članstvo u HLK-u uskratom iz plaće ili otvaranjem trajnog naloga osiguravate:

- **jednostavno, redovito i pravovremeno podmirivanje zakonske obveze;**
- **izbjegavanje rizika plaćanja dodatnih troškova (zatezne kamate, ovršni postupak);**
- **korištenje svih prava i pogodnosti koje donosi članstvo u Komori**

...plaćajte članarinu za članstvo u HLK-u uskratom iz plaće ili otvaranjem trajnog naloga

Bez rada i dubinskih promjena nema rješenja niti napretka



DR. SC. TRPIMIR GOLUŽA
PREDSJEDNIK HRVATSKE
LIJEĆNIČKE KOMORE

**Da ste kojim slučajem
na čelu hrvatskog
zdravstvenog
sustava, biste li u
skoroj budućnosti
ipak pokušali nešto
napraviti ili biste
čekali da se situacija
sama od sebe
popravi?**

Drage kolegice i kolege,

kad čelni čovjek nekog zdravstvenog sustava, ocjenjujući prvih sto dana svog mandata, izjavi: „Nisam puno napravio niti ču puno napraviti u skoroj budućnosti“ pa nakon toga i dalje nastavi uživati povjerenje premijera, onda bi to bio pokazatelj da je dočini naslijedio stabilan i po svim parametrima funkcionalan i održiv sustav ili pak da se radi o društvu u kojem se zdravstvu ne poklanja potrebna briga. Prvo je poželjno, a drugo zabrinjavajuće.

Da nisam osobno čuo tako hrabru, iskrenu, samokritičnu i neambicioznu izjavu ministra Kuđundžića, pripisao bih je ministrima zdravstva država koje su u 2016. godini, prema Europskom zdravstvenom potrošačkom indeksu, ocijenjene najuspješnijim europskim zemljama kao što su Nizozemska, Švicarska, Norveška, Belgija ili Island. One su već godinama u europskom vrhu po kvaliteti pružanja zdravstvene skrbi pa si možda mogu priuštiti dašak samozadovoljstva. No, ipak nisam siguran da njihovi ministri ne namjeravaju puno raditi u skoroj budućnosti. Hrvatska je u kvaliteti pružene zdravstvene usluge u 2016. godini nazadovala za tri mjesta u odnosu na 2015. U konkurenciji 35 europskih država pali smo sa 16. na 19. mjesto. Ipak, ta činjenica nije previše zabrinula i motivirala našeg ministra na rad u skoroj budućnosti.

Hrvatski zdravstveni sustav je sustav u kojem samo 10% mladih liječnika od 40 godina ne razmišlja da ga napusti, a 60% bi ga napustilo čim bi dobilo ozbiljnu ponudu, sustav u kojem je 95% mladih liječnika svjesno da je u podređenom položaju u odnosu na svoje kolege u inozemstvu, a pri tome samo njih 23,3% vjeruje da će se taj odnos u skoro vrijeme poboljšati. Takav sustav je iznimno ranjiv i podatan nasrtljivosti i kadrovskom apsorbiranju uređenijih, organiziranih i bogatijih društava. On zahtijeva temeljitu analizu i pronalaženje razloga takvog beznađa te drastičnu, brzu i sveobuhvatnu promjenu u pristupu mlađim liječnicima. I puno, puno rada u sadašnjosti i najskorije budućnosti.

Postojeći ozbiljan kadrovski deficit svih profila zdravstvenih djelatnika, izrazito nepovoljna dobrova struktura zaposlenika, organizacijske dubioze u vidu nedostatka kadrovsko-vremenskih normativa i dijagnostičko-terapijskih smjernica, neracionalno poslovanje, finansijska neodrživost te pravna nedorečenost i nedosljednost, zajedno s nepovoljnim demografskim pokazateljima, name-

ću hrvatskom zdravstvu ozbiljan, odgovoran i predan rad ne samo u bljoj već i u daljoj budućnosti.

Kad smo prije nepunih godinu dana, u ožujku prošle godine, odlučili anketirati mlade liječnike i objektivizirati njihovo (ne)zadovoljstvo vlastitom profesionalnom situacijom u Hrvatskoj, nismo ni slutili da ćemo dobiti tako zabrinjavajuće rezultate. Nakon što smo široku društvenu javnost i nositelje vlasti upozorili na alarmantne rezultate istraživanja provedenog na reprezentativnom uzorku od 1496 liječnika u dobi između 27 i 40 godina, očekivali smo da će odgovorni u društvu osmislići i u praksi provesti određene mjere kako bi mladima vratili vjeru i nadu u hrvatsko sutra.

Prevarili smo se. Sve je isto kao i lani. U međuvremenu se ništa ili gotovo ništa nije promijenilo. Istini za volju, izabran je novi premijer, došli su novi ministri, promjenila su se upravna vijeća zdravstvenih ustanova, ali nije donijeta niti jedna jedina odluka kojom bi se pokazalo da se država probudila i počela štititi svoje nacionalne interese u pogledu osmišljene zdravstvene politike.

U zadnjih dvanaest mjeseci osiromašen je zdravstveni sustav za novih 150 visokoobrazovanih

bjegunaca u inozemstvo. Konično pravno nasilje nad liječnicima poprimilo je nov oblik: potpuno ignoriranje važećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i sankcioniranje onih koji su ga se pridržavali. U Hrvatskoj se zdravstvu i dalje ne poklanjam potrebna pažnja i briga. Važnosti zdravlja i kvalitetnog zdravstvenog sustava postajemo svjesni tek kad nam osobna potreba otvorí oči za sagledavanje realnog stanja.

Ignoriranje nužnosti poduzimanja dubinskih promjena u zdravstvenom sustavu dovest će nas za koju godinu u poziciju loših pokazatelja zdravstvenih ishoda, nedostupnosti zdravstvene zaštite te do nezadovoljstva i nesigurnosti građana.

Problem održivosti zdravstvenog sustava uvelike je nadrastao sektor zdravstva i zahtijeva angažman Vlade Republike Hrvatske, intersektorsku suradnju više ministarstava i sinergiju državne i lokalne politike. Hrvatskom zdravstvenom sustavu potrebna je katarza racionalizacije poslovanja, organizacije rada, inzistiranja na odgovornosti i poticanju izvrsnosti. Da bismo to postigli potrebni su nam ljudi koji su spremni puno, pametno i ozbiljno raditi. Ne samo u bliskoj budućnosti, već odmah, danas.

Razgovor s nedavno smijenjenom ravnateljicom OB Varaždin

Dr. Sanja Zember:

„Naučila sam kako sustav ne smije funkcionirati“

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

Način na koji je i pod kakvim optužbama smijenjena dr. Sanja Zember s mesta ravnateljice Opće bolnice Varaždin grozomoran je čak i za naše prilike. Političke igre i smicalice u kojima se nije prezalo niti od iskorištavanja maloljetnika kako bi se s čelnog mesta u bolnici maknula osoba koja očito nije bila ni politički podobna, niti interesno „pogodna“ za dobro umreženu, političko-interesnu „kliku“, zoran su primjer moralne „močvare“ u kojoj se nalazi naše društvo, a u kojoj oni, koji je stvaraju i održavaju, nikako da se utope. Da u hrvatskom društvu ima pojedinaca koji imaju hrabrosti „igrati“ protivno pravilima velikih i malih moćnika pokazala je i naša sugovornica dr. Zember. Ta Ludbrežanka, inače specijalistica infektologije, smijenjena je zato jer je poštivala zakone potpisavši anekse ugovora prema tzv. Nakićevu pravilniku, jer je dovela u pitanje neke ugovore, pokušala realizirati neke projekte i bolje organizirati rad bolnice, no na samom je početku „stala na minu“ kada se upustila u sistematizaciju radnih mjesta, čime je ugrozila pozicije nekih u bolnici, a kada se u sve još uplela i politika, dr. Zember jednostavno nije imala šanse. No, na kraju je ispala moralni pobjednik. Možda se to nekom i ne čini kao neka satisfakcija s obzirom na „vrijednosti“ koje su popularne u ovom materijaliziranom svijetu s malo duha, a prepunom šunda svake vrste, ipak, dr. Zember je prepoznata. Prepoznala ju je stručna i medijska javnost. To bi trebala biti jasna poruka svima koji stopiraju svaki napredak u ovom društvu samo kako bi zadržali svoje, u većini slučajeva, neopravданo stečene pozicije i povlastice.

■ Vaša smjena podignula je veliku prašinu u javnosti. Dojam je kako se u pozadini odigrao pravi politički triler. Za početak nam recite kako je uopće došlo do toga da postanete ravnateljica OB-a Varaždin?

Unatrag 13 godina radim kao odjelni liječnik na Odjelu za infektivne bolesti, a od 2005. obnašala sam funkciju predsjednice Povjerenstva za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija Opće bolnice Varaždin. Kao predsjednica tog Povjerenstva upoznala sam infrastrukturne i prostorne nedostatke naše bolnice te sudjelovala u izradi postupnika i radnih uputa za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike, kao i u njihovoj implementaciji u svakodnevni

rad. Održavala sam i brojne edukacije za zdravstvene djelatnike s ciljem poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi. Želim vjerovati da sam bila izabrana za ravnateljicu kao stručna osoba koja je svojim radom dokazala da živi svoj liječnički poziv.

■ Niste li se bojali prihvatići tu poziciju s obzirom na to da niste imali iskustva u upravljanju?

Svjesna te činjenice tri puta sam odbila ponuđenu ravnateljsku funkciju. Međutim, nakon detaljne analize prednosti i nedostataka provedene u konzultaciji s kolegama iz bolnice koji su bili ili jesu na rukovodećim upravljačkim pozicijama, odlučila sam ipak prihvatići funkciju vršiteljice dužnosti ravnateljice u svibnju 2016.

S političkog aspekta trebala sam kao nestranačka osoba biti demokratsko rješenje i spona između svih političkih opcija. Naime, u Upravnom vijeću bolnice sjedili su kao predstavnici Županije članovi NHS-a, SDP-a i HDZ-a.

Međutim, prve nesuglasice nastupile su već pri izboru mog zamjenika dr. sc. Gorane Benke kojeg sam odabrala nakon pomne analize profesionalnih, moralnih i ljudskih kvaliteta. Za moju je odluku bila presudna njegova izjava kako je spremam ods stupiti s mjesta zamjenika bude li to u interesu bolnice. Dakle, varaždinska bolnica dobila je ravnatelja i zamjenika kojima je na prvom mjestu bio interes bolnice, a ne osobna promocija. Zanimljiva je činjenica da je upravo kolega Benko bio protukandidat prim. dr. sc. Ranku Stareu tijekom izbora za člana Stručnog vijeća, koji će kasnije kao predstavnik tog Vijeća ući u Upravno vijeće bolnice.

■ Jesu li Vas „vrbovali“ u politiku?

Nisam članica niti jedne političke stranke, no na vlastitoj koži sam se uvjerila u istinitost navoda da će se politika baviti sa mnjom, htjela to ja ili ne. Politiku sam uvek poistovjećivala s ideološkim sastancima, dugim „zamagljujućim“ i nerazumljivim govorima, beskonačnim diskusijama i nametljivim predizbornim obećanjima. No slijedom aktualnih dogadaja osvijestila sam činjenicu da politika prožima naš cje-lokupan život te duboko zadire u pore svih sustava. Pitanja koja su naizgled „prirodna“ vrlo lako postanu „politička“. Osobno sam od pasivnog političkog promatrača postala aktivan sudionik političke scene interesantan brojnim političkim opcijama.

■ Kakvo Vas je stanje dočekalo u bolnici? Što ste smatrali nužnim promijeniti?

Prvoga mog radnog dana trebala sam potpisati nekoliko ugovora sa znatnim finansijskim iznosima; od odobrenja za plaćanje kamata zbog neredovitog nepod-mirivanja obveza dotadašnjem, lokalnom distributeru plina u iznosu od gotovo 300 tisuća kuna do ugovora za projekt „Energetska obnova zgrada unutar kompleksa Opće bolnice Varaždin“ u iznosu od 83,5 milijuna kuna. Vjerujem da bi i vrsnom ekonomistu, a kamo li ne meni doktoru, zadrhtala ruka pri samoj pomisli na ove financijske iznose. Nikada neću zaboravi-



Podršku struke i medija u očito politički motiviranoj smjeni, dr. Zember je doživjela kao moralnu obvezu za neko moguće "sutra"

ti tu noć 13. svibnja 2016., kada su moje sinapse bile vrlo učinkovite i stvorile određene konekcije u mom mozgu koje su rezultirale odlukom da ću svladati i naučiti tu, meni posve nepoznatu, problematiku.

Inače, moj angažman na projektima bio je motiviran činjenicom o posljedicama neuspjele realizacije projekata vođenih po modelu javno-privatnog partnerstva (JPP). Propali projekti, osim finansijskog deficitia, odrazili su se na persistiranje

prostornih problema, poput nedostatka prostora za opservaciju akutnih kirurških bolesnika, zastarjelih operacijskih sala, jedinice intenzivnog liječenja, centralne sterilizacije i transfuzije. Suočila sam se i s problemom dotrajale i nedostatne medicinske opreme, a čije je popunjavanje bilo planirano kroz propali JPP model.

Zdravstvena djelatnost bolnice obavlja se na prostoru površine od 36.840 m², na jednoj lokaciji paviljonskog tipa, gdje

je bolnička hitna služba organizirana putem sedam prijemnih, hitnih, ambulant, uz dislociranu dijagnostičku, laboratorijsku i radiološku obradu, što doprinosi lošoj funkcionalnoj organizaciji rada. Samo velikim entuzijazmom i naporom zdravstvenih djelatnika odvija se neometano pružanje zdravstvene zaštite i bolničkih usluga našim pacijentima.

Temeljem navedenoga sam zaključila da je moja prioritetna uloga povući maksimalan iznos bespovratnih finansijskih sredstava iz EU fondova te sam prionula realizaciji dvaju projekata u kojima je OB Varaždin bila prihvatljiv prijavitelj, a to je projekt OHBP-a i dnevnih bolnica te jednodnevne kirurgije.

■ Kada su počeli napadi na Vas? Komu ste prvome „stali na žulj“?

Moj prvi „neposluh“ bio je taj što nisam željela automatizmom potpisati zaključivanje ugovora o energetskom učinku za projekt „Energetska obnova zgrada unutar kompleksa Opće bolnice Varaždin“. Naime, interno sam provela analizu energetskog i ekonomskog elaborata te sam temeljem dobivenih rezultata predložila da se odgodi potpisivanje ugovora i zatraži dopunsko mišljenje nadležnih službi Ministarstva zdravlja, Varaždinske županije i Agencije za pravni promet i posredovanje nekretninama. Osobno sam željela da se riješe i mikroklimatski uvjeti u bolesničkim sobama i ambulantama jer je problem kada u ljetnim mjesecima radite na visokim temperaturama ili hospitalizirate bolesnika s temperaturom od 40°C u sobu u kojoj je okolišna temperatura 35°C.

Drugi moj „grijeh“ bio je pokušaj izmjena i dopuna glavnog projekta „Izgradnja spojnog objekta – između Odjela II i Odjela III sa servisnom internom prometnicom“ u Novom Marofu. Naime, dovela sam pod upit potrebu za bazenom u projektu koji je namijenjen palijativnim pacijentima, a smatrala sam i da postoji potreba za jednokrevetnim sobama, kao i nadopuna projekta opreme. Uvažavajući činjenicu da je stanovništvo Varaždinske županije sve starije životne dobi i opterećeno brojnim kroničnim bolestima, smatrala sam da je kvalitetna kronična i palijativna skrb prioritet svake ustanove. Iako sam spomenuti projekt preuzeila u poodmakloj fazi zrelosti, zatekla sam neriješene imovinsko-pravne odnose bez čijeg rješenja nije moguća prijava projekta niti ponavljanje finansijskih sredstava iz EU fondova.

■ Što ste uspjeli učiniti u osam mjeseci koliko ste bili na čelnom mjestu OB-a Varaždin, a što ste sve planirali?

Osim pokretanja investicijskih projekata i izrade Pravilnika o unutarnjem ustroju i sistematizaciji radnih mjesta, želja nam je bila putem Odjela za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor realizirati praćenje ključnih pokazatelja rada bolnice kao i pokazatelja kvalitete, a s ciljem detektiranja problema koji će biti polazna točka za promjenu funkcionalne i prostorne reorganizacije rada.

Nastojali smo vratiti besplatan topli obrok za zdravstvene djelatnike u dežurstvu, a koji je ukinut za vrijeme sanacije. Htjeli smo legitimnim putem ukazati na neelogičnost Uredbe o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u državnoj službi, a prema kojoj uži specijalist, kao voditelj zdravstvenog odjela u bolnici, ima manji koeficijent složenosti poslova (2.279) nego uži specijalist na radnom mjestu užeg specijalista (2.298). Stoga se užem specijalisti ne isplati biti voditelj odjela jer ima niži koeficijent i nižu plaću.

Planirali smo bolje organizirati rad u hitnim prijemnim ambulantama, gdje bilježimo sve veće brojeve pregledanih bolesnika. Smatram da je nužno povećanje broja izvršitelja u sustavu pružanja hitnih pregleda kako bi najteži bolesnici što prije bili zbrinuti, a ujedno bi se spriječio i sindrom profesionalnog sagorijevanja zdravstvenih djelatnika.

Željeli smo definirati jasne kriterije za pravedan odabir kandidata kojima će bolnica financirati poslijediplomske doktorske studije. Plan je bio definirati kompetencije i standarde za profesionalna dostignuća u praksi, uvesti obavezni sestrinsko-istraživački rad u sestrinsku praksu te poticati edukaciju koja je prioritet u profesionalnom životu zdravstvenih djelatnika.

U jednom sam se trenutku zapitala u kakvoj to državi živim kad moram birati koje ču propise poštivati, a koje neću, i zar se moram ravnati prema osobnim interesima ili dnevno-političkim potrebama?

■ Pripadate manjoj skupini ravnatelja koji su potpisali aneks ugovora o specijalizaciji prema tzv. Nakićevu pravilniku, što je Upravno vijeće bolnice navelo kao jedan od razloga za vaše razrješenje.

Kao ravnateljica postupila sam sukladno postojećim zakonskim propisima, kao i prema Statutu bolnice. Prema odredbama Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“ br. 62/16/čl. 17. i 18.), ravnatelj zdravstvene ustanove odgovoran je Ministarstvu zdravstva za izvršenje obvezne ponude sklapanja aneksa ugovora o specijalizaciji, specijalizantima i specijalistima, doktorima medicine, i to u roku od 15 dana od dana sklapanja izmijenjenog ugovora. Kao ravnateljica sam zatražila mišljenje Upravnog vijeća, kao tijela koje upravljanja bolnicom, o sklapanju aneksa ugovora, međutim sva moja nastojanja da ishodim ovo mišljenje ostala su bezuspješna. Isto tako sam županu Varaždinske županije uputila dopis sa zahtjevom da se dogovorimo o postupanju prema Pravilniku, no župan je svojim dopisom od 01. rujna 2016. obavijestio sve zdravstvene ustanove čiji je osnivač Varaždinska županija, pa tako i OB Varaždin da „ne pristupaju sklapanju aneksa ugovora o međusobnim pravima i obvezama do razrješenja prijepornog pitanja retroaktivne primjene predmetnog Pravilnika“. Iz navedenog je jasno da su Upravno vijeće bolnice i župan s određenom namjerom odgovrlačili zajedničko rješavanje problematike primjene Pravilnika, tim više što je bolnica morala sklopiti ukupno 142 izmijenjena ugovora o specijalizaciji. Stoga sam kao ravnateljica odlučila postupiti prema Pravilniku i pozitivnim propisima te smo ponudili i potpisali sve izmijenjene ugovore o specijalizaciji sa specijalizantima i specijalistima.

■ Kakav je bio efekt potpisivanja aneksa ugovora? Jesu li liječnici masovno napustili bolnicu, što se kao argument koristio protiv tog Pravilnika?

U funkciji ravnateljice u jednom sam trenutku bila na suprotnoj strani od mojih kolega s kojima sam do jučer dijelila „sudbinu“ dežurstava i ambulantnog rada. Prema izjavi jedne specijalizantice imala sam "povjesnu priliku" da donesem moralnu i časnu odluku u interesu mlađih kolega. Kao poslodavac bila sam suočena s činjenicom da našoj bolnici prijeti izvjesna i visoka šteta zbog mogućih privatnih tužbi na koje su me upozorili dopisima odvjetnici koji su zastupali specijalizante i specijaliste. Kao odgovorna osoba ustanove bila sam dužna poštivati striktnu zakonsku obvezu na koju me je upozoravalo Ministarstvo, dok su istodobno župan i pojedini članovi Upravnog vijeća odugovlačili s primjenom Pravilnika.

U jednom sam se trenutku zapitala kakvoj to državi živim kad moram birati koje će propise poštivati, a koje neće, i zar se moram ravnati prema osobnim interesima ili dnevno-političkim potrebama?

Prema prijepornom Pravilniku, jedna je specijalizantica infektologije prešla na Kliniku za infektivne bolesti „Dr. F. Mihaljević“, a od daljnje specijalizacije odustala je specijalizantica onkologije. Zbog obiteljskih razloga jedna je specijalistica kirurgije otišla u Dansku. Iz vukovarske bolnice u našu je bolnicu došao specijalist urolog. I to je sve od „masovnog napuštanja“ i prelaska iz bolnice u bolnicu. Tijekom 2015. godine započelo je u našoj bolnici 26 liječnika specijalizaciju, prošle godine odabran je pet specijalizanata, a u siječnju ove godine izvršen je izbor još triju specijalizanta. U listopadu prošle godine primljeno je 17 liječnika na staž, od kojih će neki biti budući specijalisti naše ustanove. Naime, upravo je zadatak Uprave ukazati na atraktivnost i specifičnost pojedinih specijalizacija te omogućiti mlađim ljudima brz ulazak u sustav specijalističkog usavršavanja kako bi bili motivirani da ostanu u našoj ustanovi, ali i u Hrvatskoj. Doista smatram da je nužna stimulacija, a ne represija, jer će samo tako naša bolnica imati budućnost, a naši bolesnici kvalitetnu, specijalističku zdravstvenu zaštitu.



Dr. Zember tražit će pravno razjašnjenje cijelog postupka svoje smjene kako se isti scenarij ne bi ponovio nekom drugom ravnatelju

■ Jesu li političari iz vaše Županije svjesni odgovornosti koju kao osnivači bolnica imaju za organiziranje kvalitetne zdravstvene zaštite na svom području, a što je teško osigurati bez dovoljnog broja liječnika? Ili su oči i dalje „uprte“ prema Zagrebu?

Nakon razgovora s većim brojem lokalnih političara uvidjela sam da oni uopće nisu svjesni odgovornosti koju imaju za zdravstvenu zaštitu svojih građana. Prijeporni Pravilnik je u finansijskom smislu trebao olakšati odlazak specijalizanata i specijalista, no postavlja se osnovno pitanje zbog čega liječnici uopće donose odluku o odlasku iz ustanove. Većina ih odluči napustiti ustanovu zbog narušenih međuljudskih odnosa, loše organizacije rada ili pak nepravednog napredovanja u struci. To govorim iz vlastitog iskustva, jer sam i sama prije nego što sam došla na mjesto ravnateljice razmišljala o odlasku iz OB-a Varaždin. Naime, tijekom mog 13-godišnjeg rada na Odjelu za infektivne bolesti bio je stalno prisutan kadrovski deficit infektologa, a kontinuitet u pružanju infektološke skrbi temeljen na entuzijazmu

pojedinaca te na društvenoj i liječničkoj odgovornosti. Međutim, to dovodi u pitanje dugoročnu održivost sustava.

■ Što vam se još stavilo na „na dušu“ kao razlog Vaše smjene?

Prvi od razloga je svakako potpisivanje aneksa ugovora prema spomenutom Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Drugi se odnosi na organizaciju rada na mom infektološkom odjelu. No, kako je moguće organizirati infektološku skrb na četiri ugovorena vanbolnička radilišta: u ordinaciji za infektologiju I; ordinaciji za infektologiju II; hitnoj ordinaciji za infektologiju i dnevnoj bolnici, a potom na Odjelu za infektivne bolesti s 14 kreveta te osigurati pružanje konzilijskih infektoloških pregleda, kao i infektološku pripravnost izvan radnog vremena, vikendom i blagdanima, i sve to s jednim specijalistom infektologom, jednim specijalistom koji radi četiri sata i jednim specijalizantom? Stoga sam se, uz sve obveze u ravnateljstvu, uključila u rad prijemne, hitne, infektološke ambulante i mjesечно odradivala oko desetak priprav-

>>

nosti. Doista ne smatram da sam „*nemarno obavljala dužnost*“, što su mi stavili na teret u razrješenju. O ostalim razlozima neću se izjašnjavati jer spadaju u domenu pravne struke.

■ **Župan Štromar izjavio je kako je podržao Vašu smjenu jer niste promijenili statut bolnice, jer ste je nezakonito vodili te Vas je proglašio krivom za loše međuljudske odnose. Zna li župan o čemu govorí?**

Župan možda i ne mora znati, no njegove stručne službe moraju i dužnost im je da ga o svemu objektivno informiraju. Promjena statuta pravno je pitanje i stoga će pravna struka biti ta koja će dati zadnju riječ. Moja pravnica, Snježana Cerjan, mag. iur., uživa moje povjerenje glede zakonitosti poslovanja bolnice, a moram istaknuti da obnaša i funkciju predsjednice Udruge pravnika u zdravstvu.

Međutim, ne mora se biti pravni ekspert da bi se logički zaključilo kako je svaki pisani dokument, pa zvao se on i statut, neka vrsta smjernice oko postupanja. Naime, postoji li pisani dokument koji će moći predvidjeti, regulirati i definirati svaku moguću situaciju? Nije li zdravlje, kao kategorija od javnog interesa za Republiku Hrvatsku, ispred bilo kakvog formalno-pravnog akta? Biti liječnik je poziv definiran Hipokratovom prisegom.

■ **A što je s optužbom za loše međuljudske odnose?**

U sustavu opterećenom velikim priljevom bolesnika teško je spriječiti sindrom profesionalnog sagorijevanja zdravstvenih djelatnika. Konkretno, u internističkoj prijemnoj hitnoj ambulantni rade prema ustaljenom i definiranom rasporedu dva specijalizanta u dežurstvu, uz nadzor jednog kolege srednje ili starije životne dobi, što, naravno, iziskuje velik psihofizički napor. Velik dio mog mandata bio je obilježen raspravama o prijepornom pravilniku koji je u središte interesa doveo specijalizante i mlade specijaliste, zbog čega se stvorio dojam dobnog raslojavanja na mlade i stare. Naravno, svi smo svjesni koja je životna dob liječnika nositelj zdravstvenog sustava. Mojim dolaskom na mjesto poslodavca upoznala sam organizacijske sposobnosti pojedinih



Dr. Zember je dobila i javnu podršku Hrvatske liječničke komore i predsjednice saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku, dr. sc. Ines Strenje-Linić

voditelja, kao i određene povlastice koje nosi ta pozicija. Stoga je moja najava reizbora pojedinih voditelja, u politički nestabilnom trenutku, rezultirala navedenom optužbom.

■ **Izjavili ste da je Vaša smjena politički motivirana. Koja Vas je to politika smijenila?**

Razlozi za moju smjenu napisani su na desetak stranica, uz kontinuirane tvrdnje kako nisam poštivala formalno-pravni postupak. Pojedine sjednice Upravnog vijeća nalikovale su raspravama odvjetničkih društava, uz moj osobni dojam „zamagljivanja“ osnovnih problema. Nije li sama smjena člana Upravnog vijeća, odvjetnika Damira Habijana, neposredno prije glasovanja o mom razrješenju, a s ciljem osiguranja treće „ruke“, dovoljan dokaz koliko je politika bila motivirana za moje razrješenje? Zanimljive su izjave samih političara: „Doktorice, nije to ništa osobno, to je politika!“ Zar zadatak politike ne bi trebao biti služenje narodu i javni interes?

■ **Očito mediji nisu pogriješili kada su naveli da Vaša smjena ima malo veze s Vašim vodenjem bolnice te da je bolnica pretvorena u poligon za žestoke obraćune uoči lokalnih izbora?**

Nisu li ukazivanje na infrastrukturne i arhitektonске probleme bolnice kao posljedice nerealiziranih projekata, upitno sklopljeni ugovori i pokretanje neovisne analize poslovanja dovoljni razlozi da se jedna nestramačka ravnateljica smjeni s „političke“ funkcije? I kao što se kaže: „Dok jednom ne smrkne, drugom ne svane!“ Jasno je da su politički oponenti vrlo vješto pretvorili bolnicu u poligon za žestoke obraćune uoči lokalnih izbora.

■ **Očekujete li intervenciju ministra Kujundžića s obzirom na to da je smjena, kako ste ustvrdili, nezakonita te da o Vašem razrješenju zbog prekoračenja zakonskih rokova može odlučiti samo ministar?**

Vjerujem u vladavinu prava kao i činjenicu da nepoštivanje zakona sa sobom nosi i zakonsku odgovornost i posljedice, a isto se odnosi i na poticanje na njegovo nepoštivanje. Unutar pravnog sustava Republike Hrvatske postoje mehanizmi za ispitivanje poštivanja zakonskih odredbi. Vjerujem da će ministar dati preciznije tumačenje svog mišljenja od onoga napisanog u samom dopisu.

Doista smatram da je nužna stimulacija, a ne represija, jer će samo tako naša bolnica imati budućnost, a naši bolesnici kvalitetnu, specijalističku zdravstvenu zaštitu

Nakon razgovora s većim brojem lokalnih političara uvidjela sam da oni uopće nisu svjesni odgovornosti koju imaju za zdravstvenu zaštitu svojih građana

■ Očekujete li i postupanje Državnog odvjetništva prema prijavi Hrvatske udruge bolničkih lječnika, u kojoj također smatraju da je Vaša smjena nezakonita?

Kratko i jasno: „DA“. Uvjereni sam da će institucije pravne države odraditi svoj posao.

■ Kako komentirate činjenicu da su Vas cijelo vrijeme podržavali iz HDZ-a? Ima li istine u medijskim napisima kako biste mogli biti kandidatkinja HDZ-a za gradonačelniku ili čak županicu?

Osobno ne bih isticala niti jednu od političkih opcija, no bilo ih je nekoliko koje su mi javno iskazale podršku. U središtu mog interesa uvijek su bili pacijenti i osobljje moje bolnice te nisam mogla dozvoliti da politika bude ispred interesa struke. Neki će reći da nisam imala dovoljno političke mudrosti, no pitam se koju su to poruku poslali političari svojim glasačima, a mojim sadašnjim ili budućim pacijentima? Zar je doista nužan politički angažman u ovoj zemlji da bi se radilo za opći društveni interes?

■ Dobili ste neviđenu podršku struke; od Hrvatske lječničke komore i preko HUBOL-a do samih specijalizanata i djelatnika u bolnici, koji su čak organizirali skup podrške. I mediji su Vam bili skloni u izvještavanju...

Smatram da se postupno povećava svijest što je bitno zajednici kao cjelini. Vjerujem da postoje mnogi ljudi poput mene koji su spremni dati svoj doprinos kako bi nam sutra svima bilo bolje. Tolika podrška vjerojatno je rezultat prepoznavanja mojih ciljeva i prioriteta, i to ne samo stručnih već i životnih vrijednosti. Za mene to predstavlja i moralnu obvezu za neko moguće „sutra“.

■ Izjavili ste u javnosti i kako je jedan politički moćnik tražio da zaposlite dvije čistačice i jednog administrativnog tajnika. Je li to modus zapošljavanja u varaždinskoj bolnici?

Tijekom mog ubrzanog „političkog odrastanja“ naučila sam nekoliko novih riječi, do tada potpuno nepoznatih u mom sustavu vrijednosti. Jedna od tih riječi je spin. Zar doista mislite da je na oko 1700 pristiglih molbi za 80-ak radnih mjesta

bio samo jedan poziv? Lista je ipak malo duža, no nije li ljudski pitati? Upravo iz tog razloga provedena su testiranja, a imenovane komisije odabrale su kandidate. Za mene je puno ozbiljnije socijalno pitanje o broju nezaposlenih, kako u našoj Županiji tako i na razini cijele države.

■ Kako komentirate slučaj varaždinskog srednjoškolca koji se javno ispričao što je zatražio Vašu smjenu, otkrivši kako je bio izmanipuliran od dožupana Alena Kišića (SDP)?

Doista ne bih komentirala tu situaciju, osim da sam zgrožena činjenicom da je i maloljetnik uvučen u cijelu priču. Kakva se to poruka šalje mладim generacijama?

■ Lokalni mediji izvještavaju da dok se varaždinski župan bavi vašom smjenom, medimurski lobira za magnetsku rezonancu za koju smatra da bi trebala biti u Varaždinu. Postoji li opasnost da Vaša bolnica zbog cijele situacije „izgubi bitku“ za MR?

Već nekoliko godina slušamo velika predizborna obećanja i politički motivirane razloge za nabavku pojedine medicinske opreme. Stručni razlozi u prvom su planu prilikom isticanja OB-a Varaždin kao lokacija gdje bi trebao biti smješten MR uređaj. Naša bolnica je profilirana u smjeru onkologije, onkokirurgije i neurokirurgije, no također razvija i kirurgiju koštano-zglobnog sustava, vaskularnu, plastičnu i rekonstrukcijsku te dječju kirurgiju. Nabavkom MR uređaja osigurala bi se vrhunska skrb u bolničkom sustavu za više od 500 tisuća građana triju županija sjeverozapadnog dijela Hrvatske. Način korištenja kapaciteta MR dijagnostike definirao bi se, pravno i ekonomski, za potrebe svih triju bolnica. Time bi se realizirala potpuna iskorištenost aparata, što bi bio odličan primjer funkcionalnog spajanja bolnica.

■ Koje ćete korake poduzeti nakon smjene? Hoćete li se boriti za mjesto ravnateljice?

Ako netko smatra da je biti ravnatelj u ovakvim uvjetima privilegija, tada mu poručujem kako je to mukotrpna i nadasve odgovorna funkcija, posebice ako ste moralna i odgovorna osoba. Boriti se? Nije li ponekad ipak riječ o borbi protiv vjetrenjača kada nam sustav funkcioniра kako funkcioniра? Moj prvi zadatak bit će pravno razjašnjenje

Nisu li ukazivanje na infrastrukturne i arhitektonske probleme bolnice, upitno sklopljeni ugovori i pokretanje neovisne analize poslovanja, dovoljni razlozi da se jedna nestranačka ravnateljica smjeni s „političke“ funkcije?

cijelog postupka mog razrješenja. Smatram da je to minimum koji ovo društvo zaslužuje, jer se već sutra isti scenarij može ponoviti nekom drugom ravnatelju.

■ Osjećate li se iskorišteno, je li Vam žao što ste ušli u cijelu tu priču?

Osjećaj iskorištenosti moja je osobna percepcija, no ponosna sam što je moj glas u javnosti bio i glas pojedinih mojih profesora, kolega, ali i brojnih građana koji su prošli kroz slično iskustvo. Naučila sam kako sustav ne smije funkcionirati te samim time imam još veće samopouzdanje i vjeru da se neke loše stvari mogu ispraviti. Naravno, problemi nisu nastali preko noći te se i ne mogu riješiti preko noći.

■ Kako se u ovom društvu uopće boriti protiv političkog utjecaja i pritisaka? Iako ste očito i sami njezina žrtva, jeste li možda otkrili recept za neke buduće „bitke“?

Politika, politika... Da, ponekad je sve politika. No, spoznala sam i osvijestila razliku između politike i politikantstva. Bogatija sam za jedno ogromno životno iskustvo i ponosna sam što niti u jednim trenutkom nisam pognula glavu. Neka to, za sada, bude moj skroman doprinos politici.

■ I za kraj, bojite li se odmazde kada se vratite u bolnicu i za sebe i za one koji su Vas podržali?

Svjesna sam moguće odmazde, no ne bojam se. Zar bi se trebalo bojati istine, morala ili pravde?

Umirovljeni članovi visoku razinu odgovornosti

Rezultati naplate utvrđenih nenaplaćenih potraživanja s pozicije članova su tvrdili da su posljedica loše komunikacije i neinformiranosti članova, a ne

Kad smo se u svibnju prošle godine obratili našim umirovljenim članovima i obavijestili ih o statusu njihova članstva i utvrđenom im dugu po osnovu neplaćene članarine za članstvo u HLK-u u periodu od 01.01.2009. do 31.12.2014., znali smo da je pred nama zahtjevan posao. Pretpostavljali smo da utvrđeni dug posljedica nedovoljne komunikacije i informiranosti naših članova, a ne njihova nemara ili namjere. Bili smo u pravu.

Uvođenje reda u sustav puno je zahtjevnije no konzerviranje zatečenog nereda i slijeganje ramenima. No, povjerenje kolega koji su nas izabrali i dali nam priliku da vodimo krovnu udrugu liječnika u RH za nas je predstavljalo obvezu da se odgovorno ponašamo i učinimo sve kako bismo zaštitali interes Hrvatske liječničke komore. Uspjeli smo, evo rezultata:

	iznos u kunama	broj članova	%
UKUPNO UTVRĐENO NENAPLAĆENO POTRAŽIVANJE	1.611.716,74	819	
PREMINULI ČLANOVI	102.372,32	48	6,35
UKUPNA OTPISANA POTRAŽIVANJANA ZAMOLBU ČLANA	182.118,94	99	11,3
potpuni otpis	131.820,71	56	
djelomični otpis	50.298,23	43	
NENAPLAĆENA POTRAŽIVANJA ZA NAPLATU	1.327.225,48	715	82,35
NAPLAĆENA POTRAŽIVANJA zaključno s 1.2.2017.	1.073.423,49	668	80,9
potpuno naplaćeno	925.248,96	540	
djelomično naplaćeno	31.261,76	25	
naplaćeno kroz obročnu otplatu	116.912,77	103	
PREOSTALA NENAPLAĆENA POTRAŽIVANJA	253.801,99	89	19,1
u obročnoj otplati	114.447,73	42	8,6 / 45
nisu u obročnoj otplati	139.354,26	47	10,5 / 55

članovi pokazali vornosti i poštenja!

**članarina umirovljenih članova pokazuju da smo bili u pravu kad smo
te njihova nemara niti svjesnog izbjegavanja izvršavanja članskih obveza**

Bili smo obazrivi, socijalno osjetljivi i kolegijalni:

- pri izračunu duga za cijeli dužnički period obračunavan je minimalni iznos mjesecne članarine (40 kn)
- nisu obračunavane zakonske zatezne kamate
- u slučaju objektivnih okolnosti utvrđeno potraživanje smanjeno je ili otpisano
- svima koji su zatražili dana je mogućnost obročne otplate duga
- na sve pisane pritužbe odgovorili smo pisanim putem
- do 01.02.2017. nije pokrenut niti jedan ovršni postupak protiv dužnika

Do početka ožujka pokrenut ćemo ovršne postupke prema dužnicima, koji niti nakon opetovanih upozorenja tijekom zadnjih deset mjeseci nisu podmirili svoja dugovanja. Od ožujka krećemo s naplatom dugova za neplaćenu članarinu za 2015. i 2016. godinu.

OBAVIJEŠT UMIROVLJENIM ČLANOVIMA HLK-a

- **od 01.01.2017.g. mjesecna članarina za članstvo u HLK-u za umirovljene liječnike, neovisno o posjedovanju važeće licence za rad, iznosi 60 kn**
- umirovljeni članovi HLK-a imaju sva prava kao i radno aktivni članovi, a u slučaju izgradnje doma za umirovljene liječnike prednost dobivanja smještaja imat će članovi s kontinuiranim članstvom u Komori
- **članstvo u Komori automatski ne prestaje odlaskom u mirovinu!**
- **UMIROVLJENI LIJEČNICI KOJI VIŠE NE RADE I NE PLANIRAJU RADITI U SVOJSTVU LIJEČNIKA NISU OBVEZNI BITI ČLANOVI HLK-A, NO DA BI PRESTALI BITI ČLANOVI HLK TREBAJU OSOBNO PODNIJETI ZAHTJEV ZA BRISANJE IZ IMENIKA LIJEČNIKA ČIME SE IŠČLANUJUJU IZ HLK-A**

Za postupak iščlanjenja, brisanja iz Imenika liječnika, na osobni zahtjev potrebno je, uz ispunjavanje odgovarajućeg

obrasca i plaćanje 70 kn državnih biljega, **priložiti:**

- original odobrenja za samostalni rad (licenca),
- original rješenja o izdavanju odobrenja za samostalan rad (licence)
- člansku iskaznicu
- dokaz o uplaćenoj članarini za razdoblje trajanja članstva u Komori, odnosno dokaz o nepostojanju nepodmirenih dugovanja prema Komori do dana podnošenja zahtjeva

Sve informacije vezane za iščlanjenje iz Komore, uključujući i preuzimanje odgovarajućeg obrasca za brisanje iz Imenika liječnika, možete pronaći na službenoj mrežnoj stranici Komore – www.hlk.hr (naslovica – brzi servis – prestanak članstva).

Za sve eventualne nejasnoće, oko reguliranja statusa članstva i plaćanja članarine, možete se, svaki radni dan od 8 do 16 sati, obratiti g. Vesni Gros na e-mail: vesna.gros@hlk.hr, tel. 014500835.

Ustroj, podrijetlo, uloga i značaj udruge zdravstvenih ravnatelja Hrvatske

**Sljednici samoupravnog socijalizma
u odlučnoj borbi za držanje mladih liječnika u ropstvu**

Redakcijski članak, e-mail: lijecnicke.novine@hlk.hr

Dosljedna i jasno izražena stajališta vodstva HLK-a kako "liječnici nisu problem, već su rješenje za probleme u zdravstvu" te da je u cilju kadrovskog očuvanja zdravstvenog sustava „nužno prijeći s penalizacijskog na stimulacijski model rješavanja kadrovskih pitanja pri čemu treba inzistirati na odgovornosti i izvrsnosti osnivača – „vlasnika“ i vodstva pojedinih zdravstvenih ustanova“ izazvali su nerazumijevanje dijela političke elite i salvu neargumentiranih i neopravdanih napada na Komoru. U tim napadima, prednjačila je i prednjači, do tada široj javnosti potpuno nepoznata udruga - Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske (UPUZ). Brojno članstvo HLK-a, iznenadeno dosad rijetko viđenim manipulativnim i zlonamernim medijskim napisima te istupima čelnika UPUZ-a, zatražilo je objašnjenje: što je UPUZ, tko ga i za čiji račun vodi i koja je njegova uloga u zdravstvenom sustavu.

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, podzakonski je akt za kojeg su u proteklih 25 godina, znali samo oni na koje su se odredbe pravilnika odnosile. Raznim izmjenama, dopunama, ili posve novim pravilnicima, u suštini su uvođene odredbe koje su trebale unaprijediti struku i osigurati napredak u specijalističkom usavršavanju mladih liječnika. Negdje na tom putu, ulazeći u sve veću krizu sustavnog manjka liječnika, i što je još opasnije, manjka zainteresiranosti za jedno od najodgovornijih zvanja u društvu, uprave bolnica i njihovi vlasnici, očajničkim potezima odlučili su zaustaviti mobilnost liječnika. Nemajući ideja i ne nalazeći pozitivne mjere za zadržavanje liječnika u svojim sredinama, svoje djelovanje uobličili su u represivnu politiku sprječavanja odlaska liječnika. Smisljavaju razne oblike zauzavljanja mobilnosti radne snage, poput trajanja obvezе "lojalnosti" i do 15 godina ili visine umjetno iskazanih troškova specijalizacija u milijunskim iznosima. Premda su i ranije postojale obveze liječnika prema matičnim ustanovama, one su kod prelaska liječnika iz matične u drugu ustanovu te obveze rješavale između sebe. Praktički je nepoznato kada je i prema kojem je propisu uvedena praksa po kojoj teret prelaska snosi osobno liječnik. Koliko je to opasno za sustav, pokazuju i činjenica, kako su neke ustanove bile spremne prihvati gotove specijaliste bez ulaganja u vlastite specijalizante, a potom teret obveza u potpunosti prepustiti liječnicima.

Odštetnim zahtjevima prikriti vlastitu nesposobnost

Za vrijeme procesa ulaska Hrvatske u Europsku uniju, tijekom usklađivanja određenih hrvatskih pravnih normi s europskom pravnom stečevinom, 2011. godine, usporedo s izjednačavanjem specijalizacija s odredbama direktiva Europske unije donesen je novi Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Novi Pravilnik sveo je astronomске odštetne iznose i duljinu vremenskog trajanja obveza na znatno prihvatljiviju razinu. Isključivo iz pukih politikantskih razloga, zdravstvena je administracija 2012. godine promijenila odredbe Pravilnika iz 2011. godine i uvela novi termin tzv. odštetni zahtjev. Liječnicima je u Ugovore o međusobnim odnosima ugrađena nova obveza - povrat iznosa bruto plaće za cijelokupni period specijalističkog usavršavanja. Vrhovni sud RH, 2013. godine, navedeno je rješenje ocijenio protuzakonitim. Ipak, bez obzira na jasno izraženo stajalište Vrhovnog suda, takvo rješenje primjenjivalo se sve od srpnja 2016. godine.

Rješenje iz 2012. godine omogućilo je upravama bolnica, odnosno njihovim osnivačima - de facto vlasnicima, da bez ikakva vlastita angažmana i nastojanja stvaranja poticajnih radnih uvjeta, imaju dugoročno zagarantiranu mlađu liječničku radnu snagu. Pravilnik je omogućio da zdravstvene ustanove dio svojih dugova nastalih zbog

nesposobnosti politički postavljenih uprava, pokušavaju namiriti naplatom neobjektivno utvrđenih astronomskih odšteta od liječnika.

„Nakićev pravilnik“ trebao je vratiti povjerenje u sustav

Svjestan tih činjenica, procijenivši da će primjena postojećeg od Vrhovnog suda osporennog Pravilnika dovesti do situacije u kojoj će sve veći broj mlađih liječnika svoju profesionalnu budućnost potražiti izvan Hrvatske, ministar zdravstva dr. Dario Nakić, 2016. godine donosi kompromisni pravilnik, koji je trebao vratiti povjerenje mlađih liječnika u hrvatski zdravstveni sustav. Specijalizantima se nameće obveza plaćanja realnih troškova specijalističkog usavršavanja bez zadiranja u ono što su svojim radom zaradili tijekom specijalizacije.

„Zli liječnici“ iskorištavaju sustav

Pod vodstvom raznih samozvanih „čuvara“ sustava, do tada nezainteresirana opća javnost, postaje jako zainteresirana za problem liječničkih specijalizacija. Kontinuiranim plasiranjem medijskih obmana „dobronamjernih“ kolega, javnost se nastojala uvjeriti kako „zli liječnici“ iskorištavaju zdravstveni sustav i uzrokuju mu goleme gubitke. Paušalna nagadanja čelnika UPUZ-a o potencijalnoj ukupnoj šteti za državu većoj od dvije milijarde kuna, vezanoj uz primjenu „Nakićeva“ pravilnika, vrhunac su tendencioznih medijskih spinova u svrhu abolicije uprava za ogromne gubitke zdravstvenih ustanova. U medijski igrokaz, u režiji udruženih ravnatelja, uključuje se i lokalna politika. Politika koja je spremna na razne ustupke kako bi otvorila nekoliko radnih mjesta, u najvećem broju slučajeva podobnjima, ali nije spremna svojim stanovnicima osigurati zdravstveni kadar i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Dobar dio te politike i tako je koristio zdravstvene ustanove za politička zapošljavanja, a pojedincima je osiguravao i oprost od plaćanja odšteta, koje su bile obveza velike većine liječnika. Intenzivna medijska kampanja imala je samo jedan cilj; napraviti pritisak na ministra zdravstva da opet promijeni pravilnik i to iznova na štetu liječnika.

Neargumentirani napadi na Liječničku komoru

Hrvatska liječnička komora javnim istupima pokušava unijeti razum i pojasniti građanima o kakvoj se problematiči radi i kako ne postoje „zli liječnici“. Zalažemo se za pro-



Posebno domišljat u kršenju prava specijalizanata bio je prof. dr. Bušić, predsjednik Predsjedništva UPUZ-a. On je poštivao Pravilnik te je kolegama ponudio aneks ugovora na potpisivanje. Kad su kolege potpisale ponuđeni aneks, Bušić je odbio učiniti isto ustvrdivši da mu Pravilnik to ne nalaže

vedbu zakonskih propisa i zaštitu liječnika od administrativnih manipulanata kako bi se svim građanima osigurala kvalitetna zdravstvena zaštita i u budućnosti. Dosljedni i jasno izraženi stavovi vodstva HLK-a kako „liječnici nisu problem, već rješenje za probleme u zdravstvu“ te da je u cilju kadrovskog očuvanja zdravstvenog sustava „nužno prijeći s penalizacijskog na stimulacijski model rješavanja kadrovskih pitanja pri čemu treba inzistirati na odgovornosti i izvrsnosti osnivača – „vlasnika“ i vodstva pojedinih zdravstvenih ustanova“ izazvali su nerazumijevanje dijela političke elite i salvu neargumentiranih i neopravdanih napada na Komoru. U tim napadima, prednjačila je i prednjači, do tada široj javnosti potpuno nepoznata Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske (UPUZ).

UPUZ-ova „medijska ofenziva“

Medijskim i političkim pritiskom, prvo prema ministru Nakiću, a kasnije i prema ministru Kujundžiću, UPUZ poziva na neprimjenjivanje postojećih propisa. Pri tome obećavaju njihovu žurnu izmjenu, što sasvim sigurno ulazi u okvir prekoračenja položaja i ovlasti. U dopisu ravnateljima, UPUZ jasno ističe kako su s ministrom dogovorili promjene te preporučuje ravnateljima odgodu provođenja propisa. Što više, organiziraju i naplaćuju pravna savjetovanja na kojim ravnatelje državnih zdravstvenih ustanova podučavaju kako da izbjegnu poštivanje pravnih propisa koje je donijela

država. Vrši se pritisak na ravnatelje koji poštju propise, a sve u svrhu vlastite promocije, bez imalo razumijevanja za zdravstveni sustav. Koristeći pravne mehanizme pozitivnih pravnih propisa, Komora poduzima radnje iz svoje nadležnosti u svrhu zaštite interesa i prava liječnika i zdravstvenog sustava. UPUZ pažnju javnosti skreće s problema predmetnog pravilnika, na pokušaje sramoćenja Komore objedama i neistinama plasiranim kroz pristrane i neobjektivne novinske članke u kojima prednjači jedna medijska kuća, čija novinarka u svom izvještavanju krši osnovne postulate novinarske profesije. Brojno članstvo HLK-a, iznenadeno do sad rijetko viđenim manipulativnim i zlonamjernim medijskim natpisima te istupima čelnika UPUZ-a, zatražilo je objašnjenje: što je UPUZ, tko ga i za čiji račun vodi i koja je njegova uloga u zdravstvenom sustavu. Stoga smo ih odlučili predstaviti u ovom broju Liječničkih novina. S tom namjerom poslali smo upit direktoru Udruge mr. Draženu Jurkoviću kako bismo od njega dobili relevantne informacije o njihovu radu, financiranju, članicama te stvarnoj ulozi Udruge u zdravstvu, ali do zaključenja broja, iako su prošla gotovo tri tjedna od upita, nismo dobili nikakav odgovor. Očito je da se u UPUZ-u nisu bili zainteresirani predstaviti liječničkoj javnosti, pa smo ih, prikupljajući podatke iz različitih izvora, odlučili predstaviti sami.

>>

Povijest UPUZ-a

Prema podacima dostupnim na internetu, kao i mrežnoj stranici UPUZ-a, u vrijeme komunizma, za čije je vladavine ukinuta Hrvatska liječnička komora, osnovana je 1962. godine **Zajednica zdravstvenih ustanova**. Koja je bila svrha i uloga tog udruženja, znaju naše starije kolege, koji su živjeli i radili u to vrijeme. Međutim, općenito je poznata uloga takvih oblika udruženja, koje su u potpunosti bile kontrolirane od strane komunističke partije – djelovanje za neke „više interese“.

Zajednica zdravstvenih ustanova kasnije biva preimenovana u **Udruženje OUR-a u zdravstvu**.

Stvaranjem samostalne i neovisne Hrvatske države, udruženje nastavlja s radom te se 1996. godine osniva **Udruga zdravstva**. S obzirom da se kao godina osnivanja Udruge, na službenoj mrežnoj, navodi 1962. godina, očito je da se UPUZ smatra pravnim sljednikom Udruženja OUR-a u zdravstvu, tim više što nasleđuje i koristi njihovu imovinu i sredstva. Udruga zdravstva ima ravnatelja i predsjedništvo na čijem je čelu predsjednik predsjedništva. Upisani su u registar udruga poslodavaca pri Ministarstvu rada i socijalne skrbi te 2000. godine mijenjaju naziv u **Udruga poslodavaca u zdravstvu**. Premda u zdravstvu postoje i udruge u sustavu Hrvatske udruge poslodavaca, UPUZ, je kao i Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu samostalna u svom radu. UPUZ samom registracijom ne pripada civilnom društvu, jer je želja čelnštva bila sudjelovati u gospodarsko-socijalnom dijalogu, kao i u pregovorima o radnim pravima; tako da su članovi UPUZ-a povremeno sudjelovali u kolektivnom pregovaranju, ali uvijek na strani Vlade. Udrugu je u stručnoj javnosti tada predstavljao ravnatelj Mile Klepo, koji je više desetljeća bio jedan od čelnika Udruge, a 2013. godine odredio je i smjer njezina djelovanja. Za Udrugu traži status svojevrsnog medijatora u sklapanju ugovora između HZZO-a i ustanova, sudjelovanje u određivanju cijene usluga, dok za svoje članstvo, odnosno za menadžmente bolnica, kako u UPUZ-u zovu ravnatelje, traže poseban režim plaća.

Smiju li javne zdravstvene ustanove, dio sredstava koja namjenski dobivaju od HZZO-a za liječenje bolesnika, preusmjeravati za financiranje rada udruge ravnatelja?

Iako je za vrijeme mandata ministra Varge većina zdravstvenih ustanova bila u sanaciji, ministar je zatražio od istih da se učlane u Udrugu poslodavaca u zdravstvu i podmiruju sve finansijske obveze



IZVOR: fb UPUZ-a

„In vino veritas“, D. Jurković i S. Avberšek u nježnom zagrljaju

Kako vjetar puše

U devetom desetljeću života Mile Klepo prestaje biti čelnji čovjek UPUZ-a te na njegovo mjesto u veljači 2015. dolazi **mr. Dražen Jurković**. Liječnik iz Gospića, specijalist javnog zdravstva. Politički iznimno aktivan od rane mladosti, član brojnih političkih stranaka. Već s 18 godina postao je član SKJ, jedan je od osnivača HDZ-a u Lici, dragovoljac je Domovinskog rata, a na prijedlog Josipa Manolića imenovan je ratnim povjerenikom Vlade RH za općinu Gospić. Nakon Domovinskog rata široj hrvatskoj javnosti postao je poznat kada se na suđenju tzv. "gospičkoj skupini" pojavio kao svjedok optužbe, svjedočeći u postupku protiv kasnije osuđenih Tihomira Oreškovića i Mirka Norca. Nakon HDZ-a politički je djelovao i u HSS-u i HNS-u, no vratio se u HDZ te je obnašao dužnost državnog tajnika u mandatu ministra zdravstva Darka Milinovića (2008.-2011.). Bio je i član Upravnog vijeća KB-a Dubrava te predsjednik Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2009.-2012.).

Članice i izvori prihoda UPUZ-a

Članstvo u UPUZ-u je, kako navode na svojim stranicama, dragovoljno, a čine ga javne zdravstvene ustanove i privatni liječnici – poslodavci, što u stvarnosti vjerojatno prepostavlja ravnatelje zdravstvenih ustanova kao odgovornih osoba u pravnim osobama. Udruga se financira iz djelatnosti, te članarinama. Članarine, prema dostupnom finansijskom planu za 2015. godinu iznose gotovo 44 posto ukupnih prihoda, ili planiranih 1,8 milijuna kuna, dok je ukupni plan prihoda oko 4 milijuna kuna. Udruga je planirala iz, kako nazivaju djelatnosti, 2015. godine uprihoditi preostali iznos i to kroz izdavačku djelatnost i organizaciju seminara te drugih aktivnosti sukladno statutu. Među prihodima nalazimo tako prihode od izdavanja dopunske kartice (530.000 kn), prihod od registra lijekova (780.000 kn), savjetovanja i stručnih skupova (650.000 kn), ovrha (10.000 kn), finansijske imovine (dividendi) (80.000 kn) te drugi prihodi. Jedan od većih prihoda UPUZ-a je izdavanje Registra lijekova (780.000 kn), premda bi isti mogla izdavati i Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) u čijoj su nadležnosti registri registriranih lijekova u Hrvatskoj, čime bi se ustanovama moglo uštedjeti oko 700.000 kuna. Dovoljno je vidjeti web stranicu HALMED-a gdje se nalaze sve upute za lijekove.

U rashodima, 49 posto su plaće zaposlenih, ili 2 milijuna kuna, materijalni rashodi iznose oko 1,76 milijuna kuna, a ostali nematerijalni rashodi oko 0,25 milijuna kuna. U specifikaciji rashoda nalaze se i naknade i nagrade zaposlenicima (30.000 kn) ili intelektualne i osobne usluge (900.000 kn).

Finansijski plan za 2016. godinu doživljava manje promjene, s obzirom, kako sami navode, u 2015. godini nisu uspjeli namaknuti planirane prihode. Tako je plan prihoda manji i to u iznosu od 3.73 milijuna kuna, dok je prihod od članarina planiran u istom iznosu kao 2015. godine.

Lako se učlaniti, teško izići iz članstva

Članarina ustanova je varijabilna; mjesечно od 300 do 800 kuna ovisno o veličini ustanove, plus jedna kuna po zaposlenom u ustanovi. To primjerice, za jedan KBC-e iznosi oko 70.000 kuna godišnje. Prema statutu Udruge, ustanove postaju članom po zamolbi i prema odluci predsjedništva. Članarine se uplaćuje tromjesečno. Prilikom učlanjenja ne plaća se članarina od mjeseca članstva već za cijelo tromjeseče. Sustavno je postupak iščlanjenja podrazumijeva podnošenje zahtjeva za istupom iz članstva, dobivanje pristanaka udruge za iščlanjenje te otkazni rok od šest mjeseci tijekom kojeg je obvezno plaćati članarinu.

Financiranje udruge novcem namijenjenim liječenju građana

Ključno je pitanje trebaju li javne zdravstvene ustanove, dio sredstava koja dobivaju od HZZO-a za funkcioniranje i za liječenje bolesnika, preusmjeravati za rad UPUZ-a kroz članarine ali i kroz kotizacije skupova koje organizira ta udruga? Naime, radi se o javnom novcu kojim se financira jedna privatna udruga, a poznato je u kojim su finansijskim dubiozama naše zdravstvene ustanove; tu prije svega mislimo na bolnički sustav na kojeg otpada gotovo polovica zdravstvenog proračuna i koji stalno generira nove dugove. Primjerice, u 2016., bolnice su svaki mjesec stvarale više od 50 milijuna kuna duga, a povećani su i dugovi za lijekove, zbog čega su veledrogerije opet prijetile obustavom jer im nisu plaćeni lijekovi isporučeni bolnicama i od prije dvije godine! Istina, 70 tisuća kuna koliko godišnje članstvo u UPUZ-u košta jedan KBC, neće isti spasiti od finansijskih dubioza, no ako računamo da je od 160 njihovih članica, velika većina javnih zdravstvenih ustanova, odnosno da su gotovo sve javnozdravstvene ustanove u njihovu članstvu, onda tih 1,8 milijuna kuna koliko UPUZ uprihodi od članarina je zapravo 1,8 milijuna kuna javnog novca. Dakle, umjesto da se ta sredstva koriste za provođenje zdravstvene zaštite kao Ustavom zagarantirano pravno dobro u sustavu koji je u dugovima „do grla“ i kojem vječno manjka novca, ona se koriste radi ostvarivanja parcijalnih interesa pojedinih ustanova i UPUZ-a te za plaće njihovih djelatnika, organiziranje njihovih seminara, putne troškove, raznorazne nagrade i sl. naknade, izdatke za reprezentaciju i sl.



Mr. DRAŽEN JURKOVIĆ, dr.med., direktor Udruge poslodavaca u zdravstvu Hrvatske



...

nastavi
niz

Je li članstvo u UPUZ-u protuzakonito?

Vjerojatno je to uvidio i bivši ministar zdravlja prof. Rajko Ostojić, kada je uvodeći sanaciju u zdravstvo, tražio od bolnica u sanaciji da istupe iz članstva UPUZ-a tijekom 2012. i 2013. godine. Najdugovječniji ministar zdravstva prof. dr. Andrija Hebrang, čak je upozorio javne bolnice, kako je prema mišljenju Ureda za zakonodavstvo, članstvo u UPUZ-u protuzakonito.

Vargina politika „otvorenih vrata“

Dolaskom na mjesto ministra zdravlja prim. Siniše Varge, stvari se bitno mijenjaju za UPUZ. Još dok je bio u postupku imenovanja za ministra zdravlja, Varga je naznačio kao počasni gost redovnoj sjednici Predsjedništva Udruge u lipnju 2014. godine na kojoj je i najavio kako će njegovo ministarstvo prema njima provoditi politiku „otvorenih vrata“. Tu je politiku ubrzo potkrijepio i djelima, kada je dopisom svim zdravstvenim ustanovama u srpnju 2014., od njih zatražio plaćanje članarine UPUZ-u te upozorio one ustanove, iščlanjene u sanaciji, da podmire svoja članska dugovanja. U istom dopisu ih obavještava kako će se Ministarstvo u izvršavanju svojih programskih zadataka znatnim dijelom biti naslonjeno na suradnju s UPUZ-om te da će Udruga u tom smislu preuzeti nekoliko operativnih zadataka na području kolektivnog ugovora, položaja i statusa menadžmenta, cijena zdravstvenih usluga te sustava ugovaranja.

Zavjet šutnje

Kakvu pak politiku prema toj Udrizi namjerava voditi aktualni ministar Kujundžić možemo naslutiti iz njegova popuštanja njihovim pritiscima u novim izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, no službeni odgovor o tome kako vidi ulogu UPUZ-a u zdravstvu, nismo uspjeli dobiti. Zanimljivo je kako nas je svugde dočekao muk kada bi postavili bilo kakvo pitanje o toj Udrizi, kao da se raspitujemo o nekoj članici „tajne masonske lože“.

Iako je KBC Zagreb, kao naša najveća zdravstvena ustanova, zatražila izlazak iz članstva, tu informaciju nismo uspjeli službeno potvrditi ni nakon niza novinarskih upita i poziva jer se i ravnateljstvo te bolnice držalo kao da od njih tražimo odavanje neke stroge čuvane poslovne ili čak državne tajne. Još neke velike bolnice najavljuju istupanje iz UPUZ-a.

Naknadno smo dobili odgovor od ravnatelja prof. dr. sc. Ante Čorovića kako ne mogu o tome davati nikakve izjave "jer je u tijeku rješavanje članstva KBC-a Zagreb u UPUZ-u.

>>

DRŽAVA PLAĆA UPUZ-u PODUČAVANJE RAVNATELJA ZA NEPOŠTIVANJE DRŽAVNIH PROPISA

UPUZ organizira i naplaćuje pravna savjetovanja na kojima se ravnatelje državnih zdravstvenih ustanova podučava kako izbjegići poštivanje državnih pravnih propisa. Ravnatelji sudjelovanje na savjetovanjima plaćaju javnim – državnim novcem

Upitni demokratski procesi odlučivanja

Pregledom statuta UPUZ-a nalazimo neke nejasnoće i nelogičnosti u njihovu djelovanju i odlučivanju. Primjerice, članovi Skupštine nemaju jednako pravo glasa. Naime, član Skupštine iz javne ustanove ima tri glasa, član iz privatne ustanove dva, a liječnik u privatnoj praksi kao član Skupštine ima pravo na samo jedan glas. Sama Skupština smatra se pravovaljanom, ukoliko sudjeluje najmanje 1/3 članova, odnosno najmanje 10 članova. S obzirom da se na stranicama UPUZ-a navodi kako imaju preko 160 članica, a da Skupštinu može činiti samo 50 članova, teško je razumjeti te visoke „demokratske“ procese. Bez obzira što svaka udruga ima pravo na svoja pravila, svejedno se moramo pitati moraju li javne zdravstvene ustanove, javnim novcem, finansirati takav oblik „demokracije“?

Od koga to UPUZ štiti javne zdravstvene ustanove?

Inače, UPUZ je osnovan temeljem Zakon o radu. Načelo pod kojim su osnovane udruge poslodavaca prema Zakonu o radu, pretpostavlja da bi temeljna djelatnost te Udruge trebalo biti kolektivno pregovaranje te ostale obveze i ovlasti koje proizlaze iz tog Zakona. No, činjenica je kako je glavni i osnovni pregovarač koji praktički donosi odluke u kolektivnom pregovaranju u zdravstvu, Ministarstvo zdravstva, a ne UPUZ. Cilj i mogućnosti osnivanja udruga radi kolektivnog pregovaranja je jasan: on se odnosi na zaštitu interesa ponajprije privatnih poslodavaca koji nemaju zaštite svojih osnivača u vidu državnih institucija i lokalnih samouprava za razliku od javnih zdravstvenih ustanova. Stoga nije jasno od koga to UPUZ štiti javne zdravstvene ustanove? Nije valjda od liječnika? Iz tog razloga legitimno je postaviti pitanje svrhovitost postojanja i djelovanja predmetne udruge, jer su njihovi temeljni poslovi druge prirode od one zbog kojih su kao udruga osnovani i registrirani.

Izlazak iz okvira registrirane djelatnosti

UPUZ uistinu na razne načine izlazi iz okvira svoje, registrirane djelatnosti. Tako je direktor UPUZ-a nedavno predstavio inicijativu za osnivanje "Zdrav fonda" gdje bi uveo dodatni parafiskalni namet na



Tablica 1 - financijski prihodi i rashodi UPUZ-a (2016.)

PRIHODI

Vrsta prihoda	2016.	Strukt
A3 PRIHODI OD ČLANARINA I NAKNADA	1.800.000	48,3%
PRIHODI ČLANSKI DOPRINOSI	1.800.000	48,3%
A5 PRIHODI OD DJELATNOSTI	1.930.000	51,7%
1.1. Izdavačka djelatnost - stalne edicije	1.380.000	37,0%
DOPUNSKIE KARTICE	600.000	16,1%
KARTOTEKA, REGISTAR LJEKOWA	780.000	20,9%
1.2. Ostala djelatnost	550.000	14,7%
SAVJETOVANJA, SEMINARI, PROJEKTI	240.000	6,4%
POVREMENE EDICIJE, PROJEKTI I ANALIZE	310.000	8,3%
UKUPNO PRIHODI	3.730.000	100%

RASHODI

Vrsta prihoda	2016.	Strukt
B1 MATERIJALNI RASHODI	1.410.000	37,8%
1.1. Materijal	90.000	2,4%
URED MATERIJAL I SRED ZA ČIŠĆENJE	90.000	2,4%
1.2. Energija	40.000	1,1%
ELEKTRIČNA ENERGIJA	10.000	0,3%
GORIVO I MAZIVO	30.000	0,8%
1.3. Usluge	1.280.000	34,3%
USLUGE TELEFONA POŠTE I PRIJEVOZA	120.000	3,2%
USLUGE ODRŽAVANJA	350.000	9,4%
USLUZE NAJMA	10.000	0,3%
INTELKTUALNE I OSOBNE USLUGE	400.000	10,7%
KOMUNALNE USLUGE	150.000	4,0%
TISKARSKE USLUGE	120.000	3,2%
OSTALI IZDACI-AŽUR RAČUNALNIH BAZA	130.000	3,5%
B2 TROŠKOVI ZA ZAPOSLENE	1.920.000	51,5%
2.1. Platice i naknade	1.920.000	51,5%
Platice i naknade	1.920.000	51,5%
B3 NEMATERIJALNI TROŠKOVNI	400.000	10,7%
PUTNI TROŠKOVNI	120.000	3,2%
NAKNADE I NAGRADE ZA ZAPOSLENE	50.000	1,3%
NAKNADE ČL. TIMELA UDRUGE	80.000	2,1%
IZDACI ZA REPREZENTACIJU	75.000	2,0%
PREMIJE OSIGURANJA	50.000	1,3%
OSTALI NEMATERIJALNI RASHODI-ČLANARINA	25.000	0,7%
UKUPNO RASHODI	3.730.000	100%

REZULTAT

Vrsta prihoda	2016.	Strukt
UKUPNI PRIHODI	3.730.000	
UKUPNI RASHODI	3.730.000	
VIŠAK (MANJAK) PRIHODA		

cigarette (predlaže se do 3 kune po kutiji cigareta). Naizgled dobronamjerna inicijativa koja bi trebala osigurati dodatna sredstva za liječenje bolesnika, no što s time ima Udruga poslodavaca i koji je interes njenih članica? Ne bi li preventivni programi Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo bili primjereni? Možda se bivši državni tajnik mr. Jurković malo zanio, misleći da opet vodi zdravstveni sustav, a ne UPUZ?

Upravo je fascinantno kako mr. Jurković ne razlikuje djelovanje UPUZ-a od Hrvatske liječničke komore, koja je pravna osoba s javnim ovlastima sukladno zakonu, kao i druge komore u zdravstvu. Stoga pokreće pitanje članarina u Komori, vjerojatno zaboravljujući kako su njegovi članovi ustanove, a ne liječnici. Možda se smatra ovlaštenim za takve inicijative jer u članarini uzima po jednu kunu za svakog zaposlenog u bolnici? Direktor UPUZ-a ide i korak dalje. Najavljuje podnošenje ustavne tužbe glede obveznog članstva u Komori iako je Ustavni sud svoj pravorijek o tom pitanju donio još u devedesetima.

Kršenje pravnih propisa

Neosporno je da dok HLK-a svojim članovima osigurava: pollicu pravne zaštite i pollicu privatne odgovornosti, jednokratnu naknadu za rođenje i posvajanje djeteta, jednokratnu naknadu u slučaju smrti bračnog druga, stipendiju za djecu preminulih kolega do njihove punoljetnosti i mnoštvo drugih pogodnosti uključujući i pravnu zaštitu u slučaju nasilja, UPUZ svoje članove upućuje u kršenje pravnih propisa Republike Hrvatske, izlaže ih političkim pritiscima, a u slučaju smjene odgovornih osoba, ne pruža im nikakvu zaštitu

Pretenzije na fotelju ministra?

Politički pritisak i pritisak javnosti u režiji dr. Jurkovića na novog ministra zdravstva Milana Kujundžića, rezultirao je donošenjem novih izmjena postojećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju i produbljivanju nezadovoljstva mladih liječnika. Stoga nije neumjesno zapitati se nije li tim pritiskom dr. Jurković zapravo ugrozio pozici

UPUZ svoje članove upućuje u kršenje pravnih propisa Republike Hrvatske, izlaže ih političkim pritiscima, a u slučaju smjene odgovornih osoba, ne pruža im nikakvu zaštitu

Postavlja se pitanje svrhovitosti postojanja i djelovanja UPUZ-a, jer je djelatnost kojom se bave posve drugačija od one za koju su registrirani i zbog koje su kao udruga i osnovani

ciju ministra Kujundžića? S obzirom da su obojica povratnici u stranku na vlasti, a biti ravnatelj jedne udruge poslodavaca, bez obzira na političku zaštitu i naklonost tzv. zdravstvenog establishmenta zasigurno nije krajnji domet Jurkovićevih ambicija. Tim više što najnovije izmjene neće pomoći ustanovama u rješavanju kadrovskog deficitu jer penalizacijski ugovori nisu se pokazali, logično, mamcem za zadрžavanje i privlačenje liječnika, posebice u manje atraktivnim sredinama. Da ne spominjemo frustraciju mladih liječnika nerazumijevanjem problema koju je administracija ponovno iskazala, a što bi lako moglo rezultirati najnovijim odljevom liječnika iz Hrvatske i to odmah nakon završetka studija. Umjesto poželjnog smjera „s faksa u hrvatski zdravstveni sustav“ mogli bismo sve češće biti svjedoci puta „s faksa izravno u inozemstvo“.

Konstruktivan pristup problemima u zdravstvu

Bilo bi dobro i korisno za sustav da svi dionici u zdravstvu rade isključivo u okvirima vlastitih interencija i djelatnosti te da se započne konstruktivna rasprava oko načina smanjenja bolničkih dugova. UPUZ bi trebao svojim članicama ponuditi nove afirmativne pristupe mladim liječnicima, na dobrobit svih u zdravstvu kako bi se napokon stvorio održiv sustav u kojem će biti zadovoljni svi njegovi dionici; od upravljačkog kadra, liječnika i medicinskog osoblja do pacijenata.

Struku zaštiti od utjecaja politike

Zaključno, kako bi se napokon pomaknuli s mrtve točke, potrebno je struku očistiti i zaštiti od utjecaja svake politike. Politički progoni i politizacija struke pripadaju nekim prošlim vremenima kada je ista partija i tužila i sudila. Hrvatski građani i hrvatski pacijenti zaslužili su svoje liječnike, specijalizante i specijaliste, rasterećene od političkih igara, kako bi im se mogli kvalitetno i u miru posvetiti. Hrvatska je demokratska država s vladavinom prava, i svatko bi se trebao ponašati u skladu s time, djelovati u okviru svojih ovlasti te poštivati prava drugih ako želi biti konstruktivan čimbenik u ovom društvu.

Tablica 2 (iznosi članarine)

Visina članarine za članstvo u Udrizi poslodavaca u 2016. godini*

Mjesečna članarina	
1. Javna zdravstvena ustanova do 20 zaposlenih	500,00 kn + 1,00 kuna po zaposlenom
2. Javna zdravstvena ustanova preko 20 zaposlenih	800,00 kn + 1,00 kuna po zaposlenom
3. Privatna zdravstvena ustanova	300,00 kn + 1,00 kuna po zaposlenom

*Iznos članarine određuje se za svaku godinu posebno

Kad profesionalizam utihne

Uredništvo LN-a analizira tekstove Goranke Jureško u kojima se spominje HLK, a objavljeni su u zadnjih šest mjeseci



Ilustracija je fotomontaža, prikazuje dirigenta i solo pjevačicu i nema veze sa stvarnošću

Goranka Jureško, novinarka Jutarnjeg lista koja prati teme iz zdravstva, posljednjih se šest mjeseci u svojim tekstovima intenzivno bavi radom vodstva Hrvatske lječničke komore te Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine donesenim za vrijeme ministra Nakića, a za čiju primjenu se HLK zalaže. Dapače, toliko intenzivno da je u razdoblju od kolovoza 2016. do siječnja 2017., napisala i objavila čak 16 tekstova u kojima u negativnom kontekstu spominje Lječničku komoru. I ne bi tu bilo ničeg spornog, kada bi njezini tekstovi bili utemeljeni na točnim, potpunim i provjerjenim činjenicama i logičnom zaključivanju na temelju argumenata i točnih činjenica. Međutim, navedeni tekstovi Goranke Jureško obiluju netočnim, nepotpunim i neprovjerjenim informacijama na temelju kojih potom iznosi neutemeljene i netočne tvrdnje i zaključke.

Njezin potpuni neprofessionalizam postaje još uočljiviji kada se uoči da je od njih 16, u kojima kritizira i optužuje Komoru, u samo četiri teksta dala priliku vodstvu HLK-a da predstavi svoj stav ili odgovor na temu. S druge strane, od 16 tekstova u čak njih 10 novinarka je dala priliku UPUZ-u ili ravnateljima zdravstvenih ustanova da daju odgovore i iznesu svoje stavove. No, kako bismo raščistili kaos koji novinarka namjerno pokušava stvarati te opovrgnuli neistine koje sustavno plasira javnosti, moramo krenuti redom.

Pristran pristup temi

Izmjene i dopune Pravilnika o specijalizacijama donesene za vrijeme ministra Nakića, kao i cijela tema specijalističkog usavršavanja, tema je o kojoj u javnosti postoje različita relevantna stajališta i snažni prijepori. Stavovi UPUZ-a i dijela ravnatelja zdravstvenih usta-

nova suprotstavljeni su stavovima Liječničke komore, HUBOL-a, KOHOM-a i mladih lječnika. Novinarka Jureško se u obradi ove teme pokazala izuzetno pristrana jer u svim analiziranim tekstovima neskriveno zastupa stavove samo jedne strane odnosno UPUZ-a i ravnatelja. Dapače, u 12 od 16 tekstova u kojima govori o Pravilniku o specijalizacijama, upravnom nadzoru u HLK i općenito o HLK-u novinarka **UOPĆE NIJE DALA MOGUĆNOST DRUGOJ STRANI** tj. HLK da javnosti predstavi svoj odgovor o temi, čime je prekršila članak 6. Kodeksa časti hrvatskih novinara. Niti jednom prilikom u tih 12 tekstova novinarka Jureško nije kontaktirala HLK za izjavu ili odgovor.

Također Jureško kontinuirano u svojim tekstovima nekritički, bez ikakve provjere točnosti, objavljuje informacije koje joj plasira

UPUZ, a koje su netočne. Novinarka u svakom tekstu objavljuje različit novčani podatak o iznosu odštete prema Nakićevom pravilniku u slučaju prijevremenog raskida ugovorne obaveze. Npr. te brojke se u njezinim tekstovima kreću od nula kn, preko desetak kuna (specijalizanti koji žele otići bi, tvrdi Jureško, platili tek "desetak ili nešto više kuna na ime mentorstva") pa sve do 20 tisuća kuna. Istine radi, točan podatak je cca 60.000 kuna.

Neistinite tvrdnje

Nadalje, novinarka se u svojim tekstovima bavila i predsjednikom HLK-a dr. sc. T. Golužom ustvrditi da je "Goluža ovih dana pokrenuo dva postupka pred Časnim sudom Komore i to protiv Dražena Jurkovića, direktora UPUZ-a te Kujundžića, gastroenterologa iz KB Dubrava, upravo zbog "različitog mišljenja". Da se novinarka samo malo potrudila pročitati priopćenja HLK-a ili informirati u Komori o razlozima ovih prijava saznala bi tako da je postupke protiv Jurkovića i ministra Kujundžića pokrenuo Izvršni odbor HLK-a. Nadalje, saznala bi da je postupak protiv Jurkovića pokrenut **zbog djelovanja**, a ne zbog različitog mišljenja jer je Jurković poticao (dopisima, sastancima i sl.) ravnatelje na neprimjenjivanje Pravilnika. Ministar Kujundžić u postupku je pak zbog vrijeđanja liječnika tijekom predizborne kampanje, a ne zbog različitog mišljenja kako tvrdi novinarka (Kujundžićev citat: „brojni liječnici imaju titule, ali iza njih stoji praznina. Pedeset posto doktora ne zarade svoju plaću, ne znaju raditi, niti hoće raditi.“).

Kroz velik broj teksta novinarka Jureško opetovano neistinito tvrdi i kako je HLK odnosno dr.sc. Goluža pozivao liječnike na podizanje kaznenih prijava protiv ravnatelja. Niti predsjednik HLK-a dr. sc. Goluža, niti HLK **nisu pozivali** liječnike na podizanje kaznenih prijava.

Jedan od većih "bisera istraživačkog novinarstva" Goranke Jureško svakako je i podatak koji navodi u jednom nedavnom tekstu u kojem tvrdi da se "u ovome trenutku pred HLK-om vodi više od 150 postupaka protiv liječnika, što je inače ukupni broj procesuiranih liječnika u cijeloj Europskoj uniji". Da se novinarka potrudila profesionalno odraditi svoj posao, prema uzusima struke koji nalažu da se informacije kojima novinari raspoložu moraju provjeriti, lako bi dobila podatak u Komori da je pred tijelima HLK-a trenutno u tijeku **četverostruko manji** broj postupaka od

GORANKA JUREŠKO PREKRŠILA JE SLJEDEĆE ČLANKE KODEKSA ČASTI HRVATSKIH NOVINARA:

Članak 5.

Pravo je i dužnost novinara zauzimati se za slobodan protok informacija. Novinar je obvezan iznositi točnu, potpunu i provjerenu informaciju. On kritički prosuđuje izvore informacija i u pravilu ih navodi. Ima pravo i ne otkriti izvor informacije, ali za objavljeni podatak snosi odgovornost.

Članak 6.

...Kada izvještava o temama o kojima postoje različita relevantna stajališta, a posebice kada se iznose optužujući navodi, novinar nastoji sva ta stajališta predstaviti javnosti.

Broj tekstova u kojima se spominje HLK

16

Broj tekstova u kojima postoji odgovor HLK-a na temu

4

Broj tekstova u kojima HLK-u nije dana mogućnost da da odgovor na temu

12

Broj tekstova u kojima postoji odgovor UPUZ-a ili ravnatelja na temu

10

navedenog u tekstu, odnosno njih 38. Štoviše, u nekim državama EU slične postupke vode komore, u nekim regulator ili pak neka treća institucija, a podaci o broju postupaka koji su trenutno u tijeku pred takvim tijelima se ne razmjenjuju i ne objavljaju pa je stoga netočan podatak da je ukupan broj procesuiranih liječnika u cijeloj EU manji od 150. Primjera radi, samo u talijanskoj liječničkoj komori je u 2016. bilo 1359 disciplinskih postupaka protiv članova.

Dotakla se Jureško u svojim tekstovima i članarine HLK-a, pa tako vrla novinarka neistinito piše da je u većini zemalja Europske unije članarinu za mlade liječnike značajno niža nego u Hrvatskoj. Tako navodi da u Sloveniji članarinu za mlade liječnike iznosi tek 300 kn godišnje. Da je Jureško samo otvorila web stranicu Slovenske zdravniške zbornice vrlo lako bi utvrdila da je u Sloveniji godišnja članarinu za mlade liječnike (prije specijalizacije) četverostruko viša nego što ona navodi tj. da iznosi u prosjeku 1372 kn. Također, vidjela bi podatak koji kaže da specijalizanti u Sloveniji plaćaju **sedmerostruko** veći iznos od onoga koji ona navodi, to jest od 2010-2075 kuna.

Deset netočnosti u tekstu

Informacije koje UPUZ plasira novinarki, Jureško ne prosuđuje kritički, nego ih redovito pristrano objavljuje, bez mogućnosti da se čuje i druga strana. U nekim situacijama (usporedba članarine u HLK spram članarine u EU) od niza raspoloživih informacija novinarka odabire samo i isključivo one koje potvrđuju njezine stavove, a odbacuje one koji daju cjelovit uvid, čime kontinuirano krši članak 5. Kodeksa časti hrvatskih novinara.

Svih 16 jednostranih i neobjektivnih tekstova novinarke Goranke Jureško primjer su nevjerojatno nekvalitetnog novinarstva i gaženja osnovnih profesionalnih principa novinarskog posla koji zahtijevaju prikaz obje strane priče, objavu točnih i potpunih informacija, provjeru točnosti informacija te nepristranost novinara. U prilog tome govori i činjenica da je Jureško u samo jednom tekstu, objavljenom 13. siječnja ove godine, uspjela napisati čak 10 neistinitih informacija i tvrdnji!

Kada bi hrvatski liječnici propisivali terapije i liječili kao što Goranka Jureško neznalački piše, broj pacijenata koji bi preživio i bio izlijecen brojao bi se u promilima.

Komora nezadovoljna novim zakonskim rješenjem za specijalističko usavršavanje

Novi Pravilnik o specijalizacijama loš, nejasan i nepravedan

Piše: DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN, daniela.dujmovic@hlk.hr

Hrvatska liječnička komora izražava nezadovoljstvo i zabrinutost načinom donošenja i sadržajem, kao i potencijalnim posljedicama do kojih može dovesti primjena najnovijeg Pravilnika o izmjenama i dopuni Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 6/17), koji je donijelo Ministarstvo zdravstva i koji je 28. siječnja stupio na snagu.

Aktualnu zdravstvenu administraciju, na čelu s ministrom Milanom Kujundžićem, drži odgovornom za omogućavanje sustavnog neprimjenjivanja prethodnog Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 62/16, 69/16). Tačko ponašanje protivno je osnovnim principima funkcioniranja pravne države te nedvojbeno predstavlja pravno nasilje nad velikim dijelom liječnika.

Primjedbe struke ignorirane

Pri donošenju najnovijeg Pravilnika o specijalizacijama prekršen je propisani postupak koji nalaže da se nakon e-savjetovanja, a prije objave u Narodnim novinama, javnost izvijesti o provedenoj raspravi, odnosno o svim uvaženim i odbijenim prijedlozima za koje je ona zainteresirana. Primjedbe koje je tijekom javne rasprave iznijela struka putem liječničkih stručnih društava, udruga liječnika, liječničkog sindikata i liječničke strukovne komore potpuno su ignorirane te je sadržaj Pravilnika *de facto* isključivo izraz političke volje vladajuće političke opcije. S obzirom na to da se Pravilnik ne odnosi na liječnike koji specijaliziraju obiteljsku medicinu, njegova najnovija verzija ustraje u diskriminaciji među liječnicima, što smatramo krajnje nepravednim i neprihvatljivim.

Pravilnikom se stvaraju brojne nejasnoće

Izmjene i dopuna Pravilnika koje potpisuje ministar Kujundžić, osim stvarnih troškova specijalizacije, specijalizantima nameću i dodatnu višestruko veću naknadu, koja predstavlja paušalno, neobjektivno određen i proizvoljan iznos podložan promjenama. Ovakvo rješenje nije poznato u uređenim državama Europske Unije. Nova

varijanta Pravilnika u slučaju promjene poslodavca unutar javnog zdravstvenog sustava, zdravstvenim ustanovama uvodi obvezu podmirivanja stvarnih troškova specijalističkog usavršavanja i novodefinirane naknade matičnim ustanovama za koje je specijalizant započeo ili obavio specijalizaciju. Međutim, cijenimo da će se, zbog složenog postupka i međuinstитucionalno nepomirljivih interesa, ovakvo rješenje u praksi vrlo teško i iznimno rijetko

Što novi Pravilnik donosi specijalizantima i mlađim specijalistima?

Prema Pravilniku o izmjenama i dopuni Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, liječnici imaju obvezu raditi u zdravstvenoj ustanovi onoliko dugo koliko je trajalo i njihovo specijalističko usavršavanje. U slučaju prelaska u drugu javnu ustanovu u Hrvatskoj prije isteka ugovora, odštetu će platiti ustanova u koju liječnik odlazi.

U slučaju ranijeg raskida ugovora o radu, za koje će liječnik morati dobiti i odobrenje Ministarstva zdravstva, bolnica ili dom zdravlja u koju liječnik prelazi morat će platiti odštetu ustanovi iz koje prelazi, pri čemu maksimalni iznos odštete za godine provedene na specijalizaciji iznosi 30 tisuća eura. Ministar može odbiti zahtjev za suglasnost, primjerice, ako bi preseljenje specijalista dovelo do manjka liječnika njegove specijalnosti u bolnici koju želi napustiti.

Liječnik iznos odštete mora platiti sam ako ugovor raskine zbog prelaska u privatnu ustanovu ili zbog odlaska na rad u inozemstvo.

Novi Pravilnik ne predviđa retroaktivnost, što znači da za sve ostale specijalizante i specijaliste ostaju na snazi ugovori koje su potpisali na početku svoje specijalizacije.



Prosvjedom ispred Ministarstva zdravstva u prosincu 2016., mladi liječnici poručili ministru da ne "dolijeva ulje na vatru" novim Pravilnikom

provoditi. Pravilnik ministra Kujundžića otvara brojne pravne nejasnoće i doprinosi osjećaju pravne nesigurnosti mlađih liječnika. Stvaraju se različite kategorije specijalizanata, s bitno različitim ugovorima o specijalizaciji, javlja se nejasnoća kojeg bi se pravilnika ravnatelji trebali pridržavati. Postavljaju se pitanja: imaju li ravnatelji obvezu ponuditi postojećim specijalizantima novi dodatak ugovoru, kakva je pravna situacija glede natječaja koji su provedeni za vrijeme važenja Pravilnika donesenog za vrijeme bivšeg ministra Nakića, hoće li se morati poništiti i ponoviti već provedeni natječaji, što će to značiti za one koji su primljeni ako se na novim natječajima prijave kandidati s boljim uvjetima...

Dodatni motiv za odlazak

Napominjemo da je specijalističko usavršavanje doktora medicine, kao i ostalih zdravstvenih djelatnika, od iznimne važnosti za stabilnost, održivost i kvalitetu hrvatskoga zdravstvenog sustava te da ono izravno utječe na kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi, odnosno na zdravlje svih naših građana. Imajući u vidu sve češći odlazak mlađih i vrlo mlađih hrvatskih li-

ječnika u inozemstvo, izražavamo bojazan da će novi Pravilnik zbog novonametnutih obveza biti dodatan motiv mlađim liječnicima za napuštanje hrvatskoga zdravstvenog sustava, što bi moglo dovesti do naрушavanja dostupnosti i kvalitete pružanja zdravstvene skrbi.

Cjelovito rješenje

Hrvatska liječnička komora drži da bi Ministarstvo zdravstva umjesto nedovoljno promišljenog i nesveobuhvatnog pristupa rješavanju problema, trebalo težiti cjelovitom rješavanju izazova koje donosi sustav specijalističkog usavršavanja doktora me-

dicine. U tom pogledu zagovaramo do-nošenje zakona kao sustavnog, cjelovitog i održivog rješenja, koje će jasno utvrditi sve uzuse specijalističkog usavršavanja za sve profile zdravstvenih djelatnika, ispraviti sve dosadašnje nelogičnosti i nepravde temeljene na prethodnim varijantama i podvarijantama ovog Pravilnika te jednako-jerno obvezivati sve dionike u sustavu na sudjelovanju u njegovoj ukupnoj održivosti. Hrvatska liječnička komora spremna je u tom nastojanju biti konstruktivan partner Ministarstvu zdravstva i Vladi Republike Hrvatske.

Ministar Kujundžić o Pravilniku

Ministar zdravstva prof. Milan Kujundžić izjavio je da je oko novog Pravilnika konsenzus postignut s većinom dionika te da je riječ o kompromisnom rješenju. Novi je Pravilnik pravičan, smatra, no ne i idealan. Istaže kako on ne sputava mlađim liječnicima razvoj karijere, a ipak daje određenu sigurnost županijama, kao vlasnicima zdravstvenih ustanova na svom području, da će kroz navedeni iznos odštete moći pokriti finansijske troškove specijalizacije i kadrovske deficite.

Mladi liječnici okupljeni u inicijativi „Zadržimo liječnike u Hrvatskoj“:

„Novi Pravilnik iznimno nepogodan za specijalizante“

Smatramo da je novi Pravilnik iznimno nepogodan za specijalizante, dok su specijalizanti obiteljske medicine opet izostavljeni. Odnosi se samo na specijalizante koji će tek potpisati ugovore s ustanovama, što znači da specijalizante i specijaliste koji su potpisali ugovore s bruto plaćama stavlja u izrazito diskriminirajući položaj. I novi su specijalizanti zakinuti jer im je uz realan trošak specijalizacije od 60 tisuća kuna paušalno nametnut iznos od oko 200 tisuća kuna. Pravilnik nije usklađen sa zakonima Europske Unije, kao ni s hrvatskim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti koji se na početku referira na usvojene zakone EU-a o mobilnosti radne snage.

Rezultati ankete provedene na našoj facebook grupi „Specijalizanti“, koja ima preko 2300 članova, pokazali su koliko je nezadovoljstvo mladih kolega s novim izmjenama Pravilnika. Čak 98 ispitanih odgovorilo je

da se nimalo ne slaže s rješenjima u novom Pravilniku, a 53 posto njih je odgovorilo kako neće potpisati ugovore o specijalizaciji prema novim pravilima.

Ostajemo pri našim zahtjevima da se penalizacijski sustav ugovornih obaveza o specijalizacijama promijeni, jer se tako postavljen sustav pokazao neučinkovitim. Prema podacima Hrvatske liječničke komore, do sada je iz Hrvatske otišlo 525 liječnika, od čega je njih čak 221 bez specijalizacije. I to govori da liječnici odlaze prije nego što moraju potpisati takve penalizacijske ugovore.

Važeći penalizacijski sustav zadire u temeljna ljudska prava te ne ukida diskriminaciju među skupinama liječnika koji su potpisali ugovore prema različitim pravilnicima. Najgore su prošli oni kojima nije

ponuđen aneks ugovora prema Pravilniku iz srpnja 2017. te još uvjek u ugovoru imaju stavku da moraju vraćati bruto plaće koje su zaradili tijekom svoga specijalističkog usavršavanja i rada, unatoč odluci Vrhovnog suda iz listopada 2013. prema kojoj iznos plaće isplaćene za obavljeni rad ne može ulaziti u trošak specijalizacije.

Moramo napomenuti da naše zahtjeve podržava većina relevantnih organizacija i udruga u zdravstvu: Hrvatska liječnička komora kao krovna strukovna udruga, Hrvatska udruga bolničkih liječnika, Koordinacija hrvatske obiteljske medicine i Koalicija udruga u zdravstvu, koja predstavlja udruge pacijenata.

Liječnička profesija jedina je koja ima radnu obvezu s klauzulom finansijske penalizacije.

Zaboravili na doktore obiteljske medicine?

Nove izmjene Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine izazvale su reakciju i u Koordinaciji hrvatske obiteljske medicine (KoHom), čija je čelnica dr. Vikica Krolo podsjetila kako se obiteljske liječnike opet stavlja u diskriminirajući položaj jer važeći Pravilnik o specijalizacijama doktora obiteljske medicine iz 2011. predviđa odštetu od oko 400 tisuća kuna u slučaju ranijeg raskida ugovora s ustanovom u kojoj je liječnik bio na specijalizaciji. Ministar zdravstva poručio je kako će nova pravila vrijediti za sve te da nitko neće biti diskriminiran. Stari Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora obiteljske medicine u postupku je ispravka, otkrio je ministar.

HUBOL: Novi Pravilnik ne rješava niti jedan gorući problem specijalizanata

Hrvatska udruga bolničkih liječnika (HUBOL) izrazila je zabrinutost zbog objave Pravilnika o izmjenama i dopuni Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine bez prethodne objave izvještaja o provedenoj javnoj raspravi. Ističu kako se ovakvim načinom stječe dojam kako su neformalni kontakti i osobna poznanstva, kao i politički utjecaj, važniji parametri od demokratske javne rasprave.

Iz Udruge napominju kako deveta izmjena Pravilnika u proteklih šest godina ne rješava niti jedan od gorućih problema specijalizanata, a za cilj isključivo ima definiranje penalizacijskih mjera kao pokušaja zadržavanja liječnika kod aktualnih poslodavca. Novim se Pravilnikom, ističu, ni na koji način nije pristupilo poboljšanju kvalitete specijalističkog usavršavanja.

Od 1. siječnja 2017. osigurani svi članovi Komore

Svi liječnici, članovi Hrvatske liječničke komore, osigurani su Policom osiguranja pravne zaštite liječnika i Policom osiguranja od privatne odgovornosti, koje je Komora ekskluzivno sklopila sa svojim partnerom, Wiener osiguranjem. Dugim i upornim pregovaranjem, Komora je uspjela za svoje članove ugovoriti uistinu iznimne uvjete osiguranja, jedinstvene na tržištu



Policom osiguranja pravne zaštite članovima je osigurana nadoknada svih troškova i izdataka postupka i obrane u kaznenom, prekršajnom i disciplinskom postupku pred poslodavcem i pred Komorom, uključivi troškove za odvjetnika, pravno savjetovanje, vještačenja, pristojbe, troškove svjedoka, za prethodne istražne radnje itd. Dakle, pokrene li se bilo koji od navedenih postupaka protiv člana Komore vezano uz radnje i propuste u obavljanju liječničke djelatnosti kao profesionalne djelatnosti, svi troškovi predmetnih postupaka osigurani su ugovorenom policom.

Riječ je o uistinu jedinstvenoj polici u sustavu osiguranja, posebno kreiranoj za naše članove. Ukupna osigurana vrijednost nadoknade iznosi 300 tisuća kuna po svakom članu godišnje. S obzirom na to da odgovornost liječnika spada u temeljne karakteristike liječničkog zvanja te poznatu činjenicu kako su postupci dugotrajni i

obrana skupa (više desetaka i stotina tisuća kuna), Komora na ovaj način želi čvrsto osigurati financijsku stabilnost i materijalnu sigurnost svojim članovima.

Polica osiguranja od privatne odgovornosti

Komora je za 2017.godinu dodatno sklopila i Policu osiguranja od privatne odgovornosti za sve svoje članove. Za razliku od prve police, ovaj tip osiguranja nije vezan uz liječničku djelatnost i profesiju, već je njime pokrivena druga vrsta štete koja se naziva gradanskopravna izvanugovorna odgovornost za štetu zbog smrti, ozljede tijela ili zdravlja te oštećenja ili uništenja stvari koju bi počinio član Komore trećoj osobi. Komora preko ove police osigurava svoje članove u slučajevima kad oni počine štetu drugim osobama kao privatne osobe pod jasno određenim okolnostima koje su taksativno navedene u uvjetima police.

Osigurana svota po ovoj polici iznosi 50 tisuća kuna po članu godišnje te, uz ranije spomenutu Policu osiguranja pravne zaštite, svakom članu donosi ukupnu vrijednost od 350 tisuća kuna godišnje, bez ikakvih dodatnih troškova ili uplata za članove Komore.

Postupnik pri nastanku osiguranog slučaja

Komora je obvezna pismeno obavijestiti Wiener osiguranje o nastupu osiguranog slučaja (prijava štete) bez odgode, odnosno u slučaju osiguranja pravne zaštite najdalje u roku od pet radnih dana od saznanja da su protiv člana Komore poduzete ili izvršene radnje i mjere od nadležnih tijela koje bi obvezivale osiguratelja (Wiener osiguranje); kao što je to u slučaju policijskih i predistražnih postupaka, podnošenja kaznene prijave protiv osiguranika, prekršajne ili disciplinske prijave i sl.

Predmetnu informaciju i prijavu Komora podnosi Wiener osiguranju na temelju podataka pribavljenih od člana Komore, a da bi to Komora mogla na vrijeme učiniti, potrebno je da se u takvoj situaciji liječnik žurno i bez odlaganja javi Komori i prijavi svoj slučaj. Prijava štete mora sadržavati potpun, točan i istinit opis činjeničnog stanja, datum, mjesto, uzrok i posljedice dogadaja, imena i adrese sudionika i mogućih svjedoka. Član Komore će prema tome biti upućen u daljnje korake i postupke. Opširnije o Polici osiguranja pravne zaštite liječnika i o Polici osiguranja od privatne odgovornosti, te samim uvjetima osiguranja, predmetu osiguranja, osiguranom riziku, isključenjima iz osiguranja i dr., možete saznati kod stručnih službi Komore, prateći informacije u Liječničkim novinama kao i na našoj mrežnoj stranici www.hlk.hr

18. SJEDNICA IZVRŠNOG ODBORA HLK-a:

„Sabor i Demografski atlas hrvatskog liječništva; Elektronička medicinska izdanja za članove HLK-a“



Predsjednik HLK-a, dr.sc. Trpimir Goluža, podnio je na 18. sjednici Izvršnog odbora (IO) HLK-a, održanoj 24. siječnja, izvješće o aktivnostima Komore nakon 17. sjednice IO-a. Članovi IO-a raspravljali su, među ostalim i o problemu kontinuiranog neobjektivnog izvještavanja pojedinih medija i novinara o radu Komore, poglavito vezano uz Pravilnik o specijalizacijama. Definiran je stav Komore i usvojena izjava za javnost vezana uz **najnovije izmjene i dopunu Pravilnika o specijalističkom usavršavanju** te je usuglašeno da se o tome obavijesti kompletno članstvo HLK-a, kao i opća javnost.

Županijska povjerenstva

Raspravljano je o statusu projekta **izrade novih članskih - liječničkih iskaznica**, organizaciji fotografiranja članova za potrebe izrade članske iskaznice, operacionalizaciji provedbe odluke Skupštine HLK-a o novoj članarini za članstvo u HLK-u, završetku adaptacije Komorina stana u Šubićevu ulici u Zagrebu. Odlučeno je o prihvaćanju po-

nude za namještanje i opremanje stana u Šubićevu. Dogovoren je **termin održavanja Sabora hrvatskog liječništva** – kraj studenog 2017. Formirana je radna skupina za **izradu Demografskog atlaza hrvatskog liječništva** i dogovoren rok njegove izrade. Naglašena je potreba intenzivnije suradnje sa županijskim povjerenstvima HLK, dogovoren početak posjeta vodstva Komore županijskim povjerenstvima HLK-a te su dr.sc. Krešimir Luetić i dr. Miran Cvitković imenovani koordinatorima IO-a za suradnju sa županijskim povjerenstvima. Izvršni odbor odlučio je predložiti predsjedniku Komore za člana Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora.

Donesena je odluka o ukidanju naknade za izradu popisa liječnika iz javnih knjiga i evidencija te uvođenju naknade trećim osobama za usluge slanja obavijesti na e-adrese članova Komore.

Raspravljano je o potrebi definiranja stava o **određivanju kompetencija liječnika za rad izvan područja formalne specijalnosti**

i **subspecijalnosti** obzirom na postojanje određenih dvojbji koje proizlaze iz nedorečenosti zakonskih propisa te opisa specijalizacija i razina samostalnog rada. Utvrđena je potreba definiranja stava Ministarstva zdravstva vezano za uskladivanje javne ovlasti Komore, utvrđivanja cijene rada i usluga liječnika u privatnim ordinacijama, sa eu pravnom regulativom. Naglašena je i trenutna **problematika javnozdravstvene djelatnosti** i potrebe definiranja rješenja koje bi se uputilo Ministarstvu zdravstva i Odboru za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora. S tom namjerom formirana je i radna skupina na čelu s dr.sc. Ivom Pejnović Franelić i dr. Ivanom Bekavcem. Usvojeno je izvješće o provedenom upravnom nadzoru Ministarstva zdravstva, **plan rada Službe stručno - medicinskih , pravnih i međunarodnih poslova za 2017.g. te plan stručnih nadzora za 2017.g.**

Podrška kandidaturi KoHOM-a

Izvršni odbor prihvatio je počasna pokroviteljstva nad 6. Urološkim kongresom i 2. hrvatskim kongresom uroloških medicinskih sestara i tehničara, te nad 8. Kongresom Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM), a dana je podrška kandidaturi KoHOM-a za organizaciju europskog kongresa "Wonca Europe 2020".

Dr. Ivan Lerotic izvjestio je o projektu HLK-a za izgradnju e-platorme "Elektronička medicinska izdanja za članove HLK". Predstavio je elemente projekta, naznačivši projektni plan, način implementacije i realizacije projekta te potrebu definiranja obveza ugovornih strana subjekata predmetnog projekta. Komora je nositelj projekta koji će se realizirati uz pomoć Inovativne farmaceutske inicijative (IFI) i u suradnji s tvrtkom „Placebo“ iz Splita.

UPRAVNI NADZOR MiZ-a NAD RADOM HLK-a

Pokušaj zadiranja u vođenje disciplinskih postupaka - atak na samostalnost i neovisnost rada Komore



Temeljem provedenog upravnog nadzora-Hrvatska liječnička komora je 29. prosinca 2016. primila izvješće Povjerenstva Ministarstva zdravstva u kojem su predložene mјere po kojima je Komori i njenim službama naloženo postupiti u zadanim i utvrđenim rokovima.

HLK uputila prigovor MiZ-u

Provedbom upravnog nadzora i definiranjem prijedloga mјera Povjerenstvo Ministarstva zdravstva u mnogome je postupilo protivno i mimo utvrđenih i propisanih procedura koje propisuju način i sadržaj instituta "upravnog nadzora". Stoga je Komora odmah po zaprimljenom izvješću Povjerenstva uputila jasan prigovor Ministarstvu

zdravstva upozorivši nadležne na činjenicu prekoračenja ovlasti Povjerenstva te samim tim nezakonitog zadiranja u samostalnost i neovisnost liječničke profesije. Elementom upravnog nadzora sukladno Zakonu o sustavu državne uprave može biti samo onaj dio koji se odnosi na provedbu prenesenih javnih ovlasti. Svi drugi segmenti poslovanja i rada Komore a poglavito oni koji se odnose na vođenje disciplinskog postupka, pitanja medicinske etike i deontologije ili postupka izbora pojedinih tijela Komore pa samim time i provedba općih akata Komore koji reguliraju predmetnu materiju (Kodeks medicinske etike i deontologije, Pravilnik o izboru tijela Komore, Pravilnik o disciplinskom postupku), **ne mogu**

nikako biti predmetom upravnog nadzora jer to nisu javne ovlasti odnosno ti poslovi ne predstavljaju poslove državne uprave u smislu Zakona o sustavu državne uprave, Zakona o liječništvu i Zakona o općem upravnom postupku.

Članak 40. Zakona o liječništvu čak jasno navodi da je Ministarstvo zdravstva dužno, tijekom provođenja upravnog nadzora u svakom pogledu **voditi računa o samostalnosti i neovisnosti liječničke profesije**, stoga je svaki drugačiji oblik poduzimanja poslova ili provođenja upravnog nadzora izravno kršenje odredbi zakonskih propisa.

Nedosljednost i neprofesionalnost

Iznimno je bitno posebno naglasiti činjenicu da je Povjerenstvo provedbom upravnog nadzora ukazalo u svojem izvješću i na tzv. određene "nepravilnosti" koje su kao takve egzistirale prilikom provedbe upravnog nadzora iz 2014. g, ali tada nisu bile deklarirane niti kao nepravilnosti niti kao nezakonitosti u radu i poslovanju službi i tijela Komore, što ukazuje na nedosljednost i neprofesionalnost pristupa članova Povjerenstva Ministarstva zdravstva.

Bez obzira na niz dvojbji i nelogičnosti, te postupanja Povjerenstva van svojih ingerenčija i nadležnosti u provođenju upravnog nadzora, zaključno iznosimo da je Komora od 20-tak predloženih mјera provela one mјere koje su u zakonito i na pravno regularan način predložene te ih je provela odmah u cilju poboljšanja rada u postupcima javnih ovlasti a sve s razlogom zaštite interesa liječnika i liječničke profesije, pacijentata i zdravstvenog sustava u cjelini.

Ravnateljica OB Varaždin smijenjena jer je poštivala zakon

Komora zgrožena nezakonitom smjenom ravnateljice dr. Zember

„Lokalni županijski moćnici predvođeni županom Varaždinske županije g. Predragom Štromarom poslali su građanima Hrvatske jasnu poruku da se zakonski propisi trebaju poštivati samo ako to politika odobri, a u protivnom je kršenje zakona ne samo prihvatljiv način već i imperativ za zadržavanje dužnosti. To je nedopustivo i zbog toga trebaju snositi političku odgovornost”, istaknuo je predsjednik Hrvatske lječnike komore dr. sc. Trpimir Goluža



Komora je zgrožena nezakonitom odlukom Upravnog vijeća Opće bolnice Varaždin o smjeni ravnateljice te bolnice dr. Sanje Zember. Naime, Ministarstvo zdravstva dalo je pravno tumačenje kako dr. Zember može smijeniti isključivo ministar Kujundžić jer je istekao zakonski rok u kojem ju je moglo smijeniti Upravno vijeće OB-a Varaždin.

Komora najoštrije osудuje činjenicu da se kao razlog smjene navodi ravnateljičino poštivanje pozitivnih zakonskih propisa, o čemu je javnost već upoznata. Podsetimo, dr. Zember je kao odgovorna osoba, poštivala važeći Pravilnik o specijalistič-

kom usavršavanju doktora medicine te je mladim kolegama, sukladno zakonskoj obvezi, ponudila dodatak ugovoru o specijalizaciji. Zbog navedenoga, Upravno vijeće OB-a Varaždin izašlo je iz svojih nadležnosti te je provelo smjenu kolegice Zember, usprkos protivnom mišljenju Stručnog vijeća bolnice.

“Držimo da je ovakav način smjenjivanja ravnateljice zoran primjer nasilja politike nad strukom, ali i nad Hrvatskom kao pravnom državom. Lokalni županijski moćnici predvođeni županom Varaždinske županije g. Predragom Štromarom poslali su građanima Hrvatske jasnu poruku

da se zakonski propisi trebaju poštivati samo ako to politika odobri, a u protivnom je kršenje zakona ne samo prihvatljiv način već i imperativ za zadržavanje dužnosti. To je nedopustivo i zbog toga trebaju snositi političku odgovornost”, istaknuo je predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža.

Narušen autoritet ministra

Posebno zabrinjava činjenica da je smjena ravnateljice izvršena na nezakonit način, pri čemu je narušen i autoritet Ministarstva zdravstva i ministra Kujundžića, koji su se jasno očitovali o pravnoj situaciji vezanoj uz pokušaj smjene ravnateljice OB-a Varaždin. Komora u potpunosti podržava stav ministra Kujundžića te ga pozivamo da ustraje na principima zaštite zakonitosti u svim postupanjima u okviru resora na čijem je čelu.

Spoznaja kako se Udruga poslodavaca u zdravstvu, u situaciji grubog kršenja zakonskih propisa u zdravstvenoj ustanovi, ne oglašava i ne čini ništa u zaštiti prava svoje članice, pobuđuje opravданu sumnju da ta udruga prešutno podržava političko nasilje, odnosno da im je napad na Komoru jedini oblik političkog djelovanja.

Duboko uvjereni da Hrvatska treba biti pravno uređena država u kojoj se u praksi primjenjuje i poštuje važeći pravni okvir, pozivamo sve mjerodavne institucije i dužnosnike da temeljem svojih nadležnosti sankcioniraju svako kršenje zakonskih propisa pa tako i postupak smjene ravnateljice OB-a Varaždin.

HLK i HLZ upozorili na alarmantno stanje u KBC-u Osijek

Nužna izgradnja nove bolnice!

Samo u 2016. godini KBC Osijek napustilo je 28 lječnika, a jedan od razloga njihova odlaska su i loši uvjeti rada u toj bolnici



Hrvatska liječnička komora (HLK) i Hrvatski liječnički zbor (HLZ) upozorili su na alarmantno stanje infrastrukture i loše uvjetne rada u KBC-u Osijek. Zatražili su od mjerodavnih institucija da se osiguraju sredstva za izgradnju nove bolnice kako bi se ispunili suvremeni standardi pružanja zdravstvene skrbi.

Zgrada stara 130 godina

Predsjednik Povjerenstva HLK-a za Osječko-baranjsku županiju doc. dr. sc. Vedran Zubčić, podsjetio je na novinarskoj konferenciji održanoj 12. siječnja u Osijeku kako je današnja bolnica građena prije 130 godina te kako KBC Osijek zbog derutnih objekata ne može zadovoljiti niti potrebe struke niti pacijenata. Istaknuo je kako štete na bolnici nastale kao posljedica olujnog vremena prošle godine kao i nedavno puknuće toplovodne cijevi na Zavodu za oftalmologiju potvrđuju kako je krajnje vrijeme za traženje dugoročnog rješenja, što je tijekom posjeta bolnici zaključio i

ministar zdravstva prof. dr. Milan Kujundžić. „Jedino kvalitetno, održivo i dugoročno rješenje je izgradnja nove bolnice“, poručio je doc. Zubčić.

Sanacija kratkoročno i najskuplje rješenje

Predsjednik osječke podružnice HLZ-a doc. dr. sc. Hrvoje Mihalj, naglasio je kako pacijenti unatoč svemu dobivaju svu potrebnu zdravstvenu skrb isključivo zahvaljujući angažmanu bolničkog osoblja. „Iako nabavljamo vrhunsku opremu, rad u takvim stariim i dotrajalim prostorijama te sa starim instalacijama dovodi do nezgoda i nesreća, stoga bi nova bolnica bila najbolje rješenje“ rekao je doc. Mihalj.

Dopredsjednica Povjerenstva HLK-a za međunarodnu suradnju dr. sc. Marija Perić, upozorila je kako je sanacija starih zgrada kratkoročno i najskuplje rješenje te da bi mjerodavni trebali što prije ozbiljno pristupiti problemu.

Projekt Aktivna Hrvatska

Komora želi potaknuti odgovornost pojedinca za vlastito zdravlje



Podatak da se samo dva do četiri posto hrvatske populacije redovno bavi fizičkim aktivnostima pokazatelj je nedostatka odgovornosti za vlastito zdravlje. Hrvatska liječnička komora svojim djelovanjem i primjerom želi potaknuti odgovornost kako cijelog društva tako i svakog pojedinca, stoga ćemo i ubuduće podržavati sve aktivnosti usmjerene unaprjeđenju zdravlja, istaknuo je predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža na predstavljanju pete sezone projekta Aktivna Hrvatska, održanom u siječnju u zagrebačkom Westinu.

Aktivna Hrvatska je nacionalni i sportsko-edukativni projekt koji se održava petu godinu zaredom pod pokroviteljstvom hrvatske predsjednice Kolinde Grabar-Kitarović i u suradnji sa Središnjim državnim uredom za šport. Ove godine im se pridružila i Hrvatska liječnička komora kao stručni partner u cilju poticanja što većeg broja građana na aktivniji, a time i zdraviji život.

Aktivna Hrvatska okuplja stručnjake iz područja kineziologije, nutricionizma i medicine, kao i brojne osobe iz sportskog i javnog života koje svojim primjerom ukazuju na važnost redovite tjeloyežbe i pravilne prehrane. U sklopu projekta održavaju se zajednički treninzi i edukativni programi u gradovima diljem Hrvatske i na taj način je do sada aktivirano više od 25 tisuća ljudi.

Predstavnici Komore vježbali s građanima u Požegi

S projektom se ove godine krenulo iz Požege, gdje su predstavnici Hrvatske liječničke komore aktivno vježbali s građanima pod vodstvom tima Kinezioološkog fakulteta iz Zagreba. Svoju izdržljivost i kondiciju pokazali su: dr. sc. Pejnović Franetić, predsjednica Povjerenstva HLK-a za javnozdravstvenu djelatnost, doc. prim. Goran Šantak, predsjednik Povjerenstva

HLK-a za Požeško-slavonsku županiju i član Povjerenstva doc. Damir Matoković, uz pojačanje dr. Ivane Kerner, spec. medicine rada i sporta.

Zainteresiranim građanima iz Komore su dijelili edukativne letke te odgovarali na njihova pitanja o važnosti kretanja za zdravlje. Kako liječnici i vlastitim primjerom, a ne samo savjetima, trebaju promovirati zdrav način življenja, spomenuti predstavnici Komore ozbiljno su prionuli vježbanju s građanima.

Grupni trening neće mimoći niti druge kolege liječnike, angažirane u Komori, jer će se u sklopu Aktivne Hrvatske vježbati diljem Lijepa naše, od Medimurja, Vodica, Istre, Dubrovnika, Zadra do Zagreba... Tom hvalevrijednom projektu slobodno se u „grupnom znojenju“ mogu pridružiti svi liječnici. Jer djela govore više od riječi...

Komora u božićnoj humanitarnoj akciji „Medicinari velikog srca“

Mališane u 20 bolnica razveselili smo s "tisuću darova"



Hrvatska liječnička komora, umjesto organiziranja božićnog domjenka za gotovo 200 uzvanika, odlučila je za protekle blagdane podržati humanitarnu akciju „Medicinari velikog srca“. Hvalevrijednu akciju, u kojoj su darivana djeca hospitalizirana u hrvatskim bolnicama u vrijeme Božića, pokrenula je studentska udružba STUD-MEF - studenata Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Osim Komore, podržale su je i sve studentske udruge i sekcije Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Cilj je bio s „1000 darova“ razveseliti i djecu koja su blagdane, umjesto u toplini

vlastitog doma, morala provesti u bolnicama. Studenti zagrebačkog MEF-a svoju suakciju usmjerili na zagrebačke bolnice, a Komora ju je, preko svojih županijskih povjerenstava, proširila i na druge hrvatske bolnice, te je sveukupno donirala njih dvadeset.

U većini bolnica Komora je donirala igračke za djecu ili pomogla u opremanju dječjih igraonica, dok su neke bolnice, poput OB-a Karlovac i Specijalne bolnice za kronične bolesti dječje dobi u Gornjoj Bistri, dobile donaciju u vidu higijenskih potrepština. OB-u Šibenik donirana su dva inhalatora.

Održan simpozij u organizaciji HLK-a u Karlovcu

Informatizacijom zdravstva do bolje suradnje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

Brojne novosti i daljnje mogućnosti informatizacije zdravstva predstavljene su na simpoziju „e - Zdravstvo: model unapređenja suradnje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite!“, održanom u Karlovcu krajem prosinca. Na Simpoziju su predstavnici



Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), Hrvatske liječničke komore (HLK) i liječničkih udruženja iz primarne zdravstvene zaštite, bolnički liječnici te predstavnici informatičkih tvrtki (IN2, Ericsson) među ostalim osvrnuli se na probleme i ponuđena rješenja koja će omogućiti brži napredak modela informatizacije. Velika posjećenost simpoziju, koji je održan u organizaciji Hrvatske liječničke komore i povjerenstva Karlovačke županije dokaz je važnosti ove teme i pokazuje potrebu za dalnjim raspravama.

Povjerenstvo za međunarodnu suradnju HLK-a

Dobro integrirani u europsku liječničku zajednicu

Dr. LINDA ROSSINI GAJŠAK,
Povjerenstvo za međunarodnu suradnju HLK-a

Povjerenstvo za međunarodnu suradnju Hrvatske liječničke komore jedno je od devet stalnih povjerenstava Izvršnog odbora Hrvatske liječničke komore. Djelatnosti Povjerenstva definirane su Statutom Hrvatske liječničke komore, a najvažnije od njih uključuju održavanje stalnih kontakata s drugim komorama radi razmjene iskustava, pripremu materijala vezanih uz sastanke na međunarodnoj razini za predsjednika Komore, proučavanje rada te izvještavnje predsjednika Komore o radu *Stalnog komiteta europskih liječnika* (CPME) i ostalih međunarodnih liječničkih organizacija te priprema održavanja međunarodnih sastanaka vezanih uz djelovanje Komore.

Predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju je dr. Ivan Raguž, a zamjenica predsjednika je dr. sc. Marija Perić. Članovi Povjerenstva su: dr. Ada Barić Grgurević, dr. Marlena Ljubičić, dr. sc. Mirta Mikulić, prim. dr. sc. Tajana Pavić, dr. Linda Rossini Gajšak, prim. Sandra Stojanović Stipić i dr. Vesna Štefančić. Tajnica Povjerenstva za međunarodnu suradnju je Maja Lacković, dipl. jur.

Dr. Ivan Raguž i dr. sc. Marija Perić čine hrvatsku delegaciju u CPME-u (Comité Permanent des Médecins Européens). Ova europska krovna liječnička organizacija sa sjedištem u Bruxellesu okuplja predstavnike 28 europskih zemalja. CPME je posvećen artikuliranju i zastupanju gledišta liječničke struke prema relevantnim europskim institucijama i kreatorima europskih zdravstvenih politika.

Dr. sc. Tajana Pavić je predstavnica HLK-a u AEMH-u (Association Européenne des Médecins des Hôpitaux). AEMH omoguću-



Sastanak Povjerenstva za međunarodnu suradnju prosinac 2016. S lijeva na desno: prim. dr. sc. Tajana Pavić, dr. sc. Mirta Mikulić, dr. Linda Rossini-Gajšak, dr. sc. Marija Perić, dr. Ivan Raguž, dr. Marlena Ljubičić, prim. Sandra Stojanović Stipić

je europsku platformu za bolničke liječnike, razvija i održava duh suradnje i međunarodnu komunikaciju među članicama, potiče razmjenu ideja i iskustava kao i raspravu među liječnicima, pacijentima i političarima s glavnim ciljem promicanja zdravila i poboljšanje sigurnosti bolesnika.

Zaštita interesa

Dr. Vesna Štefančić zastupa HLK u *European Junior Doctors (EJD)* koji predstavlja više od 300 tisuća mladih liječnika diljem Europe. Glavni ciljevi EJD-a uključuju zaštitu specifičnih interesa mladih liječnika, poboljšanje odnosa i povezivanje svojih organizacija članica te općenito smanjivanje jaza između mladih liječnika u Europi.

Od konstituiranja Povjerenstva, u kolovozu 2015. godine, održano je 7 sjednica. U tom periodu uz sudjelovanje na redovitim sastancima europskih liječničkih asocijacija, sljedeće su teme bile u fokusu rada povjerenstva. Na samom početku Povjerenstvo je intenzivnom korespondencijom s europskim liječničkim organizacijama analiziralo njihova iskustva glede dvojne prakse liječnika. Rezultati su značajno doprinjeli argumentaciji *Stava HLK o reguliranju obavljanja dodatnog rada liječnika za poslove iz zdravstvene djelatnosti poslodavca*.

Povjerenstvo je aktivno radilo na analizi modela kolektivnog pregovaranja kojim su obuhvaćeni liječnici u zemaljama Europske

Dr. Ivan Raguž i dr. sc. Marija Perić sudjelovali su u studenom 2016. kao predstavnici Komore na redovnom sastanku Stalnog komiteta europskih liječnika (CPME) u Tel-Avivu. Nastavljeno je djelovanje prije formiranih radnih skupina (skupine za profesionalnu praksu, TTIP, lijekove, e-Zdravlje te za dijetu, prehranu i fizičku aktivnost). Od tekućih aktivnosti radnih skupina potrebno je naglasiti izradu ankete o specifičnostima regulacije liječničke profesije u Europi te usuglašavanje zajedničkog stava o međusobnom priznavanju profesionalnih kvalifikacija između SAD-a i EU-a. Kroz radne grupe su kreirani završni dokumenti koje je prihvatio Odbora CPME-a i to: politiku o pristupu lijekovima i cijenama lijekova, politiku o profesionalnoj suradnji između liječnika i ljekarnika te zajednički stav o zdravstvenoj skrbi izbjeglica



Dr. Ivan Raguž i dr. sc. Marija Perić na sastanku Stalnog komiteta europskih liječnika (CPME) u Tel-Aviv u studenom 2016. godine

unije intenzivnom korespondencijom s drugim komorama EU te je završena analiza čiji rezultati idu u prilog nastojanju hrvatskog liječništva za stvaranjem zakonskog okvira koji bi omogućio Strukovni kolektivni ugovor za liječnike.

Dragocjena iskustva

Provedeno je istraživanje nacionalnih kadrovsко-vremenskih normativa za medicinske procedure u zemljama EU-a i evaluirana je implementacija europske direktive o radnom vremenu *European Working Time Directive* (EWTD, 2003/88/EC) u zakonodavstvima zemalja EU-a, njezino provođenje u praksi s obzirom na organizaciju radnog vremena liječnika, postojanje „opt-out“ mogućnosti te sudjelovanje nacionalnih liječničkih komora u implementaciji te direktive.

U suradnji s drugim europskim nacionalnim liječničkim organizacijama, pismom je podržan *Order of Physicians of Albania* koji se suočava s pokušajem ograničavanja liječničke samouprave u vidu miješanja albanskog ministarstva zdravlja u izborne procese u Albanjskoj liječničkoj komori.

Završena je analiza dokumenata: *Health at a Glance Europe 2014.* i *Health at a Glance Europe 2015.* Taj dokument koji zajedno izdaju OECD-a (Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj) i Europska komisija nastao je uz pomoć nacionalnih suradnika iz 35 europskih zemalja. Predstavljene su informacije o zdravlju i zdravstvenim sustavima iz EU zemalja članica kao i zemalja kandidatkinja. Izbor pokazatelja se temelji na European Core Health Indicators (ECHI), listi pokazatelja razvijenoj od Europske komisije.

Provedeno je istraživanje u suradnji s europskim komorama o organizaciji hitne medicinske službe, položaju liječnika u medijima i o visini članarine u drugim komorama u zemljama članicama Europske unije. U zadnjoj od navedenih anketa uočeno je kako su članarine u referentnim liječničkim komorama značajno veće ili usporedive s novim iznosom članarine kojeg je definirala Hrvatska liječnička komora. Prikupljena su dragocjena iskustva Njemačke liječničke komore o suradnji na projektu *Health profe-*

sional card koja su primjenjena u pripremi izrade novih liječničkih kartica.

Prioritetne teme

Završena je analiza sljedećih dokumenata: „Global strategy on human resources for health: Workforce 2030“ – u smislu detektiranja odrednica strategije koje su primjenjive na Hrvatsku, i „ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE 2016“ – u smislu detektiranja odrednica koje je potrebno uzeti u obzir kod informatizacije HLK i koje će činiti osnovu za izradu Hrvatskog liječničkog demografskog atlasa.

Prioritetne teme koje je Povjerenstvo za međunarodnu suradnju definiralo za obradu u 2017. godini su: neophodnost sustavnog i transparentnog evidentiranja i planiranja ljudskih resursa u zdravstvu, ugovor o međusobnom priznavanju stručnih kvalifikacija za liječnike između SAD-a i EU, neophodnost uređivanja pravnog okvira koji određuje radno vrijeme liječnika i implementacija doktrine „nulte tolerancije“ prema nasilju u zdravstvenim ustanovama.

Dodatak na plaću s osnove posebnih uvjeta rada - još jedan primjer lošeg Kolektivnog ugovora

Tekst pripremio: dr. sc. Luka Vučemilo, dr. med., Povjerenstvo za mlade liječnike HLK-a mladi@hlk.hr

Vlada Republike Hrvatske i Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske te Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara – medicinskih tehničara zaključili su 2. prosinca 2013. godine Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (dalje: Kolektivni ugovor) kojim se uređuju prava i obveze iz rada i po osnovi rada radnika u djelatnosti zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Prema važećem Kolektivnom ugovoru (NN, broj 143/13 i 96/15) člankom 57. definirani su dodaci vezani za povećanje plaće s osnove posebnih uvjeta rada. Navedenim člankom propisano je kako radniku u djelatnosti zdravstva i zdravstvenog osiguranja na pojedinim radnim mjestima i poslovima kod kojih postoje posebni uvjeti rada pripada pravo na dodatak na plaću uz detaljan popis iznosa dodataka prema radnom mjestu. Npr. ako je radnik na svom radnom mjestu izložen različitim štetnim biološkim, kemijskim ili fizikalnim čimbenicima za to dobiva dodatak na plaću.

Zakinuti liječnici

Iako na prvi pogled sve izgleda jasno i dobro definirano, detaljnijim pregledom popisa radnih mesta i poslova zdravstvenih i nezdravstvenih radnika koji imaju pravo na dodatak, ali i iskustveno, otkriva se cijeli niz problema zbog kojih je dio liječnika svaki mjesec zakinut u svojim primanjima.

Apsurdi pred koje smo dovedeni zorno će prikazati nekoliko sljedećih primjera.

Primjer 1. U operacijskoj sali specijalist anestezijologije i otorinolaringologije, medicinska sestra - instrumentarka i anesteziološki tehničar imaju dodatak od 25%, dok specijalizant anestezijologije i specijalizant otorinolaringologije imaju dodatak od 16%. Radi se o dodatu zbog izloženosti različitim biološkim, kemijskim i fizičkim

Popis radnih mesta i poslova liječnika koji imaju pravo na dodatak

Dodatak %	Radna mjesta I. vrste
25	<ul style="list-style-type: none"> - liječnik specijalist kirurgije - liječnik specijalist anestezijologije i reanimatologije (2/3 radnog vremena u operacijskoj dvorani) - liječnik specijalist urologije - operater - liječnik specijalist maksilofacijalne kirurgije - operater - liječnik specijalist ortopedije - operater - liječnik specijalist oftalmologije - operater - liječnik specijalist otorinolaringologije - operater - liječnik specijalist radiologije - intervencijski radiolog - liječnik specijalist dječje kirurgije- operater - liječnik specijalist ginekologije i porodništva - operater - doktor dentalne medicine specijalist oralne kirurgije - operater - liječnik specijalist neurokirurgije - operater - liječnik specijalist infektologije na odjelu i ambulanti za liječenje AIDS-a (2/3 radnog vremena) - liječnik specijalist koji radi s bolesnicima koji se liječe od aktivne TBC (2/3 radnog vremena) - liječnik specijalist u primjeni citostatika ili u izloženosti otvorenom izvoru zračenja (2/3 radnog vremena) - zdravstveni i nezdravstveni radnik na otvorenim izvorima zračenja (2/3 radnog vremena) - liječnik specijalist u jedinici intenzivnog liječenja (2/3 radnog vremena) - liječnik u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu (2/3 radnog vremena) - liječnik specijalist interne medicine - intervencijski gastroenterolog - intervencijski pulmolog - liječnik u zavodima za hitnu medicinu (2/3 radnog vremena na terenu) - liječnik specijalist psihijatrije na zatvorenim psihijatrijskim odjelima i na odjelima forenzične psihijatrije - liječnik specijalist patologije - obducent - liječnik specijalist citolog - liječnik specijalist sudske medicine - liječnik specijalist u dijagnostici i liječenju pacijenata za koje je potreban 3. i 4. stupanj biozaštite
20	<ul style="list-style-type: none"> - zdravstveni radnik specijalist u bolnici - zdravstveni radnik bez specijalizacije u bolnici
16	<ul style="list-style-type: none"> - zdravstveni i nezdravstveni radnik u zavodima za javno zdravstvo (2/3 radnog vremena)
14	<ul style="list-style-type: none"> - rad s infektima - rad s otrovima
12	<ul style="list-style-type: none"> - nezdravstveni radnik u bolnici, specijalnoj bolnici i poliklinici kao samostalnoj ustanovi koji sudjeluje u procesu dijagnostike ili liječenja
10	<ul style="list-style-type: none"> - zdravstveni radnik u poliklinici i domu zdravlja na poslovima specijalističko-konziljarne zdravstvene zaštite - liječnik specijalist u državnim zdravstvenim zavodima, županijskim zavodima za javno zdravstvo i Zavodu - radnik koji radi na poslovima kontrole i revizije u Zavodu - radnik u analitičkoj službi u zavodima za javno zdravstvo i Zavodu - zdravstveni radnik u zavodima za javno zdravstvo i Zavodu - zdravstveni radnik u ljekarnama - izabranliječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti voditelj tima - doktor dentalne medicine
8	<ul style="list-style-type: none"> - ostala radna mjesta i poslovi I., II., III. i IV. vrste
7	<ul style="list-style-type: none"> - ostala radna mjesta i poslovi I., II., III. i IV. vrste

čimbenicima na radnom mjestu, a ne o dodatku na odgovornost koju imaju specijalisti i zbog koje inicijalno imaju veći koeficijent plaće. Specijalizanti u bolnicama izloženi su istim štetnim čimbenicima i u istom vremenskom razdoblju kao i specijalisti u bolnici te imaju jednaku procjenu rizika za radna mjesta. Unatoč tome, specijalizanti i specijalisti ovih struka imaju različite dodatke na posebne uvjete rada.

Primjer 2. Specijalizant anesteziologije tijekom svoga specijalističkog usavršavanja vrijeme provodi u operacijskoj sali i jedinici intenzivnog liječenja jednako kao i specijalist anesteziologije, međutim specijalizant ostvaruje dodatak na plaću s osnove posebnih uvjeta rada u iznosu od 16%, a specijalist u iznosu od 25%. I jedni i drugi obavljajući svoj posao izloženi su istim štetnim čimbenicima u jednakom vremenskom trajanju.

Primjer 3. Specijalizant patologije ima dodatak od 16% dok specijalist patologije ima dodatak od 20%. I jedni i drugi obavljajući svoj posao izloženi su istim štetnim čimbenicima u jednakom vremenskom trajanju.

Primjer 4. Specijalizant kirurgije koji specijalizira za Medicinski fakultet ne ostvarjuje iste dodatke na plaću s osnove posebnih uvjeta rada kao što to ostvaruje specijalizant kirurgije koji specijalizira za bolnicu iako i jedan i drugi imaju isti program specijalističkog usavršavanja i tijekom specijalizacije će biti na istim radilištima. Naime, kao zaposlenici Medicinskog fakulteta oni nisu obuhvaćeni Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja već spadaju pod sustav visokog obrazovanja i znanosti.

Primjer 5. Specijalizanti pedijatrije ili ginekologije za domove zdravlja imaju dodatak na plaću s osnove posebnih uvjeta rada od 7%, dok specijalizanti istih struka koji specijaliziraju za bolnice imaju dodatak od 16%. Postoji samo jedna specijalizacija iz pedijatrije i samo jedna specijalizacija iz ginekologije i opstetricije. Dakle specijalizanti pedijatrije i ginekologije na primarnoj razini moraju proći isti program specijalističkog usavršavanja i ista radilišta tijekom svoje specijalizacije kao i oni koji specijaliziraju za bolnice. Unatoč tome što su izloženi istim štetnim čimbenicima i u jednakom vremenskom trajanju imaju različite dodatke na plaću s osnove posebnih uvjeta rada jer imaju različite poslodavce.

Primjer 6. Specijalizant radiologije u domu zdravlja ima manji dodatak od specijalizanta radiologije u bolnici iako prolaze isti program specijalističkog usavršavanja, borave na istim radilištima te se su izloženi istim štetnim čimbenicima u jednakom vremenskom trajanju no imaju poslodavce na različitim razinama zdravstvene zaštite.

Primjer 7. Liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji nije voditelj tima (liječnici bez specijalizacije na zamjeni, specijalizanti obiteljske medicine koji nisu voditelji tima) ostvaruju manji dodatak za posebne uvjete rada nego oni koji su voditelji tima iako su na svom radnom mjestu izloženi istim štetnim čimbenicima u jednakom vremenskom trajanju.

Primjer 8. Kontrolori Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje: HZZO) ili analitičari u HZZO-u ostvaruju isti dodatak od 8% kao i specijalist obiteljske medicine i veći dodatak nego specijalizanti u domovima zdravlja koji dio svog programa specijalističkog usavršavanja provode i u bolnicama.

Primjer 9. Liječnici specijalisti u državnim zdravstvenim zavodima, županijskim zavodima za javno zdravstvo i u HZZO-u imaju veći dodatak od specijalista obiteljske medicine u domovima zdravlja i bilo kojeg specijalizanta koji specijalizira za dom zdravlja.

Primjer 10. Specijalisti obiteljske medicine, te specijalisti pedijatrije i ginekologije u domovima zdravlja ostvaruju dodatak od 8% dok drugi specijalisti zaposlenici domova zdravlja (npr. specijalist medicine rada i sporta, specijalist otorinolaringologije ili fizikalne medicine) ostvaruju dodatak od 10%. U isto vrijeme će rehabilitator u poliklinici kao samostalnoj ustanovi imati dodatak od 12%, a specijalizanti u domovima zdravlja 7% ili 8%.

Dodatak na plaću s osnove posebnih uvjeta rada trebao bi biti vezan uz pojedino radno mjesto i izloženost štetnim čimbenicima na tom radnom mjestu, a ne uz specijalistički status ili poslodavca. Specijalizanti različitih struka su različito izloženi štetnim čimbenicima tijekom svog programa specijalističkog usavršavanja jednako kao i specijalisti različitih struka. Zbog čega su onda potpisnici Kolektivnog ugovora za sve specijalizante u domovima zdravlja odredili dodatak od 7% (u tablici dodataka njih nisu nigdje poimence naveli nego ih se svrstava u grupu "ostala radna mjesta i poslovi I,

II., III. i IV. vrste") i zašto su za sve specijalizante u bolnicama odredili dodatak od 16% ("zdravstveni radnik bez specijalizacije u bolnici")? Početkom 2016. godine poslan je upit svim kreatorima i potpisnicima Kolektivnog ugovora na temelju čega je određen dodatak od 16% za posebne uvjete rada za specijalizante, tj. za zdravstvene radnike bez specijalizacije u bolnici?

Procjena rizika

Je li to na temelju proizvoljne procjene ili prema procjeni rizika za pojedino radno mjesto ili pak prema nekom trećem kriteriju? Ako je odluka donesena na temelju procjene rizika za pojedino radno mjesto, onda su potpisnici Kolektivnog ugovora zakinuli pojedine specijalizante u odnosu na kolege specijaliste u bolnicama jer su specijalizanti u bolnicama izloženi istim štetnim čimbenicima i u istom vremenskom razdoblju kao i specijalisti u bolnici. Unatoč činjenici da i jedni i drugi imaju jednaku procjenu rizika za svoja radna mjesta, specijalizanti i specijalisti pojedinih specijalističkih grana imaju različite dodatke na posebne uvjete rada. Specijalisti u usporedbi sa specijalizantima imaju veću odgovornost i zbog toga imaju veći koeficijent za izračun plaće. Međutim, izloženost štetnim čimbenicima na radnom mjestu vezano je uz pojedino radno mjesto (npr. rad u operacijskoj sali) i na temelju toga se ostvaruje dodatak na plaću s osnove posebnih uvjeta rada (isti dodatak imaju operator, medicinska sestra instrumentarka i anestezioški tehničar). Potpisnici Kolektivnog ugovora koji su odgovorili na upit samo su se ogradići da nisu mjerodavni za tumačenje Kolektivnog ugovora, iako su sami sudjelovali u njegovu kreiranju. U veljače 2016. godine poslan je upit i Povjerenstvu za tumačenje Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, no odgovor od njih nismo dobili do današnjeg dana jer se to Povjerenstvo nije sastalo niti jednom tijekom cijele 2016. godine. Stoga se može zaključiti da kreatori i potpisnici Kolektivnog ugovora nisu zainteresirani za rješavanje problema koje su sami stvorili i prema kojima su brojni liječnici stavljeni u neravnopravan položaj u odnosu na druge kolege i zbog čega trpe financijsku štetu svaki mjesec. Dodatan je absurd što unatoč centralnom obračunu plaće svi radnici u zdravstvenom sustavu nisu u jednakom položaju, već smo često prepusteni pojedinačnom tumačenju Kolektivnog ugovora od strane pojedinih uprava zdravstvenih ustanova.

Još su jedan absurd u vezi poslova s poseb-

nim uvjetima rada periodični zdravstveni pregledi koji se ne provode kod svih liječnika koji rade na poslovima s posebnim uvjetima rada. Naime, temeljem Zakona o zaštiti na radu (NN, broj 71/14, 118/14 i 154/14) i Pravilnika o poslovima s posebnim uvjetima rada (NN, broj 5/84 i 71/14) određeno je koji poslovi predstavljaju poslove s posebnim uvjetima rada, kao što je i definirana obaveza poslodavca da osigura periodične provjere zdravstvenog stanja radniku koji radi uz posebne uvjete. Ovdje se radi o zdravstvenim pregledima s obzirom na posebne uvjete rada na radnom mjestu, a ne o sistematskim pregledima ili o zdravstvenim pregledima definiranim Pravilnikom o načinu obavljanja zdravstvenih pregleda osoba pod zdrav-

stvenim nadzorom (NN 23/94, NN 93/00) tzv. pregledima za sanitarnu knjižicu. Svi radnici koji rade na poslovima na kojima su izloženi biološkim agensima trebali bi imati provjeru zdravstvenog stanja svaka 24 mjeseca, dok radnici koji rade na poslovima gdje su izloženi ionizacijskom zračenju trebali bi imati provjeru zdravstvenog stanja svakih 12 mjeseci i provjeru psihičkih sposobnosti svakih 48 mjeseci.

U Kolektivnom ugovoru ne postoji samo nelogičnost bodovanja dodataka na plaću s osnove posebnih uvjeta rada za specijalizante nego postoje i brojne nelogičnosti u dodacima kod liječnika na svim razinama zdravstvene zaštite. Sve gore navedeno još je

jedan razlog za dobivanje strukovnoga kolektivnog ugovora u kojem bi trebali sudjelovali liječnici na koje se Kolektivni ugovor i primjenjuje. Do sadašnje situacije dovedeni smo jer su prava liječnika definirana Kolektivnim ugovorima, dok su obveze liječnika definirane zakonima, što je razlika u odnosu na državne službenike i namještenike koji imaju svoj zakon. Prvi korak u mijenjanju trenutne situacije je da osvijestimo koliko smo i na koje načine zakinuti te da postanemo zainteresirana skupina u kreiranju cjelovitoga i kvalitetnog rješenja s obzirom na činjenicu da 2017. godine prestaje važiti postojeći Kolektivni ugovor i potpisivat će se novi.

Redoviti stručni nadzor HLK-a nad radom liječnika u 2017. godini

Izvršni odbor Hrvatske liječničke komore na svojoj je 18. sjednici održanoj 24. siječnja 2017., utvrdio na prijedlog predsjednice Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor Hrvatske liječničke komore, godišnji plan redovnih stručnih nadzora na način kako slijedi:

Opća bolnica Pula

Odjel za radiološku dijagnostiku
Odjel za anesteziju i intenzivno liječenje
Služba za internu medicinu

Opća bolnica „Dr Josip Benčević“ Slavonski Brod

Odjel za psihijatriju
Služba za internističke djelatnosti
Odjel za pedijatriju

Opća bolnica Karlovac

Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Odjel za ginekologiju i opstetriciju
Odjel za radiologiju

Opća bolnica Varaždin

Služba za kirurške bolesti
Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Odjel za pedijatriju

Klinički bolnički centar Split

Klinika za ženske bolesti i porode
Klinika za kirurgiju

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“

Zavod za mikrobiologiju, parazitologiju i bolničke infekcije

Opća bolnica Zadar

Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Odjel za radiologiju
Služba za interne bolesti

Klinička bolnica Dubrava

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
Klinika za unutarnje bolesti
Zavod za neurologiju

Klinički bolnički centar Zagreb

Klinika za kardijalnu kirurgiju
Klinika za onkologiju

Dom zdravlja Primorsko - goranske županije

Opća medicina (ambulanta)
Psihijatrija (ambulanta)
Pedijatrija (ambulanta)

Dom zdravlja Vukovarsko – srijemske županije

Opća medicina (ambulanta)
Ginekologija (ambulanta)
Pedijatrija (ambulanta)

Dom zdravlja Šibensko – kninske županije

Opća medicina (ambulanta)
Ginekologija (ambulanta)
Pedijatrija (ambulanta)

Zatvorska bolnica u Zagrebu

Psihijatrija
Interna medicina

PRAVA ČLANA HLK-a koji uredno i na vrijeme podmiruje članarinu:

POLICA OSIGURANJA PRAVNE ZAŠTITE, godišnji agregirani limit od 300.000 kn;

POLICA OSIGURANJA PRIVATNE ODGOVORNOSTI, u iznosu od 50.000 kn;

JEDNOKRATNE NOVČANE POMOĆI (neto iznosi):

- ZA NOVOROĐENO ILI POSVOJENO DIJETE, u iznosu od 3.000 kn;
- ZA ROĐENJE ILI POSVOJENJE TREĆEG I SVAKOG NAREDNOG DJETETA, u iznosu od 5.000 kn;
- U SLUČAJU NASTANKA INVALIDITETA U POSTOTKU VEĆEM OD 80% uslijed kojeg član trajno ne može obavljati liječničku djelatnost, u iznosu od 3.000 kn;
- U SLUČAJU NASTANKA TEŽE BOLESTI ČIJA JE POSLJEDICA BOLOVANJE BEZ PREKIDA DULJE OD 6 MJESECI, u iznosu od 3.000 kn;
- U SLUČAJU SMRTI BRAČNOG DRUGA ILI UZDRŽAVANOG DJETETA, u iznosu od 3.000 kn;

GODIŠNJA STIPENDIJA ZA MALOLJETNU DJECU POKOJNIH ČLANOVA DO NJIHOVE PUNOLJETNOSTI, u iznosu od 6.000 kn;

PRAVNO SAVJETOVANJE VEZANO UZ PROFESIONALNU DJELATNOST;

SUDJELOVANJE U NATJEČAJIMA ZA POTPORU STRUČNOG USAVRŠAVANJA;

POKRIVANJE TROŠKOVA IZRADE ČLANSKE LIJEČNIČKE ISKAZNICE, „pametne“ identifikacijske iskaznice s biometrijskom fotografijom i elektroničkim potpisom;

MOGUĆNOST POVOLJNOG KRATKOTRAJNOG NAJMA STANA U SREDIŠTU ZAGREBA;

FINANCIJSKE POGODNOSTI PRI KORIŠTENJU I KUPOVINI USLUGA POSLOVNIH PARTNERA HLK-a;

PRETPLATA NA LIJEČNIČKE NOVINE;

PERSONALIZIRANI PRISTUP ZATVORENOJ MREŽNOJ STRANICI HLK-a.

Kako su Skandinavci organizirali zdravstvo

Nije idealno ni u Švedskoj, ali imaju mnoga dobra rješenja

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

Prvi dopredsjednik Hrvatske liječničke komore dr. sc. **Krešimir Luetić** i predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju HLK-a, dr. **Ivan Raguž** bili su krajem listopada u studijskom posjetu Švedskoj u organizaciji Švedske medicinske asocijacije (Sveriges Lakarförbund). Cilj posjeta bio je upoznavanje s organizacijom i radom najreprezentativnije liječničke organizacije u Švedskoj te s osobitostima švedskoga zdravstvenog sustava.

U skladu s tradicijom Švedske i skandinavskog dijela Europe, Sveriges Läkarförbund je ustrojen kao nacionalna liječnička strukovna asocijacija s dobrotvornim članstvom, a ima 49 tisuća članova. Djelatnost Läkarförbunda se svodi na pravnu pomoć, donošenje etičkog kodeksa i izdavanje strukovnih novina, ali i na kolektivno pregovaranje o radnim i materijalnim pravima. Od deset liječnika njih osam su članovi Läkarförbunda.

Samostalni pregovori o radnim pravima

U njegovu sjedištu u Stockholmu naši su predstavnici sudjelovali na radnim sastancima s predsjednicom Švedske medicinske asocijacije Heidi Stensmyren, dopredsjednikom Oveom Anderssonom i međunarodnom koordinatoricom Millom Järvelin koji su ih uputili u unutarnju strukturu Läkarförbunda, aktivnosti organizacije u pogledu pravnog savjetovanja, savjetovanja članova o mirovinskom sustavu, o internom portalu za oglašava-

nje poslova te informatičkom sustavu. Upoznali su ih i s organizacijom staž za liječnike te sa sustavom specijalizacija.

U Švedskoj svake godine 1600 studenata upiše medicinske fakultete, a diplomiра ih 1200. Obavezni staž traje od 15 do 21 mjesec i u prosjeku se na nj čeka oko devet mjeseci (u Stockholmu duplo duže). Staž financiraju jedinice lokalne samouprave (kantoni/regije), a specijalizacije financira država. Specijalizanti su po završetku specijalizacije slobodni od dugovanja prema zdravstvenoj ustanovi, no nije im od početka edukacije zajamčeno radno mjesto specijalista; ugovor na neodređeno imaju jedino na mjestu specijalizanta. U švedskom javnozdravstvenom sustavu deset je posto radnog vremena rezervirano za edukaciju, od čega deset dana na edukaciju izvan ustanove. Kolektivno pregovaranje u Švedskoj odvija se između Läkarförbunda i Udruge lokalnih vlasti i regija (SKL). O liječničkim radnim i materijalnim pravima, liječnici pregovaraju samostalno posredstvom svojih predstavnika, prvo na centralnoj razini, a zatim na razini kantona/regija.

Zdravstvo se financira iz lokalnih proračuna

Sljedeći sastanak bio je u Udrizi lokalnih vlasti i regija (Sveriges Kommuner och Landsting). Ova organizacija ima značajnu ulogu u švedskom javnozdravstvenom sustavu s obzirom na to da je cijeli sustav tradicionalno decentrali-

ziran. Potpuno ga financiraju kantoni/regije, kojima oko 90 posto proračuna odlazi na zdravstvo. Iako je članstvo u ovom udruženju također dobrotvorno, njezini članovi dolaze doslovno iz svih švedskih jedinica lokalne samouprave. Međunarodni koordinator Udruge lokalnih vlasti Erik Svanfeldt upoznao je naše predstavnike s organizacijom švedskog javnozdravstvenog sustava. Kao jedan od gorućih problema istaknuo je nedostatak liječnika i medicinskih se-stara. Očekivano: što je veća udaljenost od Stockholm-a, nedostatak je veći. No, primanja liječnika se povećavaju ovisno o udaljenosti od velikih centara. Drugi model je institut mobilnog liječnika (Stafettläkare), koji otvara mogućnost da jedan samozaposleni liječnik radi paralelno u više ustanova, uz jasno definirana prava i obveze.

Liste čekanja problem i u Švedskoj

Kao problem ističu i nefunkcioniranje međusobne integracije kantonalnih zdravstvenih informacijskih sustava, što unatoč primjeni eRecepta, koji nije potrebno potvrditi kroz sustav primarne zdravstvene zaštite, onemogućuje liječniku da kroz sustav dozna za terapiju koja je pacijentu propisana u nekom drugom kantonu/regiji. Liste čekanja su uobičajene i u javnosti su detektirane kao vodeća slabost sustava. Princip 0-7-90-90, koji smatraju dostignućem, dignut je na razini zakona. On osigurava pacijentu kon-



Na gradilištu novog kompleksa Karolinske sveučilišne bolnice (Soln), dr. Ivan Raguž, predsjednica lokalnog ogranka Švedske medicinske asocijacije Yvonne Dellmark i dr. sc. Krešimir Luetić

takt telefonom s obiteljskim liječnikom nulti dan, pregled obiteljskog liječnika u roku od 7 dana, pregled specijalista u roku 90 dana te obavljanje preporučene dijagnostičke pretrage u idućih 90 dana.

Obiteljski liječnik na Centralnom hitnom prijemu

Predstavnici naše Komore posjetili su i kantonalnu bolnicu srednje veličine u Västeråsu, gradu udaljenom stotinjak kilometara zapadno od Stockholma, a

na poziv tamo zaposlenih hrvatskih liječnika. Upoznali su se s organizacijom rada Centralnog hitnog prijema, sustavom naručivanja pacijenata, radnim vremenom i radnim uvjetima. Glavne su odrednice koje odudaraju od hrvatskog modela hitnih prijema prisutnost liječnika obiteljske medicine do kasnih večernjih sati, minimalan broj bolničkih specijalista u cijeloj bolnici tijekom noći i dobro razrađen trijažni sustav. Kao posebitosti sustava naručivanja ističu se dvije linije, redovna i prioritetna koja

je rezervirana za evidentne i suspektne maligne bolesti. Kod upućivanja bolesnika na redovni pregled uobičajeno je da liječnik uz eUputnicu dobije anamnezu i status, na osnovi čega određuje hitnost za termin narudžbe. U razgovoru s rukovoditeljima ustrojstvenih jedinica bolnice, svi su naši liječnici prikazani u superlativima, uz potpuno nerazumijevanje okolnosti koje bi mogle dovesti do napuštanja prekrasne zemlje kakvom doživljavaju Hrvatsku.

Mentor – ključna osoba u ostvarivanju kvalitetnoga specijalističkog usavršavanja

DORIS DODIG, dr. med., Povjerenstvo za mlade liječnike HLK-a
doris_5na5@yahoo.com

Mentor u Homerovoј Odiseji vodi, savjetuje i hrabri Odisejevog sina Telemaha u njegovoj potrazi za ocem. Prema definiciji rječnika stranih riječi mentor je osoba bogata znanjem i iskustvom, osoba od najvećeg povjerenja, nastavnik i savjetnik mlađem i neiskusnjem tijekom školovanja ili rada. Antička i još ne tako davnja povijest znanosti, astronomije, matematike, filozofije, fizike i medicine zasnivala se na svetom odnosu mentora i učenika te u mnogočemu nalikuje na odnos roditelja i djeteta u kojem se isprepliću strogoca i blagost, poslušnost i buntovništvo s uvijek konstantnom premisom istinoljublja i čovjekoljublja.

Sadašnje činjenice

Danas je u Hrvatskoj mentorski odnos definiran zakonom, pravilnicima, dopunama pravilnika i izmjenama dopuna pravilnika kojima je mentoriranje konceptualizirano kao sustav u kojem je osoba s barem pet godina iskustva u ulozi mentora, a osoba s barem 10 godina iskustva i znanstveno-akademskom titulom preuzima ulogu glavnog mentora. Uloga mentora u edukaciji liječnika specijalizanta u Hrvatskoj definirana je formalnom semantikom na papiru zakonskih akata kojima su propisane zadaće i obveze glavnog i ostalih mentora. Prema Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine glavni mentor i mentori trebaju međusobno surađivati, pratiti napredak specijalizanta te najmanje dva puta godišnje provjeravati njegovo znanje i stečene vještine. Također su odgovorni za točnost podataka u knjižici i dnevniku rada doktora medicine na specijalističkom usavršavanju, a za svoj rad ostvaruju pravo na godišnju naknadu po mentorstvu. Valja istaknuti da je uvrjenežena praksa da samo glavni mentori dobij-

vaju godišnju naknadu za svoj rad sa specijalizantima, dok status i rad svih ostalih kolega specijalista koji često i sasvim nesvesno i instinkтивno svakodnevno postaju mentori mlađim kolegama, nisu plaćeni niti priznati od Ministarstva zdravstva i njihovih matičnih ustanova. Vrlo je važno razjasniti da za glavnog mentora pojedine specijalizacije u određenoj zdravstvenoj ustanovi može biti određena samo i isključivo jedna osoba. Glavni mentor ima posebnu odgovornost da u prvih 30 dana od početka specijalizacije sa specijalizantom razradi plan provođenja edukacije prema odrednicama Programa specijalističkog usavršavanja te unaprijed odredi mentore za svaki predviđeni "obilazak" unutar domicilne klinike, matične i vanjske ustanove, a prema popisu mentora. Popis glavnih mentora i mentora trebao bi, a najčešće nije, biti objavljen na mrežnim stranicama ustanova koje provode specijalističko usavršavanje. Prema tome, svaki specijalizant iste specijalizacije u istoj ustanovi mora imati istog glavnog mentora, dok mentore svaki specijalizant s glavnim mentorom pojedinačno odabire i dogovara. Nerijetko se događa da Ministarstvo zdravstva imenuje glavnim mentorom više osoba iste klinike, pa čak i osobe iz drugih ustanova koje specijalizanti nisu i neće nikada vidjeti. Iz navedenog je evidentno da Ministarstvo ili ne poznaje ili ne provodi odredbe Pravilnika koje je samo donijelo.

Iako je Pravilnikom jasno određeno da glavni mentor i specijalizant zajedno dogovaraju mentore zadužene za pojedine dijelove programa specijalizacije, to se u praksi ne provodi. Rezultat toga su ponekad kaotična i besciljna lutanja po takozvanim "obilascima". Kulminacija kaosa

se događa pri ispunjavanju i potpisivanju specijalizantskih knjižica i dnevnika rada kada niti specijalizanti, ni "mentori", ni administrativno osoblje Ministarstva, ali ni Nacionalno povjerenstvo za specijalističko usavršavanje doktora medicine koje je propisalo i kreiralo te iste knjižice i dnevnike, ne znaju kako ih pravilno ispuniti. Konkretni odgovori nisu nažalost dobiveni niti na nekoliko tribina koje su održane na inicijativu specijalizanata na temu ispunjavanja specijalizantskih knjižica i dnevnika rada na kojima je među ostatima sudjelovala i profesorica Nada Čikeš, predsjednica Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine. Iako su zatražene pisane upute o ispunjavanju knjižica i dnevnika te dobiveno obećanje da će se one i objaviti na mrežnim stranicama Ministarstva zdravstva, to se do danas nije dogodilo.

Nepravedan sustav

Iz ovih je nekoliko eklatantnih primjera evidentno da se u sustavu mentoriranja u Hrvatskoj ne poštuje Pravilnik i ne provode čak niti neke osnovne formalnosti koje su važan preduvjet ostvarivanja i implementacije mentorske podrške specijalizantima. Zabrinjavajući je možda još i više gubitak etike, poetike i estetike, danas arhaičnih i pomalo romantičarskih vrijednosti, no nadasve ključnih odlika mentora i mentorstva koje se u značajnoj mjeri zapostavljaju, marginaliziraju, umanjuju, banaliziraju i prepuštaju savjesti i osobnoj odgovornosti učenika i učitelja, specijalizanta i mentora. Sustav je međutim jednako nepravedan prema specijalizantima prepuštenima samostalnoj (e-)edukaciji kao i prema kolegama specijalistima koji svakodnevno iz svoje dobre volje, kolegi-

jalnosti i entuzijazma odvajaju vrijeme i poučavaju specijalizante, iako niti na jedan način njihov status mentora u praksi nije prepoznat, formaliziran niti vrednovan, iako je relativno jasno definiran u svakoj verziji Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

Plan za budućnost

Ključne dvije strategije kojima ćemo unaprijediti sustav mentorstva jesu provođenje odrednica Pravilnika i uspostavljanje sustava vrednovanja značaja mentora. Iz teksta je izdvojeno 10 točaka koje trebaju poslužiti kao svojevrstan hodogram i smjernice specijalizantima, mentorima, ustanovama pa čak i Ministarstvu zdravstva i Nacionalnom povjerenstvu za specijalističko usavršavanje u ostvarivanju tih zajedničkih ciljeva.

Mladi liječnik se na početku specijalizacije susreće s brojnim izazovima i zadacima koji nisu vezani samo za usvajanje gradiva struke. Specijalizant se uči radu s pacijentima, suradnji s kolegama iste struke i drugih struka, profesionalnom ophođenju s nadređenima i podređenima, znanstvenim aspiracijama i mnogočemu drugome, dok mu se u isto vrijeme događaju prekretnice i u privatnom životu kao što su vjenčanje ili rođenje djeteta. Tijekom tih 5 godina specijalizacije mladi je čovjek pod pojedanim pritiskom u nastojanjima da savjesno i uspješno izvršava sve svoje uloge, dužnosti i odgovornosti na profesionalnom i privatnom planu. Na tom će putu, razumljivo, biti uspona i padova, trenutaka nemjerljivog ponosa zbog spašavanja nečijeg života, strašnog osjećaja bespomoćnosti u trenutku shvaćanja vlastitih granica i grane medicine, trenutaka izbezumljenosti zbog kroničnog nedostatka vremena i sna, buntovništva protiv osobnih i sustavnih nepravdi, ponosa zbog objavljenog članka, iluzije da sve zna i da je na vrhu svijeta, pametniji od svih ostalih, da bi ga samo dan dva kasnije neki nemili događaj vratio u stvarnost i velikom silinom zabio u tlo. I ono dobro, jednako kao i ono loše, značajno utječe na neiskusnog i opterećenog mladog čovjeka. Upravo je tu mjesto mentora, stručnog, iskusnog i mudrog starijeg kolege, da kao liječnik i čovjek koji je sve to iskusio na vlastitoj koži, pomogne, vodi i savjetuje specijalizanta.

Smjernice za jačanje mentorskog sustava u edukaciji specijalizanata

1. Ministarstvo zdravstva treba na mrežnim stranicama objaviti popis ustanova koje zadovoljavaju kriterije provođenja specijalizacije i popis glavnih mentorova pojedinih specijalizacija u tim ustanovama.
2. Ustanove koje imaju odobrenje za provođenje specijalističkog usavršavanja trebaju na svojim mrežnim stranicama objaviti popis glavnim mentorima pojedinih specijalizacija i popis specijalista s najmanje 5 godina specijalističkog staža koji zadovoljavaju uvjete i voljni su biti mentori.
3. Prilikom izdavanja odobrenja o specijalizaciji Ministarstvo zdravstva treba prema popisu automatizmom dodijeliti specijalizantu glavnog mentora.
4. Glavni mentor treba u prvih 30 dana specijalizacije sa specijalizantom planirati tijek edukacije i obilazaka prema Programu specijalističkog usavršavanja te poimence, prema popisu mentora dostupnih na mrežnim stranicama, odrediti mentore na klinici, u vlastitoj ili vanjskoj ustanovi u kojima će specijalizant odradivati dijelove specijalizacije.
5. Ustanova treba pri početku specijalizacije specijalizantu uručiti specijalizantsku knjižicu i dnevnik rada.
6. Specijalizantsku knjižicu i dnevnik rada specijalizant treba popunjavati uz nadzor mentora, tj. upisivati odradene i usvojene vještine i znanja propisana Programom specijalističkom usavršavanja. Mentor i glavni mentor svojim potpisom jamče istinitost navedenih podataka.
7. Glavni mentor i mentori dužni su provesti 2 sata tjedno u individualnom radu sa specijalizantom.
8. Glavni mentor i mentori dužni su poticati znanstveno-istraživački rad specijalizanta koji će tijekom specijalizacije rezultirati objavljenim radom u znanstvenom časopisu, što je jedan od ključnih preduvjeta za pristupanje specijalističkom ispitu.
9. Glavni mentor i mentori moraju dobiti godišnju naknadu za mentorski rad.
10. Glavni mentor je odgovoran za provođenje specijalističkog usavršavanja prema Programu specijalizacije. Nadležno tijelo (ustanova, Ministarstvo zdravstva, Hrvatska liječnička komora) mora evaluirati kvalitete rada glavnog mentora.

Uspostava sustava u kojem će biti prepoznata ključna vrijednost mentora u stvaranju i odgoju mladih liječnika, koji ne samo da su izvrsni stručnjaci nego su iznad svega etični u svojem ophođenju prema pacijentima, pristupu kolegama i svom znanstvenom i akademskom radu, strateški je cilj i težnja čitave medicinske i znanstvene zajednice. Takav sustav treba služiti kao primjer hrvatskim građanima i društvu.

Vjerujem da se malim, ali dosljednim i upornim nastojanjima mogu sasvim neprijetno i bez previše muke učiniti značajne promjene koje će nakon dovoljno vremena postati navike i zlatni standard kojim se penjemo prema višim i širim spoznajama. Nema li boljeg vremena od početka nove godine da budemo složni, odlučni i dosljedni u nastojanju da malim promjenama izgradimo put u bolju budućnost?

Pregled aktivnosti dužnosnika Komore u prosincu 2016.

1. prosinca	Svečano obilježavanje 95 godina Plivinog postojanja, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić)
2. prosinca	Predstavljanje cjelovitog koncepta HLK-a specijalističkog usavršavanja doktora medicine ministru zdravstva prof. prim. M. Kujundžiću, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, prim. dr. A-Z. Golem, dr. I. Lerotić)
2. prosinca	1. kongres Hrvatskog društva za transplantacijsku medicinu, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
2. prosinca	Gostovanje u emisiji Dobro jutro Hrvatska na temu „Mogućnost liječničke pogreške”, Zagreb (prim. dr. A-Z. Golem)
2. prosinca	Sastanak u Agenciji za znanost i visoko obrazovanje vezano uz centar izvrsnosti za medicinsko pravo, Zagreb (dr. M. Cvitković)
2. prosinca	Obilježavanje 170. obljetnice postojanja i rada bolnice u Novoj Gradišci (prim. dr. N. Leko)
5. prosinca	Sjednica Upravnog vijeća Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
5. prosinca	Sastanak s predstvincima liječnika primarne zdravstvene zaštite vezano za koncesije i druga pitanja od zajedničkog interesa, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, prim. dr. A-Z. Golem, dr. M. Margreitner, dr. M. Cvitković)
6. prosinca	Sastanak s ministrom pravosuđa g. Šprljom i ekspertnim timom Ministarstva pravosuđa vezano uz problem nasilja nad liječnicima te pitanja kaznenog zakona i adekvatne kaznenopravne zaštite liječnika, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, prim. A-Z. Golem, dr. M. Cvitković)
7. prosinca	Obilježavanje 25. godišnjice poslovanja Specijalne bolnice Medico, Rijeka (dr. sc. T. Goluža)
8. prosinca	Sastanak u Ministarstvu državne imovine, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
8. prosinca	Sastanak s predstvincima i predsjednikom uprave Wiener osiguranja, g. Leonhartsberger Schrottom, i svečana predaja police osiguranja pravne zaštite liječnika, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. M. Cvitković)
8. prosinca	Sastanak s liječnicima vezano uz temu pripravničkog staža i stručnog ispita, Zagreb (dr. M. Cvitković)
9. prosinca	Simpozij Gradskog ureda za zdravstvo Grada Zagreba „Nove i stare ovisnosti iz perspektive zdravstvenih ustanova”, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
9. prosinca	Izborna skupština Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)
9. prosinca	Satelitski simpozij HLK-a „Medicinsko pravo i odgovornost unutar tima“ u sklopu 8. Štamparovih dana, Požega, (dr. M. Cvitković)
11. prosinca	Obilježavanje 70. obljetnice Unicef-a, Zagreb (dr. sc. I. Pejnović Franelić)
12. prosinca	Posjet predstavnika Europske komisije vezano za studiju o korupciji u zdravstvenom sektoru, Zagreb (prim. dr. A-Z. Golem, dr. I. Raguž)
12. – 16. prosinca	Tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještace, Zagreb
13. prosinca	Sjednica Fakultetskog vijeća Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci (doc. dr. G. Hauser)
14. prosinca	Konferencija HLK-a za novinare povodom predstavljanja detaljnih i alarmantnih podataka o odlasku liječnika iz Hrvatske (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, prim. dr. A-Z. Golem, dr. M. Cvitković)
15. prosinca	Konferencija HLK-a za novinare u vezi liječničkog staža, Rijeka (dr. sc. T. Goluža, dr. I. Lerotić, doc. dr. G. Hauser, doc. dr. A. Protić)

15. prosinca	Tribina Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci s temom „Obiteljska medicina u Hrvatskoj danas: kriza i raspleti“, Rijeka (dr. sc. T. Goluža, doc. dr. G. Hauser, dr. M. Margreitner, dr. D. Soldo)
15. prosinca	Sastanak s predstavnicima Pravnog fakulteta u Splitu vezano uz novu studijsku godinu medicinskog prava, e-learning te ostala polja zajedničke suradnje, Split (dr. M. Cvitković)
15. prosinca	Gostovanje u emisiji N1 televizije na temu izmjena Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, Zagreb (prim. dr. A-Z. Golem)
16. prosinca	Sastanak u HZZO-u vezano vođenje privremene nesposobnosti za rad, Zagreb (dr. M. Margreitner, dr. D. Soldo)
16. prosinca	Svečana sjednica Podružnice Šibenik HLZ-a, Šibenik (dr. N. Brajković)
19. prosinca	Dan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i proslava 99. obljetnice Fakulteta, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
19. prosinca	Sastanak s predstavnicima Strukovnog razreda za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Hrvatske komore zdravstvenih radnika, Zagreb (dr. M. Cvitković)
20. prosinca	Sastanak s ministrom zdravstva prof. prim. M. Kujundžićem vezano uz izmjene Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, aktualnu zdravstvenu problematiku te druge predmete od zajedničkog interesa, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, prim. dr. A-Z. Golem, dr. M. Cvitković)
20. prosinca	Sastanak s predstavnicima Hrvatske udruge poslodavaca, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
22. prosinca	Gostovanje u emisiji HRT-a, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
23. prosinca	Posjet Klinici za pedijatriju KBC-a Zagreb u sklopu humanitarne akcije „Medicinari velikog srca“ (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. I. Pejnović Franelić, prim. dr. A-Z. Golem, dr. M. Cvitković)
23. prosinca	Sudjelovanje u pozivnom centru humanitarnog koncerta Pokaži ljubav-gledaj srcem, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
29. prosinca	Sastanak s predstavnicima ŠNZ A. Štampar vezano uz područja zajedničke suradnje, posebno u programima u sklopu specijalističkog usavršavanja doktora medicine (dr. sc. T. Goluža, dr. M. Cvitković)

Sastanci tijela Komore u prosincu 2016.

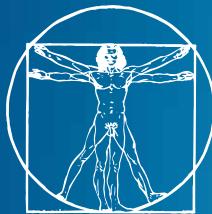
7. prosinca	Sjednica Nadzornog odbora
7. prosinca	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
9. prosinca	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
9. prosinca	Sjednica Vijeća
10. prosinca	Sjednica Skupštine HLK-a
13. prosinca	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
13. prosinca	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
16. prosinca	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
19. prosinca	Sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti
20. prosinca	Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost
1.-31. prosinca	8 rasprava na Časnom sudu

Pregled aktivnosti dužnosnika Komore u siječnju 2017.

9. siječnja	Konferencija za novinare povodom predstavljanja projekta Aktivna Hrvatska 2017. i HLK kao stručnog partnera u projektu, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
12. siječnja	Sastanak s Hrvatskim društvom za sportsku medicinu i Središnjim državnim uredom za šport vezano uz regulativu i organizaciju sportske medicine u Hrvatskoj kao i sudjelovanja liječnika u organizaciji pružanja medicinske pomoći na sportskim natjecanjima (dr. M. Cvitković)
13. siječnja	Tribina „Palijativna medicina-brinimo zajedno“, Split (doc. dr. sc. K. Dolić)
14. siječnja	Sjednica Vijeća UEMS-a (Europsko udruženje liječnika specijalista), Brussels (doc. dr. sc. I. Bilić)
15. siječnja	Svečani koncert prigodom obilježavanja 25. obljetnice međunarodnog priznanja Republike Hrvatske, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)
16. siječnja	Konferencija za novinare povodom smjene ravnateljice OB Varaždin dr. Sanje Zember, Varaždin (dr. sc. K. Luetić, prim. dr. A-Z. Golem)
16. siječnja	Sastanak na Pravnom fakultetu u Splitu vezano uz razvoj instituta medicinskog prava, studij medicinskog prava i daljnji plan i aktivnosti suradnje (dr. M. Cvitković)
17. siječnja	Predavanje studentima 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u okviru kolegija Organizacija zdravstvene zaštite (dr. M. Cvitković)
17. siječnja	Sastanak s predstvincima mlađih liječnika i specijalizanata vezano uz temu Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i njegovim izmjenama i dopunama, pitanja ugovora, tužbi kao i sudskih postupaka (dr. sc. K. Luetić, prim. dr. A-Z. Golem, dr. I. Bekavac, dr. M. Cvitković)
18. siječnja	Sastanak s predstvincima Inovativne farmaceutske inicijative vezano uz segment edukacije liječnika i razvoja e-platforme (dr. sc. K. Luetić, dr. I. Lerotić, dr. M. Cvitković)
19. siječnja	Sastanak s predstvincima komora u zdravstvu, Zagreb (dr. I. Bekavac)
23. siječnja	Sastanak s organizatorima simpozija „Zdravstveni sustavi i zdravstvena politika“, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. M. Margreitner, dr. sc. I. Pejnović Franelić)
25. – 26. siječnja	Izvanredni stručni nadzor u KBC-u Split
26. siječnja	Sjednica Upravnog vijeća Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
27. siječnja	Sastanak s nakladnikom časopisa „Svijet osiguranja“ i Institutom za osiguranje vezano uz programe edukacije u području osiguranja koji su od posebnog interesa za liječničku profesiju (dr. sc. T. Goluža, dr. M. Cvitković)
27. siječnja	Gostovanje u emisiji HRT-a, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
30. siječnja	Sastanak u HZZO-u u vezi osnovne i dopunske liste lijekova, Zagreb (dr. sc. D. Erceg)
31. siječnja	Sastanak s Hrvatskim zavodom za telemedicinu vezano uz suradnju na polju edukacije i trajne izobrazbe liječnika kao i na ostalim poljima od zajedničkog interesa (dr. I. Bekavac, dr. M. Cvitković)

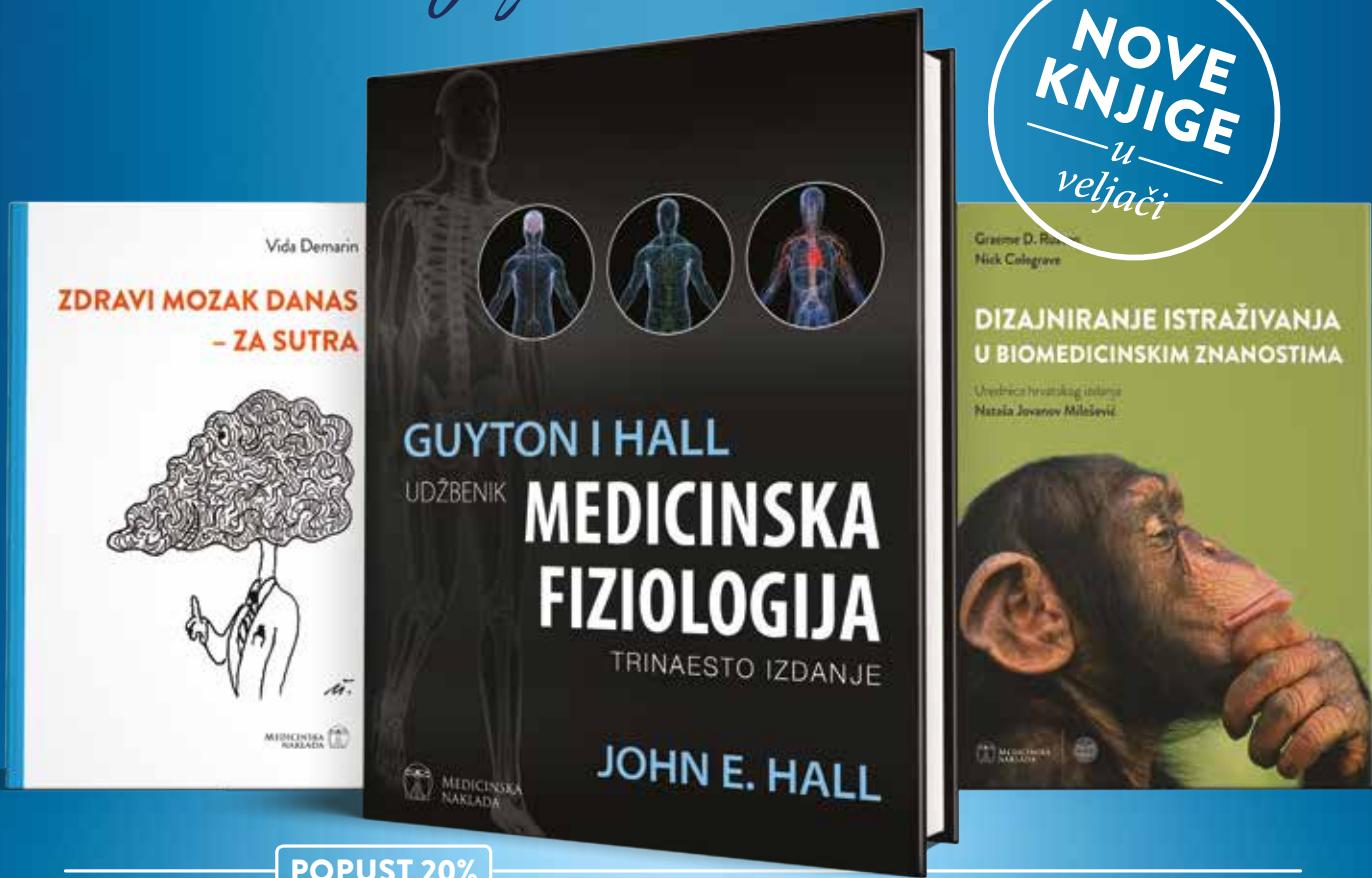
Sastanci tijela Komore u siječnju 2017.

17. siječnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
18. siječnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
23. siječnja	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
24. siječnja	Sjednica Izvršnog odbora
27. siječnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
1.–31. siječnja	4 rasprave na Časnom sudu



MEDICINSKA NAKLADA

Knjige s potpisom



POPUST 20%

ZDRAVI MOZAK DANAS - ZA SUTRA

AUTORICA:
Vida Demarin

DIMENZIJE: 21 x 14,5 / OPSEG: 208 str.
UVEZ: meki / GODINA IZDANJA: 2017.

PUNA CIJENA: 99,00 kn
S POPUSTOM: 80,00 kn

MEDICINSKA FIZIOLOGIJA - udžbenik, 13. izdanje

naslov originala: TEXTBOOK OF
MEDICAL PHYSIOLOGY

AUTORI: Arthur C. Guyton
i John E. Hall

DIMENZIJE: 24 x 28 / OPSEG: 1168 str.
UVEZ: tvrdi / GODINA IZDANJA: 2017.

PUNA CIJENA: 819,00 kn
S POPUSTOM: 650,00 kn

DIZAJNIRANJE ISTRAŽIVANJA U BIOMEDICINSKIM ZNANOSTIMA

naslov originala: EXPERIMENTAL
DESIGN FOR THE LIFE SCIENCES

AUTORI: Graeme D. Ruxton
i Nick Colegrave

IZDAVAČ ORIGINALA: Oxford University Press
DIMENZIJE: 19 x 24,5 / OPSEG: 200 str.
UVEZ: meki / GODINA IZDANJA: 2017.

PUNA CIJENA: 147,00 kn
S POPUSTOM: 120,00 kn

Popuste možete ostvariti od 1. do 28. veljače 2017. u knjižarama MEDICINSKE NAKLADE, Vlaška 90 i Cankarova 13 u Zagrebu, narudžbom putem e-maila na adresu prodaja@medicinskanaklada.hr ili telefonom. Poštanski troškovi nisu uključeni u cijenu.

Popusti se ne zbrajaju i akcije se međusobno isključuju.

Prof. Drago Prgomet novi predsjednik Upravnog vijeća HZZO-a

HZZO će u 2017. godini financirati pripravnički staž doktora medicine, doktora dentalne medicine, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije u zdravstvenim ustanovama koje s HZZO-om imaju sklopljen ugovor za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja



Za predsjednika Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) izabran je prof. dr. sc. Drago Prgomet dok zamjenik predsjednika Upravnog vijeća ostaje Josip Budimir, dipl. oec., odlučeno je na konstituirajućoj sjednici tog tijela održanoj 23. siječnja.

Ostali članovi Upravnog vijeća HZZO-a

su: prim. dr. Stjepan Bačić, dr. sc. Diana Delić – Brklačić, Edita Burčul, dipl. oec., Tomislav Dulibić, dipl. iur., Milka Kosanović, dipl. iur., dr. Ljiljana Oštrić Anić i Damir Bojčić, dipl. iur.

HZZO i dalje financira pripravnički staž

HZZO će u 2017. godini financirati pripravnički staž doktora medicine, doktora dentalne medicine, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije u zdravstvenim ustanovama koje s HZZO-om imaju sklopljen ugovor za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Pripravnički staž provodit će se u ugovornim zdravstvenim ustanovama čiji su osnivači Republika Hrvatska, kao i jedinice regionalne samouprave i grad, zatim u poliklinikama i ljekarničkim zdravstvenim ustanovama čiji su osni-

vači jedinice regionalne samouprave, isto tako kod poliklinika i ljekarničkih zdravstvenih ustanova čiji su osnivači druge pravne i fizičke osobe, kao i kod privatnih zdravstvenih radnika.

Javni natječaji provodit će se prema potrebi, ovisno o broju diplomanata u određenom vremenskom razdoblju, a najmanje pet puta tijekom 2017. godine, izvijestili su iz HZZO-a.

Broj slobodnih pripravničkih mjesta utvrđivat će se prema Pravilniku o mjerilima za primanje zdravstvenih radnika na pripravnički staž, a na temelju podataka iz ugovornih zdravstvenih ustanova.

Javne natječaje provodit će zajedničko povjerenstvo koje čine predstavnici Ministarstva zdravstva, HZZO-a, ugovornih zdravstvenih ustanova i drugih ugovornih subjekata HZZO-a.

U sljedećim brojevima donosimo...

MEDICINA I UMJETNOST - Umjetnošću za kulturu zdravlja

MEDICOPOLIS - Povijest reklamiranja lijekova u Hrvatskoj

HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI - Prof. dr. sc. Radovan Medved, Atletski rekorder i bard hrvatske sportske medicine

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE - Dr. Josip Matuš

INTERVJU S PROF. BEZJAK

Europski i domaći stručnjaci na jednom mjestu

Seminar o osiguranju od odgovornosti liječnika 23. veljače u Zagrebu

Obavljanje liječničke profesije danas je zbog uvjeta na tržištu i povećanog rizika od pružanja zdravstvenih usluga, nezamislivo bez osiguranja. Institut za osiguranje i časopis *Svijet osiguranja* okupit će 23. veljače u zagrebačkom hotelu *Westin*, europske i domaće stručnjake koji se bave upravo osiguranjem od odgovornosti liječnika i medicinskog osoblja, kako bi se raspravilo o svim

aspektima police osiguranja odgovornosti liječnika; od kreiranja pokrića u osiguravajućem društvu, ugovaranja police u bolnicama i medicinskim ustanovama do povezanih sudskeh postupaka.

Uvodno predavanje održat će Nina Jedelhauser iz najvećega svjetskog reosiguravajućeg društva *Swiss Re*, koja će, među ostalim, govoriti o europskim iskustvima

u kreiranju polica za bolnice i medicinske ustanove. Sudionicima seminara prenijet će i iskustva rješavanja šteta te prezentirati kako su tekli sudske postupci u kojima je tužena neka europska bolnica zbog pogreške liječnika.

Hrvatska iskustva u osmišljavanju polica i rješavanju šteta u osiguranju odgovornosti liječnika sudionicima će prenijeti Josip Mađarić iz odvjetničkog ureda *Mađarić & Lui*, a primjere iz domaće sudske prakse prezentirat će sudac Vrhovnog suda Đuro Sessa. Na panel raspravi koja će uslijediti, sudjelovat će i dr. med. Miran Cvitković, predsjednik Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti u Hrvatskoj liječničkoj komori (HLK) i mr. sc. Ante Klarić, voditelj Službe stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova u HLK-u.

Cinjenica je da je najveći broj hrvatskih bolnica osiguran na preniske svote, definativno nedostatne za pokriće čak i prosječnih šteta, a samo dvije, tri bolnice visinu pokrića određuju imajući u vidu mogućnost nastanka visokih šteta. *Institut za osiguranje i Svijet osiguranja* žele potaknuti na izmjenu takve prakse, što bi ujedno značilo i jaču pravnu zaštitu i bolnica i liječnika.



Međunarodna konferencija o zaštiti mentalnog zdravlja

Međunarodna konferencija o zaštiti mentalnog zdravlja u zajednici „Klijent u središtu“ održat će se 9. i 10. ožujka u zagrebačkom hotelu *Westin*. Organizira je Hrvatski zavod za javno zdravstvo u suradnji s Trimbos institutom iz Nizozemske, a održati će se pod pokroviteljstvom Hrvatskog sabora, Ministarstva zdravstva i Grada Zagreba.

Riječ je o nastavku aktivnosti na provedbi Twinning projekta „Osiguranje optimalne skrbi osoba sa mentalnim poremećajima“ koju provode Nizozemska i Hrvatska s ciljem uspostave modela skrbi

u zajednici za osobe s mentalnim poremećajima, a na konferenciji će sudjelovati desetak uvaženih stručnjaka s područja mentalnog zdravlja iz čitavog svijeta te hrvatski stručnjaci iz područja psihijatrije, psihologije, javnog zdravstva i socijalne skrbi.

Konferencija je namijenjena svim stručnjacima koji sudjeluju u zaštiti zdravlja, liječenju i rehabilitaciji osoba sa mentalnim poremećajima.

Više informacija o konferenciji možete dobiti na www.mentalhealthcroatia2017.wordpress.com

Resorni ministar najavio zapošljavanje 200 liječnika obiteljske medicine

KoHOM: „Ministar Kujundžić daje nerealna obećanja“

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) prozvala je ministra zdravstva prof. dr. Milana Kujundžića da ignorira probleme u PZZ-u jer daje nerealna obećanja kako će zaposliti 200 liječnika u obiteljskoj medicini.

KoHOM je u svom priopćenju javno upitao Kujundžića gdje misli pronaći tih 200 liječnika obiteljske medicine i kako ih misli zadržati u obiteljskoj medicini te podsjeća da je u Hrvatskoj 48 obiteljskih liječnika na 100 tisuća stanovnika, dok je u razvijenim evropskim zemljama omjer 94 liječnika na 100 tisuća stanovnika.

Iz KoHOM-a su upozorili kako "mladi doktori robuju u domovima zdravlja radeći istovremeno u dvije, tri ili četiri ambulante, a dnevno imaju čak i do 250 kontakata s pacijentima". Plaća im je "daleko ispod onoga što bi trebali primati u odnosu na odgovornost", a odne-

davno im se od plaća odbija i iznos kazni HZZO-a zbog administrativnih pogrešaka, čime ih se prisiljava da više obraćaju pozornost na "moguće pogreške u broju ili slovu na papiru" nego na pacijente.

Istdobno su suočeni s velikim očekivanjima pacijenata koji nisu upoznati sa svim pravima i administrativnim preprekama koje ograničavaju liječnike, pa često dolazi do verbalnog nasilja i fizičkih prijetnji obiteljskim doktorima, tvrde u KoHOM-u.

Također, upozorili su, specijalizacije i atraktivne ambulante u središtima gradova dodjeljuju se netransparentno, a koncesije se ne raspisuju i nema naznaka da će se u skoro vrijeme raspisivati, pri čemu odlazak liječnika u privatnike donosi izravan finansijski gubitak domovima zdravlja i njihovim vlasnicima županijama. U takvim uvjetima mladi dok-

tori bježe glavom bez obzira iz obiteljske medicine, a sve više pacijenata ostaje bez svoga izabranog liječnika obiteljske medicine, pogotovo u Slavoniji i drugim ruralnim krajevima Hrvatske.

"Unatoč svim našim apelima, molbama i upozorenjima na zabrinjavajuće stanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ministar Kujundžić još uvijek obiteljskim liječnicima nije dao pravu priliku niti dovoljno vremena da mu iznesemo probleme i ponudimo rješenja", poručili su iz KoHOM-a.

„Imamo puno problema i niti jedan ne ignoriram, a najmanje obiteljsku medicinu. Postupno, koliko budemo imali snaže, finansijske i ljudskih resursa, rješavat ćemo obiteljsku medicinu“, odgovorio je ministar Milan Kujundžić novinarima, komentirajući navode KoHOM-a.

Novi Pravilnik o kriterijima za izricanje pedagoških mjera

Liječnici PZZ-a u velikoj mjeri oslobođeni pisanja liječničkih ispričnica

U izradi prijedloga novog Pravilnika aktivno su sudjelovali predstavnici Hrvatske liječničke komore koje je imenovalo u radnu grupu Ministarstvo znanosti i obrazovanja

Liječničke potvrde u svrhu opravdanja izostanka učenika s nastave zbog zdravstvenih razloga, ubuduće će se izdavati samo u slučaju izostanka duljeg od tri rada dana uzastopno. Pravilnik o izmjeni Pravilnika o kriterijima za izricanje pedagoških mjera, koji redefinira uvjete izdavanja liječničkih potvrda, stupio je na snagu 19. siječnja.

Aktualnim izmjenama omogućuje se roditelju učenika da više puta godišnje samostalno opravda izostanak djeteta s nastave do tri radna

dana bez pribavljanja liječničke potvrde.

Izostanak učenika s nastave moći će se opravdati i drugom odgovarajućom potvrdom (npr. potvrdom specijalističke ordinacije u kojoj je obavljen pregled ili dijagnostička pretraga), uključujući i e-potvrdu o narudžbi za pregled u zdravstvenoj ustanovi.

U izradi prijedloga novog Pravilnika aktivno su sudjelovali predstavnici Hrvatske liječničke komore koje je imenovalo u radnu grupu Ministarstvo znanosti i obrazovanja. Cilj im je bio kroz izmjene Pravilnika oslobođiti liječnike primarne zdravstvene zaštite nepotrebne administrativne obveze ispisivanja golemog broja liječničkih ispričnica.

Uspjeh u KBC-u Sestre milosrdnice: radiofrekvencijom uklonili tumor na bubregu



U Institutu za tumore KBC-a Sestara milosrdnica 80-godišnjoj pacijentici uklonjen je tumor na bubregu perkutanom radiofrekvencijskom ablacijskom uz praćenje CT-om. U operaciji je sudjelovao tim od 15 liječnika, a vodio ju je radiolog dr. Luka Novosel.

“Zahvat je učinjen u općoj anesteziji, i to ne u kirurškoj već u radiološkoj sali gdje se sve pratilo CT uređajem. Igla se kroz otvor od svega jednog centimetra uvodi do tumora koji se uništava toplinskom, odnosno radiofrekventnom energijom. Pacijentica je imala tumor od četiri centi-

metara, što se smatra tumorom srednje veličine. Tkivo se zagrijava uz pomoć igle na temperaturu od 60 do 100 Celzijevih stupnjeva”, izjavio je dr. Novosel za Jutarnji list.

Dodao je kako se taj poštredni zahvat može primijeniti i za operacije tumora na plućima i jetri. Tom metodom moguće je liječiti i do tri tumora u jednom zahvatu veličine do tri, odnosno do pet centimetara u izuzetnim slučajevima. U slučaju kad pacijent ima više tumora, onda je potrebno uvesti dvije igle, što kod ove pacijentice nije bilo potrebno.

Dr. Novosel objasnio je za medije kako je ta metoda operacije tumora idealna za pacijente koji bi teško izdržali klasične dugotrajne operacije ako imaju nekih drugih zdravstvenih problema.

Operacija je ukupno trajala oko sat vremena, a s pripremama dva sata. “Pacijentica se dobro oporavlja i već za koji dan odlazi iz bolnice”, rekao je dr. Novosel.

Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ prva je zdravstvena ustanova sa znakom „Hrvatska kvaliteta“

Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ prva je bolnica u Hrvatskoj koja je implementirala sva tri sustava upravljanja kvalitetom (ISO) u svim segmentima bolničke djelatnosti i kojoj je dodijeljen znak „Hrvatska kvaliteta“.

Uvela je normu ISO 9001:2008 za upravljanje kvalitetom, normu ISO 14001:2004 kojom dokazuje da je ekološki osviještena bolnica te HACCP sustav kvalitete u cilju zdravstvene ispravnosti proizvoda.

Njezin je cilj kontinuiranom edukacijom osoblja, primjenom visokih etički i znanstvenih normi te naprednih metoda dijagnostike i liječenja kao i uvođenjem vlastitog sociorehabilitacijskog modela u svakodnevnu skrb psihičkih bolesnika, postati jedan od vodećih specijaliziranih centara u regiji, istaknuo je njezin

ravnatelj doc. dr. sc. Igor Filipčić.

Hrvatska gospodarska komora dodijelila je PB-u „Sveti Ivan“ znak „Hrvatska kvaliteta“, koji korisniku daje jamstvo da je riječ o uslugama vrha svjetske ponude u svojoj klasi.

Bolnici je dodijeljena i Povelja za poticanje i primjenu kvalitete u hrvatskom gospodarstvu za najbolju zdravstvenu ustanovu u 2016. godini. Prepoznatljiva i po tome što prva u ovom dijelu Europe ima jedinstven laboratorij za transkranjsku magnetsku stimulaciju i što posjeduje najmoderniji repetitivni magnetski stimulator kojim se magnetskom stimulacijom mozga liječe depresija, anksiozni poremećaji, PTSP i ovisnosti kao što su kockanje, pušenje ili alkoholizam.

Simpozij „Suvremeno u oftalmologiji“

Trinaesti tradicionalni predlagdanski simpozij „Suvremeno u oftalmologiji“ Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva ponudio je zanimljive rasprave o suvremenim smjernicama i organizacijskim aspektima liječenja najčešćih očnih bolesti. Brojni sudionici okruglih stolova u maloj dvorani KD-a Vatroslava Lisinskog u Zagrebu pokušali su dati odgovore na "vječna" pitanja vezana uz pre-doperacijsku obradu kod operacije sive mrene te raspraviti smjernice HOOD-a za intravitrealnu primjenu anti-VEGF lijekova. Najbrojnije su bile teme vezane uz glaukom. Sudionici su pozdravili pojavu sve većeg broja kapi za snižavanje intraokularnog tlaka bez konzervansa na hrvatskom tržištu, što će sigurno smanjiti broj komplikacija kod glaukomskih bolesnika koji terapiju kapaju doživotno. Korisna je bila i razmjena iskustava u suvremenom liječenju glaukomskih bolesnika s prof. Barbarom Cvenkel, gošćom iz Očne klinike u Ljubljani, dok se najživlja rasprava o pleoptičkom i ortoptičkom liječenju u Hrvatskoj i svijetu odvijala u sklopu Sekcije za pedijatrijsku oftalmologiju i strabizam.

S posebnim se ponosom predsjednik društva prof. Zoran Vatavuk zahvalio je dr. Nedi Striber kao dobitnici Medalje časti, najvišeg priznanja Hrvatske liječničke komore na svemu što je u najtežim vremenima učinila za dobrobit pacijenata OB-u Vukovar. U kratkom i emotivnom obraćanju ona je podsjetila na visoku razinu profesionalnosti svih kolega liječnika u nemogućim ratnim uvjetima. U ime prisutnih je predsjednik društva uputio čestitke i prof. Renati Iveković za izbor na mjesto glavne tajnice Europskog odbora za oftalmologiju (EBO), krovne europske udruge za edukaciju u oftalmologiji, što je veliko priznaje i njoj i hrvatskoj oftalmologiji. To će svakako pripomoći daljnjoj standardizaciji i kvalitetnoj edukaciji u oftalmološkim klinikama u Europi.

Adrian Lukenda, spec. oft.

Dvadeset godina Odbora za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike u Hrvatskoj

Prim. dr. Marina Payerl-Pal, tajnica Odbora

Odbor za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike u Republici Hrvatskoj proslavio je 20 godina svoga rada i postojanja. Na svečanom sastanku u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, prim. dr. sc. Tea Tambić, inače idejna začetnica i osnivačica Odbora, istaknula je kontinuitet rada Odbora u 20-godišnjem razdoblju; uspostavu mreže mikrobioloških laboratorija te rezultate praćenja rezistencije bakterija na antibiotike i praćenja potrošnje antibiotika. Sve to Hrvatsku stavlja uz bok Švedske i Danske, rijetkih europskih zemalja koje imaju takvu tradiciju sustavnog praćenja rezistencije. Prim. Tambić naglasila je i ulogu Odbora u standardizaciji metoda određivanja osjetljivosti na antibiotike u Hrvatskoj, što je zadnjih godina postala vrlo aktualna tema u Europi.

Predsjednica Odbora prof. dr. sc. Arjana Tambić Andrašević predstavila je u svom izlaganju rad Odbora, zahvalivši se svim članovima; bivšim i sadašnjima, za njihov doprinos. Istaknula je kako je Hrvatska dugo prisutna na karti Europe, a na međunarodnim skupovima često služi kao dobar primjer organizacije nacionalnog praćenja rezistencije.

Povodom jubileja Odbora, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH) izdala je publikaciju: „Dvadeset godina osjetljivosti i rezistencije bakterija na antibiotike u Republici Hrvatskoj“.

Organizirano praćenje rezistencije na nacionalnoj razini započelo je u Hrvatskoj 1996. godine osnivanjem Odbora za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike pri Kolegiju za javno zdravstvo AMZH-a. Odbor je početku uključivao rezultate 17 mikro-



Prof. dr. sc. Arjana Tambić Andrašević, prim. dr. Marina Payerl-Pal, prim. dr. sc. Danijela Bejuk, prim. dr. sc. Tera Tambić

bioloških laboratorija pozvanih da svojim rezultatima predoče stanje u različitim regijama Hrvatske, a danas okuplja voditelje 35 mikrobioloških laboratorija i svojim podacima pokriva više od 90 posto hrvatske populacije. Praćenje rezistencije u Hrvatskoj dodatno je unaprijeđeno osnutkom Referentnog centra Ministarstva zdravstva za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike pri Klinici za infektivne bolesti „Dr. F. Mihaljević“ 2003. godine; osnivanjem hrvatske podružnice internacionalne organizacije The Alliance for the Prudent Use of Antibiotics (APUA) te osnivanjem Interdisciplinarne sekcije za kontrolu rezistencije na antibiotike (ISKRA), interdisciplinarnog tijela (engl. “Intersectorial Coordination Mechanism”, ICM) pri Ministarstvu zdravstva 2006. godine.

European Business Award

SB „Sveta Katarina“ nadomak prestižne europske nagrade!

Na <http://www.businessawardseurope.com/vote/detail-new/croatia/19112> pogledajte službenu, natjecateljsku video prezentaciju SB Sveta Katarina te svojim glasom podržite nastojanja međunarodno priznate hrvatske bolnice da osvoji prestižnu europsku nagradu. Glasovanje traje do 4. ožujka 2017.



Specijalna bolnica za ortopediju, kirurgiju, internu medicinu, neurologiju i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Sveta Katarina“ iz Zaboka ušla je u završnicu natjecanja za dodjelu "European Business Award", nagrade za izvrsnost, inovaciju i etiku u poslovanju.

Natjecanje je ove godine okupilo preko 33 tisuće kompanija iz 34 države. Nezavisna komisija je nakon prve faze natjecanja utvrdila da SB „Sveta Katarina“ njeguje specifičan koncept krajnje individualnog

pristupa pacijentima i princip poslovanja u čijem je fokusu pacijent, te je bolnicu nominirala za nagradu u kategoriji "Customer Focus".

U završnici natjecanja o pobjedniku odlučuje javno glasovanje te analiza video i javne prezentacije kandidata. Svečanost proglašenja laureata i dodjeljivanje nagrada upriličit će se u Dubrovniku, u svibnju ove godine. Hrvatska medicina za europsku nagradu – ostvarenje vrijedno podrške!

Primjer dobre danske prakse za poboljšanje kvalitete

Primjer unaprjeđenja kvalitete u jednoj bolnici u Danskoj – izrada i izlaganje elaborata/seminara za poboljšanje rada odjela

Često imamo priliku pročitati da je unaprjeđenje kvalitete važno i da doprinosi radnoj učinkovitosti. Literaturni podaci i iskustvo pokazuju da je najbolje kad se postigne takva radna okolina da se svi djelatnici samoinicijativno svakodnevno brinu o unaprjeđenju kvalitete u svom individualnom radu kao i radu tima kao cjeline. U ovom članku opisan je primjer dobre prakse koji bez puno dodatnih sredstava, na razmjerno jednostavan način može doprinijeti poboljšanju kvalitete radnih procesa.

U jednoj psihijatrijskoj bolnici u Danskoj svaki liječnik dobije zadatak da nađe nešto na nekom od drugih odjela što oni nemaju na svom odjelu, a što im može pomoći u svakodnevnom poslu. Ako na nekom drugom odjelu postoji protokol, shema, obrazac ili metoda rada koja se pokazala učinkovitom, a čija bi primjena mogla biti korisna na njegovom odjelu, onda se poduzmu istraživanje, analiza, primjena i praćenje te metode. Koraci su: odabir učinkovite metode iz drugog odjela, mjesec dana primjene na svom odjelu, evaluacija metode (je li dobra ili nije) te izlaganje rezultata primjene.

Prvo se treba dogоворiti s doktorom na drugom odjelu koji primjenjuje odabranu metodu rada, upisati se u kalendar i dobiti pozivnicu. Zatim se prisustvuje primjeni te metode i onda se ona uvede u posao četiri tjedna. Cijelo vrijeme treba pratiti sva opažanja i na kraju napraviti izvještaj koji uključuje rezultate praćenja s grafovima, eventualnim problemima i zaključak je li korisna ili nije za svakodnevni rad. Izvještaji se izlažu na konferenciji. Ako se tijekom praćenja nova metoda pokaže korisnom, može se uvesti kako standardan postupak. Također se na konferenciji može slušati što su drugi radili, pa vidjeti korisne sisteme koje su kolege otkrili, što bi možda doprinijelo poboljšanju vlastita rada.

Tatjana Nemeth Blažić, dr. med.
tatjana.nemeth-blažić@hzjz.hr

Udruga P.I.N.K.-life edukativnom akcijom obilježila Svjetski dan borbe protiv raka



Povodom Svjetskog dana borbe protiv raka, Udruga Pogled iz novog kuta (P.I.N.K - life) održala je 4. veljače akciju na zagrebačkom Cvjetnom trgu, čiji cilj je podizanje svijesti o oboljenjima od raka, njihovoj prevenciji, dijagnosticiranju i liječenju. Članovi Udruge, koja okuplja onkološke bolesnike, zdravstvene djelatnike, volontere, kao i osobe društveno i socijalno osviještene za ovaj problem, dijelili su edukativne letke kojima su informirali građane o važnosti prevencije malignih bolesti putem postojećih Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka. U tome su im pomogle i brojne osobe iz javnog života, a akciju je podržala i HLK. Krajnji cilj ove akcije kao i svih ostalih akcija Udruge P.I.N.K. u 2017 godini je usvajanje Nacionalnog plana borbe protiv raka.

O zdravstvenom turizmu na vodećoj međunarodnoj HTI konferenciji u Rovinju

Svi važni dionici svjetskog zdravstvenog turizma iz privatnog i javnog sektora okupit će se, od 28. veljače do 2. ožujka, u Rovinju na Health Tourism Industry (HTI), vodećoj međunarodnoj konferenciji s područja zdravstvenog turizma. Inovativni 3u1 integrirani skup, koji će se održati u hotelu Lone, uključuje još dva međunarodna događanja - ILHA (International Luxury Hotel Association) Summit i TTM (Taste the Mediterranean) Festival. HTI konferencija okupit će veliki broj stručnjaka s područja zdravstvenog turizma iz Europe, Azije, Afrike i Bliskog istoka koji će kroz niz zanimljivih tematskih panela i prezentacija predstaviti najbolje prakse i primjere te istaknuti trendove i izazove industrije.

"Upravo je zdravstveni turizam jedan od trendova koji je u porastu. Vjerujemo da ćemo novim konceptom koji uključuje još dva međunarodna skupa pokazati da su inovativnost i edukacija također bitni segmenti zdravstvenog



nog turizma", rekao je Zdeslav Radovčić, predsjednik Uprave i osnivač HTI konferencije. Cilj konferencije je omogućiti pružateljima usluga u industriji mogućnost za stvaranje novih suradnji, dijeljenje iskustava te učenje o trendovima i prilikama na tržištu. Među govornicima konferen-

cije su predsjednik američkog Udržbenja zdravstvenog turizma Jonathan Edelheit, hrvatski znanstvenik Dragan Primorac i predsjednik EHTTE Europskog udruženja povjesnih toplica, Giuseppe Bellandi. Konferenciju će HLK bodovati s 12 bodova za pasivno i 18 bodova za aktivno sudjelovanje.

U KBC-u Zagreb otvoren Centar za prostatu

Prof. dr. sc. Željko Kaštelan, predstojnik Klinike za urologiju, KBC-a Zagreb



U Klinici za urologiju KBC-a Zagreb otvoren je Centar za prostatu u kojem će se, osim urološkog pregleda i ovisno o indikaciji moći obaviti niz dijagnostičkih pretraga vezanih uz bolesti prostate, laboratorijske pretrage (PSA, kreatinin, sediment urina, mikrobiološka), UZV urotakta, uroflow, UZV-om vođena biopsija prostate te, po potrebi, operacije.

Novi centar može primati velik broj bolesnika, a očekuje se značajno smanjivanje lista čekanja za dijagnostičku obradu i liječenje bolesti prostate, koje su najčešća urološka patologija muškaraca.

Naime, poznato je da su smetnje mokrenja uzrokovanе bolestima prostate najčešći razlog dolaska pacijenta urologu i jedan su od najčešćih razloga hospitalizacije na urološkim odjelima pa stoga bolesti prostate predstavljaju značajan javnozdravstveni problem.

Suvremena dijagnostika i liječenje bolesti prostate su multidisciplinarni. Uz urologa u njima sudjeluju i onkolozi, radiolozi, radioterapeuti, specijalisti nuklearne medicine, mikrobiolozi, anesteziologi i dijetetičari, a važna je dobra suradnja s lijećnicima obiteljske medicine.

UPUTA ZA LIJEĆNIKE OBITELJSKE MEDICINE

Za narudžbu Vaših bolesnika u Centar za prostatu potrebna je **D2 uputnica za Dnevnu bolnicu urologije**. S tom uputnicom narudžbe su moguće putem email-a predbiljezbe.centar.za.prostatu@kbc-zagreb.hr ili osobno u Centru (1. kat zelene zgrade KBC-a Zagreb).

Pacijenti kojima će pregled u Centru biti najkorisniji su oni:

- koji imaju početne tegobe mokrenja i trebaju prvi pregled urologa
- s povišenom PSA
- s novodijagnosticiranim rakom prostate koji radi odluke o dalnjem liječenju
- s dugotrajnim tegobama mokrenja koji trebaju nove opcije liječenja
- mladi pacijenti koji imaju dugoročne tegobe zbog kroničnog prostatitisa.

Nadamo se uspješnoj suradnji. Za sve pojedinosti slobodno se obratite na gore navedenu e-adresu.

DIES ACADEMICUS AKADEMIJE MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE 2016.

Prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić, predsjednica AMZH -a



Prof. Mihatov i prof. Jasna Lipozenčić proglašavaju laureatom
AMZH-a prof. Rumoldta (desno)

Dies academicus AMZH-a dostojanstveno je održan u Hrvatskom lječničkom domu 14. prosinca u Zagrebu pred 130 sudionika. Odvijao se u tri dijela: uručenjem diploma Akademijinim novim članovima, dodjelo dviju znanstvenih nagrada i dodjelom počasnog naslova laureat za 2015. godinu. Nakon pozdravne riječi i izvješća predsjednice AMZH-a, uslijedio je prigodni glazbeni program pod dirigentskom palicom prof. Ive Juras. Najavio ga je prof. dr. Mijo Bergovec, osnivač i dugogodišnji maestro zбора Zagrebački lječnici pjevači. Zatim su svečano uručene diplome i značke AMZH-a novim članovima koji su primljeni u ove kolegije:

Kolegij internističkih znanosti:

1. prof.dr.sc. Dušanka Martinović Kaliterna – iz Splita
2. prof.dr.sc. Ivica Mihaljević – iz Osijeka
3. prof.dr.sc. Jure Mirat – iz Zagreba
4. prof.dr.sc. Marija Pajtler – iz Osijeka

5. doc.dr.sc. Zrinjka Paštar – iz Zagreba
6. prof.dr.sc. Igor Prpić – iz Rijeke
7. prof.dr.sc. Sanjin Rački – iz Rijeke
8. prof.dr.sc. Silva Butković Soldo – iz Osijeka
9. prof.dr.sc. Vera Vlahović Palčevski – iz Rijeke

Kolegij kirurških znanosti:

1. prof.dr.sc. Davorin Đanić – iz Slavonskog Broda
2. prof.dr.sc. Nenad Ilić – iz Splita
3. prof.dr.sc. Savo Jovanović – iz Osijeka
4. doc.dr.sc. Ante Sekulić – iz Zagreba
5. doc.dr.sc. Josip Španjol – iz Rijeke

Suradni član:

1. doc.dr.sc. Suzana Konjevoda – iz Zadra

Kolegij temeljnih znanosti:

1. prof.dr.sc. Zoran Đogaš – iz Splita
2. prof.dr.sc. Nela Pivac – iz Zagreba

Kolegij javnog zdravstva:

1. doc.dr.sc. Krunoslav Capak – iz Zagreba
2. prof.dr.sc. Rudika Gmajnić – iz Osijeka
3. prof.dr.sc. Simeon Grazio – iz Zagreba
4. prof.dr.sc. Vesna Ilakovac – iz Osijeka
5. doc.dr.sc. Anamarija Jurčev-Savičević – iz Splita
6. prof.dr.sc. Rosanda Mulić – iz Splita
7. prof.dr.sc. Tomislav Rukavina – iz Rijeke

Dopisni članovi su prof. dr. sc. Igor Švab iz Ljubljane, prof. dr. sc. Zmago Turk iz Maribora i prof. dr. sc. Suzana Tkaličić iz SAD-a (CA), a počasni član je prof. dr. sc. Osman Sinanović iz Tuzle.

Zatim je predsjednik Odbora za nagrade i priznanja prof. dr. Šime Mihatov obrazložio i objavio imena dobitnika znanstvenih nagrada koje sponzorira Pliva, zahvaljujući predsjedniku njene uprave dipl. oec. Mihaelu Furjanu. Prof. dr. sc. Bojan Polić dobitnik je nagrade "Ante Šcerer", a nagrade "Borislav Nakić" dr. sc. Tomislav Kopjar.

Svečanost je nastavljena dodjelom počasnog naslova laureata za 2015. prof. dr. Zvonku Rumboldtu iz Splita. Prof. Mihatov je obrazložio taj izbor, a laudator prof. Goran Dodig je prikazao Rumboldtov znanstveni opus i status. U nastavku je prof. Rumboldt oduševio sudionike svojim prikazom kliničkih ispitivanja lijekova i postupka liječenja bolesnika koji često nije svrshodan prema dobi i indikaciji za liječenje. Svi prisutni su bili oduševljeni nastupom, a predsjednica je dopunila izlaganje zahvalom prof. Rumboldtu što je desetljećima bio vrijedan recenzent radova za Akademijina Acta Medica Croatica te tako pridonio i boljoj indeksiranosti časopisa. Laureatu su predani plaketa, diploma i cvijeće.

Nakon radnog dijela nastavljeno je druženje u Klubu hrvatskih lječnika.



DENIS ROMAC

Kolumnist i
komentator Novog lista
te potpredsjednik
Hrvatskog novinarskog
društva

dva desetljeća nakon rata Hrvatska i Srbija i dalje su u obostranom ratnom stanju. Sporazum o normalizaciji odnosa i međusobnom priznanju potpisani je odmah nakon rata, 1996. godine, no odnosi između dviju država nikad nisu u potpunosti normalizirani. Štoviše, nakon stidljivog napretka početkom prošlog desetljeća, kada s političke scene odlaze Franjo Tuđman i Slobodan Milošević, hrvatsko-srpski odnosi sustavno se pogoršavaju, pogotovo zadnjih pet godina, otkako su ključne političke pozicije u Srbiji preuzele nekadašnji Šešeljevi radikalni Aleksandar Vučić i Tomislav Nikolić.

Primjer hrvatsko-srpskih odnosa zorno svjedoči o razmjerima neuspjeha ukupnog procesa pomirenja na području bivše države. Iako mnogi i na jednoj i na drugoj strani smatraju kako je samo riječ o prirodnom stanju - kao što je »normalno« da se Hrvati i Srbi uzajamno mrze - riječ je o krajnje absurdnoj i neprirodnoj situaciji, koja šteti i jednoj i drugoj zemlji.

HRVATSKO-SRPSKO

Zašto su Francuzi i Nijemci u samo nekoliko godina uspjeli ostvariti nešto što Hrvatima i Srbima ne polazi za rukom ni više od dva desetljeća nakon rata? Odgovor je jednostavan: na čelu Francuske i Njemačke bili su odgovorni lideri koji su imali viziju i hrabrost, dok političari u Hrvatskoj i Srbiji i 20 godina nakon rata parazitiraju upravo na održavanju mita o vječnom neprijateljstvu...

Uzmimo samo primjer Francuza i Nijemaca, tih arhineprijetelja Europe, koji su stoljećima međusobno ratovali, sve dok pedesetih godina prošloga stoljeća – dakle samo nekoliko godina nakon okončanja Drugog svjetskog rata – njemački i francuski čelnici nisu odabrali pomirenje i suradnju. Proces pomirenja, dakako, nije bio jednostavan. Valjalo je prevladati tradicionalne predrasude, no proces je, zahvaljujući odlučnosti i odgovornosti političara na jednoj i drugoj strani, bio neopoziv. Djeca u školama u Francuskoj i Njemačkoj nisu više u školama učili da su oni na drugoj strani njihovi vječni neprijatelji. Upravo u tom procesu nastala je Europska unija, jer je pomirenje Francuza i Nijemaca bilo preuvjet europskog ujedinjenja, a ne njegova posljedica.

Nacionalisti će odnose Hrvata i Srba kroz povijest oslikavati isključivo u mračnim tonovima, iako postoje bezbrojni primjeri

njihove suradnje i suživota. Koliko god bili turbulentni, problemi između Hrvata i Srbaca zapravo su banalni u usporedbi s vjekovnom mržnjom Francuza i Nijemaca. Zašto su onda Francuzi i Nijemci u samo nekoliko godina uspjeli ostvariti nešto što Hrvatima i Srbima ne polazi za rukom ni više od dva desetljeća nakon rata? Odgovor je jednostavan: zato što su na čelu Francuske i Njemačke bili odgovorni lideri koji su imali viziju i hrabrost, dok političari u Hrvatskoj i Srbiji i 20 godina nakon rata parazitiraju upravo na održavanju mita o vječnom neprijateljstvu, slaveći rat i izravno škodeći interesima svojih država i vlastitih naroda. Srbija će tako nastaviti živjeti svoj hegemonistički san, koji je onemogućava da na ravnopravnoj osnovi surađuje s ostalim državama u regiji, dok Hrvatska zbog tih sukoba ne može postati normalna i funkcionalna članica EU-a, jer je i dalje duboko uvučena u balkanske sukobe i sporove.

Jedan dio odgovornosti za takav porazan ishod svakako snosi i EU. Dok je u prošlom desetljeću EU imala kakvu-takvu strategiju za prostor bivše Jugoslavije, jer je europska politika proširenja funkcionalira po načelu mrkve i batine i imala je transformacijsku moć – čemu vjerojatno možemo zahvaliti i kratkotrajno razdoblje hrvatsko-srpskog detanta upravo u to vrijeme – danas je ta strategija, kao i europska politika proširenja, na izdisaju. Iako politika proširenja formalno nije ugašena, perspektiva punopravnog članstva za sadašnje balkanske kandidatkinje postala je krajnje neizvjesna, ne samo zbog problema na strani kandidatkinja, nego i zbog zamora na strani EU-a, kao i opće neizvjesnosti oko budućnosti i opstanka EU-a. A kako više nema europske mrkve, onda je logično da i situacija na Balkanu, unatoč hrvatskom članstvu u EU-u, (p)ostaje predratna.

SRPSKI ODNOŠI

Aristotel je određivao vrlinu kao mjeru, neku vrstu dobre sredine (koja ne mora nužno biti aritmetička) između loših krajnosti, pa bi tako, primjerice, hrabrost bila sredina između kukavičluka i pogibeljne, obijesne smionosti, darežljivost sredina između rasipnosti i škrtosti itd. Iz takve aristotelovske perspektive, čini se kako i hrvatska i srpska vanjska politika trenutno imaju isti problem, ali sa suprotnim predznakom.

Hrvatsko političko vodstvo nakon Tuđmana u vanjskoj je politici, osobito prema susjedima, snishodljivije i kukavnije nego što bi trebalo i moglo biti, dok je srpsko bahatiće i preuzetnije, pa u pravilu zine više nego što može zagristi i progutati.

Bahatost i megalomanija u prošlosti su više puta sprječili Srbiju u većem i stabilnijem ostvarenju nacionalnih ciljeva. Dovoljno je samo sjetiti se srpskog odbijanja plana Z4 koji im je u Hrvatskoj nudio golemu autonomiju, koju sada samo mogu sanjati.

Hrvatska, pak, nikako da se počne ponašati kao suverena država, koja ponajprije treba definirati i boriti se za svoje nacionalne interese, uvažavajući pri tom i međunarodne obveze koje je preuzela, pa i interesе šireg okvira, poput EU-a, čija je članica.

Hrvatska nije toliko velika i jaka da može samostalno odlučiti hoće li Srbija ući u EU ili neće, ali itekako može utjecati na to kakva će Srbija eventualno ući u Uniju. Tu smo se moralni u sklopu šire europske pregovaračke strategije postaviti puno čvršće. Na početku srpskih pristupnih pregovora trebalo je jasno reći što očekujemo od istočnih susjeda kao uvjet za dobivanje hrvatskoj zelenog svjetla za pojedina poglavlja. Ne kao ucjenu kojom bi se u svoju korist rješavali neki bilateralni sporovi, kao što je činila Slovenija Hrvatskoj, već je od Srbije trebalo jasno, čvrsto i korektno zahtijevati ispunjenje europskih normi i standarda, a o njima transparentno informirati javnosti i čelnike drugih zemalja EU-a.

Umjesto toga, odluke se donose *ad hoc*, pa se tako najprije Srbiji zažmiri na oba oka

Hrvatsko političko vodstvo nakon Tuđmana u vanjskoj je politici, osobito prema susjedima, snishodljivije i kukavnije nego što bi trebalo i moglo biti, dok je srpsko bahatiće i preuzetnije, pa u pravilu zine više nego što može zagristi i progutati

tamo gdje joj nije trebalo popustiti, npr. pri otvaranju poglavlja o pravosuđu, što je trebalo uvjetovati trenutnim ukidanjem srpskog „zakona o univerzalnoj jurisdikciji“, a onda se bez pokrića glumi suverenost na pitanju nekoliko srednjoškolskih udžbenika za hrvatsku manjinu u Srbiji, da bi se potom na prvi mig velikog brata iz Berlina podvilo rep i odustalo od daljnje blokade.

Da se u startu postavilo čvršće, vjerojatno bi se i Njemačku, kao trenutno najveću zegovornicu integriranja Srbije u EU, natjerala da za ostvarenje tog cilja pritisne Vučića da odustane od spornog zakona, a ne da se ponižava ionako kukavno hrvatsko vodstvo.

Trebalo je u startu zahtijevati i reciprocitet za hrvatsku manjinu u Srbiji, u odnosu na prava koja imaju Srbi u Hrvatskoj, na svim područjima. Ako Srbi u Hrvatskoj imaju osigurana tri zastupnika u Saboru, nema razloga da, razmjerno broju, Hrvati u srpskom parlamentu nemaju barem jednog. Isto vrijedi i za izdvajanje proračunskih sredstava za manjinu. Fer je tražiti od Srbije da ukupno po glavi pripadnika hrvatske manjine počne izdvajati isto onoliko koliko u projektu Hrvatska daje za „manjinske sadržaje“ svog građanina srpske nacionalnosti, a ne višestruko manje kao što je sada slučaj.

Nadajmo se da će se Srbija konačno početi oslobođati od komunističke jugoslavenske vizure koja je u mnogo čemu prijeći da nađe



Dr. sc. NINO RASPUĐIĆ, doc.

Docent na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Filozof, književnik, politički analitičar te dugogodišnji kolumnist Večernjeg lista

zajednički jezik s Hrvatskom. Nedopustivo je da srpski ministar usred Hrvatske govori za bl. Alojzija Stepinca da je „ustaški vikar“ ili da Vučićev izaslanik Božović na Božićnom prijemu SNV-a stavlja u isti kontekst Oluju i Jasenovac. Osim što vrijeđa legitimnu oslobodilačku akciju, što on time govori o žrtvama Jasenovca? Tu bešćutnu, tupu bahatost, naslijedenu iz nekih prošlih vremena, Hrvatska više ne mora i ne smije trpjeti, ali treba pružiti ruku demokratskoj Srbiji i srpskom narodu u cijelini s kojim ima brojne potencijalne spone za dobru bilateralnu suradnju, ali kao država s državom, a nikad više u istom okviru gdje bi se Hrvatskom upravljalo iz Beograda.

No čini se da će konačno geostrateško pozicioniranje Srbije ipak najviše ovisiti o međusobnom odnosu velikih sila. U Trumpovoj eri, koja je upravo započela, definitivno će se znati hoće li Srbija uopće nastaviti putem europskih integracija ili će na kraju ipak ostati u ruskoj sferi utjecaja, naustrb želja nekih faktora, prije svega Njemačke i Vatikana, nekadašnjih mitskih srpskih „dušmana“, koji je danas maksimalno „tetoše“ na tzv. europskom putu, nerijetko ne štetu Hrvatske.

Mi pitamo, stručnjaci odgovaraju

Što smatrate najvećim izazovom u zdravstvu svoje županije?

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

GRAD ZAGREB

Struktura uzroka smrti i poboljevanja stanovnika Grada Zagreba ukazuje na dominaciju kroničnih nezaraznih bolesti, za većinu kojih se vežu isti faktori rizika. Zbog toga se kao sadašnji, a i budući javnozdravstveni prioriteti izdvajaju kardiovaskularne i maligne bolesti, najodgovornije za većinu preranih smrti te narušenu kvalitetu života. Mentalno zdravlje i zdravstvene nejednakosti, naročito zdravlje migranata i drugih marginaliziranih skupina također predstavljaju područja prema kojima u budućnosti treba biti usmjerena javnozdravstvena intervencija.

SZO naglašava da se strategijom uravnotežene kombinacije populacijskog pristupa i pristupa rizičnim skupinama može postići učinkovit nadzor nad epidemijom kardiovaskularnih bolesti. Primjer značajnu ulogu ima usvajanje zdravih životnih navika koje utječu na pojavnost povišenog krvnog tlaka i masnoća u krvi te šećerne bolesti koja povećava rizik obolijevanja od cirkulacijskih bolesti.

Među malignim se bolestima kao prioritet izdvaja karcinom kolona, zbog sve većeg broja novooboljelih i umrlih. Važna je kontinuirana edukacija stanovništva kako smanjiti rizik od nastanka tog karcinoma te je iznimno bitno odazvati se na

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva. Potrebno je sensibilizirati liječnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti da starije osobe potiču na testiranje za rano otkrivanje karcinoma kolona, a pozitivne na okultno krvarenje u stolici na kolonoskopiju.

Duševni poremećaji i poremećaji poнаšanja nalaze se na prvom mjestu prema broju dana bolničkog liječenja, a na trećem mjestu prema broju hospitalizacija. Za unaprjeđenje mentalnog zdravlja na populacijskoj razini i na razini rizičnih skupina, iznimno je važno kreirati programe prevencije i promicanja mentalnog zdravlja.

Na ljudski život i zdravlje ne utječu isključivo biološka, genetska i ponašajna obilježja pojedinca, već na njih puno snažnije utječu obilježja socijalne grupe kojoj taj pojedinac pripada. Nejednakosti u zdravlju često su posljedica nejednakih životnih mogućnosti, a prisutne su ne samo između različitih zemalja i regija, nego između raznih lokalnih skupina unutar iste regije. Takve su razlike prisutne i u Gradu Zagrebu.

U uvjetima demografskih promjena zbog starenja stanovništva, negativnog prirodnog prirasta, velikih migracija, promjene pobola, brze globalizacije i prekograničnih utjecaja na okoliš i



Dr. sc. MARINA POLIĆ VIŽINTIN, dr. med., voditeljica Službe za javno zdravstvo, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, mail: marina.polic-vizintin@stampar.hr

zdravlje, potrebno je osim stalnog praćenja pokazatelja kvalitete i rada zdravstva, revidirati prioritete te unaprijediti učinkovitost u sprječavanju bolesti i poboljšanju kvalitete života. Velik su društveni i zdravstveni izazov u narednom razdoblju, između ostalog, podizanje razine zdravstvene pismenosti u općoj populaciji, a naročito u marginaliziranim društvenim skupinama s ciljem smanjivanja nejednakosti u zdravlju.

PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA



HELENA GLIBOTIĆ KRESINA, dr. med., spec. javnog zdravstva, Voditeljica Odjela socijalne medicine, Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ-a,
mail: helena.glibotic-kresina@zzjzpgz.hr

VIROVITIČKO-PODRAVSKA ŽUPANIJA

Zdravstvu Virovitičko-podravske županije, kao i drugim „perifernim“ dijelovima Republike Hrvatske, kronično nedostaje kadrova, prvenstveno liječnika specijalista. Taj je problem izražen u bolničkom sustavu, a još više u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i u sustavu županijskih zavoda.

Zdravstveni pokazatelji ukazuju da najviše obolijevamo i umiremo od kardiovaskularnih i malignih bolesti za koje postoji nekoliko bitnih rizičnih preventabilnih čimbenika, poput nepravilne prehrane i prekomjerne tjelesne mase i debljine, nedovoljne tjelesne aktivnosti, pušenja i pretjerane konzumacije alkoholnih pića. Promjenom ponašanja usvojenom putem preventivnih javno zdravstvenih akcija mogli bismo smanjiti incidenciju i mortalitet tih najčešćih bolesti. Na žalost je u sustavu zdravstva prevencija podcijenjena i nedovoljno prepoznata, pa niti postoji dovoljno sredstava, niti dovoljno kadrova koji bi postigli željeno smanjenje. Zato i nadalje imamo duge liste čekanja, pacijente koji su sve zahtjevniji i nezadovoljniji, jednako kao i liječnici. Dugotrajno promišljajući, cjelokupno stanje može se poboljšati povećanjem i kvalitetnjim ulaganjem u prevenciju,

Modernizacija i ubrzan tempo života, stres, kronične nezarazne bolesti kao vodeći uzroci morbiditeta i mortaliteta s jedne strane te demografske promjene, nepovoljno biodinamičko kretanje, socioekonomske promjene i geografske specifičnosti Primorsko-goranske županije (priobalje, Gorski kotar, otoci) predstavljaju neke od brojnih izazova promicanja zdravlja i prevencije bolesti u njoj. U PGŽ-u se bilježi pad ukupnog broja stanovnika (u popisu iz 2001. 305 505 stanovnika, dok ih je prema popisu iz 2011. ukupno 296 195). Udio starijih od 65 godina u PGŽ-u, prema posljednjem popisu (2011.), iznosi 18,9 % (2001. g. 15,7 %). Najviše starog stanovništva živi u Gorskem kotaru (22,52 %) i na otocima (19,22 %) koji su geografski izolirani dijelovi Županije. Indeks starenja u Županiji (155,3) kao i u subregijama veći je od prosjeka indeksa starenja i indeksa starenja u RH (115,0). Pad nataliteta i povećanje mortaliteta negativno utječe na prirodni priраštaj, koji je u 2009. godini iznosio minus 1,97, a u 2015. god. minus 4,64.

Kronične masovne nezarazne bolesti najčešći su uzrok smrti i bolničkog liječenja

odnosno u mrežu županijskih zavoda za javno zdravstvo kao jedinih institucija koje se organizirano bave prevencijom. No, umjesto toga, o zavodima se i preventivnim aktivnostima koje oni provode slabo vodi briga, jer je sva pažnja stalno usmjerena na kurativu.

Svojedobno su u sustav javnog zdravstva uvršteni psiholozi kao suradnička struka u brzi o mentalnom zdravlju naših stanovnika, što se pokazalo kao iznimno dobra odluka. Po uzoru na njih, sada bi u sustav javnog zdravstva trebalo uključiti nutricioniste i kineziologe koji bi se brinuli o tjelesnom zdravlju tih istih stanovnika, za što na žalost nema dovoljno sluha. S obzirom na raznolikost Republike Hrvatske, između ostalog i po finansijskim mogućnostima, smatram da bi takve odluke trebalo donositi na razini čitave RH, a ne ostaviti na volju lokalnoj i regionalnoj samoupravi.

Jednako tako, zdravstvena administracija trebala bi raspolagati informacijama o kvaliteti hrane koju konzumiramo, vode za piće koju pijemo, zraka koji udišemo i sl., što se može postići razvojem i financiranjem mreže zdravstvene ekologije u zavodima za javno zdravstvo. Nedopustivo je da je to jedina

te drugi po redu uzrok pobola u PGŽ-u, sa značajnim brojem prijevremenih smrti, čime postaju prioritetni javnozdravstveni problem. Trend smrtnosti od bolesti kardiovaskularnog sustava u PGŽ-u od 2005. godine je u padu i manji je od RH, što je rezultat dobro organizirane sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, ali i odraz preventivnih programa NZZZJZ PGŽ-a, među kojima se ističe program Prevencija bolesti srca i krvožila. S druge strane, stopa smrtnosti od novotvorina je u PGŽ-u veća od RH. Prema broju prijevremenih smrti na prvom su mjestu novotvorine, zatim kardiovaskularne bolesti i ozljede. Kao odgovor na brojne javnozdravstvene izazove, a s ciljem unapređenja zdravlja i kvalitete života stanovnika, NZZZJZ PGŽ provodi brojne programe prevencije i promocije zdravlja: program unaprjeđenja oralnog zdravlja djece, prevencije, ranog otkrivanja i liječenja prekomjerne tjelesne mase i debljine, pregled madeža, skrining melanoma i osteoporoze, gerontološke radionice, programe prevencije ozljedivanja male djece, prevencije zlostavljanja, nacionalne programe ranog otkrivanja karcinoma koji su potekli iz PGŽ-a. Da bi se zdravstveno stanje u PGŽ-u još unaprijedilo, potrebno je i dalje stalno raditi na svim razinama očuvanja zdravlja, osigurati kontinuitet promicanja zdravlja, ranog otkrivanja i prevencije bolesti te učiniti dostupnijom mogućnost liječenja i rehabilitacije.



Prim. mr. sc. MIROSLAV VENUS, dr. med., spec. epidemiolog, ravnatelj Zavoda za javno zdravstvo „Sveti Rok“, mail: ravnatelj@zzjzvpz.hr

javno zdravstvena djelatnost koja nije ugovorenja s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, već je prepuštena tržištu.

Navedeni problemi i prijedlozi izazov su ne samo za Virovitičko-podravsku županiju, već cijelu Republiku Hrvatsku.



1492. Kristofor Kolumbo isplovio
je na prvo putovanje u Novi Svijet¹



1981. Augmentin® – prva dostupna amoksicilin
/ klavulanska kiselina za oralnu uporabu²

VIŠE OD
35
Godina
ISKUSTVA

PRVI I ORIGINALNI

1. Dostupno na [SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE](http://www.history.com>this-day-in-history/columbus-sets-sail zadnje pregledano 11.11.2016.2. White AR et al. Augmentin™ (amoxicillin/clavulanate) in the treatment of community-acquired respiratory tract infection: a review of the continuing development of an innovative antimicrobial agent; Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2004; 53:S1 i3-i20.</div><div data-bbox=)

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA AUGMENTIN®

AUGMENTIN® 875 mg + 125 mg filmom obložene tablete (875 mg amoksicilina u obliku amoksicilin trihidrata i 125 mg klavulanske kiseline u obliku kalijevog klavulanata)

AUGMENTIN® 400 mg + 57 mg/5 ml prašak za oralnu suspenziju (1 ml oralne suspenzije sadrži 80 mg amoksicilina u obliku amoksicilin trihidrata i 11,4 mg klavulanske kiseline u obliku kalijevog klavulanata)

TERAPIJSKE INDIKACIJE Akutni bakterijski sinuitis, akutna upala srednjeg uha, akutna egzacerbacija kroničnog bronhitisa, izvanbolnički stečena upala pluća, cistitis, pijelonefritis, infekcija kože ili mekog tkiva, posebice celulitisa, ugriza životinja, teškog zubnog apsesa sa širećim celulitisom, infekcija kostiju i zglobova, posebice osteomijelitisa. Treba obratiti pažnju na službene smjernice o odgovarajućem korištenju antibiotika.

DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE *Odrasli i djeca ≥ 40 kg* Preporučene doze: (standardna doza za sve indikacije) 875 mg/125 mg dva puta dnevno; **više doze** (upale srednjeg uha, sinuitis, infekcije donjeg respiratornog trakta i infekcije urinarnog trakta): 875 mg/125 mg tri puta dnevno.

Djeca < 40 kg (djeca se mogu liječiti Augmentin tabletama ili sirupom) Preporučene doze: 25 mg/3,6 mg /kg/dnevno do 45 mg/6,4 mg/kg/dnevno koje se daju podijeljeno u dvije odvojene doze; do 70 mg/10 mg /kg/dnevno koje se daju podijeljeno u dvije odvojene doze mogu se razmotriti za neke infekcije (upale srednjeg uha, sinuitis i infekcije donjeg respiratornog trakta). Budući da se tableta ne može podijeliti, djeca lakša od 25 kg ne smiju koristiti Augmentin tablete.

Starije osobe Nije potrebna prilagodba doze.

Doziranje u bolesnika s oštećenjem bubrega Nije potrebna prilagodba doze kod bolesnika s klirensom kreatinina (CrCl) većim od 30 ml/min. Kod bolesnika s klirensom kreatinina manjim od 30 ml/min nije preporučena upotreba Augmentina s omjerom amoksicilina i klavulanske kiseline 7:1 s obzirom da se ne može preporučiti prilagodba doze.

Doziranje u bolesnika s oštećenjem jetre Treba dozirati uz oprez i pratiti jetrenu funkciju u pravilnim razmacima.

Način primjene Peroralno. Treba ga uzeti na početku obroka kako bi se smanjila moguća gastrointestinalna intolerancija i optimizirala apsorpcija amoksicilina i klavulanske kiseline.

KONTRAINDIKACIJE Preosjetljivost na djelatnu tvar, peniciline ili bilo koju pomoćnu tvar. Postojanje snažne neposredna reakcija preosjetljivosti (anafilaksija) na ostale betalaktame (npr. cefalosporin, karbapenem ili monobaktam) u anamnezi. Postojanje žutice/oštećenje jetre zbog primjene amoksicilina i klavulanske kiseline u anamnezi.

POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI Prije započinjanja terapije amoksicilinom i klavulanskom kiselinom treba pažljivo ispitati postojanje prijašnjih reakcija preosjetljivosti na penicillin, cefalosporin ili druge betalaktame. Augmentin se ne bi smjele koristiti za liječenje S. Pneumoniae rezistentne na penicilin. Konvulzije se mogu pojavitи kod bolesnika s oštećenom funkcijom bubrega ili onih koji primaju visoke doze. Istodobna primjena alopurinola tijekom liječenja amoksicilinom može povećati vjerojatnost alergijskih kožnih reakcija. Kolitis povezan s primjenom antibiotika prijavljen je kod gotovo svih antibakterijskih agensa, uključujući amoksicilin, i može imati raspon ozbiljnosti od blagog do po život opasnog. Česte nuspojave: dijareja, mučnina i povraćanje, mukokutana kandidijaza. Manje česte: omaglica, glavobolja, indigestija, povišenje vrijednosti AST i/ili ALT, osip kože, pruritus, urtikarija. Nositelj odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet: GlaxoSmithKline d.o.o. Ulica Damira Tomljanovića Gavrana 15, 10020 Zagreb, Hrvatska

Način izdavanja: na recept, u ljekarni.

BROJ(EVI) ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET Augmentin tablete HR-H-170450439, Augmentin prašak za oralnu suspenziju HR-H-709518864.

DATUM REVIZIJE SAŽETKA OPISA SVOJSTAVA LIJEKA 10/2016

Sastavni dio ovog promotivnog materijala predstavlja odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka, sukladno Pravilniku o načinu oglašavanja o lijekovima. Prije propisivanja lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstva lijeka i Uputu o lijeku. Želimo Vas podsjetiti na obavezu prijavljivanja nuspojava Agenciji za lijekove i medicinske proizvode sukladno Zakonu o lijekovima i Pravilniku o farmakovigilanciji. Prijave je moguće poslati poštom (Ksaverska cesta 4, 10000 Zagreb), telefaksom (01/4884-110) ili elektronskom poštom u Word formatu (nuspojave@halmed.hr). Također, nuspojave možete prijaviti i Vašem lokalnom GlaxoSmithKline uredu: GlaxoSmithKline d.o.o., Ulica Damira Tomljanovića Gavrana 15, 10020 Zagreb; Tel. 01/605 1999.

GlaxoSmithKline d.o.o.

CRO/CAM/0001/17

AUG-23/01/2017-ADV

Ulica Damira Tomljanovića Gavrana 15

10020 Zagreb

Liječnici samostalni u izboru liječenja

AUTOR: prof. dr. sc. MARKO BANIĆ,
stručni magistar menadžmenta u zdravstvu, KB Dubrava



prof. dr. sc. MARKO BANIĆ

Dostupnost i kvaliteta zdravstvene zaštite u pojedinoj zemlji odraz su ustroja i kapaciteta zdravstvenog sustava, na njih bitno utječu raspoloživi resursi koji uključuju kapacitete prostora i opreme te kadrovske potencijale

Cjeloviti integrom sustava zdravstvene zaštite karakterizira složeni interaktom koji uključuje sve subjekte koji sudjeluju u procesu pružanja zdravstvenih usluga. Okolnosti pružanja zdravstvenih usluga definirane su zakonima i načelima medicinske etike i deontologije, koji određuju profesionalne obveze i prava zdravstvenih djelatnika, prava i obveze bolesnika te svih ostalih dionika koji čine cjelokupni zdravstveni sustav (država, osiguravatelji, zdravstvene ustanove na različitim razinama zdravstvene zaštite, ustanove za javno zdravstvo te specijalizirani zavodi, biomedicinska industrija). Dostupnost i kvaliteta zdravstvene zaštite u pojedinoj zemlji odraz su ustroja i kapaciteta zdravstvenog sustava, na koji bitno utječu raspoloživi resursi koji uključuju kapacitete prostora i opreme te kadrovske potencijale. Važno je istaknuti da broj raspoloživih zdravstvenih timova i kvaliteta njihove edukacije znatno ovise o ustroju i funkciji mreže veleučilišnih i sveučilišnih ustanova u pojedinim područjima unutar države. Raspoloživi resursi sustava bitno su određeni načinima financiranja zdravstvenog sustava u pojedinim zemljama pa razlikujemo specifičnosti zdravstvenih sustava u razvijenim i nerazvijenim zemljama te u zemljama u tranziciji. Dakako, u svakoj je zemlji zdravstveni sustav izložen djelovanju globalnih, regionalnih i lokalnih – političkih, društvenih, etičkih, moralnih i religioznih silnica. S druge strane, demografska i javnozdravstvena obilježja određuju potrebe zdravstvene zaštite posebnih skupina pučanstva

kao što su populacija djece i adolescenata, bolesnici starije dobi, onkološki bolesnici i bolesnici s kroničnim nezaraznim bolestima. Pravodobno planiranje te provedba mjera i postupaka zdravstvene zaštite, koji trebaju odgovoriti izazovima zdravstvenih potreba stanovništva, pokazuju relativnu uspješnost ili neuspješnost pojedine zdravstvene politike koja s pomoću stručnjaka stvara zdravstvenu platformu u vezi s ciljevima, ustrojem i funkcijom zdravstvenog sustava, a što se očituje u zdravstvenim ishodima pojedinih skupina pacijenata i populacije u cjelini. U Republici Hrvatskoj su zdravstveni sustav i zdravstvene djelatnosti također vrlo složeno regulirano područje u kojem se isprepleću struka, zakonodavstvo i etika. Zdravstvenih sustav i odnosi među dionicima unutar sustava definirani su skupinom glavnih zakona – Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o zdravstvenom osiguranju, Zakonom o liječništvu, Zakonom o pravima bolesnika, Zakonom o lijekovima te Kodeksom liječničke etike i deontologije. Proizvodnja, stavljanje u promet i prodaja lijekova također su složeno područje, uvezvi u obzir i različita gledišta finansijskih interesa (platitelja i korisnika usluga) koji se pojavljuju u „areni“ zdravstvenog sustava. Zato se određena proturječja mogu uočiti u legislativi, ali i dnevnopolitičkoj praksi interpretacije istih zakonskih i podzakonskih akata.

U Hrvatskoj se ne izdvaja dovoljno za lijekove

Prava i obveze liječnika u obavljanju liječničke djelatnosti definirane su Zakonom o

Zemlja	Populacija (mil.)	očekivano trajanje života	BDP/Capita (euro)	Zdravstvena potrošnja u BDP-u (%)	Potrošnja Rx lijekova po glavi stan. (euro)	Broj liječnika (100000 stan.)	
Hrvatska	4,5	76	13,626	7,8	129	259	Hrvatska
Austrija	8,2	80	33,847	10,6	358	475	
Francuska	65,6	82	26,686	11,6	378	350	tendencija
Nizozemska	16,7	81	32,97	12	279	392	
Češka	10,2	78	21,538	7,4	164	367	
Mađarska	10,0	75	14,893	7,7	170	310	usporedba
Slovačka	5,5	76	18,77	8,7	179	300	

liječništvu (NN 121/2003, 117/2008), koji predviđa liječničku samostalnost u procesu donošenja odluka i izbora dijagnostike te odgovarajućeg liječenja. Zakon također predviđa pravo liječnika „u postupanju sukladno znanstvenim spoznajama i stručno dokazanim metodama koje odgovaraju suvremenom standardu struke“. Ako liječnik postupi ili propusti postupiti u skladu s propisanim obvezama, podliježe odgovornosti, koja može biti disciplinska, prekršajna, kaznena ili građansko-pravna. Nadalje, Zakonom o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, 37/08) predviđeno je da bolesnik ima „pravo na prihvatanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka“.

Uzveši u obzir prava i obveze bolesnika i liječnika predviđena u spomenuta dva temeljna propisa prijepora nema da je zakonodavac bolesniku omogućio da bude liječen prema najvišim

standardima, a dana mu je i sloboda odabira načina liječenja kao i liječniku koji propisuje lijekove. No stvarnost u kliničkoj praksi je znatno složenija i manje idilična, naročito na području lijekova gdje nerijetko čujemo o sankcioniranju liječnika ili zdravstvenih ustanova zbog „pretjerane potrošnje“ lijekova. Činjenica je da u Republici Hrvatsko za lijekove izdvajamo znatno manje novca nego ostale, s nama usporedive zemlje članice Europske unije.

S obzirom na javno dostupne podatke i navedene činjenice postavlja se pitanje u kojem opsegu zdravstvena administracija u RH čini napore kako bi poboljšala dostupnost farmakoterapije, osobito bioloških i biosličnih lijekova u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Prema aktualnoj legislativi, svaki lijek koji ima odobrenje za stavljanje u promet u Europskoj uniji i/ili Republici Hrvatskoj, koje je dala Agencija za lijekove i medicinske proizvode RH (HAL-

MED) ili Europska komisija (EK), liječnik može i mora propisati bolesniku ako je taj lijek indiciran u skladu sa smjernicama i standardima struke. Odobrenje za stavljanje u promet navedena tijela daju samo za lijek za koji je, na osnovi stručno znanstvene ocjene, utvrđeno da je korist za bolesnika od njegove primjene veća od rizika i da je lijek odgovarajuće farmaceutske kakvoće. Stručno znanstvena ocjenu provode agencije (HAL-MED i Europska medicinska agencija) prema dobro definiranim kriterijima/standardima koje nalazimo u relevantnim hrvatskim i propisima Europske unije te prema najnovijim znanstvenim spoznajama. S druge strane, odobrenje za stavljanje u promet lijeka ovlaštene institucije ne osigurava automatizam u dostupnosti lijeka za propisivanje u našemu javnozdravstvenom sustavu. Dostupnost lijeka ograničena je postupkom uvrštenja lijekova na liste lijekova platitelja (HZZO-a), koju mora početi nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet

(najčešće proizvođač ili njegov ovlašteni predstavnik). To je administrativni postupak u kojem stručna tijela HZZO-a odlučuju omogućuje li podnesena studija utjecaja na proračun HZZO-a uvrštenje lijeka na osnovnu, dopunska i listu posebno skupih lijekova prema Pravilniku o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunska listu lijekova HZZO-a (NN 83/2013, 12/2014). HZZO ne bi trebao postupkom uvrštenja lijekova na liste utvrđivati terapijsku učinkovitost lijeka jer je korist primjene lijeka u skladu s propisima dokazala ovlaštena agencija. Uvrštenjem u liste lijekova HZZO-a definiraju se lijekovi koji se primjenjuju u sklopu zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, koja se provodi u djelatnosti na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Istdobro, listama je definirano pravo bolesnika na uporabu pojedinog lijeka iz liste lijekova na teret sredstava njegova zdravstvenog osiguranja te pravila primjene lijeka pri korištenju zdravstvene zaštite na svim razinama zdravstvene djelatnosti.

Dostupnost lijekova - izazov za zdravstveni sustav

Iz navedenog mehanizma proizlazi da uvrštenjem na liste lijekova HZZO ima mogućnost ograničiti indikaciju primjene lijeka koji ima odobrenje za stavljanje u promet, što je u proturječju s obvezom propisivača, u skladu s čl. 4. Zakona o liječništvu koja propisivaču nalaže samostalnu odluku o izboru liječenja koje odgovara suvremenom standardu struke (primjerice indikacija za lijek koja je navedena u smjernici jednog ili više stručnih društava Hrvatskoga liječničkog zbora). Postojeći mehanizam uvrštenja na liste lijekova HZZO-a također dijelom zahvaća prava pacijenata jer je lista odobrenih lijekova šira od liste lijekova HZZO-a. Za pretpostaviti je da navedena neusklađenost proizlazi iz ograničenih

resursa kojima raspolaže HZZO, što bi trebalo potaknuti planiranje i provedbu realokacije resursa prema osobito ugroženim skupinama pacijenata. Dostupnost lijekova u javnozdravstvenom sustavu regulirana je i zakonodavstvom koje nije specifično vezano za zdravstveni sustav. Zakon o javnoj nabavi je okvir kojim je uređen sustav javne nabave u Republici Hrvatskoj, koji obvezuje sve javne naručitelje (korisnike državnog proračuna) pa tako i dionike javnozdravstvenog sustava u nabavi roba i usluga. Novim zakonom o javnoj nabavi, koji je stupio na snagu 1. siječnja 2017., predviđeno je da će ekonomski najpovoljnija ponuda biti jedini kriterij za odabir ponude u postupku javne nabave, to jest najniža cijena više nije jedini i najvažniji kriterij ocjene ponuda u postupcima javne nabave. U dokumentaciji o nabavi javni je naručitelj (u slučaju lijekova to je zdravstvena ustanova) obvezan odrediti potrebu za robom/lijekom i navesti minimalne zahtjeve i kriterije koje sve ponude trebaju zadovoljiti. Važno je istaknuti kako pacijenti imaju pravo na primjenu svakog lijeka koji ima odobrenje za stavljanje u promet i uvršten je na liste lijekova, a ne samo na one koji su bili predmet javne nabave. Također je važno istaknuti da cilj postupka javne nabave nije i ne bi trebao omogućiti/dopustiti restrikciju dostupnosti lijekova i postupak treba provoditi za sve lijekove za koje je procijenjena vrijednost nabave (potrošnja u zdravstvenoj ustanovi) u proračunskoj godini veća od 200.000,00 kuna.

Bolesnik ima puno pravo na sudjelovanju u terapijskoj odluci

Društvo demokracije nalaže ravnopravnu i pravednu raspodjelu finansijskih resursa unutar zdravstvenog sustava, ali i racionalizaciju u okolnostima ograničenih ekonomskih mogućnosti. Ravnopravna raspodje-

la racionalizacije troškova uključuje primjenu učinkovite terapije uz jasnu analizu troškova, učinkovitosti i dobrobiti, kako za pojedinog bolesnika tako i za cijelu skupinu bolesnika kojima je terapija potrebna, uvezvi u obzir i učinak na proračun osiguravatelja. S druge strane, brzi napredak medicinske tehnologije omogućio je uvođenje skupih bioloških lijekova u kliničku praksu uz pitanje koji lijek primijeniti u kojeg bolesnika i u kojoj fazi biološkog tijeka bolesti. Pri tome treba uvijek imati na umu evoluciju odnosa između liječnika i bolesnika prema partnerskom odnosu, u kojem bolesnik ima pravo na punu informaciju i sudjeluje u donošenju terapijske odluke. Jedan od elemenata „pravednog“ zdravstvenog sustava je sposobnost poboljšanja sustava s težnjom prema većoj pravednosti sustava. Republika Hrvatska u osnovi ima dobar zdravstveni sustav koji je moguće i potrebno poboljšati. Slabosti sustava možemo liječiti poboljšanjem kvalitete i stručnosti te jasne organizacije i subordinacije unutar sustava. Pri tome moramo biti svjesni da zdravstveni političari, kao zastupnici pojedine zdravstvene politike ne moraju nužno misliti i planirati na isti način. Autor je mišljenja da educirani upravljači na čelnim mjestima trebaju stvoriti visoki stupanj suglasja unutar sustava kako bi se riješio problem lijekova. Moramo znati što ne znamo, ali da bismo nešto učinili, moramo biti svjesni svojih mogućnosti. Upravljači koji odlučuju „za pisaćim stolom“ trebali bi biti svjesni činjenice da u realitetu svakodnevne kliničke prakse, liječnik i bolesnik u simboličnom smislu stoje jedan drugome nasuprot, pružajući si ruke, uronjeni u atmosferu međusobnog očekivanja, gdje se sva nada i njezino ispunjenje – parafrazirajući nobelovca Ivu Andrića – nalazi „s one druge strane“.



TOYOTA

ALWAYS A
BETTER WAY

NOVA COOL COROLLA ZA COOL CIJENU

od **116.900 kn**



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

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

Posjetite Toyota salone.



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

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

5 godina
GARANCIJE
BEZ OGRANIČENJA

TOYOTA.HR

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

KORISTI OD ODOĞDENOG PRESIJECANJA PUPKOVINE

Poruka članka: Odogđeno presijecanje pupčane vrpce smanjuje učestalost anemije u osmom i dvanaestom mjesecu života.

Ranija istraživanja pokazala su da odgođeno presijecanje pupčane vrpce poboljšava zalihe željeza u dojenčadi sve do šestog mjeseca života. No, liječnici iz nepalskoga glavnog grada Kathmandua željni su provjeriti može li takvo postupanje sprječiti nedostatak željeza ili anemiju i nakon šestog mjeseca života. Zato su proveli randomiziranu kliničku studiju koja je obuhvatila 540 novorođenčadi rođene vaginalnim putem u tercijarnom rodilištu u razdoblju od 2. listopada do 11. prosinca 2014.

Sudionici, čija je prosječna gestacijska dob bila 39,1 tjedana (SD 1,1), randomizirani su u skupine u kojoj je pupčana vrpca presećena ≤ 60 s ili ≥ 180 s nakon vaginalnog poroda.

Rezultati istraživanja pokazali su da je u osmom mjesecu života dojenčad iz grupe s odgođenim presijecanjem pupkovine imala višu koncentraciju hemoglobina (104 g/L naspram 102 g/L) i manju prevalenciju anemije definirane kao vrijednost hemoglobina manju od 110 g/L (73,0% naspram 82,2%). Relativni rizik za anemiju u potonjoj grupi bio je 0,89 (95%-tni interval pouzdanosti 0,81-0,98), dok se pokazalo da je broj bolesnika koje je potrebno liječiti kako jedan od njih ne bi imao anemiju (NNT, engl. number needed to treat) 11 (CI 95% 6-54). I učestalost nedostatka že-

ljeza, definirana kao koncentracija feritina $<12\mu\text{g}/\text{L}$, bila je manja u grupi s odgođenim rezanjem pupkovine (22,2 naspram 38,1%), isto kao i učestalost anemije zbog nedostatka željeza (19,3 naspram 33,3%).

Slični rezultati dobiveni su i u 12. mjesecu života, kada je prosječna vrijednost hemoglobina bila 3 g/L (95% CI 0,4-5) veća u grupi u kojoj je pupkovina rezana nakon više od tri minute. Osim toga, u dobi od 12 Mjeseci imala je dojenčad s odgođenim rezanjem pupkovine i manju prevalenciju anemije, s relativnim rizikom 0,91 (95% CI 0,84-0,98), no nije bilo statistički značajne razlike u koncentracijama feritina i prevalenciji nedostatka željeza ili anemije zbog nedostatka željeza.

Na kraju istraživanja zaključeno je kako presijecanje pupčane vrpce tri ili više minuta nakon poroda predstavlja učinkovitu intervenciju za smanjenje učestalosti anemije u 8. i 12. mjesecu života, bez dodatnih troškova i bez očitih nuspojava. Istraživači su naveli da bi primjena takve intervencije na globalnoj razini mogla značiti 5 milijuna slučajeva anemije manje u 8. mjesecu života, što bi imalo osobito velik javnozdravstveni učinak u Južnoj Aziji i Subsaharskoj Africi, gdje je prevalencija anemije najveća. K tome je pridodano da su ranija istraživanja pokazala kako djeca s anemijom i nedostatkom željeza češće imaju odstupanja u psihomotornom razvoju, što ukazuje da bi kasnije presijecanje pupkovine moglo imati brojne pozitivne učinke na dijete.

(JAMA Pediatr. Published online January 17, 2017. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3971)

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



VRIJEME KAPILARNE REPERFUSIJE I OZBILJNA BAKTERIJSKA INFKECIJA

Poruka članka: Centralno i periferno mjerjenje kapilarne reperfuzije ne pomaže otkrivanju ozbiljne bakterijske infekcije u febrilne djece.

Procjena febrilnog djeteta u hitnoj pedijatrijskoj ambulanti može biti vrlo zahtjevna, a primarno se sastoji od procjene rizika za ozbiljnu bakterijsku infekciju (OBI). Postoji nekoliko kliničkih odrednica koje se mogu koristiti pri navedenoj procjeni, a jedna od njih je i vrijeme kapilarne reperfuzije (VKR), za koju su ranija istraživanja pokazala da je povezana s OBI-jem, no bez čvrstih dokaza.

Nizozemski istraživači su stoga istražila 1193 febrilne, inače zdrave djeteta u dobi od jednog mjeseca do 16 godina, koja su od veljače 2009. do svibnja 2012. posjetila hitnu pedijatrijsku ambulantu jedne dječje bolnice u Rotterdamu. Svim sudionicima mjerili su vrijeme kapilarne reperfuzije pritiskom na sternum (centralno, cVKR) i nokat (periferno, pVKR) u trajanju od 5s, a VKR je s obzirom na povratak krvi kategoriziran kao normalan (≤ 2 s), produžen ($> 2 - \leq 4$ s) ili kao značajno produžen (> 4 s). OBI je dijagnosticiran na temelju RTG nalaza i/ili pozitivnih kultura s normalno sterilnih lokacija ili na temelju konzensa između kliničkih znakova i simptoma te laboratorijskih nalaza.

Rezultati istraživanja pokazali su da je sveukupno podudaranje između cVKR-a i pVKR-a izraženo pomoću Cohenovog kappa koeficijenta bilo 0,35 (95% CI 0,27 - 0,43). Abnormalan pVKR (> 2 s) opažen je u 153 (12,8%; 95% CI 10,9 - 14,7%), a cVKR u 55 (4,6%; 95% CI 3,4 - 5,8%) djece. Iako ne značajno, podudarnost je bila manja u djece od jedne do manje od pet godina ($\kappa 0,15$; 95% CI 0,04 - 0,27) i smanjivala se s povremenjem temperature, tako da je κ bio 0,55 (95% CI 0,32 - 0,79) za temperature $< 37,5^{\circ}\text{C}$, a 0,21 (95% CI 0,07 - 0,34) za temperature $> 39,5^{\circ}\text{C}$. Omjer rizika (OR, engl. odds ratio) abnormalnog pVKR-a za OBI bio je 1,10 (95% CI 0,65 - 1,84), dok je OR abnormalnog cVKR-a za OBI bio 0,43 (95% CI 0,13 - 1,39).



Istraživači su zaključili kako se pVKR i cVKR mjereni u općoj populaciji febrilne djece koja dolaze u hitnu pedijatrijsku ambulantu slabo podudaraju te da nije otkriven nikakav značajan utjecaj dobi ili tjelesne temperature na navedenu podudarnost. Nadalje, naveli su da tek mali broj djece s rizikom za OBI-ja ima abnormalne vrijednosti VKR-a. I pVKR i cVKR, definirani kao vrijeme duže od 2s, u ovom istraživanju su se pokazali kao loš i bezznačajan parametar u otkrivanju OBI-ja u općoj populaciji febrilne djece.

(Arch Dis Child. 2017;102:17-21.)

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

DEBLJINA DONJEG UTERINOG SEGMENTA U PREVENCIJI RUPTURE UTERUSA I NEPOVOLJNOG PERINATALNOG ISHODA: MULTICENTRIČNA PROSPEKTIVNA STUDIJA

Poruka članka: Uključenje ultrazvučnog mjeđenja debljine donjeg uterinog segmenta u proces donošenja odluke o načinu porađanja omogućuje nizak rizik od rupture uterusa tijekom pokušaja vaginalnog porođaja nakon carskog reza.

Izbor načina porađanja nakon prethodnog carskog reza može biti otežan jer su pokušaji vaginalnog porođaja nakon carskog reza (engl. trial of labor after cesarean, TOLAC), kao i elektivni ponovljeni carski rez, povezani s opstetričkim rizicima. Najveći rizik koji je povezan s TOLAC-om je ruptura uterusa koja zahtijeva hitnu laparotomiju.

Cilj istraživanja Nicole Jastrow i surad-

nika iz Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève, Švicarska, te Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec, Université Laval, Québec, QC, Kanada, bio je procijeniti učestalost rupture uterusa tijekom TOLAC-a kada je mjerjenje debljine donjeg uterinog segmenta (DUS) uključeno u proces donošenja odluke o načinu porađanja.

U 4 tercijarna perinatalna centra prospektivno su uključene trudnice između 34. i 38. tjedna gestacije kod kojih je razmatran vaginalni porođaj nakon jednoga prethodnog carskog reza s niskom poprečnom uterotomijom. Prema ultrazvučnoj debljini DUS-a, trudnice su podijeljene u tri rizične skupine za rupturu uterusa: visok rizik (<2.0 mm), srednji rizik (2.0-2.4 mm), te nizak rizik (≥ 2.5 mm). U istraživanje je bilo uključeno 1856 trudnica, od kojih je 1849 (99%) imalo kompletan tijek praćenja. Debljina DUS-a bila je <2.0 mm kod 194 trudnice (1%), 2.0-2.4 mm kod njih 217 (12%), te ≥ 2.5 mm kod 1438 trudnica (78%). Stopa TOLAC-a bila je redom 9, 42 i 61% u tri rizične skupine ($p<0.0001$). Među 984 TOLAC-a nije bilo niti jedne simptomatske rupturi uterusa, što je stopa niža od očekivanih 0.8% ($p=0.0001$).

U zaključku se ističe kako uključenje mjeđenja debljine DUS-a u proces donošenja odluke o načinu porađanja omogućuje nizak rizik od rupturi uterusa tijekom TOLAC-a.

(Am J Obstet Gynecol. 2016;215:604.e1-604.e6.)

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

BRZINA PENJANJA STUBAMA VAŽAN JE POKAZATELJ USPJEŠNOSTI ISHODA NAKON ABDOMINALNE OPERACIJE

Poruka članka: Provjera koliko se brzo ljudi mogu popeti stubama prije operacije može pomoći predviđanju njihovog izgleda za komplikacije nakon određenih kirurških postupaka.

Istraživači su tražili od 362 odrasla pacijenta podvrgnuta abdominalnim operacijama da se popnu i spuste stubištem prije operacije i mjerili koliko su se njihovi vitalni znakovi promijenili nakon završetka vježbe u odnosu na vitalne znakove prije uspinjanja. Ona skupina koja je se uspinjala sporije, imala je veću vjerojatnost da će doživjeti porast krvnog tlaka i broja otkucaja srca, što može ukazivati na stres od napora, navode autori. Najsporiji pacijenti također su imali najveću vjerojatnost razvoja postoperativnih komplikacija, što ukazuje da jednostavan test penjanja može biti dobar način za liječnike kako bi se utvrdila skupina ljudi koja će se suočiti s najvećim rizicima podvrgavanja operaciji, navode Reddy i sur. (University of Alabama, Birmingham, Alabama, SAD). Autori su utvrđivali jednostavan način procjenu rizika - jednostavnim testom koji traje samo minutu do dvije. Rezultati se lako mogu objasniti bolesniku i razgovor u vezi s mogućim operativnim komplikacijama je tada mnogo lakši. Između ostalog, jedna dosadašnja formula koju kirurzi koriste za procjenu kirurškog rizika bila je pitanje koliko lijekova pacijent uzima za regulaciju hipertenzije. Prepostavka je da će ljudi koji trebaju četiri lijeka vjerojatnije imati teži ishod od onih koji mogu držati krvni tlak pod kontrolom sa samo jednim lijekom, objašnjavaju autori. Još je jedan uobičajen alat za procjenu rizika procjena ukupne mišićne snage pacijenata, koji može biti točan, ali uz otežanu procjenu jer zahtijeva treniranog stručnjaka za analizu gustoće mišića na CT-u, da bi odredili može li sposobnost penjanja po stubama poslužiti kao alternativni alat za predviđanje rizika od postoperativnih komplikacija, autori su zatražili od ljudi da produži gore i dolje 7 stuba. Oko 7% njih nisu bili na visini zadatka. Kod preostalih 338 bolesnika koji su mogli izvršiti taj zadatak, prosječno vrijeme iznosilo je 18 sekundi. Sve u svemu, 84 sudionika imalo je barem jednu komplikaciju u roku od 90 dana nakon operacije, a preostalih 258 nisu imali komplikaciju. Većina pacijenata s komplikacijama bili su pretili ili imali hipertenziju, dijabetes ili visok kolesterol. Prosječna dob osoba s komplikacijama bila je 65 godina, u odnosu na 59 kod onih bez komplikacija. Jedini faktor koji je bio povezan sa statistički značajnim porastom vjerojatnosti za komplikacije bila je manja brzina uspona. U prosjeku je test uspona oko 23 sekunde za lude koji su doživjeli komplikacije

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

nakon operacije, u usporedbi s 15 sekunda za one koji nisu imali komplikacija nakon operacije. To iznosi oko 11% više vjerojatnosti nastanka postoperativnih komplikacija u roku od 90 dana nakon procedura za ljude koji su prije operacije bili spori na stubištu. Jedno ograničenje ove studije je da je ishod bolesnika postoperativno bio praćen samo do 30 dana pa je teško usporediti ovaj test s alternativnim testom kojim su mjereni ishodi nakon 90 dana, ističu autori. Duže vremensko razdoblje može biti točniji pokazatelj komplikacija koje se često mogu pojaviti i više od mjesec dana nakon operacije, navode autori. " Za ljude koji kod uspona moraju koristiti više srčane funkcije i trebaju više vremena da izvrše test, može se pretpostaviti da imaju lošiju fiziološku funkciju. Vremenski mјeren test uspona jednostavan je za izvođenje i može se obaviti brzo, a ne zahtijeva dodatne troškove", rekla je u pozvanom komentaru dr .Nita Ahuja (Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, SAD).

(J Am Coll Surg. 2016;222:559-66.)

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

KALKULATOR POMAŽE PROCJENJIVANJU RIZIKA VENSKE TROMBOEMBOLIJE NAKON BARIJATRIJSKE KIRURGIJE

Poruka članka: Novi računalni alat za procjenu rizika venske tromboembolije nakon barijatrijske operacije preporuča pacijentima s visokim rizikom rutinsku farmakoprofilaksu tromboembolije nakon otpusta iz bolnice.

Istraživači iz klinike u Clevelandu razvili su alat za procjenu rizika venske tromboembolije (VTE) kako bi se utvrdila skupina najviše izložena riziku za VTE nakon barijatrijske operacije i otpusta na kućnu njegu. Prema saznanjima autora, ovo je prvo istraživanje koje procjenjuje prediktore VTE-a i generira kalkulator rizika za VTE nakon otpusta kod pacijenata podvrgnutih operaciji želučane premosnice za barijatrijske indikacije, koristeći veliku multicentričnu bazu podataka. VTE je među najčešćim uzrocima smrти nakon barijatrijskih operacija, a većina se događa nakon otpusta kući,

objašnjavaju Aminian i sur. (Bariatric and Metabolic Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, SAD). Međutim, autori tvrde da ima malo dokaza o pristupu prevenciji VTE-a podešenom prema riziku nakon barijatrijske operacije. Za određivanje čimbenika rizika za VTE 30 dana nakon otpusta na kućnu njegu i određivanje potencijalne indikacije za produženu farmakoprofilaksu, autori su pregledali American College of Surgeons - National Surgical Quality Improvement Program bazu podataka (NSQIP) i otkrili gotovo 92.000 pacijenata koji su bili podvrgnuti elektivnoj primarnoj i revizijskoj operaciji želučane premosnice između 2007. i 2012. Za stvaranje alata procjene za predviđanje rizika od VTE-a nakon otpusta iz bolnice koristili su analitičke tehnike temeljene na regresiji. Nakon validacije, tim je identificirao značajne čimbenike rizika i koristio ih za stvaranje 'on-line' kalkulator rizika. Sveukupna 30-odnevna incidencija VTE-a nakon otpusta iznosila je 0,29%. Kod onih koji su razvili VTE nakon otpusta, smrtnost je povećana oko 28 puta (2,60% u odnosu na 0,09%). Konačan model rizika procjene sadržavao je 10 stavki, uključujući kongestivno zatajene srca, paraplegiju, reoperaciju, dispneju u mirovanju, barijatrijsku operaciju osim želučane vrpce, dob od 60 godina ili više, muški spol, BMI od 50 kg/m² ili više, postoperativni boravak u bolnici najmanje tri dana i trajanje operacije najmanje tri sata. Gotovo 2,5% bolesnika imalo je predviđeni rizik VTE-a nakon otpusta > 1%. Kongestivno zatajene srca, paraplegija, dispneja u mirovanju i reoperacija bili su povezani s najvećim rizikom od VTE-a, od kojih se više od 80% dogodilo poslije otpusta iz bolnice. Autori studije preporučuju rutinsku farmakoprofilaksu nakon otpusta iz bolnice za pacijente s visokim rizikom (one s rizikom od VTE-a > 0,4%). U razmatranju produžene profilakse treba, uz potencijalne koristi, u obzir uzeti moguće nuspojave lijekova (uključujući rizik od krvarenja), kao i dodatnu cijenu. Ipak, korist profilakse jasno nadmašuju rizike. Autori se nadaju da će široka primjena tog modela procjene rizika smanjiti incidenciju VTE-a nakon barijatrijske operacije, ako će se liječnici pridržavati smjernica. Nedavno je taj model uveden u svakodnevnu praksu nakon operacije želučane premosnice u Cleveland kliniku kako bi se procijenila njegova valjanost i učinkovitost u praksi. Dr. Jonathan

F. Finks (direktor, Michigan Bariatric Surgery Collaborative, University of Michigan Health System, Ann Arbor, Michigan, SAD) u dodanom uvodniku piše da su dostupnošću velikih kliničkih baza podataka (kao što su ove korištene u studiji Aminian i sur. te Michigan Bariatric Surgery Collaborative baze podataka koje su Finks i sur. koristili za svoje studije) stvoreni uvjeti za utvrđivanje pacijenata s većim rizikom za razvoj krvnih ugrušaka nakon operacije. Najvažniji pokazatelj krvnih ugrušaka u istraživanju Finks i sur. Bili su krvni ugrušci u anamnezi. Međutim, ta varijabla nije se prikupljala u NSQIP bazi podataka, tako da taj čimbenik nije bilo moguće analizirati. Općenito govoreći, većinu bolesnika s takvom anamnezom, a pogotovo onih s poremećajima zgrušavanja krvi, treba svrstati u skupinu većeg rizika za razvoj krvnih ugrušaka nakon operacije i oni bi trebali biti tretirani s tim u skladu, zaključio je dr. Finks.

(Ann Surg. 2017;265:143-150.)

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

TRANSKATETERSKA KIRURŠKA IMPLANTACIJA AORTNOG ZALISTKA NEMA ZNAČAJNO RAZLIČITE KRATKOROČNE ISHODE OD KIRURŠKE

Poruka članka: Rani i srednjoročni ishodi transkateterske implantacije aortnog zalistka nisu značajno različiti od kirurške zamjene aortnog zalistka u bolesnika liječenih zbog teške stenoze aorte. Transfemoralni pristup dodatan je sigurnosni čimbenik.

Već desetljećima je kirurška zamjena aortnog zalistka (engl. surgical aortic valve replacement -SAVR) standard njege kako bi se ublažili simptomi i poboljšalo preživljjenje bolesnika s teškim suženjem aorte. Nedavno je transkateterska implantacija aortnog zalistka (engl. transcatheter aortic valve implantation -TAVI) nastala kao bolja opcija od bilo koje medicinske terapije ili balonske aortne valvuloplastike za odrašle pacijente koji se ne mogu podvrgnuti SAVR-u i kao razumna alternativa SAVR-a

za one koje se smatraju visokim kirurškim rizikom, pišu **Esposito** i sur. (Sveučilište Napulj, Italija). Nekoliko studija usporedilo je TAVI sa SAVR-om u bolesnika s niskim ili srednjem visokim kirurškim rizikom - neke nisu pronašle značajne razlike u rezultatima, a drugi su pokazale protutječne rezultate. Za usporedbu kliničkih ishoda tih dviju postupaka, uključujući rani (30 dana ili manje) i srednjoročni (jedna godina ili manje) mortalitet, autori su provedli meta-analizu. Nakon pregleda baza Medline, Cochrane i Scopus, više registara i prezentacija sastanaka, autori su uključili u svoju analizu pet randomiziranih studija i 31 opservacijsku podudarnu studiju koje su usporedivale rezultate smrtnosti. Autori su analizirali podatke više od 16. 600 pacijenata i pokazali da nema statistički značajne razlike u ranoj i srednjoročnoj smrtnosti svih uzroka. Isto vrijedi u analiziranoj podskupini opservacijskih studija i bolesnika s niskim-srednjem visokim rizikom. Međutim, kada su ograničili analizu na klinička ispitivanja, rezultati su bili neuvjerljivi: OR 0,80 za rani mortalitet i OR 0,90 za srednjoročni, sa širokim intervalima pouzdanosti. TAVI transfemoralnim pristupom ima u usporedbi sa SAVR-om značajne prednosti s obzirom na smrtnost, što se temelji na četiri studije (OR 0,68). To nije bio slučaj s transapikalnim TAVI-jem. Incidencija perioperative srčanog udara, velikog krvarenja, akutnog oštećenja bubrega i novonastale fibrilacije atrija bila je značajno manja kod TAVI-ja. Međutim, TAVI pacijenti su imali znatno povećan rizik od postavljanja elektrostimulatora srca, vaskularnih komplikacija i paravalvularnog curenja. Postojao je trend povećanog dugoročnog (dvije do pet godina) rizika svih uzroka smrti s TAVI-jem (OR 1,28; p=0,08). Isthodi praćenja dugoročnog mortaliteta u bolesnika s niskim do srednjim rizikom nisu bili uvjerljivi, sa širokim rasponom pouzdanosti (OR, 1,06; CI, 0,59-1,91). Podjela rezultata studije prema vrsti pristupa pokazala je da je ishod s obzirom na dugoročnu smrtnost bolji s TAVI-jem nego sa SAVR-om u skupini s transfemoralnim pristupom, a suprotno je istinito kod transapikalnog pristupa (p <0,001). Dodali su da studija podupire nadogradnju i proširenje postojećih preporuka i smjernica (u vezi s TAVI-jem). Međutim, naglasili su da odluka o tome koji postupak upotrijebiti, i dalje

treba ostati individualizirana strategijom samog tima. Prema Allanu Stewartu, voditelju kirurgije aorte na Mount Sinai Hospitalu, New York, SAD, bitno je shvatiti da zasad nemamo mnogo informacija o dugoročnim rezultatima TAVI-ja, što znači da su sva naša prethodna ispitivanja provedena u bolesnika s ograničenim životnim vijekom. Tek se počinju viđati pacijenti koji su preživjeli više od pet godina s TAVI-jem. Dok ne saznamo koliko dugo to funkcionira i koliko teško može biti da se ukloni, liječnici bi trebali biti vrlo oprezni s preporučanjem TAVI-ja pacijentima s procijenjenim trajanjem života više od 10 godina. Stewart je dodao da njegova skupina uskoro pokreće studiju kojom će usporediti TAVI i SAVR kod bolesnika niskog rizika. Kaže da će to biti vrlo uzbudljivo jer će rezultati možda promijeniti način na koji će ubuduće biti liječeni svi pacijenti sa stenozom aorte.

(Ann Intern Med. 2016;65:334-44.)

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

RAZLIKE U ISHODU LIJEČENJA TRANSKATETERSKOM ZAMJENOM AORTNOG ZALISTKA S OBZIROM NA SPOL BOLESNIKA

Poruka članka: Bolesnice koje su kandidatkinje za transkatetersku zamjenu aortnog zalistka zbog teške aortne stenoze imaju drugačiji profil rizika nego muški bolesnici. No unatoč višem riziku, bolesnice godinu dana nakon zahvata imaju višu stopu preživljivanja.

Transkateterska zamjena aortnoga zalistka (engl. Transcatheter Aortic Valve Replacement - TAVR) zahvat je koji se sve više primjenjuje aortne stenoze jer je prevelik rizik od kardiokirurškog rješavanja. Otrprilike 50% bolesnika koji su liječeni TAVR-jem su žene, suprotno od bolesnika koji idu na perkutanu koronarnu intervenciju, gdje su u većini muškarci. Uočeno je kako TAVR ima drugačiji ishod s obzirom na spol. Cilj ove studije bio je usporediti ishode kod muškaraca i žena nakon TAVR-zahvata u SAD-u. Uspoređivali su se intrahospitalni ishodi i stanje bolesnika godinu dana

nakon zahvata. Podaci za intrahospitalne ishode dobiveni su iz nacionalne baze podataka za TAVR bolesnike, dok su za ishode nakon godinu dana korišteni podaci Medicare i Medicaid centra. U razdoblju od 2011. do 2014. godine TAVR je izveden u 11 808 žena (49,9%) i 11 844 muškarca (51,1%). U usporedbi s muškarcima, žene su bile starije, s nižom prevalencijom bolesti koronarnih arterija, atrijske fibrilacije i dijabetesa, no imale su viši postotak porculanske aorte i niže glomerularne filtracije. U žena je češće primjenjivan ne-transfemoralni put nego u muškaraca (45,0% nasuprot 34,0%), kod čega treba napomenuti kako takav pristup puno češće rezultira drugačijom postavkom samoga zalistka, što dovodi i do češćih komplikacija. Jednako tako, kod žena je bila češća bila konverzije u kiruršku operaciju zbog rupture anulusa, aorte ili ventrikula. Kod muškaraca se češće događala embolizacija zalistka, što je bio razlog za ponavljanje TAVR zahvata. Žene koje su isle na TAVR imale su drukčiji profil rizika nego muškarci. Češće su imale srednje tešku ili tešku mitralnu insuficijenciju koja se, zajedno s NYHA IV statusom, pokazala kao neovisan faktor koji utječe na jednogodišnje preživljivanje. Intrahospitalne vaskularne komplikacije češće su se događale u žena nego u muškaraca (8,27% nasuprot 4,39%), no smrtnost nakon godinu dana bila je niža u žena (21,3% nasuprot 24,5%). Ova studija trenutno je najopširnija analiza usporedbe ishoda u muškaraca i žena liječenih TAVR-jem. Zasad još nije moguće ustanoviti zašto žene koje prije zahvata imaju viši rizik, u konačnici, godinu dana nakon zahvata, imaju manji postotak smrtnosti te su zato potrebna daljnja istraživanja.

(J Am Coll Cardiol. 2016;68(25):2733-2744.)

Petra Radić, dr. med.

PREVENCIJA KRVARENJA U BOLESNIKA S ATRIJSKOM FIBRILACIJOM KOJIMA PREDSTOJI PERKUTANA KORONARNA INTERVENCIJA

Poruka članka: Bolesnici s atrijskom fibrilacijom na terapiji rivaroksabanom u bilo kojoj dozi nakon perkutane koronarne intervencije imali su manju stopu krvarenja.

U bolesnika s atrijskom fibrilacijom kojima predstoji perkutana koronarna intervencija (PCI, engl. Percutaneous Coronary Intervention), standardna antikoagulacija s antagonistima vitamina K i dvostrukom antitrombotskom terapijom (DAPT- engl. Double Antiplatelet Therapy) smanjuje rizik nastanka tromboze i moždanoga udara, no povećava rizik krvarenja. Učinkovitost i sigurnost antikoagulacije rivaroksabonom i jednim ili dvaju antitrombotskim lijekama nisu potvrđene.



U ovoj studiji praćena su 2124 bolesnika s atrijskom fibrilacijom kojima je učinjena PCI s implantacijom stenta u razdoblju od svibnja 2013. do srpnja 2015. Omjer među bolesnicima je bio 1:1:1 s obzirom na terapiju: niske doze rivaroksabana (15 mg jednom dnevno) i inhibitor P2Y₁₂ 12 mjeseci (grupa 1); vrlo niske doze rivaroksabana (2,5 mg dvaput dnevno) i DAPT 1, 6 ili 12 mjeseci (grupa 2); standardna terapija s korigiranom dozom antagonista vitamina K (jednom dnevno) zajedno s DAPT kroz 1, 6 ili 12 mjeseci (grupa 3). Primarni ishod bilo je praćenje značajnih krvarenja, zbir većih i manjih krvarenja prema TIMI (engl. Thrombosys in Myocardial Infarction) kriterijima ili krvarenja koja su zahtijevala medicinsku intervenciju.

Stopa značajnog krvarenja bila je niža u bolesnika koji su uzimali rivaroksabon nego u bolesnika sa standardnom terapijom (16.8% u grupi 1, 18.0% u grupi 2, 26.7% u grupi 3); omjer rizika za grupu 1 i grupu 3 bio je 0.59; s intervalom pouzdanošću (CI) od 95%, 0.47 do 0.79; P<0.001; omjer rizika za grupu 2 i grupu 3 iznosio je 0.63; 95% CI, 0.50 do 0.80; P<0.001. Stopa smrtnosti od kardiovaskularnih uzroka, srčanoga udara ili moždanoga udara bile su podjednake u sve tri grupe (Kaplan-Meier procjene, 6.5% u grupi 1,

5.6% u grupi 2, 6.0% u grupi 3; P vrijednosti za sve usporedbe nisu bile značajne).

U bolesnika s atrijskom fibrilacijom koji su išli na PCI i istovremeno primali male doze rivaroksabana i inhibitora P2Y₁₂ kroz 12 mjeseci ili vrlo niske doze rivaroksabana s DAPT-om tijekom 1, 6 ili 12 mjeseci, imali su manju pojavnost klinički značajnih krvarenja nego bolesnici na standar-

dnoj terapiji antagonistima vitamina K i DAPT-om tijekom 1, 6 ili 12 mjeseci. Sve tri grupe imale su slične stope učinkovitosti, no zbog širokih intervala pouzdanošću nije moguće sa sigurnošću donositi zaključke o učinkovitosti pojedine kombinacije lijekova.

(N Engl J Med. 2016;375(25):2423-2434.)

Petra Radić, dr. med.

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

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

Pecina-Šlaus N, Kafka A, Vladušić T, Pećina HI, Hrašćan R. AXIN1 Expression and Localization in Meningiomas and Association to Changes of APC and E-cadherin. Anticancer Res. 2016;36(9):4583-94.

Laboratory of Neurooncology, Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine University of Zagreb, Zagreb, Croatia Department of Biology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Mihaljević S, Aukst-Margetić B, Karmenik S, Vukšan-Cusa B, Milošević M. Do spirituality and religiosity differ with regard to personality and recovery from depression? A follow-up study. Compr Psychiatry. 2016;70:17-24.

Psychiatry department, General Hospital Virovitica, Virovitica, Croatia.

Milošević M, Friedrich L, Tomasović S, Bielen I. Online epilepsy counseling in Croatia: What do users want to know? Seizure. 2016;41:116-9.

Department of Neurology, Sveti Duh University Hospital, Zagreb, Croatia.

Bojančić K, Grubić M, Bogdanić A, Vuković J, Weingarten TN, Huebner AR, Sprung J, Schroeder DR, Grizelj R. Neurocognitive outcomes in congenital diaphragmatic hernia survivors: a cross-sectional prospective study. J Pediatr Surg. 2016;51(10):1627-34.

Division of Neonatology, Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Merkur, Zagreb, Croatia.

Boban M, Barisic M, Persic V, Zekanovic D, Medved I, Zulj M, Vcev A. Muscle strength differ between patients with diabetes and controls following heart surgery. J Diabetes Complications. 2016;30(7):1287-92.

Department of Cardiology, University Hospital "Thalassotherapy Opatija", Medical Faculty University of Rijeka, Croatia; Department of Internal Medicine, Medical Faculty "J.J. Strossmayer" University of Osijek, Croatia.

Boban M, Zulj M, Persic V, Medved I, Zekanovic D, Vcev A. Prolonged utilization of proton pump inhibitors in patients with ischemic and valvular heart disease is associated with surgical treatments, weight loss and aggravates anemia. Int J Cardiol. 2016;219:277-81.

Department of Cardiology, University hospital "Thalassotherapy Opatija", Medical Faculty, University of Rijeka, Croatia; Department of Internal Medicine, Medical Faculty "J.J. Strossmayer", University of Osijek, Croatia.

Kotseva K, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C, Gyberg V, Abreu A, Aguiar C, Conde AC, Davletov K, Dilic M, Dolzenko M, Gaita D, Georgiev B, Gotcheva N, Lalic N, Lausevicius A, Lovic D, Mancas S, Milićić D, Ogavac R, Pajak A, Pogosova N, Reiner Ž, Vulic D, Wood D, The Euroaspire Investigators. Lifestyle and risk factor management in people at high risk of cardiovascular disease. A report from the European Society of Cardiology European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE) IV cross-sectional survey in 14 European regions. Eur J Prev Cardiol. 2016 Sep 16. pii: 2047487316667784.

University of Zagreb School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.

Prugger C, Wellmann J, Heidrich J, De Bacquer D, De Smedt D, De Backer G, Reiner Ž, Empana JP, Fras Z, Gaita D, Jennings C, Kotseva K, Wood D, Keil U; EUROASPIRE Study Group. Regular exercise behaviour and intention and symptoms of anxiety and depression in coronary heart disease patients across Europe: Results from the EUROASPIRE III survey. Eur J Prev Cardiol. 2016 Sep 1. e-pub before printing

University of Zagreb School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.

Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings CS, Landmesser U, Pedersen TR, Reiner Ž, Riccardi G, Taskinen MR, Tokgozoglu L, Verschuren WM, Vlachopoulos C, Wood DA, Zamorano JL; Authors/Task Force Members; Additional Contributor. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016 Aug 27. pii: ehw272.

University of Zagreb School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.

Bedenić B, Beader N, Godić-Torkar K, Prahl E, Mihaljević Lj, Čaćić M, Vraneš J. Postantibiotic effect of colistin alone and combined with vancomycin or meropenem against *Acinetobacter* spp with well defined resistance mechanisms. J Chemother 2016; 28(5):375-383.

University of Zagreb School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.

NISAM VIDJELA RAMPU. NA GLAVI IMAM NIZ ŠAVOVA KAO PODSJETNIK NA OPREZ. I SEDAM DANA POSLIJE GLAVA BOLI!

WIENER DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Wiener dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva sva sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu bez ograničenja (Dopunsko Classic), a ukoliko se ugovori program Dopunsko B1000 pokriva i doplatu za lijekove s Dopunske liste lijekova HZZO-a.

Mjesečna premija dopunskog zdravstvenog osiguranja:

PRISTUPNA DOB	DOPUNSKO CLASSIC	DOPUNSKO B1000
18 - 39	45 kn	60 kn
40 - 59	63 kn	93 kn
60 +	130 kn	170 kn

* Na premiju se obračunava dodatan popust od 10% za članove HLK.

Pogodnosti Wiener dopunskog zdravstvenog osiguranja:

- 10% popusta za članove Hrvatske liječničke komore
- 5% popusta za plaćanje godišnje premije odjednom
- iskaznica sredstvo plaćanja za sva sudjelovanja
- mogućnost ugovaranja pokrića doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova (refundacija)
- jednostavno ugovaranje putem kontakt info telefona

POSEBNA PONUDA ZA ČLANOVE HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE: popust od 10% na premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja koja je na snazi u trenutku sklapanja odnosno produženja ugovora o osiguranju. **Akcija traje do 30.06.2017. godine**

-10%

KONTAKT INFO TELEFON

01 / 3718 894

POSEBNA LINIJA ZA VAS

KONTAKT MAIL

hlk@wiener.hr

www.wiener.hr

**ZDRAVSTVENO
(O)SIGURAN**

WIENER OSIGURANJE
VIENNA INSURANCE GROUP

Antibiotici i antiseptici za kirurške rane koje cijele sekundarno

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

Sažetak

Nakon kirurškog zahvata rezovi se obično zatvaraju šavovima, staplerom, adhezivima (ljeplilom) ili klipsama. Taj postupak omogućuje cijeljenje rubova rane i naziva se primarno cijeljenje. U manjem broju slučajeva kirurške rane ne zatvaraju se na taj način. Ako postoji visok rizik od infekcije ili velik gubitak tkiva, rane se mogu ostaviti otvorene kako bi cijelile rastom novog tkiva, a ne primarnim zatvaranjem. Takav postupak naziva se sekundarno cijeljenje. Ako su rane otvorene, postoji rizik od infekcije, što može negativno utjecati na cijeljenje rane. U tom slučaju mogu se dati antiseptici ili antibiotici kako bi se sprječile ili liječile takve infekcije.

U ovom Cochrane sustavnom pregledu analizirani su dokazi iz kliničkih pokusa o djelovanju antiseptika i antibiotika na različite vrste rana koje cijele sekundarno.

Uključeno je 11 istraživanja s ukupno 886 ispitanika. U njima su procijenjene različite usporedbe na različitim kirurškim ranama koje su cijelile sekundarno. Općenito su ta istraživanja bila malena; neka nisu prikazala podatke ili analize koji bi se mogli jednostavno protumačiti ili koji su bili povezani za značajne kliničke ishode pa ti čimbenici umanjuju kvalitetu dokaza.

Dva istraživanja usporedila su različite pravke joda s liječenjem bez ikakvog antiseptika; nisu pronađeni jasni dokazi o učinku takve terapije.

Jedan pokus usporedio je mrežicu s cinkovim oksidom kao oblog u usporedbi s običnom mrežicom. Nije bilo jasne razlike u vremenu cijeljenja između tih skupina. Neki pokazatelji koji mjere infekciju rane (rane s neugodnim mirisom i broj osoba kojima su propisani antibiotici) bili su bolji u ispitanika koji su liječeni cinkovim oksidom.

Jedno istraživanje opisalo je da sukralfat u obliku kreme povećava vjerojatnost cijeljenja

otvorenih rana nakon hemoroidektomije u usporedbi s kremom koja sadrži petrolej. Također je opisana manja bol u osoba koje su liječene sukralfatom.

Kirurška rana nakon hemoroidektomije brže je cijelila nakon liječenja triklozanom u usporedbi sa standardnom otopinom natrijevog hipoklorita.

Veći broj otvorenih rana nastalih nakon eksicizije apscesa u piomiozitu zacijelio je nakon tri tjedna praćenja kad su liječene gazom natopljenom u med nego kad je korištena gaza natopljena u EUSOL. Također je zabilježeno da su ispitanici liječeni medom kraće liječeni u bolnici. No ti dokazi dolaze iz jednoga malog istraživanja s 43 ispitanika.

Postoperativne rane na stopalu dijabetičara liječene Dermacymom® cijelile su bolje nego rane liječene jodom. Ti dokazi temelje se na malom istraživanju s 40 ispitanika.

Zaključno, nema čvrstih dokaza o relativnoj djelotvornosti bilo kojeg antiseptika/antibiotika/antibakterijskog pripravka koji je procijenjen kao terapija za sekundarno cijeljenje. Iako su nađeni određeni dokazi da su neki od tih pripravaka bili bolji od nekih drugih, oni se temelje na malim istraživanjima umjerene ili niske kvalitete. To znači da će rezultati budućih istraživanja vjerojatno promijeniti te procjene.

Uvod

Sekundarno cijeljenje često se primjenjuje nakon eksicizije pilonidalnog sinusa, perianalnih apscesa ili apscesa dojke. Također je moguća konverzija rane, iz primarnog u sekundarno cijeljenje, kad primarno cijeljenje nije uspješno zbog odvajanja rubova rane koje se ne može popraviti. Nedavni pregled literaturе uočio je čimbenike rizika za dehiscenciju šavova, uključujući debljinu i infekciju rane, osobito u abdominalnoj kirurgiji, ali je metodologija i kvaliteta 15 uključenih studija bila vrlo varijabilna i taj je pregled literature imao neke manjkavosti (Sandy-Hodgetts 2013).

Nakon dehiscencije šavova rana se može ostaviti da cijeli sekundarno u cijelosti ili se može kirurški zatvoriti nakon parcijalnog cijeljenja (odgodeno cijeljenje primarnom intencijom). Takvo cijeljenje može se i unaprijed planirati.

Standardna skrb za liječenje rana koje cijele sekundarno uključuje uporabu niza različitih obloga. U smjernicama se zna pročitati preporuka za uporabu „primjerih“ obloga i savjetovanje sa stručnjakom za cijeljenje tkiva. Druge terapije mogu uključivati negativan tlak (uporaba vakuumskih crpki koja smanjuje tlak u okolini rane), debridman (uklanjanje stranog materijala, mrtvog ili oštećenog tkiva) i presađivanje kože.

Prevalencija

Podatci o prevalenciji sekundarnog cijeljenja (planiranog ili neplaniranog) ograničeni su. Dva istraživanja koja su obradila tu prevalenciju u Engleskoj opisuju da se takvo cijeljenje primjenjuje u 28% svih akutnih rana koje se liječe (Srinivasiah 2007, Vowden 2009). Novija britanska studija pokazuje da je prevalencija sekundarnog cijeljenja 0,41 na 1000 stanovnika u ukupnoj populaciji od 590.585 osoba, od čega se polovica odnosi na planirano cijeljenje sekundarnom intencijom (Ashby 2014). Objavljeni podatci o trajanju liječenja kad je u pitanju sekundarno cijeljenje ograničeni su. Podatci iz randomiziranih kontroliranih pokusa pokazuju da je medijan vremena cijeljenja između 54 i 68 dana (raspon: 33 do 168 dana), ovisno o etiologiji, pri čemu rane nakon eksicizije pilonidalnog sinusa cijele dulje nego abdominalne rane (Berry 1996; Shackelford 2002; Viciano 2000).

Cijena

Bez dobrih epidemioloških podataka teško je procijeniti izravne troškove liječenja sekundarnog cijeljenja rana ili društvene troškove, koji uključuju gubitak prihoda



zbog izostanka s posla. Potencijalno vrijeme potrebno za cijeljenje takvih rana, kao i potencijalna potreba za dalnjim kirurškim zahvatima i druge komplikacije, kao što su infekcije, ukazuju da bi troškovi sekundarnog cijeljenja mogli biti značajni. Većina pacijenata čije rane cijele sekundarno liječi se s nekom vrstom obloga. No većina troškova vjerojatno se odnosi na duljinu boravka u bolnici, iako nije jasno zahtijeva li sekundarno cijeljenje dulji boravak u bolnici u svim indikacijama i naknadnu skrb nakon otpusta. Za kirurške rane koje se inficiraju, u Velikoj Britaniji je procijenjeno da njihovo liječenje iznosi između 814 i 6626 GBP po pacijentu. Procjenjuje se da 5% kirurških rana u Velikoj Britaniji i Irskoj postane inficirano, što je vjerojatno konzervativna procjena jer se brojne infekcije kirurške rane razviju nakon otpusta iz bolnice.

Infekcija rane

Otvorene rane, kao što su one koje cijele sekundarno, idealan su okoliš za mikrobnu kolonizaciju i većina rana sadrži neke mikroorganizme, iako neće nužno štetno djelovati. Klinički pokus koji je uključio 54 ispitanika s ranama koje su cijelile sekundarno nakon odgodenog primarnog cijeljenja, našao je 353 izolata s 44 različite vrste; mnoge rane imale su više od 1×10^5 g⁻¹ bakterija, što se ranije smatrao pragom koji je prediktivan za nastanak infekcije (Robson 1968). Bakterije bi mogle biti otpornije na baktericidne lijekove zato što rastu na površini rane koja oblikuje film stanica, odnosno „biofilm“. Svakako treba uzeti u obzir i odgovor domaćina jer bi odgovarajući imuno-loški odgovor pacijenta mogao biti ključan za obranu od infekcije i značajniji nego vrsta mikroorganizama koja se nalazi u rani.

Opis intervencije

Ako se antimikrobna terapija smatra potrebnom, dva su glavna pristupa. Antibiotik se može primijeniti sustavno (oralno, intravenski, intramuskularno) ili lokalno na ranu. Antibiotici su lijekovi koji uništavaju ili usporavaju rast mikroorganizama. Sustavno liječenje antibioticima uključuje skupinu lijekova sa sličnim mehanizmom djelovanja kao što su penicilini, cefalospo-

rini, aminoglikozidi, makrolidi i kinoloni. Drugi antibiotici, koji ne pripadaju tim glavnim skupinama, uključuju klindamicin, metronidazol, trimetoprim i kotrimazol. Lokalni lijekovi uključuju antibiotike i antiseptike. Za antiseptike se smatra da sprječavaju rast patogenih mikroorganizama bez oštećivanja živog tkiva. Lokalna primjena obično se može podijeliti na dvije vrste terapija. Prva vrsta uključuje losione koji se koriste za ispiranje ili čišćenje rane, ili oboje, i imaju kratko vrijeme kontakta s ranom (osim ako se koriste kao sredstvo za namakanje). Druga vrsta su proizvodi koji su u produljenom kontaktu s ranom, kao što su kreme, masti i impregnirani oblozi.

Terapije koje se koriste prvenstveno za ispiranje/čišćenje rane obično uključuju povidon jod, klorheksidin i peroksid. Rjeđe se koriste tradicionalni lijekovi kao što su gencijan violet i hipoklorit. Kreme i masti za dulji kontakt s ranom uključuju fusidinsku kiselinu, mupirocin, neomicin sulfat i jod (kao što je kadksomer jod). Antimikrobni oblozi dijele se na one koji sadrže med, jod, srebro i ostale, kao što su oblozi natopljeni lijekovima, primjerice klorheksidin i perokisidi. Preporuke o korištenju pojedinih vrsta obloga obično se temelje na količini eksudata iz rane.

Kako bi intervencija mogla djelovati

Razlog za liječenje klinički inficirane rane antimikrobним lijekovima kao što su antibiotici i antiseptici je ubijanje ili usporavanje rasta patogenih mikroorganizama i na taj način sprječavanje pogoršanja infekcije i njenog širenja. Bolje cijeljenje može biti sekundarni korisni učinak, iako su dokazi o povezanosti između cijeljenja rane i infekcije ograničeni. Općenito se smatra da je korisno rane koje ne pokazuju jasne znakove kliničke infekcije, ali pokazuju znakove usporenog cijeljenja, također liječiti antimikrobnim lijekovima. Dokazi i za to su ograničeni.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Nije jasno mogu li sustavni antibiotici, lokalni antibiotici ili lokalni antiseptici po-

spješiti zarastanje rane koja sekundarno cijeli. Zdravstvenim radnicima na raspolaganju su brojne vrste antimikrobnih terapija za rane koje sekundarno cijele, ili kao terapija ili kao profilaksa protiv kliničke infekcije. Odluke koje se temelje na dokazima nije lako donijeti zbog manjka dokaza u ovom području. Ključni problem u donošenju odluke odnosi se na procjenu treba li koristiti antimikrobnu terapiju te imaju li različiti antimikrobni pripravci različit učinak kad se izravno usporede.

Zaključak za praksu

Sveobuhvatni Cochrane sustavni pregled dokaza nije našao uvjерljive dokaze u prilog bilo kojoj vrsti antimikrobnе terapije za liječenje kirurških rana koje cijele sekundarno kad su u pitanju važni ishodi (kao što su cijeljenje rana i infekcija). Iako bi neke vrste terapija mogle biti korisne, kvaliteteta dokaza je umjeren do niska. Gotovo da nisu nadjeni dokazi koji izravno uspoređuju dva različita antimikrobna pripravka. Svi dokazi odnose se na lokalne terapije.

Zaključak za buduća istraživanja

Trenutno nema dosljednih dokaza o razlikama u ishodima između otvorenih kirurških rana koje se liječe antimikrobnim i ne-antimikrobnim terapijama ili različitim antimikrobnim intervencijama. Bilo kakva buduća primarna istraživanja o izboru terapije kirurških rana koje liječe sekundarno morala bi uključiti analizu ishoda koji su važni pacijentima i za kliničku praksu. Istraživanja moraju biti velika i kvalitetna kako bi mogla uočiti razliku u stopi cijeljenja, trebala bi koristiti priklane statističke metode, analizirati vrijeme cijeljenja i dovoljno dugo pratiti ispitanike tijekom vremena koje je potrebno za cijeljenje rane, ovisno o vrsti kirurškog zahvata.

Cochrane sustavni pregled:

Norman G, Dumville JC, Mohapatra DP, Owens GL, Crosbie EJ. Antibiotics and antiseptics for surgical wounds healing by secondary intention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;3:CD011712.



Akutni lumbago

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

Akutni lumbago, akutna mehanička bol u donjem dijelu leđa, je bol ili nelagoda u trajanju kraćem od 6 tjedana, a koju kranijalno omeđuju rebra, a kaudalno glutealne brazde (*sulci gluteales*).

Nespecifičnu, tzv. mehaničku bol u leđima, važno je razlikovati od boli u leđima koja ima specifičan patološki supstrat i prema tome zahtijeva puno veću kliničku pažnju, npr. bakterijski spondilitis, neoplazma, diskus hernija, patološki prijelom, ankirozirajući spondilitis, upalna bolest zdjelice i slično.

Za vrijeme pregleda pacijenta bitno je imati na umu alarmantna obilježja specifične patologije, tzv. *red flags*, kako se u dijagnostičkom procesu ozbiljne bolesti i po život opasna stanja ne bi previdjela. Takva alarmantna obilježja su 1.) dob manja od 20 ili veća od 55 god., 2.) nedavna trauma, 3.) stalno pojačavajuća bol (ne popušta u mirovanju), 4.) bol u prsim, 5.) zločudna bolest u anamnezi, 6.) dugotrajna upotreba glukokortikoida, 7.) imunodeficitnost (HIV infekcija), zloporaba droga, 8.) vrućica, 9.) značajno mršavljenje, 10.) opće loše osjećanje, 11.) neurološki ispadi i 12.) strukturalni deformitet.

Provocirajući pokret

Postojanje nekog od navedenih obilježja zahtijeva temeljiti i oprezan klinički pristup te razrađenu dijagnostičku i terapijsku strategiju, čime se izbjegava previd i stanja kao što su ruptura aneurizme abdominalne aorte, protruzija intervertebralnog diska, epiduralni apses, akutni pijelonefritis, pankreatitis, kompresivna frakturna, multipli mijelom, metastatska zločudna bolest i slično.

Nespecifična bol u donjem dijelu leđa najčešće je posljedica istegnuća mišića ili ligamenata, ili blage ozljede zglobova uslijed "pogrešnih" pokreta (savijanje, naglo okretanje, podizanje, povlačenje ili guranje tereta), teškog rada, dugotrajnog stajanja i izloženosti vibracijama, što izaziva tzv. "kumulativnu traumu".

Anamnistički je vrlo čest podatak o provocirajućem pokretu, da je bol tupa i ne pojačava se s vremenom te da je pogoršavaju tipični pokreti (savijanje, okretanje, ustajanje iz sjedećeg ili ležećeg položaja), a popušta u mirovanju. Bol se najčešće ne širi u noge, a neurološki nalaz je uredan. Fizikalni pregled usmjeren je na palpaciju leđnih mišića, izvođenje Lasegueova testa, provjeru neurološkog statusa (dorzalna i plantarna fleksija u stopalu; osjet; refleksi) i provjeru opsega pokreta kralježnice. Anamnezom i

fizikalnim pregledom najvažnije je, dakle, potvrditi ili isključiti muškulo-skeletnu etiologiju boli.

Važno je naglasiti da je akutni lumbago bolest sjedilačkog načina života; najčešće zahvaća radno aktivno stanovništvo, a cjeloživotna prevalencija bolesti prelazi 70% u razvijenim zemljama (85% u SAD-u).

Simptomatsko liječenje

Liječenje akutnog lumbaga je simptomatsko. Bolest je samoogničavajuća i u više od 90% slučajeva traje kraće od 6 tjedana. Pacijente se ohrabruje da ostanu aktivni i da ne ograničavaju svoje svakodnevne aktivnosti, uz napomenu da izbjegavaju pokrete koji provociraju bol. Farmakološke mjere podrazumijevaju liječenje paracetamolom uz, dodatno, nesteroidni antireumatik u slučaju lošeg odgovora ili jake boli. Nekim pacijentima može se, u slučaju neuспjeha analgetika, propisati mala dnevna doza miorelaksansa (npr. *diazepam*) u trajanju od nekoliko dana.

Konačno, završit će s napomenom o glukokortikoidima. Suprotno tradicionalnom uvjerenju mnogih liječnika i liječnika o opravданosti i učinkovitosti trodnevног režima *deksametazona* primjenjenog intramuskularno, glukokortikoidi nisu indicirani za liječenje akutne mehaničke boli u leđima. Ipak, glukokortikoidi jesu indicirani, prema hrvatskim nacionalnim i nekim inozemnim smjernicama, za liječenje drugog entiteta koji izaziva slične, ali ne i istovjetne tegobe – lumboishialgije. Međutim, njihova je učinkovitost još uvek kontroverzna, a za tu indikaciju lijek je potrebno primijeniti epiduralno, a ne oralno ili intramuskularno.

Literatura:

van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T. et al. Eur Spine J (2006) 15(Suppl 2): s169. doi:10.1007/s00586-006-1071-2

Stern SDC, Cifu AS, Altkorn D. Symptom to Diagnosis, An Evidence-Based Guide. Second Edition 2010. New York: McGraw-Hill Inc.

Fanganel J, Pera F, Anderhuber F, Nitsch R. Waldayerova anatomija čovjeka. 1.izd. 2009. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga

<http://emedicine.medscape.com/article/310353-overview#a4>

<http://www.merckmanuals.com/professional/musculoskeletal-and-connective-tissue-disorders/neck-and-back-pain/sciatica>

Krznarić Ž, Anić B (2015), Zbornik smjernica stručnih društava Hrvatskoga liječničkog zabora, »Liječnički vjesnik« 2004. – 2014. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor

Kinkade S (2007) Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain. Am Fam Physician; 75(8):1181-1188.

"Dulce cum utili!"

Engleski vs. hrvatski

(ponešto o riječima preuzetima u izvornome obliku iz engleskoga jezika)

Izv. prof. dr. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ

U hrvatski su jezik često ulazile riječi iz drugih jezika. Najčešće su to bile riječi iz susjednih jezika koje su u hrvatski jezik ulazile zbog izvanjezičnih razloga: geografske blizine (mađarski, talijanski...), kulturnih utjecaja, povijesnih i političkih razloga (njemački, turski, srpski...), ali i zbog unutarjezičnih razloga, najčešće zbog nedostatka hrvatske riječi za pojedini pojam (engleski...). Utjecaj njemačkoga jezika osobito je prisutan u sjeverozapadnoj Hrvatskoj, talijanskoga u Istri i Dalmaciji, a mađarskoga u istočnoj Hrvatskoj. Leksik hrvatskoga standardnoga jezika obuhvaća oko 30 000 000 pojavnica (*Računalna obrada hrvatskoga jezika*, 1997.), prema nekim istraživanjima u hrvatskom je jeziku više od 50 posto riječi nehrvatskoga podrijetla. Posuđivanje riječi iz drugih jezika nije samo svojstveno hrvatskome jeziku, i drugim svjetskim jezicima nije strana ta pojava.

Izravni prijenos riječi

U velikom broju svjetskih jezika u proteklih dvadeset godina dolazi do znatnog izravnoga prijenosa riječi iz engleskoga jezika. Iako je taj prijenos velikim dijelom uvjetovan prestižnom moći angloameričke kulture, industrije i tehnologije, te suvremenih medija, ne dolazi do unosa samo pojmove vezanih uz ta područja, nego se prijenos najviše osjeti na razini rječnika opće komunikacije, a najviše rječnika mladih, tzv. *globalne generacije*.

U ovom ćemo se broju *Liječničkih novina* samo dotaknutih ove teme, jer ona zahtijeva

puno više prostora, te ćemo na bliskim nam primjerima pokazati kako mnoge uvezene riječi iz engleskoga jezika imaju primjerenu zamjenu u hrvatskim riječima. Zahvaljujem ovom prilikom Uredništvu *Liječničkih novina* koje je za ovaj broj potaknulo ovu iznimno važnu temu.

Po svojoj definiciji angлизми su riječi preuzete iz engleskoga jezika. Hrvatski jezik, baš kao i većina drugih jezika, kao što smo već spomenuli, posljednjih godina bilježi golem priljev angлизama. Primjećuje se sve manji utjecaj njemačkoga, talijanskoga i pogotovo mađarskoga jezika, a sve izrazitiji prijenos riječi i cijelih konstrukcija iz engleskoga jezika. Engleski je jezik na taj način postao *lingua franca* u gotovo svim europskim jezicima, pa tako i u hrvatskome. Kako je riječ o dvama jezicima koji nisu u kontaktu, koji pripadaju različitim jezičnim skupinama i strukturno su različitih jezičnih sustava (hrvatski je slavenski, a engleski anglosaksonski jezik), prijenos iz engleskoga u hrvatski jezik nije jednostavan, pa se većina prenesenih riječi još nije prilagodila strukturi hrvatskoga jezika, već egzistira na „prijeznoj“ razini. Zato treba, kada je riječ o pisanju riječi iz stranih jezika, upamtiti osnovno pravopisno pravilo koje kaže da se strane riječi koje se prenose izvorno, tj. onako kako se pišu u jeziku iz kojega su preuzete, trebaju u tekstu označiti kosim slovima.

Posuđenice iz engleskoga jezika u hrvatski jezik dopiru putovima koje je nemoguće kontrolirati, a budući da mlade generacije u svojim medijskim diskursima prenošenja obavijesti dokidaju razliku između usmenoga i pisano jezika, angлизmi su u novije vrijeme preplavili i pisano komunikaciju, osobito komunikaciju u suvremenim medijima (dovoljno je pogledati komunikaciju na društvenim mrežama).

Prednost domaćim riječima

Prije nego što prijeđemo na konkretne primjere, ponovit ćemo prvo i osnovno načelo prihvatanja stranih riječi u hrvatski jezični sustav koje kaže da, kad god je to moguće, riječ stranoga podrijetla treba zamijeniti hrvatskom riječju ili riječima ista značenja. Strana riječ je dobrodošla jedino ako u hrvatskome jeziku nemamo primjerenu zamjenu za stranu riječ.

Možemo se prisjetiti da je jedna od prethodnih Vlada uvodila mjere kako bi povećala učinkovitost i smanjila troškove u javnom sektoru, čime je u svakodnevni govor ušla engleska riječ *outsourcing*. O važnosti njezina značenja govori i to da se u vrlo kratkom vremenu uspjela raširiti u svakodnevnoj upotrebi, čak i među ljudima koji se engleskim jezikom i ne služe dobro. U hrvatski se jezik uklopila tako da se počela sklanjati po padežima: *outsourcing*, *outsourcinga*, *outsourcingu...* i tvoriti druge vrste riječi poput glagola: *outsourcari/outsoursam...*, glagolske imenice: *outsouranje* i sl.

Outsourcing se najčešće prevodi kao "izdvajanje", odnosno njime se opisuje ugovaranje u kojem tvrtke ili javne ustanove radi smanjivanja troškova i poboljšavanja poslovanja izdvajaju netemeljne poslove (najčešće je riječ o poslovima čišćenja, održavanja, odvoza i dovoza, zaštite i sl.) iz svoga poslovanja i ustupaju ih poduzećima koja se njima bave. Naziv *outsourcing* pojavio se potkraj 90-ih godina prošloga stoljeća uglavnom kao posljedica velikoga rasta informatičko-telekomunikacijskih kompanija koji je omogućio mnogim poduzećima da se počnu baviti poslovima izdvojenim iz glavne djelatnosti poduzeća.

Svakodnevna upotreba

Prvi primjeri takva poslovanja bili su poznati još u 14. stoljeću kada su trgovci iz cijele Europe unajmljivali skladišta za svoju robu u Veneciji. Riječ *outsourcing* je u Hrvatskoj dobila negativnu konotaciju nakon stalnih upozorenja sindikata i dijela zaposlenih u javnom sektoru da će takvim izdvajanjem djelatnosti velik broj zaposlenika ostati nezaštićen. Koliko se riječ raširila u svakodnevnoj upotrebi, te kolika je važnost teme vezane uz *outsourcing*, govori izjava zagrebačke čistačice koja je odjeknula u javnosti - "Ja se ne bum dala 'autsorsati' i idem u prijevremenu mirovinu".

Dakle, prema općem jezičnom pravilu kako uvijek u upotrebi treba dati prednost domaćim riječima nad stranim riječima, trebalo bi, ovisno o kontekstu, *outsourcing* zamijeniti hrvatskim rijećima: *izdvajanje, prepuštanje, ustupanje, vanjsko ugovaranje usluga*.

Nadalje, kako objasniti nazive filmskih festivala – *Zagreb Film Festival, Motovun Film Festival*, pa i *Sarajevo Film Festival*, nazive dvaju hrvatskih filmskih festivala i jednoga bosanskohercegovačkoga koji bi se trebali pisati tako da pridjev prethodi imenici (kao što je to slučaj u nazivima druga dva hrvatska filmska festivala – *Splitskoga filmskog festivala* i *Pulskoga filmskog festivala*), a ne imenicom uz imenicu kako se takav naziv piše u engleskome jeziku. Prema hrvatskim pravopisnim pravilima u ovim nazivima samo prva riječ treba biti pisana velikim početnim slovom, a ne sve riječi, kao što je slučaj u engleskome jeziku. Dakle, nazivi prema pravilima hrvatskoga

jezika trebali bi glasiti: *Zagrebački filmski festival* i *Motovunski filmski festival*.

Evo još nekoliko primjera u kojima engleska riječ ima adekvatnu hrvatsku zamjenu:

- *bookmark* (straničnik)
- *brand* (robna marka)
- *break* (stanka, pauza)
- *bullying* (nasilje; nasilje u školi, vršnjačko nasilje)
- *chat* (virtualno/internetsko brbljanje, čavrjanje, ugoden razgovor, e-razgovor)
- *celebrity* (poznata, slavna osoba; zvijezda)
- *e-mail* (e-pošta, elektronička pošta)

- *event* (događaj, događanje)
- *link* (poveznica)
- *mobbing* (zlostavljanje)
- *monitoring* (motrenje, promatranje, nadzor, praćenje)
- *party* (zabava, proslava, domjenak)
- *shopping centar* (*trgovački centar*)
- *stage* (pozornica)
- *tender* (natječaj, ponuda)
- *website* (mrežna stranica)

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

PROVJERITE ZNANJE!

1. Zamijenite ove strane riječi hrvatskom riječu ili svezom:

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

Dopuni rečenicu.

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

2. Kojim biste hrvatskim rijećima mogli zamijeniti podcrtane riječi?

- A Molimo vas da nam pošljete *fax*. _____
 B Trgovina prodaje *gaming* opremu. _____
 C Zaposliti ćemo vas ako *feedback* o Vama bude pozitivan. _____
 D Nastavite *follow-up* bolesnika. _____

3. A *files*; B *opreme za igraće*; C *povratna informacija*; D *prati/praćenje*

2. Strane se riječi pišu *leskim slovima* što odudara u od glasovnoga sastava hrvatskoga jezika, npr. *difficulties*

– *pisac; remade* – *predala(b) donor* – *distributi*; *final* – *finalizirati*; *automobil*; *revival* – *osvijetljava*; *software* – *programska podrška*; *stage* – *pozornica*; *summit* – *sastanak na vrhu*

– *pisac; remade* – *predala(b) donor* – *distributi*; *final* – *finalizirati*; *automobil*; *revival* – *osvijetljava*; *software* – *programska podrška*; *stage* – *pozornica*

– *pisac; remade* – *predala(b) donor* – *distributi*; *final* – *finalizirati*; *automobil*; *revival* – *osvijetljava*; *software* – *programska podrška*; *stage* – *pozornica*

1. *adultement* – *privatni*; *bookmarked* – *stranicu*; *call-centar* – *prenosilac*; *bypass* – *prelaz*; *copyright* – *autorsko pravo*; *e-mail* – *e-pošta*.

Tocni odgovori:

Hrvatsko biomedicinsko nazivlje - u izgradnji



Hrvatska je zaklada za znanost pokrenula je 2007. godine program Izgradnja hrvatskoga strukovnog nazivlja STRUNA, kojim su stvorene temeljne pretpostavke za razvoj znanstvene i stručne terminologije na hrvatskom jeziku. Od 2016. godine Hrvatska zaklada za znanost odobrila je i financiranje projekta Hrvatsko farmakološko nazivlje FARMANA

Hrvatski je jezik, a posebno strukovni, podložan utjecajima stranih jezika, u prvom redu engleskog. Kako bi se uredilo nazivlje struke te na taj način očuvao jezik i smanjila opasnost gubitka tog dijela hrvatskog identiteta, Hrvatska je zaklada za znanost 2007. godine pokrenula program Izgradnja hrvatskoga strukovnog nazivlja STRUNA, kojim su stvorene temeljne pretpostavke za razvoj znanstvene i stručne terminologije na hrvatskom jeziku. Tim programom gradi se terminološka infrastruktura kakvom već raspolaže brojne europske države. Od 2016. godine Hrvatska zaklada za znanost odobrila je financiranje projekta Hrvatsko farmakološko nazivlje FARMANA. Nositelj projekta je Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, a odvija se u suradnji s Institutom za hrvatski jezik i jezikoslovje.

Hrvatsko farmakološko nazivlje FARMANA

Ideja o pokretanju projekta FARMANA nastala je kao rezultat sudjelovanja na dva uspješno provedena i izvrsno ocijenjena projekta, Hrvatsko stomatološko nazivlje HRSTON i Hrvatsko anatomsко i fiziološko nazivlje HRANAFINA kojima je voditelj doc.dr.sc. Marin Vodanović sa Stomatološ-

kog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Projekti je financirala je Hrvatska zaklada za znanost. Znanja i iskustva stečena na tim projektima te odlična suradnja stručnjaka s područja medicine i dentalne medicine sa stručnjacima s područja jezikoslovja čine temelj projekta FARMANA.

Osnovna ideja projekta FARMANA je izradba baze pojmova iz farmakologije, njihovih naziva na hrvatskom jeziku i stranim jezicima, s definicijama i drugim važnim podacima, u svrhu obogaćivanja farmakološke struke u Hrvatskoj kao i hrvatskoga jezika u cijelini. Temelj baze su, uz medicinsku struku, terminološka načela kojima se određuje valjanost ustaljenih i novih naziva. Članovi projektnog tima suradnici su sa medicinskim fakultetima sa sveučilišta u Zagrebu, Splitu, i Osijeku, te iz Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode. Međunarodno prepoznati stručnjaci s hrvatskih fakulteta biomedicinske skupine i jezikoslovci uključeni su u projekt.

Projekt FARMANA traje jednu godinu, od 1. rujna 2016. do 31. kolovoza 2017. U sklopu projekta već je održano više terminoloških radionica na kojima se raspravljalo o jezičnim problemima u biomedicinskom



Osnovna ideja projekta FARMANA je izrada baze pojmova iz farmakologije, njihovih naziva na hrvatskom jeziku i stranim jezicima, s definicijama i drugim važnim podacima, u svrhu obogaćivanja farmakološke struke u Hrvatskoj kao i hrvatskoga jezika u cjelini.

nazivlju, posebno iz područja farmakologije, što suradnicima oakšava rješavanje jezičnih problema prilikom pisanja i prevodenja stručnih i znanstvenih pojmovova i definicija. Nakon početnog unosa i obrade naziva, slijedit će pregled od strane terminologa i jezičnih savjetnika. Važnost projekta FARMANA sadržana je u dvije razine, s obzirom na hrvatski jezik i s obzirom na istovrijednice na engleskome jeziku koje će biti uključene u bazi hrvatskog farmakološkog nazivlja.

Hrvatsko strukovno nazivlje STRUNA

Nazivlje je ključ stručnoga i znanstvenoga sporazumijevanja i stoga je rad na nazivlju iznimno važan i veoma zahtjevan posao koji je u nas donedavno bio prilično zanemaren. Osnivanjem Strune stvorene su temeljne pretpostavke za njegov razvoj na nacionalnoj razini. Izgradnja terminološke infrastrukture osobito je važna za hrvatski jezik otkad je postao službenim jezikom Europske unije. Program izgradnje hrvatskoga strukovnog nazivlja jedini je djelatni oblik terminološkoga planiranja u Republici Hrvatskoj.

STRUNA je elektronička terminološka baza hrvatskoga strukovnog nazivlja u kojoj se sustavno prikuplja, stvara, obrađuje i tumači nazivlje različitih struka radi izgrađivanja i usklađivanja nazivlja na hrvatskome jeziku. Do sad je uključeno 26 struka, a javnosti su dostupna nazivlja 18 struka među kojima su anatomija i fiziologija, antropologija, kemija i stomatologija na mrežnoj stranici <http://struna.ihjj.hr/>. U tijeku je obradba nazivlja iz područja farmakologije, genetike, oftalmologije te kemikalije i laboratorijsko nazivlje. U Struni se početkom 2017. godine nalazi više od 31000 hrvatskih naziva, njihove istovrijednice na engleskome jeziku i na nekim drugim europskim jezicima.

Jezik naš svagdašnji

Dvojbe, razilaženja kao i brojna neriješena pitanja oko naziva i njihovih značenja u farmakologiji dolaze do izražaja kad u udžbenicima, znanstvenim izvješćima, medijima, popularnim knjigama i prijevodima o farmakologiji treba pisati na hrvatskom jeziku.

Iskustvo pokazuje kako je primjena i već izgrađenih baza zapravo – nedovolj-

na. Primjer za to je udžbenik iz prirode za četvrti razred osnovne škole jednog izdavača, u kojem u odlomku o spolnim organima stoje nazivi vagina i testis bez hrvatskih naziva rodnica i sjemenik. Kao da desetogodišnja djeca već toliko poznaju latinski i engleski jezik da im jasni i samoobjašnjavajući hrvatski nazivi nisu potrebni. Ili se tu radi o nečem drugom?

Drugi primjer je primjena opisnih i posvojnih pridjeva, dok su jedni službeno prihvaćeni i uvršteni u literaturu na hrvatskom jeziku, drugi su još uvijek dominantni u govoru (npr. adrenergični – adrenergički). Osim za zdravstvene struke, rezultati projekta FARMANA od velike su važnosti za hrvatski jezik općenito.

Putem mrežne stranice projekta (<http://farmana.sfgz.hr>) moguće je i neformalno uključivanje i ostalih pojedinaca koji su stručno ili osobno zainteresirani za ovaj dio hrvatskoga strukovnog nazivlja. Na mrežnim je stranicama svim zainteresiranim osobama omogućeno predlaganje naziva za bazu farmakološkog nazivlja. Pitanja s jezičnim nedoumicama i prijedloge vezane uz farmakološko nazivlje moguće je slati na farmana@sfgz.hr.

Voda kao izvor magnezija u prehrani

Autor: MAŠENJKA KATIĆ, mag. nutricionizma

Prirodne mineralne vode

Današnje spoznaje o resursima na Zemlji ukazuju na iznimnu važnost očuvanja vode kao prirodnog bogatstva. U tom smislu, prirodne mineralne vode predstavljaju vode posebne kakvoće, sačuvane u izvornom obliku, koje se jasno mogu razlikovati od svih ostalih voda za piće. Prirodne mineralne vode su prirodno čiste vode koje potječu iz podzemnih ležišta, sadrže otopljene mineralne tvari i elemente u tragovima te se zahvaćaju i pune iz izvora zaštićenih od svih rizika onečišćenja. Najvažnija obilježja prirodnih mineralnih voda su prirodna čistoća, stabilan mineralni sastav te određeni fiziološki učinak. U Europskoj uniji, sve prirodne mineralne vode moraju proći postupak priznavanja, koji obuhvaća stručnu procjenu s geološkog, hidro-geološkog, kemijskog, fizikalnog, mikrobiološkog, te po potrebi farmakološkog, fiziološkog i kliničkog stajališta, nakon čega se upisuju u Popis priznatih prirodnih mineralnih voda.

Specifičnost sastava

Prirodne mineralne vode imaju složen kemijski sastav koji ovisi najviše o sastavu stijena kroz koje prolaze, a njihove glavne ionske komponentne najčešće čine kationi kalcija, magnezija, natrija i kalija te anioni hidrogenkarbonati (bikarbonati), sulfati, kloridi i drugi. One mogu biti gazirane i ne-gazirane. Zbog svoje prirodne čistoće i sastava, prirodne mineralne vode mogu imati specifičan i blagotvoran učinak na zdravlje čovjeka. U prehrani su od davnina korištene s različitim ciljem, kao preventivno i terapeutsko ljekovito sredstvo kod mnogih bolesti vezanih na probavni sustav, kožu, jetra, respiratorični sustav, ginekološki trakt, kosti i zglobove. One su također, ovisno o sastavu, potencijalno značajan izvor minerala u prehrani. Upravo je voda kao izvor magnezija, od sredine prošlog stoljeća, postala predmet sve većeg interesa znanstvenika pa čak i Svjetske zdravstvene organizacije.

Magnezij

Magnezij je nakon kalija drugi najzastupljeniji kation u unutarstaničnoj tekućini. Ko-faktor je za oko 350 staničnih enzima, od kojih su mnogi uključeni u energetski metabolizam, sintezu bjelančevina i nukleinskih kiselina. Sudjeluje u aktivnom transportu kalcija i kalija kroz staničnu membranu, procesu važnom za prijenos živčanih impulsa i kontrakciju mišića, te normalan srčani ritam, a doprinosi i u strukturnom razvoju kosti i zuba. Budući da se 99% magnezija u organizmu nalazi u kostima, mišićima i ne-mišićnim mekim tkivima, a samo oko 1% u serumu i eritrocitima, teško je procijeniti njegov status u organizmu. Najčešće korištena metoda je mjerjenje koncentracije magnezija u serumu, iako ona slabo korelira s ukupnim statusom magnezija u tijelu ili pojedinim tkivima. Ostale metode uključuju mjerjenje njegove koncentracije u eritrocitima, slini i urinu, zatim mjerjenje ioniziranog magnezija u krvi, plazmi i serumu, kao i provođenje testa tolerancije na magnezij. Za sada se niti jedna metoda samostalno ne smatra u potpunosti zadovoljavajućom.

Preporučeni unos i apsorpcija

Preporučeni dnevni unos magnezija za zdravu populaciju iznosi: za djecu od 1 do 3 godine 80 mg, od 4 do 8 godina 130 mg, od 9 do 13 godina 240 mg, od 14 – 18 godina od 360 do 420 mg i nadalje za odrasle od 320 do 420 mg/dan.

Iako se čini da je magnezij široko rasprostranjen u hrani, istraživanja pokazuju da je u većine ljudi tzv. zapadnjačke civilizacije unos magnezija ispod preporučenog, te da moderan čovjek danas živi u stanju kroničnog prehrabnenog deficitu magnezija. S aspekta nutritivnog sastava namirnica, hranu s najvećom količinom magnezija čine orašasti plodovi, sjemenke, mahunarke, zeleno lisnato povrće, te integralne žitarice. Međutim, sadržaj magnezija u hrani mijenja se s obzirom na primijenjene agrotehničke

mjere u proizvodnji hrane, u tehnološkom procesu prerade, te u samoj pripremi hrane, kuhanjem, zamrzavanjem i slično. Tako je jedno švicarsko istraživanje pokazalo smanjenje magnezija u špinatu za 35% nakon odmrzavanja zamrznutog, kao i sjeckanja svježeg špinata, te dalnjih 50% nakon prokuhanja ili kuhanja na pari. Procijenjeno je da se u industrijaliziranim zemljama manje od 1% ukupnog magnezija unese putem zelenog lisnatog povrća, koje se često smatra njegovim značajnim izvorom, budući da se magnezij, kao središnji atom, nalazi vezan u molekuli klorofila.

Apsorpcija magnezija iz hrane u tankom crijevu iznosi 20 – 70% ovisno o izvoru i interakciji s drugim nutrijentima, te je visoka kod niskog sadržaja magnezija u prehrani (50mg), a niska kod visokog unosa magnezija u prehrani (1000 mg).

Nedostatak magnezija

Rani simptomi nedostatka magnezija uključuju gubitak apetita, mučninu, povraćanje, umor i slabost. Kako se deficit povećava nastupaju trnci, kontrakcije mišića, grčevi, poremećen srčani ritam ali i promjene osobnosti. Niske razine magnezija povezane su s poremećenom ravnotežom elektrolita, disfunkcijom endotela, povećanom cirkulirajućom razinom C-reaktivnog proteina, smanjenom osjetljivošću na inzulin, hipertenzijom, pre-eklampsijom, migrenom, koronarnom bolesti srca, diabetes mellitusom tipa 2 i metaboličkim sindromom.

Osim smanjenog unosa prehranom, povećano izlučivanje magnezija iz organizma također može biti razlogom njegovog smanjenog statusa u organizmu. Magnezij se izlučuje znojenjem te menstrualnim krvenjem, dok alkohol, diuretici, neki antibiotici, te određeni kemoterapijski tretmani povećavaju eliminaciju magnezija putem bubrega. Također, konzumacija niskomineralizirane vode (kakva se, među ostalim dobiva i upotrebot određenih filtera za vodu)

Znate li koji mišić radi i
kada drugi mišići odmaraju?

može rezultirati povećanom bubrežnom ekskrecijom magnezija. Skupine izloženije većem riziku nedostatka magnezija obuhvaćaju općenito stariju populaciju, zatim oboljele od dijabetesa tipa 2, one koje pate od bolesti probavnog sustava, te osobe ovisne o alkoholu. Kod ovih skupina najčešće dolazi ili do smanjene apsorpcije magnezija iz probavnog sustava i/ili do povećanog izlučivanja magnezija preko bubrega.

Rezultati novijih studija pokazuju inverznu asocijaciju ekskrecije magnezija u urinu s razvojem hipertenzije te povezanost niske ekskrecije magnezija s povećanim rizikom nastanka ishemiske bolesti srca. Sugerirano je da povećani unos magnezija, osobito u osoba s niskom urinarnom ekskrecijom magnezija može smanjiti rizik ishemiske bolesti srca, sniziti krvni tlak, spriječiti hipertenziju, te da magnezij može pojačati odgovor na antihipertenzive.

Funkcionalnost vode kao izvora magnezija

Upravo zbog potencijalno značajnog negativnog utjecaja kroničnog suboptimalnog unosa magnezija prehranom na brojne bolesti današnjice, voda koja sadrži magnezij može doprinijeti njegovom ukupnom preporučenom dnevnom unosu. Ovisno o sastavu konzumirane vode, to može biti i od 40 -100 mg/dan, dok neke prirodne mineralne vode sadrže i više od 300 mg/l. Njegova apsorpcija u probavnom sustavu iznosi oko 50%. Treba napomenuti da voda bogata istovremeno magnezijem i sulfatima, koja ujedno ima visoku ukupnu mineralizaciju (oko 9 g/l) ima gorak okus i djeluje hiperosmotski na suznicu crijeva. Povećavanjem ukupne količine tekućine u crijevima dolazi do povećanja peristaltike i laksativnog učinka. Prirodna mineralna voda u kojoj je magnezij dominantno u ravnoteži s bikarbonatima, te istovremeno ne sadrži sulfate ima lagani okus i nema laksativni učinak.

Iako se ne čini da postoji direktna veza između konzumiranja vode koja sadrži magnezij s infarktom miokarda, istraživanja pokazuju protektivni učinak pijenja vode koja sadrži magnezij i kardiovaskularnog mortaliteta. Premda ova veza ne mora nužno biti uzročno –posljetična, ona pokazuje konzistentnost s dobro poznatim učincima magnezija na srčano-krvožilnu funkciju.

Učinak magnezija iz vode kao mogućeg čimbenika u prevenciji civilizacijskih bolesti te poboljšanju kvalitete života modernog čovjeka ostaje i dalje aktualna tema znanstvenih istraživanja.

Literatura:

- Bohn T, Walczyk T, Leisibach S, Hurrell RF (2004) Chlorophyll-bound Magnesium in Commonly Consumed Vegetables and Fruits: Relevance to Magnesium Nutrition. *J. Food Sci.* 69: 347 - 350
- Brody T. (1999): Nutritional Biochemistry. 2nd.ed. Academic Press, San Diego.
- EFSA Scientific Committee on Food, Scientific Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2006) Tolerable Upper Intake Levels for Vitamins and Minerals.
- Floege J. (2015) Magnesium in CKD: more than a calcification inhibitor? *J Nephrol.* 28:269-77
- Joosten MM, Gansevoort RT, Mukamal KJ, Kootstra-Ros JE, Feskens EJ, Geleijnse JM et al. PREVEND Study Group (2013) Urinary magnesium excretion and risk of hypertension: the prevention of renal and vascular end-stage disease study. *Hypertension* 61:1161–1167.
- Joosten MM, Gansevoort RT, Mukamal KJ, van der Harst P, Geleijnse JM, Feskens EJ et al., PREVEND Study Group (2013) Urinary and plasma magnesium and risk of ischemic heart disease. *Am J Clin Nutr* 97:1299–1306.
- Kiss S, Forster T, Dongó A (2004) Absorption and effect of the magnesium content of a mineral water in the human body. *J Am Coll Nutr.* 23: 758–762.
- NIH Magnesium Fact Sheet for Health Professionals, (2013). Dostupno na <http://ods.od.nih.gov/factsheets/Magnesium-HealthProfessional/>
- Sabatier M, Arnaud MJ, Kastenmayer P, et al. (2002) Meal effect on magnesium bioavailability from mineral water in healthy women. *Am J Clin Nutr.* 75: 65-71.
- WHO (2009): Calcium and Magnesium in Drinking Water: Public Health Significance World Health Organization, Geneva.

Vaše srce.

Prirodno bogata sa
343 mg
Mg⁺⁺
po litru!

MAGNEZIJ
DOPRINOSI
NORMALNOJ
FUNKCIJI
MIŠIĆA

1 litra = dobra
doza Mg

voda vašeg srca!

Čimbenici koji utječu na odgovornost zdravstvenih djelatnika

Piše: dr. sc. TOMISLAV JONJIĆ

Dok stručnjaci u mnogim drugim strukama najčešće imaju vremena konzultirati literaturu i posavjetovati se s kolegama, specifičnost liječničkog poziva je u tome što se od liječnika često zahtijeva trenutna i kvalitetna reakcija, a njegovi propusti – koji čovjeka pogadaju neposredno i u najosjetljivijem segmentu, u njegovu životu i zdravlju – u pravilu su teško ili nikako popravljivi. K tome uvijek na umu treba imati notornu činjenicu da ne postoje dva potpuno ista ljudska organizma; da nema dviju apsolutno istovjetnih životnih situacija, pa zato nema nijednoga liječnika koji može sa sigurnošću predvidjeti, s kakvim tegobama će se pred njim pojaviti sljedeći pacijent. Te posvemašnje istovjetnosti nema ni kod tipičnih, a kamoli kod atipičnih bolesti. Zato se često kaže kako se liječništvo i liječnički uspjesi mogu izraziti, odnosno statistički opisati, samo Gaussovom krivuljom.

To je ono što bi se moralno reflektirati i na sudske prosudbe liječničke odgovornosti, pa se zato u pravnoj teoriji ističe: „Pri utvrđivanju krivnje mora se uvažiti da su sama predviđanja u odnosu na uspjeh mjera liječenja i same posljedice često ograničena, osobito kod netipičnih slučajeva, da je gotovo nemoguće sagledati sve reakcije organizma, pa se i najbolji stručnjaci mogu prevariti“ (Franjo Bačić - Šime Pavlović, *Komentar Kaznenog zakona*, Zagreb, 2004.). A osim nepostojanja dvaju posve istovjetnih organizama i životnih situacija, ne postoje ni dvije zdravstvene ustanove niti dva liječnika s posve istom izobrazbom, iskustvom i nizom drugih čimbenika koji determiniraju ljudsko ponašanje.

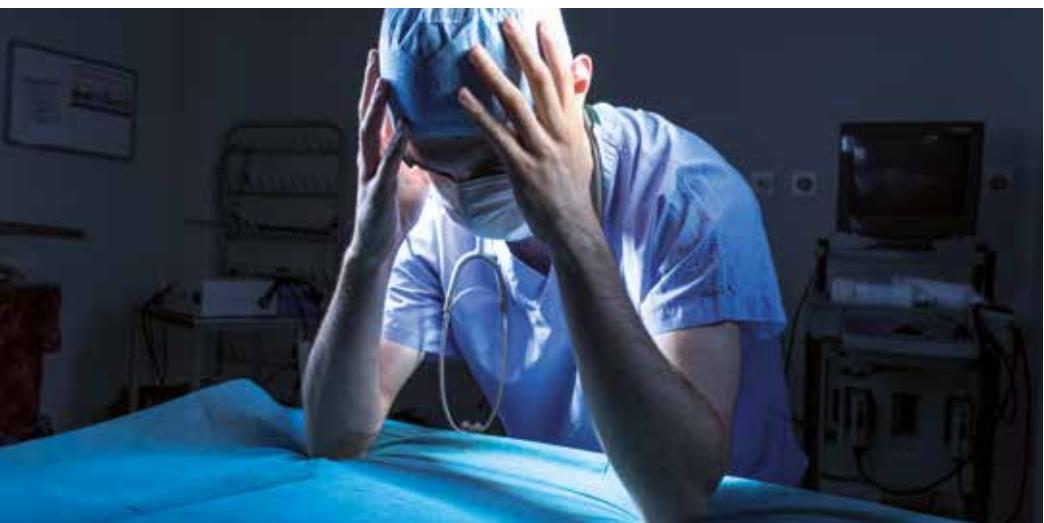
To je razlog da na teorijskoj razini nema kolebanja ni oko stajališta da pri prosudbi (ne)postojanja liječničke pogreške valja u obzir uzeti niz objektivnih i subjektivnih okolnosti koje utječu na odgovornost liječnika i medicinskoga tima, od tehničke opremljenosti zdravstvene ustanove preko iskustva liječnika i njegovih suradnika do njihove odmorenosti, ispavanosti i mogućnosti koncentracije.

Postupanje u hitnim situacijama

Poseban problem pojavljuje se u hitnim situacijama koje su u medicini vrlo česte. Osim medicinskih specifičnosti, one zasljužuju i specifičan pravni pristup. Osobe koje spadaju u krug onih koji potencijalno mogu odgovarati i kazneno (doktori medicine, doktori dentalne medicine i drugi zdravstveni radnici), tu se u prvom redu mogu naći u procjepu između možebitne odgovornosti za kazneno djelo nesavjesnog liječenja (danas opisanog u čl. 181. Kaznenog zakona) i kazneno djela nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima, koje je danas regulirano člankom 183. Kaznenog zakona, dok se je ranije nazivalo „nepružanjem medicinske pomoći“ i nalazilo se u čl. 243. (1997.), odnosno u čl. 168. (1993.) Kaznenog zakona. Potonje kazneno djelo čini onaj zdravstveni djelatnik „koji bez odgađanja ne pruži medicinsku pomoć osobi kojoj je takva pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice po njezinu zdravlje ili za njezin život“.

Osim situacija u kojima medicinski djelatnik posegne za prigovorom savjesti iz čl. 20. Zakona o liječništvu, koji u tom slučaju može dokinuti protupravnost, slučajevi kaznenog djela nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima ekstremno su rijetki: iako je za ovo djelo propisana znatno niža kazna (do tri godine zatvora), liječnici se uvijek odlučuju pomoći pacijentu, pa i u situacijama kad na raspolaganju imaju sasvim malo vremena i prostora. Za pravnu teoriju tu uglavnom nema dvojbi: „Kad se liječenje poduzima u krajnje hitnom slučaju, ili u nekoj izvanrednoj situaciji, onda ocjena (ne)savjesnosti poduzetih mjera podliježe i posebnim kriterijima prilagođenim danim uvjetima“ (Bačić – Pavlović, *Kazneno pravo: posebni dio*, Zagreb, 2004.). No, ako na teorijskoj razini skoro i nema razilaženja u tumačenju takvih situacija, sudska praksa pokazuje kako se zna dogoditi da za takav samoprijegor i pridržavanje Hipokratove prisege ne budu nagrađeni, nego na koncu – zbog spleta drugih nepovoljnih okolnosti koje, prema ocjeni državnog odvjetništva i potom suda, nisu anulirane žurnošću postupanja i prezauzetošću drugim obvezama – budu suočeni s optužbama, a onda i osudama za nesavjesno liječenje.

Tako je, primjerice, Petar Novoselec upozorio na to da su odredbe Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, odnosno odredbe Zakona o zaštiti prava pacijenta, nametnule liječnicima obvezu da i u hitnim situacijama pacijentu potanko objasne razloge nepoduzimanja određenih medicinskih zahvata, slijedom čega



se ne mogu zadovoljiti ranijim stajalištima sudske prakse da izostanak takvog objašnjenja ne može ići na štetu liječnika, ako je pacijent punoljetan i duševno normalan, odnosno kadar i bez posebnoga objašnjanja shvatiti situaciju u kojoj se nalazi. Međutim, i laiku je jasno da takvo objašnjavanje traži vrijeme koje je u hitnim situacijama nerijetko presudan čimbenik.

Jedan je hrvatski sud bio u prvome stupnju krivom proglašio liječnicu koja je nedjelju oko devet sati preuzela dežurstvo na pedijatrijskom odjelu na kojem je u subotu popodne primljeno bolesno dijete. Ni ona niti drugo medicinsko osoblje iz njezine smjene nisu bili obaviješteni niti upozorenici da bi se s djetetom događalo bilo što posebno problematično ili da je tijekom jučerašnjeg poslijepodneva, odnosno noći, bilo ikakvih simptoma djetetova teškog stanja. Zbog toga je liječnica nakon preuzimanja smjene krenula sa suradnicima u uobičajenu vizitu i tek nakon skoro sat i pol je došla do prostora (boksa) u kojem je ležalo spomenuto dijete. Čim ga je ugledala, odmah je uočila da je ono u teškom stanju, a kasnijom će rekonstrukcijom biti utvrđeno da joj je za eventualno spašavanje na raspolaganju stajalo svega petnaestak minuta. Vještačenja su pokazala da je stanje šoka već u šest sati ujutro ušlo u ireverzibilnu fazu, ali je liječnica koja se u to vrijeme još nije bila ni probudila da bi krenula na posao, ipak proglašena krivom! Osuđujuća se je presuda temeljila na shvaćanju da je optužena liječnica prepoznala simptome šoka i u tih petnaestak minuta poduzela ispravne korake, odnosno korake koji se u toj

situaciji prema pravilima struke i poduzimaju, ali u medicinskoj dokumentaciji nije upotrijebila riječ šok. Prvostupanjski je sud odlučio ignorirati ocjene da to nije bilo ni od kakvog utjecaja na mjere koje je uopće mogla poduzeti, kao i ocjene da ni možebitne druge mjere koje su se hipotetski mogle poduzeti, najvjerojatnije ne bi spasile život malodobnog djeteta.

Svi ne znaju i ne mogu znati sve

U praksi nisu rijetki slučajevi da medicinski vještaci dovedu do takvih, nelogičnih i teško shvatljivih odluka, jer se sud redovito oslanja na mišljenje vještaka. Pravni praktičari to uglavnom pripisuju težnjam vještaka da se prikažu kao iznimni stručnjaci, da impresioniraju sud svojim znanjem i da pritom zanemare konkretnе životne uvjete, okolnosti djelovanja i iskustvo svojih optuženih kolega. U pravnoj teoriji, doduše, jasno je izraženo stajalište: „Liječnik mora posjedovati i upotrijebiti znanja i sposobnosti koje iskazuju liječnici njegova profila u sličnim okolnostima. Od liječnika specijalista zahtijeva se viši stupanj sposobnosti kad djeluje u krugu svoje specijalnosti“ (Petar Novoselec i suradnici, *Posebni dio kaznenog prava*, Zagreb, 2007.). Umjesto toga, u medicinskim vještačenjima u praksi se kao polazište i kao mjerilo za ocjenu liječničkog ponašanja vrlo često uzima apstraktna i obično idealna situacija.

Zbog toga postaju moguće situacije u kojima biva osuđen liječnik koji se suočio sa situacijom za koju nije bio niti je mogao

biti pripremljen, niti je raspolagao posebnim znanjima s kojima se eventualno susreću tek subspecijalisti. Jedan je mladi liječnik u istočnoj Hrvatskoj proglašen krivim za kazneno djelo nesavjesnog liječenja, jer je u hitnoj medicinskoj službi primio pacijenta koji je profesionalni vozač i koji se je tužio na bolove u lijevoj nadlaktici, odnosno u ramenu. Temeljito ga je pregledao, izmjerio mu tlak, snimio EKG i konzultirao se sa starijim i iskusnjim kolegom, pa su se suglasili da pacijentu treba propisati analgetik i onda ga otpustiti kući. Tako je postupio, ali je nakon toga otprilike polsatnoga tretmana pacijent za manje od pola sata kasnije, nakon što se vratio kući, neočekivano pao u nesvijest i malo potom umro.

Prema optužnicima, mladi je liječnik propustio pravilno očitati EKG i prepoznati akutnu ishemiju miokarda te pacijenta uputiti u klinički bolnički centar koji se nalazi u drugome gradu i koji je udaljen više od 40 kilometara, pa i u idealnim uvjetima vožnja do njega traje više od 50 minuta, a sve se je zbivalo tijekom popodneva, kad se moraju očekivati i prometne gužve, odnosno zastoje. Drugim riječima, da se je liječnik i odlučio na transport pacijenta, ovaj bi u ambulantnom vozilu, a ne u bolnici doživio ono što je doživio u vlastitome domu, s vrlo malim izgledima za preživljavanje. Ni vještacima niti sudu ništa nije značilo to da je mladi liječnik u tom trenutku imao svega 13 mjeseci iskustva, a da ni tijekom studija niti tijekom toga kratkoga radnog razdoblja uopće nije prošao niti je morao proći edukaciju prema Pravilniku o uvjetima, organizaciji i načinu rada izvanbolničke hitne pomoći. Nije optuženiku pomogla ni činjenica da je posrijedi iznimno rijetka anomalija EKG-a, koja se prema podatcima iz stručne literature pojavljuje u 0,64 posto (!) slučajeva, a nije mu pomoglo ni to da je – kako se kasnije izrazio jedan vještak – „očitanje EKG-a i prepoznavanje rjeđih oblika kako EKG-a tako i kliničke slike srčanih tegoba, praktično, a ne teoretsko znanje“, koje optuženik bez ikakve vlastite krivice nije stekao niti ga je mogao steći ni tijekom studija, a ni u dotadašnjem radu. Drugim riječima, od mladoga i relativno neiskusnog liječnika tražilo se je ono što je možda mogao pružiti samo upućeni specijalist!

S "World cafe" rasprave u Trakoščanu

Što je to sukob interesa u zdravstvu i kako ga svesti na najmanju mjeru?

TINA DUŠEK, tajnica HDED HLZ-a, tdusek@mef.hr

Tri su vrste sukoba interesa - stvarni, potencijalni i percipirani - pri čemu je radi prevencije iznimno važno staviti naglasak na percipirani sukob interesa kao moguću opasnost za ugled zaposlenih u javnom sektoru, što uključuje i liječnike

Sukob interesa u zdravstvu jedna je od glavnih tema o kojoj je, krajem lanske godine, stotinjak liječnika raspravljalo na godišnjem sastanku Hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju Hrvatskog liječničkog zbora (HDED HLZ) u Trakoščanu. Hrvatsko društvo za endokrinologiju i dijabetologiju osnovano je 2015. i okuplja većinu hrvatskih endokrinologa i dijabetologa. Jedna je od specifičnosti skupova koje organizira besplatna kotizacija za sudjelovanje i smještaj tijekom trajanja skupa. Naime, društvo je, iz vlastitih sredstava, u mogućnosti podmiriti troškove sudjelovanja svih svojih članova na skupu. Upravo se stručna usavršavanja i studijska putovanja nerijetko povezuju s temom sukoba interesa u zdravstvu, s obzirom na to da ih u mnogim drugim slučajevima najčešće financiraju farmaceutske tvrtke u pojedinačnom, neposrednom dogovoru s liječnicima.

Stoga su na trakoščanskom skupu otvorena mnoga važna pitanja, primjerice je li zaista uobičajeno da farmaceutske tvrtke financiraju stručna usavršavanja liječnika? Može li takva praksa otvoriti prostor za potencijalni sukoba interesa? Što su „sponzorirana predavanja“? Kakav bi trebao biti njihov sadržaj i tko ih drži? Uz niz stručnih predavanja, u Trakoščanu se tražio i odgovor na ova pitanja, i to u sklopu radionice u obliku tzv. 'World Cafea', nešto ležernijeg dijela simpozija na kojem sudionici raspravljaju

o drugaćijim, a opet važnim medicinskim temama.

Ako je suditi po reakciji prisutnih liječnika, izbor sukoba interesa kao teme bio je pun pogodak. Naime, liječnici su i nakon završenog službenog dijela simpozija još dugo razgovarali o mogućim sukobima interesa u zdravstvu, kao i o ugledu liječnika u javnosti. Radionica je organizirana u suradnji s nevladinom udrugom GONG, tvrtkom Razbor i volonterima koji su pomogli pri moderiranju rasprave. Uvodno predavanje održao je Duje Prkut, istraživač u GONG-u, specijaliziran za antikorupcijsku politiku, transparentnost javnih vlasti i sukob interesa.

Privatni i javni interes

„Sukob interesa je situacija u kojoj su privatni interesi u suprotnosti s javnim interesom, odnosno kad privatni interes utječe ili može utjecati na nepristranost u obavljanju javne dužnosti“, objasnio je Prkut te zatim ukazao na tri vrste sukoba interesa - stvarni, potencijalni i percipirani - pri čemu je radi prevencije iznimno važno staviti naglasak na percipirani sukob interesa kao moguću opasnost za ugled zaposlenih u javnom sektoru, što uključuje i liječnike. Naime, dok se kod *stvarnog* sukoba može raditi o kaznenom djelu koje uključuje i mito, kod *potencijalnog* je nužno povući određene poteze kako se stvarni sukob interesa ne bi dogodio, upravljanje *percipiranim* sukob-

bom interesa podrazumijeva situaciju u kojoj se neke odluke i postupci izbjegavaju ne zbog toga što su kriminalne ili etički upitne, već zato da se ne bi stekao dojam da privatni interes pojedinca utječe na njegovo obavljanje javne dužnosti.

Drugim riječima, postojanje percipiranog sukoba interesa dovodi do reputacijskih rizika, odnosno gubitka povjerenja građana u integritet određene javne funkcije, u koju spada i liječnički posao. Primjerice, premda u svakodnevnoj praksi farmaceutska industrija često predstavlja jedini izvor financiranja stručnog usavršavanja liječnika, pojedinci koji su izvan navedenog sustava mogu takvu praksu doživjeti kao prostor za sukob interesa. Upravljanje percipiranim sukobom interesa stoga predstavlja vrhunac odgovornosti prema javnoj funkciji i izraz posvećenosti očuvanju povjerenja građana.

Negativna percepcija javnosti

Nakon uvodnog predavanja o sukobu interesa uslijedile su radionice na kojima se ovu temu sagledalo s obzirom na svakodnevni rad liječnika i njihovu potrebu za edukacijom te suradnjom s farmaceutskom industrijom; s njom treba razvijati partnerski odnos kojim se smanjuje reputacijski rizik. Skupine liječnika tako su raspravljale o tri izuzetno važne teme:

1. Sadrži li aktualni model stručnih usavršavanja liječnika koji financira farmaceutska industrija elemente (percipiranog ili stvarnog) sukoba interesa ili reputacijskog rizika?
2. Ima li ustaljena praska posjeta predstavnika farmaceutske industrije liječnicima u ordinaciji elemente sukoba interesa ili reputacijskog rizika?
3. Postoje li elementi sukoba interesa ili reputacijskog rizika u praksi sponzoriranih predavanja?

U raspravi se većina sudionika složila da je zabrinutost vezana uz moguću negativnu percepciju javnosti u području financiranja stručnih usavršavanja liječnika dijelom opravdana te da je ponekad teško sasvim zanemariti određenu vrstu obaveze prema tvrtki koja podupire stručno usavršavanje pojedinca. Liječ-



nici, međutim, problem vide u sustavu koji im ne omogućava drugaćiji način financiranja vlastitog usavršavanja. Većina se slaže da bi jedno od rješenja bilo formiranje zajedničkog fonda u koji bi farmaceutska industrija ulagala sredstva namijenjena za stručno usavršavanje. Na taj bi se način izbjegao izravan kontakt između liječnika i zastupnika farmaceutske industrije, a samim time i percipirani sukob interesa.

Na temelju rezultata rasprave također se stjeće dojam da promotivne posjete predstavnika farmaceutske industrije liječnicima povremeno mogu predstavljati vremensko opterećenje. Budući da se takve posjete nerijetko događaju u vrijeme rezervirano za obavljanje ambulantnih liječničkih pregleda, raspravljalo se i o mogućnosti percipiranog sukoba interesa vezanom uz takve posjete, odnosno o dojmu koji pacijenti mogu steći svjedočeći navedenoj praksi.

Kad je riječ o sponzoriranim predavanjima koja se odvijaju na nekom stručnom skupu, većina sudionika radionice složila se da su takva predavanja povre-

meno prezentirana tako da je teško razaznati radi li se o marketingu ili pak o stručnom predavanju. Zalažu se za onu vrstu sponzoriranih simpozija koja sveobuhvatnije obrađuje pojedini klinički problem, a koja nije posve usredotočena na izlaganje o rezultatima kliničkih ispitivanja pojedinih farmaceutskih tvrtki.

Razina povjerenja građana

Kako god bilo, dojam je da postoji volja za uzajamno koristan odnos s farmaceutskom industrijom na dobro svih uključenih strana u svrhu zaštite javnog interesa i uklanjanja bilo kakvih mogućnosti za reputacijski rizik. Premda su uzroci mogućih problema duboko skriveni u samom sustavu, dobro je da se i o ovoj temi počelo otvoreno govoriti unutar same struke. Na koncu, ista ta struka najviše gubi smanjenjem razine povjerenja građana u zdravstveni sustav. Kako je prevencija sukoba interesa jednako važna kao i njegovo sankcioniranje, prepoznavanje problema i otvorena rasprava prvi su korak prema boljem i pravednjem društvu.

Priča o degradaciji jedne časne profesije

Nasilje nad liječnicima i nasilje među liječnicima

Piše: doc. dr. sc. INGRID MÁRTON, dr. med.

Doktor, kako je to zvučalo časno, čitaj gordo, čulo se mnogo puta iz usta starih liječnika, naših učitelja, primariusa i profesora, onih koji se još mogu podićiti takvim titularijem, svojim ponašanjem, izgledom i vokabularom.

Osobno potječem iz liječničke obitelji, moj otac je, neskromno mogu reći, primjer takvog primariusa, moj djed je liječnik opisivan u nekim starim pričama i legendama.

Oni su primjeri mitoloških liječnika koji više ne postoje. Ljudi kojima su se divili, uzimali njihovu riječ „zdravo za gotovo“, čija su čast i poštene bili neupitni, a njihova profesija bila je uistinu poziv, a ne sredstvo za postizanje nekih drugih ciljeva. Doduše, i u ta i takva vremena bilo je nepravdi koje su boljele ibole i sada, ali nije bilo toliko nasilja nad, ali ni među liječnicima.

Ipak je počesto najbolji došao na svoje zaslужeno mjesto.

Danas je medicina postala - politika.

Kako je postala politika, izgubila je osnovo obilježje svoga zvanja - poziv.

Bolesnici to osjećaju pa nas u skladu s time više niti ne poštuju. Tome su doduše pridonijele i negativne strane informatizacije, loša ekonomski situacija i opća degradacija društva, kojoj i sami pridonosimo.

Kako?

Među medicinare se retrutiraju između ostalog i ljudi koji u tom zanimanju prepoznaju samo odskočnu dasku za neku drugu vrstu napredovanja, ljudi koji nemaju osnovnog kućnog odgoja, nemaju empatije, kojima niti jedan komunikološki kolegij ne bi bio dovoljan da ih zaustavi u blaćenju drugih kolega pred bolesnicima, u samohvali, u nagovaranju bolesnika i njihovih obitelji da tuže druge kolege, pišu anonimne prijave, mobingiraju mlađe i slabije, itd.

Nasilje generira nasilje.

Govorimo o nasilju nad liječnicima, koje je sociološki posljedica društvenih mijena u kojima živima. Ali zašto ne govorimo o nasilju u našem profesionalnom okruženju? Jedno nasilje generira drugo, mi smo odgovorni za nasilje u sredinama



u kojima radimo, a posredno i za ono nad nama. Jer smo se promijenili. Jer tužakamo kolege, jer rječnik pojedinih kolega/ica koji rabe pred bolesnicima nije dostojan niti najgorih kvartova na kugli zemaljskoj, povišeni tonovi koje rabimo stvaraju lošu sliku o nama i generiraju lošu sliku liječništva.

Sjećam se jednoga ilustrativnog primjera; prije mnogo godinama dva ugledna zagrebačka profesora bila su u profesionalnom i osobnom sukobu velikog razmjera koji se proširio i na medije, „časteći“ se čak i preko ženskih časopisa, pa su na tjednoj bazi izlazi intervjui sa svakim ponaosob protiv onog drugog. Živo se sjećam situacije u jednom zagrebačkom frizeraju kada je, frizirajući se, jedna mušterija komentirala drugoj: „Kakvi su to doktori, stalno se svadaju, ne vrijede ni pišljivog boba“. Na taj se način struka degradira, što su rječito dame u frizeraju opisale. Kao mlada liječnica pitala sam se gdje su tu strukovne organizacije i časni sudovi da promptno reagiraju i zaustave daljnju blamažu. Umjesto toga - muk.

Liječništvo je nekoć bilo stup društva, „Crème de la crème“.

Zanimanje koje danas generira nasilje očito nije više stup društva.

Nismo li svojim ponašanjem i mi tome pridonijeli?

Homo homini lupus.

Nije li to još jedan od razloga zašto odlaze često i ponajbolji?

Možemo li i želimo li bolje?

Ima li kraja (liječničkom) autoritetu?



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

„Đake treba naučiti da kritički misle!“, uzvikivali su prošlogodišnji prosvjednici okupljeni zbog neprovođenja najavljivane kurikularne reforme. „Studentima se ne može manipulirati!“, istaknuto je za vrijeme nedavnih previranja na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. „Djeca su pametnija (bolja, iskrenija) od odraslih!“, moto je *New age* odgoja. Dok se nekad podrazumijevalo da mlađi moraju slušati starije te da hijerarhijska struktura institucija iziskuje poštovanje, u doba „demokracije i jednakosti“ svjedočimo sve češćem relativiziranju, a postupno i gubitku tradicionalnih oblika autoriteta.

Medikalizacija života

Nepovjerenje, preispitivanje, a u konačnici i rušenje autoriteta, sve se češće susreće i u medicinskoj praksi. Tko danas ne *googla* i bjesomučno ne istražuje po forumima da bi si sam mogao postaviti „pravu“ dijagnozu? Postoji li liječnik koji nije imao pacijenta koji je znao bolje nego on kakva mu je terapija potrebna?

Francuski filozof Alain Renaut medicinski autoritet označava kao posljednju vrstu autoriteta koja je „pala“. Razloge za to on pronalazi u svodenju medicine od empirijske

prakse na znanstvenu djelatnost. Takvim razumijevanjem „zanata“ liječnik dobiva svojevrsni *bianco* autoritet na temelju fakultetske diplome te ga više ne mora osiguravati samostalno, u interakciji s drugima. Paralelno teče proces promjene definicije zdravlja. Od odsustva bolesti ono postaje shvaćeno kao potpuna tjelesna, duševna i društvena dobrobit. „Medikalizacija života“ postavlja pred liječnika nemoguć zadatak u kojem se od njega traži da bude i psiholog koji neće samo izlijеčiti, nego i usrećiti pacijenta. Sudar navedenih procesa rezultira je naizgled paradoksalnom situacijom: liječnik je „moćniji“ nego ikada, on sukreira život, za koji se vjeruje da može biti stvoren, ili stvoren u laboratoriju, no učestalom (dobivenih) sudskih tužbi ukazuje na to da se njegova kompetencija dovodi u pitanje, a propusti kažnjavaju kao nikad ranije. Na tom tragu Renaut prepričava anegdotu koja progovara o tome kako se liječnici nose s novonastalom situacijom. Naime on je na jednom pariškom skupu u svome izlaganju problematizirao suvremenim položaj liječnika čiji autoritet polako kopni. Nakon toga pristupio mu je jedan od revoltiranih liječnika koji mu se suprotstavio konstatacijom kako „odnos prema liječniku nikad neće biti poput drugih odnosa zato što će liječnik ostati jedina osoba pred kojom će svatko pristati spustiti hlače!“. No, je li to još uvijek istina? Ili je danas situacija obrnuta, odnosno, da se poslužimo Renautovom parabolom, je li došlo vrijeme da liječnik prvi „spusti hlače“?

Ako pretpostavimo da je autoritet neupitna (moralna) veličina, onda je ovu krizu, koja se na prvi pogled doima kao nestanak tradicionalnih autoriteta, potrebno formulirati nešto drugačije. U tom smislu nije riječ o ravnopravnosti koja se, nakon što je postala dio političkog i javnog života, prelila i na odgojnu sferu, zbog čega su se izgubile razlike između učenika i profesora, liječnika i pacijenata. Na djelu je smjena autoritetu u kojoj na mjesto nekadašnjih posjednika ap-

solutne istine na postolje dolaze nove snage – djeca, učenici, anonimni komentatori, pacijenti. Dovodenje njihovog iskaza ili volje u pitanje, primjerice neudovoljavanje nerazumnim dječjim željama, ukazivanje na propuste pacijenata u nesavjesnom stupanju liječenju ili „nametanje“ odredene vrste liječenja, naići će na svekoliku osudu javnosti – loš roditelj, bahat liječnik, arogantan političar. Ona dakako ne završava na općem moraliziranju nego pronalazi uporište i u pravnoj praksi: od dječjih prava do prava pacijenata, koja se najčešće svode na pravo na „informirani pristanak“.

Zasluziti povjerenje

Iako su takvi procesi rezultat razotkrivanja zlouporabe autoriteta, što je, barem u slučaju liječničke djelatnosti, opravdano uslijedilo nakon Drugog svjetskog rata, prebacivanje odgovornosti za međuljudske odnose na pravni sustav, točnije njihovo hipernormiranje, osuđeno je na neuspjeh jer ne uspijeva kompenzirati njihovu nužnu sastavnicu – povjerenje. Naime, ako uzmemmo primjer prakse informiranog pristanka, onda treba podsjetiti da, zbog prisutne asimetrije u obrazovanju liječnika i pacijenta, pristanak nikad nije u potpunosti informiran. Ovu nejednakost nije moguće ispraviti pukim obrascem s nabacanim stručnim izrazima jer je ona rezultat višegodišnjeg usmjerenog obrazovanja. U tom smislu prvi korak predstavlja prihvatići njezine granice, točnije činjenicu da smo osuđeni vjerovati drugome. Povjerenje je dakako potrebno i zasluziti. Ako ukazujemo na neke komunikacijske propuste na tom tragu, onda nam za kraj preostaje potražiti odgovor na pitanje: „Mogu li si liječnici danas uopće priuštiti ‘golotinu’, povjerenje koje, kao iskorak u nepoznato, prepostavlja dublju odgovornost, stvaranje emotivne veze s pacijentom, što je poziv objiju strana na aktivnu ranjivost koja, kao što nam je svi ma poznato, u sustavu rada na traci, koji pati i od manjka forme i od manjka materije, nije dopuštena?“

AMERIČKI KUK NA HRVATSKI NAČIN

LJILJANA CENTRIH LOVRić, prof.

Mora li bolnica biti samo mjesto boli? Ne. Nikako! Bol je bolnici poklonila korijen riječi i nastanila se samo kao podstanar. Pravi stanari su oni koji donose optimizam. Bolnica je, uglavnom, mjesto gdje se njeguje nada zbog goleme većine izvojevanih pobjeda. To je mjesto svođenja računa, rekapitulacije te resetiranja pojedinačnih života pacijenata, ali i medicinskog osoblja. Čitajući Američki kuk autorice Diane Herak naučili smo nešto o hrvatskim izumiteljima, časnim medicinarima te doživjeli ljudsko tijelo iz vizure pacijenta.

A kakve su mogućnosti života s novim ortozama... to nekom drugom prilikom!

Ovo je knjiga o boli, prijateljstvu, propitivanju životnih vrijednosti, vjeri u ljude u bijelom, zahvala životu koji nam je dan, ne uvijek lagan, ali jedan jedini u kojem se suočavamo s ranama koje ne zacjeljuju lako.

U okvirnoj priči, vremenu provedenom u bolnici čekajući operaciju, njezinoj realizaciji i vremenu poslije, ispričan je dio jednoga života. Bliskoga nama.

Roman propituje prijateljstvo, smisao obiteljskog (čitaj: bračnog) života, ali prije svega postavlja pitanja glavnom liku/pripovjedaču. Najvjernije je preslikano ozračje naših hrvatskih bolница i lječilišta.

Dvije operacije ugradnje novih kukova postaju izvor inspiracije. Čim je autorica odbarana kao eksperimentalni pacijent, a tražili su se mlađi kandidati radno aktivni, pričala mi je o tom fenomenu. Naslov može izazvati zabunu. Dobro, razumijemo riječ kuk. Ali, zašto američki? Roman je zasluzio naslov po glavnom kirurgu Amerikancu i šalama koje je medicinsko osoblje izvodilo, ali početni i finalni proizvod ipak je hrvatski. Zašto?

Naš čovjek, vrstan strojar i matematičar koji je na Harvardu specijalizirao statiku ljudskoga tijela, izumio je taj blago savinuti kuk koji se na poseban način pričvršćuje za femur:

Šlingani vez

Prije nekoliko godina proučavala sam švicarski katalog i gedore. U Švicarskoj su se proizvodili Borini dekorativni kukovi, od nekakve engleske titanske slitine jer je ona, navodno, bolja. Sve što se primjenjuje pri mojoj operaciјi nastalo je u zemlji izrazite pedanterije. Naučila sam razliku između vitičastih, okastih i nasadnih ključeva, začudili su me razni odvijači, čekići i pile. Nisam ni znala što se s tim rupama na femuru može napraviti. Od noge će mi napraviti šlingani vez.

Junakinja romana suočava se s novom (drugom) operacijom kuka. Jednu je već prošla. U drugoj zna što je čeka. Izaziva li to manji ili veći strah? Bojimo se onoga što ne poznamo, ali i svih iskustava iz već pro/preživljennoga. Dolazi u bolnicu, ulazi u poznati prostor, prepoznaće mirise, i susreće žene (su) patnice. Neke poznaje od prošli put. Svaka je operacija drukčija, osobita, svaka može završiti neželjenim posljedicama.

Pred vratima bolnice (ne)ostavlja egzistencijalni strah za obitelj, ima pravo biti sebična, ovih nekoliko dana misliti samo na sebe, jer, ipak je njezin život u pitanju.

Iako je roman motiviran odlaskom na ope-

Moto: Još su stari Grci vjerovali u ljekovitu moć čitanja, stoga su iznad vrata knjižnica stavljali natpis: "Ljekovito mjesto za duše"

raciju, zdravlje je samo jedna od tema. Pisan je jezgrovito, lišen patetike i jadanja nad svojom sudbinom. Autorica poznaje stručno nazivlje koje se izmjenjuje s književno-umjetničkim stilom:

Moja vršnjakinja Madonna ima dvadeset kila manje od mene, ali mišići joj se odlepjuju od kosti. Nadlaktice joj se ipak pretvaraju u zastavice. E draga Madonna, a što da poveže kad nemaš štofa za vezivno tkivo. Nedostaju masnoće kao bitan sastojak vezivnoga tkiva. Endorfin, vrlo jak ženski hormon, takoder, voli špekec. Zato ti, draga Madona, makni one najljonske vreće u kojima spavaš, ne bi li zaustavile vlagu, i posegni za špekecom, po mogućnosti hrvatskoga podrijetla. Ja tebi dam pet kila i ti još uvijek nećeš biti debela...

Bolesnička soba postaje mjesto razmjene životnih iskustava, ali i razvijanja posebne bliskosti i želje za međusobnim pomanjanjem. Nema uobičajene svakodnevne sebičnosti. Nema mjesta ni stidu, sve su fizičke i fiziološke potrebe javne, intima je nešto izvan bolesničke sobe.

Oda liječnicima

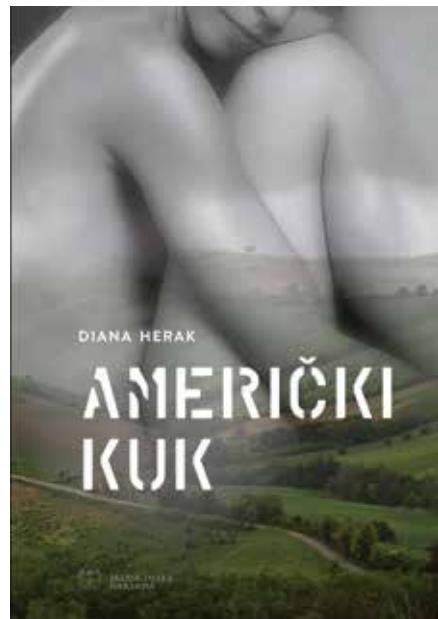
Iščekivanje dana operacije provodi se u pretragama i zebnji da nešto nepredviđeno (primjerice: temperatura) odgodi odlazak na operativni zahvat.

Žene u sobi zaključuju da je mali broj muškaraca koji se podvrgavaju ovoj operaciji. Možda iz straha, možda nisu zadovoljili nužne preduvjete, tko zna.

Napokon: odlazak u salu. Povratak. Buđenje. Polagano vraćanje u stvarnost. Odlazak na terapiju.

Ovaj roman jest i oda liječnicima i medicinskom osoblju koje često u nehumanim uvjetima i na granici egzistencijalnog minimuma čini čudo. Naši fizioterapeuti šale se s pacijentima, a fizijatrica u Krapinskim Toplicama pred Božić razveseljava pacijente svojom originalnom komedijom. Naši su medicinari strpljivi, stručni, humani i duhoviti.

Iako je glavno mjesto radnje bolnica u kojoj se bol podrazumijeva, pobjeđuje ljubav i život. Ovo je roman o životu. O nama. Crnina života nadvladana je humorom pa makar on katkad bio i crni.



Diana Herak: Američki kuk, Medicinska naklada, Zagreb, 2016., format: 14,5 x 20,5 cm, 218 str., tvrdi uvez, 99 kn, ISBN: 978-953-176-773-6. Knjiga se može nabaviti u knjižarama Medicinske naklade, Vlaška 90 i Cankarova 13 u Zagrebu, e-mailom: prodaja@medicinskanaklada.hr ili putem web-a: www.medicinskanaklada.hr

ŽIVOT JE PUTOVANJE.
UŽIVAJTE U VOŽNJI...

BILO GDJE U SVIJETU.

Last minute
RENT A CAR

SPLIT | RIJEKA | ZADAR | ZAGREB | DUBROVNIK | OPATIJA | PULA | ROVINJ

www.rentacarlastminute.hr | info@rentacarlastminute.hr | +385 21 444 222

Nacionalno osvješćivanje Komore?!

Štovani kolega Goluža,

dovoljite mi nekoliko objekcija na posljednji broj LN, tiskan u prosincu ove godine. U samom sam uvodu pročitao koliko ste toga pohvalnoga uspjeli napraviti za Komoru i za liječnike u našoj zemlji u, pravo govoreći, vrlo kratkom vremenu. Čestitam Vam i želim Vam puno uspjeha i nadalje jer pokazuјete izuzetnu snagu, jasnu viziju i energičnost u rješavanju nagomilanih problema.

Ipak, moram Vam kao znatno stariji kolega, napomenuti da mi nije jasno što ste mislili pod pojmom „nacionalno osvijestili“ kad u uводу ovoga broja govorite o tome što ste sve napravili s Komorom. Nije mi jasno kako se može „nacionalno osvijestiti“ ustanova

koja u isto vrijeme ima, kako kažete na mnogim mjestima u cjelokupnom ovom broju LN, kao temeljnu zadaću zaštiti interese liječnika u našoj zemlji. Ja sam siguran u ogroman broj izuzetnih, sposobnih, vrijednih, hvalevrijednih i hrvatskom biću odanih kolega koji uopće nisu Hrvati. Tu su, s nama, dijele istu sudbinu i uporno rade na dobrobit svih. Nisu pobjegli u inozemstvo. Barem još uvijek ne. Oprostite mi, ali ja ne razumijem kako onda naša najviša liječnička staleška udruga može biti „nacionalno osvijestena“. Na koncu, naša liječnička prisega, na koju se lako pozivamo, a da o zakonima etike i deontologije uopće ne govorimo, svima nama strogo brani razlikovanje ljudi, bilo po vjeri, nacionalnosti, boji kože ili na bilo koji drugi način. Ovo se, naravno, odnosi na poten-

cijalne bolesnike (liječnici isto mogu biti bolesnici!) i one s kojima surađujemo u našem uzvišenom poslu. Mislim da se tu potkrala neka greška. Vi ćete zacijelo to bolje znati. Ja vjerujem u Vas.

Lijep pozdrav, Prof. dr. Ranko Mladina

LN: U Uvodnoj riječi LN br.155, prosinac 2016. nije korištena formulacija „nacionalno osvješćivanje Komore“ pa Vam ne možemo pojasniti Vašu nejasnoću. Doslovni citat dijela Uvodne riječi u kojoj se koristi termin nacionalno osvijesteno je: „Društveno odgovorno, nacionalno osvijesteno, principijelno i dosljedno djelovanje u smislu uvođenja reda i poticanja izvrsnosti u zdravstvenom sustavu bit će način našeg rada i u 2017.godini.“

Politicizacija liječnika, a liječnika sve manje!

Štovani kolega Goluža,

molim Vas da kao vodeća osoba u HKL poradite, i to u Vašem energičnom i odlučnom smislu, na tome da momentalno prestane politicizacija u zdravstvu. Zbog ne smemo već zauvijek izgubiti istinske medicinske velikane našega doba, počevši od velikoga Andrije Hebranga, moga dragoga prijatelja Željka Reinera (koji nije samo vrhunski liječnik nego i nezaobilazni hrvatski književnik!!!), jednoga profesora Miranda Mršića za kojim zacijelo tužno uzdišu stotine teško bolesnih hematoloških bolesnika...da ne nabrajam dalje, i sami znate. Ti su ljudi bili naše medicinsko biserje.

Liječnici su prisegnuli služiti bolesnima, nisu se školovali za politiku i po mome skromnom mišljenju tamo im nije mjesto niti u snu. A otišli su, ipak, Svemu tome unatoč. Ja to ne razumijem, ali vjerojatno zato jer nisam dorastao takvim problematikama. Ja sam samo bio običan kliničar.

S druge se strane, međutim, naši se kolege kao političari nisu pokazali tako plodonosnima kao kad su radili kao liječnici. Oni bi se, koji su se tamo već otisnuli, da ne kažem odmetnuli, po mome skromnom mišljenju, kao pravi rodoljubi trebali smjesti vratiti bolesnicima u trenutku kada nam zemlja već sve glasnije grca u očitom manjku liječnika. Meni se čini da bi trebala vladati regula koja kaže da politika pripada profesionalnim političarima, a liječenje bolesnika liječnicima. Vrlo jednostavna formula. Budući da nam zemlja u isto vrijeme ima ogromnu crnu rupu u zdravstvenom sustavu, prije svega zbog nesavladivog manjka liječnika, dozvolite mi jedan prijedlog za „prvu pomoć“. U posljednjem se broju LN spominje brojka od 525 liječnika koji su u posljednje tri godine otišli raditi u inozemstvo. To je činjenica. Ne možemo ih vratiti, ali možemo pogledati kako to funkcioniра u bogatim zemljama, članicama EU. Tamo liječnici po zakonu većinom rade do 68. godine života. Nakon toga im slijedi mirovina osim ako ne prihvate uobičajenu ponudu države da nastave, osjećaju li se sposobnima i dovoljno zdravima, raditi do 72. godine života. U nas je trenutačno situacija taka da liječnik sa navršenih 65 godina života mora, misli li nastaviti još dvije godine raditi, pisati molbu svome nadređenom kolegi, koji onda, po slobodnoj, osobnoj procjeni i volji donosi odluke koje nekom od njih život znaće! Pa imate šarolikost u kojoj neki kolege rade do 67 godina, a drugi su, njihovi vršnjaci, već umirovljenici! U isto vrijeme u bolnicama nema tko raditi! Besmislenost! Meni se to čini bahatim ponasanjem u okolnostima dugotrajne krize liječničkoga kada u zdravstvu. Ja mislim da je došlo vrijeme da nadležni, bilo Ministarstvo, bilo Komora, Vlada, ni sam ne znam tko bi to bio, šalje službeni dopis liječnicima, osobito istaknutim, dokazanim stručnjacima u pojedinim specijalnostima, a kojima se bliži 65. rođendan i da ih se pojedinačno i osobno, uz dužni respekt, pita bi li htjeli raditi još dvije godine, pa makar i na 4 sata, ne pod svaku cijenu svaki dan, temeljem ugovora o djelu bez zasnivanja radnog odnosa, u svojstvu savjetnika, ispomoći u ambulantama (duge liste čekanja!) i slično tome. Liječnici ne bi više nikada ponizno pisali molbe za produljenje radnoga vijeka (na što imaju

po zakonu pravo) onima koji vladaju, nego obrnuto. Jer je došlo takvo vrijeme. Prijeka je potreba, „Sila Boga ne moli“, kaže narodna poslovica. HKL bi pri tome mogla biti ta koja bi imala ovlasti procijeniti, na temelju objektivnih parametara, nalaza i mišljenja određenoga njena povjerenstva za vrednovanje rada pojedinih liječnika, je li netko od kolega koji je stigao do praga 65. godine života još uvijek prikladan za daljnji liječnički posao. Na taj bi način mogli produljivati „dozvolu“ za po jednu godinu do gornje dobne granice od 72 godine. Ovo, naravno, ne bi premostilo bezdan u kojem se sada nalazi zdravstvo zbog manjka liječnika, ali bi svakako moglo biti prva pomoć posrnulom sustavu. Vi ste osvjeđeni radnik i ja vjerujem da Vi tu možete učiniti čuda. I nadam se da i hoćete. Vratite vrijedne, radom dokazane i voljne kolege koji su umirovjeni u posljednjih tri godine i imat ćete u trenutku najmanje 200 ili više liječnika koji zacijelo neće pobjeći u inozemstvo u sljedećih 3-7 godina. Dapače! Sprječite olako umirovljivanje sada aktualnih kolega koje hrvatskoj vrhunskoj medicini život znaće. A za to vrijeme ćete imati vremena temeljito popraviti stanje u zdravstvu i liječnici više neće bježati iz domovine glavom bez obzira.

Na koncu, kad smo već kod politicizacije liječnika, molim Vas da kao glavni urednik više ne dopuštate da nasred naših liječničkih, staleških novina osvanu politika, lijevi i desni kutevi. Gledajmo svoja posla. Ukratko, predlažem da naše prekrasne novine budu uistinu liječničke, a nipošto i ponajmanje politikantske. Bolje nam se držati naše stare, dobre medicine. Mi liječnici nipošto ne bi smjeli širiti jednostranosti, nepodnošljivosti i netoleranciju. To nije zapisano u našem poslanju! I zato Vas molim da više ne bude tekstova punih političkih prijepora koji nemaju veze s našom strukom.

Lijep pozdrav, Prof. dr. Ranko Mladina

LN: Pravo je svakog čovjeka pa tako i liječnika biti društveni i politički angažiran. U procjenu uspješnosti pojedinih kolega u političkom djelovanju, odnosno njihova gubitka za medicinsku struku ne želimo ulaziti. Komora nema nadležnost odlučivanja oko produljivanja radnog vijeka liječnika. Ta odluka u ingerenciji je Vlade RH odnosno njenih nadležnih ministarstava. Na problem kadrovskog deficitu u zdravstvu i perspektivi kadrovske održivosti sustava već godinama ukazujemo. Razrađujemo prijedlog kadrovskog stabiliziranja sustava, pri čemu imamo u vidu i mogućnost produljenja radnog vijeka liječnika. S prijedlogom ćemo upoznati Vladu RH i širu javnost. Uredništvo LN cijeni da bi svaki intelektualac trebao sveobuhvatno prosuđivati društvena zbivanja, imati daleko šire poglede na život od isključivo profesionalnih, pri čemu ne treba zazirati niti od politike. Lijevo – desni kut je rubrika u kojoj uvaženi hrvatski intelektualci iznose svoje sudove o aktualnim društvenim pitanjima. U njoj ne vidimo politikanstvo, već argumentirano polemiziranje o događajima koji utječu na naš život. Upravo zbog činjenice da se iz različitog rakursa sagledava određeni društveni fenomen, rubrika je primjer otvorenosti, tolerancije, dijaloga i snošljivosti.

Nacionalni plan borbe protiv raka nema alternativu

Svjetski dan borbe protiv raka rezultat je inicijative švicarske organizacije Geneva, Union for international cancer control (UICC). Prije 17 godina, u Parizu su stručna javnost i civilno društvo odlučili poduzeti intenzivnije korake u borbi protiv malignih bolesti. U spomen toga dogadaja, svake godine 04.02. obilježavava se Svjetski dan borbe protiv raka.

Rast novooboljelih

Hrvatska nije sudjelovala na tome skupu niti u neposrednim dogadjajima koji su uslijedili, ali smo ulaskom u EU prihvatali svojeno naslijede, tako i sustavnu i institucionalnu borbu protiv malignih bolesti. Danas postoji niz europskih javnozdravstvenih programa, ne samo kao inicijativa civilnog i stručnih društava, već i konkretnih projekata Europske komisije.

Hrvatsko zdravstvo nesumnjivo ima svoju dugu i bogatu tradiciju. Ima i visoku učinkovitost ako uzmemu u obzir da ukupno za zdravstvo izdvajamo samo 719 eur po glavi stanovnika godišnje. Niz vrhunskih rezultata, poput transplantacijskog programa, dokaz je i visoke stručnosti i dobre organizacije pojedinih segmenta u zdravstvu. Posljednjih godina svjedoci smo i ozbiljneg odlijeva naših zdravstvenih djetalnika u bogatije zdravstvene sustave, što je samo jedan dokaz da naš zdravstveni sustav generira i široki spektar vrhunskih stručnjaka.

Prije 5 godina Republika Hrvatska pristupila je ekskluzivnom klubu Europske unije, no gdje smo u odnosu na druge zemlje kada govorimo o liječenju malignih bolesti? Europski projekti za 2014.g. je oko 365 novooboljela na 100 000 stanovnika. Prema evidenciji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u Hrvatskoj je u 2014.g. registrirano 21434 novooboljela od maligne bolesti, što daje opću stopu incidencije oko 500,2 novooboljela što je 37% više od europskog prosjeka. Kada bi liječenje malignih bolesti bilo na europskoj razini, u Hrvatskoj bi svaki četvrti novooboljeli bio zdrav. Kod zločudnih bolesti ugroženi nisu samo bolesnici, maligna bolest nikada ne pogada samo onoga tko je obolio. Navedeni broj moramo gledati ne samo kao 21tisuću novooboljelih i ugroženih ljudskih života, već je to i 21tisuća obitelji te 21tisuća radnih i mikrosocijalnih sredina. Možemo slobodno zaključiti da je svake godine malignom bolešću pogoden jedan srednje veliki hrvatski grad. Također i opća stopa smrtnosti od malignih bolesti značajno je veća od prosjeka Europske unije. Prema HZJZu u Hrvatskoj je u 2014.g. od posljedica maligne bolesti umrlo 13939 bolesnika, tj. oko 325 bolesnika na 100 000 stanovnika, a prosjek Unije je oko 216.

Logično se postavlja pitanje zašto Hrvatska ima takve rezultate i možemo li ih unaprijediti? Od specifičnih okolnosti koje u određenoj mjeri objašnjavaju našu povećanu incidenciju zasigurno treba navest rat i ratno naslijede. Upravo ljudi koji su bili protagonisti ratnog zbijanja u različitim dobним skupinama danas čine značajan udio oboljelih od zločudnih bolesti. No, ovako visoku brojku oboljelih zasigurno ne možemo samo pripisati posljedicama rata, stoga postoji značajan prostor za prevenciju i smanjenje broja novooboljelih. Da je hrvatsko zdravstvo i društvo u cjelini kompetentno uhvatiti se u koštač sa najzahtjevnijim zdravstvenim izazovima najbolje pokazuje naš transplantacijski program. Intenziviranjem napora krajem 90ih godina prošlog stoljeća već za 15 godina probili smo se u sam svjetski vrh u kojem smo stabilno pozicionirani posljednjih 5 godina. Transplantacijski program pokazao se kao autentični hrvatski proizvod, naše vlastito iskustvo i knowhow, čije pojedine segmente i danas pokušavaju kopirati i implementirati i bitno razvijenije zemlje.

Zdravstveno prosvjećivanje

Što nam je raditi na poboljšanju zdravstvenih ishoda oboljelih od zločudnih bolesti? Svakako da nam je put sve pojedinačne napore usustaviti i pretvoriti u jasan plan i logičan slijed koji ćemo prikazati u pet slijedećih koraka:

1) Nacionalni plan borbe protiv raka sveobuhvatni je javnozdravstveni program sa ciljem smanjenja pojavnosti i smrtnosti od raka te poboljšanja kvalitete života oboljelih i to kroz sustavnu implementaciju dokazanih strategija za prevenciju, rano otkrivanje, dijagnostiku, liječenje, rehabilitaciju, palijativnu skrb i istraživanje. Samo 6 zemalja Europske unije, među kojima i Hrvatska nema plan i strategiju. Nacionalni plan ključan je strateški dokument i njegovo donošenje najvažnija je platforma bez alternative. Zadaća saborskog odbora za zdravstvo zadaća iskomunicirati je nacionalni plan ponajprije sa stručnim društvima, udrugama bolesnika i civilnim udrugama, zatim sa političkim strankama i drugim društveno zainteresiranim skupinama, u konačnici sa svim dionicima zdravstvene politike. Takav plan bio bi izglasан u Hrvatskom saboru, a usvojen na Vladi, čime bi dobio legalitet najvećeg stupnja te obvezujuće ciljeve i algoritam implementacije. Nacionalni plan integrirati će sve pojedinačne aktivnosti i na najbolji način unaprijediti sustavno liječenje malignih bolesti u Republici Hrvatskoj.

2) Nacionalne stručne smjernice važan su iskorak u liječenju oboljelih od malignih bolesti. Naši se bolesnici liječe uglavnom po smjernicama krovnih američkih i europskih stručnih društava, što su nesumnjivo vrhunski algoritmi, ali nisu uvijek

do kraja i na najbolji način prilagođeni hrvatskom zdravstvenom sustavu i hrvatskim bolesnicima. Trebamo naše vlastite nacionalne smjernice koje će izraditi pojedina stručna društva hrvatskog liječničkog zbora.

3) Kontinuitet funkcionalnog povezivanja bolnica kojim se omogućuje uvezivanje stručnog rada dvije ili više zasebne zdravstvene ustanove, bez gubitka njihove pravne osobnosti. Najbolji su primjer odnosi kirurških i onkoloških odjela. Gotovo svaka županijska bolnica ima neki program onkološke kirurgije, ali samo manji broj bolnica ima i onkološke odjеле. Ti bolesnici slijedom algoritma liječenja, nakon kirurškog zahvata trebaju dodatno liječenje na onkološkim odjelima. Funkcionalnim povezivanjem tih kirurških odjela s onkološkim, usustavio bi se proces liječenja te ne bi bilo moguće da bolesnici prepusteni sami sebi, u vlastitoj organizaciji liječenja raka, lutaju od bolnice do bolnice.

4) Unapređenje nacionalnih preventivnih programa važno je područje za iskorak u liječenju malignih bolesti- postojeća tri programa su dobro uhodana, ali također nude prostor za iskorak. Kod karcinoma debelog crijeva se neslužbeno se navodi odaziv od 19-21%, a cost benefit analize govore da je potreban dvostruko veći odaziv da bi program smatrali uspješnim. Segmentiranim analizom i temeljitim reevaluacijom zasigurno se mogu unaprijediti postojeći programi, poboljšati rano otkrivanje i ishod liječenja.

5) Zdravstveno prosvjećivanje stanovništva kontinuirana je obveza cijelokupnog društva. Zdravom prehranom, redovitom tjelovježbom, smanjenjem stresa, uravnoteženim dnevnim ritmom i redovitim navikama jačamo imunološki sustav i smanjujemo učestalost raka u populaciji. Samo rano otkriven rak nudi mogućnost kratkog liječenja, i izvrsnih zdravstvenih ishoda. Ranim otkrivanjem ne spašava se samo život bolesnika, već je i liječenje kratko i nema skraćenja ukupne duljine života. Brz je povratak svih funkcija, pune kvalitete života i radne sposobnosti, a vrlo brzo dolazi i do potpunog psihoemocionalnog oporavka te izliječenja u punom smislu.

Zadaća je svakog od nas jačati društvenu svijest o važnosti prevencije, redovitim pregledima te otkrivanja zločudne bolesti u najranijoj fazi. Dobro organizirani, koherentno usmjerenim naporima zasigurno Hrvatsku brzo možemo dovest medju vodeće europske zemlje.

Naši najpotrebniji bolesnici nas trebaju. Hrvatska može bolje!

Dr. Pavo Kostopeč, kirurg, KB Merkur



Četrdeseta

Marko ni sam nije znao koliko dugo već nije mario za svoj rođendan niti ga je nešto posebno slavio; u kalendar bi zapisivao sve druge rođendane osim svog, kao da ga je htio zaboraviti. Izgovarao se na žarko ljeto u gradu, kada bi se topio asfalt uz tramvajska pruga, a većina obitelji i prijatelja bila na moru. A mislio je kako je važnije slaviti djeće rođendane nego njegov. Vjerovao je da će njegov rođendan proći u zaboravu i ovog ljeta, sa čestitanjem najuže obitelji i eventualnom prigodnom tortom. Ali, susreo je Dinka, kojemu je bilo prvo na jeziku da mu kaže kako im je ove godine okrugla četrdeseta koju bi trebalo muški proslaviti.

- Buraz, unajmiti ču vilu u Istri pa čemo ići za vikend i zdrobiti se tamo – pričao je Dinko, mjesecima planirajući proslavu svog četrdesetog rođendana. Dinko je od nedavno proživiljavao drugu mladost. Spretni dobrostojeći poduzetnik, u posljedne vrijeme nastojao je što više izlaziti, kao da se bojao da će mu nešto promaći ili pobjeći. Otkrio je novu ljubav prema jedrenju neposredno nakon rođenja sina (ranije se bojao dubokog mora i slabu je plivao), hvalio se da u sezoni bar jednom mjesečno ide na skijanje, trčao je svako jutro prije posla, a vikendom je obavezno bio vani do kasno u noć. Počeo je redovito bojati kosu ponovno u crno nakon što je počeo sijediti, dok je sijede dlake iz brade pomno eliminirao pincetom. Svoje od djetinjstva krive zube odlučio je napokon ispraviti aparatom za zube pred svoj četrdeseti rođendan.

- Sve je ok s nošenjem aparata za zube osim prvih pet-šest dana nakon zatezanja žica svakog mjeseca kod zubara, tada mi sve trne u ustima i ne osjetim zube. No nije bed, zubar mi je rekao da će aparat nositi samo tri godine. Znam jednog frenda koji ga je nosio i osam godina... – govorio je kao navijen Dinko pojašnjavajući svoje sebi nametnute tegobe ispijajući petu čašu vina.

Ipak, zagolicao je Marka s najavama proslave rođendana. Da nazove Dalibora, pomislio je Marko, zajedno su studirali, ima troje djece, dosadno je posvećen obitelji, vrlo smiren, prvi je u generaciji polagao ispite i svima je bio uzor, nisu se već neko vrijeme ni vidjeli ni čuli. Javio se vedrim glasom na telefon i u hipu ispričao Marku da se baš sada vratio iz teretane, a barem jednom tjedno igra tenis na Šalati i to ga sve strašno rekreira. I još je govorio, beskrajno dugo i brzo, kako u njihovim godinama treba izbjegavati masnu hranu i posebno slatkiše; eto, on na poslu jede samo povrće koje donosi zapakirano od kuće, razmišlja da postane potpuni vegetarianac. Bio je stvarno u odličnoj formi, smršavio je i prilično smanjio opseg ovećeg trbuha tako karakterističnog za oženjene muškarce, na što je bio posebno ponasan. Borio se za očuvanje svake niti svoje sve rjeđe kose svakodnevnim utrljavanjem ampula za jačanje kose, a umjesto naočala počeo je nositi leće. I on je naglo otkrio svoju novu ljubav prema jedrenju s društvom bez supruge i djece. – Sve bih dao samo za jednu noć s njom. Bit će moja, kad-tad, ta tek mi dolazi četrdeseta, pravi party tek počinje! – otkrio je

Dalibor prave motive svoga preporoda u pripitom grlatom smijehu na spomen jedne privlačne pripravnice dok su se gibali uz izvrsni saksofon u pjesmi *Jubel od Klingande* u jednom zagrebačkom klubu. Djelovao je razmetljivo, bahato, i Marku je odjednom splasnula volja za organiziranje proslave rođendana. Ali, bio je slab karakter.

Ujutro je nazvao Gordana koji je uvijek bio spreman na sve, od malena dinamičnog, okretnog i nemirnog duha, a kasnije neurednog i bučnog života. No, što mu se približavala četrdeseta, Gordan kao da je dodatno ubacio u šestu brzinu; pušio je kao nikada ranije, neobuzdano pio i obilno jeo, jurio od jednog do drugog poslovnnog sastanka, ručka i večere, sve deblji, sve većih masnoća u krvi i sve višeg tlaka. Uspio se prije svoje četrdesete godine rastaviti i ponovno oženiti, a i taj drugi brak je sličio prvom, prepun stalnih razmirica i burnih svađa. Sve to ga nije ometalio u dalnjem mijenjanju brojnih ljubavnica, mahom dosta mlađih od njega, što je posebno ponosno isticao u muškom društvu. Gordan je već dogovorio organizaciju proslave svog četrdesetog rođendana u restoranu s puno uzvanika i s tamburašima, nešto poput manje svadbe. Bio je stalno euforičan, ali dušu je dao za takve proslave. Da, naravno, doći će gdje god treba i na Markov rođendan, ako treba i s ljepoticama iz modne agencije s kojom redovito surađuje.

Marko se morao još čuti s Petrom i Krešom, svojim starim prijateljima. Posebno je bio slab na Petra; ako se za nekog moglo kazati da je vjeran kao pas, onda se to moglo reći za Petra. Uvijek je bio miran dečko, povučen, ali odgovoran, pametan i odmijeren, vrlo načitan i s istančanim smislom za humor, što je Marko posebno volio. Prije nekoliko godina je prebolio leukemiju, srećom, izvukao se nakon dugog liječenja. Još kao malo dijete bio je mršav, a od bolesti i kemoterapije postao je još mršaviji i izgubio kosu koja se kasnije oporavila. Nakon izlječenja i golgotе koju leukemija donosi, ostavila ga je supruga koja je sa sobom odvela i kćerku. Petar se nakon svega povukao još više u sebe, nije se ponovno oženio i vrlo je rijetko izlazio. Marko je vjerovao da će ga poziv sigurno razveseliti. I stvarno, Petar se oduševio kao malo dijete s idejom da se dostojno proslavi četrdeseti rođendan, možda najiskrenije od svih iz njihove generacije.

Krešo je pak bio nešto posve posebno; bio je i ostao okorjeli neženja. Sin jedinac rastavljenih roditelja, ostao je jako vezan za svoju majku kod koje je i dalje često ručao i koja mu je redovito prala i peglala košulje. Još od srednje škole pazio je na svoj izgled, redovito vozio kućni bicikl, igrao košarku i sačuvao mišićavu liniju. Ispadanje kose riješio je brijanjem glave, sjede dlake na prsima depilacijom, a automobili su mu bili i ostali glavna životna oopsesija. Ženi koja bi ga privukla prilazio bi odmah i bez zadrške, dosta uspešan u svom često agresivnom pristupu. No, u pravilu bi podvio rep kada bi odnos počeo sličiti na ozbiljnu vezu. Iskreno se grozio pomisli da ima svoju djecu. – Tu svakodnevnu galamu, dreku i viku nikako ne bih mogao podnijeti – govorio je Krešo s dubokim užasom promatrajući živahnu djecu

svojih prijatelja i rodbine. Rođendane inače nije slavio, ali za četrdeseti planira napraviti roštiljadu s obiljem pića u vikendici koju mu je ostavio otac. Da, pozvat će i mamu i tatu, još se potajno nada da bi se možda mogli pomiriti, oboje su sada stari i oboje podjednako krivi za rastavu, oboje tužni i osamljeni.

Marku se slušajući svoje prijatelje po glavi motalo pitanje – otkuda sada taj neočekivani interes za proslavu četrdesetog rođendana baš u svih iz njegove generacije, je li to proradila narcisoidnost, ili je to bilo zato što se polako javljaju znakovi starenja uz sve veću potrebu za negiranjem prolaznosti vremena, ili nešto treće? Dok je izgovarao te riječi, prošao je rukom po licu, kao kad slijepac ispituje reljefnu zemljopisnu kartu; bio je lijep podignuti se iz fotelje, pogledati se u ogledalu i vidjeti što to zapravo uopće znači biti četrdesetogodišnjak – bilo je jednostavnije promatrati svoju generaciju.

Kako je prolazilo vrijeme s kolotečinom svakodnevnih obaveza, Marka je sve manje bilo volja organizirati veliku rođendansku proslavu. Odjednom mu se činilo da ima sve manje zajedničkog sa svim tim ljudima, a posebno ga je nerviralo što se nikako nisu mogli dogovoriti ni gdje ni kada bi mogli proslaviti rođendan, neku veliku zajedničku feštu – stalno su mijenjali prijedloge, uvijek nekome neki datum ili mjesto ne bi nikako odgovarali. Stvar se dodatno pogoršala kada su mu kćeri rekle da će one uskoro organizirati svoj rođendanski tulum u stanu, jer na onaj koji su ranije organizirale većina njihovog društva nije mogla doći.

- Tatice, možemo? – izrekle su jednoglasno.

Kao da su mu čitale misli. Osjećao se izgubljenim. Izašao je van, sjeo na klupu u parku i poželio da ga bar deset minuta nitko ništa ne pita. Zazvonio je mobitel. Krešo. Nije mu se želio sada javiti. Što da mu kaže? Malo se previše zapetljao u organizaciju tog

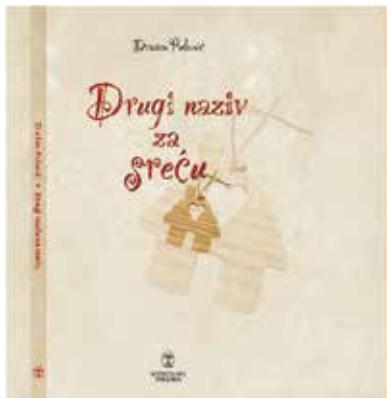
vražnjeg rođendana. A da ipak bude u nekom klubu ili restoranu, ne mora biti u stanu, na kraju, neka djeca rade što žele, ako obećaju da će nakon tog nesretnog dječjeg tulumu tri dana sredjivati stan.

Vrijeme je dalje prolazilo, ništa se spektakularno nije događalo. Ljeto, kao svako drugo, vrućina u gradu, možda još toplije nego prijašnjih godina, klima uređaj stalno upaljen, ljudi su se pomalo razilazili po morskoj obali, a cijela ideja o velikoj rođendanskoj proslavi se nekako rasplinula i ostavila za kasnije hladnije dane. Marko se jednu večer vratio kasnije kući. Svi njegovi su već bili u krevetima. Otvorio je frižider, i u njemu video lijepu tortu s napisom čestitkom za sutrašnji dan; bit će to jedan posve uobičajeni rođendan, pomislio je, a i zašto bi bilo drukčije?

Dražen Pulanić



Doc. dr. sc. DRAŽEN
PULANIĆ, dr. med.



Slika 1. Naslovica zbirke kratkih priča »Drugi naziv za sreću«.

O autoru

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med., specijalist internist-hematolog, znanstveni savjetnik, rođen je 1974. godine u Zagrebu. Diplomirao je 1999. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Godine 1996./97. dobio je Rektorovu nagradu za najbolji studentski znanstveni rad. Magistrirao je 2003. i doktorirao 2006. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Iste 2006. godine završio je specijalizaciju iz interne medicine a od 2011. je uži specijalist iz hematologije u Zavodu za hematologiju Klinike za unutarnje bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu KBC Zagreb. Usavršavao se u nekoliko navrata u SAD-u.

Područje njegovog stručnog i znanstvenog rada obuhvaća internu medicinu, hematologiju, koagulaciju i poremećaje hemostaze (hemofilije i trombofilije), te kroničnu bolest presatka protiv primatelja nakon transplantacije krvotvornih matičnih stanica. Bio je suradnik u 12 znanstvenih projekata. Publicirao je 37 radova u časopisima indeksiranim u CC i SCI, 50 radova u drugim recenziranim indeksiranim časopisima, 31 članak u ostalim medicinskim publikacijama, te 17 nastavnih tekstova. Radovi su mu citirani preko 250 puta. Objavio je 29 kongresnih sažetaka u časopisima indeksiranim u CC, te još 42 druga kongresna priopćenja.

Od studentskog razdoblja do danas bio je glavni urednik ili član uredništva više medicinskih časopisa. Bio je glavni urednik studentskog medicinskog časopisa *Medicinar* od 1996. do 1999. godine, pokrenuvši ga poslije višegodišnjeg neizlaženja. Također je bio međunarodni recenzent časopisa *Student British Medical Journal*, a potaknuo je i pokretanje studentske rubrike časopisa *Croatian Medical Journal*. Uradio je »Zbornik promoviranih doktora medicine 1999.-2000.« Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Od 2001. godine je tajnik redakcije i član uredništva *Liječničkih Novina Hrvatske liječničke komore (LN HLK)*, surađuje s časopisom *Medix*, a pokrenuo je i uredio časopise *Hemofilija* (2008.-2009.) i *Bilten Krohema-glasilo Hrvatske kooperativne grupe za hematološke bolesti Krohem* (od 2009. godine do danas).

Književnost mu je uz glazbu hobi dugi niz godina. Najčešće piše kratke priče. U sklopu više natječaja „Ranko Marinković“ za najbolju kratku priču »Večernjeg lista« objavljeno je više njegovih prihvjeta. Bio je jedan od inicijatora Natječaja za liječničku kratku priču *LN HLK* i član Povjerenstva za odabir najbolje kratke liječničke priče *LN HLK* 2007. godine. Bio je to prvi literarni natječaj *LN HLK*, a koliko je poznato i prvi natječaj u hrvatskoj povijesti namijenjen liječnicima-piscima i njihovim kratkim pričama.

Zbirka kratkih priča pod nazivom »Drugi naziv za sreću« objavio je 2010. godine (Slika 1.). U posebnom izdanju »Kronike Zavoda za povijest hrvatske književnosti, kazališta i glazbe Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti – Liječnici pisci u hrvatskoj književnosti od Dimitrije Demetra do danas«, HAZU, 2008. godine, bio je najmlađi autor među uvrštenim liječnicima piscima.



Dr. DRAGAN MALOŠEVAC

koLEGA hitnjak

HITNA MEDICINA KROZ HUMOR

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

STAVI PRAVU STVAR NA PRAVO MJESTO



Pacijent s upalom srednjeg uha dolazi na kontrolu.

I traži novo pakovanje analgetika jer i dalje ima jake bolove.

- Dakle, rekli ste mi da pijete puno tableta i imate problema sa želucem pa sam vam zato dao Voltaren ČEPIĆE.

- Da, doktore, baš tako.

- A boli vas i dalje!?

- Rastura me uho od bolova. Sad me već boli i cijela glava.

- Ne razumijem!? Kažete da nemate više čepića, a uho vas i dalje boli? Kad ste ih prije potrošili?

- Nisam baš sve, ali meni ti čepići ništa ne pomažu. A i stalno mi ispadaju!

- Ispadaju!?

- Ma, problem je kad okrenem glavu.

- Boli vas jače?

- Ma ne, ispadne mi čepić iz uha!



PRAVO PITANJE

Malo poslije ponoći nakon nekoliko uzastopnih intervencija.

- Dok, imamo još jedan izlazak!
- Koji stupanj!?
- Kaže dispečer da nema pojma. Pričaju sve i svašta. Idemo kao da je prvi.

Jurnjava do obližnjeg sela.

Izlazimo umorni, pothlađeni i na rubu snaga. Ulazimo u sobu, starija žena leži u krevetu, a oko nje kompletna uža i šira rodbina.

- Dobro veče!
- Dobro veče, doktore! Pomozite nam!
- Vama? A ne baki?
- Ma, baki! Ali i nama.

Polako shvaćam situaciju. Tipična priča „sve mi je, sve me boli i sve je loše“.

- Kako je bako?
- Imam bolove u prsim i nedostatak zraka...
- Aha! A od kad su bolovi?
- Imam i bolove u trbuhi. Boli me cijeli trbuh...
- Znači, i prsa i trbuh.

- Sinko moj, nemam snage. Zanosi me dok hodam i imam vrtoglavicu. Boli me glava već danima...

- Dakle, prsa, trbuh, glava...
- Bole me i leđa i svi zglobovi...
- Aha! I leđa i zglobovi...
- Sinko moj, ne mogu spavati već danima.
- Gospodo, morate mi reći što je od svega toga razlog da ste nas sada zvali. Mi smo HITNA pomoć!

- Pa, sve!

Brojim do deset u sebi. U međuvremenu izmjerен tlak, puls, saturacija i frekvencija disanja. Sve je u najboljem redu.

Ne znaš tko izgleda gluplje, rodbina ili mi.

Strpljenje me već odavno napustilo.

- Bako, nabrojali ste mi sve organe i organske sustave koji postoje u tijelu, boli vas doslovno sve, imate apsolutno sve što se može imati. I sve to traje tjednima i mjesecima!

Hajde, recite mi što nemate? Da vas čujem!
Što N E M A T E !?

- Sinko, nemam stolicu već nekoliko dana!

Neću više nikada nikome postaviti takvo pitanje.
Nema šanse.

Osobe s invaliditetom – etičnost liječničke komunikacije

Imperativ: Prilagodimo se!

„Liječnik će pomoći pružati jednakovo svima, bez obzira na dob, spol, narodnost, vjeru, političko uvjerenje, društveni položaj ili bilo koje druge okolnosti, poštujući pri tome ljudska prava i dostojanstvo osobe.“ – obvezuje nas Kodeks medicinske etike i deontologije.

Maja je rođena 1982. godine. Ona je oštećenog sluha nakon liječenja ototoksičnim lijekovima. Većina liječnika s kojima kontaktira odbija prilagoditi svoju komunikaciju na njoj prihvatljiv način, odnosno pisati upute i objašnjenja na papir, kako bi ona željela. Znakovni jezik niti ne spominje u svojoj pritužbi Pravobraniteljici za osobe s invaliditetom. Iako Odbor UN-a o pravima osoba s invaliditetom izvješće o primjeni Konvencije o pravima osoba s invaliditetom u Hrvatskoj „kako zdravstveni djelatnici moraju biti educirani o pristupačnim i alternativnim tehnikama komunikacije da (2 x kako u jednoj rečenici) bi mogli komunicirati s osobama koje imaju mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja.“

Razumna prilagodba

A upravo je zamjenica Pravobraniteljice autorica preporuke upućene svim relevantnim zdravstvenim institucijama u vezi s tzv. načelom razumne prilagodbe u komunikaciji s osobama s invaliditetom. A meni se čini, dok čitam navedenu odredbu UN-a, kako je ukazivanje na nju sasvim nepotrebno, s aspekta načina razmišljanja i postupanja humanistički, altruistički i empatično raspoloženog liječnika. A kakav bi drukčiji liječnik i mogao biti! No, pritužbe pacijentata govore drukčije, i iako se radi o pojedinačnim i sporadičnim slučajevima (nadam se!), osjećam odgovornost prenijeti preporuku Pravobraniteljice kako bi se svi preispitali i korigirali, u skladu s tom konvencijom. A ta kaže da razumna prilagodba „znači potrebnu i prikladnu preinaku i prilagođavanja koja ne predstavljaju nerazmjerne ili neprimjereno opterećenje, da bi se takvo što u pojedinačnom slučaju, tamo gdje je to potrebno kako bi se osobama s in-



validitetom osiguralo uživanje ili korištenje svih ljudskih prava i temeljnih sloboda na ravnopravnoj osnovi s drugima. Uskraćivanje razumne prilagodbe smatra se diskriminacijom.“ Stoga u eri invalidima prilagođenijih i drugih uvjeta unutar kojih se odvija zdravstvena skrb, poput neizostavnih dizala, pristupa invalidskim kolicima i sl., apeliram na osobnu prilagodbu nas liječnika, kao ključnih komunikacijskih subjekata u odnosu na naše pacijente. Pri tomu ne mislim samo na invalidnost u sferi osjetilnoga, nego i na svaku drugu, i ne samo na invalidnost, nego i na svako drugo ograničenje, a osobito na starost *per se*, koja nagriza čovjekove mogućnosti, i bezimeno, a ne samo u okviru konkretnih bolesti. Pa se razumna prilagodba treba odnositi i na starije, što ne znači da su stariji pacijenti *a priori* manje razumno i manje kompetentni za osobnu komunikaciju. Kodeks nadalje kaže sljedeće: „*Liječnik će na prikladan način obavijestiti pacijenta i/ili zastupnika o dijagnostičkim postupcima i pretragama, njihovim rizicima i opasnostima te rezultatima, kao i svim mogućnostima liječenja i njihovim izgledima za uspjeh te mu primjereno pružiti potrebne obavijesti kako bi pacijent mogao donijeti ispravne odluke o dijagnostičkom postupku i predloženom liječenju.*“ Trebamo paziti i pravilno precijeniti mogućnosti starijeg pacijenta da

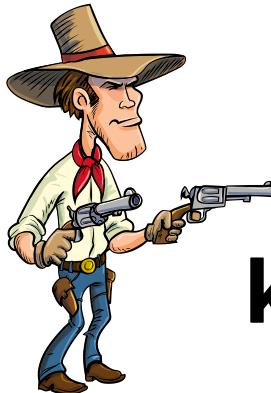
razumije naše savjete i objašnjenja. Osim što je važno ne precijeniti ga, jednako je neetično potcijeniti njegove kognitivne sposobnosti te svakog pratioca odmah smatrati i zastupnikom, ignorirati samog pacijenta i poniziti ga obraćajući se samo njegovoj pratnji.

Provodenje konvencije

I to su situacije na koje nam Pravobraniteljica skreće pozornost, ne bez razloga. Nadam se da će ovaj osvrt potaknuti one uzorne da ustraju u svojim manirama, a rijetke kolege usmjeriti na korekcije. Relevantne bi institucije, pak, trebale analizirati moguće sustavne nedostatke koji umanjuju uvjete za provođenje ove konvencije, poput predviđenog vremena koje liječnik ima na raspolaganju u posvećivanju pacijentu s invaliditetom kao i nedostatka edukacije iz znakovnog jezika, nedostatka pismena na pismu za osobe s oštećenim vidom i sl. A svaka bi analiza trebala potaknuti plan za poboljšanje. To bi nam u ovom slučaju olakšalo pridržavanje Kodeksa liječničke etike i deontologije, a koji kaže: „*Svim svojim sposobnostima čuvat će plemenitu tradiciju liječničkog poziva održavajući visoke standarde stručnog rada i etičnog ponašanja prema pacijentu i njegovim bližnjima te zdravim osobama.*“

Lada Zibar

SIJEČANJSKI STUPIDARIJ



Revolver kao liječnički rezvizit



Ljetos je u krugu zadarske bolnice napadnut neonatolog i završio na operaciji; nezadovoljni suprug neke roditelje nogom je razbio vrata rodilišta; osiguranica je nožem nasrnula na medicinsku sestru i liječnicu, u dubrovačkoj bolnici liječnica je napadnuta nožem, liječniku iz Kaštel Štafilića u ordinaciji je aktivirana bomba. To su samo neki od svježih primjera fizičkih nasrtaja na zdravstvene djelatnike.

Prema nedavnoj anketi Liječničke komore, 96 posto liječnika pretrpjelo je nasilje osiguranika na svom radnom mjestu, a to je bila i glavna tema prošloga broja LN-a. Zakonodavci su odbili prijedlog Komore da se zakonom zaštite liječnici na radnom mjestu kao službene osobe. Pa neka nam onda barem odgovore na ovih nekoliko pitanja!

- Ima li liječnik pravo držati na svom radnom mjestu, uz tlakomjer i fonendoskop, pištolj, ili barem bodež, radi odvraćanja od agresije?
- Treba li liječnik odbiti osiguranikov neopravdani zahtjev i uz cijenu vlastita života ili mu dati ono što taj traži, pa poslije platiti novčanu kaznu HZZO-u?
- Čijem životu treba dati prednost u slučaju životne opasnosti – liječnikovom ili osiguranikovom?

P. S. Molim ne brkajte osiguranika s bolesnikom, jer liječnik s pravim bolesnikom redovito dobro surađuje. Dapače, što teži bolesnik, to bolja suradnja!



Pitanje: sa šalom ili bez njega?

Radi ravnoteže, nešto i na naš račun!

Jedna naša zdravstvena ustanova objavila je na mreži *urbi et orbi* uputu kako da se stari ljudi zaštite od hladnoće. Sažeto: kad im je hladno neka piju topao čaj, dobro se obuku, stave kapu na glavu i navuku rukavice.

U toj uputi, koja se fotokopira valjda još od Hipokratovih vremena, ima i nešto inovativno: neka starci ne idu na poledicu s visokim petama (s niskima valjda smiju).

Priznajte, da nema ove upute starci bi valjda zimi izlazili u kućačim gaćicama! Čitajući ovu uputu jedan je starac zburjeno upitao: „A šal oko vrata su zaboravili ili su me pogrešno učili u dječjem vrtiću?“ Vjerojatno se radi o simptomu demencije. Dakako, starčeve, stid vas bilo ako ste pomislili nešto drugo!

Željko Poljak

Osvajač olimpijskih medalja i liječnik

Dr. Danijel Premuš: „Nadam se da se trud, rad i odricanje ipak isplate u ovoj zemlji“

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



Hoće li u hrv. zdravstvenom sustavu prepoznati vrijednost spoja znanja iz medicine i vrhunskog bavljenja sportom?

U današnjem kapitalističkom svijetu dva su ključna kapitala: zdravlje i znanje. Znanje je cilj na kojem trebamo inzistirati bez kompromisa, stoga bi njegovo prenošenje, odnosno sustav mentorstva, trebao puno bolje funkcionirati

Rođen u Rijeci 1981. godine, gimnaziju je završio s odličnim uspjehom bez potrebe polaganja državne mature. Vaterpolom se počinje baviti s četiri godine u matičnom klubu „Kvarner“ iz Opatije. U svojoj bogatoj sportskoj karijeri osvaja brojne medalje i odličja. Kao najmlađi član hrvatske vaterpolo reprezentacije brani nacionalne boje na Olimpijskim igrama u Ateni. S talijanskim klubom Pro Recco iz Genove osvaja talijansko prvenstvo i Kup Italije te postaju europski klupski prvaci. Srebro na Olimpijskim igrama u Londonu osvaja kao član talijanske reprezentacije. Na vrhuncu karijere 2012. vraća se studiju medicine u Rijeci, koji je zamrznuo na trećoj godini 2005., te u srpnju 2016. kao 35-godišnjak i diplomira. Na pripravničkom je stažu u KBC-u Rijeka.

Vaterpolom si prestao profesionalno se baviti 2012. godine nakon što si s talijanskom reprezentacijom osvojio srebro na Olimpijskim igrama u Londonu. Te godine vratio si se studiju medicine. Je li to bila teška odluka?

■ Iskreno, nije. Istina, oprostio sam se od aktivnog bavljenja sportom nakon olimpijskog finala, što je na neki način vrhunac sportske karijere jednog sportaša, međutim, u meni je stalno tinjala želja da završim studij jer nisam htio nakon aktivne karijere biti „samo“ bivši sportaš. Talijanska reprezentacija nudila mi je aranžman za još jedan olimpijski ciklus, no odlučio sam se vratiti kući zajedno sa svojom obitelji i otvoriti novu životnu stranicu.

■ Pripravnički staž sada traje pet mjeseci, a Hrvatska liječnička komora traži da ponovno bude godinu dana. Iz vlastitog nam iskustva možeš reći je li dovoljno pet mjeseci da

se mladi liječnik dobro pripremi za samostalan rad s pacijentima?

Sigurno struka može puno više reći nego ja o tom pitanju, međutim, smatram kako akcent treba staviti na kvalitetu provođenja pripravničkog staža, a ne samo na duljinu. Naime, ako se ne pronađe model koji će omogućiti da se teorija stečena na studiju počne primjenjivati u praksi uz pomoć starijih kolega, onda ni model od dvije godine neće polučiti uspjeh.

■ Što bi želio specijalizirati?

Moje su želje: sportska medicina, fizikalna i rehabilitacijska medicina ili obiteljska medicina. Problem sportske medicine je što se rijetko raspisuje i što nije do kraja definirana. Sama specijalizacija se provodi u okviru medicine rada i sporta, što u budućnosti treba mijenjati želimo li napraviti iskorak, iako

treba bit iskren pa reći da je do prije par godina sportska medicina bila praktički ugašena. Iskustvo koje imam iz Italije, gdje sam prije Olimpijskih igara u Londonu obavio pregled u njihovu znanstveno-istraživačkom centru u Rimu, govori mi da je našoj domovini itekako potreban jedan takav centar, tim više smo sportska nacija. Fizikalno-rehabilitacijska medicina također je u fokusu mog interesa jer bi ona trebala dati odgovore na jedno od dva ili čak oba ključna pitanja današnjega vrhunskog sporta: kako oporaviti sportaša nakon fizičkih napora da bi sutradan opet bio spreman za njih i kako ozljeđenoga što prije vratiti na sportsko polje. Treća opcija je obiteljska medicina, koju vidim kao "internu u malom", a riječ je o predmetu koji me se najviše dojmio za vrijeme studiranja.

■ Sigurno su ti kao bivšem vrhunskom sportašu i sada kao liječniku širom otvorena vrata za željene specijalizacije kao što su sportska medicina ili fizikalna medicina i rehabilitacija. U svijetu bi se natjecali za čovjeka s takvima kvalifikacijama. Kakvo je stanje kod nas?

Iskreno, na vrata kucam, ali se još niti jedna nisu niti odškrinula, a kamoli otvorila. Primorsko-goranska županija predvidjela je otvaranje sportske ambulante u Rijeci; bio sam na preliminarnim razgovorima s ljudima iz Županije, ali ne znam hoće li mi se pružiti šansa. Ne želim gubiti nadu, ali sljedeći dan nakon diplomiranja nazvali su me Talijani i ponudili se riješiti mi pitanje specijalizacije. No, imajući u vidu moje trenutne životne okolnosti - obitelj s dvoje djece i suprugu na specijalizaciji iz dječje i adolescentne psihijatrije - to zasad nije realno.

■ U razgovoru si spomenuo kako privatni nisu skloni ulagati u specijalističko usavršavanje, nego traže gotove specijaliste. Govoriš li to i iz vlastitog iskustva?

Za vrijeme studija imao sam priliku dio programa odraditi i u privatnim poliklinikama i bolnicama. Čak smo se i dotaknuli te teme, nakon čega sam zaključio da to velikoj većini nije u interesu jer zapravo ulazu u mladog liječnika od kojeg za vrijeme usavršavanja nemaju koristi već im je on trošak, a niti fizički nije prisutan velik dio usavršavanja u ustanovi koja ga šalje. Postoje, naravno, iznimke kao što je bolnica Nemec u Matuljima koja je uložila



Nakon osvojenog srebra na Olimpijskim igrama u Londonu, dr. Premuš se konačno odlučuje za "bijelu kutu"

vlastita sredstva u dvojicu mlađih ortopeda. No, budući da privatni žele preuzeti dio kolača od javnih bolnica i ustanova iz zdravstvenog osiguranja, onda bi bilo pošteno da preuzmu i dio tereta i ulaganja u mlađe liječnike.

■ Sigurno si kao budući specijalizant pratit će sukobe oko Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Jesu li zahtjevi specijalizanata opravdani i što bi se u tom sustavu moglo promijeniti nabolje? Zauzeo bih neutralnu stranu jer su opravdani zahtjevi i jednih i drugih. S jedne strane mlađi kolege nakon završetka studija moraju krenuti na "još jedan" da bi stekli specijalističke kompetencije i da bi konačno bili neovisni u medicinskom smislu. To iziskuje oko 12 godina mukotrpнog truda, rada i zalaganja, a za to vrijeme bi trebali postati i finansijski neovisni, riješiti stambeno pitanje, napredovati u karijeri... Sada im ništa od toga nije omogućeno i zato se opravdano bune. No, razumijem i one koji ih šalju na usavršavanje jer nemaju gotovog specijalistu pet godina bez obzira koliko on posla odradio i koliko „rupa pokrpao“. Sugirao bih kolegama velik oprez prilikom potpisivanja bilo kakvih ugovora. Često se sjetim jednoga mog bivšeg sportskog direktora koji je znao reći da prije potpisivanja ugovora možemo tražiti i ovo i ono, pregovarati i natezati se, no kad stavimo potpis na papir, ugovor se mora poštivati, bilo to komu pravo ili ne.

■ Smatraš li da bi se sustav mentorstva trebao puno bolje urediti i kako?

U razgovoru s kolegama zastupam stav kako su u današnjem kapitalističkom svijetu dva ključna kapitala: zdravlje i znanje. Znanje je cilj na kojem trebamo inzistirati bez kompromisa jer ono je kapital koji je moguće unovčiti gotovo bilo gdje u svijetu i tako sebi osigurati neovisnost. Stoga bi prenošenje znanja i kompetencija, odnosno sustav mentorstva, trebao puno bolje funkcionirati. Imamo izvrsne liječnike koji se zbog mnoštva obveza nemaju vremena kvalitetno baviti mlađim liječnicima, a za to nisu niti primjereni novčano motivirani. U sustav mentorstva svakako bi trebalo uključiti i naše vrhunske stručnjake koji su u mirovini. Grjehotra je da se njihovim fizičkim odlaskom u mirovinu na neki način „umirovi“ i njihovo bogato znanje i iskustvo. Zato nam je potrebna jasna vizija onih koji odlučuju o našem zdravstvu, koje prije svega čine ljudi. U njih treba ulagati, a ne samo u zidove i opremu. To mora biti nacionalni konsenzus.

■ Nadamo se da se nećeš razočarati slijenim profesionalnim mogućnostima u Hrvatskoj i vani potražiti „sreću“. Bilo bi uistinu šteta da tvoj spoj znanja i iskustva iz vrhunskog bavljenja sportom i medicinе iskoristi netko drugi.

I ja se nadam... To bi zaista bila priča s „happy endom“ ali i poruka generacijama koje dolaze, da se trud, rad i odricanje u ovoj državi ipak isplati i poštuje.

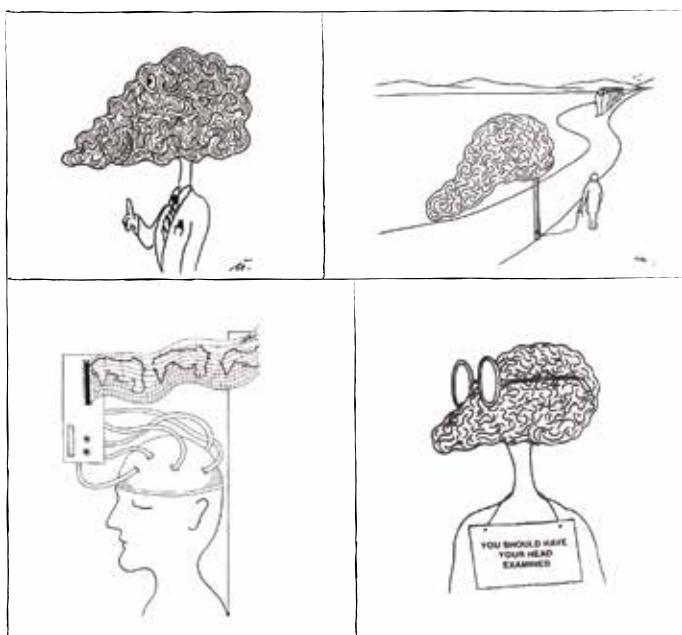
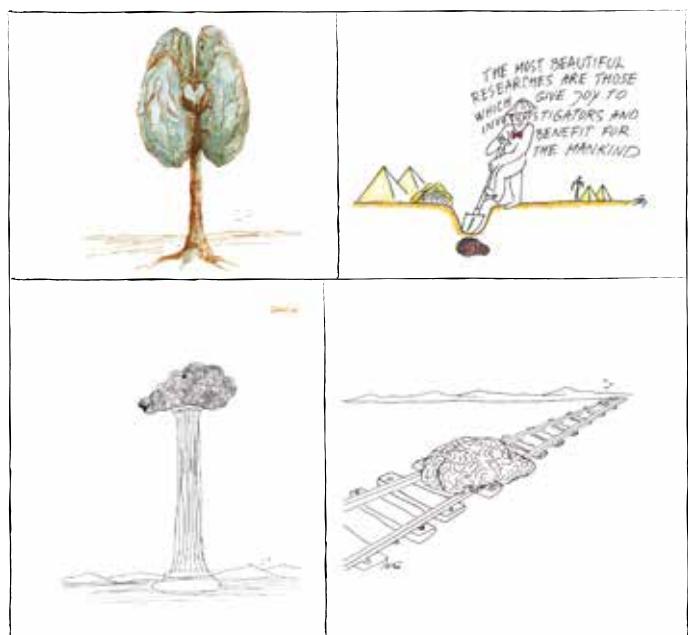
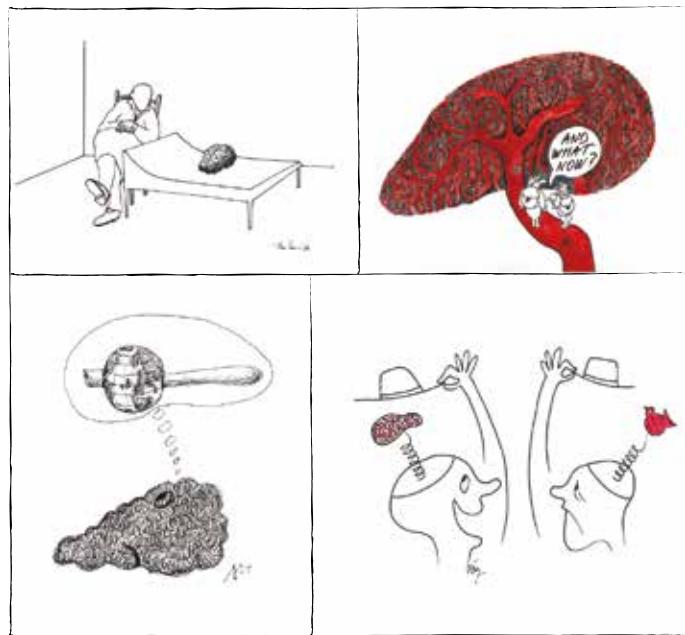
BRAINY DRAWINGS

LJ. RADOVANČEVIĆ, info@pula-cong.com

Izložba poznatog karikaturiste Ivana Šarića na 56.-om pulskom međunarodnom neuropsihijatrijskom kongresu MIND & Brain, od 15.-18. lipnja 2016.

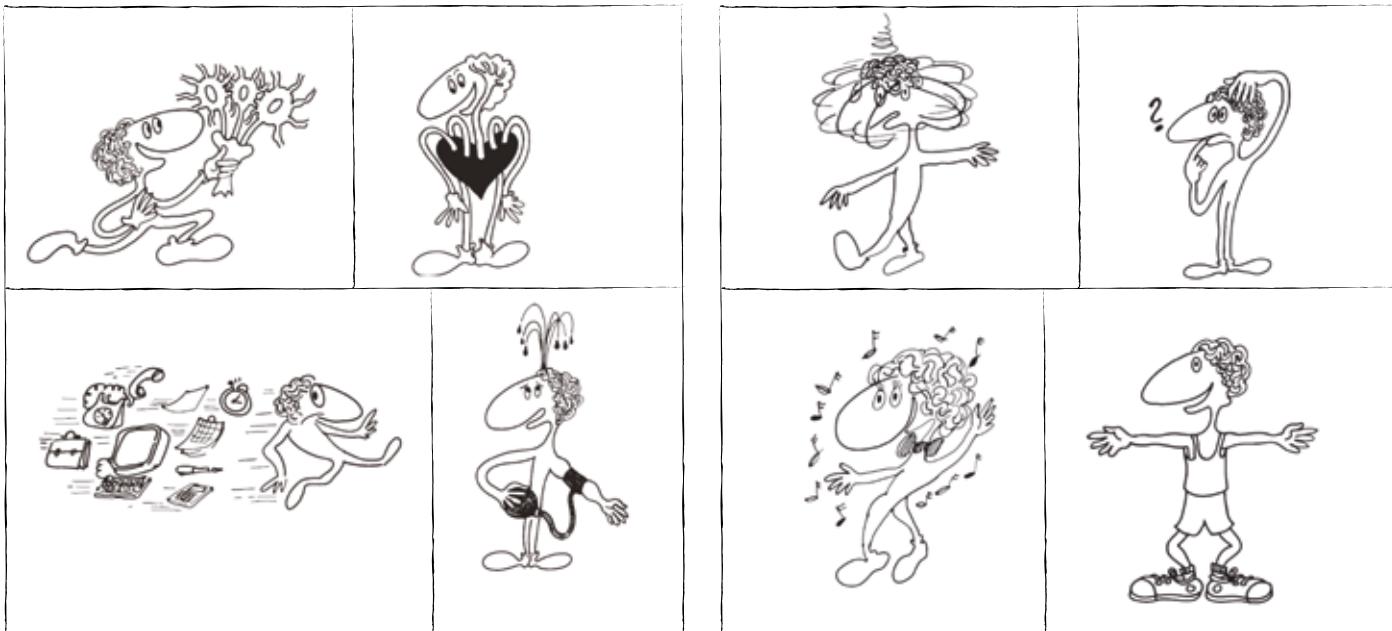
Na ovu je specifičnu temu uma i mozga, tijekom kongresa postavljena izložba etabiranog umjetnika karikature, zahvaljujući već ranijem interesu (objavio je i knjigu karikatura s tom tematikom povodom Europske godine mozga 2014-2015.). Iako crtati karikature na temu mozga nije zahvalan posao, autor je iskazao izrazitu duhovitost i domisljatost, izabравши, kao što se vidi iz priloženog sve glavne asocijacije koje se mogu povezati sa središnjim živčanim sustavom. Sudionici su Kongresa, saznali za brojne neuropsihanalitičke i općenito neuroznanstvene spoznaje, neuroupalne i neureparatorne teme, sa širokim rasponom drugih znanstvenih i edukativnih aktivnosti.

Autor- inače arheolog, ovom je izložbom na Kongresu doprinjeo humorističkim aspektima shvaćanja značenja mozga i veoma ugodno iznenadio sudionike.



BRAINY DRAWINGS

by IVAN ŠARIĆ



OTVORENE POZICIJE:

**Specijalist/ica
fizikalne medicine
i rehabilitacije**

**Specijalist/ica
radiologije**



AVIVA
POLIKLINIKA
NEMETOVA 2



Nemetova 2, 10000 Zagreb
T: 01/4693 111
www.poliklinika-aviva.hr



Poliklinika AVIVA u Nemetovoj ulici u Zagrebu, prva je poliklinička ustanova u Hrvatskoj koja počinje sa samostalnim radom na tržištu. U svojoj **39 godina dugoj tradiciji** profilirali smo se u jedan od prepoznatljivih simbola zdravstva, prvenstveno kroz glas svojih zadovoljnih i vjernih korisnika u cijelom tom razdoblju.

Svoj zdravstveni renome dugujemo svojem medicinskom osoblju. Njihova specijalistička znanja, potvrđeni rezultati i istinski timski rad pokretač su pozitivnih unutrašnjih promjena. Vrhunski rezultati i precizno postavljene dijagnoze naših liječnika omogućila je i moderna dijagnostička oprema. Poliklinika AVIVA pokriva skoro sve specijalnosti današnje medicine.

Otvorene pozicije za puno radno vrijeme ili dopunski rad:

- **SPECIJALIST/ICA FIZIKALNE MEDICINE
I REHABILITACIJE**

- **SPECIJALIST/ICA RADILOGIJE**

Ukoliko se želite pridružiti našem timu kroz dopunski rad, slobodno nam se javite! Pošaljite nam svoj životopis na uprava@poliklinika-aviva.hr

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti

HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti

HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo

HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora

HLZ, gen. HLZ-a Hrvatski liječnički zbor

HZIZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KB Klinička bolnica

KBC Klinički bolnički centar

MEF, genitiv MEF-a Medicinski fakultet

MZ Ministarstvo zdravlja RH

OB Opća bolnica

PZZ Primarna zdravstvena zaštita

SB Specijalna bolnica

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

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

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje Fulvii Akrap, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

Organizatori stručnih skupova koji se održavaju u Republici Hrvatskoj, mogu skupove prijaviti i Europskom udruženju liječnika specijalista (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem sljedećeg linka:
<http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici www.hlk.hr – „Raspored stručnih skupova“.

VELJAČA

Šok i reanimacija u dječjoj dobi

Hrvatski zavod za telemedicinu

Split, Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Cres – 09.02.2017.

Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztm.hr

Alogliptin: Novi dokazi učinkovitosti i sigurnosti u liječenju šećerne bolesti tipa 2 u odraslih bolesnika

Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o.

Sisak, 09.02.2017.

Snježana Vodopija Sirovatka, mob.: 091/2335-603, e-mail: nikolina.radakovic@takeda.com

Target controlled infusion – Anestezija vođena ciljnom koncentracijom lijeka

Udruga „Tomislav Halapir“ za kontinuiranu edukaciju, profesionalni razvoj i usavršavanje na području anestesiologije, reanimatologije, intenzivnog liječenja i liječenja boli u Republici Hrvatskoj Zagreb, 09.-10.02.2017.

Jeljana Obrst, tel.: 01/3787-428, e-mail: jobrst@gmail.com
1750,00kn za specijaliste, 1500,00kn za specijalizante

Problem oslabljene funkcije mjehura „Moja mala tajna“

Koalicija udruga u zdravstvu, Udruga Promjena, Institut za žensko zdravlje, KOHOM, HD ginekologa i opstetričara HLZ-a, Udruga medicinskih sestara, HD za ginekološku urologiju HLZ-a, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a, HD za menopauzu HLZ-a, Hrvatsko urološko društvo HLZ-a Osijek, 09.-12.02.2017.

Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-69, fax.: 01/4854-580, e-mail: ana@conventuscredo.hr

Rana kotizacija do 09.12.2016. – 1400,00kn;

Kasnja kotizacija od 10.12.2016. – 1600,00kn

Regionalna anestezija djece uz primjenu ultrazvuka

Sekcija pedijatrijske anestezije HD za anestesiologiju i intenzivno liječenje (HDAIL) HLZ-a i Klinika za dječje bolesti Zagreb, Zavod za dječju anestesiologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu Zagreb, 10.02.2017.

„Žuti mačak“ d.o.o., Sandra Šutić, mob.: 099/2572-470, e-mail: sandra.zutimacak.hr
1.000,00 kn za specijaliste, 500,00 kn za specijalizante

Drugi tečaj „Train the foot trainer“ u sklopu projekta „Step by Step“

KB Merkur, Sveučilišna klinika „Vuk Vrhovac“ Zagreb, 10.02.2017.

„Penta“ d.o.o., Veronika Jurić, mob.: 091/2015-939, e-mail: veronika.juric@penta-zagreb.hr

Vrijeme je za korak naprijed u liječenju PAMM

Astellas d.o.o.

Zagreb, 10.-11.02.2017.

Dubravko Pišonić, tel.: 01/6700-125, e-mail: dubravko.pisonic@astellas.hr

Novi šivaći materijali, transplantati i lokalni reznjevi

Medkontur d.o.o.

Zagreb, 10.-11.02.2017.

Dr.sc. Franjo Rudman, tel.: 01/2903-831, e-mail: frudman@dr.com

950,00kn

KOS 3.1.

Salutogeneza – obrt za savjetovanje Našice, 10.-11.02.2017.

Božidar Popović, dr.med., mob.: 092/1602-920, e-mail: salutogeneza1@gmail.com

550,00kn

SEŠMEK Servierova škola medicinskog komuniciranja u hipertenziji i dislipidemiji

Servier Pharma d.o.o.

Rijeka, 11.02.2017.

Ivana Fabić Ojdanić, tel.: 01/3016-227,

e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

SEŠMEK Servierova škola medicinskog komuniciranja u arterijskoj hipertenziji

Servier Pharma d.o.o.

Zagreb, 11.02.2017.

Ivana Fabić Ojdanić, tel.: 01/3016-227,

e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

„Thomas Ogden“ seminar

Hrvatsko psihanalitičko društvo

Zagreb, 13.02.2017.

Oleg Filipović, e-mail: oleg.filipovic1@zg.t-com.hr

Prednosti trajnih fiksnih kombinacija s fleksibilnim doziranjem u liječenju hipertenzije i dislipidemije

Servier Pharma d.o.o.

Višnjička, 15.02.2017.

Lidia Bago Gudelj, mob.: 091/6551-539, e-mail: lidia.bago-gudelj@servier.com

Jedinstveni terapijski pristup vertigu, tinitusu i rinosinuitisu

Alpen Pharma d.o.o.

Osijek, 15.02.2017.

Jelena Majhen, mob.: 091/6035-357,

e-mail: jelena.majhen@alpenpharma.com

Šok i reanimacija u dječjoj dobi

Hrvatski zavod za telemedicinu

Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka – 16.02.2017.

Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztm.hr

Alogliptin: Novi dokazi učinkovitosti i sigurnosti u liječenju šećerne bolesti tipa 2 u odraslih bolesnika

Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o.

Imotski, 16.02.2017.

Jelena Han Ivić, mob.: 099/3047-494,

e-mail: nikolina.radakovic@takeda.com

Spinalni defekti razvoja neuralne cijevi. Prevencija, dijagnoza i liječenje

Akademija za razvojnu rehabilitaciju Zagreb, 17.02.2017.
Dr.sc. Goran Krakar, dr.med., mob.: 091/4640-957, e-mail: goran.krakar@gmail.com
1.000,00 kn specijalisti, 600,00 kn specijalizanti

Klinička primjena ultrazvučnog kontrastnog sredstva

HD za ultrazvuk medicini i biologiji HLZ-a Zagreb, 17.02.2017.
Doc.dr.sc. Gordana Ivanac, dr.med., tel.: 01/2903-255, e-mail: gordana.augustan@gmail.com
200,00 kn

Skrb za bolesnika tijekom vantelesne membranske oksigenacije (ECMO)

KBC Rijeka, Klinika za anestezijologiju i intenzivno liječenje Rijeka, 17.02.2017.
Snježana Kraljić, mob.: 099/2147-067, e-mail: kraljic.snezana@gmail.com
500,00 kn

Diferencijalna dijagnoza oteklina vrata

KBC Split, Kl. za bolesti uha, nosa i grla s kirurgijom glave i vrata Split, 17.-18.02.2017.
Zlatko Kljajić, dr.med., mob.: 091/5355-121, e-mail: kljajiclatko1@gmail.com
300,00 kn

I. praktični multidisciplinarni kongres „Zbrinjavanje kroničnih rana“ s med.sud.

Spec.bolnica za med.rehabilitaciju Thalassotherapija Crikvenica Crikvenica, 17.-18.02.2017.
Dr. Stanislava Laginja, mob.: 092/1175-522, e-mail: s.laginja@gmail.com
600,00 kn

Edukacijske vježbe izvanbolničke hitne medicinske službe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare

Zavod za hitnu medicinu OBŽ Osijek, 17.-19.02.2017.
Silvana Sabo, tel.: 031/531-301, e-mail: hitna.pomoc@zzhm-obz.hr

SEŠMEK Servierova škola medicinskog komuniciranja u hipertenziji

Servier Pharma d.o.o.
Zagreb, 18.02.2017.
Ivana Fabić Ojdanić, tel.: 01/3016-227, e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

Dijagnostika i liječenje sindroma ramena kroz prepoznavanje obrašca bolesti

HLZ, HD za akupunkturu Zagreb, 19.02.2017.
Maja Mustać, dr.med., mob.: 091/4748-492, e-mail: info@akupunktura.hr

Endovaskularno liječenje simptomatskog subclavian steal sindroma – naša iskustva

KBC Split, Klinički zavod za dijagnostiku i intervencijsku radiologiju Split, 20.02.2017.
Doc.dr.sc. Krešimir Dolić, tel.: 021/556-243, e-mail: kdolic@bnac.net

Transplantacija gledana očima pacijenta

Udruga Medikus Zagreb, 20.02.2017.
Dr. Vesna Vučicević, mob.: 091/5044-766, e-mail: vesna.vucicevic@gmail.com

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBCSM, Klinika za traumatologiju, RTG odjel Zagreb, 20.-24.02.2017.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-713, 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00 kn

Porodične operacije

Klinika za ginekologiju i porodništvo KB Sveti Duš Zagreb, 20.-24.02.2017.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317, e-mail: bmilic@kbsd.hr
3.000,00 kn

201. Gerontološka tribina – Kreativna psihofarmakoterapija u starijoj dobi

Ref.centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba – Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ Zagreb, 21.02.2017.
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164, e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Jedinstveni terapijski pristup rinosinuitisu, bronhitisu i tegobama ušne supljine

Alpen Pharma d.o.o.
Zagreb, 21.02.2017.
Dunja Brestovac, MPharm, mob.: 091/2144-013, e-mail: dunja.brestovac@alpenpharma.hr

Korak naprijed u liječenju hipertenzije

Servier Pharma d.o.o.
Zabok, 22.02.2017.
Marija Bobinac, mob.: 091/6551-551, e-mail: marija.bobinac@servier.com

Suvremena terapija bolesti površine oka

Inspharma d.o.o.
Zagreb, 23.02.2017.
Nataša Žmuc, tel.: 0038640660665, e-mail: nataса.zmuc@inspharma.com

Epidemiologija, klinička slika, laboratorijska dijagnostika, terapija i prevencija spolno prenosivih infekcija

HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju Zagreb, 23.-24.02.2017.
Doc.dr.c. Mario Sviben, mob.: 091/2986-545, e-mail: mario.sviben@hzjz.hr
650,00 kn

.„Zdenko Škrabalo“ EASD Postgraduate Course

HD za dijabetes i bolesti metabolizma Zagreb, 23.-25.02.2017.
Doc.dr.sc. Dario Rahelić, mob.: 091/5156-576
800,00 kn

European Scleroderma Trials and Research group

EUSTAR, Hrvatsko reumatološko društvo HLZ-a, Prof. Dušanka Martinović-Kaliterina Split, 23.-26.02.2017.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580, e-mail: anja@conventuscredo.hr

Hepatocelularni karcinom(HCC) – multidisciplinarno i multimodalno liječenje

KBC Zagreb Zagreb, 24.02.2017.
Dr.sc. Dražen Perkov, dr.med., tel.: 01/2388-721, e-mail: drazen.perkov@kbc-zagreb.hr

Plućna funkcionska dijagnostika

MEF Sveučilišta u Osijeku Osijek, 24.02.2017.
Izv.prof.dr.sc. Davor Plavec, dr.med., tel.: 031/399-643, e-mail: bojan.popovic@mefos.hr

Ultrazvukom vođeni periferni blokovi u regionalnoj anesteziji i liječenju boli

HD za liječenje boli HLZ-a Osijek, 24.-26.02.2017.
Andrea Mršo, tel.: 031/511-502, e-mail: mrsoandrea385@gmail.com
3.500,00 kn

10. Međunarodni kongres o hemodinamskom monitoriranju

HD za intenzivnu medicinu HLZ-a Zagreb, 25.02.2017.
O-tours, Ivana Škalec, mob.: 098/9805-718, e-mail: ivana.skalec@otours.hr
Specijalisti 1.000,00 kn, specijalizanti i studenti ne plaćaju kotizaciju

Smjernice u pedijatrijskoj gastroenterologiji i prehrani

Klinika za pedijatriju, Klinika za dječje bolesti Zagreb Zagreb, 25.02.2017.
Dr. Sanja Kolaček, tel.: 01/4600-130, e-mail: sara.sila0810@gmail.com

Bagatin akademija: Razvoj mekih vještina u zdravstvenom sektoru

Poličklinika Bagatin Zagreb, 25.02.2017.
Monika Friščić, mob.: 091/4610-048, e-mail: hr@poliklinikabagatin.hr
1.200,00 kn + PDV

Trombotične mikorangopatije u djece i odraslih

HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju HLZ-a Zagreb, 25.02.2017.
Prim. Nikola Janković, tel.: 01/3712-084, e-mail: tajnik@hdndt.org

SEŠMEK Servierova škola medicinskog komuniciranja u hipertenziji i dislipidemiji

Servier Pharma d.o.o.
Osijek, 25.02.2017.
Ivana Fabić Ojdanić, tel.: 01/3016-227, e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

EPA radionica

Alkaloid Omiš, 25.02.2017.
Julija Todorova, tel.: 01/6311-920, e-mail: julija.todorova@alkaloid.hr

Roboti u medicini

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske Zagreb, 28.02.2017.
Carmen Cibertin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

HTI konferencija

Wellness Dalmacija Rovinj, 28.02.-02.03.2017.
Hrvoje Tolić, mob.: 091/7385-436, e-mail: hrvoje.tolic@hticonference.com
699 EUR

OŽUJAK

Tečaj osposobljavanja kandidata za nacionalne instruktore

Hrvatski zavod za hitnu medicinu Donja Stubica, 01.-02.03.2017.
Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362, e-mail: ana.stipetic@hzhm.hr

2. hrvatski vaskularni dan – Venska tromboembolijska bolest

KBC „Sestre milosrdnice“ Zagreb, 03.03.2017.
„Penta“ d.o.o. Nikica Žunić, mob.: 091/5147-358, e-mail: nikica.zunic@penta-zagreb.hr

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Psihoakustički pristup poremećaju kognicije i komunikacije
Udruga za prevenciju dječjih neurorazvojnih auditornih oštećenja – komunikacija
Zagreb, 03.03.2017.
Broz Frajtag Jasenka, tel.: 01/2376-357, mob.: 099/2545-707,
e-mail: brozfrajtag@gmail.com
500,00 kn + PDV

5. simpozij Hrvatske udruge patronažnih sestara
Hrvatska udruga patronažnih sestara
Zagreb, 03.03.2017.
Franka Luetić, mob.: 098/9165-579, 091/3876-568,
e-mail: fluetic@yahoo.com

Dijagnostika i terapija alergijskih i hiperreaktivnih upala gornjih i donjih dišnih putova
Društvo za unapređenje hrvatske otorinolaringologije
Zagreb, 04.03.2017.
Prof. Marica Grbešić, tel.: 01/3787-360,
e-mail: marica.grbesic@kbcsm.hr

4. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije
OB Pula
Pula, 07.03.2017.
Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252, 052/376-141,
e-mail: endokrinologija@obpula.hr

Primarni sklerozirajući kolangitis
Hrvatski zavod za telemedicinu
Zagreb, Čakovec, Knin, Koprivnica, Ogulin, Virovitica, Našice, Sisak, Vinkovci, Bjelovar, Karlovac, 07.03.2017.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztm.hr

Izloženost ljudi neionizirajućim elektromagnetskim poljima
Hrvatski zavod za telemedicinu
Cres, Mali Lošinj, Rab, Metković, Mljet, Lastovo, Supetar, 09.03.2017.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztm.hr

Novi izazovi u hemodinamici i intenzivnoj medicini – međunar. kongres s radionicama New Challenges in hemodynamics and intensive care medicine – international congress and workshops
KB Dubrava i MEF Sveučilišta u Osijeku
Zagreb, 09.-10.03.2017.
Mia Kolar, univ.bacc.oec., tel.: 01/2903-440, mob.: 097/7605-707,
e-mail: mkolar@kdb.hr
1.500,00 kn specijalisti, 600,00 kn specijalizanti, studenti medicine bez kotizacije

International Conference on Mental Health Care in the Community „Client in the Centre“
HZJZ
Zagreb, 09.-10.03.2017.
Prof.dr.sc. danijela Štimac Grbić, dr.med., tel.: 01/4863-363
e-mail: mental.health.croatia@gmail.com
760,00 kn

8. međunarodni kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Bolesnik s bolestima mokraćnog sustava – što povezuje bubreg i srce?
Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 09.-12.03.2017.
Doc.dr.sc. Jasna Vučak, tel./fax.: 023/393-533,
mob.: 098/272-787, e-mail: jasna.vuchak@zd.t-com.hr
1.800,00 kn

Novosti u NDT – 2017. Debljina i bolest bubrega
HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju HLZ-a
Zagreb, 10.03.2017.
Dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-084, e-mail: tajnik@hdndt.org

Novi izazovi u prevenciji bolesti dječje dobi: tranzicija zdravstvene skrbi
HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, Hrvatsko društvo za školsku i sveučilišnu medicinu
Šibenik, 10.-12.03.2017.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,
e-mail: ana@conventuscredo.hr
Rana kotizacija do 22.01.2017. – 1.200,00kn;
kasna kotizacija od 22.01.2017. – 1.500,00 kn;
specijalizanti 750,00 kn, lječnici mlađi od 28 god. – 750,00 kn;
umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Zagrebačka škola endokrinološke onkologije
HD za endokrinološku onkologiju
Zagreb, 13.-17.03.2017.
Jelena Marinković-Radošević, dr.med., mob.: 091/5719-712,
e-mail: jelena.marinkovic1@gmail.com

4. hrvatski kongres o hipertenziji s međ.sud.
HD za hipertenziju
Poreč, 30.03.-02.04.2017.
Ana Jelaković, dr.med., mob.: 091/3399-669,
e-mail: tajnik@hhdh.hr
1000kn do 31.12.2016.; 1200,00kn nakon 31.12.2016.; 500,00 kn
za specijalizante i medicinske sestre/tehniciare

TRAVANJ

2. Regionalna konferencija digitalne medicine – Budućnost je sada
HIT konferencija d.o.o.
Zagreb, 07.04.2017.
Mladen Kovaček, mob.: 091/4873-106,
e-mail: mladen.kovacek@hit-konferencija.hr
750,00 kn

XXIV. kongres obiteljske medicine
Hrvatska udružba obiteljske medicine
Dubrovnik, 20.-22.04.2017.
Teo Depolo, mob.: 098/244-424, e-mail: teo.depalo@du.t-com.hr
Dubrovnik PartneR d.o.o., Tilda Bogdanović, tel.: 020/448-180,
e-mail: partner@dubrovnikpr.com
1.200,00 kn + PDV

SVIBANJ

Godišnji kongres Hrvatskog društva za vaskularnu kirurgiju
HLZ, HD za vaskularnu kirurgiju
Poreč, 03.-06.05.2017.
Studio Hrg, Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-449, e-mail: kongres@studiorhg.hr
2.500,00 kn

2nd Regional DBS meeting Deep Brain stimulation: New Horizons in Neurology and Psychiatry
Referentni centar Ministarstva zdravlja za funkcionalnu i stereotaksijsku neurokirurgiju, KB Dubrava
Zagreb, 04.-06.05.2017.
Doc.dr.sc. Darko Chudy, doc.prim.dr.sc. Vladimira Vučetić, tel.: 01/2903-096, e-mail: vladimira.vuletic@gmail.com, darko.chudy@gmail.com
Do 01.03.2017. – MDS članovi 200 EUR, Non-Members 220 EUR,
Junior Participants 100 EUR, Students 50 EUR

LIPANJ

12. kongres HD za digestivnu kirurgiju s međ.sud. i 1. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije
HLZ, HD za digestivnu kirurgiju, Društvo med.sestara/tehničara digestivne kirurgije, KBC Rijeka, Klinika za kirurgiju, MEF Sveučilišta u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija Rijeka, St. Mark's hospital
Opatija, 07.-10.06.2017.
Ljubica Grbić, studio HRG, tel.: 01/6110-449,
e-mail: kongres@studiorhg.hr
2.800,00 kn

