

# LIJEČNIČKE NOVINE



## **Stambeni krediti HLK-a za liječnike**



**3,3-3,5%**

**fiksna kamata na kune  
bez dodatnih troškova**



## IMPRESSUM

### LIJEČNIČKE 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@hлк.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@hлк.hr

### IZDAVAČKI SAVJET

Miran Cvitković, dr. med. • Prim. Ante-Zvonimir 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 Franelić, 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: lijevnicke.novine@hлк.hr

### UREDNIČKI ODBOR

Tomislav Božek, dr. med. • Prof. dr. sc. Zdenko Kovač, dr. med.  
Prim. Slavko Lovasić, dr. med. • Adrian Lukenda, dr. med.  
Meri Margretner, 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 Vuger,  
dr. med. • Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med. • Ksenija Vućur, dr. med.

### UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

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

### OGLAŠAVANJE

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

### HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hлк.hr • e-mail: hлк@hлк.hr

### Pretplatnička služba

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

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

**Tisak:** Radin, Gospodarska 9, Sveta Nedelja

**Naklada:** 19.000 primjeraka

**Predano u tisak 4. travnja 2017.**

### LIJEČNIČKE 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

## KAZALO

- 5 UVODNA RIJEČ**  
Pomozi si sam pa će ti i Bog pomoći!
- 6 RAZGOVOR**  
Doc. dr. sc. Toni Tolak
- 12 TEMA BROJA**  
Hrvatska na -551
- 18 IZ KOMORE**  
Izvršni odbor • Specijalizanti uspjeli na sudu • Vodstvo posjećuje županijska povjerenstva • Vodstvo u Mostaru • Studij medicinskog prava • Liječnička tajna • Liječnička odgovornost • Obiteljski i „domski“ liječnici • Pregled aktivnosti • „Pametne“ iskaznice
- 41 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA**  
Bolovanja rastu • Izazovi u županijama • Dugovi rastu
- 50 STRUČNI SKUPOVI**  
Masna bolest jetre • Nobelovci u Dubrovniku
- 55 REAGIRANJA**  
Specijalizacija javnoga zdravstva
- 56 ZDRAVSTVENI SUSTAV**  
Specijalizacija obiteljske medicine
- 58 LIJEVI – DESNI KUT**  
Trebali država spašavati posrnuli Todorićev koncern?
- 60 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**
- 66 COCHRANE ZANIMLJIVOSTI**  
Propisivanje antibiotika u bolnici
- 71 FARMAKOTERAPIJSKI SAVJET**  
Antihistaminici
- 72 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE**
- 74 KNJIGOLIJEK**
- 76 TERMINOLOGIJA**
- 78 BIOETIKA**
- 81 UZ STOTU OBLJETNICU MEF-a**
- 84 SUVREMENA TEHNOLOGIJA I DJECA**
- 86 PRAVO I MEDICINA**
- 88 IZ POVIJESTI MEDICINE**
- 90 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE**
- 92 KAKO SPAVATI?**
- 94 HRVATSKI LIJEČNICI SPORTAŠI**
- 96 MEDICINA I UMJETNOST**
- 98 KOLEGA HITNJAK**
- 100 POLJAKOV KUTAK**
- 102 IMUNIZACIJA**
- 106 IZ „MEDICINARA“**
- 110 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

# Stambeni krediti u kunama za liječnike

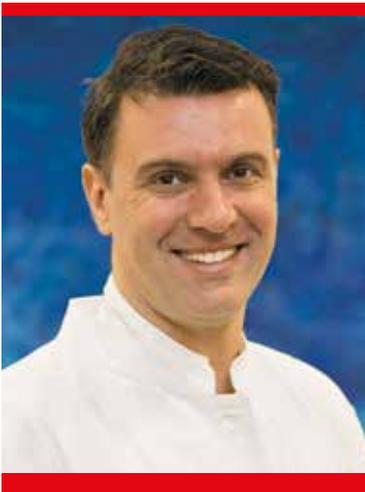


**Namjena:** kupnja, izgradnja, dogradnja, nadogradnja ili adaptacija nekretnine, kupnja građevinskog zemljišta s izgradnjom

<b>fiksna godišnja kamata do 7 godina</b>	<b>3,3%</b>
<b>fiksna godišnja kamata preko 7 do 10 godina</b>	<b>3,5%</b>
<b>promjenjiva godišnja kamata nakon fiksne</b>	<b>2,45% + 6M NRS1</b>
<b>dobno ograničenje</b>	<b>Ø</b>
<b>mogućnost refinanciranja postojećih stambenih kredita</b>	<b>✓</b>
<b>trošak procjene nekretnine</b>	<b>Ø</b>
<b>trošak solemnizacije</b>	<b>Ø</b>
<b>naknada za obradu kredita</b>	<b>Ø</b>
<b>naknada za prijevremenu otplatu kredita</b>	<b>Ø</b>
<b>mogućnost odabira termina plaćanja mjesečne obveze</b>	<b>✓</b>
<b>omjer vrijednosti zaloge nekretnine i iznosa kredita</b>	<b>1:1</b>

**Napomena:** Kreditna linija dogovorena je s PBZ-om Zagreb, više informacija na 16. stranici ovih LN-a. Sudionici u kreditu na konačni datum dospjeća kredita ne smiju biti stariji od 75 godina. UVJETI VRIJEDE ZA KLIJENTE BANKE.

# Pomozi si sam pa će ti i Bog pomoći!



DR. SC. TRPIMIR GOLUŽA  
PREDSJEDNIK HRVATSKE  
LIJEČNIČKE KOMORE

**Ugovorom o dodjeli  
30 milijuna kuna  
bespovratnih sredstava  
iz Europskog socijalnog  
fonda projektu Hrvatske  
liječničke komore  
„Kontinuirano stručno  
usavršavanje liječnika  
opće/obiteljske  
medicine“ osigurali smo  
potpuno financiranje  
četverogodišnjeg  
projekta usmjerenog  
povećanju razine znanja  
i vještina liječnika opće i  
obiteljske medicine**

*Drage kolegice i kolege,*

zamislite situaciju u kojoj kuću, u trenutku kad se u njoj nalaze svi ukućani, zahvati požar. Ukućani su budni, trijezni i prisebni. Potpuno svjesni požara i opasnosti kojoj su izloženi. Pri tome različito reaguju. Oni navikli da uvijek netko drugi rješava njihove probleme, autistični su. Ponašaju se kao da to nije njihov problem, žive u svom svijetu. Pričaju o prošlosti i kalkuliraju kako preživjeti do sljedeće plaće, hoće li platiti plin ili struju. Druge je obuzela panika. Prestrašeni za vlastiti život bježe glavom bez obzira. Požar im se čini preopasnim da bi se upustili u njegovo gašenje. Jednostavno ne vjeruju da ga je moguće ugasiti. Nemaju volje, snage, energije i želje za borbu protiv stihije. Treći ne bježe niti se ne predaju. Tražeći po kući sredstva kojima bi gasili vatru, samoorganiziraju se i kreću s gašenjem požara.

Slična je situacija u hrvatskom zdravstvu. Financijski, kadrovski, a pomalo i funkcionalni požar neodrživosti sustava već je dobrim dijelom zahvatio kuću hrvatskog zdravstva. Iako su vatrogasci već poodavno pozvani, njih nema niti na horizontu. U Banskim dvorima bave se važnijim požarima. Kanadere usmjeravaju u drugim pravcima pri čemu kući hrvatskog zdravstva otimaju i ono malo spasonosnih resursa za gašenje požara. Svjesni da će im, kao povlaštenoj kasti, biti dobro čak ako i u potpunosti izgori sustav javnog zdravstva, vatrogasci samo riječima iskazuju suosjećanje. Iz požarom zahvaćene kuće pobjegao je i bježi velik broj stanara. Oni svoju perspektivu vide u daljem susjedstvu. Kućepazitelji s Ksavera analiziraju, analiziraju i samo analiziraju... Oni čekaju da rješenje dođe samo od sebe. Iako ih dim sagorijevanja najvrjednijeg supstrata hrvatskog zdravstva već pomalo guši, oni i dalje žive u svom virtualnom svijetu. Samoorganizirani gasitelji se trude. Gase što više

mogu, ali vatra se širi... Susjedi, ignorirajući opasnost izglednog širenja požara i na njihove kuće, pasivno promatraju vatrenu stihiju. Ne pomažu već lamentiraju hoće li stići pravi vatrogasci ili ne. Oni ih čak niti ne zovu već ih čekaju da se sami od sebe pojave.

*Drage kolegice i kolege,*

kontinuiranim i predanim radom u zadnje dvije godine uspjeti smo pokrenuti stvari s mrtve točke. Usmjerali smo se na jačanje profesionalne i društvene sigurnosti i unaprjeđenje stručnosti naših članova. Nakon ugovaranja police pravne zaštite i osobne odgovornosti za sve naše članove, početkom travnja realizirali smo još dva važna projekta. S bankom partnerom ugovorili smo mogućnost povoljnog stambenog kreditiranja naših članova. Dugoročna fiksna kamatna stopa već od 3,3% za stambene kredite u kunama, bez dodatnih kreditnih troškova olakšat će život svakom zainteresiranom članu. Onima s već postojećim kreditima olakšat će njihovu otplatu, a drugima će kupovinu nekretnine učiniti dostupnijom. Ugovorom o dodjeli 30 milijuna kuna bespovratnih sredstava iz Europskog socijalnog fonda projektu Hrvatske liječničke komore „Kontinuirano stručno usavršavanje liječnika opće/obiteljske medicine“ osigurali smo potpuno financiranje četverogodišnjeg projekta usmjerenog povećanju razine znanja i vještina liječnika opće i obiteljske medicine, a time i podizanju kvalitete zdravstvene zaštite pacijenata i građana u Hrvatskoj.

Hrvatska liječnička komora sve svoje resurse usmjerava u poboljšanje položaja liječnika. Duboko svjesni da, zalažući se za primjereno pozicioniranje liječnika u hrvatskom društvu, doprinosimo očuvanju javnog zdravstvenog sustava i izravno štitimo interese svih građana, to ćemo činiti i dalje.

Razgovor s nedavno smijenjenim ravnateljem KB-a Dubrava

# Doc. dr. sc. Toni Kolak

## „Moramo se iznova boriti za svoju zemlju i postati odgovorni za ono što radimo“

Razgovarala: **DANIELA DUJMOVIĆ OJVAN**  
 daniela.dujmovic@hlk.hr

*Doc. dr. sc. Toni Kolak našao se u središtu pozornosti nakon što je smijenjen s mjesta ravnatelja zbog ugovora s jednom ESCO tvrtkom radi uštede vode u KB-u Dubrava. No, doc. Kolak nije želio otići u tišini te je upozorio javnost kako je razlog njegove smjene osobna osveta ministra prof. dr. Milana Kujundžića. Naime, kao hrvatski branitelj impresivna ratna puta i stoga osjetljiv na tu tematiku, doc. Kolak je prozvao prof. Kujundžića za neistinito prikazivanje svoje uloge u Domovinskom ratu. Aktualni ministar koji probleme u zdravstvu „rješava u tišini“, kako je izjavio na izbornoj Skupštini Hrvatskoga liječničkog zbora, u slučaju doc. Kolaka nije bio ni tih ni odmjeren, kakav je inače u javnim nastupima. No, ni naš sugovornik nije „štedio“ ministra. U njihovoj javnoj polemici pale su teške riječi s obje strane. No, povod za razgovor s doc. Kolakom, specijalistom opće i subspecijalistom abdominalne kirurgije, nije samo njegova smjena i pitanje je li bila opravdana. Zanimalo nas je i njegovo iskustvo kao ravnatelja jedne velike kliničke bolnice. Pokazao se vrlo zanimljivim sugovornikom.*

### ■ Kako ste postali ravnateljem KB-a Dubrava?

Bio sam kandidat jedne skupine ljudi iz bolnice koja nije bila politički i stranački orijentirana, a koja je htjela u bolnici nešto učiniti i promijeniti. Među njima, jedini sam bio član HDZ-a. Rekli su mi; bolje ti budi ravnatelj nego da nam opet nametnu nekoga izvana. Uz to sam imao i podršku lokalnog HDZ-a iz grada Zagreba, Dubrave i Sesveta. No, bivši ministar Dario Nakić imao je svog kandidata, a to je bio prof. dr. Silvio Bašić, moj kasniji zamjenik. Kako je i on pripadao tom timu ljudi, dogovorili smo se da ćemo ovisno o tomu tko bude izabran za ravnatelja, jedan drugome biti zamjenik. Na tajnom glasovanju Upravnog vijeća bolnice izabran sam za v.d. ravnatelja, a na natječaju za ravnatelja kao jedini kandidat.

### ■ U zadnje vrijeme sve više se govori o potrebi profesionalizacije menadžmenta koji upravljaju bolnicama jer su one u konačnici veliki poslovni subjekti. Kako ste se vi snašli na upravljačkoj poziciji jedne kliničke bolnice?

Bio sam dio tima koji je organizirao ratno zdravstvo. Imao sam iskustvo organiziranja ratnih bolnica u BIH-a te sam radio na njihovom međusobnom umrežavanju. Vjerujte mi, ako u ratnim uvjetima možete organizirati funkcioniranje zdravstvenih ustanova, onda se ni u mirnodopskom vremenu ne bojite upravljati jednom bolnicom. Mislim da liječnici ne bi smjeli biti isključeni iz upravljanja bolnicama jer je primarna zadaća zdravstvene ustanove liječenje ljudi i zbog toga bi morali imati glavnu ulogu. Bio sam ravnatelj u vrijeme kada nije bilo jasne zdravstvene strategije, govorilo se



## Doc. Kolak u promjenama ravnatelja ne vidi ništa sporno, ali smatra kako se to ne bi smjelo događati kao u njegovu slučaju, odnosno zbog nečije osobne osvete

i još uvijek se priča samo o štednji, što je krivo, bitno je racionalno poslovanje. Kao ravnatelj, pokušao sam uvesti reda u poslovanje i funkcioniranje bolnice, provoditi racionalizaciju i ukloniti sve ono što ometa umjesto unapređuje liječenje. Naravno, pri tomu sam naišao na žestok otpor određenih struktura unutar bolnice i izvan nje.

### ■ O kakvim je točno strukturama riječ?

Svi dionici hrvatskog zdravstvenog sustava znaju kako sustav funkcionira i što bi se moralo promijeniti. No, političke elite ne žele promjene i nemaju hrabrosti za bolne rezove jer se boje da će biti kažnjeni na izborima. Istodobno, određene elite fantastično posluju u tom zdravstvenom biznisu i protivnici su svih promjena. To su ljudi iz bivše države, iz starih sustava, koji su stvaranjem Hrvatske samo promijenili „kapute“ i zabetonirali se na određenim pozicijama u zdravstvenom sustavu. Neki su prešli u privatne tvrtke ili međunarodne velike kompanije te preko svojih ljudi unutar sustava isisavaju novac iz njega. I KB Dubrava se nalazi u njihovoj mreži. Imaju svoje ljude i u medicinskim i nemedicinskim djelatnostima; od službe za nabavu, financija, kadrovske poslove do službe održavanja koji se ne bore za dobrobit bol-

nice nego zastupaju njihove interese. I njih nije nimalo jednostavno zamijeniti. Naime, postoji zabrana zapošljavanja u zdravstvu i samo zapošljavanje ide jako sporo.

### ■ Rekli ste da su vam kao ravnatelju bile u mnogočemu „vezane ruke“ u pogledu uvođenja promjena u bolnici...

Da bi ravnatelj imao snage za promjene mora imati jasnu podršku vlasti, no na žalost, nakon dolaska Kujundžića ja je nisam imao. Nije mi bilo dopušteno ekipiranje Uprave. Najviše sam se bojao javne nabave. Morao sam potpisivati ugovore o javnoj nabavi o kojima praktički nisam znao ništa, a morao sam jer je bila riječ o natječajima koji su prošli sav izborni postupak i koja je netko drugi raspisao i proveo.

### ■ Na koji je način uopće moguće bolje organizirati rad i uvesti racionalnije poslovanje u bolnice koje su, izuzev par iznimaka, glavni gubitaši u zdravstvu?

Poslovanje bolnica ovisno je o zdravstvenom sustavu. Uprave bolnica trebale bi provoditi zdravstvenu politiku koju nemamo. Uprave ne određuje cijenu usluge niti limit bolnice, ali su odgovorne za financijsko poslovanje iako moraju primiti i liječiti sve pacijente, kao i slučajeve komplikacija iz manjih

bolnica i sve to za iste novce. Uspješne su samo one bolnice koje manje rade, a više fakturiraju i imaju veći limit u odnosu na broj stanovnika koje pokrivaju. Limiti nisu određeni na temelju stvarnih zdravstvenih potreba nego su produkt političkih odnosa i dogovora. Primjerice, KB Dubrava pokriva 331 tisuću stanovnika, a još joj je "privremeno" priključena gradska četvrt Peščenica s 38 tisuća stanovnika i to bez povećanja limita. Bolnica ima 120 kvadrata grijane i hladene površine, a hrvatski je prosjek 30 kvadrata. Bolnički hostelinge je skuplji za 200 kuna po krevetu u odnosu na KBC Zagreb. Sustav to ne prepoznaje. Financiranje treba prilagoditi izvršenom poslu i broju postupaka uz poštivanje kvalitete liječenja. Racionalizacija poslovanja provodi se kroz izbjegavanje nepotrebnih postupaka i boljom iskoristivošću tehnologije te smanjenjem režijskih troškova. Kao što ministar za provođenje svoje politike ima suradnike od povjerenja, tako bi trebali imati i ravnatelji bolnica. Drugi veliki problem bolnica je sustav održavanja i ugovori s velikim kompanijama koje nam servisiraju prastare uređaje, a to održavanje godišnje košta više nego sam uređaj. KB Dubrava ima kroničan problem i s enormnom potrošnjom vode, čiji su računi znali premašiti i milijun kuna mjesečno.

>>

**■ Možete li nam pojasniti način uštede vode prema tzv. ESCO modelu koji je uveden u mnogim bolnicama, dok je ugovor koji ste vi sklopili s ESCO tvrtkom rezultirao vašom smjenom?**

U svom programu za ravnatelja naveo sam kako riješiti određene probleme u bolnici kao što su veliki računi za energente, uključujući i visoke troškove potrošnje vode. U programu sam naveo da su uštede moguće u suradnji s ESCO tvrtkama. To su tvrtke koje su prema tom tzv. ESCO modelu u niz zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj osigurale velike uštede vode. Na našu mjesečnu potrošnju vode u iznosu od milijun kuna i više, tvrtka nam garantira da će potrošnju smanjiti za 50 posto, u našem slučaju to je 500 tisuća kuna mjesečno. Od te uštede, pola novca ide tvrtki, pola ostaje bolnici, s tim da je tvrtka dužna održavati vodoopskrbni sustav što godišnje iznosi dodatnih jedan do dva milijuna kuna. Tvrtka s kojom sam sklopio ugovor se obvezala da će ukoliko ne postignu uštedu od 50 posto, sami plaćati razliku do ugovorene uštede. Važno je naglasiti da bolnica ne investira ništa, za takav ugovor nisu potrebna sredstva iz državnog proračuna, taj ugovor bolnici i državu koštaju nula kuna!

**■ Pravo je pitanje zašto se prije nije ništa poduzelo kako bi se spriječila enormna potrošnja vode u vašoj bolnici?**

Taj sustav se nije održavao 30 godina. U sklopu Vladina programa i plana energetske učinkovitosti te u Zakonu o učinkovitom korištenju energije u neposrednoj potrošnji, navode se ESCO modeli kao načini energetske uštede i Dubrava je još 2008. mogla sklopiti takav ugovor, kao što su sklopile mnoge druge bolnice. Zašto to nije napravljeno, nisam uspio saznati. Tražio sam zapisnike sa sjednica prijašnjih upravnih vijeća da vidim kako su ona prije funkcionirala i što se radilo, no zapisnici od 2004. do 2012. godine su jednostavno nestali.

**■ To su zapisnici iz razdoblja dok je ministar Kujundžić bio ravnatelj? Pa kakvo je obrazloženje njihova nestanka?**

Rečeno mi je da su ti zapisnici stradali u poplavi radi puknuća cijevi.

**Jamčim da bih do kraja mandata bolnicu doveo u pozitivno poslovanje. Za početak, ne bismo više nabavljali stvari koje nam ne trebaju te bih pokušao stati na kraj bespotrebnom naplaćivanju**

**■ Kako to da ste sklopiti ugovor o uštedi vode s tvrtkom s kojom je natječaj bio poništen 2014. godine te je cijeli slučaj završio na Upravnom sudu?**

Imali smo jednu veliku havariju s vodom zbog čega je taj mjesec račun za vodu iznosio rekordnih milijun i 700 tisuća kuna. Na sanaciju havarije potrošili smo dodatnih 200 tisuća kuna. Tražio sam rješenje, a onda sam preko voditelja održavanja došao u kontakt s tvrtkom čiji su mi predstavnici rekli da su se već javili na natječaj za uštedu vode u bolnici te da su oni bili jedini ponuđači, no da je ta-

dašnji sanacijski upravitelj poništio taj natječaj. Iz kojih razloga nije poznato. Tvrtka se žalila na tu odluku Državnoj komisiji za kontrolu postupaka javne nabave koja je poništila poništenje natječaja i naložila da se natječajni postupak nastavi. Sanacijski upravitelj nakon te odluke Državne komisije pokreće spor na Upravnom sudu. No, Upravni sud ne utječe na odluku Državne komisije da se natječaj mora završiti. Tvrtka prijeti tužbom. Da bi provjerio zbog čega je nastao spor, kontaktirao sam državnu Agenciju za pravni promet i posredovanje nekretninama (APN) gdje su mi objasnili da je ugovor s ESCO tvrtkom potpuno u redu i da ga treba sklopiti jer donosi željene uštede. Provjerio sam postoje li kakve pravne zapreke sklopanju ugovora i u pravnoj službi bolnice su me uvjerali da ih nema, dakle, imao sam i pravno čistu situaciju. Za energetske uštede nije potrebna nikakva suglasnost, pa tako niti ministra, no ja sam ipak obavijestio Upravno vijeće o sporu koji postoji s tom tvrtkom kao i da smo prema zakonu dužni nastaviti natječajni postupak. Upravno vijeće s tim se složilo nakon čega je naprasno smijenjeno.

**■ Koliko je na kraju vrijedan taj ugovor, u javnosti se spominju različiti iznosi?**

Nula kuna. Ponavljam, bolnica ništa ne investira, samo dobiva tim ugovorom. Prema procjeni, uštedjet ćemo na računima za vodu oko 75 milijuna kuna za 15 godina na koliko je ugovor sklopljen.

**■ Ugovor o održavanju vodovodnog sustava bolnice je 15 godina, što nakon toga?**

Tvrtka je dužna sustav ostaviti u ispravnom stanju, a u interesu im je ugraditi najbolju opremu kako bi imali što manje kvarova i gubitaka. Dakle, niti nakon 15 godina sustav ne bi smio trošiti više vode nego što je dogovorena ušteda.

**■ Ministar je izjavio kako KB Dubrava ima spreman projekt za sve uštede koje se odnose na energetske učinkovitost te toplu i hladnu vodu iz bespovratnih sredstava EU fondova u iznosu od 220 milijuna kuna. Jeste li vi znali za to?**

Prijedlog energetske obnove bolnice radio je Energetski institut Hrvoje Požar. Predviđeni troškovi energetske obnove iznosili bi oko 200 milijuna kuna. Iz programa energetske obnove koje dijelom financira EU (oko 40%), a ostatak hrvatska Vlada ili ESCO tvrtke, izuzet je 2011. program uštede vode, koji je također radio isti Institut. Prijedlog energetske obnove bolnice nije ušao u program financiranja. Novi natječaj bit će u svibnju ove godine, a djelatnici APN-a obećali su pomoć oko aplikacije za natječaj. Napominjem da je i ovaj projekt zamišljen po ESCO modelu. Ministar je osam godina bio ravnatelj, no uštede ga nisu zanimale.

**■ Ministar tvrdi kako se kitite „tuđim perjem“ kada navodite da ste smanjili minus bolnice za čak 30 milijuna kuna u godinu dana te da je to zasluga vašeg prethodnika.**

Došao sam na čelo KB-a Dubrava 4. svibnja 2016. godine. Dočekalo me puno nesređenih stvari; bolnica nije imala ugovor s IT tvrtkom koja je uredno servisirala informatički sustav i slala fakture, a bolnica ih je uredno vraćala (dug oko 2 milijuna kuna). Uobičajen je bio tzv. revers (potrošni materijal se ugrađuje ali se ne fakturira odmah nego u zadnjem kvartalu) te je vrijednost utrošenog, ali nefakturiranog materijala iznosila oko 4 milijuna kuna. Bolnica je 18 mjeseci ra-



## Osoblje bolnice i osobno je došlo dati podršku doc. Kolaku na novinarskoj konferenciji koju je povodom svoje smjene održao u KB-a Dubrava

dila bez dozvole s ionizacijskim zračenjem. U financijskom izvješću se jasno vidi kako je završila 2015. godina, a riječ je o minusu od 62,6 milijuna kuna, dok je 2016. završila s minusom od 32 milijuna kuna, iako smo morali isplatiti božićnicu i regres u iznosu od 6 milijuna kuna te povećati plaće prema kolektivnom ugovoru, što je dodatnih 2 milijuna kuna. Ako je smanjenje gubitka bolnice zasluga sanacijskog upravitelja onda su i sve pozitivne promjene i porast BNP-a zasluga SDP-ove vlade!? Nisam više siguran kojoj stranci pripada gospodin ministar, posebice nakon vraćanja starih struktura u bolnicu.

### ■ Kako ste uspjeli smanjiti minus za 30 milijuna u tako kratkom roku?

Mislim da je bolje pitanje kako je sanacijski upravitelj napravio minus od 62 milijuna kuna i na što je potrošeno 30 milijuna kuna više, iako nije bilo investicija. Mi smo više radili i učinili 36 tisuća postupaka više. Bolje smo fakturirali, pokušali racionalizirati troškove te smo pod kontrolu stavili prekovremene sate. Inzistirao sam na uvođenju reda te tražio od voditelja da racionaliziraju potrošnju na odjelima. Za svako prekoračenje limita, tražio sam pismeno očitavanje. Smanjio sam vrlo skupe procedure poput TAVI-ja, koje su inovativne i potrebne ali

ih HZZO ne priznaje kao trošak. Uveo sam kontrolu odobranja posebno skupih lijekova, zatražio popisivanje zaliha te našao potrošnog materijala u vrijednosti 15 milijuna kuna. Od toga su bili lijekovi u vrijednosti od 10 milijuna kuna koji nisu bili u funkciji, a među njima i tzv. posebno skupi lijekovi. Kako se to više ne bi događalo, tražio sam od jedne informatičke tvrtke da mi od bolnice napravi dućan.

### ■ Kako to mislite?

To znači da sva roba koja ulazi u bolnicu ima barkod kako bi se evidentirao njezin ulazak i pratila potrošnja. Time se izbjegava stvaranje zaliha, jer se ne naručuje roba koju imamo u evidenciji i koja nije potrošena.

### ■ Znači nije tako teško dovesti bolnice do pozitivnog poslovanja kao što se čini, posebice nakon objave podatka o pola milijarde kuna minusa na računu sedam državnih bolnica na kraju 2016.?

Nije ni lako. No, garantiram da bih do kraja mandata bolnicu doveo u pozitivno poslovanje. Pokušao bih stati i na kraj bespotrebno održavanju prastarih uređaja, odnosno naplaćivanju, jer vi nikad stvarno ne znate je li nešto uistinu pokvareno ili je namješteno. Inzistirao sam kao ravnatelj na

novom sustavu osiguranja u kojem bi svaka šteta bila pokrivena. Naime, moji su prethodnici u pet godina uspjeli naplatiti od osiguranja samo 200 tisuća kuna. Ukratko, logistički sustav u bolnici niti u jednom segmentu nije funkcionirao kako treba.

### ■ Dr. Marko Rudnički nije nimalo pretjerao kad je u intervjuu za Liječničke novine rekao da nigdje novac tako nekontrolirano ne curi na sve strane kao u hrvatskim bolnicama?

Rekao je istinu. Primjerice, dobijem račun za popravak mjenjača starog vozila za prijevoz organa za transplantaciju u iznosu od 37 tisuća kuna. Tražim objašnjenje tako visokog iznosa i uvjeravaju me da su cijene takve i da nema druge mogućnosti. Za mjesec dana dobijem račun za isto vozilo i opet za popravak mjenjača, ovaj put u iznosu od 17 tisuća kuna. Obrazloženo mi je kako se naknadno pokvario zamašnjak što je iznova uzrokovalo kvar na mjenjaču. Tada sam naložio da se mehaničaru poruči kako će mu biti pozvana financijska inspekcija. Da bude jasno, nije moja veličina u tome da sam napravio neku revoluciju u bolnici nego je tajna uspjeha u odličnom timu i Upravnom vijeću koje je stajalo iza mene i pomagalo

&gt;&gt;

mi u vođenju bolnice. U određenim nejasnoćama konzultirao sam i stručnjake izvan bolnice. Planirao sam, ali nisam uspio do kraja realizirati, uvesti financijsku odgovornost svakog voditelja odjela, da vodi računa o troškovima i uštedama kako bi na kraju krajeva i sam mogao imati veću plaću. Pokušao sam uvesti odgovornost svih liječnika, svog medicinskog osoblja i djelatnika bolnice. Velika stavka u potrošnji bolnice su posebno skupi lijekovi. Iako postoje bolnička povjerenstva za propisivanje tih lijekova, vi ih morate kontrolirati, jer propisivanju nema kraja.

#### ■ Zar nema kriterija u propisivanju posebno skupih lijekova?

Pitanje je mogućnosti znanstvenog napredovanja i znanstvenih radova. Kada imate novi lijek i mjerite njegovo djelovanje, svi žele objaviti vaše rezultate u eminentnim časopisima, a time raste i autoritet liječnika. Nadalje, u bolnicu u kojoj se propisuju ti lijekovi nagrmu pacijenti iz drugih regija - što je njihovo pravo - ali to ne možemo financirati iz limita. Dakle, pokušao sam uvesti kontrolu nad nabavom posebno skupih lijekova, što će u budućnosti biti sve veći problem i država će ga morati riješiti na nacionalnoj razini. Trebalo bi osnovati nezavisno državno povjerenstvo, ali uistinu nezavisno, koji će razmotriti slučaj svakog pacijenta i ocijeniti koliko je opravdano propisati takav lijek.

#### ■ Kakva su vaša iskustva kao ravnatelja, ima li istine u ministrovim riječima kako polovica liječnika ne zna i ne žele raditi, odnosno da ne zaslužuju svoju plaću?

Nema. Ta izjava sramoti sve liječnike. Nas su odgajali naši profesori. Čudim se kako je sveučilišni profesor Kujundžić odgojio liječnike i neradnike. U mojoj bolnici velika većina liječnika je ambiciozna i želi raditi. Kod nas na kirurgiji postoji pozitivna kompeticija, svi traže svoju priliku, svi žele operirati, učiti...

#### ■ Prati li se rad liječnika; koliko obradi pacijenata, napravi operacija...

Prati, za svakog liječnika se može utvrditi broj postupaka. Imamo bolesnih liječnika i liječnika pred mirovinom. Ne mogu čovjeka koji ima 65 godina i kirurg je tjerati da radi istim intenzitetom kao drugi, jasno je da ima manje operacija i to je normalno i prirodno. U nekim sredinama, kao u Slavoniji gdje ima previše bolnica, a sve manje sta-

novnika, na nekim odjelima jednostavno nema dovoljno posla. Na kirurgiji je i mjerenje posla krivo, jer se prati samo operater, ali ne i onaj tko asistira pri operaciji. Naravno da postoji poneki liječnik koji je zalutao u struku, ali generalno se puno radi. Isto tako, mladi liječnik ne može imati jednak broj pacijenata kao i liječnik s određenim ugledom. Ministar koji je u sustavu toliko dugo nema pravo reći da jedan dio njegovih kolega ne zna ništa jer je i njegova zadaća kao iskusnog liječnika bila da prenese svoje znanje, to je dužnost svih nas, da educiramo svoje nasljednike. Ministar nikoga u bolnici nije naučio raditi ERCP, nego uvijek imamo nove ljude koji tek uče, tako da i on mora dolaziti raditi.

#### ■ Da imate mogućnost odlučivanja na koji način biste pokušali riješiti nagomilane probleme u zdravstvu?

Prvo bih za ministra stavio ozbiljnu i odgovornu osobu. Imamo četiri i pol milijuna stanovnika. Postoji matematički model kojim se može napraviti projekcija koliko ćemo imati kojih bolesti i posljedično tomu broj potrebnih postupaka godišnje. Neophodna je informatička povezanost svih zdravstvenih ustanova, jer ona daje jasnu sliku sustava i smanjuje nepotrebne troškove. Moramo smanjiti broj bolnica, a to ne znači da ih treba ukinuti, nego ih treba prilagoditi potrebama i mogućnostima lokalnih zajednica. Uistinu nema smisla da se određene operacije i postupci vrše u svakoj bolnici. Zahtjevni postupci trebaju se raditi samo u sveučilišnim bolnicama, jer onaj liječnik tko više radi i ima više iskustva ima i manje komplikacija, a komplikacije znače trošak. Visokodiferentni postupci poput transplantacije organa trebaju se raditi u samo dva centra. Hrvatska nije ono što se vidi sa Zagrebačke gore. Treba jačati sveučilišne bolničke centre i medicinske fakultete u Splitu, Rijeci i Osijeku. Stvaranje tzv. nulte bolnice KBC Zagreb, nauštrb provincije i drugih zagrebačkih bolnica, uništavanje je Hrvatske. Zato nam i nedostaje kadra u manjim sredinama, jer dobri liječnici odlaze u Zagreb, a za njima i pučanstvo. Zdravstveni odgoj građana treba početi od malena, već u vrtiću. Svi moraju biti upoznati s posljedicama rizičnog i neodgovornog ponašanja prema svom zdravlju. Skupe pretrage treba pravilno indicirati, a ne da nam 93 posto nalaza magnetske rezonance kralježnice bude uredan. Mora se jačati primarna zdravstvena zaštita i preventiva. U našem je zdravstvu sve fiktivno, nitko ne želi odrediti stvarnu cijenu naših usluga i našeg rada jer onda više ne bi bilo prostora za manipulacije. Objasnio sam vam kako se može obračunati endoskopska operacija žuči; možete je naplatiti sedam, a možete i 14 tisuća kuna.

#### ■ Prikazuju li bolnice kako bi dobile više novca od HZZO-a skuplje postupke? Je li to praksa?

Da. Radimo ispod ekonomske cijene. U zdravstvu ništa ne počiva na realnim odnosima i to je razlog zašto se tako radi. Fakturiranje je zapravo igra između HZZO-a i bolnica; tko će koga više slagati.

#### ■ Od kada se poznajete s ministrom Kujundžićem ?

Još dok smo radili u Svetom Duhu. Pomogao sam mu da postane šef gastroenterologije u KB-u Dubrava.

#### ■ Kojim povodom ste izjavili da je ministar lažni branitelj?

Udruga hrvatskih liječnika dragovoljaca Domovinskog rata dodijelila mu je plaketu u Vukovaru za zasluge u Domovinskom ratu.

**Političke elite ne žele promjene i nemaju hrabrosti za bolne rezove jer se boje da će biti kažnjeni na izborima. Istodobno, određene elite fantastično posluju u tom zdravstvenom biznisu i protivnici su svih promjena**

**U našem je zdravstvu sve fiktivno, nitko ne želi odrediti stvarnu cijenu naših usluga i našega rada, jer onda više ne bi bilo mogućnosti za manipulacije**

Tada sam izjavio da nije u redu da se priznanja za doprinos u ratu daju ljudima koji u njemu nisu sudjelovali. Ministar ima 268 dana borbenog sektora, a ja koji sam prošao sva ratišta u pet godina nemam niti jedan jedini borbeni dan. I ne treba mi. No, važno je znati da se borbeni sektor u financijskom smislu kroz dionice braniteljskih fondova isplaćuju u omjeru tri prema jedan u odnosu na neborbeni sektor.

■ **To je popriličan broj borbenih dana, zna li se na kojim je ratištima ministar bio?**

Nije bio na nikakvim ratištima. Osobno mogu garantirati za jedan njegov dan u ratu, kada nas je obišao na Pakračkom ratištu, negdje u siječnju 1992. godine. I nije uopće sporno što je ministar veći dio rata boravio u inozemstvu, jer to je stvar osobnog izbora i nisu svi ljudi niti jednako hrabri niti se žele žrtvovati za opću stvar. I to ne osuđujem. Sporno je ministrovu lažno predstavljanje. Naime, jako je važno da su ljudi koji su u politici i koji vode ovu državu dosljedni i vjerodostojni. Na to sam upozorio i tu je nastao prijepor između mene i prof. Kujundžića koji je, čim je postao ministar, odmah najavio da će me smijeniti kao i neke moje kolege. Pokušavao sam prvo preko naših zajedničkih prijatelja, a zatim kroz stranačke strukture razgovarati s njim i uspostaviti suradnju jer je tako bolje za bolnicu, no do toga nije došlo i ishod je moja nasilna i nezakonita smjena.

■ **Povod za vašu smjenu je anonimna prijava?**

Pokušao sam uvesti reda u bolnicu i strukture unutar bolnice, koje su se iz interesa tomu opirale te pisale protiv mene anonimne prijave. Te prijave ne obvezuju ministra na djelovanje, s tim se treba baviti Državno odvjetništvo. Znakovito je da su od imenovanja Kujundžića ministrom počele svakodnevne inspekcije u bolnici, anonimne prijave, prekršajne prijave, i sve protiv ravnatelja. Primjerice, netko puši u bolnici, pa se onda prijavi ravnatelj i sl.

■ **Koji je vaš sljedeći korak?**

Smijenjen sam na potpuno nezakonit način, na temelju anonimne prijave bez poštivanja procedure Upravnog vijeća. Da bi smijenilo ravnatelja, Upravno vijeće mora



**Doc. Kolak iznosi predstavnicima medijima detalje svoje smjene**

dobiti materijale o krimenu tri dana prije sjednice te staviti na dnevni red točku o smjeni ravnatelja. No, u mom slučaju tek su na sjednici članovi Upravnog vijeća dobili u ruke anonimnu prijavu, nakon čega sam dobio rok od 24 sata da se na nju očitujem. Nakon mog očitovanja, tri članice Upravnog vijeća koje je ministar postavio na mjesto smijenjenih članova, izašle su iz prostorije te donijele odluku o mom razrješenju, ignorirajući ostala dva člana Upravnog vijeća. Dobio sam odluku o razrješenju bez prava na žalbu i pouke o pravnom lijeku. Idem u pravnu bitku koju ću sigurno dobiti jer nije poštovana procedura za moju smjenu iz čega se jasno vidi da je sve rađeno na brzinu, *ad hoc*, samo da me se smjeni. Da se željela saznati prava istina, odnosno je li uistinu nešto sporno u ugovoru s ESCO tvrtkom koji sam potpisao, moglo se napraviti vještačenje da se utvrdi je li ugovor štetan ili koristan za bolnicu.

■ **Na novinarskoj konferenciji koju ste organizirali u KB-u Dubrava došlo vas je podržati dosta kolega, liječnika.**

Morate shvatiti da je pozicija ministra jako važna i moćna. Ljudi se boje ali su došli jer znaju da sam čovjek koji je htio uvesti promjene nabolje. Moj cilj je bio osuvremeniti i legalizirati tu bolnicu, a ne da mi primjerice, koronarna intenzivna ne postoji na papiru, a odrađuju strahovit posao. Bez obzira što sam bio ravnatelj, običan sam doktor koji se našao u poziciji da se bori protiv vlasti, zbog čega trpim silne pritiske. Posao ravnatelja je težak, 20-satni posao u kojem ulazite u sukob s kolegama da bi osigurali funkcioniranje bolnice, a to uključuje rezanje troškova i

**Fakturiranje je zapravo igra između HZZO-a i bolnica, tko će kome više lagati**

ograničavanje da primjerice kirurzi ne operiraju previše i sl. Pokušao sam promijeniti nešto u sustavu koji se nije mijenjao zadnjih 30 godina i u kojem se nagomilavaju problemi. Vrijeme je da se počnu rješavati. Vrijeme je da dođu novi ljudi s novim idejama. U promjenama ravnatelja ne vidim ništa loše, ali to se ne bi smjelo događati kao u mom slučaju, na silu, bez osnove i zbog nečije osobne osvete.

■ **Kako se osobno nosite s cijelom situacijom?**

Ovu situaciju ne doživljam kao svoj poraz. Moja je pobjeda što sam dobio priliku ukazati na stvari koje nisu dobre. Za sebe ne tražim ništa. Moramo se ponovno početi boriti za svoju zemlju i to na način da postanemo odgovorni za ono što radimo. U zdravstvu ima velikih prostora za uštedu i štednja se ne može svesti i ograničiti samo na plaće liječnika i ljudi koji rade u zdravstvenom sustavu. Žao mi je što stvarni ravnatelj bolnice, bolnička „Pikova dama“ i ministrova prijateljica nastoje srušiti sve što smo napravili i pokrenuli. Nastojat će poništiti i projekt financiranja dnevnih bolnica vrijedan 50 milijuna kuna koji se financira iz EU fondova i koji je prošao sve instance u Ministarstvu zdravstva, kako bi novce usmjerili na nešto drugo.

# HRVATSKA

## Od ulaska Hrvatske u EU 1. srp

### **1301** liječniku HLK izdala potvrdu za odlazak na rad u inozemstvo

#### **MINIMALNA NEZAPOSLENOST LIJEČNIKA**

Na dan 29.ožujka 2017.godine u Hrvatskoj je bilo 227.543 nezaposlenih osoba, od toga svega 14 doktora medicine s položenim državnim ispitom i odobrenjem za samostalni rad. Udio doktora medicine među nezaposlenima iznosi 0,006%.

#### **HRVATSKOJ NEDOSTAJE VIŠE TISUĆA LIJEČNIKA**

Ovisno o izvoru Hrvatskoj u odnosu na europski prosjek nedostaje između 2 i 4 tisuće liječnika. Prema podacima EUROSTAT-a za 2014. god. prosjek Europe je 3,4 liječnika specijalista na 1000 stanovnika. Hrvatska ima 2,9 liječnika specijalista na 1000 stanovnika, što znači da nam nedostaje 2125 liječnika specijalista da bismo dosegli europski prosjek. Prema kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO 2011.god) Hrvatskoj da bi dosegla prosjek Europske Unije od 330 liječnika na 100.000 stanovnika nedostaje 4.300 liječnika. Sa stopom od 226 liječnika na 100 tisuća stanovnika od Hrvatske su u Europi lošiji samo Albanija, Bosna i Hercegovina i Crna Gora.

#### **750 LIJEČNIKA U NISKOM STARTU ZA ODLAZAK IZ HRVATSKE**

Iz Hrvatske je na rad u inozemstvo, od 1.srpnja 2013.godine, otišao i nije se vratio 551 liječnik, a svu potrebnu dokumentaciju za odlazak je prikupilo još 750 liječnika. 42% liječnika koji su iskazali namjeru za odlazak na rad u inozemstvo, tu je namjeru i realiziralo.

# A NA - 551

## onja 2013. do 29. ožujka 2017.:

### 551 liječnik napustio Hrvatsku i otišao raditi u inozemstvo

#### HRVATSKA KAO INKUBATOR ZA RAZVIJENU EUROPU

U inozemstvu trenutno radi 806 liječnika koji su završili neki od hrvatskih medicinskih fakulteta te su u većoj ili manjoj mjeri stručno stasali u Hrvatskoj.

#### ŽENE VJERNIJE SUSTAVU

Iako u zdravstvenom sustavu što se tiče liječnika vlada dvotrećinska većina žena, sustav je napustilo više liječnika no liječnica.

#### MLAĐI ODLAZE, STARIJI OSTAJU

Prosječna životna dob liječnika koji su napustili sustav je 39 godina, a prosječna dob liječnika u sustavu je 51 godina. Velika većina liječnika, 83% liječnika koji su napustili zdravstveni sustav u dobi su između 25 i 48 godina. Čak 271 kolega koji je otišao iz Hrvatske mlađi je od 37 godina.

Spol	%
Žene	47
Muškarci	53

Prosjek godina
39

Godišta liječnika	broj
1956-1959	15
1960-1969	75
1970-1979	190
1980-1989	253
1990-1992	18

Djelatnosti	broja liječnika	%
Bolnički sustav	289	53
PZZ	180	32
Ostali (fakulteti,...)	82	15

&gt;&gt;

# Iz Hrvatske otišao 551 liječnik, još 750 liječnika spremno za odlazak

## Odlasci prema zadnjem poslodavcu:

Poslodavac	broj
Klinički bolnički centar	129
HZZHM	78
Dom zdravlja	73
Opća bolnica	72
Klinička bolnica	47
Ostalo	31
Koncesionar	26
Poliklinika	14
Trgovačko društvo	14
Županijska bolnica	12
Psihijatrijska bolnica	12
Specijalna bolnica	11
Fakultet	7
Zatvorska bolnica	6
Farmacija	5
HZJZ	5
Zavod	4
Grupna praksa	3
Privatna bolnica	1
HZZO	1

## „ROBOVLASNIČKI“ UGOVORI ZA SPECIJALIZACIJU TJERAJU MLADE

Zamjetan je porast trenda napuštanja sustava liječnika bez specijalizacije. Suspenzija „Nakićevog“ Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine dovela je do porasta zahtjeva za Eu potvrdom koja omogućava odlazak na rad izvan Hrvatske.

## DISKRIMINACIJA = ODLAZAK

Iako u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dominantnu skupinu liječnika čine liječnici u koncesij, kojih ima više no dvostruko više no liječnika zaposlenika domova zdravlja (omjer 70% vrs. 30%), iz Hrvatske je na rad u inozemstvo otišlo gotovo trostruko više liječnika zaposlenika domova zdravlja no liječnika koncesionara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (73 vrs. 26)

## NIMA SPLITA DO SPLITA!

U usporedbi s ostalim regionalnim središtima, Zagrebom, Rijekom i Osijekom, liječnici iz Splita odnosno Splitsko-dalmatinske županije najteže se odlučuju za odlazak u inozemstvo. „Splićani“ trostruko rijede napuštaju Hrvatsku i odlaze na rad u inozemstvo no što to čine „Zagrepcani“, „Riječani“ i „Osječani“ odnosno liječnici zaposleni u pripadajućim županijama.

# Hrvatskoj **nedostaje** **2000-4000** liječnika da bi dosegla EU prosjek

## Odlasci prema specijalizacijama:

Specijalizacija	broj
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivno liječenje	49
Psijhijatrija	35
Opća kirurgija	25
Radiologija	24
Interna medicina	23
Ginekologija i opstetricija	21
Neurologija	15
Oftalmologija	15
Pedijatrija	15
Otorinolaringologija	10
Kardiologija	9
Ortopedija	8
Patološka anatomija	(+) 7
Urologija	7
Obiteljska medicina	6
Dječja kirurgija	5
Nefrologija	5
Infektologija	4
Dermatologija i venerologija	4
Fizikalna medicina i rehabilitacija	4
Hitna medicina	4
Gastroenterologija	4
Neurokirurgija	4

## Odlasci po županijama:

Županija	broj
Grad Zagreb	209
Primorsko-goranska	64
Osječko-baranjska	39
Istarska	25
Zadarska	23
Splitsko-dalmatinska	21
Sisačko-moslavačka	18
Brodsko-posavska	17
Bjelovarsko-bilogorska	16
Zagrebačka	16
Koprivničko-križevačka	17
Varaždinska	15
Dubrovačko-neretvanska	12
Vukovarsko-srijemska	11
Karlovačka	11
Krapinsko-zagorska	8
Šibensko-kninska	7
Ličko-senjska	7
Međimurska	6
Virovitičko-podravska	5
Požeško-slavonska	4

**50 %** otišlih liječnika mlađe je od 37 godina!!!!

# PRIVREDNA BANKA ZAGREB

## BANKA PARTNER HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

### Od travnja ove godine naša nova banka partner je Privredna banka Zagreb.

Članovima Hrvatske liječničke komore Privredna banka Zagreb nudi:

- atraktivnu paletu proizvoda i usluga po izuzetno povoljnim uvjetima
- *magnifica* uslugu – Banka Vam osigurava menadžera koji je predano usmjeren na ostvarivanje Vaših financijskih ciljeva. Vaši menadžeri biti će Vam dostupni u *magnifica* zonama u poslovnica u kojima je osigurana diskrecija i to u većini gradova u RH.

Kako i gdje doći do *magnifica* usluge i detaljne informacije o ponudi?

*PBZ ima najrasprostranjeniju mrežu u Hrvatskoj od 195 poslovnica i ispostava.*



Popis poslovnica na [www.pbz.hr](http://www.pbz.hr)

### Iz ponude izdvajamo:

#### Stambeni krediti za liječnike

- kamatna stopa u HRK fiksno do 7 god. već od 3,3%

#### American Express Gold kartica



- bez upisnine i članarine za prvu godinu

Ponuda vrijedi do 31.12.17.

Kako bi Vam olakšali pronalaženje Vašeg menadžera i Vaše poslovnice, PBZ Vam je osigurao *magnifica* tim koji će Vam dati najvažnije detalje ponude i sugerirati Vam optimalnu lokaciju prema Vašim preferencijama:

### *magnifica* tim:

**Petar Latinac**  
Tel. 01/ 63 62608  
[Petar.latinac@pbz.hr](mailto:Petar.latinac@pbz.hr)

**Marina Krsnik**  
Tel. 01/ 63 64280  
[Marina.Krsnik@pbz.hr](mailto:Marina.Krsnik@pbz.hr)

**Ana Bilanović**  
Tel. 021/ 42 1129  
[Ana.Bilanovic@pbz.hr](mailto:Ana.Bilanovic@pbz.hr)

**Jasna Turalija**  
Tel. 01/ 63 62640  
[Jasna.Turalija@pbz.hr](mailto:Jasna.Turalija@pbz.hr)

**Diana Fućak**  
Tel. 051/75 1191  
[Diana.Fucak@pbz.hr](mailto:Diana.Fucak@pbz.hr)

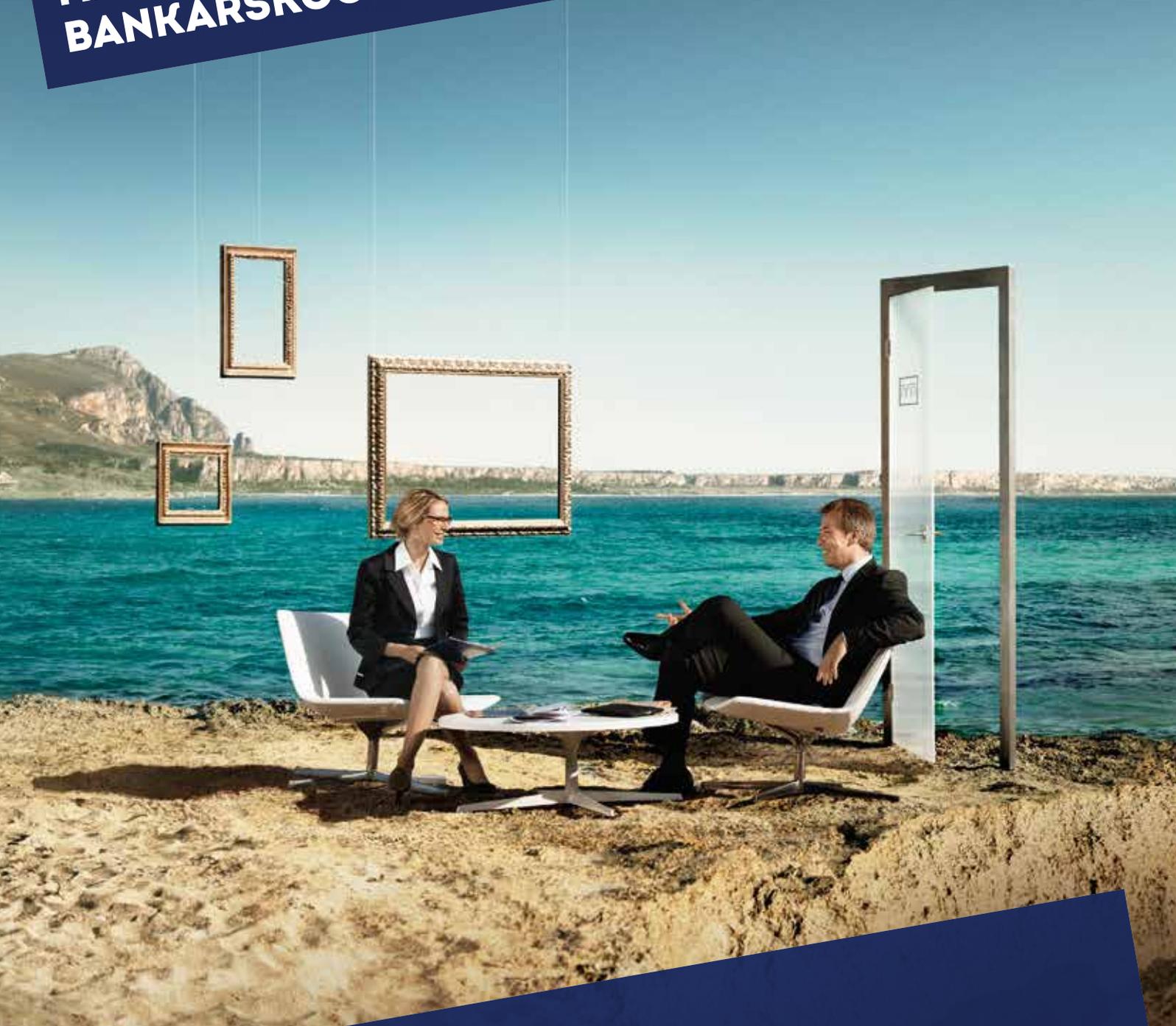
**Duje Reić**  
Tel. 021/ 42 1313  
[Duje.Reic@pbz.hr](mailto:Duje.Reic@pbz.hr)

**Dunja Krenus Zdelar**  
Tel 031/ 43 1073  
[Dunja.Krenus-Zdelar@pbz.hr](mailto:Dunja.Krenus-Zdelar@pbz.hr)

Pozivamo Vas da zakoračite u svijet *magnifica* bankarstva i iskoristite brojne pogodnosti.

Uštedite vrijeme, zakažite termin sastanka i uputite se u *magnifica* zonu gdje će, u ugodnom ozračju, Vaši zahtjevi biti tretirani s posebnom pažnjom i prioritetom.

# MAGNIFICA - NOVA DIMENZIJA BANKARSKOG POSLOVANJA.



Posebna ponuda za članove Hrvatske liječničke komore.

SVIJET MOGUĆEG.

*magnifica*



PRIVREDNA BANKA ZAGREB

## 19. i 20. SJEDNICA IZVRŠNOG ODBORA HLK-a

# Rezultati obilaska županijskih povjerenstava; Unaprjeđenje interne pravne regulative Komore

Mr. sc. ANTE KLARIĆ, dipl. iur.,  
voditelj Službe stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova HLK-a

## 19. sjednica Izvršnog odbora

Predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža podnio je na 19. sjednici Izvršnog odbora održanoj 16. veljače izvješće o aktivnostima Komore nakon 18. sjednice Izvršnog odbora. Članovi Izvršnog odbora raspravljali su, među ostalim, o potrebi sustavnog i kontinuiranog informiranja javnosti i članstva o radu Komore. Tom prilikom utvrđen je raspored daljnjih obilazaka županijskih povjerenstava s ciljem neposrednog predstavljanja rezultata rada i predstojećih Komorinih aktivnosti svim zainteresiranim članovima.

Odlučeno je da će Komora aktivno sudjelovati i podržati projekt *Dan narcisa* posvećen borbi protiv raka dojke. Izvršni odbor je jednoglasno prihvatio održavanje projekta *Tjedan privatne inicijative u zdravstvenom sustavu*, kojemu je cilj aktivno zaštititi interese privatnika u zdravstvu, kao i prikazati korisnost i potrebu postojanja i razvijanja privatne prakse u zdravstvu.

Članovi su prihvatili stav o potrebi integracije ažuriranih listi lijekova i ortopedskih pomagala u sve informatičke programe bolničkih zdravstvenih ustanova (tzv. Bis) kao i stav o prekršajnim postupcima protiv liječnika u slučajevima prekovremenog rada. Zaključeno je da se ovi stavovi javno objave te da se nadležnim tijelima upute konkretni zahtjevi za rješavanjem.

Na sjednici je prihvaćen i prijedlog radne skupine u sastavu dr. Ivan Bekavac, dr. Ivan Raguž i dr. Eva Jendriš Škrliak da se od Ministarstva zdravstva zatraži jasan stav i preporuku o konačnom rješavanju (ne)usklađenosti javne ovlasti utvrđivanja cijena rada privatnih liječnika, cijene liječničkih usluga privatnih liječnika s pravnom stečevinom i zakonodavstvom EU-a.

S obzirom na to da je objavljen poziv za korištenje bespovratnih financijskih sredstava EU-fondova za projekt *Promocija zdravlja i prevencija bolesti - I faza*, a koji ima za cilj poboljšanje pristupa zdravstvenoj skrbi u nerazvijenim područjima, Izvršni odbor je odlučio da će Komora u tome aktivno participirati, te je imenovao radnu skupinu za pripremu prijave projekta u sastavu: dr. sc. Boro Nogalo, dr. sc. Iva Pejnović Franelić, dr. Ivan Lerotić, dr. Miran Cvitković i dr. Meri Margreiter.

Raspravljalo se i o izgledu i sadržaju nove liječničke iskaznice

te je odlučeno radi projekta konačne integracije KIIS-a produljiti ugovor sa tvrtkom ZI5 d.o.o.

Članovi su dali suglasnost za sudjelovanjem Komore u projektu Hrvatskog zavoda za zapošljavanje naziva *Stručno osposobljavanje bez zasnivanja radnog odnosa*.

Izvršni odbor prihvatio je biti počasni pokrovitelj 5. Kongresa hrvatskog traumatološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem, u organizaciji Hrvatskog traumatološkog društva, te pokrovitelj VIII. Međunarodnog kongresa Društva nastavnička opće/obiteljske medicine u organizaciji tog Društva.

Na prijedlog predsjednika Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika dr. Ivana Lerotića članovi su imenovali dr. Ivanu Blažević članicom Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika.

## 20. sjednica Izvršnog odbora

Održana je 23. ožujka koja je započela izvješćem predsjednika Komore dr. Trpimira Goluže o aktivnostima Komore nakon 19. sjednice. Pritom je dr. Trpimir Goluža posebno izdvojio rezultate provedenih obilazaka županijskih povjerenstava Komore. Zatim je izvijestio IO o održavanju sjednice Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora na temu *Utjecaj manjka liječnika na perspektivu funkcionalne održivosti hrvatskoga zdravstvenog sustava*, na kojoj su on i dopredsjednici Komore dr. Krešimir Luetić i prim. dr. Ante Zvonimir Golem aktivno sudjelovali.

Na sjednici se raspravljalo o unaprjeđenju interne pravne regulative Komore, kojom su prilikom članovi Izvršnog odbora predložili Vijeću Komore usvajanje novog Pravilnika o javnim knjigama HLK-a, Prijedlog Pravilnika o odobrenju za samostalan rad, novog Pravilnika o dužnosti čuvanja poslovne i profesionalne tajne te postupanja s klasificiranom dokumentacijom, Pravilnika o postupku Komore za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija te novog Pravilnika o ustroju i radu stručnih službi Komore.

Izvršni odbor predložio je donošenje i usvajanje novog Pravilnika o javnim knjigama HLK-a i Prijedlog Pravilnika o



odobrenju za samostalan rad HLK-a radi potrebe prilagodbe istih akata e-procesima u sklopu projekta e-HLK, a čime se postiže ekonomičnost i efikasnost Komorina rada te se otklanjaju formalno-pravni nedostaci u primjeni važećih pravilnika.

Novim Pravilnikom o dužnosti čuvanja poslovne i profesionalne tajne te postupanja s klasificiranom dokumentacijom članovi su predložili prilagodbu postupanja Komore u skladu s postojećim zakonskim utvrđenjima, a kojim prijedlogom se sada utvrđuju vrste i stupnjevi tajnosti podataka na jednom mjestu, definira postupanje zaposlenika Komore s klasificiranim dokumentima i utvrđuju odgovorne osobe za postupanje s tajnim dokumentima.

Izvršni odbor prihvatio je prijedlog novog Pravilnika o postupku Komore kod priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija, kao rezultat potrebe konačnog utvrđivanja jasnih uvjeta za podnošenje zahtjeva i način ispunjavanja uvjeta za priznavanje inozemnih stručnih kvalifi-

kacija, o usklađivanju sa zakonskim propisima koji uređuju regulirane profesije, o potrebi definiranja tijeka postupka automatskog i općeg sustava priznavanja te vremena i rokova trajanja postupka, a ujedno je konačno definiran položaj nadležnih tijela Komore i medicinskih fakulteta u postupcima priznavanja inozemnih kvalifikacija.

Članovi su predložili Vijeću donošenje Pravilnika o ustroju i radu stručnih službi Komore s obzirom na potrebu zadovoljavanja propisanih pravnih standarda iz Zakona o radu. Kroz taj Pravilnik izražena je potreba definiranja svih instituta radnog prava i radno-pravnih odnosa, potreba utvrđivanja instituta dužnosti i obveza poslodavca i radnika te sistematizacija radnih mjesta.

Donesena je odluka o postupku odobravanja zahtjeva, izdavanja predujma i predaji izvješća o rezultatima službenog putovanja u zemlji i inozemstvu te korištenju službenog automobila. Donesen je i postupnik o obradi i raspolaganju informacijama i o dogovaranju na zahtjeve

trećih osoba za informacijama, kojim je na jasan način utvrđena postupak kod davanja, obrade i raspolaganja trećim osobama o informacija koje Komora posjeduje. Na kraju je donesen i Komorin cjenik naknada i usluga kojim se utvrđuju točni iznosi za sve vrste usluga i naknada koje treće osobe i članovi plaćaju Komori.

Na prijedlog predsjednika Povjerenstva za međunarodnu suradnju dr. Ivana Raguža Izvršni odbor je donio stav o inicijativi CPME-a za sporazumom o međusobnom priznavanju stručnih liječničkih kvalifikacija između EU-a i SAD-a.

Povodom pritužbi liječnika primarne zdravstvene zaštite na kažnjavanje HZZO-a u situacijama kad isti liječnici osiguravajući pacijentima pravo na lijek podržavaju stručnu opravdanost predloženog lijeka od strane bolničkih kolega, Izvršni odbor je zaključio da HZZO-u treba hitno predložiti uvođenje prethodnog upozorenja liječnika PZZ-a kod kršenja ugovornih klauzula u takvim postupcima, uključujući i postupanja po preporukama bolničkih liječnika.

Četvrta presuda u korist specijalizanata

# 31 specijalizant na sudu pobijedio Opću bolnicu Pula



Općinski sud u Puli presudio je u korist 31 specijalizanta u sporu protiv Opće bolnice Pula koji su specijalizanti pokrenuli zbog neprimjenjivanja Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine donesenog u srpnju 2016. (tzv. Nakićev pravilnik). To je već četvrti sud u Hrvatskoj koji je presudio u korist specijalizanata/mladih specijalista u sporovima koji su pokrenuti protiv bolnica (Virovitica, Koprivnica, Zagreb, Pula), u odnosu na dva koja su presudila u korist bolnica (Zadar, Čakovec).

Naime, 22. ožujka 2017. objavljena je na e-oglasnoj ploči (<https://e-oglasna.pravosudje.hr/?q=sud/21>) presuda Općinskog suda u Puli kojom je osnovanim proglašen tužbeni zahtjev 31 tužitelja (specijalizanata OB-a Pula) da se utvrdi ništetnim dio odredbe Ugovora o međusobnim pravima i obvezama sklopljenim između OB-a Pula i specijalizanata u kojem se specijalizanti obvezuju nadoknaditi tuženoj strani, odnosno OB-u Pula, sve plaće i naknade u bruto iznosu koje su primili za vrijeme specijalizacije.

## Sud odbacio argument o protuustavnoj retroaktivnosti Pravilnika

Općinski sud u Puli odbacio je argument o navodnoj protuustavnoj retroaktivnosti predmetnog Pravilnika te obrazložio da su tim Pravilnikom samo drugačije uređena prava i obveze ugovornih strana, kao što je to činjeno i ranije, pa tako i prethodnim Pravilnikom na temelju kojeg su i zaključeni predmetni ugovori. Stoga se obveza primjene novog Pravilnika ne može tumačiti kao retroaktivna primjena propisa.

Općinski sud je također obrazložio odnos odluke OB-a Pula i

zaključka Skupštine Istarske županije o odgodi primjene čl. 17. i 18. predmetnog Pravilnika (NN 62/16), na koje se OB Pula poziva. Sud cijeni da se ovdje primjenjuje načelo "in favorem laboratoris" (u korist radnika). Naime, pravilo nižeg ranga ne smije uređivati radnopravni odnos drukčije od pravila višeg ranga i na štetu radnika, ali može urediti neki radnopravni odnos povoljnije za radnika nego što je to uređeno pravilom višeg ranga. U ovom se slučaju izmjena Pravilnika od strane ministra zdravlja ispostavila u korist radnika, dok je odluka nižeg ranga, dakle OB-a Pula i njegova osnivača Istarske županije, išla na teret radnika, što je protivno citiranom načelu. Uslijed toga ona je neprimjenjiva, a isto tako je suprotna Pravilniku koji ne daje pravo zdravstvenoj ustanovi i osnivaču da odlučuje što će, a što neće od propisanoga koje je na snazi, primijeniti.

## Dužni primijeniti Pravilnik dok je na snazi

Dakle, Općinski sud u Puli utvrdio je da se u ovom slučaju radi o podzakonskom propisu koji kao takav obvezuje i tuženika (OB Pula) i njegovog osnivača (županiju), te se su ih dužni primijeniti dok je na snazi. U konkretnom je slučaju došlo do nesuglasja ugovornih odredaba s važećim propisima, s obzirom na to da je OB Pula odbila postupiti u skladu s tada važećim Pravilnikom, pa je u tom dijelu spornih odredaba Ugovor stranaka ništetan jer je suprotan rečenim prisilnim propisima.

Naime, nesporno je da sudionici u prometu slobodno uređuju obvezne odnose, međutim ne smiju ih uređivati suprotno prisilnim propisima, a osobito ne onima kojima se uređuje sadržaj tih istih ugovora, što je u ovom slučaju riječ, zaključio je sud.

# Vodstvo Komore u obilasku svojih županijskih povjerenstava

U sklopu redovitog godišnjeg obilaska svojih županijskih povjerenstava, vodstvo Hrvatske liječničke komore na čelu s predsjednikom dr. sc. Trpimirom Golužom posjetilo je i dalmatinsku regiju kako bi se susrelo sa svojim članstvom i predstavnicima županijskih povjerenstava. Obilazak je započeo 13. ožujka posjetom Županijskom povjerenstvu Zadarske županije u Zadru, a završio je 21. ožujka posjetom otoku Korčuli. Čelništvo Komore u svojem je obilasku dalmatinske regije obišlo i svoje članstvo u Šibeniku, Splitu, Metkoviću i Dubrovniku.

U svakom od tih gradova održana je i tribina Komore koju su organizirali predstavnici županijskih povjerenstava i na kojoj su članovima prezentirana ostvarenja Komore u protekloj godini te planovi za 2017. godinu. To je bila prilika i članovima da u susretu s vodstvom Komore iznesu svoje prijedloge i razmišljanja o mjerama koje je potrebno poduzeti kako bi se njihov položaj poboljšao ili kako bi se određena problematika riješila. Naime, cilj je obilaska županijskih povjerenstava u izravnoj komunikaciji s članstvom te se obilaskom zdravstvenih ustanova upoznati s problemima liječništva u svakoj pojedinoj sredini.

## Sastanak s povjerenstvom Splitsko-dalmatinske županije



Vodstvo Hrvatske liječničke komore na čelu s predsjednikom dr. sc. Trpimirom Golužom posjetilo je 15. ožujka regionalni ured Komore u Splitu i tom se prilikom upoznao s aktivnostima Povjerenstva Splitsko-dalmatinske županije u protekloj godini te problemima s kojima se liječnici susreću u svakodnevnom radu. Predsjednik je izrazio zadovoljstvo dosadašnjim radom Povjerenstva te najavio dolazak na liječnički bal koji će se održati 22. travnja u suradnji s Hrvatskim liječničkim zborom. Nakon sastanka je održana tribina na Medicinskom fakultetu na temu „HLK – izazovi u 2017.“ na kojoj je dr. sc. Goluža predstavio dosadašnji rad Komore te planove u 2017. godini. Nakon toga je zajedno sa suradnicima odgovarao na upite prisutnih članova.

## Debata o gorućim problemima liječnika u Zadru

Vodstvo komore sastalo se 13. ožujka s predstavnicima Povjerenstva Zadarske županije te održalo tribinu za članove u OB Zadar. Nakon prezentacije rada i planova za budućnost HLK, kolege su u neposrednoj interakciji s predsjednikom i dopredsjednicima Komore debatirali o gorućim problemima liječnika u RH. Članove su najviše zanimala teme iz područja pravne zaštite i osiguranja, poštivanja zakona o radu te specifičnosti liječničke profesije unutar zakona o radu.



## Susret s članstvom HLK-a u Šibeniku



Tijekom posjeta Povjerenstvu Šibensko-kninske županije HLK-a u sklopu obilaska županijskih povjerenstava dalmatinske regije, uže vodstvo Komore u sastavu prvi dopredsjednik dr. sc. Krešimir Luetić, drugi dopredsjednik prim. Ante-Zvonimir Golem, član Izvršnog odbora dr. Miran Cvitković te predsjednik dr. sc. Trpimir Goluža, razgovaralo je s članovima županijskog povjerenstva i drugim kolegama o brojnim temama, posebice o problemima koji tište liječničku struku. U znak zahvalnosti zbog Komorine donacije za tiskanje knjige „Priča o nama“ povodom obilježavanja 140 godina postojanja Hrvatskog liječničkog zbora, dr. Danči Mihovilčević poklonila je predsjedniku dr. Goluži primjerak te knjige.

## USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB PRO VITA - MEDICINA RADA



**Traži u stalni radni odnos:**  
dr. medicine, specijalista medicine rada

51000 Rijeka, Trpimirova 2.

Tel: 051 352 460 • Mob: 091 450 4883

## Egzodus liječnika iz Osječko-baranjske županije



Tijekom posjeta Povjerenstvu Osječko-baranjske županije 6. ožujka održana je tribina za članove na kojoj su predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža, prvi dopredsjednik dr. sc. Krešimir Luetić i predsjednik Povjerenstva za ostale djelatnosti Komore dr. Miran Cvitković, članovima prezentirali protekli rad te perspektivu i planove djelovanja u 2017. Nakon izlaganja otvorena je rasprava na kojoj je vodstvo Komore odgovaralo na pitanja kolega liječnika iz auditorija.

Nakon tribine organizirana je tiskovna konferencija u velikoj dvorani Nadbiskupskog vikarijata. Na pitanja novinara o radu Komore i aktualnom stanju u zdravstvenom sustavu, s posebnim

osvrtom na područje Slavonije i odljev liječničkog kadra, odgovarali su uz vodstvo Komore i predsjednik povjerenstva HLK-a Osječko-baranjske županije dr. Vedran Zubčić i predstavnica studenata Medicinskog fakulteta u Osijeku Katarina Badak.

Iz KBC-a Osijek u posljednjih je godinu dana otišlo 27 liječnika. Dr. Goluža je rekao kako razlozi odlaska nisu samo financijske prirode. Naime, liječnici u Hrvatskoj nisu zaštićeni; mnogi su preopterećeni, a posebno izražavaju nezadovoljstvo zbog nemogućnosti daljnjeg napredovanja u struci.

Nedostatak kadrova pridonosi i velikom broju prekovremenih sati, zbog čega liječnici završavaju pred sudovima, upozorio je predsjednik Komore i istaknuo primjer KBC-a Osijek gdje je zbog toga u tijeku nekoliko sudskih postupaka protiv voditelja pojedinih ustrojstvenih jedinica. Liječnici u Hrvatskoj imaju pravo na 180 prekovremenih sati godišnje, ali tu satnicu zbog nemogućnosti organiziranja posla, posebno kirurških djelatnosti, premaše već u prvom tromjesečju u godini.

Hrvatskoj trenutačno nedostaje gotovo 4000 liječnika specijalista. Komora je stoga pozvala Vladu da poduzme mjere koje bi motivirale liječnike da ostanu u Hrvatskoj. Nudi i rješenje kroz poticajne mjere u kojima trebaju sudjelovati država i lokalna politika.

## Zabrinjavajući kadrovski deficit i kronični nedostatak anesteziologa u požeškoj bolnici

Nakon održane tribine HLK-a u Požegi, u sklopu posjete vodstva Komore Povjerenstvu Požeško-slavonske županije 28. ožujka, povela se rasprava o kadrovskom deficitu u požeškoj bolnici koji prijete stvaranju pojedinih odjela u ovoj županjskoj bolnici. Najveći je nedostatak aneste-

ziologa što ima za posljedicu upućivanje kirurških pacijenata u druge zdravstvene ustanove. Govorilo se i o problemu specijalizanata koji su zbog loših propisa prisiljeni gotovo cijeli specijalistički staž odraditi izvan matične ustanove. Predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža, objasnio

je prisutnim članovima kojim se mjera Komora namjerava uključiti u program motiviranja mladih liječnika kako bi ostali u ruralnim sredinama. Međutim, naglasio je kako najveći dio odgovornosti za egzodus kvalitetnog zdravstvenog kadra leži na lokalnoj samoupravi.

## Saslušali probleme liječnika u Vukovarsko-srijemskoj županiji

Vodstvo Komore i u Vinkovcima se susrelo sa svojim županijskim povjerenicima te održalo tribinu za članstvo na kojoj je predstavljen dosadašnji rad Komore i planovi za iduću godinu. U izravnom kontaktu sa svojim članovima saznali su koji ih problemi muče u svakodnevnom radu te saslušali prijedloge za njihovo rješavanje.



## Naglašena iznimna važnost lokalne zajednice u Varaždinskoj županiji

Tijekom posjeta Komorinog Povjerenstvu Varaždinske županije sastalo se 27. ožujka u sklopu godišnjeg obilaska županijskih povjerenstava vodstvo Komore s v.d. ravnatelja Opće bolnice Varaždin dr. Nenadom Kudelićem, njegovom zamjenicom Jasminkom Begić, dipl. iur. te predsjednicom Povjerenstva za kvalitetu OB-a Varaždin dr. Dubravkom Dobec Gorenak. Predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža izvijestio ih je o razlogu posjeta te se osvrnuo na ugovore koje je ponudila i potpisala bivša ravnateljica dr. Sanja Zember prema tada važećem Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Predsjednik Komore upozorio je na značenje i važnost angažmana lokalne samouprave u stvaranju preduvjeta za zadržavanje liječnika u

lokalnoj sredini. Iznio je prijedloge stimulativnih mjera za zadržavanje liječnika. Informirao je upravu Bolnice o pogodnostima za članove koje osigurava Komora te o fotografiranju liječnika za novu liječničku iskaznicu u njezinoj organizaciji. S predsjednikom Povjerenstva VŽ-a dr. sc. Goranom Benkom, vodstvo Komore posjetilo je i Zavod za hitnu medicinu. Od ravnatelja Mladena Smoljanca, mag. oec., doznali su da im ne nedostaje kadrova kao i da ih je većina zadovoljna uvjetima rada u Zavodu. Na tribini Komore organiziranoj za članove bili su liječnici svih dobnih skupina iz primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Predsjednik dr. Goluža upoznao ih je s ostvarenjima Komore tijekom 2016. te predočio planove za 2017. godinu.

## U Međimursku županiju liječnici rado dolaze



U obilasku Međimurske županije, vodstvo Komore susrelo se u Čakovcu s predstavnicima županijskog povjerenstva, održalo tribinu za svoje članove te obišlo zdravstvene ustanove na tom području kako bi se upoznali s problemima liječništva u lokalnim sredinama te uvjetima u kojima rade. Na kraju posjeta, u izjavi za novinare, predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža je rekao kako se iznova potvrdilo da je zdravstveni sustav u Međimurskoj županiji na značajno višoj razini od pro-

sjeka Hrvatske. „Činjenica je da iz Međimurja liječnici ne odlaze, već dolaze. Iz Hrvatske je u nešto manje od četiri godine otišao 551 liječnik. Međimurska županija je regija iz koje je otišlo ponajmanje liječnika, svega pet u tom razdoblju. To govori da su liječnici u Međimurskoj županiji zadovoljni razvojem svoje profesionalne karijere, ali i svojim životom u toj sredini“, rekao je dr. sc. Goluža, istaknuvši kako je to velikim dijelom i zasluga ljudi koji vode zdravstvo u toj županiji.

## OBILAZAK ŽUPANIJSKIH POVJERENSTAVA I TRIBINA HLK-a 2017.

Datum	Županija	Mjesto održavanja tribine	Vrijeme održavanja tribine
4.4.2017.	Karlovačka	Karlovac, OB Karlovac, knjižnica na 1. katu	18:00
5.4.2017.	Virovitičko-podravska	Virovitica, OŽB Virovitica, Društveni dom	19:30
6.4.2017.	Brodsko-posavska	Slavonski Brod, OB „Dr. J. Benčević“, prostorija HLZ-a	13:30
7.4.2017.	Primorsko-goranska	Rijeka, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Dvorana 1	18:00
10.4.2017.	Bjelovarsko-bilogorska	Bjelovar, Hotel Central	19:30
11.4.2017.	Grad Zagreb i Zagrebačka županija	Zagreb, Hrvatski liječnički dom, Velika dvorana	19:00
18.4.2017.	Sisačko-moslavačka	Popovača, NPB Popovača	13:30
25.4.2017.	Krapinsko-zagorska	Zabok, OB Zabok, Siva dvorana	14:00
26.4.2017.	Povjerenstvo MORH-a	Zagreb	
6.5.2017.	Povjerenstvo HZZO-a	Zagreb, Hotel Palace	

Radni posjet našim kolegama u BIH

# Vodstvo Komore s predstavnicima akademske zajednice u Mostaru

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



Usuglašavanje kurikuluma Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru s hrvatskim medicinskim fakultetima, modus izvođenja dijela specijalističkog staža specijalizanata iz BIH u Hrvatskoj, nostrificiranje njihovih znanstveno-nastavnih zvanja te pojednostavljenje postupka za dobivanje odobrenja za samostalan rad (licenci) u Hrvatskoj, bile su glavne teme o kojima je vodstvo Hrvatske liječničke komore na čelu s dr. sc. Trpimirom Golužom razgovaralo s predstavnicima Sveučilišne Kliničke bolnice Mostar (SKB) i Medicinskog fakulteta u Mostaru prilikom jednodnevnog posjeta tom gradu.

## Pojednostaviti postupke

"Došli smo vidjeti koji problemi opterećuju Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru kako bismo ponudili pomoć. Vjerujem da ćemo zajedno s Ministarstvom zdravstva Hrvatske naći rješenje oko pitanja specijalističkog usavršavanja doktora medicine koji su završili Medicinski fakultet u Mostaru kako bi ljudi dobili priliku stručno se usavršavati u Hrvatskoj" rekao je dr. Goluža, naglasivši kako je Hrvatska dužna skrbiti se o Hrvatima u BIH.

"Jedna od ključnih stavki o kojoj smo razgovarali su uvjeti za

priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija s kojima se susreću specijalizanti SKB-a u Mostaru. Naime, Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija koji je u Hrvatskoj stupio na snagu 2015., propisuje da doktor medicine koji je stručnu kvalifikaciju stekao u trećim zemljama, u koje spada i BIH, mora proći postupak priznavanja inozemne stručne kvalifikacije, a koji se sastoji od priznavanja obrazovne kvalifikacije, priznavanja pripravničkog staža i polaganja stručnog ispita", rekao je prof. dr. Milenko Bevanda, dekan Medicinskog fakulteta u Mostaru. "Zašto naši liječnici ne bi mogli odmah nostrificirati svoju diplomu u Zagrebu, a ne da se njima traži polaganje nekih dodatka ako je naš kurikulum isti kao i u Hrvatskoj, a ako postoje male razlike, mi smo tu danas da ih ispravimo i da naši mladi ljudi ubuduće nemaju problema", zaključio je prof. Bevanda.

Uz predstavnike SKB-a Mostar i MEF-a u Mostaru, na sastanku s vodstvom Hrvatske liječničke komore sudjelovali su i predsjednik Liječničke komore Hercegovačko-neretvanske županije doc. Ante Sesar te ravnatelj Doma zdravlja mr. sc. Mario Kordić.

Specijalistički poslijediplomski studij "Medicinsko pravo"

# Institut medicinskog prava generator promjena u zdravstvu

Mr. sc. ANTE KLARIĆ, dipl. iur.,  
voditelj Službe stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova HLK-a

*Komora je potpisala sporazum o suradnji s Pravnim fakultetom u Splitu, čime je osiguran poseban popust za članove Komore koji žele upisati specijalistički poslijediplomski studij „Medicinsko pravo“ na tom fakultetu. Radi jednostavnijeg pristupa predavanjima, Komora je u suradnji sa splitskim fakultetom organizirala i virtualnu e-učionicu s tv-projeksijom u prostorijama Komore, a interaktivna predavanja se mogu pratiti i na osobnim računalima, tabletima i putem tzv. pametnih telefona*

Pravo i medicina su velike znanstvene discipline koje zajednički brinu o najvećim dobrima čovjeka od posebnog značenja. S jedne strane medicina čuva čovjekovo zdravlje, dok s druge strane pravo, posebice njegova nova grana - medicinsko pravo, uređuje i štiti ljudska prava u vezi sa zdravljem, prepoznajući to kao posebno važan segment zaštite ljudskih prava uopće. Teško je naći dvije znanstvene discipline koje su tako različite, a opet tako upućene jedna na drugu kao što su medicina i pravo. Naime, premda mogu dijeliti polje rada, činjenica je da ne mogu sasvim samostalno ni primjereno odgovoriti na mnoge probleme i zahtjeve iz domene druge struke, a bez međusobnog pomaganja i suradnje. Pri tome je uloga pravnik da dublje uđu u probleme s kojima se medicina svakodnevno susreće, dok je zadatak zdravstvenih radnika veće razumijevanje pravnih i zakonskih okvira i normi koji se odnose na djelatnost s kojom se bave te pomoć u njihovom boljem oblikovanju i primjeni.

## Potreba jasne definicije i normiranja u medicini

Da bi se suvremeni sustav zdravstva razvijao i održavao potrebno je do bude jasno definiran i postavljen u svim svojim segmentima određenim normativima i zakonitostima. Osim toga on je stalno

i svakodnevno promjenjiva kategorija zavisna o različitim varijablama (tehničko-tehnološkog razvitka, jačanja svijesti humanijeg društva, razvoja i moći edukacije itd.), koje nužno dovode da potrebe normiranja novih situacija, odnosa, prilika i stanja. Dakle nije moguće stvarno i postojano uokviriti sve vrste pravnih pravila i područja prava koja bi stvorila jasno utvrđenu sliku instituta i pojma medicinskog prava.

## Nužnost dodatne izobrazbe

Stalan i brz razvoj medicinskog prava, sve veći broj slučajeva i problema (liječničke greške, javna nabava u području zdravstva, neispravni medicinski uređaji, plagijati, zdravstveno osiguranje, umjetna oplodnja, liste čekanja, granice odgovornosti i sl.), u kojima zdravstveni radnici ne mogu na temelju postojećeg znanja i ciklusa obrazovanja naći kvalitetno i odgovarajuće rješenje, nužno traži i odgovarajući proces dodatne izobrazbe zdravstvenih radnika da bi udovoljio tom zahtjevu, kako u rješavanju praktičnih i teorijskih pitanja, tako i u davanju prijedloga za izmjenu postojećih ili donošenje novih propisa iz područja medicinskog prava, a posebno pri upoznavanju zdravstvenih radnika s temeljnim

elementima medicinskog prava, položaja zdravstvenih radnika u okviru ovlasti i odgovornosti (kaznenopravne, građanskopravne, radnopravne itd.) zanimanja i profesije u zdravstvenom sustavu.

## Pravna medicinska praksa

Zbog svoje interdisciplinarnosti medicinsko pravo je vrlo kompleksno, pa zahtijeva barem elementarno poznavanje medicinsko-pravne problematike. Težište se posebno stavlja na poznavanje pravne medicinske prakse te visokih standarda i dostignuća u području medicinsko-pravne djelatnosti, jer je to, među ostalim, dovelo i do znatnog širenja instituta ovlasti i odgovornosti zdravstvenih djelatnika, ne samo u pogledu stručnog, *lege artis* postupanja, nego i u pogledu iskazivanja dužne pažnje i poštivanja tuđih i vlastitih prava tijekom obavljanja zdravstvene djelatnosti, a poglavito u segmentima odgovornosti upravljanja, organiziranja samostalnog obavljanja zdravstvene djelatnosti.

Sve to traži da osobe koje samostalno obavljaju zdravstvenu djelatnost u zdravstvenom sustavu budu barem na općenoj razini upućeni u medicinsko-pravnu problematiku. Temeljne spoznaje o tome mogu se steći proučavanjem i institucionalizacijom medicinskog prava. Među-



tim, medicinsko pravo kao kolegij nažalost nije prisutan niti se sustavno proučava na hrvatskim visokim učilištima pa velika većina studenta i polaznika zdravstvenih i medicinskih studija i fakulteta i ne poznaje najbolje, ili nikako ne poznaje, sadržaj medicinskog prava. Usprkos tome prisiljeni su svakodnevno se susretati na razne načine s pojmovima i institutom medicinskog prava i primjenjivati ih u praksi.

### Specijalist medicinskog prava

**Važnost „medicinskog prava“** u nas su prepoznale samo dvije institucije: Pravni fakultet u Splitu i Hrvatska liječnička komora te su kao zajednički cilj postavile institucionaliziranje i razvijanje instituta medicinskog prava među pravnicima i zdravstvenim radnicima, prvenstveno liječnicima. Pravni fakultet u Splitu pokrenuo je u Europi jedinstven specijalistički poslijediplomski studij "Medicinsko pravo" u trajanju od 4 semestra. Završetkom studija stječe se naziv specijalista medicinskog prava. Taj studij mogu upisati sve osobe koje imaju najmanje 300 ECTS bodova, prioritetno liječnici, drugi zdravstveni radnici i pravnici. Takav studij ima za cilj dodatno obrazovati i podučiti polaznike teorijskim i praktičnim znanjima o ovlastima i odgovornostima zdravstvenih radnika (sadržaju, vrstama, opsegu, odnosima i posljedicama) u pravno-teorijskom i procesno-pravnom pogledu u okviru obavljanja zdravstvene djelatnosti, tj. znanja o građanskopravnim teorijskim i procesnim aspektima profesionalnog rada zdravstvenog radnika u zdravstvenoj djelatnosti, s naglaskom na ugovorni od-

nos, odnos zdravstveni radnik - ustanova i pacijent kao korisnik usluga, radno pravni status zdravstvenog radnika, odgovornost za štetu, saznanja o kaznenoj, prekršajnoj i disciplinskoj odgovornosti zdravstvenog radnika, kao i o odgovornosti zdravstvenog radnika unutar tima, saznanja o procesno pravnom statusu i položaju zdravstvenog radnika u sudskim i drugim postupcima, zatim o etičko pravnim pitanjima te o liječničkoj tajni, medicinskoj dokumentaciji i informiranom pristanku te, konačno, o temeljnim pravima, ali i dužnostima pacijenata.

### Sporazum Komore i Pravnog fakulteta u Splitu

Komora je potpisala i sporazum o suradnji s Pravnim fakultetom u Splitu i Sveučilištem u Splitu sa svrhom i ciljem aktivnog sudjelovanja Komore u svim aspektima integracije i razvoja medicinskog prava. Predmetnim sporazumom definiran je posebni popust za članove Komore koji žele upisati predmetni studij. Radi jednostavnijeg pristupa predavanjima Komora organizira i virtualnu učionicu s tv-projeksijom u svojim prostorijama za potrebe praćenja predavanja online. Time je omogućeno da se studenti, odnosno polaznici, nalaze i zajedno slušaju online predavanja u prostorijama Komore. Predavanja se mogu pratiti i na osobnim računalima u svojim domovima ako je polaznik spriječen da prati studij putem Komorine virtualne učionice ili ne može pohađati predavanja u Splitu.

### Osnivanje centra izvrsnosti

Komora i Pravni fakultet nisu stali na predmetnom projektu koji se odnosi na medicinsko pravo, već su procesu osnivanja centra izvrsnosti za medicinsko pravo koji bi s aspekta znanstvenog centra iznimno pridonio ideji konačne institucionalizacije medicinskog prava u sustav znanosti, zdravstva i prava.

Komora i Pravni fakultet svake godine organiziraju jedinstveni skup "Medicinskog prava", gdje se okupljaju najznačajniji praktičari i teoretičari iz područja prava i medicine, kako bi se raspravile brojne sporne i aktualne problemske situacije i donijeli odgovarajući zaključci u cilju unaprjeđenja zdravstvenog sustava, zdravstvene zaštite i zakonodavstva.

### Loše odluke rezultat nepoznavanje sustava

Komora smatra institut medicinskog prava temeljem razvoja i generatorom promjena u zdravstvenom sustavu, kako u teorijskom, tako i praktičnom smislu. Velik broj loših i spornih odluka koje se donose u zdravstvenom sustavu rezultat su nepoznavanja samog sustava, njegovih zakonitosti, pravnih određenja i položaja zdravstvenih radnika. Upoznati kompleksan sustav kao što je zdravstveni, moguće je kroz element koji može povezati i dati jasan smisleni karakter normi i pružanju zdravstvene zaštite, a to je medicinsko pravo.

## Dodatne pogodnosti za članove HLK-a pri ugovaranju različitih vrsta osiguranja



**FLEXI BENEFIT** – moderna verzija klasičnog životnog osiguranja kojom su ujedinjene zaštitna i štedna komponenta. ZAŠTITA kroz pokriće osiguranih rizika, čime se jamči materijalna sigurnost Vaših najmilijih, a ŠTEDNJA kroz isplatu ugovorene osigurane svote pri isteku.

**Popust od 25%** za članove HLK se ostvaruje na ugovorene police na 20 i više godina na svaki obrok premije u prvoj godini trajanja.

**MOJ (O)SIGURAN DOM** – program osiguranja imovine koji pruža siguran oslonac u situacijama iznenadnog požara, eksplozije ili provale, koje Vas mogu u samo nekoliko minuta lišiti udobnosti i sigurnosti na koje ste navikli, a osigurati se može građevinski objekt, stvari kućanstva i nezgoda svih članova kućanstva. Po obliku i svoti pokrića postoje tri paketa: Small, Medium i Large. U sva tri oblika osnovna, dodatna i dopunska pokrića osiguranja imovine moguće je kombinirati na način koji najviše odgovara Vašim potrebama i željama.

Za članove HLK **popust od 25%** na ugovaranje programa **MOJ (O)SIGURAN DOM**.



**MOJ (O)SIGURAN AUTO** - obvezno osiguranje od automobilske odgovornosti kojim možete zaštititi svoj budžet od troškova nastalih uslijed prometne nezgode, osigurati osobe od posljedica nesretnog slučaja, imati pravnu zaštitu i zaštitu stečenog bonusa, ovisno o odabranim dodatnim pokrićima ili odabiru jednog od ponuđenih paketa: **PLUS**, **OPTIMUM** ili **ACTIVE PROTECT** paket.

Za članove HLK nudimo, osim **15% komercijalnog popusta**, i **10% dodatnog popusta** na policu obveznog automobilske osiguranja uz još **5% superbonusa** ukoliko nije bilo šteta (u slučaju da je na prethodnoj polici 50% bonusa i nije bilo prijavljenih šteta kod obnove, ostvarujete 5% superbonusa) te **5% popusta** za jednokratnu uplatu premije (popust na plaćanje odmah gotovinom ili kreditnom karticom).

**KASKO OSIGURANJE** - zamislite svježe ogrebotine na vratima Vašeg limenog ljubimca ili pak iznenađujuću tuču koja je ostavila ružna udubljenja na haubi. Našom policom kasko osiguranja vozila prilagođavamo se Vašim individualnim karakteristikama, jer prilikom izračuna premije u obzir uzimamo marku vozila, novonabavnu vrijednost vozila, dob vozača i snagu motora.

#### POGODNOSTI:

- **Startni bonus** kod prvog ugovaranja police **50%** -(prilikom prvog ugovaranja police kaska, poklanjamo Vam startni bonus od 50%)
- **Očuvanje bonusa** kod samo jedne štete u 2 godine (u slučaju jedne štete unutar 2 godine, ne smanjujemo do tada ostvareni bonus)
- **5% superbonusa** ukoliko nije bilo šteta (u slučaju da je na prethodnoj polici 50% bonusa i nije bilo prijavljenih šteta kod obnove, ostvarujete 5% superbonusa)
- **5% popusta** za jednokratnu uplatu premije (popust na plaćanje odmah gotovinom ili kreditnom karticom)
- **Do 20% popusta** na starost vozila (ovisno o starosti vozila postoji mogućnost dodatnih popusta do 20%)
- Za članove HLK dodatnih **5% popusta**.



**ZDRAVSTVENO (O)SIGURAN** - Wiener dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva sva sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu bez ograničenja. Svaki osiguranik Wiener dopunskog zdravstvenog osiguranja dobiva iskaznicu koja mu služi kao sredstvo plaćanja sudjelovanja kod velike većine ugovornih ustanova diljem Hrvatske. Postoji mogućnost i ugovaranja pokriva doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova (B-liste) u iznosu do 1.000 kn godišnje, po modelu refundacije.

Za članove HLK nudimo **10% popusta** na godišnju premiju i dodatnih **5% popusta** za plaćanje godišnje premije odjednom.

**Navedeni popusti i pogodnosti za članove Hrvatske liječničke komore vrijede u razdoblju od 15.02. – 30.06.2017.**

**Za sve dodatne informacije kontaktirajte nas na niže navedene kontakte:**

Nataša Rašić  
Stručnjak za podršku poslovnim partnerima  
Wiener osiguranje VIG d.d.  
Slovenska ulica 24, Zagreb  
01/3718 894

Nikolina Dražeta  
Voditeljica vanjske prodajne mreže  
Wiener osiguranje VIG d.d.  
Slovenska ulica 24, Zagreb  
01/3718 976

Obveza čuvanja profesionalne tajne odnosi se na sve zdravstvene radnike

# Liječnička tajna

Mr. sc. ANTE KLARIĆ, dipl. iur., voditelj Službe stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova HLK-a

Liječnička tajna opći je pravni institut i profesionalno načelo liječničkog zvanja te je kao takva regulirana u prvom redu Zakonom o liječništvu (Narodne novine br. 121/03, 117/08) cit:

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

Postupanje suprotno navedenim pravilima je kažnjivo te uključuje propisanu novčanu kaznu liječniku.

Liječnička tajna kao pojam i obveza čuvanja podataka pacijenta regulirana je s više propisa, među ostalim i Zakonom o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine br. 169/04, 37/08) cit:

*"Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka."*

U predmetnom slučaju ukoliko se prekrši navedeno načelo citirane odredbe moguće je za predmetni prekršaj kazniti i nadležnu zdravstvenu ustanovu i odgovornu osobu.

Kodeks medicinske etike i deontologije također načelno ukazuje na obvezu čuvanje Liječničke tajne, cit:

## Neovlašteno otkrivanje podataka

*Sve ono što je liječnik saznao obavljajući svoj posao, smatra se liječničkom tajnom. Liječnik ju je obavezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, ako to pacijent/bolesnik zatraži, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi.*

Dakle shodno navedenom jasno je da je liječnička tajna kao institut duboko ukorijenjen u temeljna načela obavljanja liječničke profesije.

U vezi s tim intervenirao je i zakonodavac u formalno pravnom smislu, te je obvezu čuvanja profesionalne tajne jasno definirao kao društveno zaštićeno dobro, a svako neovlašteno otkrivanje podataka osobe u ovom slučaju pacijenta koji su povjereni i dostupni liječniku i drugom zdravstvenom radniku u obavljanju njegove djelatnosti kažnjiv je čak i kaznom zatvora.

Slijedom svega navedenog jasno je da svaki liječnik ponaosob mora iznimno brinuti i skrbiti o činjenici potrebe čuvanja po-

dataka i informacija o pacijentima i zaštite načela liječničke tajne uopćeno.

Međutim, valja naglasiti da se pojam liječničke tajne bez obzira na uvriježeni izraz, odnosi na sve zdravstvene radnike, a ne samo na liječnike. Tako je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti propisano da su svi zdravstveni radnici dužni čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta. Na čuvanje profesionalne tajne obvezni su i drugi radnici u zdravstvu koji za nju saznaju u obavljanju svojih dužnosti, te studenti i učenici škola zdravstvenog usmjerenja ali i sve druge osobe koje u obavljanju svojih dužnosti dođu do podataka o zdravstvenom stanju pacijenta.

## Pravo na obavijest

Dakle, liječnička tajna je mnogo kompleksniji pojam te se ne veže i nije ju moguće isključivo i jedino vezati uz liječnika i liječničku profesiju.

Postavlja se pitanje kome i na koji način se onda mogu pružiti relevantne informacije o pacijentu i njegovom zdravstvenom stanju. Osoba kojoj se trebaju dati i učiniti dostupnim relevantni podaci je u pravilu isključivo sam pacijent kojem se pruža zdravstvena zaštita osim ako posebnim zakonom nije drukčije određeno (slučajevi maloljetnika ili osoba pod skrbništvom).

Liječnik i drugi zdravstveni radnici trebaju odabrati adekvatne načine na koji će informirati pacijenta u svakom pojedinačnom slučaju, uzimajući pri tom u obzir njegovo sveukupno zdravstveno stanje odnosno stanje eventualne bolesti. Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv, a predmetno uključuje jasnu i jednostavnu neposrednu i usmenu komunikaciju.

Ujedno je bitno naglasiti da nemaju svi podaci koje liječnik sazna od bolesnika karakter tajnosti, već se to odnosi na one činjenice koje se tiču pacijenta, a on iste ne želi podijeliti s drugim osobama ili bi mu njihovo objavljivanje na neki način štetilo.

Međutim postoje i situacije kad je moguće otkriti podatke o pacijentu u slučaju kad je to potrebno ili se čini radi javnog interesa ili prečnijeg interesa neke druge osobe odnosno u slučaju ugroženosti života i zdravlja drugih ljudi. Opći interes ili interes druge osobe smatra se slučaj npr. otkrivanja kaznenog djela, ili sprječavanja zaraze.

Otkriti „tajnu“ je također moguće, uz izričit pristanak i želju pacijenta, ili uz tzv. pretpostavljen pristanak pacijenta, npr. ako pacijent imenuje liječnika kao svjedoka on je prešutno pristao



da liječnik iznese pred sudom sve podatke i informacije s kojima raspolaže.

Također otkrivanje "tajne" moguće je u slučaju obavještanja drugog liječnika koji istodobno liječi istog pacijenta, odnosno pruža mu zdravstvenu zaštitu. Liječnik se ne treba pribojavati potrebne komunikacije s drugim zdravstvenim radnicima uključenih u zdravstvenu skrb o pacijentu jer je ona svakodnevno poželjna i kontinuirano nužna, bez obzira na proces ili mjesto liječenja. Timsko liječenje je općeprihvaćeni standard u pružanju zdravstvene skrbi, što u praksi znači neminovnu i neophodnu potrebu da više zdravstvenih radnika bude upućeno u zdravstveno stanje pacijenta.

Moguće je nadalje otkriti "tajnu" po sili zakona, ili represivnih i drugih nadležnih tijela u slučaju kad to traže ovlaštena tijela poput suda, nadležnog ministarstva ili komore.

Zaključno opravdano je otkrivanje tajne i iznošenje podataka o pacijentu kad je to u interesu zaštite integriteta samog liječnika, njegova zdravlja, života itd.

**Dakle iznošenje i objavu podataka o pacijentu treba uvijek sagledavati pojedinačno, od slučaja do slučaja, jer se shodno navedenom ne može generalizirati da je svaki**

**takav slučaj nedopušten i iziskuje pritom sankcioniranje liječnika, odgovornih osoba odnosno institucija.**

### **Teret pritiska javnosti**

U zaštiti i provedbi predmetnog načela Hrvatska liječnička komora kao strukovna organizacija koja štiti i promiče interese liječnika i liječničke profesije brine da svi njeni članovi u potpunosti poštuju odredbe važećih zakonskih propisa, a poglavito odredbe Kodeksa medicinske etike i deontologije. Liječnička tajna jedno je od temeljnih načela liječničkog zvanja i obavljanja liječničke djelatnosti, te je Komori iznimno stalo da ga njeni članovi i poštuju. Liječnik je nositelj zdravstvene djelatnosti u pružanju zdravstvene zaštite kao Ustavom zagarantiranog dobra, te je kao takav izložen velikom utjecaju javnosti i poglavito interesu javnih medija. Svakodnevno se traže od liječnika određene informacije vezane za obavljanje liječničke djelatnosti kao i za određene bolesti ili stanja pacijenta. Iznimno je teško othrvati se takvom pritisku te se zna dogoditi da liječnik iznese određene informacije koje bi možda po svom sadržaju

i formi predstavljale liječničku tajnu. U pravilu takve informacije i disponiranje podacima nije škodilo pacijentima te nisu ni na koji način prčinile štetu pacijentima. S druge strane javnost, kao i politika i samo društvo, trebalo bi učiniti mnogo više kako bi se zaštitio liječnik od nesmotrenih nasrtaja i napada i neutemeljenih optužbi pojedinaca pa i samih javnih medija, čemu smo svjedoci sve više, poglavito u posljednje vrijeme. Liječnik lišen napada, prijetnji ili prisile, može kvalitetno i profesionalno obavljati svoj posao i svoju profesiju. Strah i nelagoda od kontinuiranih i neutemeljenih sumnji uzrokuje i dovodi do toga da liječnik u tako kreiranim paničnim situacijama „prijelomnih ili izvanrednih vijesti“ radi zaštite vlastitog integriteta posustaje pod teretom takvih pritisaka te ili učini pogrešku ili da određenu informaciju koja bi sadržajem i formom predstavlja profesionalnu tajnu.

U svakom slučaju slijedom svih načela obavljanja liječničke djelatnosti a samim tim i Liječničke tajne, liječnici i drugi zdravstveni radnici su jasno pokazali da u svom svakodnevnom radu nastoje kontinuirano i sustavno štiti zdravlje i pružati adekvatnu zdravstvenu zaštitu svim pacijentima i društvu u cjelini.

Tribina u organizaciji Komore

# Prava liječnika i odgovornost pacijenata

Prof. dr. MIROSLAV BEKAVAC- BEŠLIN,  
Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a

*Svi su članovi pozvani na ovu iznimno zanimljivu tribinu na kojoj će moći čuti iskustva i mišljenja kliničara, liječnika obiteljske medicine, sociologa i etičara o pravima liječnika.*

U organizaciji Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju i Povjerenstva Zagrebačke županije HLK-a, u velikoj dvorani Hrvatskog liječničkog doma održava se 16. lipnja tribina pod nazivom „Prava liječnika i odgovornost pacijenata“.

Komora je jasno dala do znanja kako stoji uz liječnike u obrani njihova ugleda i digniteta; angažira se u pružanju pravne pomoći liječnicima, pokazuje brigu o liječnicima umirovljenicima, osigurava pomoć svojim članovima kada se nađu u zdravstveno i socijalno osjetljivim situacijama te kroz svoje Liječničke novine daje dragocjen doprinos temama o nasilju nad liječnicima i o njihovoj pravnoj zaštiti.



I tribinom o pravima liječnika i odgovornosti pacijenata Komora nastavlja aktivno informirati svoje članove jer informiranost je najbolja zaštita od neželjenih posljedica. Bit će to odlična prilika da se javno čuju mišljenja i iskustva kliničara, liječnika obiteljske medicine, sociologa i

etičara o pravima liječnika.

Predavači na tribini bit će: prof. dr. Lada Zibar, prof. dr. Gordana Letica, prof. dr. Biserka Bergman Marković i prof. dr. Veljko Đorđević.

Rasprava na kraju predavanja otvorena je za sve sudionike.

## Liječnička odgovornost, prava i pogreške

Stručno predavanje o temi liječničke odgovornosti održano je u organizaciji Povjerenstva Primorsko-goranske županije Hrvatske liječničke komore 21. ožujka u KBC-u Rijeka. Predavanje su održali dr. Miran Cvitković, voditelj Ureda za medicinsko pravo i član Izvršnog odbora Komore, i mr. sc. Ante Klarić, voditelj Službe stručno-medicinskih, pravnih i međunarodnih poslova Komore.

Na predavanju su liječnici imali priliku čuti o odnosu medicinske i pravne struke koje se isprepliću svakodnevno. Istaknuto je kako liječnici nisu ili su vrlo malo informirani o svojim pravima i mogućnostima te da niti jedna profesija nema toliko elemenata odgovornosti kao liječnička.

Stoga se razvila potpuno nova grana prava, medicinsko pravo, s ciljem bolje međusobne interakcije tih znanosti u ključnim situacijama. Liječnici su informirani kako postoji mogućnost

upisa diplomskog studija medicinskog prava u Splitu koji traje dvije godine, a mogu ga pohađati liječnici i pravnici. Komora je odlučila poraditi i na kvaliteti rada sudskih vještaka te je u pripremi novi pravilnik o njihovoj edukaciji.

Upozoreno je kako je jedan od bitnih elemenata u radu liječnika i opremljenost zdravstvenih ustanova, zbog čega su liječnici prisiljeni raditi u uvjetima koji mogu ugroziti zdravlje pacijenta. Ako je liječnik svjestan neispravnosti uređaja ili opreme, u tom se slučaju radi o svjesnom nehaju i liječnik je odgovoran.

Naglašeno je kako od 1. siječnja 2017. Komora svim svojim članovima omogućuje besplatnu pravnu zaštitu u slučaju tužbe. Predavači su pozvali liječnike da se slobodno obrate Komori imaju li bilo kakvih pitanja o toj temi.

Dr. Tea Rosović

Nije stav Komore

# Šire se pogrešne informacije o priznavanju specijalizacije iz obiteljske medicine

dr. DRAGAN SOLDI, spec. obiteljske medicine  
Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a

Kroz različite liste adresa elektroničke pošte, među liječnicima obiteljske medicine kruži dezinformacija kako se Povjerenstvo za primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ) Hrvatske liječničke komore zalaže da se liječnicima obiteljske medicine koji rade u sustavu više od 15 godina, treba priznati specijalizacija iz obiteljske medicine.

Riječ je o netočnoj i neistinitoj informaciji koju šire neodgovorni pojedinci, a koja je u potpunoj suprotnosti sa stajalištem svih stručnih društava liječnika obiteljske medicine i Povjerenstva za PZZ HLK-a,

iznesenima na zajedničkom sastanku u Komori 19. listopada 2016.

Sukladno važećim propisima Republike Hrvatske i preporukama stručnih društava, potpuno je neprihvatljivo da se bez odgovarajuće edukacije stekne bilo koja specijalizacija pa tako i specijalizacija iz obiteljske medicine. Stav je ovog Povjerenstva Komore je vrlo jasan: za stjecanje titule specijalista obiteljske medicine neophodno je završiti program predviđen Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine. Važno

je naglasiti kako kolege, nositelji timova koji nisu specijalisti obiteljske medicine „nisu ni na koji način zakinuti ovim stavom Povjerenstva jer mogu raditi u svojim ambulantom do mirovine. Isto tako, Pravilnik ne navodi dobno ograničenje za početak specijalističkog usavršavanja i kolege mogu krenuti na specijalizaciju bez obzira na godine radnog staža.

Žao nam je što se među kolegama širi dezinformacija da takva ideja potječe od Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a te ovim putem molimo neodgovorne kolege da prestanu širiti neistine.

## Stav Komore o diskriminaciji "domskih" liječnika

Hrvatska liječnička komora prva je javno upozorila na nedopustivu diskriminaciju liječnika zaposlenika domova zdravlja u odnosu na liječnike koncesionare. Predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža je na savjetovanu u Opatiji početkom 2016. u svom plenarnom izlaganju pred više od 500 sudionika, među kojima su bili svi vodeći dužnosnici tadašnje i većina ključnih ljudi aktualne zdravstvene administracije, zahtijevao "žurno ukidanje institucionalizirane diskriminacije nad liječnicima zaposlenicima domova zdravlja, koji su nezadovoljni i destimulirani s obzirom na to da za jednak rad primaju značajno manju plaću."

Očito takav stav ne dijele političari, politikanti i osobe koje izravno i neizravno upravljaju zdravstvenim ustanovama, a koje zbog postojeće diskriminacije ostvaruju golemu financijsku dobit. Vjerojatno i stoga na neargumentiran i paušalan način osporavaju djelovanje Komore, nastojeći zadržati postojeće stanje u kojem profitiraju zahvaljujući financijskom podcjenjivanju rada liječnika zaposlenika domova zdravlja. Komora u svakoj prilici upozorava i upozoravat će na neprimjeren odnos prema "domskim liječnicima" te će tražiti izradu modela plaćanja njihova rada kojim bi se primjereno nagrađivala njihova profesionalna ostvarenja.

Komora aktivno sudjelovala

## Obilježen "Dan narcisa" posvećen oboljelima od raka dojke



U organizaciji Udruge Pogled iz novog kuta (P.I.N.K. – life) i uz podršku Hrvatske liječničke komore, obilježen je 25. ožujka na zagrebačkom Trgu Petra Preradovića "Dan narcisa". Vodstvo Komore na čelu s predsjednikom dr. sc. Trpimirom Golužom aktivno je sudjelovalo u ovoj humanitarnoj javnozdravstvenoj akciji kako bi se promoviralo odgovorno zdravstveno ponašanje i izrazilo podršku oboljelima od karcinoma dojke.

Inače, "Dan narcisa" predstavlja jedan od najvažnijih događanja u svijetu kad je u pitanju izražavanje podrške oboljelima od raka. Cilj je jačanje svijesti o važnosti prevencije i ranog otkrivanja raka dojke čija je pojavnost u Hrvatskoj vrlo visoka i najčešća je zloćudna bolest kod žena.

Uz članice Udruge P.I.N.K. , volontere i žene oboljele od raka, narcise su građanima dijelile, a s njima i hrvatska predsjednica Kolinda Grabar-Kitarović te predsjednik Komore dr. sc. Trpimir Goluža. Akciji su osobno nazočili i ministar zdravstva prof. dr. Milan Kujundžić, potpredsjednik Hrvatskog sabora akademik Željko Reiner te ravnatelj Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo doc. Krunoslav Capak.

Donacije prikupljene u ovoj javnozdravstvenoj manifestaciji koristit će se za različite aktivnosti Udruge vezane uz jačanje svijesti o važnosti prevencije i ranog otkrivanja raka te za psihosocijalni oporavak oboljelih.

## Humanitarni liječnički balovi u

Liječnici će nakon 15 godina opet imati priliku zaplesati u Primorsko-goranskoj županiji i to još uz najljepše ljubavne pjesme Nene Belana. To su im omogućila povjerenstva Primorsko-goranske, Istarske i Ličko-senjske županije Hrvatske liječničke komore te Hrvatski liječnički zbor - podružnica Rijeka, jer su

ove godine odlučili obnoviti tradiciju humanitarnog Liječničkog bala na tom području. Bal liječnika održat će se 8. travnja u hotelu Ambassador u Opatiji. Kako bi bal zaslužio naziv „humanitaran“ organizirana je aukcija slika, a prihodi od prodaje bit će uplaćeni Udruzi djece i mladih oštećena sluha Istre UDOMSI.

"Aktivna Hrvatska" ide dalje

## Predstavnici Komore vježbali s građanima u Murskom Središću



Trening u sklopu nacionalnog projekta „Aktivna Hrvatska“ održan je 11. ožujka u Murskom Središću i u njemu je sudjevalo više od 200 vježbača. Do sada je „Aktivna Hrvatska“ uspjela na fizičku aktivnost motivirati više od 25 tisuća ljudi. U ovogodišnjoj, petoj sezoni tog nacionalnog, sportsko-edukativnog projekta koji je krenuo iz Požege, aktivno sudjeluju i predstavnici Komore, educirajući građane o važnosti kretanja za zdravlje i vježbajući zajedno s njima.

Članovi županijskih povjerenstava Komore na čelu s predsjednicom Povjerenstva

HLK-a za javnozdravstvenu djelatnost dr. sc. Ivom Pejnović Franelić, pratit će projekt „Aktivna Hrvatska“ diljem Hrvatske kako bi pomogli u edukaciji građana radi usvajanja zdravijih stilova života.

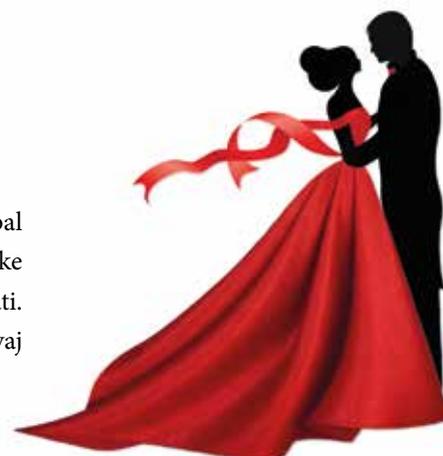
“Zdrave osobe starije životne dobi tjelesnu aktivnost trebaju prilagoditi svojim mogućnostima i specifičnim zdravstvenim potrebama ako ih imaju. Svjetska zdravstvena organizacija ističe kako postoje dokazi da oni koji su u toj dobi tjelesno aktivni imaju, u usporedbi s manje aktivnim osobama, manji rizik od padova i bolje kognitivne funkcije”, istaknula je

dr. sc. Iva Pejnović Franelić u izjavi medijima. I u Murskom Središću predstavnici Komore mjerili su vježbačima indeks tjelesne mase i dijelili promotivne materijale s porukom Aktivnan+Odgovorano=Zdrav. I naravno, vježbali s građanima.

Sljedeća destinacija „Aktivne Hrvatske“ je Rovinj, 10. travnja. To će biti odlična prilika i za obraćanje mladima jer se u tom terminu održava velik međunarodni događaj „Snaga djece u pokretu“ u sklopu kojeg u Rovinj dolazi 2.000 djece i mladih sportaša iz cijele Europe.

## Opatiji i Splitu

Kad je o „pismi“ i plesu riječ, nitko ne može nadmašiti Dalmatince. Liječnički bal u Splitu organizira samo jedno povjerenstvo i to Povjerenstvo Splitsko-dalmatinske županije Hrvatske liječničke komore, ali vjerujemo da će se o njemu i čuti i pričati. Domaćini vas zato očekuju 22. travnja u splitskom hotelu Radisson Blu. „Zapivaj pismu ribaru stariiii... jer to je pisma o moruuu...“.



## Pregled aktivnosti dužnosnika Komore u ožujku 2017.

1. ožujka	Gostovanje u emisiji Svakodnevnica Z1 televizije, Zagreb (dr. I. Bekavac)
3. ožujka	V. simpozij Hrvatske udruge patronažnih sestara, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
3. ožujka	Gostovanje u emisiji Radio Yammat-a, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
6. ožujka	Obilazak županijskih povjerenstava i tribina HLK-a, Vukovar i Osijek
6.-9. ožujka	Konferencija MEDinISRAEL 2017., Izrael (prim. dr. A.-Z. Golem, dr. I. Bekavac)
7. ožujka	Tribina HLK-a, Vinkovci
8. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Gospić
9. – 10. ožujka	VIII. kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, dr. I. Lerotić)
11. ožujka	Izborna skupština Hrvatskog liječničkog zbora, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
11. ožujka	Sudjelovanje Hrvatske liječničke komore u projektu Aktivna Hrvatska 2017., Mursko Središće
13. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Zadar
14. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Šibenik
15. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Split
16. ožujka	Radni posjet Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Mostaru u svrhu usklađivanja nastavnih planova i programa u cilju priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija, Mostar (dr. sc. T. Goluža, prim. dr. A.-Z. Golem, doc. dr. A. Čizmić, dr. sc. B. Nogalo, dr. M. Cvitković, dr. sc. J. Pavičić Šarić, dr. D. Soldo)
16. ožujka	Sastanak u vezi razmjene podataka između Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Zagreb (dr. I. Bekavac, dr. I. Raguž, dr.sc. I. Pejnović Franelić;)
17. ožujka	Tribina HLK-a, Metković
20. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Dubrovnik
21. ožujka	Tribina HLK-a, Korčula
21. ožujka	Predavanje na temu medicinskog prava i liječničke greške za liječnike KBC-a Rijeka (dr. M. Cvitković)
21. – 23. ožujka	UNESCO konferencija o bioetici, medicinskoj etici i medicinskom pravu, Cipar (prof. prim. dr. L. Zibar)
22. ožujka	Predavanje studentima 6. godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u okviru kolegija Organizacija zdravstvene zaštite (dr. M. Cvitković)
23. ožujka	Tribina HLK-a, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

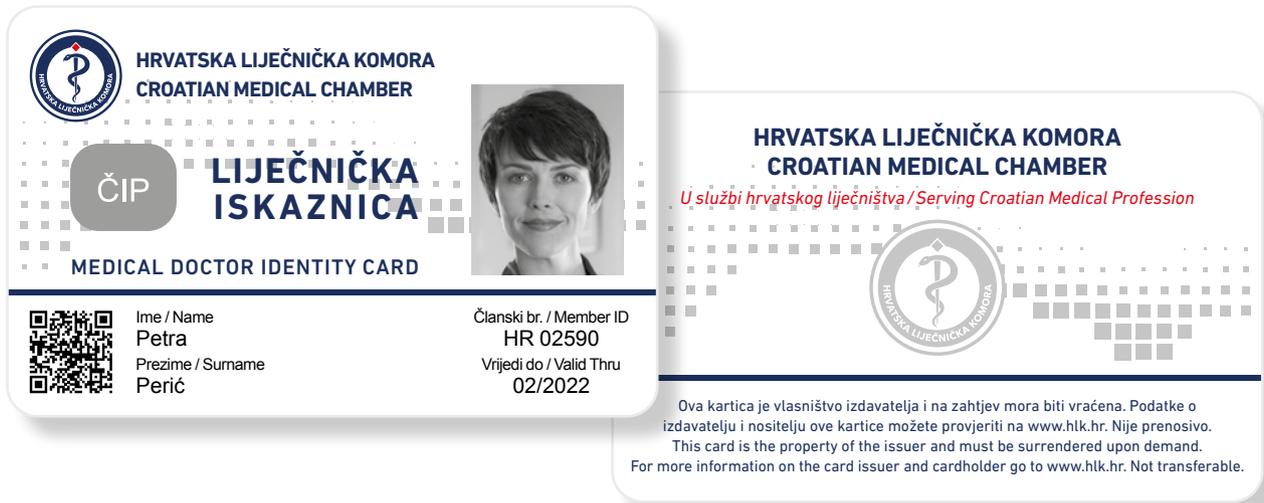
23. ožujka	Sudjelovanje na međunarodnom skupu o medicinskom pravu s predavanjem na temu medicinskog prava i komora u zdravstvu, Maribor (dr. M. Cvitković)
24. ožujka	V. kongres Hrvatskog traumatološkog društva, Zagreb (dr. sc. T. Goluža)
25. ožujka	Javnozdravstvena kampanja Dan narcisa, Zagreb
27. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Varaždin
28. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Požega
29. ožujka	Tematska sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora „Utjecaj manjka liječnika na perspektivu funkcionalne održivosti hrvatskoga zdravstvenog sustava“, Zagreb (dr. sc. T. Goluža, dr. sc. K. Luetić, prim. dr. A.-Z. Golem)
29. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Koprivnica
30. ožujka	Obilazak županijskog povjerenstva i tribina HLK-a, Čakovec
30. ožujka	V. hrvatski kongres školske i sveučilišne medicine, Opatija (dr. sc. I. Pejnović Franelić)
30. ožujka	Sastanak s predstavnicima Ekonomskog instituta vezano za registar neporeznih davanja, Zagreb (dr. I. Bekavac)
31. ožujka	Koncert za život-sjećanje na Anu Rukavinu i maestra Vjekoslava Šuteja, Zagreb (prof. dr. D. Vagić)

## Sastanci tijela Komore u ožujku 2017.

2. ožujka	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
3. ožujka	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
7. ožujka	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
23. ožujka	Sjednica Izvršnog odbora
24. ožujka	Sjednica Vijeća
24. ožujka	Sjednica Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost
27. ožujka	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
30. ožujka	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
1.–31. ožujka	3 rasprave na Časnom sudu

Besplatno fotografiranje svakog utorka i četvrtka tijekom travnja u Središnjem uredu HLK-a

# Nastavlja se fotografiranje za liječničke iskaznice



Zbog velikog interesa članova i u travnju nastavljamo s organiziranim fotografiranjem za potrebe izrade tzv. pametne liječničke iskaznice u Središnjem uredu Hrvatske liječničke komore, Zagreb, Ulica Grge Tuškana 37. i to svaki utorak i četvrtak od 17 do 19 sati. Do sada se u organizaciji Komore fotografirao 8.701 član, a na tzv. Portalu za liječniku (zatvoreni dio web portala namijenjen isključivo članovima Komore), učitano je preko 9 tisuća fotografija naših članova.

**Članovi imaju mogućnost dostaviti svoje biometrijske fotografije Komori i u digitalnom obliku i to na dva načina:**

1. Učitavanje fotografije s osobnog računala putem Portala za članove u rubrici Uredi profil
2. Dostavom fotografije s naznakom imena, prezimena i OIB-a na e-mail: [fotografija@hlk.hr](mailto:fotografija@hlk.hr)

Podsjećamo kako se prve tzv. pametne iskaznice s naprednim elektroničkim potpisom očekuju krajem svibnja. Članovima će omogućiti siguran način komunikacije s Komorom te brzo i jednostavno ostvarivanje članskih prava i pogodnosti.

ŽUPANIJA	broj fotografiranih članova
Bjelovarsko-bilogorska	120
Brodsko-posavska	289
Dubrovačko-neretvanska	100
Grad Zagreb	3119
Istarska	258
Karlovačka	233
Koprivničko-križevačka	160
Krapinsko-zagorska	253
Ličko-senjska	58
Međimurska	220
Osječko-baranjska	770
Požeško-slavonska	144
Primorsko-goranska	335
Sisačko-moslavačka	221
Splitsko-dalmatinska	1264
Šibensko-kninska	187
Varaždinska	273
Virovitičko-podravsko	138
Vukovarsko-srijemska	282
Zagrebačka županija	57
Zadarska	220
<b>UKUPNO:</b>	<b>8.701</b>





# Dugovi u zdravstvu nezaustavljivo rastu



Ukupan dug u hrvatskome zdravstvu iznosio je na kraju prošle godine 7,7 milijardi kuna. Sedam državnih bolnica završilo je 2016. godinu s minusom od pola milijarde kuna. Na prvome je mjestu KBC Zagreb koji je poslovao s gubitkom od 197,4 milijuna kuna, slijedi KBC Sestre milosrdnice s gubitkom od 79,6 milijuna kuna, KBC Osijek ima minus od 72,8 milijuna kuna dok je neslavno četvrto mjesto osvojio KBC Split s minusom od 53,7 milijuna kuna na računu.

Prošlu godinu s gubitkom su završile i KB Dubrava (32 mil. kn), KB Merkur (20,1 mil. kn) te Klinika za dječje bolesti Zagreb (9,1 mil. kn). Pozitivno

je poslovao KBC Rijeka koji je 2016. završio s plusom od 2,7 milijuna kuna, Klinika za ortopediju Lovran u plusu je 91 tisuću kuna te Klinika za infektivne bolesti Zagreb koja je u pozitivu sa 62 tisuće kuna. Najveći dio rashoda bolnicama odlazi na plaće zaposlenika, i to više od 50 posto, zatim na lijekove i održavanje.

Ministar financija Zdravko Marić izjavio je kako sadašnji sustav zdravstva financijski i fiskalno nije održiv te da ga treba korigirati i reformirati što će, najavio je, biti vidljivo i kroz Nacionalni program reformi. „Svjesni smo da je potrebno učiniti određene promjene i korekcije u samom sustavu.

Do sad su korekcije rađene uglavnom na prihodovnoj strani, a osobno smatram da je potrebno napraviti i određene korekcije i zahvate na troškovnoj strani kako bi sustav bio održiv“, otkrio je ministar.

Ministar zdravstva prof. dr. Milan Kujundžić rekao je pak kako se u prva dva mjeseca 2017. dug stabilizira i smanjuje. „U siječnju su s deficitom poslovali KB Dubrava i KBC Sestre milosrdnice, dok su ostale bolnice bile oko nule“, izjavio je ministar koji je uveo obvezu mjesečnog izvještavanja bolničkih ravnatelja o financijskom poslovanju zdravstvene ustanove kojoj su na čelu.

# Prof. dr. Željku Krznariću drugi mandat na čelu Hrvatskog liječničkog zbora

*Skupština HLZ-a ima ukupno 205 delegata. Za prof. Krznarića glasovalo je 144 od 163 nazočna delegata, a za prof. Brkljačića njih 145. Izborni postupak započeo je 1. prosinca 2016., sukladno odluci Glavnog odbora HLZ-a, a natječaj za izbor predsjednika i prvog dopredsjednika započeo je 21. prosinca 2016. i trajao je dva tjedna*



Prof. dr. Željko Krznarić u obraćanju delegatima Skupštine

Prof. dr. Željko Krznarić ponovno je, većinom glasova, izabran za predsjednika Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ) na redovitoj izbornoj skupštini održanoj 11. ožujka. Za prvog dopredsjednika Hrvatskog liječničkog zbora izabran je ponovno prof. dr. Boris Brkljačić, čime su delegati po drugi puta iskazali podršku radu profesora Krznarića i Brkljačića. Skupština HLZ-a ima ukupno 205 delegata. Za prof. Krznarića glasovalo je 144 od 163 nazočna delegata, a za prof. Brkljačića njih 145. Izborni postupak započeo je 1. prosinca 2016., sukladno odluci Glavnog odbora HLZ-a, a natječaj za izbor predsjednika i prvog dopredsjednika započeo je 21. prosinca 2016. i trajao je dva tjedna. Na Izornoj skupštini birani su i članovi Nadzornog odbora te Suda časti HLZ-a.

Prof. dr. sc. Krznarić kazao je kako je iznimno zahvalan kolegama delegatima na redovnoj Skupštini koji su mu odlučili ukazati



Prvi dopredsjednik HLZ-a, prof. dr. Boris Brkljačić

povjerenje kako bi zajedno nastavili s radom na unaprjeđenju liječničke struke u Hrvatskoj i podizanju njezinog međunarodnog ugleda te kako će u fokusu rada HLZ-a i dalje biti skrb o članstvu, brojnim liječnicima i medicine i dentalne medicine.

## Priznanje dosadašnjem angažmanu

“Velika mi je čast što su kolege profesora Brkljačića i mene podržali na izborima u Hrvatskom liječničkom zboru. To je priznanje našem dosadašnjem angažmanu i radu na programima Hrvatskog liječničkog zbora, usmjerenom na izvrsnost liječništva u Hrvatskoj i razvoj međunarodne suradnje. Sa svim ćemo stručnim društvima Zbora nastaviti kontinuirano raditi s ciljem poboljšanja skrbi o svim pacijentima u hrvatskom zdravstvenom sustavu“, rekao je prof. dr. sc. Krznarić nakon Skupštine kojoj su prisustvovali i ministar zdravstva prof. dr. sc. Milan Kujundžić, izaslanik predsjednice Republike Hrvatske dr. sc.

Tomislav Madžar, rektor Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. sc. Damir Boras, prof.dr.sc. Mirna Šitum, pročelnica Gradskog ureda za zdravstvo te predsjednik Hrvatske liječničke komore dr. sc. Trpimir Goluža. Skupštini su nazočili i dekan Medicinskog fakulteta u Zagrebu prof.dr.sc. Marijan Klarica, dekan Stomatološkog fakulteta u Zagrebu, prof. dr.sc. Hrvoje Brkić, predsjednica Akademije medicinskih znanosti Hrvatske prof. dr. sc. Jasna Lipozenić te brojni drugi ugledni liječnici.

### Obljetnica Liječničkog vjesnika

Profesor Željko Krznarić redoviti je profesor Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pročelnik Zavoda za gastroenterologiju KBC-a Zagreb, znanstveni savjetnik u području biomedicine i zdravstva, specijalist interne medicine s užom specijalizacijom iz gastroenterologije i hepatologije. Posebni je savjetnik Rektora zagrebačkog Sveučilišta za biomedicinu, zdravlje i prehranu, te zamjenik voditelja Studija medicine na engleskom jeziku Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Na mjesto predsjednika krovne strukovne udruge liječničkih i stomatoloških društava prvi put je izabran 2013. i tako postao nasljednik prof. dr. Željka Metelka za čijeg je mandata bio prvi dopredsjednik HLZ-a. Član je HLZ-a od 1984. godine.

Profesor Boris Brkljačić predstojnik je Kliničkog zavoda za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KB Dubrava, redoviti je profesor Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i voditelj kolegija iz radiologije na engleskom studiju na Medicinskom fakultetu, voditelj dva kolegija na poslijediplomskom studiju iz kliničke radiologije, voditelj dva mala izborna predmeta za studente 5. godine i voditelj dva predmeta na doktorskom studiju.

Inače, predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora može biti izabran na dva mandata, a za treći mandat mora dobiti dvotrećinsku većinu glasova Skupštine kao vrhovnog tijela HLZ-a. Zamjenjuje ga prvi dopredsjednik ako je privremeno onemogućen u obavljanju funkcije, prvog dopredsjednika zamjenjuje drugi dopredsjednik itd. U slučaju trajne spriječenosti predsjednika, Izvršni odbor Hrvatskog liječničkog zbora mora sazvati izvanrednu Izbornu skupštinu u roku 6 mjeseci. U slučaju povreda Statuta HLZ-a ili neaktivnosti, predsjednika i prvog dopredsjednika razrješuje Skupština, također na prijedlog Izvršnog odbora.

Hrvatski liječnički zbor danas ima oko 10.500 članova; od toga su 589 doktori dentalne medicine te 2137 umirovljenika. Unutarnji ustroj HLZ-a čini 26 podružnica, 145 stručnih društava te oko 50 sekcija i dva kluba. Ove godine HLZ slavi 143. godišnjicu svog osnutka te 140 godina Liječničkog vjesnika.



## Sv. Katarina

SPECIJALNA BOLNICA ZA ORTOPEDIJU,  
KIRURGIJU, INTERNU MEDICINU, NEUROLOGIJU,  
FIZIKALNU MEDICINU I REHABILITACIJU



THE LEADING HOSPITALS  
OF THE WORLD

## ZAPOŠLJAVA:

### 1. Specijalista anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja (m/ž)

Kandidat treba priložiti:

- diplomu medicinskog fakulteta
- važeće odobrenje za samostalan rad (licenca) u RH
- potvrdu o položenom specijalističkom ispitu iz anesteziologije, reanimatologije i int. liječenja
- obavezno specijalističko radno iskustvo u trajanju od minimalno 5 godina
- prednosti imaju kandidati s vještinom vođenja regionalne anestezije i poznavanjem rada ultrazvučno vođenom tehnikom
- zapošljava se **jedan izvršitelj/ica**
- obavezan životopis kandidata u Europass formatu
- zasnivanje rada na neodređeno vrijeme

### 2. Doktora/ica medicine (m/ž)

Kandidat treba priložiti:

- diplomu medicinskog fakulteta
- važeće odobrenje za samostalan rad (licenca) u RH
- zapošljava se **jedan izvršitelj/ica**
- obavezan životopis kandidata u Europass formatu

**Cijenjene prijave poslati na:**

**info@svkatarina.hr ili na  
adresu Specijalna Bolnica Sv. Katarina,  
Trpinjska 9, Zagreb**

## Monografija "Priča o nama" za 70. obljetnicu HLZ-a u Šibeniku



Brojni su šibenski liječnici koji su postali poznati i priznati zahvaljujući svom stručnom, znanstvenom, dobrotvornom, umjetničkom, društvenom pa i političkom radu i postignućima. "Likare" se spominje i o njima se u Šibeniku priča kao da još uvijek ordiniraju, kao da su još uvijek tu, zato što su Šibenčani u njima prepoznali i sačuvali one ljudske, moralne i stručne vrijednosti koje uvažavaju i časte časnom titulom LIKAR. Na to je podsjetila i monografija „Priča o nama“ koja je tiskana u povodu 70. obljetnice rada Hrvatskog liječničkog zbora – podružnica Šibenik, no ona obuhvaća više od jednog stoljeća altruizma, stvaralaštva, volonterskog rada i doprinosa šibenskih liječnika napretku i dobrobiti zajednice kako izvan vlastite struke tako i u okviru liječničkog zvanja i medicinske znanosti. Monografiju je pripremila i uredila dr. Danči Mihovilčević.

Iz HZZO-a

## Hrvati lani na bolovanju bili 497.324 dana više nego u 2015.



Na 3. redovnoj sjednici Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje usvojeno je izvješće o poslovanju HZZO-a za 2016. godinu. Nakon dugogodišnjih negativnih rezultata, HZZO je u 2016. poslovao pozitivno. Ostvaren je višak prihoda i primitaka u iznosu od 696.707.411 kuna. Dok su ukupni prihodi i primici HZZO-a u 2016. iznosili 23.725.904.027 kuna, što je za 7,09% više od ukupno ostvarenih prihoda u istom razdoblju 2015., rashodi i izdaci iznosili su 23.029.196.616 kuna. Na rezultat pozitivnog poslovanja u 2016. najviše je utjecala uspješna naplata potraživanja iz ranijih razdoblja prema međunarodnim ugovorima, tj. prihoda po izvršenom prijeboju u inozemnom osiguranju. Dodatan razlog za povećanje prihoda i primitaka je i povećanje broja aktivnih (zaposlenih) osiguranika, za 30.524 više u 2016. nego u 2015. godini, što je značilo i veće uplate doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje u 2016. godini.

- Ugovorna razdoblja su produljena do 30. lipnja 2017. za sve zdravstvene ustanove i privatne zdravstvene radnike te isporučitelje ortopedskih i drugih pomagala koji imaju sklopljene ugovore o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ili o isporuci ortopedskih i drugih pomagala.

- HZZO je u 2016. proveo 6.822 kontrole izvršavanja ugovornih obveza kod svojih ugovornih subjekata. U 3.750 kontrola (55%) svih provedenih kontrola nisu utvrđene nepravilnosti. U 3.072 kontrole (45%) provedenih kontrola utvrđeno je kršenje ugovornih obveza, zbog čega je izrečeno 1.136 opomena, 1.554 opomene s naplatom štete, 274 opomene s novčanom kaznom, 92 opomene s novčanom kaznom i naplatom štete, 16 opomena pred raskid ugovora, od toga 3 s novčanom kaznom i 9 s novčanom kaznom i naplatom štete, a pokrenuta su i 4 postupka za raskid ugovora.

- Kontinuirano su se provodile i kontrole privremene nesposobnosti za rad (bolovanja). Ukupna stopa bolovanja u 2016. je iznosila 3,06 (na teret poslodavca 1,35, a na teret HZZO-a 1,71). U odnosu na 2015. bila je ukupna stopa bolovanja u 2016. godini veća za 0,03, odnosno stopa bolovanja na teret poslodavca bila je manja za 0,06, dok je na teret HZZO-a bila veća za 0,09. Broj dana bolovanja veći je u 2016. nego u 2015. godini za 497.324 dana, a broj dnevno bolesnih veći je za 1.442. Kontrolori HZZO-a su u 2016. proveli 3.534 kontrole bolovanja i pregledali 7.157 osiguranika. U provedenim kontrolama zaključeno je 1.507 bolovanja ili 21% kontroliranih bolovanja.

## 8. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine

# Obiteljska medicina jedan od temelja zdravstvenog sustava

prof. prim. dr. sc. **BISERKA BERGMAN MARKOVIĆ**, predsjednica DNOOM-a



Na kongresu Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM), održanom sredinom ožujka u Zagrebu, predstavnici profesionalnih stručnih društva obiteljske medicine Republike Hrvatske iznijeli su svoj pogled na specijalizaciju iz obiteljske medicine (OM). Tome je prethodilo predstavljanje načina izvođenja specijalizacije iz obiteljske medicine predstavnika Bosne i Hercegovine, Bugarske, Crne Gore, Makedonije, Slovenije i Srbije. Međunarodni dio kongresa završio je okruglim stolom na temu „Specijalizacija iz obiteljske medicine“ na kojem su doneseni slijedeći zaključci:

1. Specijalizacija iz OM-a potrebna je i jednako vrijedna kao i sve ostale kliničke specijalizacije.
2. Iako specijalist OM-a igra jednu od centralnih uloga u racionalizaciji zdravstvenog sustava, ne iskorištava se njegovo znanje racionalno i opterećen je ogromnom administracijom. Zatraženo je zapošljavanje administrativnog radni-

ka ili dodatne medicinske sestre na dva liječnika OM-a.

3. Specijalizacija iz OM-a treba biti u zajedničkom pravilniku o medicinskom usavršavanju zdravstvenih radnika, uz centralizirano odlučivanje o raspisivanju natječaja prema postojećim potrebama kao i uz centralizirano financiranje.

4. Specijalizacija iz OM-a nužna je za samostalno obavljanje prakse.

5. U postojećoj organizaciji rada, liječnicima u koncesiji onemogućen je odlazak na specijalizaciju OM-a. Jedno od postojećih rješenja su grupne prakse koncesionara, u kojima bi se liječnici međusobno pokrivali kod odlaska na specijalizaciju.

6. Omogućiti liječnicima u koncesiji zapošljavanje mladog liječnika kako bi se omogućio kontinuitet zdravstvene zaštite pacijenta pri odlasku u mirovinu.

7. Jedan od načina zadržavanja mladih liječnika u OM-u i kako OM učiniti

atraktivnom, je ujednačavanje prihodovanja liječnika u PZZ-u.

8. Zatraženo je od Ministarstva zdravstva rješavanje tako važnog pitanja kao što je specijalizacija iz OM-a.

Iako je prethodno potvrđen dolazak predstavnice Ministarstva zdravstva na dan Međunarodne sekcije, ispričan je njezin izostanak. Sudionici okruglog stola bili su prof. dr. sc. Biserka n Marković (MEF Sveučilišta u Zagrebu), prim. Ljubin Sukrijev (AGP/FM, SEE), prof. dr. sc. Ines Diminić Lisica (MEF Sveučilišta u Rijeci), Dragan Soldo (HDOD-HLZ), prim. Ines Balint (KOHOM), Josipa Rodić (UKPZZ), dr. sc. Krešimir Luetić (HLK, prvi dopredsjednik) Ivan Lerotić (HLK, predsjednik Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika), Jasna Dvorščak (HZZO), dr. Marko Rađa (DZ Splitsko-dalmatinske županije), Zoran Maravić (HDPEZE). Moderator okruglog stola bila je doc. dr. sc. Jasna Vučak.

## Legama za djecu superjunake dodijeljena nagrada za filantropie godine



Osječka zaklada *Slagalica* dodijelila je priznanje „Johann Kohlhoffer“ za filantropa godine inicijativi *Lege za djecu superjunake*. Ta inicijativa okuplja

jedanaest pojedinaca koji svojim novcem i svojim neposrednim aktivnim sudjelovanjem u zajednici pomažu socijalno ugroženima te svojim primjerom potiču i ostale članove zajednice na zajedničko djelovanje i pomaganje.

*Lege za djecu superjunake* široj su javnosti postali poznati po svojoj humanitarnoj akciji u kojoj su u samo tri dana vožnjom biciklima i trčanjem prešli dionicu dugu više od tisuću kilometara od Osijeka do Dubrovnika, a sav prikupljeni novac donirali su Klinici za pedijatriju osječkog KBC-a.

U okviru te velike humanitarne akcije dogovorena je i suradnja s dubrovač-

kom poliklinikom Glavić koja je bolesnoj osječkoj djevojčici donirala program neurorehabilitacije, dok su *Lege* osigurale sredstva za troškove puta i smještaja u Dubrovniku.

Trojica aktivnih članova ove inicijative naši su kolege liječnici Igor Berecki, Joško Glavić i Dragan Maloševac, lega, gospar i purger, koji su prilikom preuzimanja ovog priznanja najavili nove akcije i inicijative. Berecki i Maloševac našim su čitateljima poznati kao autori redovne humoristične rubrike *Hitnjak*. Nagradu im je na svečanosti u hotelu *Osijek* ispred *Zaklade Slagalica* uručio Vladimir Šišljagić, župan Osječko-baranjske županije.

## Simpozij o istraživanju i bolestima mozga

MARIJAN LIPOVAC, Ured za odnose s javnošću i medije HAZU-a

U sklopu 16. Tjedna Mozga održan je 16. ožujka u Hrvatskoj akademiji znanosti i umjetnosti Simpozij o istraživanju i bolestima mozga te u sklopu njega i minisimpozij Izazovi istraživanja mozga: prve tri i prvih trideset godina života, te 15. Znanstveni skup o poremećajima mozga. Simpozij je otvorio predsjednik HAZU-a akademik Zvonko Kusić koji je kazao da je područje neuroznanosti i bolesti mozga posljednjih godina iznimno popularizirano u hrvatskoj javnosti, zahvaljujući prije svega akademiku Ivici Kostoviću i akademkinji Vidi Demarin. Posebno je istaknuo zasluge akademika Kostovića kao utemeljitelja i dugogodišnjeg ravnatelja Hrvatskog instituta za istraživanje mozga koji je napravio velike iskorake u medicini spojivši bazičnu znanost i praksu te povezivanjem s neuroznanosti s drugim područjima medicine, poput medijatrije.

### Razvitak mozga tijekom prvih godina života

Razvitak i vulnerabilnost mozga tijekom prenatalnog razdoblja i prvih godina života ključne su teme u medicini, kognitivnim znanostima i sustavu odgoja i obrazovanja.

Znanstvenici se pitaju kako se interakcijom genetski ustrojenih neuronskih mreža i okoline razvijaju složene umne funkcije koje nas čine ljudima, od svijesti o sebi i drugima do naprednih kognitivnih sposobnosti i govorne komunikacije i jezika. Istodobno javnost treba upoznati s mogućnostima prevencije cerebralne paralize i drugih neurorazvojnih poremećaja, kao i spoznajama o autizmu i shizofreniji kao razvojnim poremećajima. Multidimenzionalni pristup neurorazvojnim poremećajima treba proširiti boljim slikovnim prikazom mozga (imaging) koji omogućuje ranu detekciju, ali i promovirati nove komplementarne terapijske pristupe kao što su robotski potpomognuta i kompjuterom unaprijeđena neurorehabilitacija, s razvojem scenarija virtualne realnosti, rehabilitacijske robotike itd. Simpozij su organizirali Odbor za neuroznanost i bolesti mozga Razreda za medicinske znanosti HAZU-a, Međunarodni institut za zdravlje mozga, Hrvatsko društvo za neuroznanost, Znanstveni centar izvrsnosti za temeljnu, kliničku i translacijsku neuroznanost te Hrvatski institut za istraživanje mozga MEF-a u Zagrebu.

# 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

Mi pitamo, stručnjaci odgovaraju

# Što smatrate najvećim izazovom u zdravstvu svoje županije?

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

## DUBROVAČKO – NERETVANSKA ŽUPANIJA

Zbog svojih brojnih specifičnosti (velik broj naseljenih otoka, slaba prometna povezanost, velike udaljenosti unutar same županije) Dubrovačko-neretvanska županija (DNŽ) izuzetno je zahtjevna i u smislu zaštite zdravlja svoga stanovništva. Stoga postoje brojni izazovi u zdravstvu s kojima se susrećemo, a najvažnije ću ovdje spomenuti.

1. U čitavoj Hrvatskoj, a posebice u DNŽ-u vidljiv je nedostatak liječnika, ali i većine drugih zdravstvenih radnika u mnogim zdravstvenim ustanovama. Jedan od najvažnijih prioriteta je kako privući liječnike na rad i ostanak u DNŽ-u.
2. Kardiovaskularne bolesti i rak najvažniji su uzroci pobola i smrtnosti u DNŽ-u. Potrebno je djelovati na poboljšanje stila života stanovnika, prije svega na promicanju nepušenja, pravilnoj prehrani i redovitom bavljenju tjelesnom aktivnošću. U sklopu toga treba ojačati znanja i koristiti kapacitete socijalnog marketinga te podizati odaziv stanovnika na Nacionalne preventivne programe ranog otkrivanja raka.
3. Zbog nezamjenjive uloge turizma u

gospodarskom razvoju naše županije nužno je više raditi na zaštiti zdravlja turista kreiranjem veće ponude u turističkoj medicini i zdravstvenom turizmu. Uz očuvanje dosadašnjih standarda neophodno je razvijati nove. Nije potrebno posebno obrazlagati što bi jedna veća epidemija u srcu sezone mogla značiti za gospodarstvo.

4. Raditi na podizanju važnosti preventive kao temeljne odrednice zdravlja stanovništva kroz razvoj javnozdravstvene djelatnosti i pojačanog financiranja od strane HZZO-a.

5. Spriječiti širenje novih vektorskih raznih bolesti (denga groznica, groznica Zapadnog Nila, Zika virusna infekcija) i ponovno javljanje zaraznih bolesti protiv kojih se cijepimo. Svakodnevno raditi na podizanju procijepljenosti djece u našoj županiji, budući da je među najnižima u Hrvatskoj.

6. Prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 126/06) službe za zdravstvenu ekologiju županijskih Zavoda za javno zdravstvo (ZZJZ) trebale bi odrađivati više poslova pod točkom 3.5. Zdravstvena ekologija. Napominjem kako županijski zavodi nemaju



Mato Lakić, dr.med., spec. epidemiologije, ravnatelj Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije

ugovorene timove zdravstvene ekologije sa HZZO-om te bi valjalo osigurati financiranje tima zdravstvene ekologije od strane HZZO-a.

7. Omogućiti korištenje podataka relevantnih za djelatnosti ZZJZ-a iz sustava CEZIH, kao što su prijave zaraznih bolesti, prijave malignih neoplazmi i godišnja statistička izvješća.

## ZADARSKA ŽUPANIJA



Zoran Škratić, dr. med. spec. psihijatar  
ravnatelj Zavoda za javno zdravstvo Zadar  
e-mail: ravnatelj@zjz.t-com.hr

Prema demografskim pokazateljima u Zadarskoj županiji (ZŽ) od 1997. godine do danas uočavamo da se povećava očekivano trajanja života, sve je izraženije starenje stanovništva, a u posljednje vrijeme pratimo negativan prirodni prirast i negativan

## VUKOVARSKO-SRIJEMSKA ŽUPANIJA

Zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije (VSŽ) dijeli sudbinu našega cjelokupnog zdravstva, ali je nužno istaknuti kako geografske, kulturne, tradicijske osobitosti, a posebice posljedice Domovinskog rata i loša demografska slika naše Županije determiniraju sliku zdravlja i zahtjeve koji su pred našim zdravstvom. Mreža naših javnozdravstvenih ustanova osigurava stanovništvu podjednaku dostupnost zdravstvene zaštite, ali ključni problem je nedostatak zdravstvenog kadra, posebice liječnika. Nepovoljno stanje kadrova je dijelom povezano i sa izrazito lošom demografskom slikom naše Županije u kojoj, uz negativan prirodni prirast, problem predstavlja negativan saldo ukupne (unutarnje i vanjske) migracije stanovništva. Riješenje ovoga problema je izazov koji nadilazi lokalnu razinu kao i sam sektor zdravstva te zahtjeva cjeloviti pristup općenito problemu odlaska stručnog i visokoobrazovanog kadra, posebice iz Slavonije. U takvim okolnostima, ključni izazov je osigurati dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, a što se nastoji suradnjom između naših zdravstvenih ustanova i ustanova iz susjednih Županija. Prema zdravstvenim poka-

ukupni migracijski saldo. U gotovo svim gradovima i općinama uočavamo smanjenje udjela mlađih dobnih skupina, a broj osoba koje spadaju u populaciju 80 i više godina starosti se udvostručio. Saldo migracija među županijama je u kontinuiranom padu, ali je cijelo vrijeme pozitivan, dok je od 2012. godine saldo migracija s inozemstvom negativan, sa tendencijom rasta iseljavanja. Broj sklopljenih brakova je u padu, dok je broj razvoda braka u kontinuiranom porastu. U 1997. godini u ZŽ se razvodio svaki deveti brak (105 razvedenih/1.000 sklopljenih) dok se u 2015. godini razvodio svaki četvrti brak (268 razvedenih/1.000 sklopljenih).

Najveći broj umrlih u ZŽ je od posljedica kardiovaskularnih bolesti, potom slijede novotvorine. U slučaju kardiovaskularnih bolesti preventivne aktivnosti usmjerene na smanjenje učestalosti faktora rizika mogu dovesti do 80% smanjenja prijevremenih smrtnosti od ove skupine bolesti. Broj umrlih od novotvorina se povećao za 105%, a broj novooboljelih se povećao za 70%. Broj hospitalizacija zbog novotvorina se povećao za 38%. U ukupnim hospitalizacijama 1998. godine novotvorine su

zateljima u našoj Županiji, kao i u cijeloj Hrvatskoj, gotovo polovina umrlih umire od bolesti cirkulacijskog sustava te više od četvrtine umrlih umire od zloćudnih bolesti, a gledajući zdravstveno stanje stanovništva u cjelini kronične bolesti su vodeći javnozdravstveni problem. Uz takvu sliku zdravlja i vodeće uzroke smrti te uz trend starenja stanovništva, poseban izazov za nas je unaprijeđenje palijativne skrbi koju treba sve veći broj pacijenata, posebice ako uzmemo u obzir kako palijativnu skrb treba i veliki broj neoplazmičkih bolesnika (neurološke bolesti, zatajenje srca, pluća, bubrega), a zahvaljujući sve dužem preživljavanju ta skrb će i duže trajati. Stoga je u našoj Županiji nužno proširiti postojeću mrežu mobilnih palijativnih timova sa dva (DZ Vukovar i DZ Vinkovci) na još jedan tim u DZ Županja te na taj način osigurati podjednaku dostupnost primarne palijativne skrbi u cijeloj Županiji, a sekundarnu skrb, koja se provodi u našim bolnicama u Vukovaru i Vinkovcima, organizirati kao samostalne bolničke palijativne jedinice sa multidisciplinarnim timovima. Gledajući zdravstvo u VSŽ u cjelini, unatoč

činile 12% sa prosječnom dužinom liječenja od 13 dana, a u 2015. godini su činile 16%, sa prosječnom dužinom liječenja od 9 dana. Od 2008. godine značajan dio liječenja novotvorina se provodi kroz dnevne bolnice te je zabilježeno povećanje od 142% (2008.g.-2.564; 2015.g.-6.202 hospitalizacija). Preventivnim programima ranog otkrivanja raka povećava se broj slučajeva otkrivenih u početnom stadiju, a tada je uspješnost liječenja veća.

Jačanjem uloge Zavoda za javno zdravstvo u svim djelatnostima vezanim za promicanje zdravlja, unaprijeđenje zdravstvene pismenosti uz pokretanje i provođenje preventivnih zdravstvenih mjera i programa te uz mjere redovitog nadzora nad okolišnim čimbenicima zdravlja možemo značajno doprinijeti prevenciji bolesti te smanjenju smrtnosti.

Povećanje broja jedno-roditeljskih obitelji te povećanje broja samačkih starijih kućanstava zahtijevat će intervencije u području socio-ekonomskih odrednica zdravlja za ove vulnerabilne skupine. Smanjenje udjela mlađih, povećanje udjela starijih dobnih skupina utjecat će na mijenjanje morbiditetnih i mortalitetnih pokazatelja, a to će zahtijevati promjene u planiranju zdravstvenog sustava, osobito dnevnih bolnica i palijativne skrbi.



Kata Krešić, dr. med. spec. epidemiolog,  
ravnateljica Zavoda za javno zdravstvo  
Vukovarsko-srijemske županije,  
e-mail: kata.kresic@zjzjz-vs.hr

poteškoćama učinjeno je puno u cjelokupnoj zdravstvenoj zaštiti kao i na promociji zdravlja i javnozdravstvene svijesti, a pred nama je ključni izazov unaprijeđenje mjera preveniranja i što ranijeg otkrivanja bolesti koje su vodeći uzroci trajne onesposobljenosti i smrti.

# Nealkoholna masna bolest jetre

Autori: dr. sc. IVANA MIKOLAŠEVIĆ, dr. med.; prof. dr. sc. SANDRA MILIĆ, dr. med.

Zavod za gastroenterologiju KBC-a Rijeka, ivana.mikolasevic@gmail.com; smilic05@gmail.com

Na Zavodu za gastroenterologiju KBC-a Rijeka posljednjih se nekoliko godina intenzivno istražuju nealkoholna masna bolest jetre (NAFLD) i njezine povezanosti s izvanjetrenim kroničnim bolestima. Kroz interdisciplinarni pristup, kroz povezivanje hepatologije s drugim granama interne medicine (nefrologija, kardiologija, pulmologija i endokrinologija), na Zavodu za gastroenterologiju posljednjih pet godina objavljeno je 26 radova indeksiranih u SCIE i CC bibliografskim bazama podataka, 4. veljače je Zavod s Hrvatskim gastroenterološkim društvom organizirao u Rijeci prvi tečaj na temu nealkoholne masne bolesti jetre, a pod nazivom "Metabolički sindrom i nealkoholna masna bolest jetre – posljedica današnjeg načina života".

## Dijagnostički kriteriji

Cilj je bio sažeto prikazati ključne točke u pogledu NAFLD-a, od definicije, epidemiologije, patofiziologije, kliničke slike do dijagnostičkih kriterija za potvrdu dijagnoze, kao i do povezanosti NAFLD-a s izvanjetrenim manifestacijama i mogućnostima liječenja, uključujući i transplantaciju jetre. S obzirom na sve veći broj takvih pacijenata u ambulantama liječnika obiteljske medicine donesene su preporuke kako u praksi bolest prepoznati, dijagnosticirati i liječiti te koje pacijente je potrebno uputiti pojedinim supspecijalistima.

Naglašavajući potrebu interdisciplinarnog pristupa, osobito nam je drago što su predavači bili, osim gastroenterologa i hepatologa iz različitih centara u Hrvatskoj, bili i nefrolozi, endokrinolozi, specijalisti medicinske biokemije te predstavnici liječnika obiteljske medicine. Ne manje važno, u tečaj su aktivno bile uključene i medicinske sestre koje skrbe o takvim bolesnicima. O važnosti ove teme govori dobra posjećenosti tečaja, a posebno velik broj liječnika obiteljske medicine



Tečaj je donio sljedeće zaključke. Nealkoholna masna bolest jetre danas je najčešća kronična bolest jetre. NAFLD je usko povezan s metaboličkim sindromom (MetS) i svim njegovim komponentama; arterijskom hipertenzijom, šećernom bolesti tipa 2 (T2DM), pretilošću i dislipidemijom. Danas NAFLD smatramo jetrenom manifestacijom MetS-a.

Sukladno porastu incidencije debljine i MetS-a i svih njegovih komponenti, raste i incidencija NAFLD-a. Pretpostavlja se da trećina svjetske populacije ima ovu bolest jetre pa NAFLD trenutno predstavlja drugu najčešću indikaciju za transplantaciju jetre u SAD-u. Pretpostavlja se da će za 15 godina postati najčešći uzrok terminalne bolesti jetre, hepatocelularnog karcinoma (HCC), a time i najčešća indikacija za liječenje transplantacijom jetre. Sljedeća zabrinjavajuća činjenica su istraživanja koja su posljednjih godina pokazala da je NAFLD povezan s nizom izvanjetrenih kroničnih bolesti, bilo kao pokazatelj povećanog rizika, bilo kao čimbenik koji je aktivno uključen u njihovu patogenezu. NAFLD se danas najčešće povezuje s kardiovaskularnim bolestima, kroničnom bubrežnom bolesti, T2DM, ali i nekim

drugim kroničnim bolestima koje su nam od javnozdravstvenog značaja, kao npr. kolorektalnim karcinomom, te njegovim pretečama odnosno adenomatoznim polipima kolona.

## Ne postoji univerzalna terapija

NAFLD je nezavisni prediktor povećanog kardiovaskularnog rizika, stoga se svakako preporučuje probir na kardiovaskularne bolesti kod bolesnika s NAFLD-om. Dosađajna istraživanja pokazala su da NAFLD povećava rizik za razvoj kronične bubrežne bolesti te da je NAFLD povezan s 2-5 puta većim rizikom za razvoj T2DM te da je stoga liječenje NAFLD-a postalo značajna stavka kliničarima diljem svijeta.

Za NAFLD danas ne postoji dovoljno učinkovita i univerzalna terapija. Lijekovi koji najviše obećavaju su inhibitori renin-angiotenzin-aldosteronskog sustava (RAAS inhibitori), pioglitazon, inkretini, obetikolična kiselina i vitamin D. Važno je utvrditi koji su bolesnici kandidati za probir na NAFLD i koja je optimalna metoda za dijagnozu. Kandidati za probir su svi bolesnici s jednom ili više komponenti MetS-a, odnosno svi bolesnici s arterijskom hipertenzijom i/ili šećernom bolesti tipa 2 i/ili pretilošću i/ili dislipidemijom.

U pristupu bolesniku sa sumnjom na NAFLD moramo voditi brigu o tome da bolesnik ne konzumira značajnu količinu alkohola (>20 g/dan kod muškaraca i >10 g/dan kod žena) te da su isključene druge kronične bolesti jetre (npr. virusni hepatitis, kolestatske, autoimune i druge metaboličke bolesti jetre, celijakija...). Nužno je razmišljati o tome da su nam jetreni enzimi (AST, ALT, GGT) uredni u oko 50% bolesnika s NAFLD-om i stoga nisu pouzdana dijagnostička metoda. Od neinvazivnih metoda posljednjih je godina sve važnija tranzijentna elastografija s CAP-om (FibroScan® s CAP-om), koja je po principu rada slična ultrazvučnom pregledu, a omogućuje istodobnu detekciju i steatoze i fibroze jetre. Obuhvaća 100x-200x veći volumen parenhima jetre od biopsije jetre. A to je metoda koju možemo i ponavljati. Na simpoziju je zaključeno da je u bolesnika sa značajnim promjenama detektiranih pomoću FibroScana® uz prisutne rizične čimbenike (T2DM, MetS...) potrebno razmotriti biopsiju jetre. Pod „značajnim promjenama“ podrazumijevaju se vrijednosti tvrdoće jetre (LSM)  $\geq 7,9$  kPa detektirane pomoću M sonde i  $\geq 7,2$  kPa detektirane pomoću XL sonde. Biopsiju jetre potrebno je razmotriti i u bolesnika koji su visoko rizični za razvoj progresivne bolesti jetre (oni s MetS-om, T2DM-om u dobi >50 godina), koji imaju značajnu steatozu jetre detektiranu pomoću FibroScana® s CAP-om i alteriran jedan ili više jetrenih enzima (AST, ALT, GGT). Probir na HCC potrebno je provoditi 2x godišnje kod bolesnika sa stupnjem fibroze F4 po Metaviru (oni s cirozom jetre), a kod bolesnika sa stupnjem fibroze F3 jedan put godišnje. Probir na HCC sastoji se od analize alfa-1-feto-proteina i UZV-a abdomena.

Zaključno možemo reći da je NAFLD relativno „nova bolest“ čija incidencija značajno raste i da NAFLD nije samo bolest jetre, stoga predstavlja sve veći problem kliničarima, kao i liječnicima obiteljske medicine. No, još uvijek nemamo jasne preporuke kako pratiti ove bolesnike niti postoji univerzalni lijek.



# KONFERENCIJA INTENZIVNI RAZVOJ VJEŠTINA U ZDRAVSTVU

Hotel Sheraton,  
22. travnja i 27. svibnja 2017.  
09:00 - 15:30 h

## IZABERI SVOJU RADIONICU!



**10%  
popusta s  
promotivnim kodom  
BBLK17**

Kotizacija iznosi 1.200,00kn + PDV. Kotizacija za med. sestre iznosi 700,00 kn + PDV. Za četiri uplate iz iste ustanove dodatni popust od 10%. Kotizacija uključuje: sudjelovanje na konferenciji/radionicama, materijale, pauzu za kavu, ručak. Uplate na IBAN HR9823400091110451361 (Privredna banka) uz naspomenu „Bagatin Akademija“. Više informacija na 01 606 1379.



"Postanite dio našeg  
tima specijalista!"

Trenutno tražimo:

- Specijalizanta plastične kirurgije
- Specijalista plastične kirurgije
- Medicinsku sestru/tehničara
- Medicinsku sestru/tehničara – instrumentara

Nudimo: izvrsne uvjete rada, rad s najnovijom tehnologijom, kontinuirane edukacije i profesionalno usavršavanje, rad u dinamičnom i stručnom timu i stimulativna primanja!  
Pošaljite CV i motivacijsko pismo na mail [hr@poliklinikabagatin.hr](mailto:hr@poliklinikabagatin.hr)



U lipnju se održava 10. jubilarna ISABS znanstvena konferencija

# Petero Nobelovaca na konferenciji u Dubrovniku

Autor: **ANDREJA BRATIĆ**; andrejabratic@gmail.com

Više od pet stotina sudionika iz četrdesetak zemalja svijeta okupit će se ovog lipnja u Dubrovniku na desetoj, jubilarnoj ISABS znanstvenoj konferenciji. Radi se, naime, o znanstvenom skupu koji u Hrvatsku dovodi istaknute Nobelovce i svjetske znanstvenike koji će tom prilikom raspravljati o personaliziranoj medicini i trendovima koji će trajno promijeniti medicinske znanosti kakve danas poznajemo. Konferencija pod nazivom „The Tenth ISABS Conference on Forensic and Anthropologic Genetics and Mayo Clinic Lectures in Individualized Medicine“ održat će se od 19. do 24. lipnja u Dubrovniku i jedan je od najznačajnijih svjetskih znanstvenih događaja ove godine. Skup organiziraju International Society for Applied Biological Sciences (ISABS), vodeća američka zdravstvena institucija Mayo Clinic i Specijalna bolnica Sveta

Katarina, a suorganizatori su niz vodećih znanstvenih institucija iz SAD-a, Hrvatske i Njemačke.

- Budući da je jubilarna, tom ćemo prilikom proslaviti i 20 godina postojanja Međunarodnog društva za primijenjene biološke znanosti (ISABS) – najavio je predsjednik ISABS-a, Dragan Primorac.

## Predavači s prestižnih svjetskih institucija

Konferencije u organizaciji ISABS-a jedan su od najpoznatijih hrvatskih znanstvenih brendova u svijetu.

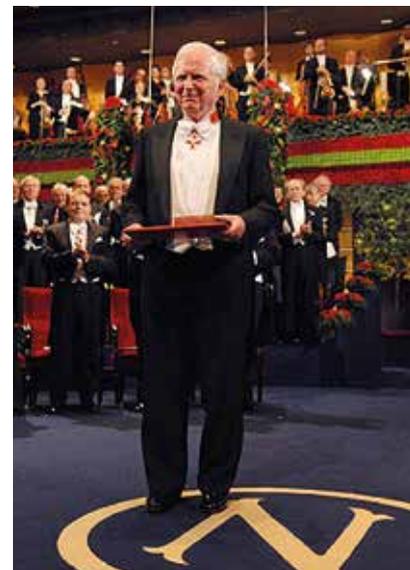
U radu kongresa sudjelovat će 53 pozvana predavača koji dolaze s prestižnih svjetskih institucija, poput: Harvard School of Medicine, Mayo Clinic, The Technion – Israel Institute of Technology, University of Cambridge, Duke University, University of New Haven, National Institutes of Health-NIH, Max Planck Institute,



Nobelovci prof. dr. Aaron Ciechanover (prvi s lijeva) i prof. dr. Robert Huber (desno) s prof. dr. Draganom Primorcem



Prof. Ada E. Yonath



Prof. dr. Herald zu Hausen

Thomas Jefferson University, Weizmann Institute of Science, George Washington University, Penn State University, Cleveland Clinic...

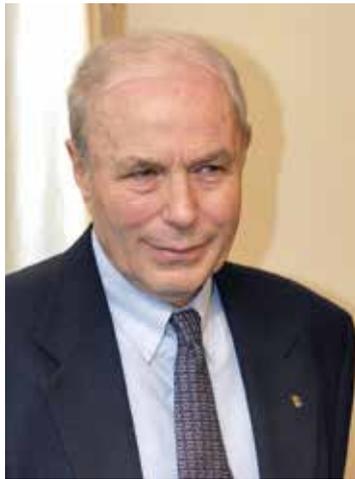
- Posebno me veseli što će među sudionicima biti i hrvatski znanstvenici te niz studenata iz Hrvatske i inozemstva – dodaje Primorac.

### Najcitiraniji svjetski znanstvenici

Teme kojima će se kongres baviti su: personalizirana i regenerativna medicina, stanična i genska terapija, farmakogenomika, molekularna dijagnostika, mikrobiom, te antropološka i forenzička genetika, a predavači su trenutno među najcitiranijim svjetskim znanstvenicima iz navedenih područja. Za klinički dio programa odgovorna je Mayo Clinic te direktor programa prof. dr. Tamas Ordog dok antropološki i forenzični program koordinira prof. dr. Manfred Kayser te ugledni stručnjaci s Američke akademije za forenzične znanosti. Personalizirana medicina, koja će biti jedna od glavnih tema i o kojoj se već govorilo i na dosadašnjim ISABS konferencijama, pojednostavljeno predstavlja „pravu terapiju za pravog pacijenta u pravo vrijeme“. A upravo je tu vrstu medicine bivši američki predsjednik Barack Obama često isticao kao prioritet tamošnjeg zdravstva.

U radu kongresa sudjelovat će pet dobitnika Nobelove nagrade: prof. dr. Paul Modrich, prof. dr. Ada E. Yonath, prof. dr. Avram Hershko, prof. dr. Robert Huber i prof. dr. Herald zur Hause, što ovaj znanstveni skup u Dubrovniku čini najvećim skupom Nobelovaca izvan Švedske.

**Prof. dr. Paul Modrich** Nobelovu nagradu je dobio 2015. za rezultate istraživanja mehanizama popravaka oštećenja DNA, za koje je dokazano da uzrokuje nastanak brojnih bolesti uključujući i nasljedne i zloćudne bolesti. **Prof. dr. Ada Yonath** je prva Izraelka te prva žena s Bliskog istoka koja je dobila Nobelovu nagradu za znanost. Predmet njenih istraživanja su bili ribosomi, stanične organele koje imaju



Prof. dr. Avram Hershko

**Ovaj znanstveni skup okupit će u Hrvatskoj istaknute Nobelovce i svjetske znanstvenike koji će raspravljati o personaliziranoj medicini i trendovima koji će trajno promijeniti medicinske znanosti kakve danas poznajemo**



Prof. dr. Paul Modrich

ključnu ulogu u prevođenju RNA u protein. **Prof. dr. Avram Hershko** dobio je, zajedno s prof.dr. Aaronom Ciechanoverom, Nobelovu nagradu zbog otkrića malog, ali iznimno važnih proteina ubikvitina koji ima ulogu označavanja proteina koji se trebaju razgraditi. **Prof. dr. Herald zu Hause** je za svoja istraživanja raka vrata maternice i uloge ljudskog papiloma virusa (HPV-a) u nastanku te bolesti nagrađen Nobelovom nagradom, dok je **prof. dr. Robert Huber** prvi izveo kristalizaciju intermembranskoga proteina koji je izuzetno važan za fotosintezu u bakterijama, a istodobno je odredio i njegovu strukturu.

Osim istaknutih Nobelovaca, dolazak u Dubrovnik potvrdili su brojni ugledni znanstvenici i stručnjaci iz: Izraela, Australije, Španjolske, Italije, Belgije, Njemačke, Amerike, Nizozemske...

- Devedesetih godina je cijela logistika konferencije u Hrvatskoj bila vezana uz prof. dr. Šimuna Anđelinovića i mene. Danas o snazi ISABS-a najbolje govore sljedeći podaci: do sada je u radu ISABS-ovih konferencija sudjelovalo više od 4000 znanstvenika i oko 550 pozvanih predavača ukupno iz 70 država, u radu znanstvenog odbora ISABS-a sudjeluje četvero dobitnika Nobelove nagrade, web stranica ISABS-a je posjećena više od milijun puta, a od veljače ove godine ISABS je postao pridružena organizacija Američkoj akademiji za forenzične znanosti u čijim redovima je 7000 vodećih forenzičara svijeta.

### Iznimno važna konferencija

Američka akademija za forenzične znanosti u svojoj je povijesti samo dva puta izglasala ovakav status jednoj drugoj organizaciji. Važno je napomenuti da imamo višegodišnju uspješnu suradnju s HAZU-om koji je tradicionalno pokrovitelj ISABS-ovih događanja u Hrvatskoj, a službeni časopis ISABS-a je Croatian Medical Journal – ističe prof.dr. sc. Primorac, inače i predsjednik Odbora za međunarodne odnose Američke akademije za forenzične znanosti.

# Dr. sc. Marasović Šušnjara: Specijalizacija iz javnog zdravstva usklađena je s programom UEMS-a

Dr. sc. IVA PEJNOVIĆ FRANELIĆ

Vežano uz članak "Zdravlje nacije temeljna je snaga svake nacije" autorice Danijele Dujmović Ojvan objavljen u Liječničkim novinama (br. 157, ožujak 2017., str.18) zaprimili smo osvrt kolegice dr.sc. Ivane Marasović Šušnjara, dr. med., spec. javnog zdravstva, a nastavno na navod u spomenutom članku koji glasi: "Tu je i kompleksno pitanje javnozdravstvenih specijalizacija, jer su naše tradicionalno drukčije uređene nego u članicama Europske unije. Otkad je Hrvatska postala njezinom članicom, svoj je program specijalizacija trebala prilagoditi programu Europske unije medicinskih specijalizacija (UEMS). No, UEMS ima jednu specijalizaciju iz javnog zdravstva, a mi imamo tri (iz epidemiologije i iz javnog zdravstva te subspecijalizaciju iz zdravstvene ekologije), što znači da niti jedna neće biti priznata na teritoriju EU-a..."

Dr. sc. Marasović Šušnjara osvrnula se na navedenu tvrdnju koja vežano uz specijalizaciju iz javnozdravstvene medicine nije točna, odnosno pojašnjava kako je usklađena specijalizacija iz javnozdravstvene medicine prema programu Europske unije medicinskih specijalizacija (UEMS) uvedena u Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz 2011. godine (NN 100/2011), a prijašnja specijalizacija je u sustavu stečenih prava prema članku 23. Direktive 2005/36/EC i članku 46. Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (NN 82/2015).

Opservacija kolegice Marasović Šušnjara je ispravna te se radi o previdu u navedenom članku.

U Hrvatskom zdravstveno statističkom ljetopisu za 2015. godinu, koji izdaje Hrvatski zavod za javno zdravstvo možemo pročitati kako je između ostalih, doktora medicine (specijalisti po granama specijalnosti sa zaposlenjem u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj u 2015. godini) specijalista javnog zdravstva bilo 25, socijalne medicine s organizacijom zdravstvene zaštite 12, higijene 1, epidemiologije 154, školske i adolescentne medicine 197, zdravstvene ekologije 4 itd.(1)

Osim spomenute specijalizacije iz javnozdravstvene medicine i druge specijalizacije poput specijalizacije iz epidemiologije i subspecijalizacije iz zdravstvene ekologije te specijalizacije iz školske i adolescentne medicine, tradicionalno su prisutne u Hrvatskoj. Svaka od njih prošla je svoj put razvoja koji se tijekom vremena mijenjao.

Kako je navedeno u članku Hrvatskog časopisa za javno zdravstvo (HČJZ) autora Aleraj B., Vorko-Jović A., znanja iz područja epidemiologije i javnog zdravstva razvijaju se tijekom prošlog stoljeća vežano uz istraživanje učestalosti i smrtnosti od određenih bolesti, glavnih uzroka i uvjeta širenja, a s ciljem sprječavanja daljnje pojave i zaustavljanja širenja bolesti. U Hrvatskoj je specijalizacija liječnika iz epidemiologije ustanovljena 1950. godine. Prema navedenom članku u HČJZ u Njemačkoj, Poljskoj, Češkoj postoji liječnička specijalizacija koja u svojem imenu nosi naziv „epidemiologija“, a jasna funkcija i posao epidemiologa postoji u svim zemljama EU. Sustavno usavršavanje medicinskih stručnjaka iz epidemiologije postoji u EU, a specijalizacija iz epidemiologije u EU je tzv. EPIET (European Programme for Intervention Epidemiology Training). Navedeni organizacijski pripada Europskom centru za kontrolu bolesti (ECDC, European Center for Disease Control) u Stockholm-u (2).

U tekstu autorice Lančić F. pod nazivom Zdravstvena zaštita školske djece-školska medicina nekad i danas, objavljenom u MEDICUS-u 2009. godine, navodi se kako početke organiziranog praćenja zdravlja školske djece možemo pronaći u 18. stoljeću, a krajem 19. stoljeća je školska medicina u mnogim europskim zemljama razvijena kao zasebna djelatnost. U članku se navodi kako je prvi školski liječnik u Hrvatskoj imenovan u Zagrebu 1893. godine. Nadalje od 1928. godine prof. Živko Prebeg organizira tečajeve za usavršavanje liječnika koji rade sa školskom djecom i mladeži, a godine 1951. razrađen je program specijalizacije iz školske medicine u trajanju od

tri godine, pod nazivom školska higijena. Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju iz 1994. godine i dopunama iz 1998. godine definiran je program specijalizacije. Tadašnje Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi radi usklađivanja programa specijalističkog usavršavanja s programima EU 2007. godine imenovalo je Povjerenstvo za koordinaciju izrade prijedloga planova i programa liječničkih specijalizacija. Stručna radna skupina je izradila Plan i program specijalističkog usavršavanja u trajanju od 48 mjeseci pod nazivom Školska i adolescentna medicina (3).

Za razliku od specijalizacije iz javnozdrav-

stvene medicine, specijalizacija iz epidemiologije te specijalizacija iz školske i adolescentne medicine mogu biti priznate u EU, ali ne u sustavu automatskog već u sustavu općeg priznavanja.

#### Izvor:

Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015, HZJZ 2016, web izdanje, dostupno na [http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/02/Ljetopis\\_2015\\_IX.pdf](http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/02/Ljetopis_2015_IX.pdf)

Aleraj B., Vorko-Jović A., Značajke edukacije iz Epidemiologije, HČJZ, Vol 7, Broj 28,7. listopad 2011, dostupno

na <https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/595/562>

Franciska Lančić, Zdravstvena zaštita školske djece – školska medicina nekad i danas, MEDICUS 2009. Vol. 18, No. 2, 237 – 241, dostupno na [http://www.google.hr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewiv-5sLOiIjTAhWBchQKHdczD9cQFggX-MAA&url=http%3A%2F%2Fhrcajz.srce.hr%2Ffile%2F87245&usq=AFQjCNH-Vv3BlhggP9Plwi\\_PH\\_hahz-46cg&bvm=bv.151325232,d.bGs](http://www.google.hr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewiv-5sLOiIjTAhWBchQKHdczD9cQFggX-MAA&url=http%3A%2F%2Fhrcajz.srce.hr%2Ffile%2F87245&usq=AFQjCNH-Vv3BlhggP9Plwi_PH_hahz-46cg&bvm=bv.151325232,d.bGs)

## ORDINACIJA DR. STIVA LAKSATIVA



# Perspektiva specijalizacije obiteljske medicine u Hrvatskoj

Doc. dr. sc. JASNA VUČAK, spec. obiteljske medicine  
drsoldo@yahoo.com



Da je razvijena primarna zdravstvena zaštita, a posebice obiteljska medicina, preduvjet dobrih zdravstvenih pokazatelja nacije, poznato je i dokazano još radovima Barbare Starfield ranih devedesetih godina prošlog stoljeća. Ne treba posebno naglašavati da je obiteljska medicina temelj racionalno uređenih zdravstvenih sustava – dovoljno je pogledati kako je to riješeno u „starim“ članicama EU-a koje u postojećoj eksploziji zdravstvenih troškova pametnim ulaganjem u razvoj obiteljske medicine i spuštanjem na tu razinu rješavanja većine zdravstvenih problema dobivaju maksimalno za uložena sredstva.

## Ulaganje u edukaciju

Da bismo krenuli tim putem, osnovno je ulaganje u edukaciju, što nam jasno poručuje i EU striktnim usmjeravanjem predviđenih fondova specificiranih za provođenje specijalizacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U većini EU-država, posebno starih članica, mandatna je specijalizacija iz obiteljske medicine kao preduvjet samostalnog rada. Žalosan je da smo mi kao nova članica EU-a morali potpisati Deklaraciju o tome, a da sami nismo unaprijed našli rješenja u tom smjeru. Posebno ako se ima u vidu da je prva

specijalizacija opće medicine u svjetskim razmjerima ustrojena na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu davne 1960. na zasadama ideja Andrije Štampara o potrebi približavanja liječnika bolesnicima i stvaranju profesionalaca koji će provoditi sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu i rješavati većinu zdravstvenih problema pojedinaca.

Mi već sada imamo dobro organiziranu specijalizaciju obiteljske medicine, koja se temelji na razrađenom četverogodišnjem specijalističkom usavršavanju, sustavu mentorstva i kontrole državnih institucija. Prema zadnje objavljenim statističkim pokazateljima danas imamo 2154 liječnika koji rade u općoj/obiteljskoj medicini, od čega je 52% sa specijalizacijom. Mora se napomenuti da je u Projektu specijalizacije 2003.-2012. specijaliziralo gotovo 700 kolega, dok u zadnjih pet godina na specijalizaciji nije niti 150 kolega. Podatci ne čude a obzirom nato da je interes državne, a posebno lokalne vlasti, slab i ne ide za rješenjima koja bi olakšala i privukla kolege na specijalizaciju. Iako direktnih usporedbi nema, prema pokazateljima koje je objavio Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, a vezanima

na novi model ugovaranja, svi pokazatelji rada u obiteljskoj medicini pokazuju značajan napredak, što se može dovesti u izravnu vezu s projektom specijalizacije. Promišljena zdravstvena politika svakako bi nastojala osmisliti i izraditi strategiju usmjerenu ka rješavanju tog problema.

## Teme zdravstvenog sustava

Na okruglom stolu održanom 12. Ožujka 2017. u sklopu VIII. Kongresa Društva nastavnika opće/obiteljske medicine, koji je okupio eminentne domaće i inozemne stručnjake, jasno je rečeno da specijalizacija obiteljske medicine nema alternativu zbog potrebe unapređenja zdravlja populacije koja sve više stari i obolijeva od kroničnih degenerativnih bolesti i posebno da bi se stimuliralo mlade ljude da ne traže u inozemstvu bolje uvjete života i rada. Naglašena je uloga obiteljske medicine kao stvarnog temelja zdravstvenog sustava i njegovog najracionalnijeg dijela. Njenim unapređenjem, u prvom redu kroz edukaciju pa time i širenjem obuhvata problematike na toj razini, može se i treba rasteretiti sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu.

Stoga, želimo li sačuvati zdravstveni sustav, specijalizacija obiteljske medicine MORA imati budućnost jer je to najracionalniji dio sustava te kao svaki temelj mora biti čvrst i postojan. To se može postići jedino ulaganjem u edukaciju (provođenjem specijalizacije, ulaganjem u opremu), uklanjanjem svih neracionalnih dijelova iz sustava (sve nemedicinske poslove mora provoditi i odrađivati osiguravatelj) i privlačenjem svim raspoloživim mjerama mladih liječnika kako bi se posvetili radu u tom dijelu zdravstvene zaštite (motivirati ih da ostanu u zemlji koncesijama i dodatnim beneficijama za manje atraktivna područja.



Svakodnevna rješenja  
za svakog ponaosob.

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH,  
Ulica grada Vukovara 269 G, 10 000 Zagreb  
Tel: +385 1 2350 999, Fax: +385 1 2305 870, [www.lilly.com.hr](http://www.lilly.com.hr)  
HRDBT00289, 17.8.2016.





Prof. dr. sc. JOSIP TICA

Redoviti profesor na Ekonomskom fakultetu u Zagrebu. Nositelj kolegija Gospodarstvo Hrvatske.

Istraživački interes su mu ekonomika tečajeva i tržište nekretnina. Član je Središnjeg savjeta SDP-a

**P**rocesi koji se odvijaju oko Agrokor s pravom su izazvali veliko zanimanje javnosti, ali i nositelja ekonomske politike u Hrvatskoj. Prehrambena prerađivačka industrija po prodaji je najveća industrijska djelatnost u RH. Dvostruko je veća od prodaje naftnih proizvoda, a prihod Agrokor ostvaren samo u Hrvatskoj bio je usporediv s prometom cjelokupne prehrambeno-prerađivačke djelatnosti, otprilike dvadesetak milijardi kuna u 2015.

Ključan uzrok problema u koje je upao Agrokor, prema informacija iz medija, jest nemogućnost plaćanja tekućih obveza u kratkom roku. Agrokor je kompanija koja prema dostupnim financijskim izvješćima (rujan 2016.) raspolaže imovinom vrijednom 53 mlrd. kuna, s tim da je samo 7,5 mlrd. kuna vlasnički kapital, a od toga samo 2,5 mlrd. kontrolirajući interes. Ostatak od 45 mlrd. kuna imo-

# Treba li drža posrnuli Todor

**Nosioci ekonomske politike trebali bi se uključiti u taj proces kako bi zaštitili interese radnika te malih i srednjih poduzetnika koji trenutno u procesu pregovora nemaju svog predstavnika, a financijski gledajući i apsolutno i relativno mogu najviše izgubiti**

vine je dug po kreditima, obveznicama ili dug prema dobavljačima. U rujnu 2016. Agrokor je dobavljačima dugovao 16 mlrd. kuna (ukupan godišnji prihod hrvatske prehrambene industrije je 21 mlrd.), a povrh toga imao je 5 mlrd. dugoročnih kredita koji su dospijevali unutar godine dana i koje je trebao refinancirati do danas ili će morati refinancirati tijekom sljedećih 6 mjeseci.

Na navedeni dug je Agrokor u 2015. platio kamatu od 2,3 mlrd. kuna, dok je neto dobit bila 1,1 mlrd, a prema podacima za prva tri kvartala 2016. razvidno je da je prihod pao skoro milijardu kuna, te je očigledno navedeni razvoj događaja uzrokovao trenutne probleme. Sberbank se kao najveći vjerovnik uključio u raspravu s ciljem osiguravanja svojih financijskih interesa u kompaniji, a ubrzo nakon toga su se javili i veliki dobavljači iz Hrvatske. Agrokor je bankama (ne računajući obveznice) dužan oko 18 mlrd., a dobavljačima približno 16 mlrd., tako da je interes obje skupine vjerovnika za kompaniju racionalan.

Ključan razlog za zabrinutost nosioca ekonomske politike prvenstveno proizlazi iz strateške važnosti malotrgovačkih lanaca u sastavu grupe i poljoprivredne proizvodnje za hrvatsko gospodarstvo. Struktura proizvodne ponude unutar Agrokorovih trgovačkih lanaca bitno je drugačija od strukture konkurenata i, sukladno tome, propast navedenih lanaca ili njihovo nekontrolirano preuzimanje moglo bi prouzročiti snažan negativan šok na ustaljenje kanale distribucije proizvoda regionalne prehrambene industrije i bitno umanjiti konkurentnost regionalnih prehrambenih kompanija. Upravo iz tih istih razloga Agrokor je prilikom preuzimanja Merkatora morao dati niz jamstava o udjelu zastupljenosti slovenskih proizvođača na policama i zadržavanju radnika i plaća. Bez kontroliranog procesa restrukturiranja (preuzimanja) Konzuma, Merkatora, Idee i Tiska, regionalna prehrambena industrija naći će se u izrazito velikim poteškoćama na regionalnom tržištu i može izgubiti značajan dio tržišnog udjela.

Nosioci ekonomske politike trebali bi se uključiti u taj proces kako bi zaštitili interese radnika te malih i srednjih poduzetnika koji trenutno u procesu pregovora nemaju svog predstavnika, a financijski gledajući, i apsolutno i relativno, najviše im prijete. Isto tako je i sa zaposlenima; od 4,5 mlrd. plaća koje Agrokor isplaćuje godišnje, vjerojatno barem pola otpada na radnike iz Hrvatske, a koji, kao i mali i srednji dobavljači, u ovakvim procesima nemaju zastupnika svojih interesa. Interesi atomiziranih poduzetnika i sindikata moraju biti cilj ekonomske politike, ali isto tako njihova potraživanja mogu biti i poluga za ostvarenje interesa ostalih dionika procesa.

# va spašavati ričev koncern?

**A**grokor je najveći koncern u Hrvatskoj, koji u svom sastavu ima oko 60 kompanija s ukupno oko 60 tisuća radnika, od čega u Hrvatskoj oko 40 tisuća. Njegove kompanije su sveprisutne glede djelatnosti; od poljoprivrede, prehrambene industrije, lanaca maloprodaje, distribucije tiskovina, građevine, proizvodnje vode... Ukupan prihod Agrokor je krajem 2015. dostigao 49 mlrd kuna, što je tada predstavljalo, za usporedbu, oko pola prihoda državnog proračuna. Pojedinci su upozoravali da je u maloj Hrvatskoj opasno imati tako velik koncern, ali Agencija za zaštitu tržišnog natjecanja i prošle političke elite nisu tako mislile. Agrokor je rastao kontinuirano i ubrzano, pa čak i u vrijeme recesije koja je u Hrvatskoj trajala od 2008. do 2015. U isto vrijeme je gospodarska aktivnost i u EU bila slaba. Dakle, postavlja se temeljno pitanje zašto se Agrokor širio u krizno vrijeme? Ekonomisti znaju da je to rizično, a posebno ako se kompanija za takvo širenje povećano zadužuje uz vrlo visoke kamate od 9-10% godišnje. Sada je Agrokor zadužen prema inozemnim kreditorima s oko 3,6 mlrd eura, od čega na dvije ruske banke otpada oko 40%. To povlači za sobom i određene geopolitičke konotacije.

Odnos duga i zarade prije oporezivanja i kamata dosegao je u Agrokoru odnos 1:7, što govori da je utrka s dugom izgubljena. Kada su kamate veće od profitne stope, odnosno trgovačke marže, onda ne treba biti posebno ekonomski obrazovan da se shvati da vozilo ide u krivom smjeru.

U bankarskom svijetu se kaže: kada je netko dužan banci 10 tisuća kuna, onda je to njegov problem. Kada je dužan 100 milijuna kuna, onda je to problem banke. Dakle, dugovi Agrokor i ostali problemi nisu više dominantno njegov, već

**Spašavanje ovoga koncerna ne smije ići preko leđa poreznih obveznika, jer Agrokor ima dovoljno imovine. Strateški interes države leži u oko 30 tisuća hektara najplodnije zemlje koju obrađuje Agrokor i u izvoru vode Jana**

prije svega dobavljača, države, kreditora i radnika.

Upravo je sada najkritičnije razdoblje za Agrokor i sve koji se nalaze u lancu. Stvorila se panika i ne ponudi uvjerljiv model ozdravljenja, stvari će se još brže pogoršavati. U ovakvoj situaciji psihološki čimbenik ubrzano ruši vrijednost svake kompanije. No, ne može se niti šutjeti usprkos osjetljivosti tržišta jer je riječ o našoj najvećoj kompaniji, čiji je strateški cilj bio u sloganu "od njive do stola", kako bi se u zaokruženom procesu proizvodnje i trgovine ovladalo najvećim dijelom tržišta hrane na koju prosječan Hrvat izdvaja preko 50% svoje plaće. Postavlja se ključno pitanje: treba li država spašavati Agrokor? I da hoće nema novca za to jer je proračun u deficitu. S druge strane, Agrokor ima veliku imovinu pa je elementarna logika da se riješi nekoliko kompanija i vrati dio duga koji mu je kritičan.

Državi su najvažniji problemi vezani za radna mjesta, a i činjenica da pad Agrokor može značajno smanjiti rast BDP-a. U ovakvim perturbacijama neminovno će jedan dio radnika ostati bez posla. Spašavanje ovoga koncerna ne smije ići preko



Prof. dr. IVAN LOVRINOVIĆ

Autor je redoviti profesor iz područja financija na Ekonomskom fakultetu u Zagrebu i bivši dekan. Objavio je niz znanstveno-stručnih radova te nekoliko knjiga, od kojih je posljednja iz 2015. g. "Globalne financije". Od 2015. se uključio u politiku postavši zastupnikom u Saboru. Osnivač je i predsjednik stranke "Promijenimo Hrvatsku"

leđa poreznih obveznika, jer Agrokor ima dovoljno imovine. Strateški interes države leži u oko 30 tisuća hektara najplodnije zemlje koju obrađuje Agrokor i u izvoru vode Jana.

Treba reći da se niti u najortodoksnijim kapitalističkim zemljama, poput SAD-a, država nije libila spašavati određene privatne kompanije, ali s jasnom računicom i privremenom nacionalizacijom manjeg ili većeg dijela takvih kompanija, koje su potom od te iste države ponovo otkupljivale svoje dionice. No, naša Vlada nema, koliko se vidi, nikakav jasan plan osim izrade lex specialis zakona o Agrokoru. Zakonima se ne rješavaju ovakvi problemi; vrijeme za to je davno prošlo. Za početak bismo morali znati pravo stanje stvari u Agrokoru.

## DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA DEFINICIJU EMBOLIJE PLODOVOM VODOM U BUDUĆIM ISTRAŽIVAČKIM RADOVIMA

*Poruka članka: Definirani su uniformni dijagnostički kriteriji za emboliju plodovom vodom koji bi se trebali primjenjivati u budućim istraživanjima kao važan prvi korak u poboljšanju dijagnostike, liječenja i potencijalne prevencije ovoga rijetkog, ali često fatalnog opstetričkog hitnog stanja.*

Embolija plodovom vodom (engl. amniotic fluid embolism, AFE) vodeći je uzrok maternalnog mortaliteta u razvijenim zemljama. Kao dijagnoza neopravdano se često postavlja kod kritično bolesnih žena u peripartalnom razdoblju, osobito kada je prisutna koagulopatija. Radna skupina koju su predvodili Steven L. Clark, Roberto Romero i Gary A. Dildy iz „Society for Maternal-Fetal Medicine“ i „Amniotic Fluid Embolism Foundation“ predložila je uniformne dijagnostičke kriterije za AFE koji se temelje na prisutnosti klasičnog trijasa hemodinamske i respiratorne nestabilnosti s jasno definiranom diseminiranom intravaskularnom koagulacijom (DIK):

1. Nagli početak kardiorespiratornog aresta ili hemodinamske (sistolčki tlak <90 mm Hg) i respiratorne (dispneja, cijanoza, periferna kapilarna saturacija kisikom  $[S_pO_2]$  <90%) nestabilnosti.
2. Dokumentiran DIK nakon nastupa simptoma pod točkom 1., primjenom International Society on Thrombosis and Hemostasis bodovnog sistema, modificiranog za trudnoću.
3. Klinički početak tijekom porođaja ili u prvih 30 minuta od porođaja posteljice.
4. Odsutnost febrilnosti ( $\geq 38.0$  °C) tijekom porođaja.

Najčešća stanja pogrešno dijagnosticirana i kodirana kao AFE su hipovolemički šok uslijed postpartalnog krvarenja, anestetski incident (visoka spinalna aplikacija ili intravaskularna injekcija lokalnog anestetika), plućna tromboembolija te septički i anafilaktički šok.

Primjena predloženih uniformnih dijagnostičkih kriterija za AFE u budućim istraživanjima trebala bi predstavljati važan prvi korak za poboljšanje dijagnostike, liječenja i potencijalne prevencije AFE-a.

(Am J Obstet Gynecol. 2016;215(4):408-12.)  
Matija Prka, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije, subspecijalist fetalne medicine i opstetricije

## ANTIKOAGULANTNA TERAPIJA NE POMAŽE BOLESNIKU S TRAUMATSKIM OZLJEDAMA ARTERIJA U EKSTREMITETIMA

*Poruka članka: Intraoperativna i postoperativna sistemska antikoagulantna terapija ne poboljšava ishod u bolesnika s traumatskim ozljedama arterija u ekstremitetima.*

Liječenje vaskularnih ozljeda u ekstremitetima uvijek je ravnoteža između spašavanja života i spašavanja ekstremiteta. Uporaba antikoagulantne terapije (AT) kod politraumatiziranih bolesnika može uzrokovati po život opasne komplikacije. Bolesnici podvrgnuti vaskularnim rekonstrukcijama zbog traume koji nisu primili AT nisu imali veći rizik od gubitka ekstremiteta od onih koji nisu bili podvrgnuti. Humphries i sur. (University of California-Davis Medical Center, Sacramento, California, SAD) kažu da su proturječni podaci o tome zahtijevaju li bolesnici s vaskularnom traumom ekstremiteta antikoagulans kada se podvrgavaju operaciji. Zbog toga su istraživači analizirali podatke 123 takva bolesnika u razdoblju od 2006. do 2015. Od njih je 69 (56%) intraoperativno primilo sistemski antikoagulans. Osam pacije-

nata koji su primili intraoperacijsku AT imali su neuspješan zahvat ili amputaciju, u usporedbi sa sedam pacijenata koji nisu primili AT. Multivarijantna analiza nije pokazala da intraoperacijska sistemska AT značajno smanjuje rizik od neuspjeha vaskularne rekonstrukcije ili gubitka udova. Postoperativna AT bila je povezana s porastom lošijih rezultata, ali nije bila statistički značajna. Rezultati pokazuju da intraoperativne i postoperativne AT kao dodatak kirurškoj terapiji ne mijenjaju ishod. Intraoperacijska primjena heparina također nije utjecala na povećan gubitak krvi ili komplikacije krvarenja. Povišen Mangled Extremity Severity Score bio je povezan s lošijim rezultatima, ali nije bio smjernicom za pokušaj spašavanja ekstremiteta. Autori pozivaju na provođenje većih studija, iako ne preporučuju rutinsku intraoperacijsku ili postoperacijsku AT. Dr. Thomas M. Scalea, profesor kirurgije na Medicinskom fakultetu Sveučilišta Maryland, Baltimore, Maryland, SAD, izjavio je da se godinama razgovara o ulozi sistemske AT-a u zbrinjavanju ozljeda krvnih žila. Iako vjerojatno AT nije štetna osobama s izoliranim ozljedama ekstremiteta, u onih s pridruženim teškim ozljedama sistemska AT može i pogoršati ozljedu ili povećati volumen krvarenja. Smatrali su da AT poboljšava rezultate smanjivanjem trombotskih komplikacija. Ova studija jednog centra pokazuje da takva terapija ne poboljšava ishod. No, postoji mnogo pitanja bez odgovora, svojstvenih retrospektivnoj studiji. Tako nije precizirano mjesto ozljede, lokalna primjena antikoagulansa i težina/složenost ozljede krvne žile. U ovoj studiji upotreba postoperativne AT nije se pokazala statistički značajnom za predviđanje ishoda, no bila je blizu tome, što bi moglo biti važno u većoj studiji s više pacijenata.

(JAMA Surg. 2016;151:986-7.)  
Doc. dr. sc. Goran Augustin, dr. med., specijalist opće i subspecijalist abdominalne kirurgije

## ISKLUČIVO ARTERIJSKE PREMOSNICE BOLJE SU OD KONVENCIONALNIH KOD AORTOKORONARNOG PREMOŠTENJA DIJABETIČKIH BOLESNIKA

*Poruka članka: Dijabetičari s uznapredovalom bolešću koronarnih arterija imaju bolje dugoročno preživljenje nakon totalne arterijske revaskularizacije nego nakon konvencionalnog aortokoronarnog premoštenja uz slične perioperacijske komplikacije.*

Tatouli i sur. (Department of Cardiothoracic Surgery, Royal Melbourne Hospital, Department of Surgery, University of Melbourne, Australija) usporedili su bolesnike podvrgnute totalnoj arterijskoj revaskularizaciji (TAR) (prosječno 3,1 arterijske premosnice) s konvencionalnim aortokoronarnim premoštenjem (CABG) (prosječno 1,6 arterijske premosnice plus graft vene safene magne). Rezultati pokazuju da su mogući i složeniji zahvati s istim perioperacijskim rizikom - 1% smrtnosti i 1% za svaku od glavnih komplikacija: infekcije, krvarenja, moždani udar i perioperacijski srčani udar. Drugo, uporabom više arterijskih transplantata postiže se bolje 10-godišnjeg preživljenje (82 prema 78%). Sadašnji dokazi upućuju na to da su kod bolesnika s dijabetesom podvrgnutih CABG-u bolji rezultati s više ar-

terijskih graftova nego s graftom lijeve torakalne arterije uz graft vene safene magne. Prema podacima Society of Thoracic Surgeons samo 5% CABG-a u SAD-u učinjeno je pomoću TAR ili višestruke arterijske vaskularizacije. Stope u Velikoj Britaniji i Europi su nešto veće (15%), a najviša je u Australiji (45-50%). Oko trećine pacijenata koji su podvrgnuti CABG-u imaju dijabetes. Istraživači su usporedili dvije vrste CABG-a u velikoj multicentričnoj studiji kod dijabetičara s bolešću koronarnih arterija (CAD). Identificirali su 11.642 dijabetičara (od 34.181 pacijenata) koji su imali prvi CABG tijekom 2001. do 2012. Godine, uzetih iz baze podataka Australian and New Zealand Society of Cardiothoracic Surgeons. Iz podataka je pronađeno 2017 bolesnika s dijabetesom koji su podvrgnuti TAR-u i 1967 pacijenata s dijabetesom koji su podvrgnuti konvencionalnom CABG-u, a podudarni su za dob, spol, indeks tjelesne mase (BMI) te za koronarne i preoperativne faktore rizika. Perioperativni mortalitet iznosio je 1,2% u skupini TAR u odnosu na 1,4% u skupini konvencionalnog CABG-a ( $p=0.5$ ). Pacijenti u obje skupine imali su slične niske stope velikih perioperativnih komplikacija - moždanog udara, srčanog udara i multiorganskog zatajenja (<1% za svaki) i septikemije (<1,1%). Stope reoperacije zbog postoperativnog krvarenja bile su niske, a niže za TAR (1,7 prema 2,5%). Stope infekcije sternalne rane bile su niske i slične

kod TAR-a i konvencionalnog CABG-a (0,8 prema 1,2%,  $p=0,30$ ). Time se naglašava da se TAR može izvoditi čak i kod bolesnika sa šećernom bolešću bez ugrožavanja sternalnog integriteta. Tijekom prosječnog praćenja od četiri i pol godine umrlo je manje pacijenata TAR-om nego s konvencionalnim CABG-om (10,2 prema 12,2%,  $p=0,04$ ). Osim toga, bolesnici s više arterijskih premosnica ne samo da žive duže, nego imaju manje postoperativnih srčanih udara ili ponovnih hospitalizacija zbog zatajenja srca, dodatnih stentova ili dodatnih operacija s premosnicama, što sve smanjenje troškove liječenja. Osim 30-ak minuta dužeg vremena za uzimanje arterije (koja nije utjecala na klinički ishod), nema drugih dokumentiranih nedostataka TAR-a kod dijabetičara. Neki pacijenti nisu kandidati za CABG sa samo arterijskim premosnicama (kao što su vrlo preteli s BMI > 45 kg/m<sup>2</sup>, gdje se koristi jedna umjesto dvije arterije mamarije interne, ili nekoliko pacijenata s kalcificiranom, neupotrebljivom radijalnom arterijom), ali još uvijek mogu dobiti CABG s više arterijskih premosnica. Ovi rezultati će steći još veću važnost s progresivnim porastom dugovječnosti stanovništva i većeg udjela dijabetičara kod kojih će biti indicirana operacija.

(Ann Thorac Surg. 2016;102:1948-1955.)

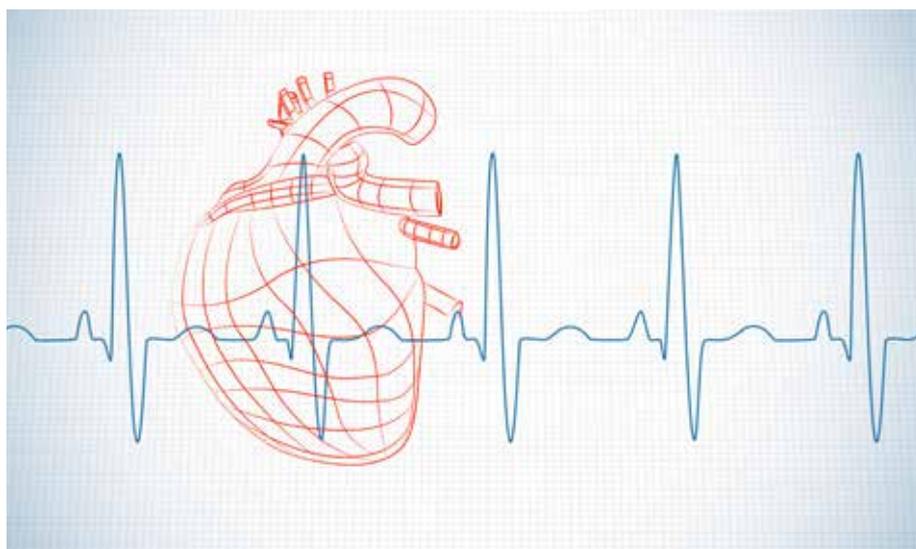
Doc. dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

specijalist opće i subspecijalist abdominalne kirurgije

## KARDIOVASKULARNA UČINKOVITOST I SIGURNOST BOKOCIZUMABA U VISOKORIZIČNIH BOLESNIKA

*Poruka članka: Dokazano je kako bokocizumab značajno bolje utječe na zdravlje bolesnika visokorizičnih za kardiovaskularne bolesti.*

Bokocizumab je humano monoklonalno protutijelo koje inhibira proprotein konvertazu subtilizin-keksin tipa 9 (PCSK 9) i smanjuje razinu lipoproteina niske gustoće (engl. low density lipoprotein-LDL). Ova studija bavi se istraživanjem



učinkovitosti bokocizumaba u bolesnika s visokim kardiovaskularnim rizikom.

Iz dva paralelna, multinacionalna istraživanja s različitim kriterijima za LDL kolesterol, nasumično je odabrano 22 438 bolesnika koji su dobili bokocizumab (u dozi od 150 mg) supkutano svaka 2 tjedna ili placebo. Primarni ishod bio je nefatalan infarkt miokarda, nefatalan moždani udar, hospitalizacija zbog nestabilne angine koja zahtijeva hitnu revaskularizaciju ili kardiovaskularna smrt; 93% bolesnika je primalo statine u osnovnoj terapiji. Studije su zaustavljene budući da je sponzor odlučio prekinuti financiranje zbog razvoja visokih razina protutijela na lijek, kao što je već objavljeno. Bolesnici su prosječno praćeni 10 mjeseci.

Nakon prvih 14 tjedana praćenja imali su bolesnici iz oba istraživanja smanjenje početne razine LDL kolesterola srednje vrijednosti – 56,0% u grupi bolesnika s bokocizumabom, te povišenje od +2,9% u bolesnika s placebo. Razlika među grupama iznosila je –59,0 postotnih bodova ( $p < 0,001$ ). U istraživanju bolesnika s nižim rizikom koje je trajalo kraće (bolesnici su imali početni LDL kolesterol  $\geq 70$  mg po decilitru [1,8 mmol po litri], a praćenje je trajalo u prosjeku 7 mjeseci), veći nepovoljni kardiovaskularni događaji pojavili su se u 173 bolesnika u grupi s bokocizumabom te u 173 bolesnika u grupi s placebo (omjer rizika, 0,99; 95% interval pouzdanosti [CI], 0,80 do 1,22;  $P=0,94$ ). U grupi s povećanim rizikom, istraživanje je trajalo dulje (bolesnici su imali početne razine LDL kolesterola  $\geq 100$  mg po decilitru [2,6 mmol po litri] a srednja duljina praćenja bila je 12 mjeseci), a veći kardiovaskularni događaji pojavili su se u 179 bolesnika bokocizumab grupe i 224 bolesnika placebo grupe (omjer rizika, 0,79; 95% interval pouzdanosti, 0,65 do 0,97;  $P=0,02$ ).

U dvije randomizirane studije, uspoređujući PCSK9 inhibitor bokocizumab s placebo, bokocizumab nije imao nikakvu prednost u pogledu većih nepovoljnih kardiovaskularnih događaja u bolesnika s nižim rizikom. S druge strane, pokazalo se da bokocizumab značajno doprinosi

zdravlju bolesnika s povećanim rizikom od kardiovaskularnih bolesti.

(N Engl J Med. 2017 Mar 17. doi: 10.1056/NEJMoa1701488)

Petra Radić, dr. med.

## UČINAK EPLERENONA U BOLESNIKA SA ZATAJENJEM SRCA I REDUCIRANOM EJEKCIJSKOM FRAKCIJOM: ABDOMINALNA PRETILOST KAO POTENCIJALNI MODIFIKATOR

*Poruka članka: Bolesnici sa zatajenjem srca i smanjenom ejekcijom frakcijom te blagim simptomima bolesti i abdominalnom pretilošću, imaju više koristi od liječenja eplerenonom nego bolesnici koji nisu pretili.*

Pretilost je prepoznata kao vrlo važan rizičan faktor za razvoj kardiovaskularnih bolesti te je poprimila opseg svjetske epidemije. Dokazano je kako su u pretilih ljudi povišene razine aldosterona, što može dovesti do pretjerane aktivacije mineralokortikoidnih receptora. Prekomjerna proizvodnja aldosterona utječe na ishod bolesnika sa zatajenjem srca (*engl.* heart failure - HF) i u onih bolesnika koji su pretili. Nalazi laboratorijskih istraživanja na štakorima govore u prilog tome da kronična blokada aldosterona može pozitivno utjecati na štakore s abdominalnim oblikom pretilosti sklonne srčanom zatajenju. U ovoj se studiji istražuje postoji li razlika u kliničkom odgovoru na antagonist mineralokortikoidnih receptora u bolesnika s blagim simptomima HF-a s obzirom na to jesu li pretili ili nisu.

U studiju EMPHASIS-HF uključeno je 2587 bolesnika s NYHA II statusom te reduciranom ejekcijom frakcijom uslijed HF-a (*engl.* HF reduced ejection fraction - HFrEF). Nasumce im je dan eplerenon i placebo. U ovoj *post hoc* analizi bolesnici su kategorizirani s obzirom na opseg struka (*engl.* waste circumference - WC): normalan ako je  $WC < 102$  cm u muškaraca i  $< 88$  cm u žena; abdominalna pretilost ako je  $WC \geq 102$  cm u muškaraca

i  $\geq 88$  cm u žena. Potencijalna statistička interakcija između liječenja i opsega struka procijenjena je temeljem krajnjeg ishoda bolesnika, a to je primarno smrt kardiovaskularnoga uzroka ili hospitalizacija zbog HF-a i drugih razloga. Praćenje bolesnika trajalo je u prosjeku 21 mjesec te je primijećeno kako eplerenon značajno koristi bolesnicima normalnog opsega struka [omjer rizika (*engl.* hazard ratio-HR) 0,77, 95%-tni interval pouzdanosti (*engl.* confidence interval- CI) 0,61-0,98,  $p=0,03$ ], ali i za one povećanog opsega struka (HR 0,48, 95% CI 0,37-0,63,  $p < 0,0001$ ). Bitno je istaknuti kako su bolesnici s povećanim opsegom struka imali više koristi od liječenja od onih s normalnim opsegom struka ( $p$  za interakciju = 0,01). To ukazuje na značajnu kvantitativnu (učinak liječenja varira među podgrupama, no uvijek je u istome smjeru), a ne kvalitativnu interakciju između terapije eplerenonom i opsega struka u ovoj analizi. Srednje doze eplerenona, krvni tlak i promjene serumskog kalija bili su slični među grupama bolesnika.

U EMPHASIS-HF studiji eplerenon je poboljšao ishod u bolesnika s HFrEF-om bez obzira na to jesu li pretili ili nisu, iako je korist od liječenja bila naglašenija u bolesnika koji su imali abdominalnu pretilost. Navedeni nalazi su indikativni te je uputno replicirati ovu studiju u ostale populacije bolesnika sa zatajenjem srca kako bi se mogao utvrditi sveobuhvatan zaključak o ovom tipu liječenja.

(Eur J Heart Fail. 2017 Mar 16. doi: 10.1002/ejhf.792)

Petra Radić, dr. med.

## PEMBROLIZUMAB U DRUGOJ LINIJI LIJEČENJA UZNAPREDOVALOG UROTELNOG KARCINOMA

*Poruka članka: Pembrolizumab primijenjen u drugoj liniji liječenja u bolesnika s uznapredovalim urotelnim karcinomom rezistentnim na terapiju platinskim derivatima,*

zadovoljio je oba glavna elementa – značajno je produžio sveukupno preživljenje, uz manje nuspojava nego kod kemoterapije.

U bolesnika s uznapredovalim urotelnim karcinomom u kojih bolest progredira nakon primjene kemoterapije temeljene na platinskim derivatima, prognoza je loša, a terapijske mogućnosti vrlo su ograničene.

Istraživanje KEYNOTE-045 istražilo je mogućnost primjene visokoselektivnog, humaniziranog monoklalnog antitijela IgG4K izotipa protiv PD1, pembrolizumaba, u navedenoj situaciji. Provedena je internacionalna, „open-label“ studija faze III, u kojoj je ukupno 542 bolesnika s uznapredovalim urotelnim karcinomom (u kojih se bolest vratila ili je progredirala nakon primjene prve linije kemoterapije platinskim derivatima), randomizirano na skupinu u kojoj je primijenjena terapija pembrolizumabom te skupinu u kojoj je primijenjena kemoterapija prema izboru istraživača. Pembrolizumab je primijenjen u dozi od 200 mg svaka tri tjedna, a kemoterapijski izbor uključivao je taksane, paklitaksel ili docetaksel te vinflunin. Kao primarni ishodi studije promatrani su sveukupno preživljenje (OS) te preživljenje bez progresije bolesti (PFS). Ishodi su ocijenjeni u svih bolesnika te u bolesnika koji su imali tumor – PD -1 ligand (PD-L1) kombinirani pozitivan skor (postotak tumora koji izražava PD-L1 i infiltrirajuće imune stanice u odnosu na ukupan broj tumorskih stanica) od 10% ili više. Rezultati su pokazali da je medijan ukupnog preživljenja u cijeloj skupini na pembrolizumabu iznosio 10,3 mjeseca, u odnosu na 7,4 mjeseca u skupini na kemoterapiji. Medijan OS u bolesnika s pozitivnim tumor PD-L1 skorom od 10% ili više iznosio je u skupini na pembrolizumabu 8 mjeseci, a 5,2 mjeseca u skupini bolesnika na kemoterapiji. Nije zabilježena značajna međugrupna razlika u trajanju preživljenja bez progresije bolesti (PFS), niti u ukupnoj populaciji bolesnika, niti među bolesnicima s pozitivnim tumor PD-L1 skorom od 10% ili više. Također, u skupini bolesnika na pembrolizumabu zabilježeno je manje

nuspojava bilo kojeg stupnja nego u skupini na kemoterapiji (60.9% vs. 90.2%), a također je i manje nuspojava ozbiljnijeg gradusa (3, 4 ili 5) bilo na pembrolizumabu nego u bolesnika na kemoterapiji (15 vs. 49.4%).

Navedeni rezultati istraživanja pokazali su da je pembrolizumab, u usporedbi s kemoterapijom, zadovoljio oba glavna elementa – značajnije je produžio ukupno preživljenje uz značajno manje nuspojava. Stoga pembrolizumab može predstavljati dobar terapijski odabir u drugoj liniji liječenja uznapredovalog urotelnog karcinoma u bolesnika u kojih nije ostvaren željeni učinak platinskom kemoterapijom.

(N Engl J Med. 2017; 376:1015-1026.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## RUTINSKO CIJEPLJENJE PROTIV PNEUMOKOKA U SAD-U

*Poruka članka: Rutinsko cijepljenje 13-valentnim konjugiranim cjepivom protiv pneumokoka (PCV13) smanjilo je pneumokoknu bakterijemiju za 95%, no povećalo važnost drugih bakterijskih infekcija u dojenčadi i male djece.*

Američko zdravstveno osiguranje Kaiser Permanente Sjeverna Kalifornija za-

mijenilo je u lipnju 2010. sva 7-valentna cjepiva protiv pneumokoka (PCV7) s 13-valentnim cjepivima (PCV13). Liječnici spomenutog zdravstvenog osiguranja sada su proveli istraživanje kojem je cilj bio usporediti učestalost bakterijemije u djece u dobi od tri do 36 mjeseci u tri vremenske točke: prije početka cijepljenja s PCV7, poslije početka cijepljenja s PCV7, no prije početka cijepljenja s PCV13, te poslije početka cijepljenja s PCV13.

U ovom retrospektivnom preglednom istraživanju pregledani su elektronički medicinski kartoni sve djece u dobi od tri do 36 mjeseci kojoj je u razdoblju od rujna 1998. do kolovoza 2014. učinjena krvna kultura u primarnim i/ili hitnim ambulancama te u prva 24 sata nakon primitka na bolnički odjel.

Tijekom trajanja istraživanja prikupljeno je ukupno 57.733 kultura od djece u dobi između tri i 36 mjeseci. Uvođenje rutinskog cijepljenja pneumokoknim konjugiranim cjepivom rezultiralo je smanjenjem bakterijemija uzrokovanih sa *Streptococcus pneumoniae* od 95,3%, odnosno sa 74,5 infekcija na 100.000 prije započinjanja cijepljenja, zatim na 10 na 100.000 nakon započinjanja cijepljenja sa PCV7 te na posljedku na 3,5 na 100.000 nakon uvođenja cijepljenja s PCV13. Uz smanjenje učestalosti pneumokoknih in-



fekcija, rasla je učestalost ustalih uzročnika, tako da je nakon započinjanja cijepjenja s PCV13 u krvnim kulturama godišnje otkriven 21 patogen na 100.000 djece, od čega je čak 77% otpadalo na *E. coli*, *Salmonella spp* i *S. aureus*.

Zaključeno je kako je rutinsko cijepjenjem u SAD-u postignuto da je bakterijemija u prije zdravog dojenčeta i malog djeteta rijedak događaj. Također, napomenuto je kako se smanjenjem učestalosti pneumokokne bakterijemije povećala relativna važnost drugih bakterija, zbog čega su potrebne nove smjernice za pristup ranije zdravom febrilnom djetetu prilikom ambulantnog pregleda.

(Pediatrics. 2017 Mar 10. pii: e20162098. doi: 10.1542/peds.2016-2098.)

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

## ZDRAVLJE KOSTIJU I KONCENTRACIJA VITAMINA D U TRUDNICA I FETUSA

*Poruka članka: Koncentracija 25-hidroksivitamina D (25(OH)D) u trudnica i novorođenčadi nije povezana s kasnijim zdravljem kostiju djece.*

Već dugo se pretpostavlja da koncentracije 25-hidroksivitamina D (25(OH)D) u fetalnom životu mogu imati dugoročni učinak na razvoj skeleta, no rezultati dosadašnjih istraživanja vrlo su nekonzistentni. Nizozemski liječnici stoga su odlučili ispitati vezu između koncentracije 25(OH)D u trudnica i fetusa te kasnijeg zdravlja dječjih kostiju.

Provedeno prospektivno multietničko populacijsko kohortno istraživanje bilo je dio velikog nizozemskog istraživanja naziva Generation R study koje proučava rast, razvoj i zdravlje djece od fetalne pa sve do odrasle dobi. U istraživanju su sudjelovale trudnice iz nizozemskog grada Rotterdama kojima je očekivani termin poroda bio između 1. travnja 2002. i 1. siječnja 2006. Istraživači su mjerili majčinu koncentraciju 25(OH)D u sredini trudnoće (medijan 20,4 tjedana gestacije, interkvartilni raspon [IQR 19,9-21,1]) i fetalne koncentracije 25(OH)D pri ro-

đenju (medijan gestacije 40,1 [IQR 39,3-40,1]). U sve djece u dobi od šest godina pomoću dvoenergetske apsorpcionometrije X zraka (DXA) mjereni su mineralna gustoća kosti cijelog tijela (engl. total-body bone mineral density), mineralni sadržaj kostiju (BMC, engl. bone mineral content), plošno prilagođeni mineralni sadržaj kostiju (engl. area-adjusted bone mineral content) te područje kosti (engl. bone area). Povezanost je ispitana pomoću multivarijabilnih linearnih regresijskih modela, prilagođenih za nekoliko sociodemografskih varijabli i varijabli povezanih sa životnim stilom te za djetetovu visinu.

U istraživanju je ukupno sudjelovalo 9.901 par majki i djece, a mjerenje koncentracije 25(OH)D u sredini trudnoće i DXA mjerenje u djece u dobi od šest godina učinjeno je u ukupno 4.815 parova. Težak nedostatak 25(OH)D (<25 nmol/L) u sredini trudnoće bio je povezan s višim BMC-om djece (4,71g, 95% CI 1,09 – 8,33; p=0,011) i većim područjem kosti (7,54 cm<sup>2</sup>, 95% CI 2,99 do 12,11; p=0,001) u dobi od šest godina, u usporedbi s dostatnim razinama 25(OH)D (≥50 nmol/L) u sredini trudnoće. Ipak, u podgrupi djece s dostupnim podacima o koncentraciji 25(OH)D u dobi od šest godina (n=3.034), takva povezanost

za BMC (4,67g, 95% CI -0,05 – 9,39; p=0,052) i područje kosti (5,25 cm<sup>2</sup>, 95% CI -0,41 – 10,91; p=0,069) nije više bila značajna nakon prilagodbe za koncentraciju 25(OH)D u same djece. Nije uočena nikakva povezanost između majčine koncentracije 25(OH)D u sredini trudnoće i mineralne gustoće kosti (1,07 mg/cm<sup>2</sup>, 95% CI -1,84 – 3,99; p=0,47) ili plošno prilagođenog mineralnog sadržaja kostiju (-1,58g; 95% CI -4,72 – 1,61; p=0,32), a povezanost koštanih parametara u dobi od 6 godina nije se mijenjala ovisno o majčinom indeksu tjelesne mase, majčinom unosu kalcija te spolu ili težini djeteta. Slična povezanost uočena je i s koncentracijama 25(OH)D u fetusa prilikom rođenja.

Istraživači su na kraju zaključili kako bi koncentracija 25(OH)D u djetinjstvu mogla biti važnija za zdravlje kostiju nego koncentracija 25(OH)D tijekom fetalnog života, što ne opravdava rutinsku primjenu nadomjesne terapije vitaminom D tijekom trudnoće u svrhu poboljšanja koštane mase ili koštane gustoće djeteta kasnije u životu.

(Lancet Diabetes Endocrinol. 2017 Mar 1. doi: 10.1016/S2213-8587(17)30064-5.)

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



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

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

**Mikolasevic I, Orlic L, Franjic N, Hauser G, Stimac D, Milic S. Transient elastography (FibroScan®) with controlled attenuation parameter in the assessment of liver steatosis and fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease - Where do we stand? World J Gastroenterol. 2016;22(32):7236-51.**

*Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Faculty of Medicine Rijeka, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.*

**Hauser G, Blažević I, Salkić N, Poropat G, Giljača V, Bulić Z, Štimac D. Diclofenac sodium versus ceftazidime for preventing pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a prospective, randomized, controlled trial. Surg Endosc. 2017;31(2):602-610.**

*Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Faculty of Medicine Rijeka, University of Rijeka, Rijeka, Croatia, Faculty of Health Studies, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.*

**Stimac D, Poropat G, Hauser G, Licul V, Franjic N, Valkovic Zujic P, Milic S. Early nasojejunal tube feeding versus nil-by-mouth in acute pancreatitis: A randomized clinical trial. Pancreatology. 2016;16:523-8.**

*Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Faculty of Medicine Rijeka, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.*

**Mikolasevic I, Orlic L, Poropat G, Jakopcic I, Stimac D, Klanac A, Carovic F, Milic S. Nonalcoholic fatty liver and the severity of acute pancreatitis. Eur J Intern Med. 2017;38:73-78.**

*Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Faculty of Medicine Rijeka, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.*

**Mikolasevic I, Milic S, Turk Wensveen T, Grgic I, Jakopcic I, Stimac D, Wensveen F, Orlic L. Nonalcoholic fatty liver disease - A multisystem disease? World J Gastroenterol. 2016;22(43):9488-9505.**

*Department of Gastroenterology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Faculty of Medicine Rijeka, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.*

**Lalić H. Expert assessment of war casualties. Med Sci Law. 2017;57(1):47-51.**

*Community Center Rijeka and Faculty of Medicine Rijeka, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.*

**Boric K<sup>1</sup>, Boric M<sup>2</sup>, Boric T<sup>3</sup>, Puljak L<sup>1</sup>. Analysis of perioperative pain management in vascular surgery indicates that practice does not adhere with guidelines: a retrospective cross-sectional study. J Pain Res. 2017;10:203-209.**

*<sup>1</sup>Laboratory for Pain Research, University of Split School of Medicine, Split, Croatia; <sup>2</sup>Laboratory for Pain Research, University of Split School of Medicine, Split, Croatia; Department of Abdominal Surgery; <sup>3</sup>Department of Vascular Surgery, University Hospital Split, Split, Croatia*

**Vilibic-Cavlek T, Furic A, Barbic L, Tabain I, Stevanovic V, Mlinaric-Galinovic G. Clinical and virological characteristics of hantavirus infections in a 2014 Croatian outbreak. J Infect Dev Ctries. 2017;11(1):73-80.**

*Croatian National Institute of Public Health, Zagreb, Croatia*

# Intervencije za poboljšanje prakse propisivanja antibiotika bolesnicima koji se liječe u bolnici

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

## Sažetak

**Uvod:** Rezistencija na antibiotike značajan je javnozdravstveni problem. Infekcije koje uzrokuju bakterije rezistentne na više lijekova povezane su s produljenim liječenjem u bolnici i većim brojem smrti u usporedbi s infekcijama koje uzrokuju bakterije osjetljive na antibiotike. Propisna uporaba antibiotika u bolnicama trebala bi osigurati djelotvorno liječenje pacijenata s infekcijama i smanjiti nepotrebno propisivanje antibiotika.

**Cilj:** Ovaj obnovljeni Cochrane sustavni pregled proveden je kako bi se procijenio učinak intervencija čiji je cilj poboljšati propisivanje antibiotika bolesnicima koji se liječe u bolnici. Istražen je učinak dviju funkcija takvih intervencija: ograničavanje i osposobljavanje (analiza propisivanja i preporuka za promjenu). U sustavni pregled uključeni su randomizirani kontrolirani pokusi, kao i nerandomizirana istraživanja.

**Ključni rezultati:** Cochrane istraživači uključili su u sustavni pregled 221 istraživanje (58 randomiziranih kontroliranih pokusa i 163 nerandomizirane studije). Većina istraživanja provedena je u Sjevernoj Americi (96) ili Europi (87), dok su ostale provedene u Aziji (19), Južnoj Americi (8), Australiji (8) i Istočnoj Aziji (3).

Rezultati tih istraživanja pokazuju da se veći broj bolničkih pacijenata liječi prema pravilima o propisivanju antibiotika ako se primijeni odgovarajuća intervencija nego bez intervencije. Trajanje liječenja antibioticima smanjilo se za 1,95 dana s 11 dana. Rizik od smrti bio je sličan u inter-

vencijskim i kontrolnim skupinama (11% u obje), što pokazuje da se propisivanje antibiotika može smanjiti bez negativnog učinka na mortalitet. Intervencije za poboljšanje propisivanja antibiotika vjerojatno mogu smanjiti duljinu boravka za 1,12 dana. Pet istraživanja je ukazalo na mogućnost da bi ograničavajuće intervencije mogle dovesti do odgode u liječenju i negativne profesionalne kulture zbog poremećene komunikacije i smanjenog povjerenja između specijalista infektologa i kliničkih timova (dokazi niske pouzdanosti).

I osposobljavanje i ograničavanje bili su neovisno povezani s boljim prihvaćanjem pravila o propisivanju antibiotika, a intervencije koje koriste osposobljavanje pojačale su učinak restriktivnih intervencija. Osposobljavajuće intervencije koje su uključile povratnu informaciju vjerojatno su učinkovitije od onih koje nemaju tu dodatnu komponentu.

Dokazi niske pouzdanosti pokazuju da su intervencije smanjile učestalost *Clostridium difficile* infekcija. Isti je rezultat utvrđen za rezistentne Gram-negativne bakterije i rezistentne Gram-pozitivne bakterije.

**Zaključak:** Sustavnim pregledom literature pronađeni su visoko pouzdani dokazi o učinkovitosti intervencija za bolje pridržavanje pravilima o propisivanju antibiotika i smanjenju trajanja terapije antibioticima. Manja uporaba antibiotika vjerojatno ne povećava smrtnost i vjerojatno smanjuje duljinu liječenja u bolnici. Dodatna istraživanja vjerojatno neće promijeniti te zaključke. Osposobljavanje je dosljedno povećalo učinak

intervencija, uključujući one koje su imale restriktivnu komponentu. Iako je povratna informacija dodatno povećala učinak intervencije, koristila se samo u manjini osposobljavajućih intervencija. Intervencije su bile uspješne u sigurnom smanjenju nepotrebnog korištenja antibiotika u bolnicama, usprkos činjenici da većina intervencija nije koristila najučinkovitiju biheviornalnu metodu promjene. Stoga bi širenje informacije o rezultatima ovog sustavnog pregleda moglo značajno utjecati na zdravstvene usluge i zdravstveni sustav. Buduća istraživanja ne bi trebala ponavljati procjene učinka tih intervencija nego se umjesto toga usmjeriti na ciljano liječenje i procjenu drugih mjera za sigurnost pacijenata, procijeniti različite intervencije za racionalno propisivanje antibiotika i istražiti prepreke i poticaje za usvajanje djelotvornih mjera. Potrebno je više istraživanja o neželjenim posljedicama restriktivnih intervencija.

## Uvod

Infekcije uzrokovane bakterijama koje su otporne na više lijekova (multirezistentne bakterije) povezane su s većom incidencijom mortaliteta i duljim liječenjem u bolnici. Infekcija bakterijom *Clostridium difficile* još je jedna manifestacija uzgrednih posljedica koje uzrokuju propisivanje antibiotika. Takve infekcije često su povezane s povećanim troškovima zbog uporabe skupljih antibiotika, duljeg liječenja u bolnici (glavni uzrok većih troškova) i troškova koji su povezani s probirom, nadzorom, postupcima



eradikacije i potrošnog materijala (rukavice, ogrtači i pregače koje se koriste da bi se spriječile infekcije). U Velikoj Britaniji usvojena je petogodišnja Strategija antimikrobne rezistencije za razdoblje 2013.-2018. koja prepoznaje važnost smanjenja neprimjerenog propisivanja antibiotika jer je prepoznato da je antibiotska rezistencija uglavnom posljedica selektivnih pritisaka za uporabu antibiotika. Smanjenjem tih pritisaka opreznom primjenom antibiotika pospješit će povratak osjetljivih bakterija ili će barem spriječiti ili usporiti pojavu rezistentnih sojeva. Valja napomenuti da je u isto vrijeme sepsa glavni uzrok smrti koje se mogu izbjeći u bolnicama; procjenjuje se da samo u Velikoj Britaniji ima 100.000 slučajeva sepse godišnje.

### Opis intervencije

U ovom Cochrane sustavnom pregledu analizirana je bilo koja intervencija kojoj je cilj bio poboljšati propisivanje antibiotika bolničkim pacijentima. Inicijative za racionalno rukovođenje propisivanjem antibiotika imaju dva cilja: prvi je osigurati djelotvorno liječenje pacijenata s infekcijama, a drugi smanjiti uzgredne posljedice povezane s uporabom antimikrobnih lijekova. Pritom se naglašava potreba za hitnim liječenjem ozbiljnih infekcija i usputnim smanjenjem nepotrebne uporabe antibiotika.

Uspoređene su intervencije kojima je cilj promjena profesionalne prakse sa standardnom praksom (kontrolna skupina bez ikakve intervencije). Intervencije su podijeljene prema funkciji. U prethodnoj

verziji ovog Cochrane sustavnog pregleda podatci su pokazali kako restriktivne intervencije imaju veći trenutni učinak na propisivanje nego intervencije koje su koristile edukaciju ili uvjeravanje. U ovoj obnovljenoj verziji su pronađene intervencije koje su osmišljene kako bi se poboljšalo „osposobljavanje“ za bolje propisivanje antibiotika, a definirane su kao povećanje kapaciteta i smanjenje prepreka za bolju osposobljenost za propisivanje antibiotika i prepoznavanje prilika za bolje propisivanje antibiotika.

U okviru sustavnog pregleda intervencije su podijeljene prema funkciji te su naznačene funkcije promjene ponašanja koje su korištene u intervencijama za bolje propisivanje antibiotika. Osobito je naglasak stavljen na relativnu učinkovitost intervencija prema tome kako su koristile osposobljavanje i ograničavanje za promjenu ponašanja. Intervencije su podijeljene u četiri skupine: osposobljavanje bez ograničavanja, ograničavanje bez osposobljavanja, kombinacija osposobljavanja i ograničavanja te intervencije koje nisu koristile ni osposobljavanje ni ograničavanje.

### Učinak u rutinskoj praksi

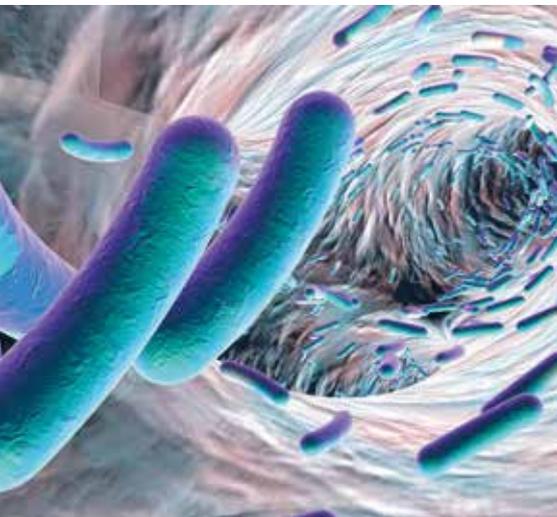
Uključeni randomizirani kontrolirani pokusi pokazuju da intervencije povećavaju pridržavanje smjernicama za 15%, što je klinički važna veličina učinka. Međutim, taj rezultat nije toliko impresivan ako se uzme u obzir da se pridržavanje preporukama povećalo s 43% na 58% jer je suradljivost od 58% još uvijek premala. Tri istraživanja opisala

su postignuti rezultat od 90% pridržavanja smjernicama; u tim istraživanjima je tako visok postotak suradljivosti postavljen kao cilj te je korišteno planiranje budućih aktivnosti na način da su intervencije mijenjane dok god nije postignut cilj. Nerandomizirane studije su dale dodatne dokaze da se rezultati kliničkih pokusa o učinkovitosti intervencija mogu postići u rutinskoj praksi. Čak 70% nerandomiziranih studija provedeno je u cijelim bolnicama, u usporedbi s 31% u kliničkim pokusima.

### Sigurnost i neželjene posljedice intervencija

Glavno ograničenje dokaza iz randomiziranih kliničkih pokusa o sigurnosti smanjenja nepotrebne uporabe antibiotika jest činjenica da su samo dvije intervencije uključile ograničenja, a jedna je zaustavljena ranije zbog odgode u početku liječenja. Dvije nerandomizirane studije su također upozorile na potencijalnu opasnost odgode davanja prve doze antibiotika pri korištenju restriktivnih intervencija. Nadalje, četiri nerandomizirane studije su opisale negativne učinke restriktivnih intervencija na profesionalnu kulturu zbog negativnog utjecaja na komunikaciju među zdravstvenim radnicima. Te nerandomizirane studije bile su ustrojene kao istraživanje kontrola i slučajeva, kohortna ili kvalitativna istraživanja jer su prikupljale podatke koji nisu bili dostupni u rutinskim kliničkim sustavima.

Studije s prekinutim vremenskim slijedom (engl. *interrupted time series*) sadr-



žavale su vrlo malo podataka o sigurnosti intervencija jer se oslanjaju na rutinske kliničke sustave za mjere ishoda, koji trenutno ne mogu pružiti dovoljno informacija o specifičnim pacijentima, primjerice onima s infekcijama. Nadalje, nužno je prikupljati podatke i o kliničkim mjerama koje se tiču drugih vidova sigurnosti koji se ne tiču samih infekcija, i uključiti pokazatelje sigurnosti kao što su akutna ozljeda bubrega.

Proučavanje učinka uklanjanja intervencije može se koristiti za dobivanje dodatnih dokaza o ishodima originalne intervencije. Jedno takvo istraživanje je pokazalo smanjenje broja akutnih ozljeda bubrega nakon ukidanja gentamicina.

### Mikrobni ishodi

Intervencije su bile dosljedno povezane sa smanjenjem učestalosti *Clostridium difficile* infekcija, ali su manje dosljedno bile povezane sa smanjenjem infekcija uzrokovanih rezistentnim bakterijama. Međutim, učinci intervencija na mikrobne ishode mogu se pouzdano analizirati jedino planiranim intervencijama. U ovom Cochrane sustavnom pregledu meta-analize su bile ograničene zbog četiri tehnička problema:

- 1) Svaka studija je imala značajnu varijancu zbog malog broja mikrobnih događaja u svakoj vremenskoj točki,
- 2) Studije su rijetko navodile stabilne podatke za razdoblje prije intervencije tako da je ekstrapolacija pred-intervencijskog trenda kroz post-intervencijsku fazu vjerojatno nepouzdana,

- 3) Za svaku studiju analiziran je jedan ishod vezan za propisivanje (čak i ako ih je bilo opisano više); kriteriji za izbor ishoda bili su unaprijed određeni planom analize za učinke intervencija na propisivanje. Međutim, ti kriteriji možda nisu bili dovoljno dobri za analizu povezanosti promjena u načinu propisivanja i mikrobnih ishoda;

- 4) Analiza povezanosti između propisivanja i mikrobnih ishoda napravljena je u fiksnim vremenskim točkama. Za potrebe analize izabrana su razdoblja nakon 6 i 12 mjeseci, sa 6-mjesečnom odgodom za sve intervencije. Međutim, moguće je da taj učinak varira ovisno o propisivanju i mikrobnim ishodima te o kontekstu intervencije.

### Održivost učinka intervencije

Pronađeni su dokazi da uklanjanje intervencija dovodi do nestanka učinka intervencije. To je važno zbog toga što se privlačnost intervencije može smanjiti ako se za intervencije ne mogu izdvojiti prikladna sredstva i vrijeme.

### Ograničenja

Trenutni dokazi na ovu temu imaju pet ograničenja:

- 1) Dokazi o neželjenim učincima uglavnom su koncentrirani oko smanjenja nepotrebnog liječenja (pridržavanje smjernicama čiji je cilj smanjiti uporabu antibiotika širokog spektra ili skratiti duljinu liječenja). Nužno je više dokaza o poboljšanju liječenja sepse bez pretjerane uporabe antibiotika.
- 2) Postoje ograničeni dokazi o neželjenim učincima ograničavanja propisivanja antibiotika koji ukazuju da mogu biti povezani s odgođenim početkom esencijalne terapije. Potrebne su bolje procjene mjera sigurnosti pacijenata u istraživanjima intervencija u kliničkoj praksi.
- 3) Većina intervencija koje su istražene ne koriste djelotvorne metode za mijenjanje ponašanja kao što su planiranje aktivnosti ili povratna informacija.
- 4) S obzirom na ključnu ulogu mlađih liječnika u racionalnom propisivanju antibiotika u bolnici, iznenađujuće je što je u literaturi pronađen samo jedan primjer

intervencija koje su bile usmjerene na mlađe liječnike.

- 5) Analiza učinka intervencija na mikrobne ishode zahtijeva provedbu velikih kliničkih pokusa u više bolnica.

### Zaključak za praksu

Smanjenje antimikrobne rezistencije i hospitalnih infekcija javnozdravstveni je prioritet. Ovaj Cochrane sustavni pregled pokazuje da intervencije kojima je cilj nadzor nad antibioticima mogu smanjiti nepotrebno propisivanje antibiotika u bolnici. Takve intervencije potrebno je uvesti u bolnice kako bi se poboljšala zdravstvena skrb, smanjila antibiotska rezistencija i smanjili zdravstveni troškovi. Povjerenstva koja se bave propisivanjem antibiotika trebalo bi educirati o intervencijama za promjenu ponašanja.

### Zaključak za buduća istraživanja

Buduća istraživanja trebaju se usmjeriti na analizu kliničkih ishoda, procijeniti druge mjere sigurnosti pacijenata i različite mjere za poticanje racionalnog propisivanja antibiotika te istražiti prepreke i poticaje za usvajanje djelotvornih mjera. Predložena su tri ključna buduća istraživačka pitanja:

- 1) Kakav se pristup promjeni ponašanja može preporučiti za optimalne programe racionalnog propisivanja antibiotika?
- 2) Kako se programi racionalnog propisivanja antibiotika mogu osmisliti kako bi se pospješilo njihovo usvajanje u različitim državama?
- 3) Kako se može pospješiti učinkovito usvajanje programa za racionalno propisivanje antibiotika širom svijeta?

### Cochrane sustavni pregled

Davey P, Marwick CA, Scott CL, Charani E, McNeil K, Brown E, Gould IM, Ramsay CR, Michie S. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:CD003543.







# Antihistaminici

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

Počelo je razdoblje sezonskih alergija i vrijeme je da liječnici u ambulantama obiteljske medicine češće imaju na umu alergijski rinitis kako bi ga razlučili od sindroma obične prehlade koji ih je donedavno izluđivao svojom incidencijom.

U liječenju alergijskog rinitisa i urtikarije već dugo se ne koriste antihistaminici 1. generacije, zbog svog sedirajućeg učinka, a već nekoliko godina na hrvatskom tržištu nema ni difenhidramina, predstavnika te skupine antihistaminika koji se primjenjivao u liječenju atopijskog dermatitisa, već postoji samo kloropiramin u parenteralnom ili topikalnom obliku. Međutim, ponuda antihistaminika 2. generacije je pristojna – registrirani su cetirizin, levocetirizin, feksofenadin, loratadin, desloratadin i, najnoviji, bilastin.

## Somnolencija i omaglice

Prema podacima HALMED-a, ali i preporukama *Air Traffic Control Specialists*, cetirizin i levocetirizin mogu smanjiti sposobnost upravljanja vozilima zbog veće incidencije somnolencije u odnosu na placebo (~3-4.5x veći RR), dok se ostali, uključujući bilastin, smatraju nesedirajućim antihistaminicima, iako je taj zaključak za bilastin izveden na temelju istraživanja koje je uključivalo ukupno 22 ispitanika (placebo, bilastin i hidrokizizin), dok se pri primjeni loratadina, somnolencija javlja u oko 1.2% pacijenata, što je češće u odnosu na placebo iako su koncentracije lijeka u SŽS-u značajno manje nego u plazmi. Somnolencija i omaglice pri upotrebi bilastina češće su u usporedbi s placebom za 0.3-0.4%.

Inhibitori CYP enzima kao što su azolni antimikotici, makrolidi ili cimetidin mogu povećati koncentracije loratadina

i feksofenadina u plazmi, što nije dovelo do značajnijih nuspojava. Bilastin se ne metabolizira, već se izlučuje nepromijenjen u urinu i fecesu i ne pokazuje interakcije s lijekovima putem CYP enzima. Ipak, supstrat je P-glikoproteina i pri primjeni lijeka koji utječu na aktivnost P-glikoproteina, npr. eritromicina, ciklosporina, diltiazema i soka od grejpa, dolazi do promjene u koncentraciji bilastina u plazmi. Važno je napomenuti da hrana smanjuje bioraspoloživost bilastina za oko 30%. Loratadin je također supstrat P-glikoproteina, a eliminira se prvenstveno metabolizmom u jetri te može biti potrebna prilagodba doze u pacijentima s težim oštećenjem jetrene funkcije.

## Liječenje urtikarije

Iako ni za jedan od spomenutih antagonista H1 receptora druge generacije u HALMED-ovim sažecima opisa svojstava lijeka ne piše koja je maksimalna preporučena doza, pod podnaslovom 4.9. "Predoziranje" piše da su sve nuspojave češće pri primjeni većih doza, ali ne pojavljuju se ozbiljne ili po život ugrožavajuće nuspojave, pa tako ni produljenje QT intervala – npr. za feksofenadin u dozi 800mg x1/dan ili 690mg x2/dan tijekom 30 dana ili za bilastin u dozi 200mg x1/dan tijekom 7 dana. Veće doze loratadina mogu ispoljiti antikolinergički učinak, npr. tahikardiju. Što se tiče liječenja urtikarije, ohrabrujuća je preporuka Europske akademije za alergije i kliničku imunologiju (2013.) da se u liječenju urtikarije doze antihistaminika o kojima je riječ mogu povećati četverostruko, i to u trajanju od 4 tjedna, što ne čudi s obzirom na mehanizam djelovanja (reverzibilni antagonisti/inverzni agonisti) i veliku terapijsku širinu tih li-

jekova, a to potvrđuje i činjenica da su u mnogim zemljama dostupni u slobodnoj prodaji. Također, prema *British Association of Dermatologists* dozvoljeno je nesedirajućem H1 antihistaminiku dodati antagonist H2 receptora za postizanje boljeg učinka, iako ta intervencija nerijetko ne utječe na klinički rezultat.

U diferencijalnoj dijagnozi treba razmatrati fizikalnu (toplo/hladno, svjetlost, dodir), alergijsku, autoimunu i ijtrogenu urtikariju (NSAIDs, ASK, ACE inhibitori, morfij) te onu infektivne etiologije (virusi, paraziti).

## Hijerarhija učinkovitosti

Zasada nije poznato koji je antihistaminik najdjelotvorniji u liječenju urtikarije i alergijskog rinokonjunktivitisa. Desloratadin (aktivni metabolit loratadina) dostupan je u dozi od 5mg. Nameće se logično pitanje: jesu li loratadin 10mg i desloratadin 5mg zapravo bioekvivalentni i, ako nisu, koji je lijek zapravo bolji izbor i kako izgleda hijerarhija učinkovitosti svih dostupnih antihistaminika? Možda nam Cochrane jednom odgovori na to pitanje. Do tada, strpljivo i pametno u nove radne pobjede.

## Literatura:

<http://www.msdp-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/dermatologija/dermatitis/atopicni-dermatitis>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299972/>

<https://www.almp.hr>

Zuberbier T et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014; DOI: 10.1111/all.12313.

Grattan C, Powell S, Humphreys F; British Association of Dermatologists (2001) Management and diagnostic guidelines for urticaria and angio-oedema. *Br J Dermatol.* 144(4):708-14.

Weller R, Hunter J, Savin J & Dahl M (2008) *Clinical Dermatology*. Blackwell Publishing Ltd.

"Dulce cum utili!"

# Kratice i pokrate u jeziku medicinske struke (1. dio)

Izv. prof. dr. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ

Jedna od osobina svojstvena svim ljudskim jezicima jest i **jezična ekonomija** ili **jezična ekonomičnost**. Prirodno je da u govorenome i pisanome komuniciranju nastojimo uspostaviti ravnotežu između dviju suprotstavljenih sila koje djeluju u jeziku – težnje da jezikom izrazimo sve veće komunikacijske potrebe koje zahtijevaju i veći broj jedinica, i to sve specifičnijih s obzirom na područja života koja se jezikom opisuju, i težnje da pritom uložimo što manji napor, što je u skladu s prirodnom ljudskom inertnošću. U jeziku se ekonomija može postići na različite načine. Na primjer kada neku novu stvar ili pojavu želimo jezikom opisati tako da kombiniramo jezične elemente koji u jeziku već postoje, bilo da se radi o cijelim riječima ili o nekim manjim jezičnim jedinicama poput morfema ili tvorbenih nastavaka, govorimo o paradigmatskoj jezičnoj ekonomiji (npr. *machine à laver*, stroj za pranje /posuđa, rublja/ ili perilica). Novoj stvari ili pojavi možemo dodijeliti novi jezični element (npr. prema nazivu proizvođača ili prema nazivu proizvoda cijeli naziv zamjenjujemo jednom riječi, npr. „električno-plinški štednjak“ nazivamo samo „končar“, „pastu za zube“ nazivamo „kalodont“) te

je tada riječ o sintagmatskoj ekonomiji. Jezična se ekonomija može očitovati i na drugim razinama. Na primjer radi lakšega izgovora (što može biti slučaj i u nekim dijalektima, žargonima i sl.), metričkih, ritmičkih ili stilističkih razloga u riječima dolazi do izostavljanja pojedinih fonema ili slogova. Upravo izostavljanjem nastaju figure poput afezeze, apokope i sinkope. Tako nerijetko možemo u razgovornome stilu čuti: *bus* za autobus, *logo* za logotip, *bic* za bicikl, *đenja* za doviđenja, *ćeš* za hoćeš..., *mobač* za mobitel, *vako*, *nako*, *vamo*... umjesto ovako, onako, ovamo, *radit*, *operirat*... umjesto raditi, operirati...

Jezična ekonomija prirodna je pojava, kao što smo već rekli, u svim ljudskim jezicima, ali nastojanje da poruku uspješno prenesemo ulaganjem što manje tjelesnoga i umnoga napora, treba, međutim, biti ograničeno nastojanjem da poruka primatelju bude ne samo posve razumljiva nego i posve jasna. Uvijek trebamo biti oprezni kako se ne bi dogodilo da opravdavajući se jezičnom ekonomijom i njom uvjetovanim kraćanjem poruke, dođe do nerazumijevanja ili pogrešnoga razumijevanja poruke, odnosno da onaj

kojem je poruka upućena poruci prida sadržaj različit od onoga koji je pošiljalac htio prenijeti. Ako smo toga prilikom komuniciranja svjesni, onda možemo u potpunosti iskoristiti mogućnosti koje nam pruža jezična ekonomija.

## Znatna ušteda vremena

Jezična ekonomija do izražaja dolazi i kod kraćenja jedne ili više riječi na jedno slovo ili više slova, odnosno na jedan slog ili više slogova. Kraćenjem ili skraćivanjem riječi dobivamo **kratice**, **pokrate**, **inicijale** i **oznake**. Oni nam omogućuju uštedu vremena koja nam je potrebna da bismo izgovorili i/ili napisali više riječi, ali i uštedu prostora koji nam je potreban za njihovo pisanje. Naravno, u skladu s prethodno rečenim, prilikom upotrebe kratica, pokrata, inicijala i oznaka trebamo biti vrlo oprezni, odnosno trebamo ih upotrebljavati tek kada smo posve sigurni da je njihov sadržaj poznat onima kojima je tekst namijenjen. Ako nismo posve sigurni je li njihovo značenje primateljima poruke poznato, a ipak ih želimo upotrijebiti, svakako prije nego ih u tekstu prvi put upotrijebimo, trebamo navesti puni oblik onoga što oni označavaju. Sigurno

ste se i sami ponekad pitali čitajući neki tekst što neka kratica ili pokrata označuje jer u tekstu prije toga niste naišli na puni naziv od kojega je ta kratica ili pokrata nastala. To se nerijetko dogodi jer pisac pogrešno procijeni kako je kratica ili pokrata poznata onima kojima je tekst namijenjen. Zato je preporučeno uvijek u tekstu navesti puni oblik kratice ili pokrate prvi put kada je upotrijebimo, a u zagradi staviti kraticu ili pokratu koja će biti u daljnjem tekstu upotrijebljena umjesto cijeloga naziva. Npr. *O toj je temi jučer bilo raspravljano u Hrvatskoj liječničkoj komori (HLK)*. Ili *O toj je temi jučer bilo raspravljano u Hrvatskoj liječničkoj komori (u daljnjem tekstu HLK)*. Nakon toga u tekstu koji slijedi možemo upotrebljavati samo pokratu HLK.

Kraćenje riječi uobičajeno je i u stručnome i u znanstvenome jeziku. Pa tako i u medicinskoj struci nalazimo velik broj specifičnih kratica i pokrata. Najčešće su to kratice i pokrate nastale od kraćenja riječi iz engleskoga jezika jer se, pod utjecajem tehnološkoga napretka, u hrvatskome jeziku funkcionalne komunikacije primjećuje sve manji utjecaj njemačkoga, talijanskoga i gotovo mađarskoga jezika, a sve izrazitiji transfer iz engleskoga jezika. Jači utjecaj engleskoga jezika kao *lingua franca* zabilježen je posljednjih dvadesetak godina u gotovo svim europskim jezicima, pa tako i u hrvatskome. Takav leksik najčešće pripada specijaliziranim područjima (znanosti, umjetnosti, računalne tehnologije, marketinga...), pojedinim dobnim skupinama (mladi-ma...) ili određenim prostorima (urbane sredine).

**Kratice** se dobivaju kraćenjem jedne ili više riječi. Najčešće se pišu malim slovima, završavaju točkom, u većini se slučajeva ne sklanjaju, odnosno ne mijenjaju se po padežima i čitaju se kao cjelovite riječi, a ne kao kratice. Kratice iznimno sadrže i veliko slovo, npr. pH, Rh.

U skladu s tim, npr. kratica *str.* dobivena je kraćenjem riječi *stranica* na njezina prva tri slova. Tu kraticu uvijek pišemo u obliku *str.*, odnosno ne sklanjamo je po padežima, a čitamo je i/ili izgovaramo kao *stranica*, a ne kao *str.* (Npr. *Taj se podatak nalazi na 32. str. / izgovor: stranici/*).

### Kraćenje duge riječi

Evo nekih kratica iz općega jezika i iz jezika medicinske struke:

**gosp.** – *gospodin*, **o. d.** – *obnašatelj dužnosti*, **odn.** – *odnosno*, **v.** – *vidi (vidite)*, **v. r.** – *vlastitom rukom*, **u z.** – *u zamjeni*, **rn.** – *račun*, **dosl.** – *doslovno*, **indiv.** – *individualno*, **o.** – *oko*, **ob.** – *obično*, **dr. med.** – *lat. doctor medicinae – doktor medicine*, **mr. pharm.** – *lat. magister pharmaciae – magistar farmacije*, **dr. h. c.** – *lat. doctor honoris causa – počasni doktor*, **ori sequence** – *origin sequence – ori sekvencija*, **E. coli** – *Escherichia coli*.

Kratice u jeziku struke mogu nastati, poput kratice u općem jeziku (spomenuli smo primjere *bus* za autobus, *logo* za logotip, *bic* za bicikl, *mobač* za mobitel), kraćenjem duge riječi u kra-

ću riječ, npr. **patofiza** za patofiziologiju, **otorina** za otorinolaringologiju, **derma** za dermatologiju ili i za dermatovene-rologiju, **farma** za farmakologiju i sl.) ili kraćenjem cijeloga naziva u jednu riječ (npr. **interna** za interna medicina i sl.).

### Treba upamtiti:

Sveza kratice i imenice piše se sa spojnicom: **Rh-faktor, pH-vrijednost, e-pošta, e-adresa.**

Za razliku od kratice za *gospodin* **gosp.** kratica za *gospođa* **gđa** piše se bez točke i sklanja se (*gđa, gđe, gđi, gđu, gđo, gđi, gđom*). Dakle, pravilno je: *Poštovana gđo Jurić; Razgovarao sam s gđom Jurić; Upoznao sam gđu Jurić; Prenijeli su izjavu gđe Jurić, Prijedlog je prenesen gđi Jurić* itd.

U sljedećem broju navest ćemo probleme do kojih dolazi kod jezičnoga posuđivanja i kraćenja riječi te ćemo objasniti probleme koji se javljaju u medicinskoj struci, poput višeznačnosti pojedinih kratica, čitanja kratica, kraćenja engleskih naziva i hrvatskih naziva i sl.

Pozivamo Vas da nam na adresu elektroničke pošte: [hrvatski.jezik@hlk.hr](mailto:hrvatski.jezik@hlk.hr) pošaljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom.

## PROVJERITE ZNANJE!

### Izvedite kratice

engleski \_\_\_\_\_

gospođa \_\_\_\_\_

i tako dalje \_\_\_\_\_

članak \_\_\_\_\_

doktor znanosti \_\_\_\_\_

i slično \_\_\_\_\_

inženjer \_\_\_\_\_

Wireless Fidelity \_\_\_\_\_

vršitelj dužnosti \_\_\_\_\_

rimokatolički \_\_\_\_\_

takozvani \_\_\_\_\_

na primjer \_\_\_\_\_

Točni odgovori: 1. engli., ing., Wi-Fi, v. d., rkt., tzv., npr. id., čl., dr. sc., i sl., gđa, gđe, gđi, gđu, gđo, gđi, gđom

# Podzemlje i nadzemlje u hrvatskom zdravstvu

priredile: ANĐA RAIČ, prof. i doc. dr. sc. INGRID MARTON, dr. med.

**Podneblje nadzemlja** - roman Dubravka Habeka (sveučilišnog profesora, doktora znanosti, ginekologa i povjesničara medicine, ratnog liječnika, časnika Hrvatske vojske), od intimne životne ispovijesti prerasta u socijalni i egzistencijalni roman koji dotiče univerzalna ljudska pitanja kao što je pitanje opstanka izuzetnog pojedinca u nepovoljnim društvenim okolnostima umreženoga zla i danas vrlo aktualnoga. Baš takav, otvoren prema patnji malog čovjeka, shvaćajući liječništvo kao poziv a ne kao karijerističko pazarenje, glavni lik, dr. Kozmar, prototip je onih dragocjenih vrijednosti našeg društva koje ulijevaju optimizam za buduća vremena. Oni su to nadzemlje koje čvrsto drži spona i opire se podzemlju raznih sitnih duša - žilavo i nepokolebljivo, naviknuto na borbu.

Slika je to bolničke i odjelne hijerarhije, napredovanja i nazadovanja na radnom mjestu, isprepletene neformalnim odnosima, katkad zakulisnim igrama zbog kojih životi pacijenata vise o koncu, titulama, zaslugama, političkim vezama, stručnošću ili podobnošću. Priče su to s dva odjela: ginekologije i kirurgije, dva specifična, jer se na prvom rađa, a na drugom spašava život ali katkad i umire. Razotkriva i društveno-socijalne devijantnosti, anomalije zdravstvenog sustava koje se mogu preslikati i na hrvatsko društvo, posebice u vrijeme tranzicije kada bujaju negativne društveno-socijalne pojave. Baš kao što glavni akter dr. Kozmar i na kirurgiji i na ginekologiji spretno vlada skalpelom, autor kroz priče s ta dva odjela na neki način vješto secira dijelove hrvatskog društva.

## Iz romana:

....Dr. Kozmar baci balon uz praznu bocu kisika i ode do ravnatelja bolnice i sve mu ispriča i reče da ne želi raditi u hitnoj pomoći ako nema najnužnije opreme, prazna boca kisika i prazan neapunjeni defibrilator.

- Ovako nismo nikada radili niti na ratištu, ravnatelju - jaderno će dr. Kozmar.

- Kolega, javite se šefu hitne pomoći, on sve zna, ja nemam ništa s tim, ali nemojte biti ovako drčni i ne opstruirajte rad hitne pomoći. Zna, premladi ste, trebate poštovati autoritet šefa. Svijet nemojte mijenjati, jer to ne bude dobro za vas. Vjetrenjača uvijek stane ili se potrga. Zna, zar ne? Vi ste sad pred dobivanjem specijalizacije. Kirurgiju ste dobili na prvom natječaju što nitko nije očekivao, a čekate ginekologiju gdje baš ne cvjetaju ruže u smislu mladih kolega. Pazite da neće biti kirurgije ni ginekologije - prijeteći mu reče ravnatelj, a dr. Kozmar zgranut izađe od njega i otiđe šefu hitne pomoći, koji je već trideset godina obnašao tu funkciju. Omani, debeljuškasti, stari komunist na čelu istog odjela. U sobi on i glavna sestra Branka koja je isto trideset godina s njim na toj funkciji glavne sestre hitne pomoći.

- Doktore Kramarić, došao sam isfrustriran. Nemam defibrilator, tubuse za intubaciju, boca od kisika je prazna, okolni ljudi moraju nositi oboljele na nosilima ili mi liječnici jer je vozač poluinvalid na četiri sata. Ovako je nemoguće raditi. Dajte nešto napravite. Pa na frontu nismo imali ovakve neprilike - jada se opet dr. Kozmar.

- Smirite se, dragi kolega, nema problema ni u čemu - tihim će i tobož smirujućim tonom politkomesarski dr. Kramarić. - Recite što vam treba i dobit ćete. No znate, jako je interesantno kako nikome prije vas nije trebalo ovo što ste naveli. Pa i drugi su liječnici radili i rade u hitnoj, pa se ne žale. Vi ste sad kao zviždač. Nekakav bundžija. A tek ste došli u hitnu. Vidite kako je ovdje teško raditi. Taj vaš front i kirurgija. To nije sluga hitnoj - veli stariji kolega mlađem. Taj stariji liječnik koji nije nikada radio u hitnoj pomoći...

Šefovi te kirurgije bili su gospoda primarijusi kroz desetljeća, neki od njih kasnije i profesori kirurgije i šefovi drugih odjela po Hrvatskoj i Europi. Neki su bili domaći, a neki su došli odsvakud razvijajući kirurgiju i odlazeći dalje po svojem poslanju. Vizite su bile proceduralne,

Ovu bi knjigu trebao  
pročitati svaki  
mladi liječnik koji  
želi specijalizirati  
neku od kirurških  
grana medicine  
kako bi navrijeme  
spoznao je li to  
ono što doista želi  
i na što mora biti  
spreman ne samo  
jednu godinu već  
cijeli život

obvezne kućnim bolničkim redom. Izjutra u osam sati, a navečer prije večere. Dugogodišnji šef i legenda kirurgije bio je spomenuti gospodin primarius dr. Sebastijan Jelavić koji je vodio vizitu, a iza njega išli su poznati kirurzi i znani i neznani specijalizanti, sekundarci i stažisti, medicinske sestre i tehničari. Na tim vizitama nije bilo nikakve žurbe: primarius Jelavić je prišao svakom bolesniku ili bolesnici, upitao ih kako su i primio svakoga za ruku opipavajući bilo. Je li ga pipao ili nije, uopće nije bitno. Tim je bolesnicima primarius kirurgije dotaknuo ruku i stvorio toliko potrebnu empatiju između liječnika i bolesnika koje je danas sve manje. Samo nekoliko sekundi dodira potvrđeno ublažuje onaj neminovni hospitalizam.

U to, sad već na pola puta do mrtvačnice, kolica zapnu u rupu prastarog izlzanog nogostupa u koji je ušao snijeg, kolica se prevrnu, a mrtvac s njih upadne u živicu s desne strane puta, punu snijega. Doktor Kozmar pridržava mrtvaca za noge, punih klompa snijega; sestre od smijeha ne mogu držati kolica, a ni pokojnika. Jedva su ga pridržale i vratile na kolica koja je dr. Kozmar izvukao iz rupe, sada s puknutim kotačem, pokrili ga ponovno, sada mokrom snježnom plahom i krenuli dalje polako do mrtvačnice, pridržavajući pokojnika oslanjajući se na stara rasklimana kolica koja su više nosili nego rivali. Sestra Iržinka otvara vrata mrtvačnice psujući na češkom jeziku. A sada mora proći kroz mrtvačnicu do vrata obdukcijske dvorane gdje je prekidač da upali svjetlo. Svi su promrzli, mokrih nogu. Dr. Kozmar i sestra Marica ugruvaju ta jadna prastara kolica. Uto vrisak. Sestra Iržinka vrisnu kroz tišinu i ne upalivši svjetlo.

Svako jutro liječnički sastanak. Rastoči dr. Kozmar kavu svima nazočnima jer je najmlađi i takav je red, takva je hijerarhija. Glavna sestra čudnoga imena ili nadimka, Cana, navodnog prezimena Jarić, a potpisivala se s Jurčić, sjedi ravno kao lojtra svako jutro s friškom frizuricom bez nekakva modnoga trenda. Čini se u svome nebu. Ali sa stupastim, banderastim nogama čvrsto na tlu s kojega se pijedestala ne dâ otjerati. Cijeli život. O njoj se po gradu i bolnici raspredaju priče i priče i svi su za nju čuli

od kada valjda svako čeljade počne slušati, od djetinjstva. Postala je i ona samoprovzvanom legendom bolnice, grada i županije, ma i države, a i neki su joj u tome pomogli. Ona i njezini glasnogovornici po gradu i firmama ponavljali su izmišljene i nepostojeće događaje u kojima je ona bila spasiteljica, pa kad se spomenu desetke puta, ostanu i postanu istina. Od nje su napravili drugu Milku Planinc, koja je barem nešto radila. Imala je nekakvu crnu bilježnicu u koju je navodno sve bilježila. Ona ne rastače kavu kao glavna sestra kirurgije. Ovdje je drugi red. Onaj liječnik koji je bio dežuran, taj daje kavu za liječnički sastanak. Stara smeđa džezva, u plavom lončiću mljeko. A šalice od dva decilitra s natpisom popularnih vaginaleta za liječenje rodničkih gljivica jedne farmaceutske firme. A što će ginekolozi drugo imati na šalicama?

– Baš se imaš i čime pohvaliti. Prvi smo. U istjerivanju ljudi. Pa jel' to lov na vještice? Pa ti nam ljudi zlata vrijede. Tak' ćeš se riješiti i mene za sedam-osam godina kad me šećer i tlak opale. Ali nisi ni ti daleko od mene. Začas ćeš imati šezdeset. Deset godina prođe brzo. A i taj tvoj stolac, znaš Tilda, klimav je i truli već. Nebuš ni ti dugo, bez brige, svačija svijeća dogori. Veliš, Krivi te zvaao! Pa šta njega briga za nas. On ima to'ko govana pred svojim vratima i nek' tamo čisti. Stalno se petlja u druge. Pa ja sam s njim specijalizirala. Bježno je od sale i radaonice ko vrag od tamjana – ljuto veli dr. Klarić. – Pa sad će Danko i Mladen samo raditi dispanzer s pedeset žena svakome, i tako svaki dan do penzije. Pa Matilda, to nije kolegijalno. Oni su te učili, ne zaboravi to.

– Znaš, protiv nje ti neće nitko. Ona je bila Bog i batina tu, čas jedna stranka, čas druga, čas treća. Veli da je bila u ratu, ovom našem Domovinskom. I članica kriznog štaba grada i bolnice. Nitko ne zna kada i gdje. Dobila je čak i spomenicu i nekakav čin. Tražila je i čin satnika, možeš misliti. Jadni bojovnici su čak pisali ministru da joj oduzme spomenicu. Nikakva učinka. Kad su dolazile donacije u grad, bila je glavna s bivšim ravnateljem i još nekima. To se istovarivalo televizora, deka, pa frižidera, nove posteljine, svega i svačega. Usmjeravao se kamion u dvorište njezina sina koji ima za

DUBRAVKO HABEK

## PODNEBLJE NADZEMLJA



Autor: Dubravko Habek, format: 14,5 x 20,5 cm, godina izdanja: 2016., ISBN: 978-953-176-769-9, Opseg: 370 str., uvez: tvrdi, cijena: 147,00 kn, cijena za člaove liječničke komore: 120,00 kn

lihe konzervi, tijesta i ulja iz donacije valjda i za unuke. Moj bratić je bio tamo kao radnik koji je to istovarivao, pa su im spremili po jednu vrećicu tijesta, ulja, koju igračku za djecu, tak da šute. Ona je tamo komandirala, pa se posvađala sa svima. Al' je ko glavna sestra bolnice i članica kriznog štaba naprimala sestara i doktora na posao, pa ih ima u šaci. Sad joj neki koriste ko špijuni. Sve zna što se zbiva po bolnici. Tak' ti je ona i dobra s Tildom, a prije je bila jako i s dr. Mršićem. Znaš, oni su ti stari, ali sve znaju jedni o drugima. U prošlom sustavu trgala je primaljama križice s lančića, a jednoj je čak u mojoj službi s uha otkinula naušnicu s malim križićem. I to upravo pred izbore i raspad bivše države – nastavi dr. Kopic. – Kad se dograđivala zgrada psihijatrije, u isto vrijeme napravila se i njezina vikendica. Moj šogor je radio te radove pa znam iz prve ruke. A doma mramor u hodniku i sve u staklu. Pa tobožnji bidermajer. Sve kao supermoderno i decentno. A nakinđureneno kao i ona, ko tetrijeb pred parenje. Bio sam kod nje nekoliko puta na privatnim feštama kad je žarila i palila. Budi oprezan, mlad si, imaš ženu i djecu, snima razgovore na mobitel – savjetodavno će Slavko kolegi dr. Kozmaru kojega je poznavao s ratišta gdje su se povremeno vidali.

# Medicinski pojmovi u informacijama o lijeku

KATARINA VUČIĆ, dr. med., univ. mag. med.<sup>1</sup>, MARGARETA BEGO, univ. mag. pharm.<sup>1</sup>  
SVJETLANA KRNIĆ, dr. med.<sup>1</sup>, dr. sc. KRISTINA PEROŠ, dr. dent. med.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Agencija za lijekove i medicinske proizvode, Ksaverska cesta 4, Zagreb

<sup>2</sup> Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Gundulićeva 5, Zagreb

**Tekst Upute o lijeku (i Kartice za bolesnika kada je potrebna) mora biti sastavljen na temelju informacija iz sažetka opisa svojstava lijeka, ali budući da je namijenjen pacijentima odnosno korisnicima lijeka, treba biti pisan na njima razumljiv način. Pritom se preporučuje koristiti pojmove koji su razumljiviji široj populaciji (tzv. "patient friendly") i koji svojom jednostavnošću omogućuju razumijevanje svih potrebnih informacija**

U okviru postupka davanja odobrenja za stavljanje u promet svakog lijeka, koji u Hrvatskoj provodi Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), odobrava se i pripadajući tekst informacija o lijeku (engl. *Product Information*). Informacije o lijeku podrazumijevaju:

- sažetak opisa svojstava lijeka (engl. *Summary of Product Characteristics*, SmPC)
- uputu o lijeku (engl. *Package Leaflet*, PL)
- označivanje (engl. *Labelling*) te
- ovisno o značajkama samog lijeka, i druge dodatne dokumente, kao što su kartica za bolesnika ili edukacijski materijali za bolesnika, skrbnika ili zdravstvenog djelatnika.

Tekst sažetka opisa svojstava lijeka je sažetak stručnih informacija o lijeku koji se temelji na cjelokupnoj dokumentaciji o kakvoći, sigurnosti i djelotvornosti pojedinog lijeka.

## Sigurna primjena lijeka

Namijenjen je liječnicima, farmaceutima, stomatolozima i drugim zdravstvenim radnicima u svrhu pružanja valjane informacije o tome kako sigurno i učinkovito primjenjivati lijek te je sukladno tome pisan stručnim jezikom. Stoga se prigodom njegove izrade trebaju koristiti najtočniji i najjasniji stručni pojmovi koji zdravstvenim stručnjacima koji ga čitaju daju odgovarajuću, odnosno stručnu i nedvosmislenu informaciju.

djelatna tvar	
definicija	nošitelj djelovanja gotovoga lijeka
istoznačnice	dopusni naziv; aktivna tvar, lijekovita tvar
istovrjednica	engleski: active pharmaceutical ingredient njemački: Arzneistoff talijanski: sostanza attiva
kratica	engleska: API
razredba	polje: temeljna medicinska znanost grana: farmakologija projekt: Hrvatsko stomatološko nazivlje

Pretraživač strukovnog nazivlja sa stranice <http://struna.ihj.hr> i pronađeni pojam „djelatna tvar“.

Primjeri iz HALMED-ove baze preporučenih prijevoda stručnih pojmova kojima se otklanjaju moguće nejasnoće u prijevodima.

Engleski pojam	Hrvatski pojam u SPC-u	Hrvatski pojam u PL-u
abdominal pain	bol u abdomenu	bol u trbuhu
abdominal discomfort	nelagoda u abdomenu	nelagoda u trbuhu
acid reflux	refluks kiseline	vraćanje kiseline iz želuca u jednjak
acid regurgitation	regurgitacija kiseline	vraćanje kiseline iz želuca u usta
abdominal distension	distenzija abdomena	nadimanje trbuha/rastezanje trbuha

(preuzeto iz: [http://www.halmed.hr/fdsak3jnFsk1Kfa/ostale\\_stranice/Preporuceni-prijevodi-strucnih-pojmova-u-klinici-i-neklinici-farmakovigilanciji-i-kakvoci.pdf](http://www.halmed.hr/fdsak3jnFsk1Kfa/ostale_stranice/Preporuceni-prijevodi-strucnih-pojmova-u-klinici-i-neklinici-farmakovigilanciji-i-kakvoci.pdf))

Uputa o lijeku podrazumijeva informacije o lijeku koje dolaze priložene u samom pakiranju lijeka. Tekst upute o lijeku mora biti sastavljen na temelju podataka iz sažetka opisa svojstava lijeka, no budući da je namijenjen pacijentima odnosno korisnicima lijeka, treba biti pisan na njima razumljiv način. Stoga se preporučuje koristiti pojmove koji su razumljiviji široj populaciji (tzv. „patient friendly“) i koji svojom jednostavnošću omogućuju razumijevanje svih potrebnih informacija. Na taj se način omogućuje da važne podatke koji su u tekstu sažetka opisa svojstava lijeka pisani stručnom terminologijom (npr. indikacije, doziranje, kontraindikacije, mjere opreza, nuspojave i sl.) pacijenti dobiju u njima prilagođenoj terminologiji te da se moguće nerazumijevanje ključnih informacija svede na što manju mjeru.

Tekst vanjskog i unutarnjeg označivanja je tekst koji se nalazi na vanjskom odnosno unutarnjem pakiranju lijeka (npr. kutija, bočica, štrcaljka i dr.), a sadrži najvažnije podatke za identifikaciju lijeka kao što su naziv lijeka, djelatna tvar, farmaceutski

oblik, jačina, put primjene, rok valjanosti i broj serije. Pri navođenju djelatnih i pomoćnih tvari lijeka koristi se nazivlje u skladu s važećom Hrvatskom farmakopejom. Farmaceutski pojmovi koji se koriste u nazivima farmaceutskih oblika i putova primjene lijeka također su normirani i uvršteni u popis standardnih termina koji donosi Europsko ravnateljstvo za kakvoću lijekova i zdravstvenu skrb (EDQM) te ih je potrebno koristiti pri izradi informacija o lijeku.

### Preporučeni prijevodi pojmova

Budući da u životnom ciklusu lijeka često dolazi do izmjena i dopuna podataka u sažetku opisa svojstava lijeka i uputi o lijeku, pregled tih podataka i provjera njihove točnosti koje provode tijela nadležna za lijekove od iznimne su važnosti za rad zdravstvenih djelatnika, kao i za sigurnost krajnjeg korisnika, tj. pacijenta.

Kontinuirani rad na informacijama o lijekovima ukazao je na potrebu stvaranja vlastite baze preporučenih prijevoda

da stručnih pojmova sa svrhom usklađivanja korištene terminologije i pojednostavlivanja prijevoda. Agencija je s tim ciljem priredila bazu preporučenih prijevoda stručnih pojmova (s pojmovima za zdravstvene djelatnike i pojmovima za pacijente) koja se periodički ažurira u suradnji sa stručnim društvima, jezikoslovcima i farmaceutskim kompanijama te objavljuje na internetskoj stranici Agencije u dijelu Lijekovi/Upute za podnositelje zahtjeva/Preporučeni prijevodi stručnih pojmova.

Projekt Hrvatske zaklade za znanost, Hrvatsko farmakološko nazivlje – FARMANA, koji je u tijeku, obuhvatit će i navedenu bazu Agencije te će prijevodi pojedinih stručnih pojmova biti uneseni u terminološku bazu hrvatskoga strukovnog nazivlja STRUNA (<http://struna.ihjj.hr>) s odgovarajućim definicijama te istovrijednicama pojmova na engleskom jeziku. Zainteresirani za ovaj dio hrvatskoga strukovnog nazivlja novosti mogu pratiti i putem internetske stranice projekta FARMANA (<http://farmana.sfzg.hr>).  
peros@sfzg.hr



# Političke i etičke kontroverze oko pobačaja



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

I to smo dočekali. Početkom ožujka Ustavni sud konačno je obrisao prašinu sa zahtjeva ocjene ustavnosti *Zakona o zdravstvenim mjerama za ostvarenje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece*. Očekivano ili ne, sud je uslišao molitve liberalni(ji)h struja te *de facto* onemogućio dokidanje „prava na pobačaj“, čime je „problem“ pobačaja dospio u centar medijske pažnje te postao prvorazredno političko i etičko pitanje.

## Razmjere konfuzije

Izuzev već elaboriranih zamjerki na odluku Suda, koje se svode na njezinu nelogičnost zbog činjenice da pravo žene na privatnost nadilazi pravo na život koji bi „službeno“, barem prema mišljenju *Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb* (2009.), trebao počinjati začecem, reakcije vladajućih dužnosnika ukazale su na razmjere konzervativne konfuzije koja, očito, prevladava u našem političkom prostoru. Tako smo otkrili da živimo u liberalnoj državi konzervativnih pojedinaca koji pažljivo odvajaju privatni stav od javnog interesa. Naime, iako su se većinom „osobno“ izjasnili protiv pobačaja, nitko od državnih čelnika nije protiv prava na pobačaj. Štoviše, ministar vanjskih poslova Davor Ivo Stier, jednako kao i premijer Plenković, „apsolutno je odbacio dezinformacije da će Vlada promijeniti zakon o pobačaju“. U neskladu s time, na sastanku radne skupine unutar Vijeća EU, Hrvatska je potvrdila da termin „seksualno i reproduktivno zdravlje i prava“

tumači na način da ne uključuje abortus, pri čemu se, po prvi puta, u raspravi o ljudskim pravima službeno pozicionirala konzervativno, u mađarsko-poljskom kutku.

Razmjere hrvatske konzervativne konfuzije ocrtao je ministar Kujundžić koji je svojom izjavom da će „vlada sigurno razmišljati i držati se čuvanja prava na život; pravo na život počinje činom začeca, a s druge strane ćemo čuvati i pravo žene na odabir“ dokazao postojanje paralelnih univerzuma jer bi jedino pod takvim fizikalnim zakonima pravo na život koji počinje začecem i pravo na pobačaj mogli nesmetano supostojati. Doduše, mora se priznati da je točno da „zabrane nikad u povijesti nisu riješile problem“, kao što ministar Kujundžić argumentira. Stoga uskoro očekujemo dekriminalizaciju posjedovanja i konzumacije lakih, pa i teških droga, prostitucije, a zašto ne i ubojstava. Pitanje prava na pobačaj potencira i pitanje čemu služi zakon. Treba li se on prilagođavati praksi ili se naše djelovanje usklađuje s normom? „Zakon je tu da se krši“ ne znači ništa drugo nego da postoji nesklad između idealiteta i realiteta, dok su zakoni izmišljeni kako bi ga ispravili. Na tom tragu konzervativizam polazi od pretpostavke da su ljudi slaba bića sklona iracionalnim postupcima zbog čega su im nužna institucionalna ograničenja. Dakle, oni koji su privatno protiv pobačaja, a ne smatraju da taj čin treba biti ograničen zakonom, liberali su jer je liberalno, optimistično, načelo da svatko ima pravo na vlastitu odluku, odnosno da država ne smije intervenirati u slobodu pojedinaca koji su sposobni prosuđivati u skladu s moralnim zakonom. Takav je politički stav legitiman, samo ostaje nejasno zašto se novodeklarirani liberali koji su konačno izašli iz ormara ne okupe pa osnuju stranku čije će programske odrednice biti identične njihovim svjetonazorima. Ili se uključe u neku postojeću. HSLS, primjerice, već dugo vapi za kadrovskom obnovom.

Osim političkog po(d)bačaja, aktualiziran je priče o pobačaju podsjetilo je na nužnost rasvjetljavanja kontekstualne i etičke dimenzije ovog pitanja. U ping-pongu vladajućih i oporbe, obostranom moraliziranju i treniranju progresivnosti, najmanje je uzeta u obzir stvarna situacija u Hrvatskoj. Statistika *Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa*

za 2015. pokazuje da se u Hrvatskoj svako dvanaesto dijete koje se „moglo“ roditi pobači, odnosno na sto rodilja dolazi osam legalno induciranih pobačaja, a to su „samo“ službene brojke.

## Suprotstavljeni tabori

Da bismo razumjeli razmjere te statistike potrebno je stvar obrnuti. Zar se u situaciji navodne demografske propasti 12,5 % povećanje broja rođene djece godišnje ne bi moglo nazvati pravim *baby boomom*? Ako, nadalje, proučimo tko pobačuje također dolazimo do znakovitih informacija. U ukupnom broju pobačaja mladih majki do 19 godina tek je 7,5%, dok su preko 60% pobačaja izvršile majke koje već imaju djecu. Koliko broj pobačaja određuje društveno-socijalni kontekst vidljivo je i ako uzmemo u obzir da se turbulentne 1990. na desetero rođene djece njih sedam pobacilo, što baca sasvim drugo svjetlo i na općeprihvaćeni broj ratnih žrtava. Eto tako brojke govore, a nije zgorega napomenuti da je naša statistika još „za pohvaliti se“ u odnosu na ostatak EU jer se Hrvatska po broju pobačaja nalazi na njezinom začelju.

Posljednji, zanemaren, a vjerojatno najvažniji, segment ovog „problema“ jest onaj etički. U tom smislu, ako već ne možemo donijeti odluku o ispravnosti samog čina i opravdanosti postojanja prava na njega, važno je podsjetiti se da postoje i druga, često neosvještana, polja borbe za život. 2015. godine 15 % žena u Hrvatskoj imalo je spontani pobačaj. U svijetu u kojem je on uobičajen, a život sveden na tehničko pitanje, njihova trauma nije društveno prepoznata, niti je institucionalno sanirana. Zato, kada se govori o pravu na život i o vrijednosti života uopće, treba podsjetiti sve borbe za njegovo očuvanje, jednako kao i nas ostale, na još neka mjesta na kojima se on ne tretira kako zaslužuje te usmjeriti barem dio energije da to promijenimo. Imati oko čega birati nije samo pravna, već i životna privilegija, za koju mnogi ostaju uskraćeni. Iako se neke prirodne nepravde ne mogu ispraviti, njihovo prepoznavanje i razvoj senzibiliteta u vidu pružanja potpore nešto je čime se one mogu barem umanjiti. A zašto to ne bi bio zajednički cilj oba suprotstavljena tabora?







# Prvih stotinu godina MEF-a

Piše: Ivica Vučak

U nastavnoj godini 2017/2018. na Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisat će se nova skupina završenih srednjoškolaca. To će biti 101. generacija studenata kojoj se u Zagrebu otvara put liječničkoj karijeri jer su se prvi upisali 13. studenoga 1917., a prve su ispite polagali iz kemije i biologije 10. srpnja 1918 (LN 82:80-3, rujana, 2009).

## Šloserovim stubama do fakulteta

Volio bih da na dan obilježavanja stote obljetnice osnutka u prosincu 2017. bude sunčano vrijeme. Pogledom u nebo toga će se dana, barem u mislima, na trenutak susresti tisuće nas s diplomom MEF-a u Zagrebu – bez obzira hoćemo li u tome trenutku biti dionici proslave u svečanoj dvorani u Zagrebu, ili suočeni s pitanjima bolesnika u ordinaciji ili oko operacijskog stola negdje u svijetu, ili pitanjima studenata na nekom od sveučilišta u svijetu. Vjerujem da će među nama, na taj način, biti barem stotinu umirovljenih kolegica i kolega sa „zlatnom“ diplomom, onih koji su pravo na status (privilegij i obvezu) liječnika stekli prije više od pola stoljeća.

I sâm sam se prije 45 godina prvi put uspinjao Šloserovim stubama. Na početku studija moja su razmišljanja i aspiracije

bili usmjereni ka psihijatriji kao profesiji, a završavam liječničku karijeru u pulmologiji (barem je njihovo prvo slovo isto). Između njih je, pri kraju studija, moju pozornost privlačila endokrinologija, jasno pod utjecajem nastavnika (u mojem slučaju bio je to prof. dr. Mladen Sekso). Poslije sam se, na poticaj prof. dr. Matka Marušića, vratio u fiziologiju i imunologiju, zatim se zbog istoga mog nastavnika i prijatelja našao u pneumofiziologiji. Sazrijevajući u medicinarskom i ljudskom smislu vratio sam se, pod neizravnim utjecajem prof. dr. Mirka Dražena Grmeka, povijesti medicine i stoga sam sada u prigodi sudjelovati u slavljenju obljetnice našega Medicinskog fakulteta.

Potrebe društva su velike, vrijeme teče brzo i već desetljećima zagrebački Medicinski fakultet nije jedini izvor koji opskrbljuje hrvatsko zdravstvo novim kadrovima. No, prvi i najveći u državi, MEF u Zagrebu mora i u narednim desetljećima biti svjestan svoje posebne zadaće. Već su studenti prvih generacija imali pogubno iskustvo ratnih stradanja prvoga svjetskog rata, a rat 1941. - 1945. je njih i novije generacije, kao i čitavo hrvatsko društvo, raspolutio. U obrambenom ratu 1991. - 1995. tadašnji, a i bivši

nastavnici i studenti MEF-a u Zagrebu ispunili su svoju ljudsku, patriotsku i liječničku zadaću. Nadam se da generacije naših mladih i budućih kolegica i kolega više nikada neće imati takva iskušenja.

## Neupitna vrijednost fakulteta

Glasilu Hrvatske liječničke komore „Liječničke novine“ je od svoga početka nastojalo ukazivati na vrijednosti, i poneke promašaje, MEF-a u Zagrebu i njegovih sastavnica. Jer i kad pišemo o Hrvatskoj liječničkoj komori, ili o Hrvatskom liječničkom zboru, ili Ministarstvu zdravstva, ili HZZO-u, uvijek pišemo i o medicinskom fakultetu s kojega su ti ljudi došli. „Liječničke novine“ su i povijesnomedicinskim člancima prim. dr. Vladimira Dugačkog upozoravale da održavanje i unapređivanje vrijednosti medicinskog fakulteta mora imati uporište u poznavanju povijesti nastajanja i razvitka toga fakulteta, a i ljudi koji su mu bili nositelji. U godini u kojoj se navršava prvo stoljeće neprekinutog uspona Medicinskog fakulteta u Zagrebu „Liječničke novine“ pozivaju sve svoje čitatelje, pogotovo one koji ga doživljavaju svojom školom, da svoja kritička razmišljanja iznesu na stranicama svoga komorskog glasila.

**VIVAT, CRESCAT, FLOREAT!**



1917–2017  
100 godina Medicinskog  
fakulteta Sveučilišta  
u Zagrebu

# O medicinskom fakultetu na Hrvatskom sveučilištu prije stotinu godina

Piše dr. **B. PERIČIĆ**, ravnatelj Pokrajinske bolnice u Zadru (objavljeno u „Liječničkom vjesniku“ br. 3 za ožujak 1917.)

O potrebi i pravu da se i naše sveučilište upotpuni medicinskim fakultetom suviše je i govoriti kao i o tome da su više političke neprilike nego li stvarni razlozi krivi ako ga mi još nemamo. Osobno više shvaćam potrebu medicinskog fakulteta sa gledišta općekulturnoga nego li sa onoga oskudice liječnika. Dakako da mnogi naši krajevi oskudijevaju liječničkom pomoći, ali to ne zavisi toliko od maloga broja raspoloživih liječnika koliko od maloga komforta koji ti krajevi pružaju akademički izučenom čovjeku. Takovome nedostatku, bolje nego množenjem liječnika, dalo bi se možda doskočiti množenjem dobrih saobraćajnih sveza (dobrih puteva, automobila, brodova itd.). Ali neimanje liječničkoga fakulteta moramo osjećati kao kulturno poniženje, jer bez njega ne možemo imati dovoljan broj strukovno izvježbanih liječnika; nemamo zadnje liječničke instancije; u liječničkom pogledu smo podložni tuđini; nemožemo surađivati posvemno u općem kulturnom radu; i po svemu tomu smo manje vrijedna jedinica u svjetskome kolu. Ipak po našem kulturnom radu, po položaju i broju našega naroda imademo pravo da ne zavidimo nijednom narodu kulturnu ustanovu koju možemo imati.

## Financijska podređenost

A možemo li podići i uzdržati medicinski fakultet? Imademo li mi za to potrebna novčana sredstva? Bi li materijal bolesnika u Zagrebu bio dovoljan za praktično obučavanje? Bi li bio dovoljan broj slušača? Bismo li mi imali sposobnih učitelj-



skih sila? Držim da se na sve to možemo jasno odgovoriti. I pri našoj sadašnjoj financijskoj podređenosti novčano pitanje ne smije da pravi poteškoća jer se i ne zahtijevaju bogzna kakva novčana sredstva.

Mi moramo pomisliti da je veći dio profesora za teoriju već tu (farmakologija, bakteriologija, prirodopis, fizika, kemija) i da bi profesori praktičnih struka, kao svugdje, bili uporedo glavni liječnici na bolnicama. Mi imademo već prirodnanstvenih zavoda dobro uređenih, dvije velike bolnice i Zemaljsku ludnicu u Zagrebu. Glavna bi briga za sada bila samo uređenje Anatomsakoga i Fiziološkoga zavoda. Novi troškovi bi bili rela-

tivno maleni. Mnoga pak sredstva ikoja sad sa đacima i dobrostojećim bolesnicima idu u tuđinu ostala bi u domovini.

## Dovoljan broj bolesnika

Dvije zagrebačke bolnice i susjedna ludnica pružaju već dovoljan broj bolesnika za praktično obučavanje, a glas medicinskog fakulteta bi neprestano dovabljivao veći broj bolesnika u Zagreb, upravo i iz onih naših krajeva iz kojih sada redovito mnogi idu na zadnju instanciju u tuđinu.

Billoth je označivao 25 kao idealan broj slušača za svako godišnje nauka, dakle 125 za cio medicinski fakultet. Jamačno barem toliko đaka iz južnoslavenskih krajeva uči sada po tuđim sveučilištima, a kada bismo imali medicinski fakultet

bilo bi i više đaka koji bi medicinu učili, jer bi bili materijalno olakšani.

Izvrzne sile koje sada poučavaju na našem sveučilištu garancija su nam i za učiteljsko osoblje medicinskog fakulteta. Odlični moralni položaj sveučilišnog profesora uz materijalnu korist koju donosi liječničko umještvo privlačilo bi uvijek naše najbolje liječničke sile koje, otete svakidašnjoj praktičnoj radbi, posvetile bi se srčano znanstvenom radu i stvorili bi sa zemanom i u Hrvatskoj ono što nemamo: samostalno znanstveno medicinsko ognjište. Podignimo fakultet i vrsni će se liječnici – učitelji

naći; sudeći po prirodnoj nadarenosti našega naroda možda i bolje nego drugdje. Premda ne precjenjujem lako druge (mana inače obična liječnika) kažem da bih, na primjer, sada mogao spomenuti 3-4 liječnika iz Dalmacije koji bi, svojom mi poznatom liječničkom spremom i inim umnim sposobnostima, mogli biti na diku svakom medicinskom fakultetu i koji bi tek na medicinskom fakultetu mogli razviti sve svoje umne sile, koje im sada sapinje dnevna borba za opstanak.

Medicinski fakultet pružao bi priliku velikom broju naših mladih liječnika

da se kao asistenti usavrše u kojoj grani liječništva. Na tuđim sveučilištima naš čovjek ne smije ni da se nada dobiti cijeno mjesto kliničkoga asistenta, jer se ta mjesta redovito rezerviraju za domaću čeljad. Ako se naš čovjek počne u tuđini slučajno uspinjati u akademičkoj karijeri, onda je sigurno da se više ne vraća u domovinu. I tako, ili naši mladi liječnici nemaju prilike da sve svoje sposobnosti razviju, ili ako tu priliku nađu, izgube se za domovinu. Posljedica je da u liječničkom pogledu izgledamo kao narod niže bagre. Je li to pravo i pošteno, ako može biti drugačije?

## Dr. BOŽO PERIČIĆ (1865. – 1947.)

U svakom popisu liječnika koji su gradili hrvatsku medicinu u 19. i 20. stoljeću, Peričić zauzima značajno mjesto. O svome velikom, gotovo enciklopedijskom, znanju te kritičkom vrednovanju naučenoga, ali i vlastitih rezultata, ostavio je traga u brojnim stručnim člancima i knjigama stvorenim tijekom gotovo 60 godina rada u Šibeniku, Zadru i Splitu.

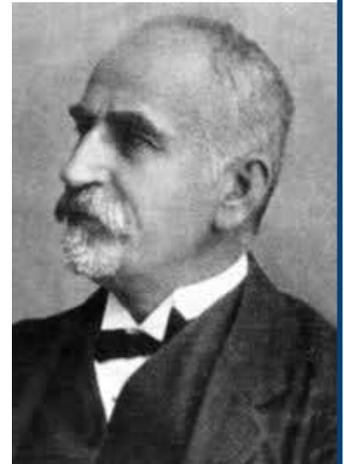
Rođen je u Sukošanu kod Zadra. U gimnaziji u Zadru, gdje je nastava bila na talijanskom, Peričić je bio u skupini koja je pokrenula đачki list Sloga na hrvatskom jeziku.

Započeo je studij medicine u Gracu, u kojem je bio član Hrv. akademskog društva "Hrvatska", i nastavio ga u Beču, u kojem je sudjelovao u radu Hrv. akad. društva "Zvonimir". Liječničku karijeru započeo je u bolnici u Šibeniku, a radi usavršavanja putovao je već 1890. u Pariz. Od 1894. bio je voditelj odjela za umobolne. Istaknuo se radom u području interne medicine, kirurgije, psihijatrije i dermatovenerologije. Pokazao je da ne postoji „škrljevo“ kao zaseban medicinski entitet. Bio je član Zbora liječnika u Zagrebu i Hrv. sokola u Zadru, a sudjelovao je i u radu Starinarskog društva u Kninu. Raspravom o lubanjama koje mu je na analizu poslao fra. Lujo Maruna postao rodonačelnikom hrvatske kraniologije. Pisao je o boljem ustrojstvu zdravstva u Dalmaciji.

Od 1897. bio je glavni liječnik bolnice u Zadru. Pisao je i u vodećim časopisima na njemačkom jeziku te prevodio s tog jezika na hrvatski. Objavio je Njemačko-hrvatski medicinski rječnik, Hrvatsko-njemački rječnik, knjigu Kužne bolesti (prevedena na talijanski) i Njegu bolesnika, koju je nagradila Matica Hrvatska. Zalagao za osnutak medicinskog fakulteta u Zagrebu, na kojemu mu je nuđeno mjesto, ali je to zbog svoje skromnosti otklonio.

Napustio je Zadar kad je pripao Italiji i preselio se u Split. Bio je voditelj internog odjela, za zarazne i dječje bolesti. Vodio je kolegijalnu skrb o stažistima koji su dolazili sa zagrebačkog fakulteta. Bio je dopisni član JAZU-a, prevađao iz medicinskih časopisa s engleskog, a preveo i Shakespeareova Hamleta. Cjelokupnim svojim djelovanjem Peričić je ostao trajno upamćen ne samo među liječnicima.

Ivica Vučak



Djeca koja puno vremena provode pred ekranima imaju veći rizik od pretilosti

# Ograničite djeci vrijeme pred malim ekranima!

Prof.dr.sc. GORDANA BULJAN FLANDER i MIA ROJE, mag.psych. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba

Suvremeno društvo postalo je nezamislivo bez malih ekrana – mobitela, računala, televizora, tableta i brojnih drugih uređaja. Koristimo ih za zabavu, edukaciju, komunikaciju, rezervaciju karata, putovanja, obavljanje poslovnih obveza i u brojne druge svrhe. Djeca i mladi uče iz ponašanja koja vide te su i oni sve više orijentirani na život s druge strane ekrana. Brojna istraživanja u posljednjih pedesetak godina nastoje otkriti kakav utjecaj suvremene tehnologije imaju na ljude, no tek u posljednjih deset godina raste znanstveni interes za najmlađu djecu u ovom kontekstu. Dostupna istraživanja uglavnom su se bavila djecom i njihovim navikama gledanja televizijskog programa, međutim danas postoji još barem desetak vrsta ekrana kojima su djeca potencijalno izložena. Suvremeni istraživači osmislili su stoga pojam **Screen Time (ST)**, koji se odnosi na vrijeme provedeno pred *bilo kojim* ekranom, bio to televizor, mobilni ili neki uređaj još relativno nepoznat široj populaciji.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) djeca do dvije godine starosti ne bi uopće trebala provoditi vrijeme za ekranom, odnosno za njih bi **Screen Time ne bi trebao postojati**. Kasnije se preporuča ograničiti vrijeme provedeno pred ekranima na **najviše dva sata dnevno**. Čak i kada mala djeca ne koriste aktivno neki uređaj, ali on je u njihovoj blizini, možemo računati da provode vrijeme pred ekranima. Njihova pažnja gotovo sigurno odlutat će prema zanimljivim slikama i zvukovima televizora, računala ili nekoga sličnog uređaja. Svjetska zdravstvena organizacija zato govori i o pojmu **zasićenosti ekranima**, a odnosi se na ukupni broj aktivnih ekrana u kućanstvu u kojem se odgaja malo dijete.

Savjetuju da zasićenost bude što manja. Navedene smjernice WHO objašnjava mnogobrojnim istraživanjima koja ispituju povezanost Screen Time-a i dječjeg razvoja, čije ćemo rezultate ukratko predstaviti.

## Tjelesni razvoj

Djeca koja puno vremena provode pred malim ekranima imaju veći rizik od **pretilosti** zbog toga što ih prekomjerni Screen Time ograničava u kretanju. Svakim dodatnim satom koje dijete provede ispred ekrana njegov rizik od pretilosti raste za 1%. Riziku od pretilosti izloženija su djeca koja gledaju TV više od 1,5 sat na dan, koja imaju TV u sobi, kojima roditelji ne postavljaju pravila vezana uz gledanje televizora, te ona djeca koja kod kuće imaju više od dva TV-a. Djeca koja više vremena provode pred ekranom često posegnu za grickalicama, čime unose veće količine masti i šećera u organizam. Znanstvenici su konzumiranje grickalica pripisali nezdravoj navici grickanja tijekom gledanja filmova, što često rade i roditelji te djece.

Djeca koja su često pred ekranima, obično imaju **problema sa spavanjem** i sa samom dužinom spavanja. 18% predškolske djece koja gleda na ekran prosječno 75 minuta dnevno ima barem jedan problem sa spavanjem. Takvi su problemi izraženi ukoliko dijete koristi medije prije spavanja jer podražaji koji su uzbudljivog sadržaja, jarkih i razbuđujućih boja, produljuju vrijeme potrebno za usnivanje. Uz to, oni odgađaju stupanje prve REM faze. Ako dijete ima TV ili neku igraću konzolu u vlastitoj sobi, vjerojatnije je da će imati teškoće sa spavanjem.

## Socioemocionalni razvoj

Djeca je potrebno društvo. Već od druge godine života preferiraju se igrati u blizini druge djece iako neće nužno komunicirati s njima. Istraživanja pokazuju da djeca koja provode više vremena pred ekranima imaju **manji interes za drugu djecu**. Ona im nisu jednako zanimljiva i pobuđujuća kao sadržaji suvremene tehnologije.

Za dječji emocionalni razvoj od velike je važnosti **sadržaj** kojem su izložena putem medija. Dobna granica navedena na crtanim filmovima ili igricama postoji s razlogom. Čak i sadržaji koji se odraslima ne čine neprilagođeni djeci, mogu to biti. Djeca uče obrasce ponašanja iz sadržaja kojima su izložena. Najviše je istraživana povezanost gledanja nasilnih filmova i igranja nasilnih igrica s dječjim ponašanjem. Rezultati jasno pokazuju da se djeca izložena nasilnim sadržajima **ponašaju više nasilno** od djece koja nisu izložena takvim sadržajima. Ova povezanost posebno je očita kada su nasilni likovi prikazani kao junaci u koje se vrijedi ugledati.

Djeca predškolske dobi osobito su osjetljiva na oglase i **reklame**. Nemaju razvijeno kritičko mišljenje pa im svi proizvodi koji se reklamiraju izgledaju jako poželjno. S obzirom na to da nemaju razvijenu emocionalnu samokontrolu, djeca predškolske dobi mogu ozbiljno patiti i na razne neadekvatne načine pokušavati dobiti reklamirane proizvode.

## Kognitivni razvoj

Istraživanja u kojima se koristi fMR pokazala su se da se prilikom gledanja montiranog video sadržaja aktivira više kortikalnih područja, uključujući prefrontalni korteks

koji je nerazvijen u male djece. Dojenčad i djeca u ranom djetinjstvu nemaju dovoljno **neuroloških kapaciteta** kako bi uspjela obraditi i razumjeti uređene video sadržaje. Važno je napomenuti da djeca predškolske dobi nisu u mogućnosti razumjeti simboličku prirodu montiranih sadržaja pa postoji opasnost od doslovnog shvaćanja metaforičkih prikaza. Tako zbog kognitivne nezrelosti dijete može pomisliti da je primjerice u redu udariti nekoga po glavi i da mu se ništa neće dogoditi, ako je to vidjelo na crtanom filmu.

Istraživanja pokazuju da djeca koja prije navršene prve godine života imaju Screen Time od dva sata dnevno ili više, imaju šest puta veći rizik za nepravilnosti u **jezičnom razvoju** u odnosu na djecu koja nisu toliko koristila male ekrane. Osim teškoća u području komunikacije, djeca koja koriste male ekrane prije druge godine života imaju značajno više **poremećaja pažnje** od ostale djece. Iako su prve dvije godine života najosjetljivije na efekte Screen Time-a, rizici se nastavlja i nakon drugog rođendana. Istraživači nisu suglasni oko toga trebaju li se djeca predškolske dobi uopće izlagati malim ekranima, no nalazi su jasni za djecu predškolske dobi čiji je Screen Time viši od četiri sata dnevno. Ona, čak i po ukidanju Screen Time-a, imaju problema s učenjem čitanja i općenito **niži verbalni faktor** inteligencije u prva dva razreda osnovne škole u odnosu na drugu djecu. Efekti se mogu pratiti i do razdoblja adolescencije, kada je veća prevalencija poremećaja pažnje u adolescenata koji su koristili male ekrane više sati dnevno u predškolskoj dobi.

### Zašto roditelji izlažu djecu predškolske dobi ekranima?

Roditelji su skloni podcijeniti potencijalne opasnosti vremena koje njihova djeca provode pred ekranima i imaju želju **udovoljiti** im. Također je moguće da se neki programi i igrice reklamiraju pod parolom **edukativnih sadržaja** pa roditelji žele potaknuti dječji razvoj. Međutim, istraživanja pokazuju da je djeci do druge godine sasvim svejedno gledaju li crtani film koji ima radnju ili su scene složene bez smislenog redoslijeda. Ne razumiju pravila i ne mogu sudjelovati u iole složenijoj igri. Iz toga jasno možemo zaključiti



da ne izvlače pouku iz sadržaja koji gledaju. Tek krajem treće godine djeca mogu oponašati neke složenije sadržaje s video-zapisa, a uživo mogu oponašati puno ranije. Kroz cijelu predškolsku dob kvaliteta učenja veća je uživo, i to s roditeljima ili nekom bliskom osobom, nego putem snimljenih materijala. Konačno, kvalitativna istraživanja, u kojima su provedeni dubinski intervjui s roditeljima, pokazuju da je roditeljima ponekad potreban **odmor** koji si osiguraju tako da djetetu daju crtani film ili igricu, bez obzira na moguće štetne posljedice. Neki roditelji i sami puno vremena provode pred ekranima i na taj način **pružaju primjer** svojoj djeci. Istraživanja pokazuju da je roditeljska uloga najvažnija u predviđanju količine Screen Time-a djece predškolske dobi. Važno je i kako roditelji donose pravila vezana uz male ekrane, koliko komuniciraju s djecom i koliko im nude alternativnih aktivnosti.

Važno je razumjeti roditeljsku poziciju i pozitivnu namjeru koju imaju kad omogućuju maloj djeci korištenje suvremene tehnologije. Isto tako važno je informirati roditelje o svim potencijalnim rizicima iz pozicije struke.

Jedna od glavnih kritika vezanih uz Screen Time je da djeca zbog njega zanećmaruju ostale aktivnosti koje su im važne za razvoj, kao što su fizička igra i učenje. Fizička je igra nerijetko zamijenjena računalnim igrama, a psihijatrijska literatura se u sve većoj mjeri bavi ovisnošću upravo o računalnim igrama. DSM-V identificira **poremećaj online igranja** kao stanje koje zahtijeva veći broj

kliničkih istraživanja i iskustava, kako bi se donijela odluka o njegovom uvrštavanju u službenu klasifikaciju poremećaja. U predškolskoj dobi već je moguće vidjeti neke obrasce ponašanja koji mogu upućivati na kasniji razvoj poremećaja.

Prema inozemnim istraživanjima, čak 61% djece do svoje druge godine života provodi vrijeme pred ekranom, dok njih 43% svaki dan gleda TV. Prosječno dijete u dobi od tri do pet godina gleda TV ili igra igrice oko dva sata dnevno. Do polaska u školu 75% djece gleda televizijske emisije barem sat vremena dnevno, a više od trećine djece gleda DVD-ove svake večeri. U Hrvatskoj i regiji još uvijek nije provedeno istraživanje koje bi na sustavni način ispitalo izloženost djece predškolske dobi malim ekranima. Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba u suradnji s Hrabrim Telefonom u svibnju 2016. godine pokrenula je istraživački projekt koji se bavi ovom problematikom na nacionalnoj razini. Cilj projekta je ispitati navike korištenja suvremenih tehnologija djece predškolske dobi i njihovu povezanost s razvojem djece, a provodi se u vrtićima diljem Hrvatske. Rezultate namjeravamo koristiti u znanstvene, ali i praktične svrhe – za podizanje javne svijesti, edukaciju stručnjaka i roditelja.

U tom procesu uloga liječnika može biti od velike važnosti. Liječnici su nerijetko prvi stručnjaci kojima roditelji dovode bebe, koji mogu primijetiti razne znakove neadekvatnog roditeljskog postupanja te u skladu s njima reagirati. Isto tako, liječnici mogu ispitati roditelje o navikama, planovima te im sa stručno-medicinske strane ponuditi relevantne informacije.

# Građanskopravna odgovornost zdravstvenih djelatnika i ustanova (II.)

Piše: dr. sc. TOMISLAV JONJIĆ

**P**ravo na naknadu štete, u skladu s čl. 230. st. 1. Zakona o obveznim odnosima (ZOO) zastaruje u subjektivnom roku koji iznosi tri godine (dakle, u roku koji se računa od dana saznanja za štetu i štetnika), odnosno u objektivnom roku (dakle: u svakom slučaju) koji iznosi pet godina (čl. 230. st. 2. ZOO). No, kad je šteta počinjena kaznenim djelom, a za kazneni je progon predviđen dulji zastarni rok, zahtjev za naknadu štete prema odgovornoj osobi zastarijeva kad istekne vrijeme za zastaru kaznenog progona (čl. 231. ZOO). U odnosima između radnika kao neposrednog štetnika koji je štetu počinio namjerno ili krajnjom nepažnjom te poslodavca koji je štetu nanesenu trećoj osobi popravio odnosno naknadio, vrijedi, međutim, drugi zastarni rok: od takvoga radnika poslodavac može zatražiti naknadu troškova u roku od šest mjeseci od dana popravljivanja odnosno naknade štete (čl. 1061. st. 3.).

A kao što osoba koja odgovara za štetu ne mora uvijek biti samo neposredni štetnik, tako ni pojam oštećenika nije ograničen samo na osobu koja je neposredno pogođena štetnikovom radnjom, nego može obuhvaćati i širi krug osoba, u koje spadaju, primjerice, osobe koje posredno trpe određene imovinske posljedice (poput one koja uslijed štetne radnje gubi uzdržavanja, ili one koja ima obvezu plaćanja troškova pogreba kojega bez štetne radnje ne bi bilo i sl.). Članak 1101. Zakona o obveznim odnosima (ZOO) propisuje da u slučaju smrti ili osobito teške invalidnosti neke osobe, pravo na pravičnu novčanu naknadu neimovinske štete imaju i članovi njezine uže obitelji (bračni drug, djeca i roditelji).

Takva se naknada može dosuditi i braći i sestrama, djedovima i bakama, unučadi i izvanbračnom drugu, ako je između njih i umrloga, odnosno ozlijeđenoga postojala trajnija zajednica života. Postojanje takve zajednice je *questio facti*, pa sud o toj pravnorelevantnoj činjenici odlučuje od slučaja do slučaja, uzimajući u obzir sve okolnosti i ne ravnajući se dokaznim formalizmom.

## Odgovornost za štetu i pravni položaj začetog, a nerođenog djeteta

Pored toga, ZOO propisuje kako pravo na pravičnu novčanu naknadu imaju i roditelji u slučaju gubitka začetog, a nerođenog djeteta. Iako je nomotehnički svrstana u zaseban treći stavak čl. 1101. ZOO-a te govori samo o gubitku (smrti), a ne i o „osobito teškoj invalidnosti“ koja bi bila prouzročena nerođenom djetetu, iz zakonske formulacije ne bi proizlazilo da je pravo roditelja koji su izgubili začeto, a nerođeno dijete u bilo kojem smislu uže ili manje od prava roditelja koji su dijete izgubili nakon poroda. Jasno je da je stupanj emocionalne povezanosti roditelja i rođenog djeteta načelno veći od emocionalne povezanosti roditelja i nerođenog djeteta (što je okolnost koju će sud nesumnjivo imati na umu pri odlučivanju o pravičnoj naknadi), ali nema zakonskog uporišta za zaključak da bi naknada roditeljima nerođenog djeteta morala biti niža od, primjerice, naknade roditeljima djeteta koje je umrlo neposredno nakon poroda.

Općenito govoreći, ovoj zakonskoj normi, čini se, ni u inače obilnoj literaturi

o odgovornosti za štetu nije posvećena dostatna pozornost, iako je ona više-struko zanimljiva i u svjetlu sad već dugotrajnih rasprava o početku života, te pravnom položaju nerođenog djeteta, pobačaja i slično. Ona je proširila krug ovlaštenika u odnosu na norme jugoslavenskoga Zakonu o obveznim odnosima iz 1978., koji je Hrvatska preuzela 1991. godine. Istodobno je pokazala odlučnost hrvatskog zakonodavca da pravni položaj začetog a nerođenog djeteta izjednači s pravnim položajem rođenoga. Pritom je jasno da pitanje trenutka začeća nije samo pravna kategorija (baš kao što nije ni samo medicinska!), ali je karakteristično da postojanju te norme nije primjerenu pozornost posvetio ni Ustavni sud Republike Hrvatske koji je 21. veljače 2017., uz izdvojeno mišljenje sudca Miroslava Šumanovića, donio rješenje kojim se ne prihvaćaju prijedlozi za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti s Ustavom Zakona o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (Narodne novine, br. 18/78., 31/86., 47/89. i 88/09) te je naložio Hrvatskom saboru da u roku od dvije godine donese novi zakon u skladu s utvrđenjima Ustavnog suda iz točaka 49. i 50. obrazloženja njegova rješenja.

## Previd ili svjesna nedorečenost odluke Ustavnog suda?

U rješenju objavljenom u *Narodnim novinama*, br. 25/2017 od 20. ožujka 2017., Ustavni je sud konstatirao kako su neki predlagatelji postupka za ocjenu ustavnosti spomenutog zakona isticali da je nerođeno dijete bilo zaštićeno još u rim-



skom pravu („Nasciturus pro iam nato habetur quotiens de commodis eius agitur.“), i da je to pravilo skoro u doslovnome prijevodu preuzeto u članku 17. stavku 2. ZOO-a („Uzima se da je začeto dijete rođeno, kadgod se radi o njegovim probicima, pod uvjetom da se rodi živo.“). Slično je propisano i u članku 124. stavku 2. hrvatskoga Zakona o nasljeđivanju („Za dijete već začeto u času otvaranja nasljedstva uzet će se da je rođeno ako se rodi živo.“). Također Ustavni sud navodi da se je u postupku konstatiralo kako su predlagatelji ukazivali na to da osloncem na članak 65. stavak 1. Ustava („Dužnost je svih da štite djecu i nerođene osobe.“) valja istaknuti: „Neprihvatljivo bi bilo da se nerođenom djetetu priznaje da je ljudsko biće koje ima određenu vrijednost samo kada se radi o zaštiti interesa obitelji, društva i države, a kada takvog neposrednog interesa okoline nema, da mu se isto nijeće“. Polazeći od postojanja prenatalne brige i njege koja se pruža nerođenoj djeci, citira Ustavni sud stajalište predlagatelja, za vrijeme trudnoće posebna se briga posvećuje zdravlju majke, a posebna zdravlju djeteta – što bi imalo ukazivati na to da se radi o dva različita ljudska bića. Također su predlagatelji upozoravali na postojanje više međunarodnih konvencija o zaštiti zametaka i genetskom inženjeringu, a posebno na Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu pri-

mjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini („Narodne novine - Međunarodni ugovori“, br. 13/03), Dodatni protokol o zabrani kloniranja ljudskih bića („Narodne novine - Međunarodni ugovori“, br. 18/03) i na Dodatni protokol o biomedicinskim istraživanjima („Narodne novine - Međunarodni ugovori“, br. 3/06).

### **Teoretska i praktična pitanja**

No, čini se da su i predlagatelji i sam Ustavni sud previdjeli da u unutarnjem hrvatskome zakonodavstvu ne postoje samo norme koje govore u prilog začetog djeteta ako se ono živo rodi, nego i norma koja vrijedi bez nastupa tog uvjeta. To je upravo norma iz čl. 1101. st. 3. ZOO-a, koja pravo na naknadu štete priznaje i roditelju začetoga, a nerođenog djeteta. Čak i bez instruktivnog značenja koje je mogla i trebala imati u kontekstu prijedora koji izaziva Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, spomenuta norma otvara niz teoretskih i praktičnih pitanja. Najdrastičnije je ono o (ne)postojanju prava jednog roditelja (oca) na pravičnu novčanu naknadu u slučaju kad se drugi roditelj (majka) odluči na pobačaj.

Budući da je protupravnost, kao što ćemo vidjeti, jedna od nužnih pretpostavki postojanja odgovornosti za štetu,

čini se da pobačaj poduzet u skladu sa zakonom, prema postojećim propisima, ne bi mogao predstavljati štetnu radnju koja bi ocu davala pravo na pravičnu novčanu naknadu. Drugačije je kod ilegalnih pobačaja, ali i kod graničnih slučajeva medicinski indiciranog prekida trudnoće. Ako pretraživanjem sudske prakse nismo uspjeli pronaći slučaj da je otac djeteta tužbom protiv majke, ginekologa i/ili zdravstvene ustanove u kojoj je pobačaj izveden, zatražio isplatu pravične naknade zbog gubitka svog djeteta (odnosno: pobačaja), to ne znači da bi takva tužba bila unaprijed i u svakom slučaju zasigurno osuđena na neuspjeh. Time se, dakako, dodatno problematizira pitanje „informiranog pristanka“, ali se dovodi u pitanje i stajalište Ustavnog suda, pa i općenito prevladavajuća predodžba da trudnica bar do određenog stadija trudnoće može po vlastitoj volji, bez obzira na bilo koga, odlučivati o sudbini ploda koji nosi. Drugim riječima, ova prividna digresija u sklopu rasprave o građanskopravnoj odgovornosti za štetu pokazuje da se i na ovom području medicinsko osoblje i medicinske ustanove nalaze na skliskom terenu. Ona ujedno sugerira potrebu da se i liječnici i medicinske ustanove aktivnije založe u procesu donošenja nove zakonske regulative, štiteći i sebe i život nerođenog djeteta.

(Nastavit će se)

# Umro je Thomas Starzl, „otac“ transplantacije organa

Piše: prim. mr. sc. dr. IGOR POVRZANOVIĆ, kirurg, igor.povrzanovic@pu.t-com.hr



Thomas Starzl

Do Starzlove ere i transplantacije jetre, hepatologija nije ni postojala kao znanost. On je pridonio boljem razumijevanju funkcije jetre više nego bilo koji liječnik do tada. Postavio je nove koncepte u hepatološkoj znanosti i praksi

Thomas Starzl, liječnik koji je prvi puta transplantirao jetru, rođen je 1926. u Le Marsu u Iowi, u obitelji čeških emigranata, preminuo je ove godine, nekoliko dana prije svog 91. rođendana. Nakon medicinskog studija u Montani radio je u Chicagu i Baltimoreu. Liječničku karijeru nastavio je u Miamiu na Floridi i vratio se ponovno na Northwestern sveučilište u Chicagu, gdje je boravio do 1961. U Denveru u Coloradu prvi je puta transplantirao jetru 1963., a pacijent je s transplantiranom jetrom živio 29 dana. Godine 1967. je transplantirao doniranu jetru s umrle osobe 19-mjesečnoj djevojčici s karcinomom jetre. Uspio je to uz pomoć kombiniranih imunosupresiva. Ovo je otvorilo veliku nadu za terminalne jetrene bolesnike, no za Starzla je to bio samo početak. U Denveru je Starzl izveo i preko tisuću transplantacija bubrega. To su bile u svijetu prve značajne brojke na polju presađivanja bubrega, s postignutim značajnim iskustvima. U dvije velike denverske klinike izveo je u to vrijeme preko dvije stotine transplantacija jetre.

## En bloc implantacija

Do Starzlove ere i transplantacije jetre, hepatologija nije ni postojala kao znanost. On je pridonio boljem razumijevanju funkcije jetre više nego bilo koji liječnik do tada. Postavio je nove koncepte u hepatološkoj znanosti i praksi. Zbog početnih neuspjeha i punom klinikom tamnožutih i krajnje iscrpljenih bolesnika, u Denveru ga je grupno napustilo svih 40-ak revoltiranih i razočaranih anesteziologa i intenzivista. Taj teški

gubitak uspio je neutralizirati skupivši novu grupu stručnjaka, u svega tri mjeseca.

U nekim iznimnim slučajevima Starzl je predložio i provodio *en bloc* implantaciju jetre, pankresa, želuca, tankog crijeva i kolona – pokazalo se da transplantirana jetra u ovim slučajevima djeluje imunoprotektivno. Godine 1968. izveo je i prvu kombiniranu transplantaciju jetre i bubrega.

Svoje znanje prenosio je na mlađe svojom odvažnošću i beskrajnom marljivošću, rijetko viđenom energijom i upornošću. Imao je misiju i viziju kojom je u svojoj okolini zračio nezadrživim pionirskim medicinskim napretkom. Uveo je novi postupak za bolesnike s ekstenzivnim abdominalnim malignitetom, pri čemu je istovremeno transplantirao niz organa. Godine 1983. objavio je kiruršku tehniku multiorganske eksplantacije, koja je omogućila dobivanje niza organa radi presađbe brojnim primateljima. Ta se tehnika u svom osnovnom konceptu koristi i danas. Razvio je tehnike pre-



Thomas Starzl i koordinator Paul Taylor



Jedan od tornjeva pitsburškog Instituta za biomedicinska istraživanja nazvan je po Thomasu Starzlu

Dr. Starzl priprema se za operaciju

sađivanja pankreasnih stanica i tankog crijeva. Utemeljio je nova načela za prikupljanje i prezervaciju organa. Prvi je, 1984. godine, u istom aktu transplantirao srce i jetru. Jednom od njegovih suradnika, Paulu Tayloru dodijelio je krajem 60-ih godina ulogu koja gotovo posve odgovara današnjem transplantacijskom koordinatoru. Nastojeći doći do kadaveričnih organa, pisao je: "Uskoro neće biti opravdano korištenje živih davatelja - zar je etično štetiti živima umjesto uzimati organe umrlih?"

### Otvorio put drugim kirurzima

Odredio je nove temelje kontrole odbacivanja presatka i ponudio novi pristup boljem razumijevanju patofizioloških procesa. Prepoznao je uzročnu vezu imunopresije u razvoju posttransplantacijske limfoproliferativne bolesti, s oportunističkim infekcijama. Uveo je pojam *mikrohimerizma* u tumačenju toleriranja presađenog organa.

Unatoč pesimizmu koji se širio svijetom s obzirom na mogućnosti alogenične transplantacije, Starzl je uspješno uveo supresiju odbacivanja azatioprinom (Imuran, BW 57-322) kao dodatkom kortikosteroidima. Poslije je prednizon kombinirao s antilimfocitnim serumom i ciklosporinom (1982). Ovu uspješnu kombinaciju lijekova preveo je iz eksperimen-

mentalne faze u općeprihvaćeni tretman terminalnih bolesnika sa zakazivanjem jetre, bubrega i srca. To je poslije otvorilo put drugim kirurzima za presađivanje gušterače i pluća. Od 1986. Starzl je ispitivao imunosupresivni pripravak pod nazivom FK 506, poslije generičkim imenom nazvan tacrolimus ili zaštićenim imenom Prograf (Fujisawa). Taj je moćni imunosupresivni lijek 1994. službeno prihvaćen u liječenju bolesnika - tacrolimus je bitno poboljšao neprihvatljivo visoki stupanj odbacivanja niza organa, osobito na polju presađivanja crijeva.

Zbog niza poteškoća u Denveru i radi boljih uvjeta rada, Starzl se 1981. preselio u Pittsburgh u Pennsylvaniji. Tu je vodio tada najveći transplantacijski program u svijetu. Od kraja 80-ih godina potpuno se posvetio istraživačkom radu.

Već ranih 60-ih godina eksperimentirao je s ksenotransplantacijom, no prve je uspjehe postigao eksperimentima na majmunima tek ranih 90-ih godina. Posljednja njegova istraživanja bila su na području himerizma, proučavanja odnosa i tolerancije između stanica davatelja i primatelja. Saznanja do kojih je došao, predstavljaju važan doprinos transplantacijskoj imunologiji. Danas pitsburški transplantacijski institut nosi njegovo ime.

Starzl je nesporno utemeljitelj suvremene transplantacijske medicine i njegovo djelo predstavlja najveći pojedinačni doprinos u novijoj transplantacijskoj eri, od prvog presađivanja bubrega 50-ih godina do danas. Nosi neslužbeni naziv "oca transplantacije", čovjeka koji je uvijek djelovao ispred svojega vremena. Svi njegovi doprinosi naišli su na globalno priznanje i široku primjenu. Godine 1999. proglašen je najcitračnijim znanstvenikom u kliničkoj medicini. Samo do 1999. su njegovi radovi citirani u svjetskoj literaturi preko 27 tisuća puta. U poznatoj knjizi "Tisuću godina, tisuću ljudi", s osobama koje su označile prošli milenij, Starzl je svrstan na 213. mjesto. U svojoj autobiografskoj knjizi „The puzzle people“ opisao je burno razdoblje razvoja presađivanja, u kojem je bio nezaobilazni protagonist.

### Legendarni pionir presađivanja

Starzl je transplantaciju organa učinio u svijetu prihvaćenim načinom liječenja. Njegova obitelj opisala ga je kao *legendarnog pionira presađivanja, koji je velikom broju bolesnika donio život i nadu*.

Pamtimo ga po rečenici, toliko bliskoj kirurškoj profesiji: „Pripremao sam se temeljito za svaki kirurški zahvat. Bojao sam se iznevjeriti bolesnika, koji mi je povjerio svoj život i zdravlje“.

## Dr. ANTE BIBICA (1897. – 1973.)

# Prvi Dubrovčanin s diplomom zagrebačkog Medicinskog fakulteta

Pišu: Ana Bakija-Konsuo i Ivica Vučak



Dr. ANTE BIBICA (1897. – 1973.)

Nakon staža započeo je dr. Ante Bibica svoju liječničku karijeru kao privatni liječnik u Gružu. Pokazujući zanimanje za šport, izabran je 1925. u upravu GOŠK-a („Gruški omladinski športski klub“)

Dr. Ante Bibica rođen je 31. ožujka 1897. u Veloj Luci na Korčuli u obitelji Đine rođ. Cviličević, domaćice, i dr. Balde Bibice, liječnika rodom iz Oskorušna na Pelješcu. Njegov je otac maturirao 1886. u Dubrovniku i zatim studirao medicinu u Beču. Tamo je sudjelovao u radu Hrvatskog akademskog društva “Zvonimir” i višekratno biran u njegov upravu. Nakon promocije 1. travnja 1893. te rada u Orebiću i Kuni postao je općinski liječnik u Veljoj Luci. U ljeto 1899. pristupio je Zboru liječnika kraljevina Hrvatske i Slavonije u Zagrebu. Bilo je to u tijeku priprema za obilježavanje 25. obljetnice rada Zbora (1874. – 1899.).

### Fakultet u Grazu

Nakon više godina rada u Veljoj Luci prešelio se dr. Baldo Bibica ujesen 1903. u Dubrovnik. Ante Bibica je 1907/1908. upisan u prvi razred gimnazije u Dubrovniku. Školske godine 1914/1915. završio je VIII razred i položio ispit zrelosti 1915.

U zimskom semestru 1917/1918. upisan je, temeljem svjedodžbe o ispitu zrelosti u Kralj. državnoj gimnaziji u Dubrovniku, u prvi semestar medicine u Gracu (testirao ga je 29. ožujka 1918.). Budući da je Bibica gimnaziju završio u svjetskom ratu, vjerojatno je i on, poput mnogih maturanata umjesto na studij bio unovačen u austrougarsku vojsku u razdoblju od mature 1915. do upisa na fakultet u Gracu 1917.

U Grazu je Bibica bio prijavljen na adresi Hotel “Zur goldenen Birne”. Prema indeksu u prvom semestru anatomiju mu je predavao i anatomsku sekciju vodio Moritz Holl (1852. – 1920.). Fritz Pregl (1869. – 1930.), rodom Ljubljčanin, u čijem domu se go-

vorilo slovenski zbog oca i njemački zbog majke, vodio mu je kolegij kemija za medicinare i medicinsko-kemijske vježbe. Još prije završetka studija medicine u Gracu, Pregl je 1894. bio pomoćni asistent na Zavodu za fiziologiju i histologiju, a 1903. je preuzeo katedru nakon smrti svoga učitelja prof. dr. Alexandera Rolleta (1834. – 1903.).

Nakon dva semestra u Gracu Bibica je u školskoj godini 1918/1919. upisao III semestar na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Nakon odslušanih deset semestara i položenih strogih ispita promoviran je u Zagrebu 22. prosinca 1923. Bilo je to nepunih deset mjeseci nakon što je, 28. veljače 1923., u Zagrebu promoviran Zlatan Sremec (1898. – 1971.), prvi koji je sva tri stroga ispita položio na Medicinskom fakultetu u Zagrebu (LN 5/44/:54-5, studeni, 2005). Istoga dana kao i Bibica postali su doktori sveukupne medicine u Zagrebu Andrija Kesler i prof. Janko Pajas (1884. – 1948.) (LN 19/85-86/:33, 1990).

Bibica je prvi Dubrovčanin promoviran na MEF-u u Zagrebu. Desetak dana prije promocije njegov je nekadašnji profesor u Gracu Pregl primio u Stockholmu (11. prosinca 1923.) Nobelovu nagradu za kemiju zasluženu njegovim “otkrićem mikroanalize organskih tvari”. Za nju je bio predložen 1917., 1922. i 1923., a 1918., 1921. i 1923. bio je predložen za Nobelovu nagradu za fiziologiju ili medicinu. Dr. Bibica je ostao u Zagrebu i godinu dana pripravnčkog staža proveo u Zakladnoj bolnici.

Niti dva mjeseca poslije njegove promocije, 9. veljače 1924., umro mu je u Gružu otac dr. Baldo Bibica. Prilozima građana podignut mu je nadgrobni spomenik na groblju Sv. Mihovila na Lapadu u znak zahvalnosti



Hotel "Zur goldenen Birne" adresa je na kojoj je Bibica bio prijavljen u Gracu

za požrtvovno liječenje sirotinje u Gružu i Lapadu.

Nakon staža započeo je dr. Ante Bibica svoju liječničku karijeru kao privatni liječnik u Gružu. Pokazujući zanimanje za šport, izabran je 1925. u upravu GOŠK-a („Gruški omladinski športski klub“). Zatim je godinu dana, od 1. listopada 1925. do 1. listopada 1926. bio općinski liječnik u Stonu.

### Specijalist dermatovenerologije

Od 4. studenoga 1926. specijalizirao je na Sveučilišnoj klinici za kožne i spolne bolesti u Beču. Bilo je to neposredno nakon što je njezin dotadašnji predstojnik prof. dr. Gustav Riehl (1855. – 1943.) umirovljen, a novi prof. dr. Leopold Arzt (1883. – 1955.) 26. listopada 1926. održao nastupno predavanje „Ferdinand v. Hebra i dermatologija našeg doba“. Specijalizaciju je Bibica završio 14. studenoga 1928. i po povratku u Dubrovnik je od 10. siječnja 1929. radio kao specijalist za dermatovenerologiju. Preuzeo je Dispanzer za kožne i spolne bolesti što ga je u Dubrovniku utemeljio i od 1922. vodio dr. Lujo Fouque (1887. – 1980.). Odjel za kožne i spolne bolesti u dubrovačkoj bolnici, koji je također vodio dr. Fouque, a koji se od 1926. postupno gasio, potpuno je zatvoren.

Bibica je postao član Dubrovačkog liječničkog udruženja „Duliud“ (broj članova od 27 u godini 1931. narastao na 34 u godini 1932.). U radnoj godini 1931-1932.

održao je pred članovima udruženja predavanje „Imunitet i alergija luesa“. Na redovitoj glavnoj godišnjoj skupštini u prostorijama novoadaptiranog Hotela Pošta na Pilama Bibica je izabran u upravni odbor za 1938. godinu i povjerena mu je funkcija blagajnika.

Za građanstvo je održao niz predavanja o važnosti sprječavanja, ranog prepoznavanja i ispravnog liječenja kožnih i spolnih bolesti. Sudjelovao je na kongresima dermatologa u Beogradu i Beču.

Bibica je bio agilna član skijaške sekcije dubrovačke podružnice Hrvatskog planinarskog društva „Orjen“, utemeljene 24. studenoga 1928. Na njezinoj glavnoj godišnjoj skupštini 8. ožujka 1933. izabran je za potpredsjednika. U upravi je bilo više liječnika; predsjednik je bio dr. Gjuro Orlić, a u odboru dr. Katica Šupe.

Članovi šahovskoga kluba utemeljenoga u Dubrovniku 1933. pod nazivom „Šahklub“ okupljali su se u prostorijama kavane Dubravka na Pilama. Upisnina je iznosila 10, a mjesečna članarina 5 dinara. U prvoj upravi bio je Bibica odbornik (predsjednik dr. Filip Smolčić).

U rotarijskoj godini 1938/1939. Bibica je bio među 19 članova Rotary Cluba Dubrovnik utemeljenoga 6. siječnja 1934.

U ljeto ratne 1942. godine Bibica je promaknut sa zdravstvenog višeg pristava

VIII činovnog razreda 2. stupnja kod Doma narodnog zdravlja u Dubrovniku za zdravstvenog nadzornika VII činovnog razreda.

Nakon Drugog svjetskog rata postao je član obnovljenog Zbora liječnika Hrvatske, a kad je u Dubrovniku 1947. utemeljena Zborova podružnica, Bibica joj bio je tajnik (predsjednik je bio dr. Kristo Regjo). Tu je dužnost Bibica obnašao do 1949.

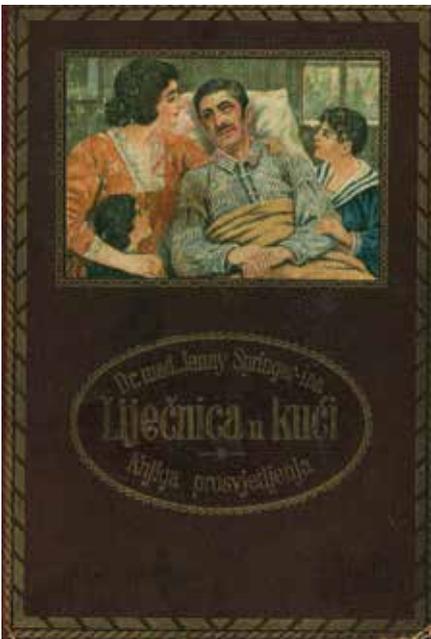
Umirovljen je 1961., ali je zbog potrebe službe nastavio raditi do 1967., no i nakon toga se zanimao za novosti u struci.

Umro je 5. srpnja 1973. u 76. godini života. U svom oproštajnom govoru dr. Ceza- rović je naglasio ljudske i liječničke vrline po kojima će dr. Bibica ostati zapamćen. U prigodnoj novinskoj obavijesti u „Dubrovačkom vjesniku“ zahvalila se Katica Bibica „svima, a posebno liječničkom kolegiju i medicinskom osoblju bolnice Dubrovnik“ na svemu učinjenom za njezinoga bolesnog supruga u posljednjim danima njegova života.

Među više tisuća liječnika koji su promovirani na Medicinskom fakultetu zagrebačkog Sveučilišta do 2017. godine, u kojoj se obilježava 100 godina od njegova osnutka, više je mladih Dubrovčana i Dubrovkinja slijedilo primjer dr. Ante Bibice, prvog Dubrovčanina s diplomom zagrebačkog medicinskog fakulteta.

# Pravilan položaj za spavanje kroz povijest

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, spec. epidemiologije, tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr



Ova zanimljiva knjiga daje brojne savjete o higijeni spavanja te ukazuje i na postupke koji su potrebni za normalan, kvalitetan noćni san

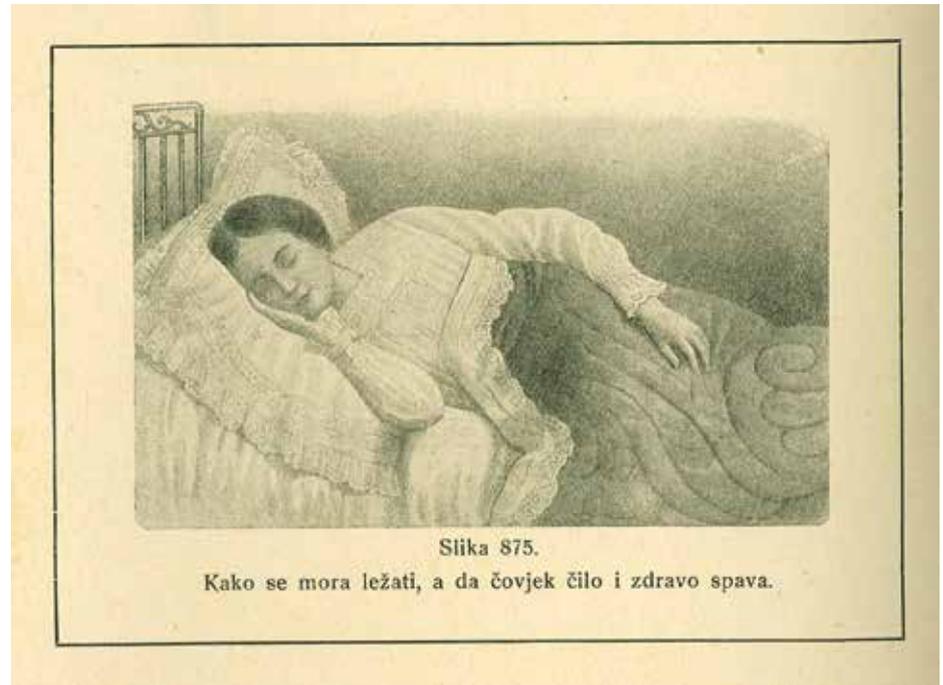
Još u stara vremena savjeti o zdravlju uključivali su savjete o pravilnom spavanju. I poslovice kaže: „Kako ćeš si prostrijeti, tako ćeš i spavati“. To se može vidjeti i u jednoj staroj knjizi „Liječnica u kući – knjiga prosvjetljenja – upute zdravima i bolesnima o najvažnijim pitanjima iz nauke o zdravlju i liječenju bolesti“ njemačke liječnice dr. Jenny Springer (1860. – 1917.). Njezina je knjiga prvi put tiskana u Drezdenu 1910. pod naslovom Die „Ärztin im Hause“ na 1600 stranica i postala je tako popularna da je do 1930. izašlo je 24 izdanja te prevedena na mnoge jezike pa tako 1926. i na hrvatski u dva debela bogato ilustrirana sveska. Slučajno sam ih našla na sajmu rabljene robe, na zagrebačkom Hreliću.

I danas je higijena spavanja sastavni dio savjeta o zdravlju. Odnosi se na postupke koje su potrebni za normalan, kvalitetan noćni san u cilju dobrog osjećanja, dnevne budnosti i očuvanja zdravlja. Uključuje optimalnu količinu odnosno dužinu sna (7-8 sati), pravilnu postelju koja nije niti pretvrda ni premekana, optimalne dimenzije, materijale i podlogu madraca, dobar jastuk i prekrivač, posteljinu od prirodnih materijala, optimalnu temperaturu sobe i svjež zrak. Osim okolišnih čimbenika, dobro je zadovoljiti i nekoliko pravila koja se odnose na samog spavača: nije se dobro navečer prejesti niti piti napitke s kofeinom nakon 17 sati, kao niti veću količinu tekućine (Janković, 2003.). Posebno područje su razni savjeti mamama za spavanje beba – od načina uspavljivanja i noćnog hranjenja, do položaja i mjesta za spavanje.

U spomenutoj staroj knjizi zdravstvenog prosvjetljenja, pridaje se osobita važnost položaju tijela kod spavanja: „Kod djece se mora osobito paziti na položaj kod spavanja, jer se često koprcaju po postelji, pa nemaju pravog sna. Ili leže na trbuhu, ili se licem zakopaju u jastuke, ili im je gornje tijelo nagnuto nad posteljom, ili se smotaju poput klupka. Treba ih što ranije naučiti da zauzmu pravi položaj, jer im inače san – koji im je tako potreban – neće puno koristiti za zdravlje.“

## Glava leži previsoko

Ako glava kod spavanja previsoko leži (da tijelo više sjedi nego leži), nastaje smetnja u cirkulaciji krvi, ako li prenisko leži ili je zakopana u jastucima, navali krv u mozak, te čeljade zapade u duboki san. Ni u jednom ni u drugom slučaju nije to zdravo, jer kad se čovjek probudi, ne čuti se tako ispavanim i svježim kao inače. Gdjejoji se zamataju u postelji do vrha nosa ili se skvrče poput ježa,



te tako spavaju cijelu noć. Drugi opet drže ruke nad glavom, pa tako nategnu rebrane mišice, da se kod disanja ne mogu pravo skupiti. I ručne se mišice umore, a isto tako i nožne, kad se skvrče.

### Najbolji položaj za spavanje

I na leđima nije dobro spavati, jer crijeva pritiskuju veliko krvno žilje, te smetaju optoku krvi. U tom položaju ljudi rado sanjaju kojekakve sne, te ih pritiskuje mora. Obično i hrču, jer im glava visi naznak. Taj je položaj spavanja najnezgodniji, osobito iza punog želuca.

Kod spavanja mora se zauzeti takav položaj, da krv može slobodno kružiti i da se mišice mogu posvema odapeti; nutarnji organi moraju biti prosti od svakog pritiska. Zato je najzgodniji ležaj na desnoj strani tijela s nešto utegnutim nogama i na stranu položenom glavom. U tom položaju leže jetra, taj najvažniji trbušni organ, posve pravilno, te ne pritiskuju želudac i crijeva. Isto tako je i srce slobodno. Desna ruka obično prileži uz desni obraz, a lijeva počiva na pokrivalu (slika 875). Djecu se mora što ranije priučavati normalnom položaju spavanja.

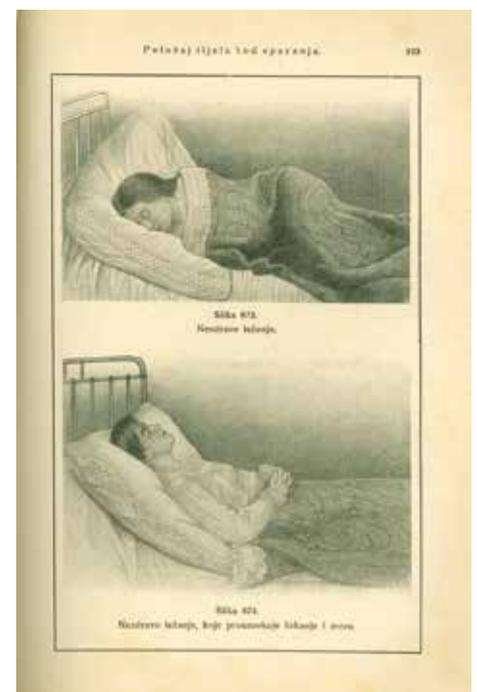
U jednoj novijoj knjizi „50 savjeta za zdravlje“ dr. autorice Suzane Janković piše za položaj kod spavanja: „Kad legne-

te u postelju, opustite se. Dobro se protegnite i svjesno opustite svaki dio tijela. Tek kada budete imali osjećaj da vam je tijelo olovno teško, zauzmite položaj koji vam odgovara i isključite sve dnevne probleme. Pokušajte što manje misliti.“

Iako je taj noviji savjet općenitiji i ma-

nje striktan, vidimo da su kvalitetan san i položaj kod spavanja važni od povijesnih savjeta do danas.

Na nama je da procijenimo te u kojoj su mjeri stari savjeti dobri i danas aktualni. U svakom slučaju, razmislite kako spavate, spavate li pravilno?



# Prof. dr. sc. Damir Matovinović

## Uvaženi ortoped i međunarodni nogometni sudac

Eduard Hemar



Prof. dr. sc. Damir Matovinović

**Matovinović je vrlo mlad, s dvadeset i jednom godinom postao nogometni sudac te je tijekom vremena postao jedan od najboljih hrvatskih i jugoslavenskih nogometnih sudaca**

U novom nastavku naše rubrike predstavljamo liječnika sportaša Damira Matovinovića. Rođen je u Sušaku, 6. IV. 1940. U vrijeme njegovog rođenja Sušak je bio samostalni grad a od 1948. se nalazi u sastavu grada Rijeke. Njegov otac Izidor bio je rodom iz Trsata i majka Norma, rođ. Štiglić iz Krimeje. Ta su naselja povijesno vezana uz Sušak a danas su također dio Rijeke.

Završio je Osnovnu školu Trsat i Gimnaziju "Mirko Lenac" 1959. (danas Prva sušačka hrvatska gimnazija) te diplomirao na Medicinskom fakultetu u Rijeci 1966. Paralelno sa svojim školovanjem počeo je 1955. igrati nogomet u Orijentu sa Krimeje (osnovanom 1919. u Sušaku). Potom je kao junior nastupao za klubove Rijeka i Lokomotiva. Iako je rano sa 19 godina završio aktivnu igračku karijeru gotovo cijeli život ostao je vezan uz nogomet. Ljubav prema sportu i posebno nogometu nasljedio je od svoga oca. Izidor - Iso Matovinović (1915. - 1992.), bio je poznati nogometaš, sudac i sportski djelatnik. Igrao je kao napadač za sušačke klubove Slavija 1933. - 1935. i Orijent 1935. - 1940. Poslije II. svj. rata postao je prvi tajnik Nogometnog podsaveza Rijeke 1945. - 1960. Uz to bio je republički i savezni nogometni sudac 1946.

- 1953. Autor je monografije "Pola stoljeća Orijenta" objavljene 1970. u Rijeci. U profesionalnoj karijeri bio je kadrovski direktor riječkog brodogradilišta "Viktor Lenac".

### Postepeno napredovanje

Damir je pod utjecajem doajena nogometnog suđenja u Rijeci Borisa Polića položio sudački ispit 1961. Tako je vrlo mlad sa dvadeset i jednom godinom postao nogometni sudac. Postepeno je napredovao u sudačkom zvanju. Ispit za saveznog suca položio je 1967. i za međunarodnog suca 1980. Sudio je utakmice republičke i 2. savezne lige te 1. savezne lige Jugoslavije od 1975. do 1986. Postao je jedan od najboljih hrvatskih i jugoslavenskih nogometnih sudaca. Najveće domaće priznanje dobio je u svibnju 1982. kada je izabran za glavnog suca na drugoj finalnoj utakmici Kupa Jugoslavije u Beogradu između domaće Crvene Zvezde i Dinama iz Zagreba. Postao je prvi nogometni sudac iz Hrvatske koji je sudio na Svjetskom prvenstvu (SP). Tome je prethodio poziv da sudi na juniorskom turniru 1981. u Meksiku. Pošto se na tom turniru iskazao uvršten je kao sudac na SP 1982. u Španjolsku. Bio je glavni sudac 23. lipnja 1982. u Sevilji na utakmici

Brazil - Novi Zeland 4:0. Na istom je prvenstvu na dvije utakmice bio i pomoćni sudac. Uz to je od 1980. do 1986. sudio na još nekoliko međ. susreta reprezentacija te u europskim klupskim kupovima. Iako se u lipnju 2017. navršava punih 35 godina od njegovog nastupa u Španjolskoj do danas je ostao jedini hrvatski sudac koji je sudio na najvažnijem svjetskom nogometnom natjecanju. Taj podatak najbolje govori o njegovoj sudačkoj kvaliteti koja je bila prepoznata i na međunarodnoj razini.

### Uspješan liječnik

Kada se povukao iz aktivnog suđenja 1986. ostao je vezan uz nogomet kao sportski djelatnik. Po osamostaljenju Republike Hrvatske obnašao je brojne dužnosti u Hrvatskom nogometnom savezu (HNS). Bio je dopredsjednik HNS-a 1993. - 1994. i vršitelj dužnosti predsjednika HNS-a 1994. - 1995. Obnašao je dužnost predsjednika sudačke organizacije HNS-a 1991. - 1995. Djelovao je i kao kontrolor suđenja u 1. hrvatskoj nogometnoj ligi, instruktor i kontrolor FIFA-e (međunarodne nogometne federacije) te član ispitnih komisija za nove suce. Početkom 1990-ih kao prvi nogometni sudac surađivao je u sportskim emisijama Hrvatske televizije u danas poznatoj rubrici "Oko sokolovo". U nogometu je ukupno kao igrač, sudac i sportski djelatnik bio aktivan više od pola stoljeća te ostavio velikog traga. Cijeli život se rekreativno bavio trčanjem što je doprinjelo njegovoj dobroj fizičkoj kondiciji.

Jednako uspješan je bio i u svome liječničkom zvanju. Nakon diplome na MEF-u u Rijeci specijalizirao je ortopediju u Zagrebu i Lovranu. Nakon završene specijalizacije 1973. ispit je polagao na Klinici za ortopediju KBC-a Zagreb na Šalati kod profesora Ruškovskog. Magistrirao je i doktorirao na MEF-u u Zagrebu. Cijeli svoj radni vijek sa ukupno 38 godina



Iako se u lipnju 2017. navršava punih 35 godina od njegovog nastupa na Svjetskom prvenstvu u Španjolskoj do danas je ostao jedini hrvatski sudac koji je sudio na najvažnijem svjetskom nogometnom natjecanju



prof. dr. sc. Mirjana Sabljar Matovinović.

staža proveo je na Klinici za ortopediju Lovran. U toj je uglednoj medicinskoj ustanovi proveo 18 godina na mjestu ravnatelja do odlaska u mirovinu 2007. Na MEF-u u Rijeci bio je profesor i predstojnik katedre za ortopediju i fizikalnu medicinu. Bio je član Upravnog vijeća Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Objavio je ukupno 15 znanstvenih i stručnih radova.

U dugogodišnjem je braku sa prof. dr. sc. Mirjanom Sabljar - Matovinović iz Zagreba. Njegova supruga je liječnica - specijalist interne medicine i subspecijalist nefrolog. Bila je osnivač i rukovoditelj Odjela za nefrologiju u KB Merkur 1975. - 2010. te izvanredna profesorica interne medicine na MEF-a u Zagrebu. U jednom mandatu obnašala je dužnost predsjednice Hrvatskog društva za nefrologiju. Zastupnica je članica Hrvatskog liječničkog zbora te nositeljica ordena "Reda kneza Domagoja" Republike Hrvatske kao i drugih priznanja. Članica je Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatske liječničke komore. Braćni par Matovinović ima dvoje djece: sina Hrvoja, dipl. ing. elektrotehnike, koji je zastupnik strane tvrtke za prodaju medicinske opreme i kćerku Ivu Klarić, prof. engleskog jezika u zagrebačkoj XV. gimnaziji - MIOC (Matematičko-informatički obrazovni centar).

Profesor Matovinović u travnju slavi svoj 77. rođendan. Vrlo je vitalan i kao cijenjenog stručnjaka još uvijek ga zovu iz medija da prokomentira aktualni rad hrvatskih nogometnih sudaca. Povodom rođendana želimo mu još mnogo objektivnih komentara.

**Izv.:** Osobna izjava i dokumentacija prof. dr. sc. Damira Matovinovića iz Rijeke; autorova dokumentacija.

**Lit.:** I. Matovinović, *Pola stoljeća Ori-jenta*, Rijeka 1970; *Nogometni leksikon*, Zagreb, 2004.

# Dr. Nada Dumić Novak

## PROBUĐENA (O)SJEĆANJA

Prim. dr. sc. ANTUN KLJENAK, predsjednik Hrvatskog likovnog društva HLZ -a



**„Sve što vidimo i sve što nam se pričinja samo je san unutar sna.“  
Edgar Allan Poe**

Dr. Nada Dumić rođ. Novak, specijalistica infektologije, u miru svoga bojom rascvjetalog doma ovih godina na pomalo mističan način otkriva prividno zaboravljene slike sa svojega životnog puta. U obitelji i među prijateljima znana je i zvana imenom Nana, te upravo taj nadimak odabire kao umjetničko ime kojim će potpisivati svoje likovne fantazije. U vremenu kada su već i postmodernistički izričaji, ne mnogo više nego li tek umjetnička povijesna kategorija, Nana snagom iznenada probuđene neobuzdane slikarske neučene radoznalice otkriva zbiljnost boje na prstima, a prazninu industrijski proizvedenih drvenih laminata svojim dodirom ozbiljuje svojstvom jedinstvenosti i neponovljivosti. U početku otkrivanja snage slikanja bio je prijateljski mentor našoj Nani Davor Vodanović, iz klase profesora Atača.

Slika bez straha od neuspjeha, nevinom radošću zaigranog djeteta. Slikarica Nana oslobođena potrebe za dokazivanjem, tom tako će-

stom zamkom profesionalnih slikara, akrilnu raznobojnu masu po trakama uskog (dugačkog) formata nanosi prstima prema trenutnom nahodaženju, slobodno i bez kriterija.

Slikarica Nana ne libi se prilikom slikanja upotrebljavati i cvijeće, kamenčiće, pepeo, čaj, sadru i druge tvari iz okruženja, te time nesvjesno priziva dobre duhove zen slikarstva Istoka, ali i zapadnjačke dobre duhove enformela, monokromlja, likovnih tendencija proizašlih iz načela simbolizma i jednostavnosti.

U sakralnom likovnom ciklusu autorski prikazuje Isusovu patnju na križu, ali i Veliko ranjeno srce otvoreno cijelom svijetu za spas.

Da su joj korijeni u zapadnjačkom uljudbenom krugu Nanu razotkrivamo u ciklusu crnih mističnih ptica nalik gavranu Edgara Allana Poa.

U zrelim godinama života Nana otkriva slikarstvo koje je zanosno, istovremeno i opasno oput mladog vina. Cvjetni motivi oslikanih





zidova njene obiteljske kuće upozoravaju svakog dobronamjernog putnika da ulazi u intiman životni prostor jedne snažne žene, koja poput snage Vezuva žestoko i nekontrolirano želi izbaciti nakupljenu lavu svoje umjetnosti. Tu je bitan sam umjetnički čin, taj mistični trenutak ozbiljenja, a rezultat slobodno ostaje tek kao blijedi zapis čarobnog trenutka stvaranja - prah i pepeo nakon žive vatre.





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.*

## SLOBODNI PAD



- Doktore, imamo pacijenta kojeg nam šalju s traume.

Ulazi mlađi čovjek sav u zavojima.

Na nozi potkoljениčna longeta, ispod oba oka tamni podljevi, raščupane kose. Izgleda kao da su ga upravo dopremili iz boksačkog ringa.

Uzmem trijažnu listu, a na njoj piše NAPAD pčele!?

- Dobar dan!

- Dobar dan, doktore!

- Eto, što ti je peh. Pored svega ovoga još vas je i pčela ubola.

- Ubola? Pa, nije me samo ubola.

- !?

- Ma, doktore, SVE je ovo od pčele!

- Od pčele!?

- Da, baš tako.

- Pa, kakva je to pčela bila? Pčela nindža?

- Ne, ali me napala dok smo mijenjali crijepove na krovu. Dvokatnice.



## BABINSKI

Pet ili šesta intervencija u nizu. Sumnja na moždani udar.

Pokušavam bezuspješno pregledati stariju gospođu dok me njezin sin uporno promatra, obilazi, provjerava, svako malo preskače torbu i instrumente, prilazi krevetu, propitkuje, uzdiše... U sve se razumije.

Polako gubim strpljenje i razmišljam da li da ga zadavim stetoskopom ili golim rukama.

- Znači, mislite da mama...

- Gospodine, ne mislim još uvijek ništa. Pokušavam pregledati gospođu.

- Da, da, naravno! A jesti li izmjerili tlak i puls!? A usni kut? A ono kad prstom dotiče nos? Jeste li...

- Jesam, jesam, jesam!

- Sve to?

- Da, sve to. I više od toga!

Pokušavam na brzinu dovršiti pregled. Odluka je donesena. Hitni prijevoz na neurologiju, brzo povlačenje.

- A što to sad radite mami po nogama!?

E, tu sam te čekao, znalče! Slijedi lukavi kontranapad.

- Pregledavam Babinskijev refleks! Ba bin ski jev! Sigurno znate što je to, jel' da!?

- Ne, ne znam! I ne morate biti bezobrazni. Možda je za vas ona baba, ali za nas je ona naša baka.

Toliko o stručnim izrazima.

I lukavoj taktici.

Možda sam ipak trebao upotrijebiti stetoskop...

# Cijepljenje? Da, ali ne na hrvatski način\*



Zašto je danas u Hrvatskoj cijepljenje toliko omraženo makar je jedan od naj-spektakularnijih uspjeha u povijesti medicine? Zato jer Hrvatska strši po nekim nakaradnim zakonskim odredbama i po ortodoksnim cijepiteljima koji uporno zatvaraju oči pred otvorenim pitanjima. Evo nekoliko primjera! Za razliku od demokratskih zemalja, kao što su Njemačka, Švicarska i Skandinavija, u Hrvatskoj je nametnut zakon po kojem roditelj može dvadesetak puta platiti globu, svaki put kad propusti obavezno cijepljenje do djetetove punoljetnosti, čak može završiti u zatvoru, a može mu se i oduzeti dijete zbog „zanemarivanja“. Uzalud se već godinama upozorava na to da taj zakon treba europeizirati, uzalud zato jer je otpor nesavladiv. Kao imunolog mogu za to naći samo dva razloga. Prvi je da je lobi cijepitelja i proizvođača cjepiva tako jak da mu se nitko ne može oduprijeti („sukob interesa“), a

drugi je da je naš narod toliko glup da mu se mora prijetiti zatvorom i oduzimanjem djeteta!

Nadalje, roditeljima nitko nakon cijepljenja ne savjetuje 10-15 dana kućne izolacije djeteta, koliko otprilike traje proces imunizacije, a trebalo bi jer je u to vrijeme dijete vrlo osjetljivo na infekcije. Stari liječnici sjećaju se zataškano pomora zagrebačkih studenata koji su odmah nakon cijepljenja protiv tifusa poslani na omladinsku radnu akciju u područje gdje je tinjao tifus.

Malo humora! Tko zna logično misliti, mora se nasmijati tvrdnji „stručnjaka“ da je necijepljeno dijete strašno opasno jer može izazvati epidemiju u školama i vrtićima. Ta kako može izazvati epidemiju ako su ostala djeca zaštićena cijepljenjem?

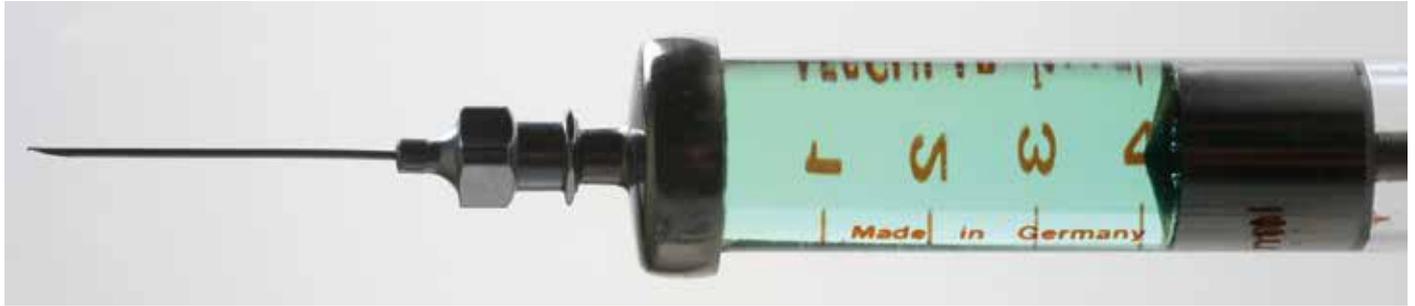
Hrvatski građani nikako ne mogu pouzdan doznati koliko su česte ili opasne nuspojave cijepljenja makar je svaki cijepitelj

dužan svaku nuspojavu prijaviti zdravstvenoj vlasti. Računajte: ako samo svako deseto dijete ima neku nuspojavu, znači da bi na oko milijun cijepljenja godišnje u Hrvatskoj bilo oko sto tisuća nuspojava. No, pogledate li u Statistički godišnjak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2010. godine ([www.hzjz.hr/epidemiologija](http://www.hzjz.hr/epidemiologija)) pročitat ćete da je u godini dana bilo zabilježeno 277 (!) nuspojava. Kao nuspojava nije registriran niti encefalitis s kojim je jedan član moje obitelji završio u bolnici tjedan dana nakon cijepljenja Di-TePerom jer da „postoji barem mala mogućnost neke druge etiologije“.

Pitanje je zašto se imunološkom sustavu djeteta dodaje još i udarac obaveznim cijepljenjem protiv tetanusa makar se zna da je danas rijedak i da ne može izazvati epidemiju. Usto, imunost protiv tetanusa postignuta cijepljenjem kratko traje pa bi se po toj logici trebalo i nakon dječje dobi cijepiti svake godine sve do smrti.

Neki cijepitelji rade šablonski, kao na „tekućoj vrpci“, umjesto individualnim pristupom („personalizirana medicina“), tj. s procjenom stanja i isključivanjem kontraindikacija. Štoviše, neki cijepljenje prepustaju medicinskoj sestri. Nemojte mi reći da to nije istina, nego pitajte moju suprugu (VMS) koja je u jednoj pedijatrijskoj ambulanti usred Zagreba cijepila tisuće djece umjesto liječnika. I nemojte mi reći da liječnik mora cijepiti „zato jer tako piše u zakonu“ – zakon mora biti subordiniran etici, a ne obratno.

Farmaceutska industrija korupcijom narušava povjerenje u imunologiju, čak je jedanput obmanula Svjetsku zdravstvenu organizaciju tako da je ona morala povući proglas kojim je objavila pandemiju gripe.



Kakve pak sve dugoročne posljedice mogu izazvati pretjerana cijepjenja u osjetljivoj razvojnoj dobi dječjeg imunološkog sustava, još k tome agresivnim putem (injekcijom) umjesto prirodnim putem (nos i usta), medicina zasad samo nagađa, ali fanatizirani cijepitelji to uporno poriču makar bi bilo poštenije reći da to još ne znamo.

Evo za kraj i malo zakonodavnog humora! S jedne strane, po 16. članku Zakona o zaštiti prava pacijenata oni imaju pravo odbiti dijagnostički i terapijski postupak, a liječniku koji to ne poštuje

prijeti po članku 41. deset tisuća kuna globe. Dotle našu novorođenčad cijepe u rodilištu protiv hepatitisa B bez znanja roditelja – i nikome ništa! A želimo biti pravna država.

Zaključak! Obvezno cijepjenje da, ali ne globa i zatvor, niti oduzimanje djeteta „zbog zanemarivanja“, jer se tako drastičnim mjerama postiže suprotan efekt, nego pošteno zdravstveno prosvjećivanje puka. Ali prije toga prosvjećivanje onih koji bi puk trebali prosvjećivati.

Prof. dr. Željko Poljak

\* Ovaj tekst nije službeni stav Uredničkog odbora Liječničkih novina niti vodstva Hrvatske liječničke komore već je isključivo razmišljanje njegova autora prof. dr. sc. Željka Poljaka

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

# Da kritičkom razmišljanju o cijepljenju - ali bez dezinformacija molim!

TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr.med. spec.epidemiolog

U diskusijama o cijepljenju često se nameće zaključak da je obavezno cijepljenje značajni razlog opiranju cijepljenja, te da bi bilo bolje da je cijepljenje fakultativno i dobrovoljno. Prije tri godine u Hrvatskoj je pokrenuta inicijativa za ocjenu ustavnosti Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti koji je Ustavni sud odbacio jer u Zakonu nije našao elementa koji bi bili u suprotnosti s Ustavom.

Slažem se, sloboda izbora je poželjna. No, s jedne strane, obvezno ili preporučeno cijepljenje je pitanje načina državne organizacije provedbe cijepljenja, društvenog trenutka, odnosa zaštite prava pojedinca i zaštite prava društva u cjelini, a s druge strane - pravna regulativa i medicinska pitanja o cijepljenju su vrlo često dvije odvojene stvari. Odluke iz područja zakonskih propisa su u mandatu zakonodavca. Stoga propitivanje o obavezi cijepljenja ne treba mijesati s pitanjima o stručnim stavovima i informacijama vezanim uz cijepljenje. A često pojedinci koji negiraju vrijednost cijepljenja kao javnozdravstvene mjere, pod krinkom borbe za pravo na izbor, šire dezinformacije o cijepljenju kao postupku. Zanimljivo je da oni koji su protiv obaveznog cijepljenja, navode da nisu protiv samog cijepljenja nego protiv obveze cijepljenja. Ako netko nema ništa protiv cijepljenja kao zaštitne zdravstvene mjere, odnosno podržava ju, ne razumijem zbog čega je bitno je li provedba organizirana kao obavezna ili preporučena.

Širenje dezinformacija o cijepljenju neopravdano plaši i zbunjuje roditelje te opću i stručnu javnost. Apsolutno se slažem da je potrebno zdravstveno prosvjeđivanje i istinito obavještanje o temi cijepljenja. U nastavku teksta osvrnut ću se na navode u članku na str. xx, a to je ujedno i osvrtno na gotovo identičan članak iz 2011. godine objavljen u broju 105 (str. 38).

- Hrvatska nije jedina država unutar EU (pa i šire) u kojoj je cijepljenje obavezno. Neke države imaju obavezno cijepljenje i za cjepiva koja kod nas nisu obavezna (primjerice protiv hepatitisa A, vodenih kozica, rota virusa, pneumokokne bolesti, HPV-a), a cijepljenja protiv vodenih kozica, HPV-a ili rotavirusnog gastroenteritisa koje nije obavezno u zemljama koje nemaju zakonsku obavezu cijepljenja, imaju u tim zemljama jednak tretman kao cijepljenje protiv npr. dječje paralize ili difterije. (izvještaj ECDC-a iz 2012. godine: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N22/art20183.pdf>).

Nadalje, neke države u kojima cijepljenje nije obavezno, poput Njemačke, Nizozemske, Danske, SAD-a, i koje volimo spominjati kao demokratske, imaju snažno preporučeno cijepljenje i ograničenja za upis u vrtiće i škole za necijepljenu djecu. U Australiji uskraćuju dječji doplatak ako djeca nisu cijepljena, jer se radi o javno zdravstvenom pitanju i zdravlju djece. Amerika u viznom režimu ima zahtjeve za određenim obaveznim cijepljenjima i testiranjima. Prema međunarodnom sanitarnom pravilniku zemlje mogu uvjetovati osobama ulazak u zemlju potvrdom o obavljenom cijepljenju protiv žute groznice. Zanimljivo je da se to rijetko (ili nikad) spominje u kontekstu ortodoksnog i nedemokratskog.

## Održavanje dobre procijepljenosti

Iako Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti predviđa novčanu kaznu za necijepljenje, glavna svrha obaveznog cijepljenja nije kažnjavanje roditelja/skrbnika, već postizanje i održavanje dobre procijepljenosti. To je stoga, jer pad postotka procijepljenosti korelira s pojavom epidemija određenih bolesti poput ospica. Roditelj koji odbije obavezna cijepljenja djeteta može biti nakon provedenog sanitarnog nadzora kažnjen po podnesenoj prijavi, odnosno prekršajnom nalogu (može se odnositi za necijepljenje protiv više bolesti). Ali, ne može biti dvadesetak puta kažnjen, jer nema toliko bolesti protiv kojih se cijepi niti nema toliko primjena cjepiva do punoljetnosti djeteta. Kalendarom cijepljenja predviđeno je cijepljenje protiv 10 bolesti, a to je ukupno 11 primjena cjepiva, većinom kombiniranih, do 20. godine (što je manje od većine zemalja Europske unije). <http://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/kalendar-cijepljenja-u-hrvatskoj-2016/>.

A kako u praksi izgleda primjena Zakona, provjerila sam u Ministarstvu zdravstva u Upravi za sanitarnu inspekciju te sam saznala; u slučaju odbijanja obveze imunizacije djeteta roditelj/skrbnik može, ako su iscrpljene sve mogućnosti i rokovi za cijepljenje, temeljem prekršajnog naloga, biti kažnjen novčanom kaznom u iznosu od 2.000 kn. Ako roditelj/skrbnik uloži prigovor, u postupku pred Prekršajnim sudom može biti kažnjen (u manjem broju slučajeva i većinom u iznosu manjem od maksimalne kazne od 2.000,00 kuna), opomenut (u oko polovine slučajeva) ili oslobođen (jer su roditelji u međuvremenu cijepili djecu ili je prema mišljenju suca preostalo još vremena da isto učine do kraja navršene prve

godine djeteta). U slučaju da roditelj i dalje odbija cijepljenje, po provedenom prekršajnom postupku, nikada se više ne može pokrenuti prekršajni postupak protiv roditelja niti može biti kažnjen za to isto necijepljenje (prema pravnom načelu “ne bis in idem”/ „ne dvaput o istoj stvari”).

### Teza bez dokaza

Krajnja mjera, zatvorska kazna i oduzimanje djeteta u slučaju odbijanja cijepljenja do sada se, prema mojim saznanjima, nije dogodila u praksi, a nisam sigurna niti da se pravno može dogoditi s obzirom na odredbe Prekršajnog zakona.

- Za tezu da nakon cijepljenja djeteta ne bi trebalo ići u školu ili dječji vrtić oko dva tjedna (oko dva tjedna izolacije poslije cijepljenja) nema dokaza, a ima brojnih dokaza da nije točna; ja ju nisam nikad do sada čula, profesionalno kao epidemiolog niti privatno kao roditelj. Nema nikakvog stručnog opravdanja djeteta ne voditi u vrtić dva tjedna nakon cijepljenja cjepivima koja su predviđena Programom cijepljenja.

- Zašto je važno postići visoku procijepljenost i je li necijepljeno djeteta potencijalna opasnost za kolektive kao što su škole i vrtići, odnosno drugu djecu koja su cijepljena? Odgovor na ovo pitanje vezan je uz kolektivni imunitet. Sve dok je postotak osjetljivih ispod određene razine (koja je različita za svaku zaraznu bolest i ovisi o indeksu kontagioznosti uzročnika), postoji zaštita kolektivnim imunitetom i nema mogućnosti održavanja cirkulacije uzročnika zarazne bolesti u populaciji, ili se cirkulacija uzročnika održava na vrlo niskoj razini. Na taj način su zaštićeni i oni koji se nisu mogli cijepiti zbog bolesti, odnosno svi oni koji su osjetljivi na bolest, sve dok su ravnomjerno raspršeni u toj visoko procijepljenoj populaciji. Procijepljenost protiv bolesti iz Kalendara cijepljenja je u Hrvatskoj visoka, jedna od najboljih u Europi, i to je razlog zašto su i necijepljena djeca zaštićena od onih bolesti koje su nestale u Hrvatskoj zahvaljujući cijepljenju (npr. dječje paralize, difterije, ospica).

Važno je podsjetiti da niti jedno cijepljenje ne štiti 100% cijepljenih i ni jedno društvo ne uspije procijepiti 100% populacije pravovremeno, zbog kašnjenja, privremenih ili trajnih kontraindikacija za cijepljenje, a



također, djelotvornost nekih cjepiva s vremenom može oslabiti. Zbog toga uvijek, u svakom društvu ima neki manji ili veći postotak osoba osjetljivih na zaraznu bolest protiv koje se cijepi unatoč cijepljenju. Svakom odlukom o necijepljenju djeteta koje nema kontraindikacija za cijepljenje, udio osjetljivih u populaciji se malo povećava. Ako je velik broj necijepljene djece u okolini, veći je broj potencijalnih izvora infekcije te postoji veća šansa da bi u slučaju pojave bolesti među stanovništvom uzročnici mogli cirkulirati u dovoljnoj mjeri da obole i necijepljeni i cijepljeni kod kojih je cjepivo iz nepoznatog razloga nije stvorilo zaštitu i oni koji su s vremenom izgubili ranije stečeni imunitet.

Smatram da nije etično koristiti zaštitu postignutog kolektivnog imuniteta u društvu u kojem se većina cijepila, a ne doprinositi nastanku tog istog kolektivnog imuniteta ako nema kontraindikacija za cijepljenje, iz straha od rizika mogućih nuspojava (od kojih su one teže vrlo rijetke), te necijepljenjem doprinositi padu procijepljenosti koja u konačnici može nepovoljno djelovati za zaštitu djece koja se zbog bolesti ne mogu cijepiti. Također, djeteta se ne kreće

samo u jednom kolektivu (vrtiću, razredu, školi), nego i na drugim mjestima, dolazi u kontakt s raznim skupinama i populacijama, u zemlji, i izvan zemlje ako putuje, i u tom slučaju cijepljenje služi za individualnu zaštitu.

- Nije točno da javnost nije informirana o mogućim nuspojavama cijepljenja. U svijetu i Hrvatskoj se neprekidno prate djelotvornost i štetni učinci cjepiva, te javno objavljuju informacije o tome. Podatke o broju i vrsti prijavljenih nuspojava u Hrvatskoj može se vidjeti u izvještaju o nuspojavama na stranicama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: <http://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/odjel-za-cijepljenje/>. Tijekom 2015. godine HZJZ-u je ukupno prijavljeno 148 nuspojava nakon cijepljenja (u 2014.: 155; u 2013.: 166; u 2012.: 121; u 2011.: 125; u 2010.: 277). Dodatno, sve podatke o poznatim rizicima i potencijalnim nuspojavama primjene cjepiva za sva cjepiva koja su u Hrvatskoj registrirana može se pronaći putem interneta za svako cjepivo zasebno u Sažetku opisa svojstava lijeka, kojega objavljuje Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode na ovoj oveznici:

# KALENDAR CIJEPLJENJA 2011.

Navršena dob Cjepivo	MJESECI				GODINE		RAZRED OSNOVNE ŠKOLE			GODINE		
	0	2	4	6	1	5	I.	VI.	VIII.	19	24	60
BCG												
Hib***												
Di-Te-Per***							*					
Polio***										*		
Di-Te										*	*	
Mo-Pa-Ru												
Hepatitis B**							*	3x				
ANA-TE												

<sup>1</sup> cijepi se i novorođenčad HBsAg pozitivnih majki odmah po rođenju uz primjenu imunoglobulina prema postekspozicijskoj shemi (NN 101/13)

\* Provjera cjepnog statusa i nadoknada propuštenog cijepljenja prema potrebi

<http://www.almp.hr/?ln=hr&w=lijekovi>. Sustav nadzora nad nuspojavama cijepljenja temelji se na pasivnom pristupu praćenja, i svi koji se bave ovim područjem znaju ograničenja i slabosti tog sustava, ali i njegovu korist. To znači da se zna da broj prijava nuspojava ne odražava stvaran broj nuspojava te da na njihovo prijavljivanje neki drugi čimbenici imaju veći utjecaj od njihove stvarne učestalosti. Taj se sustav pokazao vrlo djelotvoran za ukazivanje na moguće grupiranje nuspojava i neobične nuspojave (signali na temelju kojih se rade daljnja ispitivanja). Kada se govori o mogućim neželjenim posljedicama cijepljenja, roditelji često spominju svoja neugodna iskustva s nuspojavama ili drugim događajima nakon cijepljenja. No to su anegdotalni primjeri, nekad samo vremenski, a ne i uzročno povezani s cijepljenjem. Primjerice, ja znam dosta roditelja koji nisu imali neugodnih iskustava s postupkom cijepljenja.

- U medicini nema mjesta donošenju preporuka na temelju nagađanja. Do sada nema nikakvog dokaza da cijepljenja koja se primjenjuju na način na koji se primjenjuju i u broju u kojem se primjenjuju, izazivaju dugoročne posljedice, osim smanjenja bolesti protiv kojih se cijepi. Medicinska znanost i struka neprekidno prate,

propituju i istražuju primjenu cjepiva u praksi, nuspojave cijepljenja, te rade na razvoju novih cjepiva, novih formulacija cjepiva i poboljšanju postojećih (jednako kao i svega ostaloga u medicini). Bez toga to ne bi bila znanost i ne bi bilo napretka u zaštiti i unaprjeđenju zdravlja te kvalitete života (primjerice, u prošlosti su cjepiva imala više nuspojava nego današnja cjepiva, a prije postojanja cjepiva, ljudi su oboljevali i umirali od bolesti protiv kojih danas imamo cjepiva). Pritom je medicinska struka širom svijeta i u Hrvatskoj složna u tome da je cijepljenje jedna od najučinkovitijih medicinskih mjera, da korist od cijepljenja nadmašuje rizik od primjene cjepiva, te da se cijepljenjem snizila učestalost zaraznih bolesti i smrtnost od zaraznih bolesti.

- Danas se novorođenčad u rodilištu ne cijepi protiv hepatitisa B, već protiv tuberkuloze (BCG).

- Iako se ozljeđena osoba cijepi protiv tetanusa u okviru postupka zbrinjavanja rana (ako nije cijepljena ili se ozljeda dogodila pet godina nakon zadnje doze), tetanus može nastati i nastaje kod neimunih osoba čak i nakon manjih ozljeda, zbog kojih se ne javljaju liječniku (npr. ubod na oštar predmet na otvorenom prostoru, koji ne izgleda dramatično) i samo sustav-

nim cijepljenjem populacije se sprječavaju takvi slučajevi tetanusa. Također, preboljevanje tetanusa ne pruža trajnu zaštitu od ponovnog oboljevanja. Bilo bi dobro da cijepljenje pruža doživotnu zaštitu, ali i uz postojeće pružanje zaštite, uz povremena docjepljivanja osoba može biti doživotno zaštićena od tetanusa. Vezano uz hospitalizaciju člana obitelji nakon cijepljenja protiv difterije, tetanusa i hripavca (čija je slika objavljena u članku javnog glasila u broju 105, što smatram da je neetično), prenosim informacije koje sam saznala na Odjelu za cijepljenje HZJZ-a. Iako su ranija istraživanja ukazivala na povezanost cijepljenja protiv DiTePer-a s encefalitisom, nema dokaza da ovo cjepivo uzrokuje encefalitis. Detaljnije informacije o nuspojavama DiTePer-a nalaze se u dokumentu Svjetske zdravstvene organizacije „Information sheet.“

Observed rate of vaccine reactions, diphtheria, pertussis, tetanus vaccines.“ iz 2014. godine na ovoj poveznici: [www.who.int/entity/vaccine\\_safety/initiative/tools/DTP\\_vaccine\\_rates\\_information\\_sheet.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/vaccine_safety/initiative/tools/DTP_vaccine_rates_information_sheet.pdf?ua=1)

- Nažalost, ne postoji nikakav test kojim bi se moglo predvidjeti koje će dijete razviti neku težu nuspojavu na cijepljenje (tj. za sada ne možemo znati koja djeca imaju povećan rizik za ozbiljne nuspojave cijepljenja). Za neke lijekove takvi testovi postoje, i koriste se u svrhu predviđanja nuspojava, ali za nuspojave cijepljenja nisu poznate osobine osobe koje povećavaju rizik. Do sada nisu identificirane kategorije stanovništva/djece koje imaju povećani rizik za ozbiljne nuspojave.

- Često se stav medicinske struke o cijepljenju povezuje s teorijama zavjere farmaceutskog lobija. Farmaceutska industrija je jaka, i imala je određene pogreške, no sustav je uređen na način da nastoji nepravilnosti spriječiti ili svesti na minimum. Puno veća financijska sredstva se vrte u području lijekova za liječenje bolesti, nego u području cjepiva. Kad bi se farmaceutska industrija pitala vodeći se profitom, onda bi u Programu cijepljenja imali obavezna cijepljenja protiv vodenih kozica, pneumokoka, rota virusa, herpes zoster, japanskog encefalitisa, meningokoka i HPV-a.



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

Posjetite Toyota salone.

★ Corolla ★

NAJPRODAVANLIJI  
AUTOMOBIL NA  
SVIJETU

**OSIJEK:** INTEGRA-DUNDOVIĆ, J. Huttlera 31, (031) 54 04 44; **POREČ:** AUTO WILL, Buići 13C, (052) 63 95 63; **RIJEKA:** ARK-MIHELIĆ, Furićevo 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:** TROFEJ 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,** Kovinska 6, (01) 54 95 153.

Patrošnja goriva od 3,8 do 6,3 l/100 km u mješovitoj vožnji. Emisije CO<sub>2</sub> od 100 do 144 g/mm. Slika je simbolična.

**5** godina  
GARANCIJE  
BEZ OGRANIČENJA

TOYOTA.HR

Isključiti se iz online svijeta, ili se prilagoditi?

# Tehnologija kao izvor stresa, ali i sredstvo u borbi s njim\*

FILIP ĐERKE, stud. med.

\*Tema broja u „Medicinaru“, časopisu MEF-a u Zagrebu, Vol. 58, broj 1, zima 2016.

Naziv „stres“ potječe iz srednjovjekovnog engleskog (eng. stress – napor, nevolja ili ograničenje). U 14. stoljeću korišten je u značenju patnje, muke, nepravilne, tegobe, nesreće ili tuge. U medicini 19. stoljeća pojam stresa je smatran temeljem slabog zdravlja i povezan je s brojnim slučajevima *angine pectoris*. Suvremenom poimanju stresa kao stanju organizma u kojem doživljavamo prijetnju vlastitom integritetu sve se češće pripisuje pojam „tehnološki“ ili „online stres“. Je li tehnologija ta koja nam izaziva dodatni stres ili ga pak reducira? Odgovor na to pitanje krije se u načinu na koji svatko od nas tu tehnologiju koristi.

## Svakodnevni stresor modernog čovjeka

Koliko ste puta danas pogledali u svoj pametni telefon? Koliko puta ste provjerili elektroničku poštu? Koliko puta dnevno pogledate jedan te isti „news-portal“ tražeći najnovije vijesti? Ako na navedena pitanja odgovorite s: „nekoliko puta“, to na prvi pogled ne predstavlja problem. Postavimo li pitanja malo drugačije, poput: kako se osjećate ako samo jednom na dan provjerite svoju elektroničku poštu ili kako se osjećate ako samo dva puta dnevno provjeravate novosti, problematični su odgovori: loše, uznemireno, u blagoj panici... U današnje vrijeme, vrijeme koje mnogi nazivaju i *online vremenom*, ljudi se sve češće gube

u poimanju cilja i sredstva. Nerijetko zaboravljamo da je sva ta tehnologija tu kako bi nam bila na usluzi, a ne kako bismo svoje ponašanje, socijalnu interakciju i općenito životne navike mi podredili njoj. Sjetite se samo kako ulazite u kafić i tražite stol pokraj utičnice, ili kad u pola razgovora s obitelji i prijateljima kažete: „oprostite, moram odgovoriti na ovu poruku“, i tako svaki put iznova. Vjerojatno to ni ne shvaćate, ali sve te najnovije mogućnosti zapravo su učinile naš život mnogo stresnijim. Ili točnije rečeno, mi smo im dozvolili da nam učine život još stresnijim. Koliko puta vam na mobitel stigne poruka koju ne želite tog trena otvoriti jer znate da će ta osoba vidjeti da ste ju pročitali, ili da stvar bude još bolja, ne otvarate kompletnu aplikaciju jer ne želite da drugi vide kad ste joj zadnji put pristupili? Poželite li u tim situacijama pobjeći u neki *offline* svijet?

## Čovjekov najbolji neprijatelj

Inovacije, bilo tehnološke, industrijske ili neke treće su tijekom cijele povijesti čovječanstva utjecale na način življenja, ljudi su ih rado prihvaćali i uvelike su im olakšavale život. Što se to u međuvremenu dogodilo? Svaki put kada se uvodi nova tehnologija, ona mijenja našu svakodnevnicu, stoga na mnogo načina ovo nije ništa drugačije nego tjeskoba koju pojedinac osjeća primjerice selidbom ili promjenom posla. Ono što je danas drugačije je stopa usvajanja i zasićenosti naših kućanstava mobilnom tehnologijom, za razliku od nešto starijih tehnologija. Primjerice, iPadu je trebalo 80 dana da dosegne 50 milijuna globalnih korisnika, u usporedbi s 14 godina koliko je za istu brojku trebalo televiziji. Danas imamo puno manje vremena da bismo se prilagodili svakom od tih uređaja. Nerijetko se događa da nam pametni telefoni i pločasta računala (tableti) zamagljuje liniju između posla, doma, društvenih života. Tako u istraživanju provedenom na skoro 1300 ispitanika znanstvenici s Cambridgea zaključuju da tzv. nove tehnologije najviše pogoršavaju obiteljsku zajednicu, točnije međusobnu komunikaciju i privrženost, ali i kvalitetu života. Tako primjerice 36% ispitanih roditelja priznaje da im tehnologija ometa zajedničke obiteljske trenutke, dok tri od pet ispitanika (58%) smatra da bi u svojim obiteljima trebali uvesti posebno vrijeme bez mobitela i raču-



Danas naši pametni uređaji mjere gotovo sve, od toga koliko koraka radimo do toga koliko dugo spavamo



nala kako bi održali kvalitetu obiteljskog života, a jedan od pet ispitanika (19%) tvrdi da dnevno u komunikaciji koristi tehnologiju više od sedam sati. Najveći distraktori su društvene mreže gdje prednjače Facebook i Twitter, a potom slijede *news portali*.

### Praktični savjeti

Pojedinac se konstantno bori uravnotežiti sve navedene aspekte života što u konačnici dovodi do unutarnjih tenzija, konflikta i negativne interakcije s okolinom. Kako si možemo pomoći? Ako ste se poistovjetili s ranije navedenim situacijama ili pak ako vaše životne navike teže

**Nerijetko zaboravljamo da je sva ta tehnologija tu kako bi nam bila na usluzi, a ne kako bismo svoje ponašanje, socijalnu interakciju i općenito životne navike mi podredili njoj**

navedenim scenarijima, vrijeme je da u svoj život uvedete nova pravila. U tome nam ponovno pomaže tehnologija. Prvi bi koraci bili ukidanje instant obavijesti: uredite postavke tako da vam se elektronička pošta učitava samo 4 puta tijekom dana, da vam samo izvanredne vijesti stižu sa zvukovnim signalima, ukinite zvukovne signale za nepoznate kontakte, reducirajte online prisutnost na društvenim mrežama. Možda zvuči lako, ali u početku će vam biti malo neobično. S vremenom ćete shvatiti blagodati ovih promjena. Prvi simptom da ste uspješni jest više vremena, sporiji radni ritam uz jednaku učinkovitost i, u konačnici, manje stresa. Ako si pak ne možete zbog preuzetih obveza dozvoliti ove promjene, probajte samo isključiti vibraciju na vašim uređajima. Već isključivanje vibracije može poboljšati kvalitetu života – sjetite se samo koliko puta ste gledali u mobitel misleći da ste osjetili vibraciju, ali to je bilo „lažna uzbuna“.

### Tehnologija kao antistresna terapija

Ipak, nije sve tako crno po pitanju tehnologije i konstantne online prisutno-

sti. Nova čuda tehnologije mogu nam pomoći i u rješavanju stresa. Danas naši pametni uređaji mjere gotovo sve, od toga koliko koraka radimo do toga koliko dugo spavamo. Isti uređaji sami mogu prepoznati kad se nešto čudno događa, primjerice, ako se premalo krećete ili još manje spavate. Tada se pale alarmi i dolaze notifikacije koje vas potiču na zdrave životne odluke. Ispitanici u studiji provedenoj na Sveučilištu Michigan rekli su da ih je upravo podsjetnik na Appleovim iPhoneima nagnao na raniji odlazak na spavanje, a kao rezultat toga ispitanici već nakon desetak dana bilježe smanjenje stope stresa. Neovisno o tome posjedujete li iPhone ili neki drugi pametni telefon, danas postoji niz aplikacija koje pomažu smanjenju stresa. Načelno ćemo ih podijeliti u tri kategorije. U prvu spadaju aplikacije koja puštaju glazbu. Potrebne su samo slušalice, a uređaj sam svaki dan bira drugu glazbu koju slušate 10 do 20 minuta dnevno. Neke aplikacije puštaju šum valova, neke zvuk kiše, a neke biraju simfonije i valcere. U drugu kategoriju aplikacija spadaju one koje prate vaše tijelo, najčešće temperaturu ili otkucaje srca i sukladno tome daju upute



## Ringxiety i Fauxcellarm

Jeste li ikada mislili da vam zvonji mobitel u drugoj prostoriji, a kad ste došli do njega zapravo vidjeli da nije zvonio? Možda ste se ponekad naglo probudili iz sna uvjereni da čujete zvuk alarma. Fantomska zvonjava mobitela ili lažni alarm vašeg uređaja spadaju u jedan od oblika zvučnih halucinacija. Ovaj fenomen se događa sve većem broju ljudi. Na manjem istraživanju provedenom na Sveučilištu Fort Wayne došli su do zaključka da čak 89% njihovih studenata doživljava ove halucinacije. Razloga za paniku ipak nema: pomoći si možete tako da svako malo mijenjate melodiju mobitela ili da stišate jačinu zvuka na razinu na kojoj ćete ga čuti na udaljenosti do 3 metra.

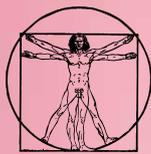
za vježbe disanja i relaksacije. Treća kategorija, ujedno i najpopularnija, su aplikacije koje se orijentiraju na psihološki aspekt stresa i nastoje raznim motivacijskim porukama, citatima ili dnevnim kratkim pričama popraviti raspoloženje korisnika. Primjer aplikacije koja vam pomaže poboljšati kvalitetu života je „Sleep as Android“. Od njezinih brojnih mogućnosti vrijedi izdvojiti prikupljanje podataka o korisnikovu hrkanju, otkrivanje korisnikova pričanja u snu, praćenje ciklusa sna s „pametnim“ buđenjem u optimalnom trenutku, i to koristeći nježne zvukove iz prirode.

### Izbor pred korisnikom

Odgovor na pitanje o tehnološkom stresu se krije u nama samima. Stres sam po sebi nije uvijek nešto loše ili nešto što pod svaku cijenu trebamo izbjegavati. U istraživanju provedenom na Sveučilištu Yale, ispitanici su rekli da ne žele reducirati svoju online prisutnost jer tada osjećaju strah od tzv. nevažnosti unutar profesionalne karijere. To ukazuje na činjenicu da nove tehnologije u svakodnevnom životu nisu samo dodatak regularnim na-

**iPadu je trebalo 80 dana da dosegne 50 milijuna globalnih korisnika, u usporedbi s 14 godina koliko je za istu brojku trebalo televiziji**

vikama: pametni uređaji su postali dio naših života – našeg studija, prijateljstva, informiranosti, tako da one izazivaju mnogo više dubinskih kognitivnih reakcija kod nas, i upravo zato borba za ravnotežu postaje još kompleksnijom. Gledajući današnje tehnologije kao sastavni dio našeg života, pojam „isključiti se iz online svijeta“, na neki način znači ugasiti dio vlastitog života. Je li to realno? Hoćemo li time riješiti problem ili stvoriti još nekoliko novih? Kao što bolest nije samo odsutnost zdravlja, tako ni stres nije samo odsutnost blagostanja i životne homeostaze. Moramo se naučiti upravljati stresom, na vrijeme prepoznati njegove štetne učinke, a tehnologiju koristiti kao sredstvo i pomagalo isključivo kada nam olakšava svakodnevnicu.



# MEDICINSKA NAKLADA

*Knjige s popustom*

**-60 %**



Knjiga obrađuje teme koje su važan i u nas neopravdano zapostavljen dio struke. Sastoji se od 50 poglavlja koja su napisali 58 autora - specijalista ginekologije i opstetricije, pedijatrije, infektologije, mikrobiologije s parazitologijom, dermatovenerologije, epidemiologije, patologije, radiologije, urologije, psihijatrije, sudske, obiteljske i interne medicine. Namijenjena je svima koji se na bilo koji način dotiču ove tematike: ginekolozima, opstetričarima, pedijatrima, dermatovenerolozima, infektolozima, mikrobiolozima, citolozima, epidemiolozima, liječnicima obiteljske medicine i studentima medicine za dodiplomsku i poslijediplomsku nastavu.

## INFEKCIJE U GINEKOLOGIJI I PERINATOLOGIJI

**Deni Karelović  
i suradnici**

DIMENZIJE: 21 x 27  
OPSEG: 628 str.  
UVEZ: tvrdi  
GODINA IZDANJA: 2012.

**PUNA CIJENA: 472,50 kn  
S POPUSTOM: 190,00 kn**

**POSEBNA  
PONUDA  
— u —  
travnju**



### GINEKOLOGIJA I PORODNIŠTVO

Dubravko Habek

DIMENZIJE: 17 x 24  
OPSEG: 356 str.  
UVEZ: tvrdi  
GODINA IZDANJA: 2017.

**PUNA CIJENA:  
252,00 kn  
S POPUSTOM:  
176,00 kn**

### IVAN KRSTITELJ LALANGUE

Rajko Fureš

DIMENZIJE: 17 x 24  
OPSEG: 368 str.  
UVEZ: meki  
GODINA IZDANJA: 2016.

**PUNA CIJENA:  
210,00 kn  
S POPUSTOM:  
147,00 kn**

### FETALNA MEDICINA I OPSTETRICIJA

Josip Delmiš,  
Slavko Orešković  
i suradnici

DIMENZIJE: 21 x 27  
OPSEG: 720 str.  
UVEZ: tvrdi  
GODINA IZDANJA: 2014.

**PUNA CIJENA:  
588,00 kn  
S POPUSTOM:  
411,00 kn**

### OSNOVE PATOLOGIJE POSTELJICE

Marina Kos,  
Tanja Leniček

DIMENZIJE: 21 x 27  
OPSEG: 186 str.  
UVEZ: tvrdi  
GODINA IZDANJA: 2011.

**PUNA CIJENA:  
368,50 kn  
S POPUSTOM:  
220,00 kn**

### PORODNIČKE OPERACIJE

Dubravko Habek  
i suradnici

DIMENZIJE: 21 x 27  
OPSEG: 288 str.  
UVEZ: tvrdi  
GODINA IZDANJA: 2009.

**PUNA CIJENA:  
263,00 kn  
S POPUSTOM:  
158,00 kn**

### ULTRAZVUK U GINEKOLOGIJI I PERINATOLOGIJI

Asim Kurjak  
i suradnici

DIMENZIJE: 21 x 27  
OPSEG: 912 str.  
UVEZ: tvrdi  
GODINA IZDANJA: 2007.

**PUNA CIJENA:  
525,00 kn  
S POPUSTOM:  
315,00 kn**

### DIJABETES U ŽENA

Josip Delmiš,  
Marina Ivanišević,  
Željko Metelko  
i suradnici

DIMENZIJE: 17 x 24  
OPSEG: 456 str.  
UVEZ: tvrdi  
GODINA IZDANJA: 2009.

**PUNA CIJENA:  
210,00 kn  
S POPUSTOM:  
105,00 kn**

Popuste možete ostvariti od 10. travnja do 10. svibnja 2017. u knjižarama MEDICINSKE NAKLADE, Vlaška 90 i Cankarova 13 u Zagrebu, narudžbom putem e-maila na adresu [prodaja@medicinskanaklada.hr](mailto:prodaja@medicinskanaklada.hr) ili telefonom. Poštanski troškovi nisu uključeni u cijenu. Popusti se ne zbrajaju i akcije se međusobno isključuju.

## 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  
NZJZ Nastavni zavod za javno zdravstvo  
OB Opća bolnica  
PZZ Primarna zdravstvena zaštita  
SB Specijalna bolnica

## PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

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

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi Fulviji Akrap, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: [fulvia.akrap@hlk.hr](mailto: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](mailto: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](http://www.hlk.hr) – „Raspored stručnih skupova“.**

## TRAVANJ

**Xarelto Expert Get Together Real World Evidence Xarelto – iskustva iz kliničke prakse; Xarelto – prikaz slučajeva**  
Bayer d.o.o.  
Zagreb, 05.04.2017.  
Josipa Vrkljan, mob.: 099/3058-476,  
e-mail: [josipa.vrkljan@bayer.com](mailto:josipa.vrkljan@bayer.com)

**Suradljivost bolesnika na terapiji enteralnom prehranom**  
Abbott Laboratories d.o.o.  
Zagreb, 05.04.2017.  
Maja Gabud, tel.: 01/2350-510, e-mail: [maja.gabud@abbot.com](mailto:maja.gabud@abbot.com)

**Liječenje bolesnika s DM tipa 2 – razmišljanja jednog kliničara**  
Merck Sharp & Dohme d.o.o.  
Krapina, 05.04.2017.  
Aleksandra Ivošević, mob.: 091/6611-308,  
e-mail: [aleksandra\\_ivoševic@merck.com](mailto:aleksandra_ivoševic@merck.com)

**Kardiovaskularni bolesnik**  
Krka farma d.o.o. Zagreb  
Rovinj, 05.04.2017.  
Jana Jadrejić, mob.: 099/2470-364, e-mail: [jana.jadrejic@krka.biz](mailto:jana.jadrejic@krka.biz)

**Jedanaesti simpozij HD za zaštitu od zračenja s međ.sud.**  
HD za zaštitu od zračenja  
Osijek, 05.-07.04.2017.  
Marina Poje Sovilj, tel.: 031/232-700,  
e-mail: [marina.poje@fizika.unios.hr](mailto:marina.poje@fizika.unios.hr)  
750,00-1.800,00 kn

**Etičke dvojbe pri liječenju boli**  
Hrvatski zavod za telemedicinu  
Split, Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Cres –  
06.04.2017.  
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: [pisarnica@ztm.hr](mailto:pisarnica@ztm.hr)

**Splitska škola rijetkih bolesti**  
Sanofi-aventis Croatia d.o.o.  
Split, 06.04.2017.  
Plenković Ajster Bozana, mob.: 091/6171-061,  
e-mail: [zana.plenkovicajster@sanofi.com](mailto:zana.plenkovicajster@sanofi.com)

**Prijavlivanje sumnji na nuspojave i praćenje sigurnosti primjene lijekova**  
Agencija za lijekove i medicinske proizvode  
Zagreb, 06.04.2017.  
Darko Krnić, dr.med., tel.: 01/4884-333,  
e-mail: [darko.krnic@halmed.hr](mailto:darko.krnic@halmed.hr)

**Xarelto Expert Get Together Real World Evidence Xarelto – iskustva iz kliničke prakse; Xarelto – prikaz slučajeva**  
Bayer d.o.o.  
Zagreb, 06.04.2017.  
Josipa Vrkljan, mob.: 099/3058-476,  
e-mail: [josipa.vrkljan@bayer.com](mailto:josipa.vrkljan@bayer.com)

**Liječenje bolesnika s DM tipa 2 – razmišljanja jednog kliničara**  
Merck Sharp & Dohme d.o.o.  
Varaždin, 06.04.2017.  
Aleksandra Ivošević, mob.: 091/6611-308,  
e-mail: [aleksandra\\_ivoševic@merck.com](mailto:aleksandra_ivoševic@merck.com)

**Suradnja obiteljskog liječnika i reumatologa**  
KB Dubrava  
Ivanić Grad, 06.04.2017.  
Blanka Kovačić, tel.: 01/2903-434,  
e-mail: [bkovacic@kdb.hr](mailto:bkovacic@kdb.hr)

**10. hrvatski kongres o osteoporozu**  
HD za kalcificirana tkiva  
Trakošćan, 06.-08.04.2017.  
Romana Blažek, tel.: 01/4566-812, e-mail: [romana.blazek@mef.hr](mailto:romana.blazek@mef.hr)  
1.300,00 kn, specijalizanti 650,00 kn, osobe u pratnji 800,00 kn, sponzorsko osoblje 800,00 kn

**23. Dani Ramira i Zorana Bujasa**  
Odsjek za psihologiju Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 06.-08.04.2017.  
Doris Čuržik, dipl.psih., tel.: 01/4092-187,  
e-mail: [larambas@ffzg.hr](mailto:larambas@ffzg.hr)  
Do 05.03.2017. – 550,00 kn, od 06.03.2017. – 700,00 kn

**Praktična znanja za studente**  
Studentska sekcija za neuroznanost NeuroSplit, Studentski zbor Medicinskog fakulteta u Splitu, Sekcija za hitna stanja, Zubolina, Udruga studenata farmacije i medicinske biokemije Hrvatske CPSA Split, 06.-08.04.2017.  
Alen Juginović, mob.: 099/1904-488,  
e-mail: [alen.juginovic27@gmail.com](mailto:alen.juginovic27@gmail.com)

**Hitnosti u kliničkoj medicini**  
MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za intenzivnu medicinu  
Zagreb, 06.-08.04.2017.  
Helena Sever, tel.: 01/2367-400, mob.: 091/4693-302,  
e-mail: [helena.sever@kbc-zagreb.hr](mailto:helena.sever@kbc-zagreb.hr)  
1.500,00 kn

**10. hrvatski onkološki kongres**  
Hrvatsko onkološko društvo HLZ-a  
Šibenik, 06.-09.04.2017.  
Tonkica Boban, tel.: 021/556-637, e-mail: [tonka.boban@gmail.com](mailto:tonka.boban@gmail.com)  
2.300,00 kn

**Neuropatije koje možemo izliječiti**  
Kl. za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLK, HLZ Zagreb, 07.04.2017.  
Milica Jug, bacc.phys, tel.: 01/2376-408, 2376-375, e-mail: [predbiljebe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr](mailto:predbiljebe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr); [ervina.bilic@mef.hr](mailto:ervina.bilic@mef.hr)  
600,00 kn specijalisti, 300,00 kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

**2. Regionalna konferencija digitalne medicine – Budućnost je sada**  
HIT konferencija d.o.o.  
Zagreb, 07.04.2017.  
Mladen Kovaček, mob.: 095/8782-328,  
e-mail: [mladen.kovacek@hit-konferencija.hr](mailto:mladen.kovacek@hit-konferencija.hr), [andrea.stanicic@hit-konferencija.hr](mailto:andrea.stanicic@hit-konferencija.hr); <http://hit-konferencija.hr>  
750,00 kn

**Botox® u liječenju neuroloških bolesnika – „Dječja cerebralna paraliza“**  
Ewopharma d.o.o.  
Rijeka, 07.04.2017.  
Ivana Vidak, mob.: 099/2731-371, e-mail: [i.vidak@ewopharma.hr](mailto:i.vidak@ewopharma.hr)

**Androloški mini-simpozij**  
MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb  
Zagreb, 07.04.2017.  
Jasna Turković, mag.inf., tel.: 01/4566-903,  
e-mail: [jasna.turkovic@mef.hr](mailto:jasma.turkovic@mef.hr)

#### Govorimo o depresiji

NZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 07.04.2017.

Dr.sc. Marina Polić-Vižintin, dr.med., tel.: 01/4696-165,  
e-mail: marina.polic-vizintin@stampar.hr

#### Hemoragijska vrućica s bubrežnim sindromom – uvod u novu epidemiju 2017. god?

HD za biosigurnost i biozaštitu HLZ-a  
Zagreb, 07.04.2017.

Nevenka Jakopović, e-mail: nevenkajakopovic@gmail.com  
200,00kn

#### Perspektiva i položaj bolničkog liječnika u RH

Hrvatska udruga bolničkih liječnika  
Varaždin, 07.04.2017.

Martina Batistić, mob.: 091/5020-400, e-mail: hubol.info@hubol.hr

#### Perspektiva i položaj bolničkog liječnika u RH

Hrvatska udruga bolničkih liječnika  
Zabok, 07.04.2017.

Martina Batistić, mob.: 091/5020-400, e-mail: hubol.info@hubol.hr

#### Radionica – Sustav kvalitete u obiteljskoj medicini

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi  
Zagreb, 07.04.2017.

Maja Miljanović, tel.: 01/6463-003, e-mail: maja.miljanovic@aaz.hr

#### Hemoragijska vrućica s bubrežnim sindromom – uvod u novu epidemiju 2017.g.

HD za bio sigurnost i biozaštitu HLZ-a  
Zagreb, 07.04.2017.

Prof.dr.sc. Alemka Markotić, mob.: 091/3645-468, e-mail: alemka.markotic@gmail.com  
200,00 kn

#### Primjena biosimilara u terapiji liječenja anemije

Sandoz d.o.o.

Zagreb, 07.04.2017.

Ivana Papišta, mob.: 091/6031-344,  
e-mail: ivana.papista@sandoz.com

#### Kardiorespiratorna funkcionalna dijagnostika u procjeni radne i sportske sposobnosti

HD za sportsku medicinu HLZ-a

Biograd na moru, 07.-08.04.2017.

Vladimir Ivančev, mob.: 091/5642-076,  
e-mail: vladimir.ivancev@mefst.hr

#### Liječenje akutne boli

HD za liječenje boli HLZ-a

Osijek, 07.-08.04.2017.

Andrea Mršo, tel.: 031/511-502, e-mail: mrsoandrea@gmail.com  
1.500,00 kn specijalisti; 700,00 kn specijalizanti;  
500,00 kn med. tehničari

#### Suvremena racionalna primjena višestruke farmakoterapije u intenzivnoj medicini

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 07.-08.04.2017.

Jadranka Radnić Salijeovski, 091/5097-154,

e-mail: jradnic@kbc-zagreb.hr

800,00 kn specijalisti, 400,00 kn specijalizanti

#### Kratko obiteljsko savjetovanje 3.2.

Salutogeneza – obrt za savjetovanje

Našice, 07.-08.04.2017.

Božidar Popović, dr.med., mob.: 092/1602-920,

e-mail: salutogeneza1@gmail.com

550,00 kn

#### Akutna bol

HD za liječenje boli HLZ-a

Osekovo, 07.-08.04.2017.

Andrea Mršo, mob.: 099/4486-805,

e-mail: mrsoandrea385@gmail.com

1.500,00/1.000,00 kn

#### Proletni stručni sastanak 2017

HLZ, HD za medicinu rada

Biograd N/m, 07.-09.04.2017.

Milena Matulić, mob.: 098/1953-045, e-mail: milena.matulic1@gmail.com

#### Tečaj naprednog održavanja života – ALS

HD za reanimatologiju

Zagreb, 07.-09.04.2017.

Dr. Tatjana Pandak, mob.: 091/5618-814,

e-mail: tpandak@hotmail.com

3.000,00 kn (2.500,00 kn stazisti, med.sestre/tehničari)

#### Ispravljanje deformacija koštano-zglobnog sustava

Specijalna bolnica Akromion

Zagreb, 08.04.2017.

Elvira Gospočić Pavletić, tel.: 049/587-489, mob.: 095/2587-489,

e-mail: elvira.gospocic@akromion.hr

#### Osnove seksualne medicine: dijagnostika i terapija

HD seksualne terapije

Rijeka, 08.04.2017.

Nina Bašić Marković, mob.: 091/4118-911,

e-mail: nina.basic@hi.t-com.hr

600,00 kn

#### Autoinflamatorne bolesti u djece i odraslih

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 08.04.2017.

Prof.dr.sc. Marija Jelusić, tel.: 01/2388-701, mob.: 098/9265-569,

e-mail: marija.jelusic.drazic@gmail.com

300,00 kn za specijaliste, specijalizanti i umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

#### Živjeti zdrav život

Krka farma d.o.o. Zagreb

Osijek, 08.04.2017.

Nina Markota, mob.: 099/3084-474, e-mail: nina.markota@krka.biz

#### Prepoznavanje palijativnog bolesnika sa osnovama komunikacije članova vanbolničkog i bolničkog palijativnog tima

Projektin tim za palijativnu skrb – Upravni odjel za zdravstvo i

socijalnu skrb Karlovačke županije

Karlovac, 08.04.2017.

Prim. Mirjana Lončarić Katusin, mob.: 091/5877-153,

e-mail: mikatusi@inet.hr

200,00 kn specijalisti, 100,00 kn sestre

#### EPA radionica

Alkaloid d.o.o.

Vukovar, 08.04.2017.

Julija Todorova, tel.: 01/6311-922,

e-mail: julija.todorova@alkaloid.hr

#### Nutricija u pedijatriji

HD za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu

HLZ-a, Klinika za dječje bolesti Zagreb

Zagreb, 08.04.2017.

Zrinjka Mišak, mob.: 091/4600-128,

e-mail: zrinjka.misak@gmail.com

#### Edukacija za zdravstvene radnike: „Multidisciplinarni pristup u liječenju pacijenta sa komorbiditetima“

Sandoz d.o.o.

Čakovec, 08.04.2017.

Ana Marija Humski, mob.: 091/2353-190,

e-mail: anamarija.humski@sandoz.com

#### Edukacija za zdravstvene radnike: „Spirometrijska dijagnostika sa spirometrom“

Sandoz d.o.o.

Zagreb, 08.04.2017.

Mario Mašić, mob.: 091/2353-118,

e-mail: mario.masic@sandoz.com

#### Živjeti zdrav život

Krka farma d.o.o. Zagreb

Ližnjan, 08.04.2017.

Jana Jadrečić, mob.: 099/2470-364,

e-mail: jana.jadrecic@krka.biz

#### Aurikuloakupunktura II dio

HLZ, HD za akupunkturu

Daruvr, 08.-09.04.2017.

Maja Mustać, mob.: 091/4748-492, e-mail: blaise676@gmail.com

2.500,00 kn

#### Osnove javnog nastupa u zdravstvu

Hrvatska udruga bolničkih liječnika

Stubičke Toplice, 08.-09.04.2017.

Martina Batistić, mob.: 091/5020-400, e-mail: hubol.info@hubol.hr

500,00kn za članove HUBOL-a, 2.000,00 kn za ostale

#### Novosti u gastroenterologiji

Hrvatsko gastroenterološko društvo

Makarska, 08.-09.04.2017.

Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398, e-mail: jdvnjak@hgd.hr

#### Novosti u liječenju KOPB-a

Novartis Hrvatska d.o.o.

Donji Proložac, 11.04.2017.

Josipa Kodić, tel.: 01/6274-220, e-mail: josipa.kodic@novartis.com

#### Forum u kućici 3. elementa: „Koraci koji pluća razbuđuju“

Novartis Hrvatska d.o.o.

Karlovac, 11.04.2017.

Valentina Jurčević, tel.: 01/6274-220,

e-mail: valentina.jurcevic@novartis.hr

#### Gerontološka tribina: Depresivne smetnje u osoba treće životne dobi

NZJZ Splitsko-dalmatinske županije

Split, 11.04.2017.

Inga Vučića, dr.med., spec.javnog zdravstva, mob.: 091/5862-323,

e-mail: inga.vucica@gmail.com

#### Lijekovi i ... Novosti u liječenju hemofilije

NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 12.04.2017.

Martina Bago, tel.: 01/4696-353, e-mail: martina.bago@stampar.hr

#### Razgovarajmo o mentalnom zdravlju

NZJZ Splitsko-dalmatinske županije

Split, 12.04.2017.

Magda Pletikosa Pavić, dr.med., spec. epidemiologije,

mob.: 098/9409-438, e-mail: magda.pletikosa@gmail.com

#### MPFF u liječenju kronične venske i hemoroidalne bolesti

Server Pharma d.o.o.

Zabok, 12.04.2017.

Marija Bobinac, mob.: 091/6551-551

#### Real World Evidence Xarelto – učinkovitost i siguran kroz dokaze

Bayer d.o.o.

Šibenik, 12.04.2017.

Josipa Vrkljan, mob.: 099/3058-476

#### Etičke dvojbe pri liječenju boli

Hrvatski zavod za telededicinu

Hvar, Vis, Knin, Trij, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 13.04.2017.

Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@ztm.hr

#### Prevenција ateroskleroze – novosti u farmakoterapiji

HAZU; Hrvatsko društvo za aterosklerozu HLZ-a

Zagreb, 13.04.2017.

Ivčić S., tel.: 01/4895-171, e-mail: sivic@hazu.hr

#### Promicanje optimalne kontrole glikemije

Bauerfeind d.o.o.

Split, 13.04.2017.

Sanja Validžić, mob.: 091/6542-062,

e-mail: sanja.validzic@bauerfeind.hr

#### Kvaliteta zraka i zdravstveno stanje u Istarskoj županiji s posebnim naglaskom na Labištinu

ZJZ Istarske županije

Pula, 14.04.2017.

Lorena Lazarić Stefanović, mob.: 091/5317-111, e-mail:

lorenalazaricstefanovic@gmail.com

#### Neurodijagnostičke metode u dif.dg. tumora mozga

KBC Split, Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju

Split, 17.04.2017.

Doc.dr.sc. Krešimir Dolić, tel.: 021/556-243, e-mail: kdolic@bnac.net

#### 4. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije

OB Pula

Pula, 18.04.2017.

Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252, 052/376-141,

e-mail: endokrinologija@obpula.hr

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

## Pristupi u liječenju bolesnika s neuroendokrinim tumorom: endoskopsko i sistemsko liječenje

Hrvatski zavod za telemedicinu  
Karlovac, Bjelovar, Vinkovci, Sisak, Našice, Virovitica, Ogulin,  
Koprivnica, Knin, Čakovec, Zagreb – 18.04.2017.  
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086, e-mail: pisarnica@zmt.hr

## Quality control in spinal surgery

HLZ, Hrvatsko vertebralno društvo  
Zagreb, 20.04.2017.  
Marijana Bregni, tel.: 01/3787-248,  
e-mail: marijana.bregni@kbcsm.hr

## Age and gender factors in hypertension

HD za hipertenziju  
Dubrovnik, 20.-22.04.2017.  
Ana Jelaković, dr.med., mob.: 091/3399-669

## XXIV. kongres obiteljske medicine

Hrvatska udružba obiteljske medicine  
Dubrovnik, 20.-22.04.2017.  
Teo Depolo, mob.: 098/244-424, e-mail: teo.depolo@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

## Provođenje Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva (NPPCRC) u DNŽ i zajedničke aktivnosti timova obiteljske medicine, patronažnih sestara i ZZJZDNŽ s ciljem povećanja odaziva među pozvanim osobama

KOHOM  
Metković, 21.04.2017.  
Elihmana Planinac, mob.: 091/5228-546,  
e-mail: kohom.ured@gmail.com

## Dijagnostika i rehabilitacija poremećaja razvoja govora uzrokovanih nagluhošću u djece

Poliklinika Sinteza  
Zagreb, 21.04.2017.  
Prof. Jasenka Broz Frajtag, tel.: 01/2376-357, mob.: 099/2545-707,  
e-mail: brozfrajtag@gmail.com

## Abnormal invasive placenta: making desions

Klinika za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“  
Zagreb, 21.04.2017.  
Conventus Credo d.o.o., Anja Aleksić, mob.: 099/4406-728,  
e-mail: anja@conventuscredo.hr  
700,00 kn

## Praktičan pristup bolesniku s demencijom (Vaskularni kognitivni poremećaji, vaskularna demencija i Alzheimerova bolest)

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 21.-22.04.2017.  
Dr. Nataša Klepac, tel.: 01/2388-356,  
e-mail: natasaklepac@gmail.com  
400,00 kn

## Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja  
Fužine, 21.-23.04.2017.  
Tvrko Pervan, dr.med., tel.: 01/3313-031,  
e-mail: tvpervan@gmail.com  
2.500,00 kn

## EGATIN SD ZAGREB & AGM

Institut za grupnu analizu  
Zagreb, 21.-23.04.2017.  
Ljiljana Moro, mob.: 098/425-033, e-mail: ljiljana.moro@zg.t-com.hr  
900,00 kn

## Bagatin akademija: Razvoj mekih vještina u zdravstvenom sektoru

Poliklinika Bagatin  
Zagreb, 22.04.2017.  
Monika Frišić, mob.: 091/4610-048,  
e-mail: hr@poliklinikabagatin.hr  
1.200,00 kn + PDV

## Provođenje Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva (NPPCRC) u DNŽ i zajedničke aktivnosti timova obiteljske medicine, patronažnih sestara i ZZJZDNŽ s ciljem povećanja odaziva među pozvanim osobama

KOHOM  
Korčula, 22.04.2017.  
Elihmana Planinac, mob.: 091/5228-546,  
e-mail: kohom.ured@gmail.com

## Značajan iskorak u liječenju kroničnog srčanog zatajavanja

Novartis Hrvatska d.o.o.  
Stankovci, 22.04.2017.  
Josipa Kодиć, tel.: 01/6274-220, e-mail: josipa.kodic@novartis.com

## Ambliopija

MEF Sveučilišta u Osijeku  
Zagreb, 22.04.2017.  
Senad Ramić, dr.med., mob.: 091/3713-365,  
e-mail: senadramic@yahoo.com  
500,00/350,00 kn

## Liječenje spasticiteta botulinimskim toksinom

Medis adria d.o.o.  
Split, 22.04.2017.  
Maja Poparić, mob.: 098/9804-626,  
e-mail: maja.poparic@medisadria.hr

## Edukacijska vježba obnove znanja i vještina za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice

Zavod za hitnu medicinu Vukovarsko-srijemske županije  
Vinkovci, 22.04.2017.  
Miroslava Kralj, mob.: 091/5677-048,  
e-mail: miroslava.kralj@zshm-obz.hr

## Dijagnostički postupnici i terapijske smjernice u gastroenterologiji

Hrvatsko gastroenterološko društvo  
Zagreb, 22.04.2017.  
Jasenska Duvnjak, tel.: 01/2442-398  
320,00 kn

## EKG u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine  
Motovun, 22.-23.04.2017.  
Prof.dr.sc. Biserka Bergman Marković, mob.: 091/2022-412,  
e-mail: bbergmanmarkovic@gmail.com

## Novosti u liječenju akutnih cistitisa – fosfomicin

Pharmas d.o.o.  
Zagreb, 24.04.2017.  
Sunčica Lacković, mob.: 099/2496-775,  
e-mail: sunnica.lackovic@pharmas.hr

## Hrvatska proljetna pedijatrijska škola

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo i HD za školsku i sveučilišnu medicinu, KBC Split, Klinika za dječje bolesti Split, 24.-28.04.2017.  
Prof.dr.sc. Vjekoslav Krželj, tel.: 021/556-303, 021/556-793,  
fax.: 021/556-590; e-mail: krzelj@kbsplit.hr  
1.000,00 kn + PDV

## Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

Klinika za ginekologiju i porodništvo KB „Svet Duh“  
Zagreb, 24.04.-19.05.2017.  
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317, e-mail: bmilic@kbsd.hr  
10.000,00 kn

## Ugradnja totalne endoproteze kuka u bolesnika s visokim stupnjem displazije kuka: operacijske tehnike rekonstrukcije acetabuluma i femura

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske  
Zagreb, 25.04.2017.  
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

## Provođenje Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva (NPPCRC) u DNŽ i zajedničke aktivnosti timova obiteljske medicine, patronažnih sestara i ZZJZDNŽ s ciljem povećanja odaziva među pozvanim osobama

KOHOM  
Ploče, 25.04.2017.  
Elihmana Planinac, mob.: 091/5228-546,  
e-mail: kohom.ured@gmail.com

## Novosti u liječenju akutnih cistitisa – fosfomicin

Pharmas d.o.o.  
Zagreb, 25.04.2017.  
Sunčica Lacković, mob.: 099/2496-775,  
e-mail: sunnica.lackovic@pharmas.hr

## Novosti u liječenju akutnih cistitisa – fosfomicin

Pharmas d.o.o.  
Zagreb, 25.04.2017.  
Goran Belovitić, mob.: 098/9123-105,  
e-mail: goran.belovitic@pharmas.hr

## Specijalizirana edukacija stručnih osoba koje rade sa žrtvama seksualnog nasilja

Ženska soba – Centar za seksualna prava  
Zagreb, 26.04.2017.  
Jasna Tukara Komljenović, tel.: 0176119-174, mob.: 091/6161-222,  
e-mail: zenska.soba@zenskasoba.hr

## Novosti u liječenju akutnih cistitisa – fosfomicin

Pharmas d.o.o.  
Zagreb, 26.04.2017.  
Goran Belovitić, mob.: 098/9123-105,  
e-mail: goran.belovitic@pharmas.hr

## Provođenje Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva (NPPCRC) u DNŽ i zajedničke aktivnosti timova obiteljske medicine, patronažnih sestara i ZZJZDNŽ s ciljem povećanja odaziva među pozvanim osobama

KOHOM  
Dubrovnik, 27.04.2017.  
Elihmana Planinac, mob.: 091/5228-546,  
e-mail: kohom.ured@gmail.com

## Specijalizirana edukacija stručnih osoba koje rade sa žrtvama seksualnog nasilja

Ženska soba – Centar za seksualna prava  
Zagreb, 27.04.2017.  
Jasna Tukara Komljenović, tel.: 0176119-174, mob.: 091/6161-222,  
e-mail: zenska.soba@zenskasoba.hr

## Novosti u liječenju akutnih cistitisa – fosfomicin

Pharmas d.o.o.  
Velika Gorica, 27.04.2017.  
Goran Belovitić, mob.: 098/9123-105,  
e-mail: goran.belovitic@pharmas.hr

## Važnost multidisciplinarnog pristupa u liječenju pacijenata sa karcinomom prostate

Astellas d.o.o.  
Zagreb, 27.04.2017.  
Lasta Čala, mob.: 098/471-936, e-mail: lasta.cala@astellas.com

## VIII. savjetovanje „Zaštita na radu u regiji Alpe-Jadran“

Ministarstvo rada i mirovnog sustava  
Opatija, 27.-28.04.2017.  
Sandra Telebec, tel.: 01/6156-090, e-mail: sandra@zirs.hr  
1.380,00 kn + PDV

## SVIBANJ

## Online Clinical Genomics and NGS 30th course jointly organised by ESGM, ESHG and CEUB

MEF Sveučilišta u Splitu  
Split, 02.-06.05.2017.  
Tea Kaštelan, dipl.ing.mol.biol., mob.: 098/865-264, e-mail: teakastelan@gmail.com  
500,00 kn

## 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@studiohrg.org  
2.500,00 kn

#### Izazovi komunikacijske pristupačnosti kod pacijenata s gluhošljepoćom

Hrvatski savez gluhošljepih osoba „Dodir“  
Zagreb, 04.05.2017.  
Ivana Zima, mob.: 091/3821-921, e-mail: voditelj\_ureda@dodir.hr

#### 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 Vuletić,  
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

#### MIPS – Suvremeni pristup uroginjekologiji i ženskoj urogenitalnoj rekonstruktivnoj kirurgiji i predkongresni tečaj pod nazivom Minimalno invazivna uroginjekologija i kozmetologija

HD za ginekološku endoskopiju  
Opatija, 04.-06.05.2017.  
Dr.sc. Damir Hodžić, mob.: 091/5121-335,  
e-mail: dhodzic2003@yahoo.com  
Specijalisti MIPS članovi – 1.500,00 kn; Specijalisti MIPS nečlanovi – 1.875,00 kn; Specijalizanti MIPS članovi – 750,00 kn; Specijalizanti MIPS nečlanovi – 1.125,00 kn; Osobe u pratnji 675,00 kn

#### CT/MR tijela – aktualne teme

MEF Sveučilišta u Rijeci, HD radiologija  
Rijeka, 04.-06.05.2017.  
Bezak Boris, mob.: 098/879-857, e-mail: borisbezak@gmail.com  
350 EUR

#### XLI. simpozij Hrvatske udruge za promicanje primaljstva

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva  
Biograd na Moru, 04.-06.05.2017.  
Karmen Cecarko Vidović, mob.: 091/2763-207,  
e-mail: bibamg@net.hr  
700,00 kn

#### 2. međunarodni kongres palijativne skrbi Slavonki Brod

Udruga palijativne skrbi Slavonki Brod, OB Slavonki Brod, ZD Slavonki Brod  
Slavonski Brod, 05.-06.05.2017.  
Ranka Vučković, dipl.med.techn., mob.: 091/7276-569,  
e-mail: vuckovic.ranka@gmail.com  
500,00 kn specijalisti, 400,00 kn med.sestre i tehničari,  
specijalizanti, socijalni radnici, udomitelji,  
300,00 kn jednodnevna kotizacija

#### MIPS – educational course – Contemporary Approaches to Urogynecology & Female Urogenital Reconstructive Surgery

HD za ginekološku endoskopiju HLZ-a, O-tours d.o.o.  
Opatija, 05.-06.05.2017.  
O-tours d.o.o., Maja Kopic, mob.: 099/2655-011,  
e-mail: maja.kopic@otours.hr

#### Kontroverze u humanoju reprodukciji, ginekološkoj endokrinologiji, kontracepciji i medicini u menopauzi

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 05.-06.05.2017.  
Dr.sc. Maja Banović, dr.med., mob.: 099/8125-878,  
e-mail: mzanko03@gmail.com,  
Contres projekti d.o.o., Maja Orsag, mob.: 091/3330-734,  
e-mail: maja@contres.hr  
1.000,00 kn

#### Treći simpozij HD za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ

Dijagnostički principi u endokrinologiji  
HD za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-a  
Osijek, 05.-06.05.2017.  
Doc.dr.sc. Tina Dušek, tel.: 01/2376-581,  
e-mail: tina.dusek@gmail.com

#### XXX. Simpozij Hrvatskog društva za pedijatrijsku pulmologiju – Edukativni prikazi iz pedijatrijske pulmologije

HLZ, HD za pedijatrijsku pulmologiju, Klinika za dječje bolesti KBC Split, Odjel pedijatrije OB Šibensko-kninske županije  
Šibenik, 05.-07.05.2017.  
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-303, fax: 021/556-590,  
e-mail: npavlov@kbsplit.hr  
400,00 kn

#### Tečaj naprednog održavanja života – ALS

HD za reanimatologiju  
Zagreb, 05.-07.05.2017.  
Dr. Tihana Magdić Turković, mob.: 091/5476-878,  
e-mail: tihana.magdic.turkovic@gmail.com  
3.000,00 kn (2.500,00 kn stazisti, med.sestre/tehničari)

#### Edukativni prikazi iz pedijatrijske pulmologije

HLZ, HD za pedijatrijsku pulmologiju, Kl. za dječje bolesti KBC Split, Odjel Pedijatrije – OB Šibensko-kninske županije  
Šibenik, 05.-07.05.2017.  
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-303,  
e-mail: npavlov@kbsplit.hr  
400,00 kn

#### Klinička medicina kroz primjere

Hrvatsko katoličko liječničko društvo  
Krk, 05.-07.05.2017.  
Aleksandra Polak, mob.: 091/1947-449, e-mail: info@lipid-grupa.hr

#### Simpozij povodom obilježavanja europske i svjetske godine borbe protiv poslijeloperacijske boli

HD za liječenje boli HLZ  
Zagreb, 06.05.2017.  
Andrea Mršo, tel.: 031/511-502, mob.: 099/4486-805,  
e-mail: mrsoandrea385@gmail.com

#### Skup u spomen na Božidara Špišića

Klinika za ortopediju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 06.05.2017.  
Dr. Ozren Kubat, tel.: 01/2368-911

#### Edeg Annual meeting 2017.

HZJZ  
Dubrovnik, 06.-09.05.2017.  
Dr.sc. Tamara Poljičanin, dr.med., tel.: 01863-272,  
e-mail: tamara.poljicanin@hzjz.hr  
Sve pet d.o.o., Dubrava Vlajo, mob.: 091/3637-762,  
e-mail: dvlajo@svepet.hr  
650,00/750,00 EUR

#### Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBCSM, Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 08.-12.05.2017.  
Dr. Dina Miklič, dr. Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-713, 098/235-718,  
e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00 kn

#### Novosti u liječenju akutnih cistitisa – fosfomicin

Pharmas d.o.o.  
Zagreb, 09.05.2017.  
Mario Mesnjak, mob.: 099/2493-918,  
e-mail: mario.mesnjak@pharmas.hr

#### Zagreb Temporal Bone Dissection Course

Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata, KBC Zagreb  
Zagreb, 10.-12.05.2017.  
Dr. Irena Makovac, mob.: 098/862-654,  
e-mail: irena.makovac@gmail.com  
Cjelokupni tečaj 2.700,00 kn, samo predavanje 800,00 kn

#### XXII School of Psychotherapy of Psychoses

THE MODELS OF RECOVERY FOR SERIOUS MENTAL ILLNESS (SMI)  
Croatian Clinical Psychiatry and ISPS Croatia  
Dubrovnik, 10.-13.05.2017.  
Marija Kušan Jukić, tel.: 01/4696-107, fax: 01/6521-083,  
e-mail: mkjukic45@gmail.com, sladjana.ivezic@bolnica-vrapce.hr,  
ivan.urlic2@gmail.com  
Members of Croatian Clinical Psychiatry and ISPS croatia:  
EUR 140 (1.050,00 kn), (includes EUR 40 IUC fee)  
Non-members EUR 170 (1.300,00 kn) (includes EUR 40 IUC fee)

#### V. simpozij „Zdravlje za sve?! Prvo riječ, pa onda lijek“

MEF Sveučilišta u Rijeci  
Rijeka, 11.05.2017.  
Meri Cucančić, tel.: 051/651-155,  
e-mail: simpozijhfa@gmail.com  
300,00 kn

#### Low flow i minimal flow anestezija i ventilacija u anesteziji

Udruga „Tomislav Halapir“ za kontinuiranu edukaciju, profesionalni razvoj i usavršavanje na području anestezijologije, reanimatologije, intenzivnog liječenja i liječenja boli u Republici Hrvatskoj  
Zagreb, 11.-12.05.2017.  
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, e-mail: jorbst@gmail.com  
2.000,00 kn

#### II Simpozij – Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda

HD za ginekologiju i opstetriciju (HDGO)  
Šibenik, 11.-13.05.2017.  
Vladimir Blagačić, mob.: 091/2712-092,  
e-mail: vladimir.blagaic@gmail.com  
Rana kotizacija: 1.300,00 kn; Kasna kotizacija: 1.500,00 kn

#### 12. osječki urološki dani; 5. osječki nefrološki dani

HLZ Podružnica Osijek  
Osijek, 11.-13.05.2017.  
Oliver Pavlović, dr.med., mob.: 098/711-221,  
e-mail: urologija@kbcos.hr  
1.500,00 kn specijalisti; 1.000,00 kn specijalizanti i stazisti;  
500,00 kn medicinske sestre i 300,00 kn studenti medicine

#### 6. hrvatski dijabetološki kongres / 80. dani dijabetologa

HD za dijabetes i bolesti metabolizma  
Poreč, 11.-14.05.2017.  
Doc.dr.sc. Dario Rahelić, mob.: 091/5156-576  
800,00 kn

## LIPANJ

#### Medical Information Conference Croatia (MICC)

Središnja medicinska knjižnica, MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 07.06.2017.  
Marijan Šember, tel.: 01/4566-743, e-mail: sember@mef.hr

#### 12. kongres HD za digestivnu kirurgiju s međ.sud. i 1. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestive 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@studiohrg.hr  
2.800,00 kn

#### 13th Central European Oncology Congress

Hrvatsko onkološko društvo HLZ-a  
Opatija, 21.-24.06.2017.  
Tajana Zuneć, mob.: 091/2015-951,  
e-mail: tajana.zunec@penta-zagreb.hr  
2.625,00 kn

## RUJAN

#### 7. Hrvatski transfuziološki kongres s međ.sud.

HD za transfuzijsku medicinu  
Biograd n/m, 15.-17.09.2017.  
Dr. Ana Hećimović, mob.: 099/3173-592, <http://penta-pco.com/kongrestransfuziolozi2017/>  
Do 30.04.2017. – 1.200,00 kn, od 01.05.2017. do 30.06.2017. – 1.400,00 kn, od 01.07.2017. – 1.600,00 kn

## STUDENI

#### 5. međunarodni kongres nutricionista

Hrvatski akademski centar primijenjenog nutricionizma, Hrvatski Zbor Nutricionista, Nutricionizam Balans  
Poreč, 17.-19.11.2017.  
Marija Petras, mob.: 091/5873-908,  
e-mail: prijave@kongresnutricionista.com  
579,00 kn





