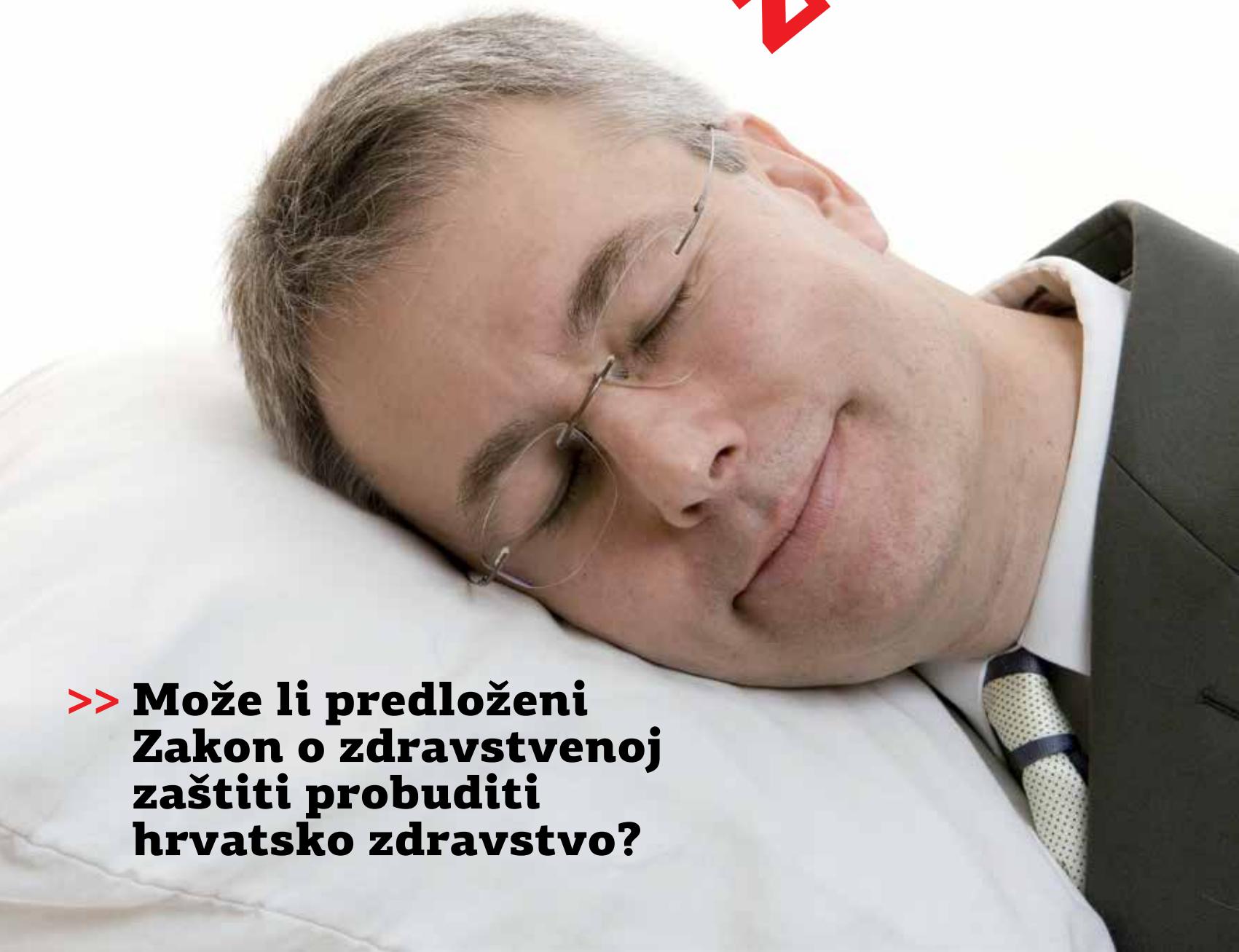


# LIJEČNIČKE novine

Z Z Z



**>> Može li predloženi  
Zakon o zdravstvenoj  
zaštiti probuditi  
hrvatsko zdravstvo?**

**Za 10725 naših članova uplaćujemo  
dopunsko zdravstveno osiguranje**



**Ako želite i za vas ćemo!**

Sve informacije na [hlk.hr](http://hlk.hr) ili [dopunsko-zdravstveno@hlk.hr](mailto:dopunsko-zdravstveno@hlk.hr)

# IMPRESSUM

## LIJEĆNIČKE NOVINE

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

## GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

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

## IZVRŠNI UREDNIK

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

## NOVINARKA

Smiljana Škugor Hrnčević, dipl. politolog, e-mail: smilja.skugor@hlk.hr

## IZDAVAČKI SAVJET

Miran Cvitković, dr. med. • Prim. Ante-Zvonimir Golem, dr. med.  
Eva Jendriš Škrljak, dr. med. • Ivan Lerotic, dr. med.  
Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.  
Dr. sc. Jadranka Pavićić 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. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.  
e-mail: lijecnicke.novine@hlk.hr

## UREDNIČKI ODBOR

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

## UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

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

## OGLAŠAVANJE

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

## HRVATSKA LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

## Preplatnička služba

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

**Dizajn:** Restart, Hrvatka 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 3. svibnja 2018.

## LIJEĆNIČKE NOVINE

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

## IZDAVAČ

Aorta d.o.o., Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Croatia  
e-mail: info@aorta.hr, mob + 385 99 4947 011

# KAZALO

## 4 UVODNA RIJEČ

Churchillov poučak za shvaćanje hrvatske stvarnosti

## 6 RAZGOVOR

Nakon Paladina Mrak

## 14 TEMA BROJA

O Nacrtu Zakona o zdravstvenoj zaštiti

## 22 IZ KOMORE

PZZ nakon liječničkog Demografskog atlasa • Tribina:

Nesigurnost u medicini • Protiv ukidanja pripravničkog staža • Pogrešan obračun plaća i dodataka na sud?

Rad liječnika na temelju Ugovora o djelu

Iz Demografskog atlasa: Liječnici koji su došli u Hrvatsku

HKLD i Kongres Svjetskog saveza liječnika katolika

Aktivnosti dužnosnika Komore

## 44 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Biopsija bubrega • Bolnica Akromion

Nedostaje subspecializacija dječje re/habilitacije

## 58 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

## 73 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE

Dr. Lovro Dojmi de Lupis

## 76 LIJEĆNICI KNJIŽEVNICI

Zdenka Čorkalo: Rječnik lijepih riječi

## 78 PRAVO I MEDICINA

Pravni položaj liječnika

## 82 BIOETIKA

Jesam li ja robot?

## 84 MEDICINA I UMJETNOST

Osman Berberović – Beros

## 86 KOLEGA HITNJAK

## 88 SATIRIČKI KUTAK

## 92 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

# CHURCHILLOV POUČAK ZA SHVAĆANJE HRVATSKE STVARNOSTI

*„Ako ne želite riješiti problem ili rješenje želite odgoditi, osnujte povjerenstvo!“, poznate su riječi velikog Winstona Churchilla, britanskog političara, državnika i Nobelovca. Ne znam je li ta Churchillova iskustvena spoznaja inspirirala prim. Željka Plazonića, državnog tajnika u Ministarstvu zdravstva, u njegovu nastojanju rješavanja stažiranja diplomiranih doktora medicine, no činjenica je da je rad „Plazonićeve radne skupine“ potvrdio točnost Churchillove konstatacije i njegovu bezvremensku pronicljivost. Radna skupina je osnovana, problem nije riješen, a rješenje je odgođeno do daljnega.*

Tijekom navodnih pristupnih pregovora Hrvatske za članstvo u Europskoj uniji, a zapravo izvršavanja briselskih domaćih zadaća kako su to često definirali naši „pregovarači“, Hrvatska se prije desetak godina obvezala da će ukinuti pripravnički staž za sve doktore medicine koji će upisati studij medicine u Hrvatskoj nakon 1. srpnja 2013. godine, odnosno nakon ulaska Hrvatske u Europsku uniju. Pri tome je zajamčeno da će studenti medicine tijekom fakultetskog obrazovanja steći sve potrebne vještine nužne za samostalan stručni rad te da će se tako stažiranje, zapravo, učiniti bespotrebnim.

Izvršenje obećanja podrazumijevalo je određene promjene u studijskim programima hrvatskih medicinskih fakulteta. Iako je od danih jamstava prošlo više od deset, a od punoprav-

nog pristupanja Hrvatske Europskoj uniji gotovo punih pet godina, po pitanju prilagodavanja naših medicinskih fakulteta europskim standardima stjecanja kompetencija diplomiranih liječnika nismo se pomaknuli s početne točke. Fakultetski programi ostali su nepromijenjeni. Studenti s pravom i dalje smatraju da su po dobivanju diplome nedovoljno osposobljeni za siguran samostalan rad te da im je u tom pogledu potrebna dodatna edukacija. U tom, više od desetljeća dugom razdoblju Ministarstvo zdravstva, zdravlja, pa ponovo zdravstva vrtjelo se u krug, bez ikakvoga učinka. Ministri su se mijenjali. Osnivali su razna povjerenstva i radne skupine koje su Europskoj uniji trebale prodati rog za svjeću – u stvarnosti zadržati staž, a papirnato prikazati da je isti ukinut.

*„Ako ne želite riješiti problem ili rješenje želite odgoditi, osnujte povjerenstvo!“, poznate su riječi velikog Winstona Churchilla, britanskog političara, državnika i Nobelovca koji je djelovao u prvoj polovici dvadesetog stoljeća. Najnoviji pokušaj aktualne zdravstvene administracije, koji datira od 11. travnja 2017. i osnivanja Radne skupine za uvođenje temeljne godine specijalističkog usavršavanja doktora medicine, najdraštičniji je primjer „churchillovskog pristupa“ hrvatskih institucija u rješavanju preuzetih obveza. Ne znam je li citirana Churchillova iskustvena spoznaja inspirirala primarijusa Željka Plazonića, državnog tajnika u Ministarstvu zdravstva i voditelja Radne skupine, u njegovu nastojanju rješavanja stažiranja diplomiranih doktora medicine, no činjenica je da*

je rad „Plazonićeve radne skupine“ potvrdio točnost Churchillove konstatacije i njegovu bezvremensku pronicljivost. Radna skupina je osnovana, problem nije riješen, a rješenje je odgođeno do daljnega.

Drukčije nije niti moglo biti! Nakon konstituirajuće sjednice Radne skupine održane početkom svibnja 2017., primarius Plazonić je slijedeću sjednicu sazvao tek nakon punih devet mjeseci, u veljači 2018. Da absurd bude veći, nakon devet mjeseci hibernacije, primarius se na drugoj sjednici nije niti pojavio. Tako je Radna skupina postala neradna, a rješavanje stažiranja nastavljeno je kroničnim prolongiranjem. Upravo onako kako kazuje Churchillov poučak!

Nerad eksperata i nepovratno izgubljeno vrijeme, donijelo je tjeskobu studentima završnih godina medicine i nesigurnost i strah mladim tek stasalim liječnicima. Nezadovoljni životom u neizvjesnosti, svjesni nužnosti vlastitog angažmana u rješavanju problema koji ih opterećuju, studenti su odlučili javnim iskazivanjem nezadovoljstva i institucionalnim pritiskom potaknuti pozitivnu promjenu. Zalažu se za rješenje koje će svima u Hrvatskoj osigurati kvalitetniju i sigurniju zdravstvenu zaštitu. Sve dok visoki državni dužnosnici ne budu svoje dužnosti shvaćali kao mogućnost i odgovornost za izgradnju boljeg, pravednijeg i uspješnijeg društva, a ne trenutnom prilikom za iskazivanjem svoje moći i ostvarenjem osobnih probitaka, najperspektivnija hrvatska mladost intenzivno će razmišljati o odlasku iz Hrvatske. Dobar dio nje bespovratno će nas i napustiti.

U vremenu kad Hrvatska osim biološkog gubi i intelektualni potencijal vlastitog samoodržanja, obveza je svakog od nas ukazivati i upozoravati na štetne pojave u društvu. Neodgovorni, samodopadni, neosjetljivi, neefikasni i jalni ljudi na vodećim društvenim pozicijama izravna su prijetnja interesima ne samo studenata medicine već svih hrvatskih građana.



  
**Doc. dr. sc. TRPIMIR GOLUŽA**  
Predsjednik Hrvatske liječničke komore



# Nakon Paladina MRAK

---

✉ SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

---

Početkom travnja cjelokupna hrvatska javnost je okupirana viješću da KBC Zagreb neurokirurgu prof.dr.sc. Josipu Paladinu nije produljio ugovor o radu. Iako je prof. Paladinu, nakon što je navršio 65 godina života i stekao uvjete za starosnu mirovinu, KBC Zagreb ugovor o radu produžavao još dvije i pol godine, javnosti se nametnuo dojam da se najveća hrvatska zdravstvena ustanova olako riješila uglednog profesora. Što više, mnogi su Paladinov odlazak doživljavali kao sumrak hrvatske neurokirurgije.

Istini za volju, na čelu Klinike za neurokirurgiju KBC-a Zagreb zadnje dvije i pol godine je doc. dr. sc. Goran Mrak. Klinika je po opremljenosti, organiziranosti, stručnosti i brojnim drugim parametrima, kao i godinama do sada, najbolja Klinika takve vrste ne samo u Hrvatskoj nego i u ovom dijelu jugoistočne Europe. U njoj se godišnje obavi više od 2500 operacija, koje obuhvaćaju gotovo cijelu neurokiruršku problematiku od kirurgije lubanjske baze, vaskularne, pedijatrijske, spinalne, funkcione i stereotaktičke neurokirurgije do kirurskog liječenja bolesti hipofize i neuroonkologije.

O radu Klinike za neurokirurgiju KBC-a Zagreb razgovarali smo s dr. sc. Goranom Mrakom, 50-godišnjim specijalistom neurokirurgije i docentom na Medicinskom fakultetu u Zagrebu koji je, osim vremena provedenog na stručnom usavršavanju u inozemstvu, u Klinici proveo gotovo čitav svoj dosadašnji radni vijek.

■ **U usporedbi s nekim drugim granama medicine, neurokirurgija je relativno mlada struka koja se zadnjih pedesetak godina jako razvila. Kako je tekoao razvoj neurokirurgije na KBC-u Zagreb?**

Neurokirurška služba na Rebru osnovana je poslije Drugog svjetskog rata, kad je ustrojen Neurokirurški odjel Kirurške klinike Medicinskog fakulteta u Zagrebu, čiji je prvi voditelj bio tada najbolji neurokirurg prof. dr. **Danko Riessner**. Nakon njega, od 1952. do 1974., voditelj Odjela bio je prof. **Matija Kožić** školovan u SAD-u i Švedskoj, koji je svo svoje znanje steceno u Europi i svijetu prenio kolegama u Hrvatskoj. Dug je popis stručnjaka koji su radili na ovoj Klinici, koji su podizali ljestvice, koji su prenosili znanje. Svi su oni ostavili itekakav trag i zaslužni su za razvoj Klinike koja je kao takva ustrojena 1974. od prvotnoga Neurokirurškog odjela.

■ **Dvije i pol tisuće operacija godišnje impresivan je broj. Koliko neurokirurga i drugog medicinskog osoblja sudjeluje u realizaciji tako obimnog operativnog programa?**

Na Klinici nas je zaposleno 70-ak, od čega su većina medicinske sestre koje rade uz trenutno 13 neurokirurga različitog profila. Najiskusniji među nama je primarijus **Ante Melada** koji je godinu dana pred mirovinom. Primarijus **Zdravko Heinrich** je u dobi kasnih 50-tih. Nakon njih dvojice ima nas koji smo u 50-tima, kao što smo prof. **Miroslav Vukić** i ja, te nešto mlađi **Hrvoje Jednačak**. Tu je i generacija neurokirurga srednje dobi (oko 40 godina) s **Vjerislavom Peterkovićem**, **Marijanom Rožankovićem**, **Sergejem Mihailovićem Marasanovim**, **Andrejem Desnicom** i **Velimirom Lupretom**, koji su sljedeća okosnica Klinike, te najmlađi specijalisti kao što su **Saša Đurić**, **Siniša Zekan** i **Jakob Nemir** i, naravno, naši specijalizanti.

Sve je to jedan vrlo dobro uhodan tim koji je u stanju odraditi najzahtjevnije operacije.

■ **Nedavno je Kliniku napustio dugogodišnji predstojnik, svojevrsno zaštitno lice hrvatske neurokirurgije, prof. dr. sc. Josip Paladino. U javnosti se gotovo stekao dojam da će njegovim odlaskom posao stati. Je li stao?**

Naravno da posao nije stao i odvija se uobičajeno. Imamo sreće da je profesor Paladino iza sebe ostavio ljude i program koji je doveden do visoke razine. Uostalom, prije osam godina dobili smo i europski certifikat za izvrsnost, čime smo postali edukacijska klinika Europskog udruženja medicinskih specijalista (UEMS). Priznati smo kao centar izvrsnosti u kojem se može obavljati europski program edukacije specijalizanata iz neurokirurgije kao što se obavlja u najprestižnijim europskim neurokirurškim središtima. Prepoznati smo kao najsveobuhvatnija neurokirurška institucija u Hrvatskoj i bližem okružju pa nam dolaze, osim stručnjaka na edukaciju, pacijenti iz čitave Hrvatske, ali i susjednih zemalja, najviše iz BiH.

■ **Kako je organizacijski strukturirana Klinika koju vodite?**

Klinika je ustrojena u Zavod za vaskularnu neurokirurgiju i tumore središnjeg živčanog sustava, Zavod za spinalnu neurokirurgiju i traumatologiju, Odjel za stereotaksiju, funkcionalnu neurokirurgiju i radioneurokirurgiju, Odjel za neurokirurgiju dječje dobi, Odjel za neurokirurške operacije i Poliklinički odjel. Naši Zavodi i odjeli su temelj organiza-

cijalne strukture Klinike za neurokirurgiju i temelj za formiranje timova ljudi koji se okupljaju oko pojedine vrste patologije. Zavodi i Odjeli nisu fizički odvojeni nego funkcioniraju fluidno, budući da se naši neurokirurzi ne bave samo jednom djelatnosti iz neurokirurgije. Svatko uz opće neurokirurško znanje ima i dodatno subspecijalističko znanje koji ga čini stručno drugačijim i usmjerjeniji u pojedini segment neurokirurgije.

■ **Što vašu Kliniku čini boljom u odnosu na konkurenciju?**

Jedini smo napravili više od 200 neurokirurških operacija epilepsije. Radimo operacije tumora baze lubanje, transkranijskim ili transfenoidnim pristupom, koristimo se složenim pristupima na lubanjsku osnovicu koje nitko drugi u Hrvatskoj ne koristi. Uspješno rješavamo najsloženije



**Predstojnik Klinike za neurokirurgiju KBC-a Zagreb  
doc. dr. sc. Goran Mrak u razgovoru s novinarkom LN-a  
Smiljanom Škugor Hrnčević**

operacije krvožilnih malformacija i aneurizmi, uključujući i standardni postupak ekstra-intrakranijskog bypassa kod složenih aneurizmi, tumora i okluzije velikih krvnih žila vrata. Radimo i endoskopsku kirurgiju te imamo najveći i najsloženiji program operacija dječje patologije, od razvojnih grešaka i hidrocefala do tumora i krvožilnih promjena. Prije nekoliko godina započeli smo s operacijama tumora u budnom stanju (AWAKE), kada je potrebno očuvati neku složenu funkciju kao što su govor, pjevanje, sviranje i sl. Također radimo i stereotaksijsku neurokirurgiju te posebno gama nožem (*gamma knife*) liječimo intrakranijske tumore ili arteriovenske malformacije koje se drugim operacijskim postupcima ne mogu liječiti ili je to za bolesnike pogodnije. Usavršili smo najsloženije neurokirurške postupke na kralješnici, od degenerativnih do tumorskih bolesti kralješnice i medule spinalis. Činjenica da zadnjih nekoliko godina stalno povećavamo broj zahvata i da smo prošle i prethodne godine obavili između 2.700-2.800 neurokirurških postupaka, govori sama za sebe, jer je to broj koji je 2-3 puta veći nego kod ostalih neurokirurgija.



## O KLINICI ZA NEUROKIRURGIJU KBC-a ZAGREB

» Prepoznati smo kao najsveobuhvatnija neurokirurška institucija u Hrvatskoj i bližem okružju. Priznati smo kao centar izvrsnosti u kojem se provodi europski program edukacije specijalizacije neurokirurgije. Prije osam godina dobili smo europski certifikat, čime smo postali edukacijska klinika Europskog udruženja medicinskih specijalista (UEMS) «

► Prvu takvu budnu (AWAKE) operaciju prije tri godine s timom neurologa, anesteziologa i logopeda izveli ste upravo vi. Što to konkretno znači, kakva je to operacija?

To znači da je pacijent za vrijeme operacije otklanjanja tumora u budnom stanju i da mu možemo testirati kompleksnu funkciju kao što je govor ili nešto slično. Godinama već imamo program evociranih potencijala u toku operacije u anesteziranih bolesnika, čime se mogu u toku operacije pratiti funkcije motorike, osjeta ili potencijali mozgovnog debla, odnosno provjeravati funkciju mozgovnih živaca. Obično se tada testira pojedini mišić ili neki osjetilni živac. Za razliku od toga, awake kraniotomijska se koristi da bi se provjeravale funkcije pojedinih dijelova mozga ili dubokih puteva, ali u izvršavanju kompleksnih zadaća a ne samo motoričke ili osjetne funkcije. Takve se operacije rade u ograničenom broju centara u svijetu. Prvi neurokirurški korak je mapiranje tzv. elokventnih područja, pri čemu se koristi bipolarna elektroda kako bi se mogle stimulirati kora mozga i duboka područja, odnosno kako ne bi došlo do oštećenja tzv. dubokih bijelih putova, što bi bio nepovratan gubitak.

► Operirate i epilepsiju?

Kod nas se zadnjih sedam, osam godina, pogotovo u KBC-u Zagreb, razvija kirurgija epilepsije. To je nešto što do tada nije bilo rutinska niti česta operacija u našoj Klinici. U suradnji s Klinikom za neurologiju KBC-a okupili smo tim odličnih stručnjaka koji su zapravo započeli pravu invazivnu i neinvazivnu dijagnostiku epilepsije i na taj način stvorili uvjete da bi se mogla početi razvijati kirurgija epilepsije. U tom području danas postižemo odlične rezultate u pogledu kontrole epileptičkih napadaja.

**► Spomenuli ste i funkcijsku neurokirurgiju.**

Funkcijska neurokirurgija uz kirurško liječenje boli uključuje i duboke mozgovne stimulacije i ablacijske procedure. Osim u liječenju epilepsije, koristi se i u liječenju Parkinsonove bolesti. Danas se kod nas na Klinici funkcijском neurokirurgijom bave dr. Andrej Desnica i dr. Jakob Nemir koji su završili školovanje u inozemstvu i koji čine budućnost funkcijске neurokirurgije u našoj Klinici, pogotovo stoga što u KBC-u Zagreb postoji tim vrsnih neurologa koji su upravo subspecijalizirani za pripremu i praćenje takvih bolesnika.

šći razlog upotrebe gama nožem su metastaze u mozgu, ali i neki tumori baze lubanje koji se ne mogu sigurno ukloniti ili čije bi uklanjanje dovelo do teških neuroloških oštećenja pa i nekih funkcijskih poremećaja kao što su neuralgija trigeminusa i neke vrste epilepsija kao kod hamartoma hipotalamus. Gama nožem rade prim. Zdravko Heinrich i dr. Sergej Mihailovič Marasanov, a godišnje obavimo oko 370 radiokirurških postupaka.

**► Kako stojite s opremom?**

Za uspješnu neurokirurgiju iznimno je važna kvalitetna oprema. Upravo je u tijeku nabavka novog gamma noža

se pod kontrolom operacijskog mikroskopa i zato je bitno da su kvalitetni. Oprema koju mi imamo ne razlikuje se bitno od opreme drugih neurokirurških centara u svijetu i Europi, ali je davno amortizirana i nužno je njen hitno zanavljanje.

**► Koliko košta novi operacijski mikroskop?**

Oko 3,5 milijuna kuna. To je mikroskop koji je potreban za najsloženije operacije i zato u našoj Klinici ima najviše razloga za njegovu nabavu, jer bismo mi iz njega izvukli maksimum.

**► Ne čini se neostvarivom investicijom, pogotovo jer vaša Klinika prihoduje značajna sredstva izvan onih ugovorenih s HZZO-om.**

Da, uz 53 bolničke postelje imamo 9 apartmana koje pacijenti ili njihove obitelji plaćaju pa tako godišnje zaradimo oko milijun kuna. No to ne ide u blagajnu Klinike već KBC-a. Kada je nabava opreme u pitanju, kriterij bi trebao biti upravo amortizacija, odnosno da se vrhunska, sofisticirana medicinska oprema nabavlja za one kliničke centre, bolnice i odjele gdje se najviše koristi, odnosno na kojima se najviše radi. Nadležni za taj dio trebali bi voditi računa o racionalizaciji jer nije svakoj bolnici potrebna sva vrhunska oprema, s obzirom na to da nemaju dovoljno pacijenata ili pak specijalista za određene zahvate, a potrebiti pacijenti mogu se vrlo uspješno liječiti na za to specijaliziranim mjestima. Naša Klinika je najbolji primjer toga, jer operiramo pacijente iz Dubrovnika, Pule, Šibenika, Zadra, Osijeka, čitave Hrvatske.

**► Koliko je u neurokirurgiji važan timski rad?**

Međusobna suradnja i nadopunjavanje temelj su rada u neurokirurškoj



**Detalj iz neurokirurške operacijske dvorane**

**► Jedini u Hrvatskoj imate gama nož. Koja je temeljna indikacija za primjenu te operativne tehnike?**

Da, to je uređaj s pomoću kojeg se u odabranim mozgovnim područjima liječe tumori ili druge promjene, kao što su arteriovenske malformacije, korištenjem visoke doze zračenja u točno definirani volumen tkiva, čime se potpuno štedi okolno tkivo. Postupak je bezbolan jer se ne režu koža i druga tkiva kao kod uobičajenih neurokirurških operacija. Najče-

i tome se jako radujemo. No, to nije slučaj s ostalom opremom koja je više struko amortizirana jer, na primjer, naši mikroskopi su dnevno uključeni gotovo 12 sati i puno više su iskorišteni nego oprema u drugim bolnicama. Trenutno nam je najveća boljka operacijski mikroskop, iz dodatnog razloga što smo zbog obima posla morali otvoriti i četvrtu operacijsku neurokiruršku dvoranu, jer dnevno operiramo 6-10 bolesnika. Svi neurokirurški zahvati ili operacije obavljaju

djelatnosti. Upućeni smo jedni na druge. Svi radimo mnogo više od osam sati. Zapravo, stalno radimo prekovremeno, onoliko koliko je potrebno, jer se drugačije ne može. Neke operacije znaju trajati i više od šest ili osam sati. U ovoj se Klinici zaista svi narađimo, ali sve se to zaboravi nakon dobro obavljenog posla i kad vidimo da smo uspjeli, da smo čovjeku pomogli, spasili život ili da nam bolesnik nije oštećen nakon operacije.

## O USTROJU KLINIKE ZA NEUROKIRURGIJU

**» Naši zavodi i odjeli su temelj organizacijske strukture Klinike za neurokirurgiju i temelj za formiranje timova ljudi koji se okupljaju oko pojedine vrste patologije. Zavodi i odjeli nisu fizički odvojeni nego funkcioniraju fluidno, budući da se naši neurokirurzi ne bave samo jednom djelatnošću neurokirurgije «**

■ Mnogi kažu da hrvatski zdravstveni sustav počiva na entuzijazu liječnika s obzirom na plaće i da baš nemaju status kakav zavređuju. Kako ocjenjujete naše zdravstvo?

Da, velik dio zdravstvenog sustava funkcioniра na entuzijazu liječnika, što i ne čudi jer je to zvanje za dobrobit čovjeka, a naši ljudi još uvijek imaju veliko srce. No, da bi ipak trebali biti više uvažavani i plaćeni, to je točno. Držim da je naše zdravstvo solidno, no smatram potrebnim uvođenje novih načina osiguranja. Ne kažem da je državno osiguranje loše, ali po iskustvu iz Velike Britanije gdje sam i radio, te s pozicije ove Klinike, mogu reći da naši pacijenti imaju veća prava. U Hrvatskoj možemo napraviti MR, CT i svu moguću obradu koju možemo zahtijevati od svog liječnika. Može se doći do specijalista kad god se sjetimo, što je u Velikoj Britaniji nemoguće. Gledajući neurokirurgiju prema mom osobnom iskustvu i iz perspektive ove Klinike imamo neurokirurgiju bolju od prosjeka svjetskog zdravstva.

■ Dakle, nema potrebe za liječenjem u inozemstvu?

Ne ili vrlo, vrlo rijetko. Sedamdesetak neurokirurga koliko ih ima u Hrvatskoj dovoljno je. Zapravo na broj stanovnika imamo ih mnogo više nego mnoge razvijene zemlje i taj podatak upućuje na nužnost učinkovitijeg planiranja i vođenja specijalizacija.

Većina mojih suradnika u Klinici za neurokirurgiju bili su u inozemstvu na edukaciji i znaju što i kako se тамо radi, pa mogu reći da zaista ima vrlo malo toga što mi ne možemo jednako tako dobro napraviti kao kolege u SAD-u ili negdje drugdje u Europi.

■ Imate li vi svoje specijalizante? Koliko ih je sada?

Temelj specijalizacije iz neurokirurgije, kao i svih drugih struka, je mentorstvo. To znači da naši specijalizanti rade zajedno sa nama starijim kolegama, koji im nesebično prenosimo znanje. U našoj Klinici prosječno dva puta godišnje provjeravamo teorijsko znanje naših specijalizanata kroz kolokviranje pojedinih specifičnih dijelova neurokirurgije. Također tri puta tjedno mlađe kolege prikazuju jedan od članaka iz najnovije neurokirurške literature u obliku *Journal kluba*, pri čemu ostali komentiraju prikazano. Klinika nastoji zaposliti i naučiti mlade ljude koji su osnova neurokirurškog zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, a novi specijalizanti se uglavnom zapošljavaju prema programu popunjavanja radnih mjesta koja ostaju slobodna zbog odlaska u mirovinu i slično. Trenutno imamo pet naših specijalizanata na različitim godinama specijalizacije te više specijalizanata za druge neurokirurške ustanove u Hrvatskoj.

■ Što mislite o neurokirurginjama? Prvu smo u Hrvatskoj dobili tek prije dvije godine.

Da, kolege su nedavno počele specijalizirati neurokirurgiju. Neurokirurgija je vrlo teška struka, specijalizacija traje šest godina i najduža je, iako na kraju nemamo status subspecijalista što bi nam povećalo plaću. Sigurno im se teže odlučiti i zbog planiranja majčinstva. No, za mene je rodna različitost vrlo pozitivna i preporučio bih je svim dosad „muškim“ kirurškim strukama jer su kolege strpljivije, upornije, marljivije, toplige i, rekao bih, mekše. Kod nas su na specijalizaciji Petra Barl iz Zagreba, Ines Trninić iz OB-a Dubrovnik i Karla Bagić iz OB-a Pula. I za njih imam samo riječi hvale.

■ Kako stojimo s usavršavanjem, idu li naši neurokirurzi na edukaciju u inozemstvo?

Svaki stručnjak, neurokirurg pogotovo, koji se želi dalje razvijati, koji želi nova znanja u svom području, koji želi biti bolji, mora imati kontakt s kolegama u inozemstvu, pratiti literaturu, odlaziti i komunicirati sa svijetom. Kontakt s drugim ludima i kulturama otvara i širi horizonte. Od svakoga na ovom svijetu može se nešto

naučiti. Od nekoga ono što je loše i što ne treba raditi, a od nekoga ono što je dobro i što treba usvojiti i primijeniti. I to je jedini način hvatanja koraka sa svijetom. Svi liječnici iz naše Klinike kontinuirano se educiraju u inozemstvu. Mlađe kolege specijalizanti prolaze tečajeve Europskog udruženja neurokirurga (EANS-a), odlaze na kongrese i tečajeve. Tu smo dosljedni, ne samo zbog edukacije nego i zbog *networkinga*. Starije kolege također odlaze na studijske boravke, na kongrese. Tko se kontinuirano ne educira, ispada iz svjetske konkurenčije.

#### ► **Kako se postaje vrstan neurokirurg?**

Nakon završenog fakulteta i šest godina specijalizacije zapravo slijedi svakodnevni rad u operacijskim dvoranama kojim se stječe znanje i iskustvo. Uz to, kontinuirano usavršavanje i kontakt s razvijenijim sredinama od one u kojoj radite također je uvjet bez kojega se ne može. Iznad svega, liječnik koji želi postati neurokirurg mora biti osobito motiviran za to zvanje. I ta motivacija meni je pokretač svega. Ono bez čega niti jedan neurokirurg ne može jest beskrajna strpljivost, preciznost, predanost. Ljubav prema nečemu daje ti snagu da izadeš izvan okvira i digneš se iznad prosječnosti.

#### ► **Postoji li strah pred operaciju mozga? Kako neurokirurzi s time izlaze na kraj?**

S obzirom na vrlo složene i fizički zahtjevne operacije moramo biti u dobroj psihofizičkoj kondiciji, a ona se postiže i svakodnevnom praksom. Što je više operacija to je neurokirurg u sve boljoj formi, sve sigurniji, a onda je i manje mogućnosti za pogreške pa time i razloga za strah. Kad gledate pilote, najbolji su oni koji imaju najviše sati leta i koji su prošli kroz različite profesionalne stresne i izazovne situacije; tako je isto i s neurokirurzima. Kod nas je iskustvo izuzetno važno, i unatoč osobnom iskustvu s više od 4000 raznih neurokirurških operacija katkad ulazim u operacijsku dvoranu s

## O INOZEMNOM STRUČNOM USAVRŠAVANJU

**» Od svakoga na ovom svijetu može se nešto naučiti.  
Od nekoga ono što je loše i što ne treba raditi, a od nekoga ono što je dobro i što treba usvojiti i primijeniti.**

**Svi liječnici iz naše Klinike kontinuirano se educiraju u inozemstvu.**

**Mlađe kolege specijalizanti prolaze tečajeve Europskog udruženja neurokirurga (EANS-a). Starije kolege također odlaze na studijske boravke, aktivno sudjeluju u radu prestižnih svjetskih kongresa. To je imperativ, jer tko se kontinuirano ne educira ispada iz svjetske konkurenčije «**

kreativnim strahom. Kreativan strah za mene predstavlja respekt prema težini zahvata i sprečavanje banaliziranja pojedinih operacija, kao što to, neki previše sigurni u sebe, znaju činiti.

■ Nakon što je profesor Paladino stekao uvjete za starosnu mirovinu naslijedili ste ga na dužnosti predstojnika Klinike te mu od učenika postali šef. Kako ste se snašli u toj neuobičajenoj, novoj situaciji?

Sve je funkcionalo bez ikakvih problem uz obostrano uvažavanje. Profesor Paladino bio je moj mentor i osoba je koju izrazito poštujem. Odgojio je plejadu neurokirurga, od kojih su većina voditelji pojedinih klinika ili neurokirurških odjela. Uz prof. Laligama Sekhara, jednog od vodećih svjetskih neurokirurga, kod kojeg sam se jedno vrijeme usavršavao u Seattleu, prof. Paladino mi je neurokirurški uzor i sretan sam što sam uz njega stručno i profesionalno stasaо.

■ Jeste li u kontaktu s prof. Paladinom otkako je otisao s Klinike? Općenito, kakav je vaš stav o "prilnom starosnom umirovljenju" još uvijek stručno potentnih i radno sposobnih liječnika?

Jesam, čujemo se gotovo svakodnevno jer smo uz kvalitetan profesionalni izgradili i iskreni prijateljski odnos. Poznavajući profesora uvjeren sam da će nastaviti i dalje raditi te da će svojim znanjem i iskustvom unaprijediti neku drugu instituciju. Držim da bi se umirovljenje liječnika, govorim o onima koji su godinama radili u bolnicama i još se dobro osjećaju, trebalo drugačije urediti. Evo, npr. vrhunski slovenski neurokirurg prof. Vinko Dolenc u dobi je od 74 godine i još uvijek ima svoju kancelariju i povremeno operira u Ljubljani, u bolnici u kojoj je godinama radio. Možda bi tako trebalo biti i kod nas.

# Otkrijte neke od razloga zašto je Rovinj destinacija s 5\*



*Hotel  
Monte Mulini*

LH LEADING HOTELS



Postoji razlika između odabira hotela i odabira hotela koji je baš za vas. Želite li sobu? Apartman? Ipak, tražite nešto više? Uživajte u vinskom podrumu restorana Wine Vault koji se može pohvaliti Michelinovom preporukom... Čaša pomno odabranog vina, dašak profinjene kuhinje... To vam služimo tek kao uvod u vaš boravak, nakon čega poslužujemo grimizni suton, začinjen pitkom lounge glazbom i koktelom na Apres Beach Partyju u Mulini Beach baru. Postoji razlika između običnog pića

i čaše vrhunskog džina. Ako ste ljubitelj džina, Lobby Bar Gin Library pravo je mjesto za vas. U taj su raj za vrsne znalce uvijek dobro došli novi članovi koji će to tek postati. Postoji razlika između romantike i ljubavi. Ali uz pomoć slanog morskog povjetarca i mjesecine koja obasipa hotelsku terasu, Amatis, najmanji restoran za dvoje, uspijeva ukrotiti dva pojma i sljubiti ih u jedan, dajući vašem boravku nezaboravan pečat. Postoji razlika između odabira hotela i odabira hotela koji je baš za vas.

lone

A MEMBER OF  
DESIGN HOTELS



LONE Design Hotel jednostavno oduzima dah. Njegove će vas obline zavesti na prvi pogled, netom prije nego što vas sasvim obuzme njegovu smirenu i opuštenu atmosferu. Bez obzira na to odaberete li jazz sobu s malim bazenom ili apartman s pogledom na višestoljetnu šumu koja okružuje čitav zaljev, možete biti sigurni da će vaš bijeg od svega biti u stilu.

Opustite se u signature restoranu resoLution uronjenom u miomirisno mediteransko bilje ili uživajte u svježem sushiјu u restoranu E. Hoćete li prihvati izazov i oslobođiti svoju kreativnost u slavnoj kulinarskoj školi revoLution u sklopu hotela? Sve ovisi o vama. LONE Design Hotel omogućuje vam da iskusite sreću iz prve ruke. Možete li ostati ravnodušni?

POSEBNA PONUDA SAMO ZA ČLANOVE HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

15 % KORPORATIVNOG POPUSTA NA REDOVNE CIJENE SMJEŠTAJA U SVIM HOTELIMA I TURISTIČKIM NASELJIMA MAISTRE D.D.

*maistra*  
ROVINJ - VRSAR

PRODAJA I REZERVACIJE  
[www.maistra.com](http://www.maistra.com)  
+385 52 800 250

Istra  
Zeleni Mediteran

HRVATSKA  
Puna života

*Danas sustav organiziraju svi, kroz floskule, politikantstvo, vjerojatno partikularne, ponekad i osobne interese. Iznos od skoro 22 milijarde kuna ili skoro četvrtina državnog proračuna postao je interesantan svima.*

## **O NACRTU ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

**Sustav se neće unaprijediti, niti kadrovski i financijski stabilizirati**



Zdravstvo je dočekalo dugo očekivanu javnu raspravu o prijedlogu Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Već sam pristup javnoj raspravi ukazuje kako se ne radi o nacionalnom prioritetu i kako će rasprava opet biti usmjerena prema amerikanizaciji, tajkunizaciji, privatizaciji i drugim floskulama u politikantske i svrhe vlastite promidžbe. Čuvari totalitarne demokracije (tako je to nekad izgledalo) iz drugog će ili trećeg reda, koristeći demokratske principe javnosti, civilnog društva, rušiti svaki pokušaj "nečeg novog" očekujući neko drugo vrijeme. U toj i takvoj raspravi, za vjerovati je kako će pred Vladu i zastupnike doći prijedlog, koji kao i svi u proteklih 27 godina Hrvatske države, donosi nešto dobro i mnogo toga lošeg, a ništa cjelovito.



Pripremio: primarijus ANTE-ZVONIMIR GOLEM

**Gdje su rješenja  
motivacije mlađih  
liječnika kako bi se  
opredijelili za opću/  
obiteljsku medicinu?  
Mogućnost rada u  
ordinaciji do 70. godine  
života to sigurno nije, a  
poticaje i stimulacije za  
rad izvan velikih gradova  
ne nalazimo.**

Pružanje pomoći bolesnima poznata je kroz stoljeća, od vráčeva i ranarnika do modernog liječnika. Razvoj medicine pratio je razvoj društva napretkom i postignućima u medicini i širinom pružanja zdravstvene zaštite svima potrebitima. Na ovim se prostorima sredinom 18. stoljeća ukazala potreba za pravnim reguliranjem zdravstvene zaštite te je u to vrijeme donesen i prvi Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Radilo se tada o dokumentu koji je određivao pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu u gradovima i selima, odnosno uređivalo odnos liječnik - pacijent. U vremenima koja su slijedila, medicina je napredovala i zakoni su mijenjani u skladu s razvojem kako medicine, tako i organizacije zdravstvene službe.

Tijekom dvadesetog stoljeća država se prvi puta susreće s problemom dostupnosti i financiranja zdravstvene zaštite. Dostupnost se rješava "približavanjem" liječnika pacijentu, a financiranje uvođenjem zdravstvenog osiguranja. Približavanje liječnika pacijentu značilo je organizaciju izvanbolničke zdravstvene zaštite koja bi rješavala oko 70 % zdravstvenih problema stanovništva i tako omogućilo bolnicama kvalitetnu primjenu visoko specijalizirane medicine. Osnovani su zavodi za javno zdravstvo za preventivu i domovi zdravlja kao podrška liječnicima u postupcima dijagnostike i liječenja. Mora se priznati, isti model moguće je, dapače mora se, primjeniti i u 21. stoljeću. Mogućnosti više razine dijagnostike i liječenja

**LIJEĆNICIMA JE STAŽ UKINUT, SPECIJALIZACIJU KADA I AKO SLUČAJNO DOBIJU NE SMIJI PREKINUTI ILI OTIĆI NA DRUGO RADNO MJESTO JER ĆE BITI TEŠKO FINANSIJSKI KAŽNJENI, A SPECIJALISTI AKO OSIGURAJU POSAO PREKOVREMENIM RADOM IZVAN NORME (ZAKON O RADU) ZA TO ĆE BITI PREKRŠAJNO KAŽNJENI, A ISPLATIT ĆE IM SE UMANJENA NAKNADA ZA PREKOVREMENI RAD.**



primjenjivi su već na razini domova zdravlja, gdje se opet može rješavati 70 % dijagnostike i liječenja, a bolnice bi, kroz dnevni sustav (dnevna bolnica) i bolnički sustav, trebale rješavati najkomplikiranije postupke dijagnostike i liječenja. Tako sustav može postati održiv i kadrovski i finansijski.

#### **> BESPLATNO ZDRAVSTVO VELIKA JE FLOSKULA IZ NEDAVNOGA TOTALITARNOG SUSTAVA**

Pitanje je stoga, što sprečava modernizaciju i razvoj sustava zdravstvene zaštite i zašto je neprovedivo ono što je prije skoro jednog stoljeća bilo primjenjivo?

Odgovor je vrlo jednostavan. Zdravstveni sustav ranije su organizirali liječnici koji su spremno prihvaćali novitete i uspješno ih upotpunjivali u sustav, a zakoni su se mijenjali i pratili razvoj medicine. Danas sustav organiziraju svi, kroz floskule, politikantstvo, vjerojatno partikularne, ponekad i osobne interese. Iznos od skoro 22 milijarde kuna ili skoro četvrtina državnog proračuna postao je interesantan svima. Tolika zainteresiranost uspjela je sustav dovesti u slijepu ulicu velikog deficit-a, manjka ljudskog potencijala, smanjene dostupnosti zdravstvene zaštite stanovništvu i velikog opterećenja bolnica. Pokušajmo to razjasniti.

Besplatno zdravstvo velika je floskula iz nedavne prošlosti kojim se u tim vremenima pokušalo stanovništvu

prikazati svu „blagodat“ totalitarnog sistema. Medicinski uređaji, lijekovi i potrošni medicinski materijal, održavanje domova zdravlja i bolnica moraju se platiti i građani to plaćaju, bilo kroz doprinos zdravstvenom osiguranju, iz općih poreza ili sudjelovanjem pacijenata (doplata). Dakle ništa nije besplatno već država upravlja novcima svih građana. Upravlja li racionalno ili opet po floskuli „nije to naš novac“, pitanje je za posebnu raspravu.

#### **> AMERIKANIZACIJA SUSTAVA DRUGA JE UČESTALO SPOMINJANA FLOSKULA**

Amerikanizacija sustava druga je učestalo spominjana floskula kojom razni pripadnici „civilnog društva“ te poneki isluženi političar plaše javnost puneći novinske stupce dodajući tako crnilo u već mutnu vodu zdravstvene organizacije. Poistovjećivati privatizaciju i amerikanizaciju ili tajkunizaciju pametnom čovjeku besmisleno je uopće komentirati. Amerikanizacija je postala sinonim za nedostupnost zdravstvene usluge jednom dijelu socijalno ugroženog stanovništva, a što ne odgovara niti trenutnom niti prošlom sustavu. Čovjeku kome je potrebna zdravstvena usluga potpuno je svejedno tko je vlasnik ustanove, već mu je bitno dobiti uslugu i to se mora osigurati. Tu se sustav u osnovi nije promijenio. U prošloj državi postojale su liste čekanja koje se nisu ticale komunističke elite, ona je sve usluge dobivala preko reda te je praktički sustav koristila kao vlastiti. Danas postoji mogućnost dobivanja



usluge "preko reda" ako platite uslugu kod privatnika. Razlika je samo što su ranije koristili položaj, a danas sredstva. Kada se osigura građanima jednake mogućnosti korištenja svih zdravstvenih kapaciteta, bez obzira tko je vlasnik kapaciteta, pod jednim uvjetima, tada ćemo zadovoljno istaknuti kako imamo solidarno zdravstvo. Galamom o nekakvoj amerikanizaciji, sigurno nećemo unaprijediti sustav.

### > LISTE ČEKANJA TREĆA SU PO UČESTALOSTI FLOSKULA KOJU POLITIČARI RADO UPOTREBLJAVA JAVU

Liste čekanja treća su po učestalosti floskula koju političari rado upotrebljavaju. Danas kada se kupuje skupa visoko sofisticirana oprema, vrlo često potpuno nepotrebna, samo radi političkog boda, poput magnetne rezonance u sredinama gdje nedostaju osnovna sredstva za rad, jasno je kako će liste čekanja rasti. Samo površnim

pogledom na sustav, postavlja se pitanje zašto se primjerice ne kupe UZV uređaji, gastroskopi i kolonoskopi i druga oprema za osnovnu dijagnostiku? Zašto ta oprema ne bi bila u domovima zdravlja gdje bi pacijentima bila dostupna u vlastitoj sredini? Stručno gledajući, široka dijagnostika i rano otkrivanje bolesti bila bi dostupna svim građanima, a bude li potreban neki zahvat, isto bi se tada radilo u bolnicama. Bolnice bi bile rasterećene rijeke pacijenata radi osnovne dijagnostike pa bi potrebitima bila brzo dostupna zahtjevnička usluga. Jasno kako to ne bi odgovaralo lokalnim političarima, jer ništa ne donosi bodove kao magnetna rezonancija. Ima i političara na državnoj razini, poneki čak i bivši ministar zdravstva ili rada, kojima floskula listi čekanja služi po nekim davnim principima: "prvo ti napravim problem, a onda ti ponudim rješenje" i svi odreda imaju rješenje nakon isteka mandata, zazivajući neki novi mandat upravo na rješenjima koja se ne mogu prove-

sti. Javnost bi trebala biti zainteresirana koliko su skupo kupljeni i plaćeni uređaji zapravo doprinijeli poboljšanju sustava i koliko su u stvari iskorišteni, međutim takva analiza nije željena.

Moglo bi se ovako nabrajati unedogled sva sila floskula i jeftinih političkih izjava kojom se javnosti stavljaju mrena na oči skrivajući stvarne probleme i "loveći u mutnom". Među svim tim floskulama nezaobilazna je i svijest o zdravstvenim radnicima. Tijekom prošle države totalitarnog režima, liječnici, medicinske sestre i tehničari i ostali zdravstveni radnici tretirani su kao nezaobilazno zlo. Nije se samo u javnosti često spominjalo kako liječnici nisu ništa više od "radnika u OUR-u", već su raznim načinima liječnici držani "pod kontrolom". Radnički savjet odredivao je mogućnosti usavršavanja gdje su svi zdravstveni i nezdravstveni radnici odlučivali. Novom državom niti u tom dijelu nije došlo do pomaka, već je samo način promijenjen. Prvo su

liječnici svoja prava tražili dogovaranjem s predstavnicima svih drugih zdravstvenih i nezdravstvenih radnika (istovjetno ranijem stanju), a onda je spasonosno liječnik, ministar rada i to prekinuo te liječnike potpuno isključio iz pregovora o pravima. Zašto javnost nije reagirala, kao što je primjerice reagirala nedugo kada je jedan od liječnika ostvario uvjete za mirovinu? Nije reagirala jer su upravo kreatori javnog mišljenja, od prvog ozbiljnijeg prosvjeda liječnika 2002. godine nakon uvođenja protuustavne radne obveze, pokrenuli odmazdu prema liječnicima. Četrnaest tisuća liječnika i preko četrnaest milijardi zdravstvenih usluga godišnje, već samom vjerojatnošću velikih brojeva, mora napraviti i neku grešku. Svaka greška je za osudu i ovdje se ne aboliraju greške, već je pitanje mora li svaka pojedinačna greška biti predmetom velikom medijskog skandala? Očigledno mora, jer su kreatori tako i zamislili i stvorili jaz i nepovjerenje između liječnika i pacijenta. Nisu sigurno pri tome mislili na pacijenta, kao što ne misle niti kada "love u mutnom". Koliko je to daleko otišlo govori i nedavni primjer. Očajan roditelj za svoje dijete nije mogao ostvariti potrebno liječenje te je predsjednici države zaprijetio kako će našteti liječniku i bolnici gdje se dijete lijeći. Nikakva prijetnja nije opravdana, ali paradoks je što roditelj prijeti liječniku i bolnici koja preko deset godina lijeći njegovo dijete kako najbolje znaju i umiju, umjesto onima koji nisu osigurali mogućnost liječenja njegovog djeteta u nekom drugom centru u svijetu. Rekli bi "pila je okrenuta naopako". Frustriranost stanjem u društvu sve češće pacijenti pokazuju agresivnošću prema liječnicima umjesto da svoju agresivnost pokažu na izborima.

## > BEZ KORJENITIH PROMJENA SUSTAV ĆE, REČENO LIJEĆNIČKIM RJEĆNIKOM, VRLO SKORO KOLABIRATI

U tim i takvim uvjetima, sustav zdravstvene zaštite stagnira i bez korjenitih promjena sustav će, liječničkim rjećnikom, vrlo skoro kolabirati, odnosno doživjeti propast. Danas već nedostaje osjetan broj liječnika, posebice mladih liječnika, nedostaje velik broj medicinskih sestara, pacijenti su usmjereni na bolnice, većinom klinike gdje se stvaraju liste čekanja tamo gdje ih nikada nije bilo, pristupi bolnicama više sliče na uspješnu turističku sezonu (tu mislim na gužve), čekanice objedinjenih hitnih prijema na kolodvore, a prostori domova zdravlja pretvaraju se u trgovačke centre.

Odgovornost u modernom demokratskom društvu imaju političari. Za svaku političku odluku bitan je trenutak. Trenutak za korjenite promjene u zdravstvenom sustavu upravo je sada, kako poslije ne bi bilo prekasno, jer u slijedećim pet godinama slijede četverostruki izbori i teško je vjerovati kako bi se tada mogle dogoditi bitne promjene. Trenutak je kada bi stabilan zdravstveni sustav trebao postati nacionalni prioritet podržan od svih. Kada se devedesetih odlučivalo o samostalnosti, bio je to nacionalni prioritet (istina, neki su tada izšli iz sabornice, ali su ipak u kasnijim godinama vodili državu koju nisu željeli), kada se odlučivalo o ulasku u NATO i u EU bio je to nacionalni prioritet, sada je trenutak za osnovne stupove društva, zdravstvo, znanost i obrazovanje. O znanosti i obrazovanju već se dulje vrijeme vode rasprave, a zdravstvo? Zdravstvo je dočekalo dugo očekivanu javnu raspravu o prijedlogu Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Već sam pristup javnoj raspravi ukazuje kako se ne radi o nacionalnom prioritetu i kako će rasprava opet biti usmjerena prema amerikanizaciji, tajkunizaciji, privatizaciji i drugim već spomenutim floskulama u politikantske i svrhe vlastite promidžbe. Čuvari totalitarne demokracije (tako je to nekad izgledalo) iz drugog će ili trećeg reda korišteći demokratske principe javnosti, civilnog društva, rušiti svaki pokušaj "nečeg novog" očekujući neko drugo vrijeme. U toj i takvoj raspravi, za vjerovati je kako će pred Vladu i zastupnike doći prijedlog, koji kao i svi u proteklih 27 godina Hrvatske države donosi nešto dobro i mnogo toga lošeg, a ništa cijelovito.

**> ZAKONSKI NACRT IMA DOBRU PODLOGU, NO PROBLEM NASTAJE U ODREDBAMA KOJE ONEMOGUĆAVAJU NJEGOVU PROVEDBU**

Nacrt Zakona o zdravstvenoj zaštiti objavljen na e-savjetovanju ima dobru podlogu za konačno rješavanje problema zakupa i koncesija i prvim bi pogledom bio prihvatljiv za sve. Problem nastaje kada se u toj dobroj organizaciji nalaze odredbe koje će onemogućiti provedbu ili otvoriti novu slabu točku za političku i možda drugu korupciju. Način organizacije obiteljske medicine kroz ordinacije svakako je dugo očekivano poboljšanje, ali uvjetovati preseljenje ordinacije suglasnosti župana neopravdvana je ozbiljna prepreka i slabost prijedloga. Mogla je tu biti primjerice suglasnost HZZO-a koji u stvari i dodjeljuje ugovore, ali suglasnost župana dovoditi će do situacija kakvih smo bili svjedoci i nedavno. Međutim, glavna je zamjerka u tom dijelu prijedloga činjenica kako nisu riješeni problemi ulaska mladih liječnika u sustav (specijalizacije opće/obiteljske medicine) niti su riješeni diskriminatori odnosi prema liječnicima zaposlenim u domovima zdravlja (tzv. domski liječnici). U prijedlogu ne nalazimo niti rješenje preopterećenosti liječnika brojem pacijenata, rješenje manjka specijalista



## **UMJESTO PROMJENE VLADINE UREDBE O KOEFICIJENTIMA, U PRIJEDLOGU ZAKONA NALAZIMO OBVEZU DONOŠENJA VLADINE UREDBE O NAGRAĐIVANJU ZDRAVSTVENIH RADNIKA, GDJE MJERILA NITI KRITERIJI NISU ODREĐENI.**

pedijatara i primarnih ginekologa. Tako samo naizgled dobivamo kako se rješava jedan problem liječnika koncepcionara i zakupaca, a sve drugo ostaje po starome. Treba li ovdje napomenuti uopće kako danas nedostaje po nekim analizama skoro 40 % liječnika u općoj/obiteljskoj medicini? Gdje su rješenja motivacije mladih liječnika kako bi se opredijelili za opću/obiteljsku medicinu. Mogućnost rada u ordinaciji do 70. godine života to sigurno nije, a poticaje i stimulacije za rad izvan velikih gradova ne nalazimo.

Decentralizirano javno zdravstvo s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo u prijedlogu Zakona ne mijenja se, što bi govorilo u prilog kako je u tom dijelu sustava sve uredeno. Koliko je to daleko od istine pokazuju činjenice kako je sustav javnog zdravstva gurnut na marginu cijelog sustava. Primarne prevencije gotovo nema, sekundarne preventivne programe

vodi državna administracija, ista državna administracija koja ne koristi analize morbiditeta za razvoj sustava već se povodi lokalnom politikom i željama lokalnih političara. Broj novooboljelih od malignih bolesti neprekidno raste i u svakoj bi uređenoj državi javno zdravstvo bilo predmetom posebnog zakona. Napori zaposlenih u zavodima za javno zdravstvo prepoznaju se samo kada se traži krivca ili alibi za danas sve učestalije ekološke i druge incidente.

### **> BOLNIČKI SUSTAV U NACRTU NOVOG ZAKONA NE DOŽIVLJAVA NIKAKVE KLJUČNE PROMJENE, TREBA SE ZAPITATI ZAŠTO LIJEĆNICI ODLAZE**

Bolnički sustav u novom prijedlogu Zakona ne doživljava nikakve

ključne promjene. Unošenje odredbi ranijeg pravilnika koje je Ustavni sud poništio u pravilniku i dalje ne daje rješenje manjka specijalista niti robovlasničke ugovore. Specijalizacije će se i dalje provoditi po već dokazano pogrešnom pristupu, što je i dovelo do velikog odljeva liječnika. Uzalud se raspisuju specijalizacije kada se na njih nitko ne javlja prvenstveno iz straha od finansijskih odmazdi u slučajevima promjena radnih mesta. Mladi se pitaju zašto se vezati na ovaj način u Hrvatskoj kada se isto znanje može dobiti u Njemačkoj ili drugoj EU državi bez ikakvih ograda. Samo što tada neće liječiti hrvatske građane već građane EU-a.

Pripravnički staž je ukinut (posebno je pitanje koji je razlog tome) i teško se može opet uvesti. Modele kojim su riješeni ti problemi u drugim EU državama, primjerice već u susjednoj Sloveniji ne nalazimo. Našim rješe-

njem samo ukidanja staža, mlade liječnike dovodimo u situaciju moguće pogreške, što im može odrediti daljnji profesionalni život, a građane u moguće žrtve tih pogrešaka.

Kada već spominjemo moguće greške i pogreške, prijedlog Zakona nije uredio niti radno vrijeme liječnika. S obzirom na manjak liječnika, sustav se danas održava velikim brojem nelegalnih prekovremenih sati. Pitanje je vremena kada će napregnutost sustava, koji se očituje u preko tri milijuna prekovremenih sati godišnje, dovesti do većeg broja pogrešaka u liječenju. Potrebno je tu spomenuti i kako zbog nereguliranost prekovremenog rada liječnici kada rade krše zakonske odredbe i zbog toga mogu odgovarati. Zanimljivo je kako se, vjerojatno uslijed nedostatka financija, i odrađeni prekovremeni sati ne isplaćuju po kolektivnom ugovoru ili zakonu (istи onaj u čijem pregovaranju liječnici nisu sudjelovali), čime su liječnici oštećeni za višestruke iznose. Dakle prijedlog jednostavnim rječnikom donosi sljedeće: liječnicima je staž ukinut, specijalizaciju kada i ako dobiju slučajno ne smiju prekinuti ili otići na drugo radno mjesto jer će biti teško finansijski kažnjeni, a specijalisti, ako osiguraju posao prekovremenim radom izvan norme (Zakon o radu), za to će biti prekršajno kažnjeni, a isplatiti će im se umanjena naknada za prekovremeni rad. Kad uslijed svega toga počine grešku, ta će biti javno medijski popraćena. Sada se trebamo zapisati, zašto liječnici odlaze iz Hrvatske? Niti s medicinskim sestrnama nije drugačije, njima se čak niti formalno obrazovanje magistre sestrinstva ne priznaje.

### **> ZAKONSKI TEKST OMOGUĆAVA STVARANJE NOVE VRSTE ZDRAVSTVENIH RADNIKA**

Nasuprot tome, u prijedlogu Zakona nalazimo stvaranje nove vrste zdravstvenih radnika. Radi se o stručnjacima drugih profila, koji nemaju temeljno zdravstveno obrazovanje, ali sudjeluju u postupcima dijagnostike, liječenja ili rehabilitacije. Nesporno je kako su ti stručnjaci potrebni, ponekad i ključni u postupcima te kako su u diskriminirajućem položaju kao zdravstveni suradnici. Jedini ispravan način rješavanja njihovih problema je u promjeni Vladine Uredbe o koeficijentima složenosti poslova gdje se i njihov rad može odgovarajuće vrednovati, a nikako u surogradskom rješenju poistovjećivanja zdravstvenih radnika i zdravstvenih suradnika, posebno kada prijedlog Zakona nije u zdravstvene radnike uvrstio niti sve one koji su završili zdravstveno obrazovanje.

Umjesto promjene Vladine Uredbe o koeficijentima, u prijedlogu Zakona nalazimo obvezu donošenja Vladine

*Iskorak će očigledno biti moguć tek kada se promijene svijest, odnos, način i pristup zdravstvenom sustavu, što neke učene glave smatraju kako će se dogoditi kada većina građana bude mlađa od države, jer sadašnja većina koja je starija od države, u ovu je državu prenijela svoje navike.*

Uredbe o nagrađivanju zdravstvenih radnika, gdje mjerila niti kriteriji nisu određeni. Danas kada nema standarda i normativa rada liječnika, nagrađivanje može vrlo lako postati alatom političke promidžbe ili čak trgovine.

Prijedlog Zakona donosi i neke novine koje su potpuno nejasne, poput paradoksa primjerice kako se bolnička povjerenstva za etiku neće baviti etikom već samo deontologijom ili kako će većinu stručnih podzakonskih akata donijeti ministar bez sudjelovanja struke ili komora. Statusi komora, jedinih cjelovitih strukovnih organizacija, jamaca cijeloživotnog usavršavanja postaju upitni, kao što su bili upitni predstavnici oko 60.000 pripadnika struke organiziranih u komore koji su činili 8 od 59 članova radne skupine za izradu prijedloga Zakona te su mišljenja komora prihvaćena u istom tom omjeru.



## > PRVO BI TREBALO PROMI- JENITI ZAKON O ZDRAVST- VENOM OSIGURANJU

Dugo očekivani prijedlog promjene Zakona, a time i sustava, u cijelosti gledano nikako neće unaprijediti sustav niti ga kadrovski i financijski stabilizirati. Zaista mi liječnici, zdravstveni radnici, opravdano očekujemo dopune i izmjene prijedloga Zakona na temelju javne rasprave, kako bismo mogli svojim pacijentima, građanima Hrvatske osigurati najbolje moguću zdravstvenu zaštitu.

Za prave promjene, prije donoše-

nja ovoga zakonskog prijedloga, potrebno bi bilo prvo promijeniti Zakon o zdravstvenom osiguranju koji bi osigurao kvalitetno upravljanje zdravstvenim financijama. Na tim osnovama potom bi trebalo donijeti novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji bi mogao odoljeti vremenu i razvoju. Međutim, za korjenite promjene koje bi sustav održale kroz sljedećih 10 ili 20 godina potrebno bi bilo promijeniti cijeli zakonski okvir te donijeti Zdravstveni zakonik i niz manjih zakona u kompleksnom sustavu kakav je zdravstveni sustav. Taj

iskorak očigledno će biti moguć tek kada se promijene svijest, odnos, način i pristup zdravstvenom sustavu, što neke učene glave smatraju kako će se dogoditi kada većina građana bude mlađa od države, jer sadašnja većina koja je starija od države, u ovu je državu prenijela svoje navike. Nadamo se samo kako odlazak velikog broja mladih i mladih obitelji, među kojima i velik broj liječnika, medicinskih sestara i drugih zdravstvenih radnika, neće to vrijeme odgoditi u nedogled.

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

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

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

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

- od 5 do 7 godina: od 3,10% (EKS od 3,43%)\*
- od 7 do 10 godina: od 3,25% (EKS od 3,57%)\*

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

- od 5 do 7 godina: od 3,00% (EKS od 3,33%)\*
- od 7 do 10 godina: od 3,30% (EKS od 3,63%)\*

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

Dodatne informacije o ponudi PBZ-a za članove Hrvatske liječničke komore, možete pronaći na web adresi [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) ili kontaktirajte Magnifica tim.

\*EKS je izračunat na iznos kredita 525.000,00 HRK/70.000,00 EUR i rok otplate 7 ili 10 godina, uz trošak godišnje premije police osiguranja imovine u iznosu od 283,00 HRK/38,00 EUR, te godišnje premije police osiguranja od nezgode u iznosu od 500,00 HRK/68,00 EUR. U izračun EKS uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

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

Kamatne stope za kredite u HRK u visini do 90 - 100% iznosa procijenjene vrijednosti založene nekretnine iznose od 3,25% do 3,45% ovisno o roku otplate. Stambeni krediti u EUR odobravaju se samo u visini do 80% iznosa procijenjene vrijednosti založene nekretnine.

Prethodno navedene fiksne kamatne stope mogu se dodatno uvećati za 0,15 p.p. ovisno o procjeni kreditnog rizika klijenta sukladno Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama. Vrsta kamatne stope isključivo ovisi o izboru klijenta.



# REPREZENTATIVNI PRIMJERI UKUPNIH TROŠKOVA

## STAMBENI KREDITI U HRK UZ ZALOG NA STAMBENOJ NEKRETNINI

	PROMJENJAVA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (10 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA NA RAZDOBLJE OD 5 GODINA I PROMJENJAVA ZA PREOSTALO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za HRK)	
	Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za HRK					
Status klijenta <sup>1</sup>	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita			HRK			
Traženi iznos kredita			525.000,00 HRK			
Rok otplate	20 godina		10 godina		5 godina fiksna kamatna stopa + 15 godina promjenjiva kamatna stopa	
Naknadu za obradu kreditnog zahtjeva			bez naknade			
Fiksna kamatna stopa			3,55%	3,25%	3,40%	3,10%
Promjenjiva kamatna stopa <sup>2</sup>	3,60%	3,30%			3,60%	3,30%
Efektivna kamatna stopa <sup>3</sup>	3,94%	3,63%	3,89%	3,58%	3,84%	3,57%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	213.815,01 HRK	194.310,39 HRK	101.010,83 HRK	92.051,73 HRK	208.293,31 HRK	188.850,26 HRK
Mjesečni anuitet uz primjenu fiksne kamatne stope	-	-	5.203,81 HRK	5.130,25 HRK	3.017,88 HRK	2.937,99 HRK
Mjesečni anuitet uz primjenu promjenjive kamatne stope	3.071,84 HRK	2.991,11 HRK	-	-	3.059,63 HRK	2.978,97 HRK
Ukupan iznos za otplatu <sup>4</sup>	756.155,01 HRK	736.650,39 HRK	635.465,83 HRK	626.506,73 HRK	750.633,31 HRK	731.190,26 HRK

## STAMBENI KREDITI U EUR UZ ZALOG NA STAMBENOJ NEKRETNINI

	PROMJENJAVA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (10 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA NA RAZDOBLJE OD 5 GODINA I PROMJENJAVA ZA PREOSTALO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za EUR)	
	Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za EUR					
Status klijenta <sup>1</sup>	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita			EUR			
Traženi iznos kredita			70.000,00 EUR			
Rok otplate	20 godina		10 godina		5 godina fiksna kamatna stopa + 15 godina promjenjiva kamatna stopa	
Naknadu za obradu kreditnog zahtjeva			bez naknade			
Fiksna kamatna stopa			3,60%	3,30%	3,30%	3,00%
Promjenjiva kamatna stopa <sup>2</sup>	3,60%	3,30%	-	-	3,60%	3,30%
Efektivna kamatna stopa <sup>3</sup>	3,94%	3,64%	3,94%	3,63%	3,80%	3,53%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	28.508,52 EUR	25.908,47 EUR	13.668,36 EUR	12.472,03 EUR	27.405,09 EUR	24.816,58 EUR
Mjesečni anuitet uz primjenu fiksne kamatne stope	-	-	695,48 EUR	685,66 EUR	398,81 EUR	388,32 EUR
Mjesečni anuitet uz primjenu promjenjive kamatne stope	409,58 EUR	398,81 EUR	-	-	407,13 EUR	396,38 EUR
Ukupan iznos za otplatu <sup>4</sup>	100.854,75 EUR	98.254,70 EUR	84.728,36 EUR	83.532,03 EUR	99.751,32 EUR	97.162,81 EUR

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

<sup>2</sup>Promjenjiva kamatna stopa definira se kao broj fiksno dijela u visini 2,89 p.p. i 6M NRS1 za HRK, odnosno 2,75 p.p. i 6M NRS1 za EUR, koja je za kredite uz status klijenta dodatno umanjena za 0,30 p.p.

<sup>3</sup>EKS je izračunat na navedeni iznos kredita uz navedeni rok otplate, godišnju premiju za polici osiguranja imovine u iznosu od 283,00 HRK/ 38,00 EUR, godišnju premiju za polici osiguranja od nezgode u iznosu od 500,00 HRK/ 68,00 EUR te mjesecnu naknadu za vodenje transakcijskog računa u iznosu od 7,00 HRK izuzev za kredite uz fiksnu kamatnu stopu. U izračun EKS uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

<sup>4</sup>Ukupan iznos za otplatu uključuju iznos glavnice kredita te kamate obračunate do dospijeća uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana, a koju bi korisnik kredita plaćao do konačne otplate kredita, uz pretpostavku da je do kraja otplate kredita važeća navedena promjenjiva kamatna stopa, godišnju premiju za polici osiguranja imovine u iznosu od 283,00 HRK/ 38,00 EUR, godišnju premiju za polici osiguranja od nezgode u iznosu od 500,00 HRK/ 68,00 EUR te mjesecnu naknadu za vodenje transakcijskog računa u iznosu od 7,00 HRK izuzev za kredite uz fiksnu kamatnu stopu.

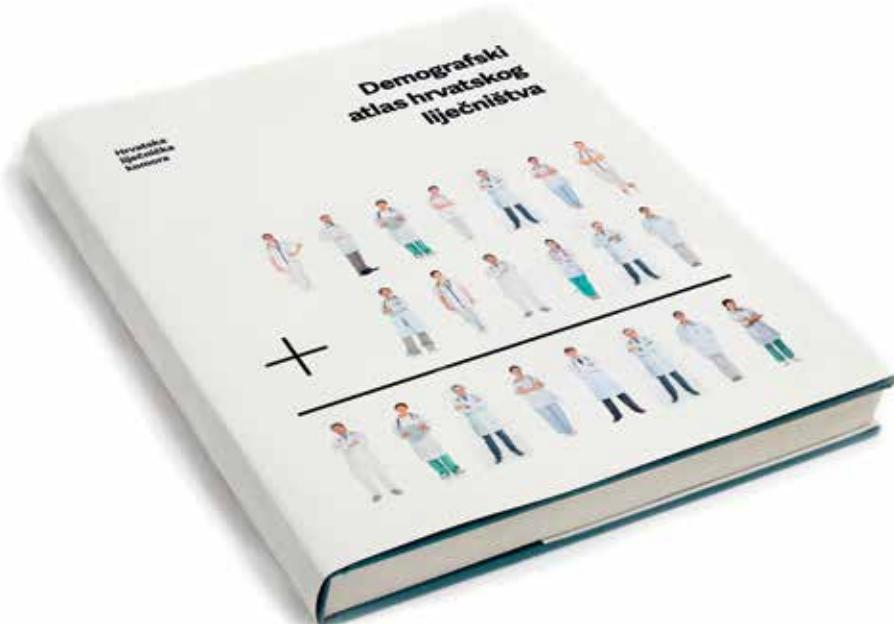
Utvrđivanje i promjenjivost kamatne stope prema 6M NRS1 za HRK i EUR definirano je Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama.

SVIJET MOGUĆEG.



PRIVREDNA BANKA ZAGREB

# Vlada li zabrinutost za stanje u PZZ-u nakon objave Demografskog atlasa hrvatskog liječništva



*Na Saboru hrvatskog liječništva, održanom početkom prosinca 2017. u Rovinju, promoviran je Demografski atlas hrvatskog liječništva. Osim predstavljenih podataka iz Demografskog atlasa, mogli smo čuti i iskustva liječnika koji rade u Velikoj Britaniji te na Malti.*

dr. MERI MARGREITNER, specijalist obiteljske medicine  
savjetnica predsjednika HLK-a za primarnu zdravstvenu zaštitu

U kontekstu sve većih pritisaka "head hunter-a" na sve liječnike u RH, a tako i na studente završnih godina medicinskih fakulteta kojima se nudi pomoć pri dobivanju specijalizacije, zapošljavanju njih i supružnika te stipendiranju njihove djece, pa sve do rješavanja stambenog pitanja, postavlja se pitanje što naša zemlja radi kako bi spriječila odlazak liječnika.

Do siječnja 2018. godine 1 447 liječnika podnjelo je zahtjev HLK za odlaskom u inozemstvo.

Demografski atlas hrvatskog liječništva obuhvatio je sve dostupne podatke od ulaska RH u EU zaključno sa 01.siječnja 2017. Otvaranjem tržišta radne snage počinje migracija liječnika. Prema podacima HLK-a od 2013. do 2017. godine 525 liječnika otišlo je u inozemstvo, većinom mlađih, dok ih je 30 došlo raditi u RH. Prema podacima Demografskog atlasa početkom 2017. u Hrvatskoj je radilo 14 394 liječnika, većinom liječnica prosječne dobi 45 godina, dok je prosječna dob liječnika 47 godina. Najbrojniji su između

55 i 59 godina. Posljednjih desetak godina smanjio se broj stanovnika za 4 posto, ali se povećao udio starijih od 65 godina. Najmanji broj liječnika na 100 000 stanovnika bio je u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji, Ličko-senjskoj i Virovitičko-podravskoj županiji. Zabrinjava činjenica da je trećina njihovih liječnika starija od 55 godina.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti radilo je 2359 liječnika obiteljske medicine (OM), 280 pedijatara, 276 ginekologa. Od tog broja svega 1127 (47,8 posto) je specijalista opće/obiteljske medicine dok su 1232 (52,2 posto) liječnici bez specijalizacije. Najveći broj specijalista opće/obiteljske medicine je u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji, a najmanji u Virovitičko-podravskoj županiji.

ske medicine je dobne skupine više od 55 godina, čak 567 ili 50,3 posto.

Njih 48,7 posto bez specijalizacije radi u koncesiji, a 49,8 posto u domovima zdravstva. Prosječna starost liječnika bez specijalizacije, a koji su u koncesiji je 53,7 godina, dok je u domovima zdravstva 38,6 godina. Ovi podaci ukazuju na mogući problem, s obzirom da će 2020. godine novi liječnici koji ulaze u ordinacije obiteljske medicine morati imati specijalizaciju obiteljske medicine, a ona traje 4 godine.

U Hrvatskoj radi 710 pedijatara, a njih 280 u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na 100 000 stanovnika dolazi 17,1 pedijatar. Prosječna starost svih pedijatara je 50,9 godina. Specijalizacija iz pedijatrije traje 5 godina. Trenutno u sustavu radi 42 pedijatra starijih od 65 godina, 35 u javnom zdravstvu što već sada ukazuje na njihov deficit.

Zaposleno je 690 ginekologa. Njih 276 (40 posto) radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Među ginekolozima prevladavaju muškarci i to s udjelom od 54 posto. Prosječna im je starost 50,7 godina. Starije od 55 godine je 36,5 posto.

Specijalizacija ginekologije i opstetricije traje pet godina. U sustavu još uvijek radi 41 ginekolog stariji od 65 godina, od kojih 15 radi u javnom zdravstvu.

Prema podacima HLK od 2013-2016. u inozemstvo je otišlo sedam specijalista obiteljske medicine prosječne dobi 42 godine, 15 pedijatara prosječne starosti 43 godine te 22 ginekologa prosječne dobi 42 godine.

Prema podacima HLK-a, a prema dobnoj strukturi liječnika koji rade u PZZ, 2021. godine u mirovinu će otići 490 liječnika opće/obiteljske medicine (OM), 84 pedijatra te 47 ginekologa, dok će 2026. godine otići 1022 liječnika OM, 148 pedijatara i 105 ginekologa.

Navedeni podaci iz Demografskog atlasa hrvatskog liječništva ukazuju na svojevrstan alarm i zahtijevaju promptnu reakciju zdravstvene administracije kako se za koju godinu ne bi dogodilo urušavanje zdravstvenog sustava i to zbog nedostatka ljudskih resursa, koji su već sada vidljivi u nekim dijelovima naše Domovine.

## FUNKCIONALNI ZATVOR JE CIVILIZACIJSKA BOLEST

### Koliko ljudi na svijetu pati od zatvora?

U većini provedenih istraživanja posljednjih godina<sup>1</sup>, prevalencija funkcionalnog zatvora u općoj populaciji varira od 12-19% u SAD-u pa do 30% u Australiji, dok u Europi stopa prevalencije prosječno iznosi 17%



## DONAT Mg KLINIČKI DOKAZANO REGULIRA PROBAVU

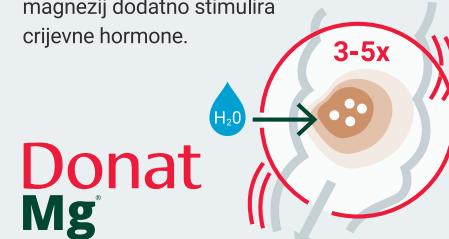
Funkcionalni zatvor je neugodno stanje koje doživju više od polovice ljudi razvijenog svijeta, a postane učestalije u trećoj životnoj dobi. Donat Mg je generacijama poznat po svom blagotvornom učinku na probavu, a njegov učinak je 2015. godine i znanstveno dokazan. Kliničko ispitivanje provedeno je u Analyze & realize GmbH institutu u Berlinu na ispitnicima koji po kliničkim parametrima

boluju od zatvora (Rome III kriteriji). Tijekom razdoblja od 6 tjedana konzumiranja 0,5L Donata Mg dnevno, unaprijeđena je funkcija crijeva u usporedbi sa kontrolnom skupinom što se čitovalo u triput većem broju potpuno spontanih stolica te znatno povećanom broju spontanih stolica kao i poboljšanom konzistencijom stolica (bristolska skala stolice).



### KAKO POMAŽE DONAT Mg

Donat Mg je prirodni osmotski laksativ. Njegovo prirodno laksativno djelovanje rezultat je velike količine sulfatnih soli i magnezija. Sulfati izvlače vodu iz stanica stjenke crijeva, povećavajući volumen sadržaja crijeva za 3-5 puta. To pritiše stjenku crijeva i prirodno aktivira kretanje, a magnezij dodatno stimulira crijevne hormone.



## Tribina Hrvatske liječničke komore u Dubrovniku

# NESIGURNOST U MEDICINI

 Prof. prim. dr. sc. LADA ZIBAR, dr. med., ladazibar@gmail.com

Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a i Županijsko povjerenstvo HLK-a Dubrovačko-ne-retvanske županije organizirali su i održali su 6. travnja tribinu „Nesigurnost u medicini“ u Interuniverzitetском središtu u Dubrovniku. Na njoj su govorili prof. Lada Zibar (predavanje „Nesigurnost u medicini“), dr. Dragutin Petković („Medicina utemeljena na dokazima“), prim. Ljiljana Betica-Radić („Skupi lijekovi“) i Luka Lovrenčić, cand. med. („Liječničke pogreške“).

Ukazano je na relativnost suvremenih, osobito kliničkih i farmakoloških, medicinskih spoznaja na matematičko-statistički argumentiran način. Postoji potreba za upoznavanjem javnosti s činjenicama kako medicina nije svemoćna, kako liječnici nisu čarobnjaci, kako je i smrt sastavni dio života. Liječničke odluke odvijek počivaju na znanjima ograničene sigurnosti. Kako je još prije dva stoljeća napisao engleski pjesnik **John Keats**, i uspješnost, između ostalog, počiva na sposobnosti kako se nositi s nesigurnostima i sumnjama. Izvore nesigurnosti prof. Lada Zibar dijeli na opće, one koji potječu od bolesnika i one koje potječu od liječnika i sustava.

Opći izvori nesigurnosti su brojne dijagnostičko-terapijske praznine u medicini, još uvijek nepoznati entiteti, činjenica da temeljna medicina često ne korelira s kliničkom, stalan napredak medicine te nepredvidivi okolišni čimbenici. Izvori nesigurnosti koji potječu od pacijenta su biološki i sociološki individualizam čovjeka, autonomija pacijenta u odlučivanju (što često rezultira donošenjem pogrešnih ili barem ne najboljih odluka), nesuradljivost bolesnika, komorbiditeti te starenje i smrtnost čovjeka. Izvori nesigurnosti sa strane liječnika i sustava mogu biti katkad opće i osobno ograničeno znanje liječnika, nedostatak vremena i kadrova, neraspoloživost najboljih rješenja, defanzivnost medicine zbog straha od sudskih tužbi kao i odredbe medicinskog prava (ili njihova neodređenost ili nepoznavanje). Tako se npr. „društvo“ ne može usuglasiti niti oko temeljnih tema, kao što je početak života. A liječnik treba postupati prema načelima provođenja zdravstvene djelatnosti, među kojima je i načelo cjeline ljudskog života, a cjelinu života čine tri bitne sastavnice: začetak života, kakvoča života i kraj života.

Liječnička djelatnost se prema Zakonu

o zdravstvenoj zaštiti obavlja „prema stručno-medicinskoj doktrini.“ Nije, međutim, nigdje precizirano što to znači. Svejedno, postoje situacije u kojima liječnička odgovornost počiva na procjeni pravilne primjene te „stručno-medicinske doktrine“. Pri tome se pravosuđe oslanja na vještva vještaka, a koja su previše subjektivna. Dakle, i takve procjene često počivaju na nesigurnosti, a tretiraju se kao sigurne činjenice. Pacijenti često, a mediji i češće, ne poštuju pojам vremena, dinamike i dijalektike u razvoju bolesnog stanja ili bolesti. Pa kritičnost zasnivaju na konačnim ishodima, koji su nerijetko dijagnostički nesigurni tijekom vremena, ili je vrijeme ključna sastavnica pri odabiru načina liječenja. Ogledan je primjer, pri tomu, akutni apendicitis.

Medicina utemeljena na dokazima aktualno je najbolji oslonac u donošenju kliničkih odluka i najjači čimbenik smanjenja nesigurnosti, ali nesigurnost i dalje ostaje jedna od temeljnih odrednica liječničkog posla. Upravo rezultati znanstvenih istraživanja, a koji predstavljaju dokaze, postaju relevantni u trenutku kada zadovolje minimum nesigurnosti. Ali, dakle, nesigurnosti. Jer je statistička značajnost mjera nesigurnosti, koja praktično uvijek postoji u medicinskim istraživanjima. Dokazi se površno shvaćaju kao apsolutna istina, a laici

skoro uopće nisu svjesni relativnosti. To je osobito vidljivo u javnoj percepцији koristi od određenih lijekova, osobito skupih i osobito onih koji se primjenjuju u za sada neizlječivim bolestima.

**Dr. Dragutin Petković** je ukazao na važnost hijerarhije i razine dokaza pri donošenju mišljenja i odluka. **Steven Hatch**, autor djela o nesigurnosti u medicini („Snowball in medicine“) kao i drugih publikacija na tu temu, sugerira kako bi uz objavljene sažetke medicinskih izvješća trebalo navoditi stupanj nesigurnosti.

Skupi pametni lijekovi sve više preplavljaju tržiste i često spašavaju živote i dovode do izlječenja. Na svjetskoj i nacionalnoj razini važno je osigurati dostupnost lijekova svima potrebitima jer je jedino dostupan lijek djelotvoren lijek, naglasila je prim. **Ljiljana Betica-Radić**. S druge strane, ostaje dvojbeno je li etično, u situaciji u kojoj nikada nije moguće osigurati financiranje baš svih lijekova i medicinskih proizvoda, odobravati iznimno skupe lijekove čiji je učinak katkad skroman i relativno kratkoročan.

Liječnička pogreška siva je zona u stručnoj i zakonskoj perspektivi i

potrebna je dodatna pozornost u bilježenju, izbjegavanju i sprječavanju pogrešaka. Osobito je uputno izgraditi mehanizme nadzora i strategiju prevencije štetnih ishoda intervencija u medicini (liječnik, medicinska sestra, lijekovi, oprema). Liječnička pogreška je, između ostalog, i svojevrsna posljedica napretka medicine. Tako se u nedavnim američkim statistikama u *British Medical Journalu* navodi da je ona na trećem mjestu uzroka smrti, nakon srčanožilnih i zločudnih bolesti. Treba razlikovati pogrešku od komplikacije i neželjennog ishoda. Također je potrebno razlikovati sprječivo od nesprječivoga. Bilježiti treba i pogreške bez posljedica, kako bi se njihovim prepoznavanjem našao način da ih se izbjegne i u konačnici sprječila moguća posljedica, istaknuo je mladi predavač, **Luka Lovrenčić**, pred vratima liječničke karijere. Sve je više objavljenih izvješća o medicinskoj pogrešci. Govorio je i o sustavnim razlozima medicinskih pogrešaka kao što su industrijalizacija i komercijalizacija zdravstva, više pacijenata u manje vremena i s manje sredstava, mali dio postupaka utemeljen na dokazima, redukcionizam u biomedicini te svođenje dijagnostike

na kriterije, a terapije na tek par lijekova. Predavač je auditorij upoznao i s odredbama Kaznenog zakona o nesavjesnom liječenju, za Hrvatsku specifičnom legislativnom krajnosti.

Rasprava je pokazala da je brojnim liječnicima u auditoriju ova tematika bliska, iako možda rijetko na ovaj način artikulirana. Međutim, nisu liječnici jedini koji trebaju biti svjesni nesigurnosti unutar koje djeluju. O tome treba učiti i studente medicine i druge zdravstvene djelatnike, ali i javnost, a osobito medije. Svima bi trebalo biti prihvatljivo ograničenje liječničke moći u okviru aktualnih medicinskih spoznaja i kvantitativnog relativizma medicinske „istine“. Kultura informiranja pacijenta o svim scenarijima dijagnostike i liječenja imperativ je budućnosti liječničkog znanja. Na taj će način komunikacija i suradnja na relaciji liječnik - pacijent biti iskrenija, bolja i svršishodnija. Treba raditi na educiranju građana (dakle i pacijenata i medija) o tome kako je pogrešna polarizacija stavova prema liječnicima koji se često doživljavaju u područjima krajnosti : od toga da ništa ne znaju do toga da su svemogući. Važno je objašnjavati da niti jedan od tih ekstremnih stavova nije niti blizu istini.

Od pacijenata se, zapravo od svih građana, očekuje prihvatanje osobne odgovornosti za vlastito zdravlje i bolju zdravstvenu situaciju u društvu. A prostor za daljnje evaluacije postupaka i iznalaženje boljih rješenja bio bi rasterećen strahova od tužbi. Sigurno bi i popratna ekomska dobrobit bila poželjnija. Mediji su, također, važan cilj ovakvih edukacija i mogu biti od velike pomoći u kreiranju sigurnijeg sustava.

Jasno je izražena želja nazočnih da Hrvatska liječnička komora nastavi sličnim tribinama poticati rješavanje i brojnih drugih pitanja života i rada svojih članova.



# Studenti medicine, HLK i dekani medicinskih fakulteta protiv ukidanja pripravničkog staža

*Nakon završenog medicinskog fakulteta, doktori medicine više neće odradivati pripravnički staž, već će izravno na specijalizaciju. Posljedica je to direktive Europske Unije koja nalaže uvjete za pristup specijalizacijama, a koja se odnosi na sve studente medicine upisane nakon 1. srpnja 2013. Uskoro će diplomirati prva generacija doktora medicine koju će ta promjena zahvatiti, a brojna su pitanja na koja još nema odgovora. Studentski zbor Medicinskog fakulteta u Zagrebu proveo je anketu među više od 1000 svojih kolega, a rezultati pokazuju da njih 91 posto nakon završetka studija želi pripravnički staž.*

## ► Umjesto staža svi će diplomirani liječnici odmah dobiti licencu za rad u općoj medicini

Pri ulasku u Europsku Uniju Ministarstvo zdravstva RH prihvatio je Direktivu prema kojoj studenti medicine upisani nakon 1. srpnja 2013. po završetku studija neće morati odraditi pripravnički staž. Inače, do sada su ga odradivali i to u trajanju od pet mjeseci, nakon čega bi uslijedilo polaganje stručnog ispita. Potom bi dobili licencu za rad u području opće medicine, što je i „ulaznica“ za daljnju specijalizaciju. No, prema Ministarstvu zdravstva i njihovom tumačenju Direktive, staž i stručni ispit više neće biti potrebni, a ta odredba uvrštena je i Nacrt zakona o zdravstvenoj zaštiti koji je trenutno na e-savjetovanju. Umjesto staža, svi će diplomirani doktori medicine odmah dobiti licencu za rad i krenuti na specijalizaciju.

Zanimljivo je da ne postoji zakonska odredba koja izričito zabranjuje odradivanje pripravničkog staža mladim liječnicima. Postoji samo navedena Direktiva koju Ministarstvo tumači na način da staž nije obavezan za dobivanje licence pa ga neće ni biti.

## ► Anketa pokazuje da više od 91 posto studenata želi imati pripravnički staž

S druge strane, Hrvatska liječnika komora, dekani medicinskih fakulteta i studenti medicine smatraju da pripravnički staž mora ostati obvezan, a takav zaključak poslan je i s nedavno održane tribine. Naime, Studentska sekcija za javno zdravstvo „Andrija Štampar“ i Studentski zbor MEF-a u Zagrebu organizirali su tribinu „Staž doktora medicine“ na kojoj su pred prepunom dvoranom Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ stavove sučelili predstavnici zdravstvene administracije na čelu s ministrom zdravstva Milanom Kujundžićem, predsjednik HLK-a doc. dr. sc. Trpimir Goluža, dekan MEF-a u Zagrebu prof. dr. Marijan Klarica, predsjednica saborskog Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku dr. Ines Strenja-Linić, predstavnici studenata MEF-a u Zagrebu i drugi.

Dr. med. Danko Relić, voditelj Centra za planiranje zanimanja u biomedicini i zdravstvu izložio je rezultate istraživanja koje je Centar proveo na temu staža. Iz rezultata ankete koja je provedena u prethodne dvije akademske godine među studentima medicine u Zagrebu, jasno je

*Studenska anketa - čak 91 posto studenata želi imati pripravnički staž koji bi trajao godinu dana. Svoju trenutnu kompetentnost za obavljanje posla u obiteljskoj ambulanti ili u hitnoj medicini samo je njih 1,7 posto ocijenilo ocjenom 5, dok ih je čak 69,3 posto svoju spremnost ocijenilo ocjenama 1 ili 2.*

vidljivo da studenti žele staž i da se ne osjećaju spremno odmah po završetku fakulteta samostalno raditi. Predstavnik Studentskog zbora Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu Kristian Dominik Rudež, izložio je pak rezultate ankete provedene ove akademske godine (2017./2018.) na medicinskim fakultetima u Zagrebu, Rijeci i Osijeku. Za sva tri fakulteta dobiveni su slični rezultati. U Zagrebu je anketu riješilo preko 1000 studenata od kojih velika većina (70 posto) nije zadovoljna informiranjem Ministarstva po pitanju staža. Uz to čak je 91 posto studenata izjavilo da želi imati pripravnički staž koji bi trajao godinu dana. Svoju trenutnu kompetentnost za obavljanje posla u obiteljskoj ambulanti ili u hitnoj samo je njih 1,7 posto ocijenilo ocjenom 5, dok ih je čak 69,3 posto svoju spremnost ocijenilo ocjenama 1 ili 2.

#### ► Radna skupina Ministarstva u godinu dana nije učinila ništa

Ministarstvo zdravstva je u travnju prošle godine osnovalo Radnu skupinu za uvođenje temeljne godine specijalističkog usavršavanja doktora medicine, međutim konkretnog rješenja još uvijek nema. Prošli mjesec su odustali od uvođenja temeljne/nulte godine specijalizacije, a nova 'radna ideja' je da svakom studentu odmah po završetku studija bude dodijeljena specijalizacija. Takvo rješenje za sobom vuče bezbroj pitanja pa stoga ne vjerujemo da ni ono nije ostvarivo. Velik je problem u cijeloj prići da u toj radnoj skupini nemamo niti jednog studentskog predstavnika. Na našu inicijativu da se u radnu skupinu uključi i predstavnik svih onih koje će se konačna odluka ticati, dobili smo odgovor da je pitanje staža problem mladih liječnika, a ne više studenata, ističu u Studentskom zboru MEF-a u Zagrebu.

#### ► HLK može organizirati pripravnički staž; vodili bi ga mentorji koji bi bili plaćeni, ali i ocjenjivani

Komora može organizirati pripravnički staž mladim liječnicima na način da svi budu zadovoljni, a posebno

pacijenti, navodi njezin predsjednik doc. Goluža i dodaje da je Komora prije godinu dana dostavila dokument Ministarstvu zdravstva u kojem predlaže rješenje kojim se Hrvatska ne bi sukobila s EU-om zbog spomenute Direktive u kojoj se, uz ostalo, za nepoštivanje pojedinih odredbi propisuju i sankcije. Te sankcije znače da završeni studenti u Hrvatskoj ne bi imali ravnopravan status s ostalim završenim studentima u EU-u, smatra Goluža. Što se rješenja koje je Komora predložila tiče, pojašnjava da je riječ o mentorstvu. Treba poticati mentorski rad na način da se plaća i ocjenjuje, kako bi kolege liječnici specijalisti bili motivirani. Podučavali bi najviše tri kandidata, a ovi bi ih ocjenjivali tako da oni mentorji koji se nedovoljno angažiraju više to ne bi mogli biti. U Hrvatskoj trebamo konačno uvesti mjere u kojima je dominantna odgovornost i red u sustavu. Čini mi se da na razini Ministarstva zdravstva za provedbu toga nema potrebne infrastrukture, međutim, Komora i u tom segmentu može pridonijeti. Kadri smo organizirati staž na način da će biti zadovoljni svi, a prvenstveno pacijenti. Najvažniji su pacijenti, a onda mladi liječnici i cijeli zdravstveni sustav, naglasio je Goluža.

#### ► Što je pripravnički staž

Pripravnički staž je rad pod nadzorom kojim se zdravstveni djelatnik ospozobljava za samostalan rad. Planom se utvrđuju raspored i trajanje rada u pojedinim stručnim jedinicama, a programom stručni poslovi kojima se pripravnici ospozobljavaju za samostalan rad.

Trajanje pripravničkog staža smanjeno je 2013. s godinu dana na pet mjeseci, s namjerom da se do završetka studija generacije koja se upisala na medicinski fakultet nakon 1. srpnja 2013. staž potpuno ukine. Dalnjih odluka na temu pripravničkog staža nije bilo. Kao odgovor na brojne upite o trenutnom stanju vezanom uz edukaciju nakon završenog integriranog preddiplomskog i diplomskog studija medicine u RH, Ministarstvo zdravstva uputilo je 23. siječnja 2018. Studenskom zboru MEF-a u Zagrebu odgovor u kojem stoji sljedeće:

„.... doktori medicine koji su završili integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine upisan nakon 1. srpnja 2013. u Republici Hrvatskoj nisu obvezni obaviti pripravnički staž niti položiti stručni ispit...“

Studentima koji završavaju fakultet akademske godine 2017./2018., a upisali su ga prije 1. srpnja 2013., ostaje obveza pripravničkog staža u trajanju od 5 mjeseci.

Ministar Kujundžić je na upit o financiranju staža doktora medicine, odgovorio da je osobno da staž ostane, a Veronika Laušin, dr.med., ispred HZZO-a da novaca za finansiranje staža ima. SŠH

# Komora je zaprimila velik broj zahtjeva liječnika

**za pokretanjem sudskih postupaka u svezi s pogrešnim obračunom plaća i dodataka na plaću**

*Nakon što je ministar zdravstva Milan Kujundžić početkom ožujka obznanio Vladinu odluku da s liječnicima više ne namjerava pregovarati o isplati razlike nastale zbog pogrešno obračunatih plaća kod prekovremenog rada i dodataka na plaću, Hrvatska liječnička komora zaprimila je izuzetno velik broj zahtjeva liječnika u vezi s podizanjem sudskih tužbi.*

Komora je u veljači ove godine upoznala članstvo s Policom osiguranja pravne zaštite po kojoj su svi liječnici osigurani i u slučaju sudskih tužbi za pogrešno obračunavane plaću u sustavu COP-a. Ukoliko se liječnici odluče na tužbu Polica im je jamstvo sigurnosti u pokriću troškova u sudskom postupku.

► **Komorina pravna služba odgovorit će na svaki zaprimljeni zahtjev i upit**

Komorina pravna služba odgovorit će na svaki zaprimljeni zahtjev i upit i članovima pružiti sve potrebne informacije kao i pravni savjet u vezi sa sudskim postupkom u ostvarivanju prava na plaćanje onoga što su odradili i na što po svom ugovoru o radu imaju pravo.

Problem pogrešno obračunatih plaća kod prekovrenog rada i dodataka na plaću proteže se od 2013. godine. Već početkom slijedeće godine 17 osječkih liječnika podiglo je tužbe i prije nekoliko mjeseci dobilo pravomoćne presude po kojima im poslodavac, odnosno njihova bolnica mora isplatiti ukupno 850.000 kuna naknade.

No, kako je u Hrvatskoj sve moguće pa tako i različita praksa županijskih sudova po istom materijalno pravnom pitanju, donijete su i četiri pravomoćne presude u kojima su županijski sudovi odbili tužbeni zahtjev liječnika, dakle presudili su u korist njihovog poslodavca, odnosno bolnice.

Na takvu neujednačenu sudsku praksu žalio se i ministar zdravstva Kujundžić, pišući svom kolegi ministru pravosuđa Draženu Bošnjakoviću zatraživši da se „osobno angažira na ujednačavanju sudske prakse“. Bez obzira što se iz toga ministrova dopisa koji je procurio u medije moglo samo nagađati kojoj je sudskoj praksi skloniji – onoj po kojima je liječnicima priznato pravo, ili onoj po kojima su odbijeni, Hrvatska liječnička komora takav je postupak ocijenila neprimjerenim, izravnim i nelegitimnim pokušajem utjecaja državne vlasti na sudske odluke te grubim kršenjem Ustava RH koji proklamira demokratsku trodiobu vlasti i jamči neovisnosti i sudbene vlasti.

Ministar Kujundžić pokušao je ublažiti reakcije liječnika i čelnica Hrvatskog liječničkog sindikata obećao razgovore o navedenoj problematici. No, nakon treće runde razgovora, u ožujku ove godine predstavnicima HLS-a jasno je poručio kako Vlada RH, odnosno druga nadležna ministarstva, u analizi obračuna plaća putem COP-a „nisu našla nikakvih nepravilnosti“. Bio je to još jedan udarac liječnicima nakon što ih je i ova hrvatska Vlada izbacila iz pregovaranja o Kolektivnom ugovoru za zdravstvenu djelatnost.

► **19 pravomoćnih presuda u korist liječnika, četiri protiv njih**

Do sada su liječnici po tom pitanju pogrešnog obračuna plaća kod prekovremenog rada i dodataka na plaću podigli petstotinu



njak tužbi od kojih je do sada 19 pravomoćno dosuđeno u njihovu korist, a četiri su, kako smo već naveli odbijene.

S problemom obračuna plaća javnost je upoznata tek nedavno i to putem objavljenih ranije spomenutih pravo-

moćnih sudskih presuda. Sukladno spomenutim presudama, razvidno je da problem datira od 1. prosinca 2013. godine, odnosno otkad je na snazi zadnji Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog

osiguranja koji je potpisana bez predstavnika liječničkog sindikata koji iz kolektivnog pregovaranja izbačen po Zakonu o reprezentativnosti usvojenim 2014.

Po procjeni neovisne financijske stručnjakinje koju je angažirao Hrvatski liječnički sindikat ukupni dug lijećnicima kreće se od 1,2 miliarde do dvije milijarde kuna, odnosno između 100 i 800 kuna bruto mjesечно po liječniku, ovisno o tome koliko je prekovremenih sati odradio.

Po podacima Hrvatske liječničke komore u državnom sustavu radi približno 11.500 liječnika, od toga njih 70 posto radi prekovremeno jer ih nedostaje 30 posto ili oko 2500. Godišnje odrade 2,5 i tri milijuna prekovremenih sati.

Hrvatska liječnička komora već drugu godinu za redom sve svoje članove osigurava policom osiguranja pravne zaštite koja lijećnicima nudi osiguranje pravne zaštite u mnogim vrstama pravnih sporova. SŠH

## Obavijest o izgubljenim licencama

1. Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano Željki Ercegović, dr. med. Dana 20. prosinca 2014. za samostalno obavljanje poslova specijalista medicine rada na vremensko razdoblje od 20. prosinca 2014. do 19. prosinca 2020., serijski broj: 024258, proglašava se nevažećim.
2. Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano prof. prim.dr.sc. Veljku Đorđeviću, dr. med. dana 20. prosinca 2014. za samostalno obavljanje poslova specijalista psihijatrije i uže specijalnosti iz socijalne psihijatrije na vremensko razdoblje od 20. prosinca 2014. do 20. prosinca 2020., serijski broj: 0039067, proglašava se nevažećim.
3. Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano Drago Odak, dr. med. Dana 20. prosinca 2014. za samostalno obavljanje poslova specijalista radiologije na vremensko razdoblje od 12. prosinca 2014. do 20. prosinca 2020., serijski broj: 037475, proglašava se nevažećom.
4. Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano Dori Polšek, dr. med dana 27. veljače 2014. za samostalno obavljanje poslova liječnika opće medicine na vremensko razdoblje od 27. veljače 2014. do 26. veljače 2020., serijski broj: 021937, proglašava se nevažećom.

# RAD LIJEČNIKA TEMELJEM UGOVORA O DJELU — nedorečene zakonske odredbe



Dr. sc. Luka Vučemilo, dr. med., Povjerenstvo za mlađe liječnike, mladi@hlk.hr

Liječnici sve češće sklapaju različite ugovore s više poslodavaca za koje rade, pa tako uz ugovor o radu potpisuju i ugovor o djelu; rade i liječnici umirovljenici bilo na polovicu radnog vremena bilo puno radno vrijeme. Što točno znači liječiti temeljem ugovora o djelu? Na internetskim stranicama Ministarstva rada i mirovinskog sustava (<http://www.mrmps.hr/pitanje/ugovor-o-radu-ugovor-o-djelu/>) ponuđeno je pojašnjenje razlika između ugovora o radu i ugovora o djelu.

**Ugovor o radu** je radno-pravni ugovor koji se, u skladu sa Zakonom o radu (NN br. 93/14), sklapa radi zasnivanja radnog odnosa. Obilježja radnog odnosa su:

- radnik radi uvijek i isključivo po uputama i pod nadzorom poslodavca (riječ je o odnosu podređenosti, odnosno subordinacije),
- radnik poslove obavlja u propisanom radnom vremenu, ugovorenom radnom vremenu ili radnom vremenu koje pisanom odlukom odredi poslodavac,
- radnik isključivo osobno obavlja poslove,

- poslodavac je za obavljeni rad dužan radniku isplaćivati plaću u novcu i u propisanim razdobljima (najmanje jednom mjesечно),
- radnik je dužan poslove obavljati u prostorijama poslodavca ili na nekom drugom mjestu koje je odredio poslodavac.

**Ugovor o djelu** je ugovor obveznog, građanskog prava, koji se sklapa temeljem Zakona o obveznim odnosima (NN br. 35/05, 41/08 i 125/11, 78/15, 29/18). Obilježja ugovora o djelu su:

- izvođač radi za naručitelja samostalno i neovisno o naručitelju djela,
- izvođač u pravilu ne obavlja poslove u radnom vremenu, nego prema svojoj organizaciji,
- izvođač posao obavlja osobno, ali najčešće ga može povjeriti i trećim osobama,
- za obavljeni posao izvođač prima naknadu najčešće po obavljenom poslu, odnosno po predaji djela,
- izvođač posao obavlja u prostoru koji sam odredi.

Ako bi poslodavac s radnikom sklopio neki drugi ugovor za obavljanje posla koji s obzirom na narav i vrstu rada te

ovlasti poslodavca ima obilježje posla za koji se zasniva radni odnos, sukladno odredbi članka 10. stavka 2. Zakona o radu, smatra se da je s radnikom sklopio ugovor o radu, osim ako poslodavac ne dokaže suprotno.

Usporedimo li rad temeljem ugovora o radu i temeljem ugovora o djelu postavlja se pitanje mogu li liječnici liječiti u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama temeljem ugovora o djelu.

Zakon o liječništvu u članku 16. propisuje da liječničko zvanje liječnik može obavljati u radnom odnosu ili privatnoj praksi. Dakle Zakon o liječništvu ne poznačuje mogućnost obavljanja liječničke djelatnosti kroz ugovor o djelu.

Ugovor o djelu je obvezno pravni odnos kojim se uređuje odnos između naručitelja i izvođača određenog posla, a po završetku dogovorenog posla i ispunjenju ugovorenih obveza naručitelj i izvođač nemaju daljnji međusobnih obveza. Predmet ugovora o djelu je jednokratan posao, pri čemu je ključno postizanje određenog rezultata odnosno djela, a ne samo vrijeme rada.

*Temeljem ugovora o djelu izvođač*

*radi za naručitelja samostalno i u pravilu neovisno o naručitelju djela.* Je li moguće da liječnik s ugovorom o djelu (izvođač) radi samostalno u nekoj bolnici i neovisno o naručitelju (bolnici)? Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena djelatnost obavlja se u zdravstvenim ustanovama koje su organizirane na načelu organizacijskih ustrojstvenih jedinica (zavodi, klinike, odjeli). Ravnatelj organizira i vodi poslovanje, predstavlja i zastupa zdravstvenu ustanovu i odgovoran je za zakonitost rada. Svi voditelji odgovorni su za organizaciju rada i obavljanje zdravstvene djelatnosti u okviru pojedinih ustrojstvenih jedinica. Dakle, s ciljem uspješnog i sveobuhvatnog obavljanja zdravstvene zaštite zakonodavac je odredio da se zdravstvena djelatnost u ustanovama obavlja uz primjenu načela koordinacije, timskog rada i subordinacije. Slijedom toga postavlja se pitanje može li onda liječnik s ugovorom o djelu (izvođač) biti neovisan o drugim relevantnim subjektima (uprava, nadređeni kolega, članovi tima)?

*Temeljem ugovora o djelu izvođač u pravilu ne obavlja poslove u radnom vremenu, nego prema svojoj organizaciji te izvođač posao obavlja u prostoru koji sam odredi.*

#### **Gdje i kada liječi liječnik s ugovorom o djelu u javnoj zdravstvenoj ustanovi?**

Liječnik s ugovorom o djelu (izvođač) koji ima ugovor s nekom županijskom bolnicom, liječi u prostorijama naručitelja (dakle u prostorijama bolnice) služeći se svom infrastrukturom bolnice (materijalnom i ljudskom) i u vremenu koje mu odredi ravnatelj (npr. dežurstvo). Može li liječnik (bilo anestezilog, neurokirurg, liječnik koji izvodi gastroskopiju ili intervencijsko-radiološki zahvat) temeljem ugovora o djelu raditi za neku bolnicu kao izvođač radova neovisno o ravnatelju bolnice, bez uređaja i instrumenata koje posjeduje bolnica i izvan operacijske sale ili bolničke ambulante? Očito je da i u ovom slučaju postoje sva ona obilježja posla za koje se u pravilu zasniva radni odnos.

*Temeljem ugovora o djelu izvođač posao obavlja osobno, ali najčešće ga može povjeriti i trećim osobama.* Navedeno bi značilo da bi liječnik s ugovorom o djelu (izvođač) mogao povjeriti liječenje pacijenata i trećim osobama koji nemaju nikakav odnos s bolnicama. Znamo da liječnički posao nije "one man show" nego da se radi o timskom radu. Npr. ako liječnik anestezilog s ugovorom o djelu (izvođač) ne može liječiti (obaviti posao) osobno nego ga može povjeriti i trećim osobama, u kakvom su oni odnosu s ustanovom, tko je odgovoran za njihov rad i tko im na kraju plaća uslugu, tj. dobivaju li i anestezioški tehničari, medicinske sestre i drugi liječnici dio novca koji je ugovoren između izvođača (anestezologa) i naručitelja (bolnice)? Definira li ugovor o djelu odnos liječnika kao izvođača sa svim trećima i ostalim zaposlenicima bolnice s kojima mora neminovno surađivati?

Niz je pitanja. Tko je odgovoran za komplikacije liječenja koje su nastupile kao posljedica liječenja koje je vodio liječnik s ugovorom o djelu (izvođač)? Moraju li pacijenti biti upoznati s time da će ih liječiti liječnik s ugovorom o djelu (izvođač)? Ako je izvođač radova bio kirurg koji je samo jednokratno imao ugovor s određenom zdravstvenom ustanovom, kome će se obratiti pacijenti za kontrolni pregled: liječniku s ugovorom o djelu (izvođaču) ili liječniku koji je stalni zaposlenik bolnice, a koji nije sudjelovao u kirurškom liječenju te osobe? Kako zdravstvene ustanove ugovaraju s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje liječenje koje pružaju liječnici s ugovorima o djelu (izvođači)?

Koji opseg usluga ili koji se postupci ugovaraju temeljem ugovora o djelu između liječnika (izvođača) i zdravstvene ustanove (naručitelja)? Imaju li liječnici koji imaju ugovor o djelu ista prava i obveze kao liječnici koji imaju ugovor o radu s obzirom na činjenicu da ugovor o djelu nije radno-pravni odnos?

Cijelu priču dodatno komplicira zakonsko rješenje koje dopušta rad u mirovini, pri čemu umirovljenik koji radi do pola radnog vremena nastavlja primati mirovinu te dobiva i plaću. Ako umirovljenik radi više od polovice radnog vremena, obustavlja mu se isplata mirovine te dobiva samo plaću za navedeni rad. Međutim, navedeno vrijedi samo ako umirovljenik ima ugovor o radu s nekim poslodavcem ili sa zdravstvenom ustanovom. Radi li se o liječniku umirovljeniku koji sklopi ugovor o djelu sa zdravstvenom ustanovom, onda može raditi neograničeno vremena, zaraditi neograničeno novca i tom se umirovljeniku neće obustaviti isplata mirovine.

U prethodnom dijelu teksta navedeni su samo neki od potencijalnih problema kada pacijenata liječi liječnik (bez obzira bio oni umirovljenik ili ne) koji ima ugovor o djelu sa zdravstvenom ustanovom.

#### **Hoće li novi prijedlog Zakona o zdravstvenoj zaštiti ponuditi dio rješenja za navedena pitanja?**

Percipiraju li Ministarstvo zdravstva, zdravstvene ustanove i kolege liječnici liječenje temeljem ugovora o djelu kao sustavni problem? Hoće li zdravstvene ustanove i dalje sklapati nezakonite ugovore o djelu s liječnicima u svrhu liječenja pacijenata ili će se početi sustavno rješavati nedostatak liječnika u zdravstvenom sustavu?

# Liječnici koji su rođeni i diplomirali izvan Hrvatske

Krajem 2016. godine u Hrvatskoj je radilo oko 500 liječnika koji su rođeni i diplomu stekli u inozemstvu. Države u kojima su diplomirali prikazan je na slici 1, a istaknute su tri zemlje u kojima je diplomirao najveći broj liječnika koji rade u hrvatskom zdravstvu, a nisu rođeni u Hrvatskoj. Te zemlje su BiH sa 71 %, Srbija s 24 % i Makedonija s 4 % od ukupnog broja liječnika, koji su se rodili i diplomirali izvan Hrvatske. Sve ostale zemlje zastupljene su s manje od 1,5 % od ukupnog broja liječnika koji su diplomirali u inozemstvu.

## SLIKA 1

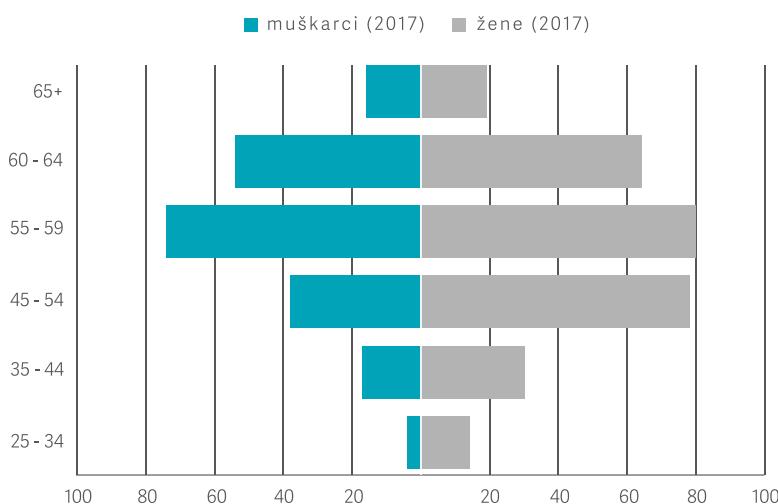
Liječnici koji su rođeni i diplomirali izvan Hrvatske, a zaposleni su u zdravstvenom sustavu Hrvatske – istaknute su tri zemlje iz kojih dolazi najveći broj tih liječnika

Izvor: Obrada autora prema podacima HLK-a; <https://mapchart.net/europe.html>



U razdoblju od ulaska Hrvatske u Europsku uniju pa do kraja 2016. godine u zdravstvenom sustavu naše zemlje zaposlilo se 30 liječnika iz inozemstva. Prosječna dob novozaposlenih liječnika stranaca na dan 1. 1. 2017. iznosila je 45 godina, a jednako je bilo liječnika i liječnica. Zemlje iz kojih se doselio najveći broj liječnika su Makedonija (32,3 %), BiH (19,4 %), Srbija (16,1 %), Sirija (9,7 %) i Slovačka (6,5 %), a ostatak liječnika doselio se iz Crne Gore, Litve, Rusije, Slovenije i s Kosova.

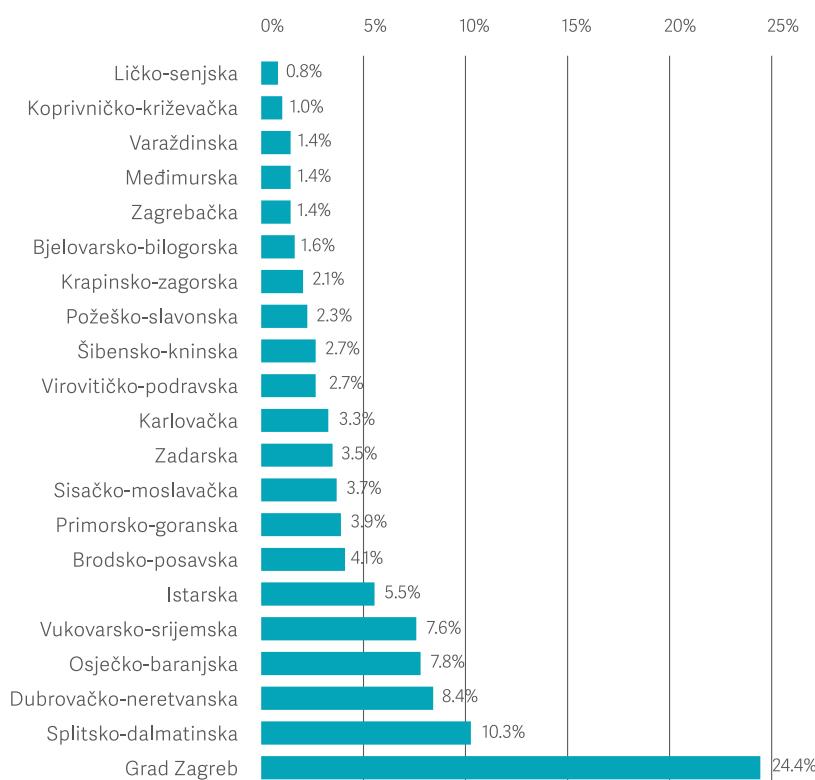
Županije u kojima je zaposlen najveći broj doseljenih liječnika su Grad Zagreb (12,9 %), Primorsko-goranska, Dubrovačko-neretvanska, Karlovačka, Istarska i Splitsko-dalmatinska (svaka s udjelom od 9,7 %). Županije u kojima se od ulaska Hrvatske u EU nije zaposlio nijedan inozemni liječnik su Varaždinska, Krapinsko-zagorska, Međimurska, Virovitičko-podravska, Bjelovarsko-bilo-gorska i Brodsko-posavska.

**SLIKA 2**

Dobno-spolna piramida liječnika koji su rođeni i diplomirali izvan Hrvatske (Izvor: HLK)

Iz dobno-spolne piramide možemo vidjeti kako su liječnici koji rade u hrvatskom zdravstvu, a kojima država rođenja i stjecanja diplome nije Hrvatska, većinom u dobnim skupinama iznad 45 godina. U ukupnom broju udio žena je 58,4 %, a muškaraca 41,6 %.

Raspored po županijama prikazan je na sljedećem grafikonu. Grad Zagreb i 4 županije obuhvaćaju gotovo 60 % liječnika koji su rođeni i diplomirali izvan Hrvatske.

**GRAFIKON 1**

Distribucija liječnika rođenih i diplomiranih u inozemstvu po županijama (Izvor: HLK)

# Čelnice HKLD-a o održavanju 25. jubilarnog kongresa Svjetskog saveza liječnika katolika

Pod nazivom „Svetost života i medicinska profesija od Humanae Vitae do Laudato Si“, u Zagrebu će se od 30. svibnja do 2. lipnja održavati 25. jubilarni kongres Svjetskog saveza liječnika katolika (World Federation of Catholic Medical Associations - FIAMC). Visoka pokroviteljica Kongresa je predsjednica Republike Hrvatske Kolinda Grabar Kitarović, pokrovitelj gradonačelnik Zagreba Milan Bandić, počasni predsjednik Kongresa je zagrebački nadbiskup kardinal Josip Bozanić, a Kongresu će nazočiti i Predsjednik papinske akademije za život Vincenzo Paglia.

Najzaslužniji što će se Kongres po prvi puta održati u Hrvatskoj su članovi Upravnog odbora FIAMC-a koji su u konkurenciji s ostalim državama izabrali Zagreb, ukazavši time povjerenje čelnicima Hrvatskog katoličkog liječničkog društva (HKLD), njegovoj predsjednici prof. dr. sc. Ani Planinc-Peraica i prof. dr. sc. Jasenki Markeljević, članici Upravnog odbora Europskog i Svjetskog saveza liječnika katolika.

Bio je to i povod za razgovor s čelnicama HKLD-a u kojem prof. Planinc-Peraica ističe da pripreme za održavanje Kongresa teku vrođe, da su izabrane teme i predavači. Ono što nas posebno veseli je da se prijavilo i 80-ak mladih članova i studenata za sudjelovanje u radionicama. Želimo motivirati mlade liječnike na suradnju i okupljanje oko ideje na zaštitu dostojanstva života od početka do njegovog

kraja, a što je i osnovno načelo u medicini koje se temelji na Hipokratovoj prisuzi koja datira od prije 2000 godina istaknula je Planinc-Peraica.

## > **Nelogično da se Europa odrekla svojih kršćanskih korijena i stvorila umjetni sekularizam**

Jubilarni 25. kongres FIAMC-a održava se u godini kada se obilježava i 50. godišnjica objave Enciklike pape Pavla VI. „Humanae Vitae“ (Ljudski život) nastale sredinom ljeta 1968., koja je svojevrsni odgovor na relativizaciju svetosti i dostojanstva ljudskog života i prokreacije prouzročenu društvenim kretanjima 60-tih godina prošlog stoljeća, te pete godišnjice pontifikata Pape Franje pretočene u enciklike Lumen fides i Laudato Si, ističe prof. Markeljević.

Na pitanje kako komentiraju nedavni poziv francuskog predsjednika Emanuela Macrona katolicima da se više uključe u društveni i politički život prof. Markeljević i Planinc-

Peraica ističu da je to logičan slijed jer je kršćanstvo u samim temeljima Europske unije te da je nelogično da se Europa odrekla svojih kršćanskih korijena, koji su civilizacijski prepoznati u djelima likovne umjetnosti, književnosti, glazbi, socijalnoj politici solidarnosti i supsidijarnosti. Duhovna je komponenta jako bitna za ljudsko postojanje i za aktivnost i u tom kontekstu Macronova izjava je

dobrodošla i smatramo je iskorakom koji će okupljati Europu, istaknule su čelnice HKLD-a.

Govoreći o radu Društva Planinc-Peraica navela je da su prije dvije godine proslavili 25. godišnjicu. Bili smo jedno od prvih laičkih društava osnovano odmah po uspostavi neovisne Republike Hrvatske, a cilj nam je bio da kroz njegov rad iskažemo svoja uvjerenja i pogledi na društvena i etička pitanja u liječničkoj struci, što nam u bivšoj državi nije bilo moguće.

Okupili smo osim liječnika i druge zdravstvene djelatnike, liječnike dentalne medicine, farmaceute i medicinske biokemičare, a zajedničko nam je poslanje promovirati etičke aspekte u našoj medicinskoj struci. Sustav vrijednosti naših članova je isti kao i svih liječnika koji su položili Hipokratovu prisegu. Tu nema nikakvog spora. Spor možda dolazi zbog zakonske regulative od kojih se najčešće spominju prekid trudnoće i eutanazija, a što se kosi s našim uvjerenjima, istaknula je Planinc-Peraica..

Promocija idealja „kvalitete života“ i „besmrtnosti“ uvjetovane posjedovanjem, zdravljem i fizičkom ljepotom, lingvističkim i socijalnim manipulacijama stvarajući privid civilizacijskog pomaka u biti otvara put u novu eugeniku transformirajući ideju „ljudskih prava“ u svoju suprotnost, ističe prof. Markeljević.



**Prof. dr. sc. Ana Planinic-Peraica i Jasenka Markeljević čelnice HKLD-a**

## > Nisu liječnici ti koji odlučuju o dolasku i odlasku s ovog svijeta

Mi liječnici u nekom trenutku odlučujemo o nečijem životu i u tome se uvijek moramo voditi strukom i etikom, a u interesu nam stalno mora biti zaštita života, pomoći ljudima. Naše poslanje nije da svakoga izlijecimo jer to i ne možemo, ali naše je poslanje da liječimo ljude, da im osiguramo dostojanstvene uvjete skrbi i liječenja, naglasila je dodavši da nisu liječnici ti koji odlučuju o dolasku i odlasku s ovog svijeta.

Čelnice HKLD-a smatraju kako se civilizacijski doseg jedne države ne mjeri ni visinom BDP-a, ni standardom već odnosom prema nezaštićenima, bolesnima, nemoćnim, hendikepiranima, nerodenoj djeci.

Oni se ne mogu braniti. Nažalost, pojedine države uvode zakone po kojima se rješavaju takvih osoba, odstranjuju ih iz sustava jer su, ili će postati socijalni teret društva. No, naše je poslanje da sve te kategorije shvaćamo kao dostojanstvena ljudska bića kojima treba pružiti svu potrebnu pomoći i skrb. Prema njima se nikako ne smijemo odnositi kao prema „otpadu“. Trebamo se suprotstaviti tzv. kulturi otpada na koju kao nehumanu i nedostojanstvenu čovjeka upozorava i papa Franjo, ističu čelnice HKLD-a podsjećajući da su temeljna načela Društva promicanja kršćanskih načela u zaštiti zdravlja naroda i čuvanju ljudskoga života od začeća do prirodne smrti.

U ostvarenju ciljeva Društvo potiče etičko-moralnu, zdravstvenu i stručnu izobrazbu svojih članova

prema zahtjevima vremena i nauku Katoličke crkve. Upravo je i održavanje 25. kongresa FIMAC u Zagrebu prava prigoda za razmjenu i produbljivanje svih saznanja i iskustava, zaključile su čelnice Hrvatskog katoličkog liječničkog društva.

Osim za liječnike i studente Na Kongresu će biti organizirani i programi za doktore dentalne medicine, farmaceute i medicinske biokemičare, ističe prof. Markeljević i dodaje da su u organizaciji Kongresa dobili značajnu logističku podršku gradonačelnika Zagreba Milana Bandića, Turističke zajednice grada Zagreba, Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora. SŠH

Više o organizaciji Kongresa može se saznati na web stranicama društva i kongresa [www.fiamccongress2018.com](http://www.fiamccongress2018.com).

## > PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U TRAVNU 2018.

<b>4. travnja</b>	Svečana proslava 120 godina OB „Dr. Josip Benčević“, Slavonski Brod (prim.dr. N. Leko)
<b>6. – 7. travnja</b>	Tribina HLK-a „Nesigurnost u medicini“, Dubrovnik
<b>7. travnja</b>	Gostovanje s projektom „Aktivna Hrvatska“ u Uredu predsjednice RH povodom Svjetskog dana zdravlja, Zagreb
<b>9. travnja</b>	Gostovanje u HRT-ovoj emisiji „Dobar dan Hrvatska“, Zagreb (doc.dr. T. Goluža, prof.dr. D. Vagić)
<b>9. travnja</b>	Sastanak Koordinacije komora u zdravstvu – KoKoZ, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, prim.dr. A.-Z. Golem)
<b>9. travnja</b>	Sastanak Radne skupine za informatizaciju HLK-a s temom GDPR i e-glasovanja, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
<b>10. travnja</b>	Otvaranje četrnaestog Croatian Student Summita, Zagreb (doc.dr. T. Goluža)
<b>10. travnja</b>	Sastanak s predstvincima HALMED-a vezano uz predmete od zajedničkog interesa, Zagreb (dr. M. Cvitković)
<b>10. travnja</b>	Sastanak koordinacije projekta HeMED, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, prim.dr. B. Ujević)
<b>12. travnja</b>	Predstavljanje knjige „Vukovarska bolnica-svjetionik u povijesnim olujama hrvatskoga istoka“, Ljubljana
<b>12. travnja</b>	Obilježavanje 10. godišnjice rada SB Akromion, Zagreb (doc.dr. T. Goluža)
<b>13. travnja</b>	CPME – Presidents' roundtable, sastanak predsjednika europskih liječničkih komora i asocijacija, Brussels (dr. I. Raguž)
<b>13. travnja</b>	Bal studenata medicine, Zagreb (prof.dr. D. Vagić)
<b>14. travnja</b>	CPME – Sastanak Radnih skupina i sjednice Odbora i Glavne skupštine, Brussels (dr. I. Raguž, dr.sc. M. Perić)
<b>14. travnja</b>	Ples liječnika, Split (doc.dr. T. Goluža)
<b>16. travnja</b>	Otvorenje 35. seminara Hrvatske proljetne pedijatrijske škole, Split (doc.dr. J. Markić)
<b>18. travnja</b>	Sjednica Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine, Zagreb (prim.dr. B. Ujević)
<b>19. travnja</b>	Predstavljanje knjige „Vukovarska bolnica-svjetionik u povijesnim olujama hrvatskoga istoka“, Sesvete-Zagreb
<b>21. travnja</b>	Sportsko-edukativni projekt „Aktivna Hrvatska“, Karlovac
<b>23. travnja</b>	Sastanak s osigurateljem vezano uz policu osiguranja pravne zaštite, Zagreb (dr. M. Cvitković)

<b>24. travnja</b>	Gostovanje na HRT-u, u Studiju 4, Zagreb (doc.dr. T. Goluža)
<b>25. travnja</b>	Tribina na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci s temom predstavljanja projekta HeMED (dr.sc. K. Luetić, prim.dr. B. Ujević)
<b>26. travnja</b>	Stručno predavanje o doniranju i transplantaciji organa, I. gimnazija, Osijek (prof.prim.dr. L. Zibar)
<b>27. travnja</b>	Konferencija "Hrvatska nacionalna sigurnost i vanjska i sigurnosna politika EU", Zagreb (doc.dr. T. Goluža)
<b>27. travnja</b>	Sastanak Radne skupine za Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, prim.dr. A.-Z. Golem, dr. I. Raguž)

## > SASTANCI TIJELA KOMORE U TRAVNJU 2018.

<b>4. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
<b>9. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
<b>10. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost
<b>10. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
<b>11. travnja</b>	Sjednica Izvršnog odbora
<b>18. travnja</b>	Tematska sjednica Izvršnog odbora
<b>19. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
<b>24. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
<b>24. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost
<b>24. travnja</b>	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
<b>1. – 30. travnja</b>	4 rasprave na Časnom sudu

# Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske liječničke komore i časopisa MEDIX

Rezultati testiranja za broj 127/128 (listopad/studeni 2017.)

Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena liječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu „Novosti u liječenju karcinoma pluća“ objavljenih u časopisu Medix broj 127/128 u studenome 2017. godine. Svi kandidati time su ostvarili 7 bodova, sukladno Pravilniku HLK. Napominjemo da posebne potvrđnice neće biti dostavljene, nego će se kao potvrda koristiti popis objavljen u Liječničkim novinama za svibanj 2018. godine, uz upis bodova u elektroničkom obliku.

Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

Uredništvo

Test znanja – Novosti u liječenju karcinoma pluća



Ispitanici sa riješenih 60% ili više

Red. br.	IME	PREZIME
<b>A</b>		
1	Dragan	Aksentijević
2	Izabela	Andrijašević Trivić
3	Željka	Antonić
<b>B</b>		
4	Anita	Bačić
5	Asip	Bajrami
6	Amil	Balić
7	Sandra	Balog
8	Bogoljub	Bančić
9	Mirjana	Barac-Santini
10	Sunčica	Bardač-Zelić
11	Sanja	Barić Santro
12	Mirjana	Barišić
13	Anita	Barišić
14	Vesna	Batagelj Matulja
15	Ivana	Bator Pavić
16	Branka	Beatović-Macut
17	Mara	Bekavac
18	Krunoslav	Benčić
19	Silvija	Benković
20	Nevenka	Benović
21	Snežana	Berger-Richter
22	Tončica	Bernardi-Martinović
23	Gabrijela	Bešlić

24	Ivica	Bilić
25	Tomislav	Bilić
26	Marija	Biškup
27	Dinka	Blaić
28	Ivana	Blažević
29	Silvana	Boban
30	Sandra	Bočkaj
31	Zvjezdana	Bodulović Mišić
32	Paolo	Bonas
33	Gordana	Borić
34	Branimir	Bošnjak
35	Igor	Brajković
36	Livia	Brisky
37	Tibor	Brisky
38	Nedjeljka	Brkić
39	Lorena	Brnjac
40	Olivera	Brodarić
41	Kristijan	Bučević
42	Nerina	Bulešić Lončarić
43	Melita	Buljan
44	Cecilia	Buljan
45	Josip	Buršić
<b>C</b>		
46	Deana	Cecić-Sule
47	Nikša	Cetinić
48	Snežana	Chamae
49	Karmen	Ciglar

50	Dubravka	Cikač-Gal
51	Ivan	Cikoja
52	Miranda	Copetti Modrčin
<b>Č</b>		
53	Marija	Čaklovic Božić
54	Zoran	Čekić
55	Ilijana	Čelebić
56	Ljiljana	Čičmak Smirnjak
57	Marija	Črneli
58	Dubravka	Čučak
59	Marina	Čulina
60	Željka	Čulina
<b>Ć</b>		
61	Željko	Ćorić
62	Marica	Ćurković
<b>D</b>		
63	Nada	Dašić
64	Danijela	Daus-Šebeđak
65	Milena	Dobrić-Šimundža
66	Nada	Dogan
67	Irena	Domić
68	Zlata	Domović
69	Ljiljana	Došen
70	Ivan	Dragoja
71	Vesna	Dragoja
72	Spomenka	Drašinac-Kurtagić
73	Nediljka	Dropuljić

74	Kristina	Dumančić
75	Nada	Dumančić
<b>D</b>		
76	Velimir	Duras
77	Sanja	Džankić
<b>E</b>		
78	Slavica	Ezgeta
<b>F</b>		
79	Tea	Fabijanić
80	Melda	Fabrio
81	Veljko	Flego
82	Lidija	Forster
83	Ljiljana	Fujs
<b>G</b>		
84	Slavica	Gabelica
85	Anja	Gaćina
86	Anton	Galić
87	Melita	Gašpartić
88	Dolores	Glavan Radić
89	Milka	Gložinić
90	Biserka	Grbčić-Mikuličić
91	Mirela	Grgić
92	Jelena	Grmuša Drobnjak
93	Zdravko	Grubešić
94	Barbara	Grubišić
95	Tajana	Gudlin Sbull

H		
96	Marina	Hajdić
97	Vlatka	Hajdinjak Trstenjak
98	Mirna	Hamoud-Bradić
99	Sanja	Hrastić
100	Marija	Hrastinski
101	Ivana	Huljev Šipoš
I		
102	Ana	Ikić
103	Amila	Iličić
104	Iva	Ivančić Ravlić
105	Josip	Ivić
106	Milica	Ivić-Tariba
J		
107	Durdica	Jadanić Dolovski
108	Vitomir	Jadrejčić
109	Jelena	Jagetić
110	Marijana	Jakić
111	Issam	Janbay
112	Jelena	Jančić
113	Boris	Jerbić
114	Martina	Jerbić-Cecelja
115	Milena	Jović
116	Jakov	Jozić
117	Danijela	Juras
118	Sanja	Jurić Banai
119	Lara	Jurković Jendrašić
120	Hrvoje	Jurlina
121	Margareta	Jurlina
122	Damir	Jusufović
K		
123	Slobodan	Kačar
124	Ana	Kajganić
125	Violeta	Kajić
126	Zvonko	Kajić
127	Alaedin	Karimani
128	Nenad	Kešin
129	Borivoj	Kezele
130	Inna	Kinach
131	Oskar	Kirchbaum
132	Alena	Klašterkova
133	Dubravka	Kolesarić
134	Božica	Kolundžić
135	Maša	Kontić
136	Branko	Koprić
137	Amalija	Korač
138	Sanja	Koričić
139	Aleksandar	Košeto
140	Zorko	Kovač
141	Brigita	Kovač-Retih
142	Lela	Kozić Šurović
143	Jasenka	Kranjčec-Jagić
144	Dražen	Krištofić
145	Branka	Križan
146	Vladimir	Križan
147	Barbara	Krizman Vuhinec
148	Katarina	Krnjak Miljančić
149	Olga	Krot
150	Glorija	Krtalić
151	Tamara	Kukovec

152	Tatjana	Kunštek-Kućanda	206	Slavica	Pančić	264	Ivan	Šumski
153	Vlatka	Kupinić Rožić	207	Nada	Paradovski	265	Branka	Šuperina
L								
154	Darko	Labura	208	Matea	Paradžiković Resli	266	Biserka	Šupraha
155	Doris	Ladavac	209	Tea	Pavić	267	Belita	Šurjak
156	Ksenija	Ladavac	210	Mirko	Pavošević	T		
157	Marija	Lajter Marenić	211	Silva	Pećanić	268	Damir	Tabak
158	Perislav	Lauš	212	Maja	Pehar	269	Agneza	Tadej Derenčinović
159	Veronika	Laušin	213	Boris	Peršić	270	Sonja	Tanfara
160	Marija	Lipovac-Mrđen	214	Sonja	Petković	271	Dušica	Tasovac
161	Dalibor	Lončar	215	Zdenka	Picukarić	272	Marinka	Tičić
LJ								
162	Divo	Ljubičić	216	Ana	Pivčić-Gombović	273	Zdenka	Tonković
M								
163	Mladen	Madjarević	217	Boris	Poljak	274	Natalija	Topolnjak
164	Miljenko	Maltar	218	Vesna	Poljak Herljević	275	Biserka	Topolovec-Galic
165	Anka	Mamić	219	Vlasta	Popić	276	Goran	Tošić
166	Vera	Mareš-Bratko	220	Ivana	Prgomet	277	Tomislav	Treščec
167	Veljko	Marić	221	Ivan	Pucović	278	Ivana	Trivić
168	Sanda	Marković	222	Božena	Puljiz	279	Marta	Trobonjača
169	Nada	Marković	223	Andrea	Putica	280	Gabriele	Turković
170	Martina	Markuković Sekovanić	224	Petar	Radaković	281	Milica	Turković
171	Ankica	Martić	225	Davorka	Radanović	282	Jasna	Tušek-Lončarić
172	Ivo	Martinović	226	Roberta	Rojnić Matejčić	U		
173	Dolores	Martinović	227	Rosanda	Rosandić-Piasevoli	283	Branko	Uhoda
174	Mirko	Matić	228	Damir	Rošić	V		
175	Mladen	Mercđep	229	Mira	Ručević	284	Ira	Verbanac
176	Josip	Mićić	230	Maja	Rudelić-Zadrović	285	Ljiljana	Vidošević
177	Zlatko	Mihaldinec	231	Ksenia	Scagnetti	286	Heda	Vidović Šehović
178	Pavica	Mijanović	232	Jelena	Schwennner-Radovniković	287	Mirjana	Vitasović-Grandić
179	Nenad	Mijić	233	Josip	Sekovan ić	288	Zdenka	Vodjerek-Matica
180	Melita	Mijić	234	Antonia	Sirovatka	289	Jadranka	Vojnić
181	Ljubica	Mikučić	235	Marijana	Skender-Oreb	290	Jelena	Vresk Špiranec
182	Darko	Mikuš	236	Ivana	Smoljanović	291	Miona	Vujević
183	Riva	Milić	237	Marin	Soldatić	292	Žana	Vujnović-Babaić
184	Stjepan	Miše	238	Rikard	Stanić	293	Veljko	Vukić
185	Nikica	Mlačić-Rožić	239	Marta	Stanić	294	Marija	Vukman
186	Sandra	Mladinić Tadin	240	Karmen	Stanić Jurašin	295	Morena	Vuković-Debogović
187	Igor	Molnar	241	Ljeposava	Stanimirović	296	Ivana	Vurdelja
188	Vedrana	Mrđen	242	Elizabeta	Staver-Nikolov	Z		
189	Biserka	Mrgan Tomičić	243	Karmen	Stipeč	297	Ružica	Zadro
190	Vjera	Munitić	244	Snježana	Stipković	298	Biljana	Zibar
191	Tamara	Mužić	245	Nevenka	Stojanović	299	Tamara	Zibar Abramović
N								
192	Tin	Nadarević	246	Dejan	Strahija	300	Branka	Zubak-Marić
193	Sandra	Neseš	247	Jadranka	Strugalo	301	Franka	Zuban
194	Ružica	Nikolić	249	Maja	Svilan	Ž		
195	Dubravka	Nikšić	250	Dubravka	Šalić Herjavec	302	Ivana	Žambor
196	Radmila	Nježić	251	Ivana	Šegvić	303	Branimir	Žarković
197	Dinko	Novaković	252	Katarina	Šestan	304	Maja	Žarković
198	Dragan	Novoselnik	253	Sonja	Šikanić	305	Sven	Želalić
O								
199	Jasminka	Obrovac-Gudelj	254	Nedjeljka	Šindija	306	Durđa	Žigmundovac Klaić
200	Manuela	Oharek	255	Tinka	Šipicki	307	Dražen	Žurić
201	Verica	Ojtović	256	Ivana	Širić	308	Dušanka	Žutić
202	Sonja	Orbanić	257	Ingrid	Škvorc-Marcus			
203	Nina	Oršanić	258	Jasminka	Šmider-Knezović			
P								
204	Nataša	Paić	259	Davorka	Špišić-Treursić			
205	Irena	Palaversa Musa	260	Aleksandra	Špoljarić			
			261	Boris	Štajduhar			
			262	Ivana	Štanfel			
			263	Vesna	Štefanac Nadarević			

# Magenta 1 ponuda za liječnike i njihove obitelji

## > Posebna ponuda Magenta 1 za liječnike kao privatne korisnike

Hrvatski Telekom članovima obitelji liječnika omogućava kombiniranje najboljih fiksnih i mobilnih usluga i najkvalitetniji sadržaj dostupan u ponudi HT-a kroz jedinstveni koncept telekomunikacijskih usluga Magenta 1.

Magenta 1 omogućuje, između ostalog, najbrži internet, televiziju nove generacije s najboljim TV sadržajem u Europi i to na svakom smart uređaju putem MAXtv To Go aplikacije, Pickbox – najveći videopaket filmova i serija, mogućnost gledanja TV sadržaja unatrag i 30 sati prostora za njegovo snimanje, te dodatne fiksne minute za razgovore prema zemljama EU i svijeta. A kao novost, u mobilnim tarifama, tu je dvostruko više internet prometa, SMS-ova, neograničeno telefoniranje te aplikacija po izboru koja ne troši internet.

Hrvatski Telekom liječnicima nudi ove mogućnosti:

**Najbolja L tarifa** uključuje 20 GB interneta po brzini do 350 Mbit/s, Stream On opciju s kojom bez potrošnje interneta koristite MAXtv To Go, YouTube, HBO Go, Pickbox, Netflix, kao i aplikaciju po izboru: Facebook i Messenger, Instagram, MAXtv To Go, WhatsApp, Pickbox, Viber ili HBO Go.

U tu tarifu su uključeni i neograničeni pozivi i SMS-ovi unutar mreže Hrvatskog Telekoma, te 10.000 minuta ili SMS-ova prema drugim mrežama. Mjesečna naknada za jednu takvu mobilnu tarifu za hrvatskog liječnika ili liječnicu iznosi 179 kuna, dok za više tarifa, od dvije do sedam, ako želite uključiti i ostale ukućane, mjesečna naknada iznosi 159 kuna.

## > Magenta 1 MAX 3 Premium

Ne želite biti ograničeni u izboru TV kanala i TV sadržaja koje želite gledati? Kod kuće se ne možete dogоворити s ukućanima što će se gledati na TV-u? Želite gledati svoje omiljene TV kanale na vikendici, putu ili godišnjem odmoru? Volite gledati kanale u HD rezoluciji? Ako ste odgovorili na više od dva pitanja potvrđno, ovo je ponuda za vas!

Uz MAX3 Premium fiksni paket u televiziji imate MAXtv Osnovni paket, Proširjeni paket, Max Arenu, Sport Klub i HBO Premium Paket, MAXtv To Go i Pickbox, sa svim najgledanijim sportskim, dječjim, filmskim i dokumentarnim TV programima. Možete gledati najveću videoteku sa serijama i filmovima, imate mogućnost istodobnog gledanja svih TV kanala na bilo kojem smart uređaju bilo gdje, mogućnost

korištenja svog smartphonea kao daljinskog upravljača za TV, kao i mogućnost gledanja propuštenog i snimljenog TV sadržaja u trajanju od 30 sati.

Internet je neograničen, te može biti brzine do 200 Mbit/s ovisno o tehničkim mogućnostima. Telefon u ponudi podrazumijeva neograničene razgovore prema svim nacionalnim fiksnim mrežama i 1.000 minuta poziva prema svim mobilnim mrežama u Hrvatskoj bez naknade za uspostavu poziva, 500 minuta poziva prema fiksnim mrežama zemalja EU i 50 minuta za razgovore sa svijetom (Bosna i Hercegovina, Srbija, Kosovo, Crna Gora, Švicarska, SAD, Kanada, Australija). Promotivna cijena mjesečne naknade je 324 kune. Svi privatni korisnici ulaze u Magenta 1 svijet ako u svom kućanstvu koriste internetsku vezu i najmanje jednu mobilnu liniju Hrvatskog Telekoma.

## > Poseban broj telefona samo za liječnike

U svrhu što boljeg snalaženja u svijetu telekomunikacija, HT je za članove liječničke komore pripremio poseban kanal komunikacije.

## > Kako saznati sve što Vas interesira?

Liječnik, platežno odgovorna osoba ili opunomoćenik tvrtke ili obrta, može ostvariti posebnu ponudu **isključivo na sljedeće načine:**

- pozivom na poseban broj **0800 7079**, gdje vas čekaju specijalizirani savjetodavni i prodajni agenti svakim radnim danom **od 8 do 16h**
- slanjem e-maila na posebnu e-mail adresu: [lijecnicka.komora@t.ht.hr](mailto:lijecnicka.komora@t.ht.hr)

**Ponudu može ostvariti isključivo član HLK-a bez obzira radi li se o ponudi za poslovne ili privatne korisnike.**

**U suradnji s RWE-om od 1. rujna 2017. za sve članove Komore osigurali smo najpovoljniju cijenu električne energije i plina na tržištu.**

## **BESPLATNO SAVJETOVANJE ZA UŠTEDU ZA ČLANOVE HLK**

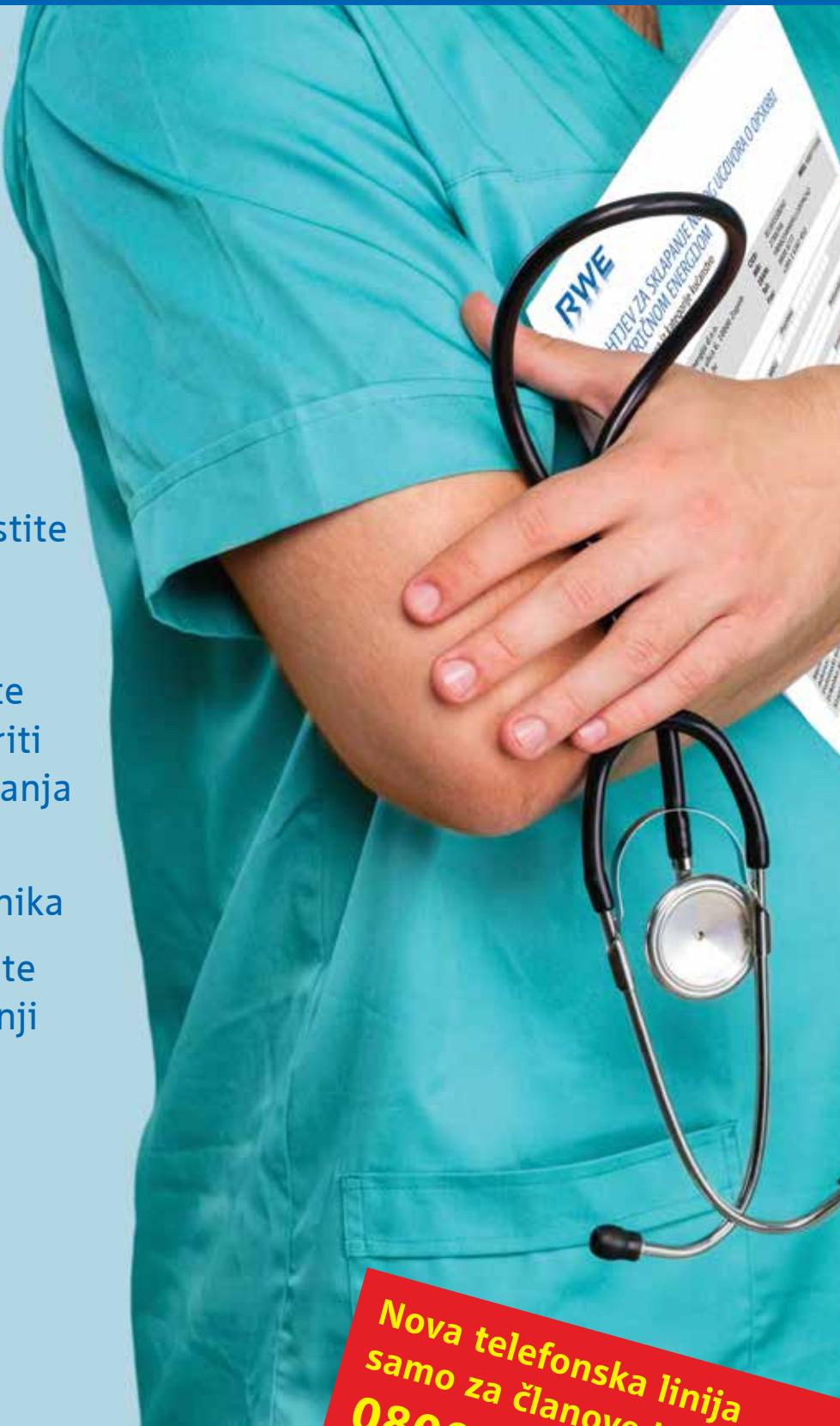
- 1.** Nazovite besplatni broj telefona **08008774** i iskoristite mogućnost besplatnog savjetovanja za uštede
- 2.** U kratkom vremenu očekujte poziv u kojem ćete dogovoriti termin besplatnog savjetovanja
- 3.** U dogovorenom terminu očekujte posjet RWE savjetnika
- 4.** Primijenite savjete i ostvarite **značajne uštede** na potrošnji struje, plina i vode



\*Besplatno energetsko savjetovanje za sada je moguće samo u Zagrebačkoj, Koprivničko-križevačkoj i Splitsko-dalmatinskoj županiji.

*Nova telefonska linija  
samo za članove HLK  
**0800 8774**  
Nazovite i dogovorite svoje  
besplatno savjetovanje!*

**RWE**



# BIOPSIIJA BUBREGA

## I ALGORITMI LIJEČENJA PRIMARNIH GLOMERULARNIH BOLESTI

*U Zavodu za nefrologiju, arterijsku hipertenziju, dijalizu i transplantaciju KBC-a Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu – Referalni centar za glomerularne i tubulointersticijske bolesti Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske, održana je od 20. do 22. ožujka praktična radionica „O biopsiji bubrega i algoritmu liječenja primarnih glomerularnih bolesti“.*

U dijagnostici parenhimskih bolesti bubrega zlatni standard predstavlja biopsija bubrega. Postupak biopsije najčešće se uči tijekom rutinskog rada pod supervizijom starijeg liječnika. No osim gledanja samog postupka, gotovo da nema mogućnosti praktične vježbe prije samog izvođenja biopsije na pacijentu. Izvođenje same biopsije samo je pola puta do dijagnoze. Patohistološka interpretacija rezultata

izuzetno je važan dio dijagnostičkog postupka, s kojim je liječnik kliničar najčešće samo teorijski upoznat, a bliska suradnja s patologom često je od presudne važnosti u postavljanju dijagnoze. Prepoznavši ove probleme u svakodnevnom radu odlučili smo u našem Zavodu za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju u KBC-u Zagreb, koji je Referentni centar za glome-

rularne i tubulointersticijske bolesti bubrega Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, organizirati prvu praktičnu radionicu biopsije bubrega gdje su polaznici u malim grupama imali priliku naučiti i izvježbati tehniku biopsije na umjetnim modelima, koristeći se različitim pištoljima i iglama, vježbati ultrazvučnu lokalizaciju bubrega na zdravim dobrovoljcima, sudjelovati pri izvođenju biopsija nativnih i transplantiranih bubrega pod kontrolom ultrazvuka i CT uređaja te pratiti postupak i tijek bioptričkoga materijala od biopsije, obrade u patološkom laboratoriju do postavljanja dijagnoze. Kako je cijeli koncept radionice baziran na praktičnom radu, polaznici su tri dana aktivno sudjelovali i u prikazima i raspravama dvadesetak zanimljivih slučajeva



Ustupljeno ljubaznošcu časopisa Medix

bolesnika s primarnim glomerulopatijama. Prezentirali su ih liječnici našeg Zavoda koji se u svakodnevnom radu bave glomerularnim bolestima. Polaznicima su prezentirali postupnike za zbrinjavanju pojedinih vrsta glomerularnih bolesti kako bi se standardizirao postupak s tim bolesnicima i ujedno čio način liječenja u različitim ustavama naše zemlje. U prvoj praktičnoj radionici biopsije bubrega sudjelovali su uglavnom polaznici postdiplomskog studija nefrologije koji su dobili prednost pri prijavi, a s nakanom da neki od njih nakon postdiplom-

skog studija stečeno teorijsko znanje unaprijede i primijene u konkretnom praktičnom radu. Kako je interes za školu premašio mogućnost sudjelovanja svih prijavljenih, u planu je već na jesen organiziranje druge praktične radionice biopsije bubrega, na kojoj će i ostali kolege moći sudjelovati i unaprijediti dijagnostiku bubrežnih bolesnika u svojim centrima. U radionici mogu sudjelovati specijalizanti i specijalisti nefrolozi, urolozi, pedijatri, intenzivisti, kao i svi ostali koji se u svakodnevnom radu susreću s potrebom biopsije bubrega. Zaintere-

sirani kolege mogu se javiti u tajništvo Zavoda radi predbilježe na e-adresu aleta.tomljanovic@kbc-zagreb.hr; tel 01/2388592 ili faks:01/2367468. Zadovoljstvo ovakvom radionicom koje su izrazili polaznici bit će poticaj za daljnji rad i daljnje usavršavanje praktičnih vještina izvođenja biopsije bubrega u školskom okruženju, gdje polaznici, lišeni stresa, mogu dobro uvježbati ovu tehniku i sigurno je primijeniti kod svojih bolesnika.

 Doc. dr. sc. MARIO LAGANOVIC

## Natječaj AMZH-a za dodjelu znanstvenih nagrada

- **Nagrada "Ante Šercer"** autoru iz Hrvatske za najbolji znanstveni rad objavljen u 2017. godini i
- **Nagrada "Borislav Nakić"** autoru iz Hrvatske mlađem od 35 godina za najbolji znanstveni rad objavljen u 2017. godini.

Kandidate mogu predlagati kolegiji i Glavni odbor AMZH-a, Znanstveno-nastavna vijeća medicinskih fakulteta, Hrvatski liječnički zbor i njegova strukovna društva te podružnice AMZH. Prijedlozi trebaju sadržavati: živo-

topis kandidata, publikaciju koja se predlaže za nagradu tiskanu u znanstvenim časopisima, detaljno obrazloženje i prijedlog za jednu od navedenih nagrada. Prijedlozi s kompletном dokumentacijom šalju se u tri primjerka i u elektronskom obliku (na CD-u ili USB stiku) na adresu: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Odbor za nagrade i priznanja, Praška 2/III, 10 000 Zagreb do 2. srpnja 2018. Info: Tajništvo AMZH-a, tel. 01/ 4640 586 ili 4828 662, fax 01/ 4828 038, e-mail: amzh@zg.t-com.hr, www.amzh.hr

**KOVACIC**  
KONZALTING

### STATISTIČKA OBRADA PODATAKA ZA ZNANSTVENE, DIPLOMSKE I DOKTORSKE RADOVE

Naš tim će učinkovito i brzo odraditi potrebne statističke analize (od deskriptivne statistike do složenijih multivarijatnih metoda) te Vam pomoći u interpretaciji rezultata, kao i eventualnim naknadnim korekcijama.

Nudimo statističku obradu podatka za istraživačke diplomske, magistarske i doktorske disertacije! Posebno smo verzirani za statističku obradu podataka za potrebe medicinskih i farmaceutskih studija. Cijena ovisi o kompleksnosti statističke obrade. Obratite nam se s povjerenjem!

Kovačić konzalting d.o.o. Ivana Gundulića 3, 21220 Trogir  
Tel./fax. 021/208-976 | e-mail: [kovacic.konzalting@gmail.com](mailto:kovacic.konzalting@gmail.com) | [www.kovacic-konzalting.com](http://www.kovacic-konzalting.com)



# SPECIJALNA BOLNICA **Akromion**

## *proslavila deset godina uspješna rada*

*Specijalna bolnica za ortopediju i traumatologiju „Akromion“ proslavila je sredinom travnja prigodnim programom i svečanom večerom deset godina uspješnoga rada koji je prije svega bio posvećen pacijentima i njihovu liječenju, ali i educiranju mladih stručnjaka.*

Prisjećajući se samih početaka, ravnatelj „Akromiona“ prof. dr. Nikola Čičak istaknuo je kako im je cilj bio stvoriti najbolju bolnicu toga tipa u ovom dijelu Europe, napraviti djelo koje će nadživjeti same osnivače. Krenuli smo od nule, ali naš je moto bio samopouzdanje, prijenos znanja, nabava najsuvremenije opreme te organiziranje rehabilitacije. I uspjeli smo te je „Akromion“ danas vodeća medicinska ustanova za sve operacije od vrata do stopala. U deset godina naši su liječnici pregledali više od 63.000 pacijenata i izveli oko 10.300 operacija u 64 različitim dijagnoza, od operacije kuka, koljena, ramena itd., rekao je ravnatelj Čičak.

„Uistinu je zadovoljstvo, čast i privilegija doći na proslavu ljudima koji su prije deset godina odlučili pokazati da je moguće promijeniti paradigmu





u zdravstvu“, istaknuo je predsjednik Hrvatske liječničke komore doc. dr. sc Trpimir Goluža. U deset ste godina težili izvrsnosti, ostvarili je i pokazali kako se predanim i mukotrpnim radom može uspjeti i nabolje mijenjati hrvatsko društvo. To nam je svima putokaz jer samo simbioza privatnog i javnog zdravstva može zajamčiti opstanak hrvatskoga zdravstvenog sustava i u tom kontekstu privatni sektor uvijek će imati podršku Komore. Navodeći da je u tijeku savjetovanje u vezi s Nacrtom zakona o zdravstvenoj zaštiti, ustvrdio je da je sada prilika da se rekonstruira postojeći zdravstveni sustav i konstituira onaj koji će biti održiv. Za to nam trebaju hrabri ljudi s vizijom i stoga pozivam sve kojima je Hrvatska na srcu da se uključe u izradu

novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Komora će u toj namjeri biti konstruktivan partner Ministarstvu zdravstva, poručio je doc. Goluža.

Ministar zdravstva Milan Kujundžić čestitao je vodstvu „Akromiona“ istaknuvši da su udarili standard i smjer kuda hrvatsko zdravstvo treba ići. Hrvatska se treba mijenjati, treba mijenjati zdravstveni sustav, treba stvarati centre izvrsnosti, a to mogu samo izvrsni. Trebamo se riješiti monopolja u zdravstvu, poručio je na kraju svoga govora ministar Kujundžić.

Slavlje su uveličali brojni uzvanici, među kojima su bili izaslanica grada načelnika Grada Zagreba, dr. sc. Ana Stavljenić-Rukavina, župan Krapinsko-zagorske županije Željko Kolar, načelnik općine Krapinske Toplice u

kojima se „Akromion“ nalazi, Ernest Svažić, veleposlanik Islamske Republike Iran Mohammad Reza Sadegh te mnogi sportaši, među njima gimnastičar Filip Ude, rukometničar Mario Vuglač i direktor Hrvatskog skijaškog saveza Vedran Pavlek.

Na svečanosti je ravnatelj Čičak uručio donaciju u vrijednosti od 40 tisuća kuna Željki Žnidarić, ravnateljici Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice.

Specijalna bolnica „Akromion“ najveća je privatna bolnica u Hrvatskoj. Otvorila je polikliniku u Zagrebu te ambulante u Splitu i Zadru.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

# Precizna dijagnostika tumora – korak prema izlječenju

Precizna je medicina pristup liječenju i prevenciji bolesti koji uzima u obzir varijabilnost u genskim obilježjima, okolini i načinu života svake osobe. Takav pristup omogućuje liječnicima i istraživačima da s većom točnošću predvide koji će načini liječenja i preventivne strategije za određenu bolest biti učinkoviti u određenoj skupini ljudi.

Sveobuhvatno gensko profiliranje jedna je od ključnih postavki precizne medicine i danas ima sve veću važnost u liječenju onkoloških bolesnika. Kako je danas poznato da većina ili gotovo svi tumori nastaju kao posljedica ili promjena u samim genima ili promjena

u regulaciji njihove funkcije, tako određivanje genskog profila tumora postaje prijeko potrebno te pomaže liječnicima da točnije dijagnosticiraju subtipove tumora i pomogne u izboru ciljane terapije. Ciljana terapija djeluje na posljedice genskih promjena (npr. blokira promijenjene signalne putove), te tako pridonosi uništavanju stanica tumora, uz bolju podnošljivost od klasične kemoterapije. Broj gena odgovornih za nastanak raka stalno se povećavao u posljednjem desetljeću. Zbog toga je sve teže odrediti najvažnije klinički važne genske promjene kod svakoga bolesnika. Broj dostupnih ciljanih lijekova također raste i sve je

teže odabrati pravi lijek za određenog bolesnika. Iako je onkološka terapija doživjela revoluciju u posljednjih nekoliko desetljeća i stope preživljjenja, posebice kod nekih onkoloških bolesti, su sve veće, još postoji velika potreba za boljim i učinkovitijim načinima liječenja. Postoje neki oblici zločudnih bolesti i stadija kod kojih gensko testiranje može imati najveći korist. Jedna od njih je rak pluća, karcinom od kojeg u Hrvatskoj svake godine umire najviše onkoloških bolesnika. Broj klinički važnih mutacija, koje su povezane s rakom pluća nemalih stanica, u posljednjem se desetljeću znatno povećao.

Klinički važne mutacije pronađene kod bolesnika s NSCLC 2004 godine\*



Prilagođeno iz Pao i Girard 2011†

Klinički važne mutacije pronađene kod bolesnika s adenokarcinomom pluća 2016 godine\*\*



Jordan et al. 2017\*\*

Postoji još nekoliko skupina bolesnika kojima genetsko testiranje može najviše pomoći u odabiru terapijskih opcija.

To su: **novodijagnosticirani bolesnici sa stadijem IV. rijetkih solidnih tumora za koje ne postoji izbor terapijskih rješenja u kliničkim smjernicama ili je on vrlo ograničen novodijagnosticirani bolesnici s vrlo agresivnim solidnim tumorima stadija IV.**, koji imaju lošu prognozu te ograničen odgovor na standardnu terapiju (npr. rak gušterače) **novodijagnosticirani bolesnici s tumorima nepoznatoga primarnog podrijetla**

- bolesnici sa stadijem IV. solidnih tumora koji su iscrpili sve terapijske mogućnosti temeljene na kliničkim smjernicama
- bolesnici sa solidnim tumorima čiji su biopsijski uzorci nedovoljni za provedbu svih potrebnih uobičajenih testiranja.

#### ► Foundation Medicine® – najbolja pomoć u odabiru terapije

Foundation Medicine® je molekularna informacijska kompanija kojoj je cilj promjena pristupa bolesnicima s malignim bolestima. Odluka o liječenju bolesnika zasniva se na razumijevanju molekularnih promjena koje su prouzročile nastanak bolesti i njezin razvoj. Na neki način ujedinjuje informatičku znanost, tehnologiju analize genoma, poznavanje biologije tumora i kliničku onkologiju.

FoundationOne® je provjerjen test za sveobuhvatno gensko profiliranje kojim se ispituju promjene u 315 gena povezanih s razvojem tumora te odabrani introni 28 gena koji su često promijenjeni u solidnim tumorima. FoundationOne® pronalazi sve vrste klinički važnih promjena gena te ih



povezuje s učinkovitim terapijskim rješenjima, a istodobno pruža pregled kliničkih istraživanja u koje bi se bolesnik, prema obilježjima svojeg tumora, mogao uključiti. FoundationOne® je potvrđeni i za određivanje mutacijskog opterećenja tumora (TMB) kao nestabilnosti mikrosatelita (MSI), što je važno u procjeni mogućega terapijskog odgovora na imunoterapiju.

#### ► FoundationOne® izvještaj prikazuje sve terapijske mogućnosti

Nakon odluke o provođenju testiranja te odabira i obrade tkiva, materijal se šalje na analizu u laboratorij u Penzbergu, u Njemačkoj, a rezultati i cjelokupni izvještaj koji pripremaju stručnjaci u Bostonu dostupni su unutar dva do tri tjedna. U opiplike 4 od 5 bolesnika, FoundationOne® izvještaj prikazat će klinički relevan-

tne terapijske mogućnosti, bilo da su one vezane za ciljanu terapiju koju je odobrila FDA ili da su trenutačno u fazi kliničkih ispitivanja. Gensko testiranje tumora već danas pruža kritične prognostičke i terapijske informacije, a postajat će sve važnije napretkom tehnologije i porastom dostupnih ciljanih lijekova.

Na stranici  
[genskotestiranje.hr](http://genskotestiranje.hr)  
doznajte koje  
su mogućnosti  
ciljanog liječenja

# HRVATSKOJ NEDOSTAJE subspecijalizacija iz dječje re/habilitacije

Poštovani,

na poticaj pravobraniteljice za osobe sa invaliditetom 2017. godine pokrenuta je izgradnja jedinstvene platforme za rehabilitaciju djece u koje postoji psihomotoričko odstupanje. Platforma treba ujediniti sustav zdravstva, školstva i socijalne zaštite te odrediti njenog voditelja (koordinatora). Hvalevrijedno je što su se predstavnici svih sustava u tome složili, ali ostaje nejasno koji bi stručnjak bio voditelj rehabilitacije (inačica za re/habilitaciju djece, najčešće u nezdravstvenim strukama je „rana intervencija“).

Specijalnost fizičke medicine i rehabilitacijske medicine u Europi organizirana je putem UEMS-ove Sekcije FRM-a (Europska unija medicinskih specijalista, Sekcija za fizičku i rehabilitacijsku medicinu). U pisanom dokumentu Bijela knjiga određeno je mjesto fizičke i rehabilitacijske medicine u Europi. Njome se definira specijalnost, njezin rad i kompetencije praktičara te odnos prema drugim medicinskim disciplinama i pridruženim zdravstvenim strukama.

Jasno su opisane kompetencije specijalista fizičke i rehabilitacijske medicine (poglavlje 11, fizička i rehabilitacijska medicina u djece):

1. Procjena razvoja djeteta: psihomotorni razvoj, pokret, osjet i kognitivni razvoj; testiranje i procjena stupnja razvoja.
2. Patofiziologija lokomotornog sustava u razvoju; interakcija između rasta i anomalija mišićno-koštanih i zglobovnih struktura.
3. Neuropedijatrija - cerebralna paraliza, spina bifida i mijelomeningo-

kela; infantilna spinalna amiotrofija; neuroortopediske posljedice neuroloških bolesti, prevencija, liječenje i nadzor.

4. Kongenitalne malformacije mišićno-koštanog sustava (kralježnica, udovi, skeletna agenezija, kongenitalne aplazije i displazije, displazija kuka, paralitičko stopalo s poremećajem svodova, ostale malformacije stopala).
5. Poremećaji rasta.
6. Nejednakost dužine nogu.
7. Idiopatska, kongenitalna, sekundarna skolioza.
8. Trauma kod djece: opće poznавање traume i rehabilitacije kod djece, posebno opeklina i amputacija.

Uslijed nedostatka subspecijalizacije iz dječje re/habilitacije sustavno dolazi do pogoršanja statusa fizijatra u procjeni psihomotoričkog statusa djece i indiciranja re/habilitacijskog liječenja. Postojanjem subspecijalizacije, fizijatri koji se bave navedenom kazuistikom pravovremeno bi i na pravi način re/habilitirali dječju, čime bi se na kvalitetan način koordinirao rad sustava zdravstva, školstva i socijalne zaštite. Sve prisutnije je uplitanje različitih suradnika u naše kompetencije koje smo stekli edukacijom na medicinskom fakultetu i preuzimanje dijela poslova za koje smo ospozobljeni i ovlašteni Komorinom licencom. Specijalisti fizičke medicine i rehabilitacije najkompetentniji su za procjenu funkcionalnog statusa lokomotornog aparata, a kada govorimo o fizijatrima koji re/habilitiraju dječju, spontana motorika od rođenja je „prozor“ ne samo u motorički već i psihički razvoj djece. Primarni pedija-

tar, neuropedijatar, neonatolog i ostale struke imaju sasvim drugačiji temelj specijalnosti. Dječji fizijatar se isključivo bavi psihomotoričkim razvojem novorođenčadi, dojenčadi i djece do njihove 18. godine. Rehabilitiramo dječju koja su imala razvijene psihomotoričke vještine, ali su ih uslijed neke bolesti ili ozljede izgubila, dok habilitiramo dječju koja nisu imala razvijene psihomotoričke vještine već su opterećena faktorima rizika i imaju ili potencijalno mogu razviti psihomotoričko odstupanje. U sustavu je nužno da liječnik fizijatar (dječji fizijatar) bude voditelj multidisciplinarnog tima koji obuhvaća stručnjake različitih profesija (sustav zdravstva, školstva i socijalne zaštite).

Isključivo bi dječji fizijatar trebao indicirati modalitet re/habilitacijskog liječenja u okviru Bobath koncepta, Vojta principa, klasične medicinske gimnastike ili nekog drugog oblika liječenja te potrebu za konzultacijom i intervencijom drugih struka, ovisno o jasno izrađenom individualnom planu. Kompetencije za re/habilitaciju, ali i odgovornost za ishod re/habilitacije djeteta, isključivo je na nama, dječjim fizijatrima. Fizijatri koji svaki dan rade s djećom donose odluke koje se odražavaju na život djece, mlađih i njihovih roditelja. Plan zbrinjavanja, izrada kratkoročnih i dugoročnih ciljeva u sklopu ambulantne i/stacionarne re/habilitacije, broj posjeta koji su potrebni da bi se postigao željeni učinak i evaluacija učinkovitosti samo su neke od tih kompetencija. Uspjeh re/habilitacije ovisi o više čimbenika, kao što su veličina i lokalizacija oštećenja, početak re/habilitacije i njezina kvaliteta, suradnja roditelja, odgovor djeteta na terapije te pridruženost senzornih, perceptivnih, kognitivnih i drugih oštećenja. Za optimalnu re/habilitaciju potrebno je

# 'Moderne' bolesti kože

znanje pedijatrije, dječje ortopedije, logopedije, psihologije, karakteristika normalnog rasta i razvoja, uz poznavanje principa rehabilitacijske medicine. Onaj koji liječi mora poznavati djetetovu bolest, pridružene poremećaje i funkcionalne deficite proizašle iz bolesti. Nakon završetka specifičnih edukacija iz dječje rehabilitacije (Bobath koncept, Vojta princip itd.) fizijatar je kompetentan da prepozna odstupanja u psihomotoričkom razvoju i simptome neurorizika, da procijeni potrebu uključivanja djeteta u program fizičke terapije i prati uspjeh fizikalnoterapijskih modaliteta.

Napominjemo da je uslijed nedostatka subspecializacije već 2. prosinca 2013. pokrenut register fizijata koji se bave dječjom re/habilitacijom; ima ih četrdeset i sedam.

HZZO je početkom 2016. usvojio novu DTP šifru SK125, koju provodi doktor medicine - specijalist fizičke medicine i rehabilitacije – dječji fizijatar

U siječnju 2016. publicirane su prve Nacionalne smjernice za dječju re/habilitaciju (autori: prof. dr. sc. Valentina Matijević, prim., dr. med., i Jelena Marunica Karšaj, dr. med.). U njima su, po prvi puta u Hrvatskoj, detaljno izneseni hodogrami obuhvata i frekvencije prvog i kontrolnog pregleda djeteta od najranije dobi, što je posao dječjeg fizijatra i suradnih stručnjaka. Na adekvatan su način povezani sustav zdravstva, školstva i socijalne zaštite.

Nestručnost i nekompetentnost povlače za sobom loš ishod re/habilitacije sa svim svojim zdravstvenim, ali i ekonomskim posljedicama (utjecaj na dužinu i kvalitetu re/habilitacije, multipliciranje troškova...). Nadamo se da će iz svega navedenoga jasna kompleksnost, specifičnost i osjetljivost re/habilitacije djece.

Prof. dr. sc. Valentina Matijević, prim., dr. med., specijalist fizičke medicine i rehabilitacijske medicine, uže područje rada dječja re/habilitacija  
[valentina.matijevic@gmail.com](mailto:valentina.matijevic@gmail.com)

Naša koža nije samo zaštitni omotač, ona je organski sustav koji upravlja tjelesnom temperaturom, osjeća bolne i ugodne podražaje, sprječava tvari da uđu u tijelo i pruža zaštitu od štetnog djelovanja sunca.



## PSORIJAZA

Psorijaza je kronična upalna bolest kod koje dolazi do povećanog zadebljavanja dijelova zahvaćene kože. Radi se o nizu upalnih procesa kože potaknutih reakcijom na vlastite stanice, za što postoji genetska predispozicija. Najčešće se nalazi na laktovima, koljenima, vlasisti, genitalno i na trupu. Osim kože i noktiju, može zahvaćati i zglobove. Liječenje psorijaze može uključivati lokalne lijekove, na primjer kortikosteroide, analoge vitamina D ili retinoide, sistemske lijekove poput metotreksata, biološke lijekove, fototerapiju, redukciju stresa i sredstva za vlaženje kože.

## VITILIGO

Predstavlja bolest kože i sluznice koju karakterizira nestanak pigmentacije na manjim ili većim područjima, uključujući i lice. Genetski faktor je jedan od čimbenika razvoja vitiliga. Nije opasan za ukupno zdravje organizma, no može uvelike utjecati na kvalitetu života, a pojavljuje se najčešće oko 20. godine, s jednakom mogućnošću kod oba spola. Kao vrlo djelotvorna terapija pokazala se fototerapija. Nadalje, mogu se primjenjivati i lijekovi na bazi kortikosteroida te vitamin D. U Poliklinici Bagatin dobre rezultate repigmentacije, postižemo tretmanom Dermapenom. Kožu potiče na obnavljanje pomoći sitnih kurirških iglica koje izazivaju vertikalne ubode na koži pod 90 stupnjeva, a to površinsko oštećenje kože potiče obnovu.

**Poliklinika Bagatin** | Kneza Višeslava 14/2  
 01/46 10 225 | [info@poliklinikabagatin.hr](mailto:info@poliklinikabagatin.hr)

[www.poliklinikabagatin.hr](http://www.poliklinikabagatin.hr)



26.5.2018.

## Komunikacija s pacijentima - biti stručan i ostati čovjak

Interaktivna radionica u hotelu **Sheraton** od **09.00h** do **13.30h**

Ciljevi komuniciranja u zdravstvenoj djelatnosti su razumijevanje, poštovanje, sigurnost, stručnost, toplina te mir osoblja. Posebno treba istaknuti važnost sadržaja i razumljivost informacija. Želimo potaknuti zdravstvene djelatnike da prepoznaju trenutke u kojima je važna empatija kako bi uočili potrebe sugovornika te tako spriječili moguće pogreške u razumijevanju i komunikaciji.

Cijena  
**1.500 kn**

Prijave na web: [www.bagatinakademija.hr/programi](http://www.bagatinakademija.hr/programi) ili na mail: [info@bagatinakademija.hr](mailto:info@bagatinakademija.hr)

# SURADNJA BOLESNIKA I LIJEČNIKA

## ključna je za uspješnu prevenciju moždanog udara u oboljelih od nevalvularne fibrilacije atrija

PROF.DR.SC. VLADIMIR TRKULJA, ZAVOD ZA FARMAKOLOGIJU, MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U ZAGREBU  
PROF.DR.SC. VIKTOR PERŠIĆ; KLINIKA ZA LIJEČENJE, REHABILITACIJU I PREVENCIJU BOLESTI SRCA I KRVNIH ŽILA,  
SPECIJALNA BOLNICA ZA MEDICINSKU REHABILITACIJU BOLESTI PLUĆA, SRCA I REUMATIZMA THALASSOTHERAPIA OPATIJA

Neadekvatna suradljivost bolesnika čest je uzrok neuspjeha liječenja, a bolesnikovo razumijevanje potrebe za terapijom baš u onom obliku i na način na koji je preporučena važno je za unaprjeđenje suradljivosti. No, bolesnik i kada razumije preporuku ne mora se s njom slagati, a ako se pak slaže, ne znači da će je se pridržavati<sup>1</sup>. Stoga, za dobru *suradljivost* nije potrebno samo razumijevanje već cjelovit(ij)a *suradnja*. U tom je smislu prevencija moždanih udara/ sistemskog embolizma antikoagulansima u bolesnika s nevalvularnom atrijskom fibrilacijom (NVAF) specifična: a) mnogi bolesnici s NVAF imaju samo povremene ili nemaju simptoma, a trebaju terapiju koja na te simptome niti ne djeluje; b) terapija je doživotna i mora biti redovita; c) i ljudi koji uzimaju adekvatnu terapiju doživljavaju moždani udar; d) NVAF je bolest starije životne dobi pa oboljeli pate od niza istodobnih bolesti i uzimaju veći broj lijekova, što povećava mogućnost grešaka; e) sve postojeće opcije uz sniženje rizika tromboembolijskih događaja mogu povećati rizik ozbilnjih krvarenja - neadekvatna primjena može rezultirati ne samo izostankom terapijskog učinka, već i teškim štetnim učinkom. U ovoj je situaciji, dakle, doista potrebna *potpunija suradnja* bolesnika i liječnika<sup>2</sup>. Smjernice Europskog kardiološkog društva podupiru centralnu poziciju bolesnika u liječenju NVAF - liječenje je kompleksno i obuhvaća i kontrolu ritma i frekvencije. Suradnja znači aktivnu ulogu bolesnika u odluci o provođenju terapije i izboru modaliteta<sup>2</sup>. Nažalost, spoznaja da postupak prevencije nije uspio dolazi tek kada se događaj

(moždani udar, krvarenje) dogodi. Stoga je potrebno poduzeti mjere koje mogu doprinijeti uspjehu. Neke od informacija nužno je podastrijeti bolesniku.

### ► NVAF i rizik tromboembolijskih događaja

NVAF je glavni pojedinačni čimbenik rizika za moždani udar<sup>2</sup>. Osobe s NVAF u dobi iznad 50 godina imaju oko 2.5-4.5 veći rizik da će tijekom iduće 3 godine doživjeti moždani udar nego ljudi bez NVAF. Osim mogućnosti „otkidanja“ ugruška koji nastane u lijevom atriju (tromboembolijski mehanizam), uz NVAF je i generalno povišena sklonost krvi ka zgrušavanju (aktivirani trombociti). Posljedica je akutna ishemija mozga (moždani udar ili tranzitorna ishemijска ataka, TIA), ili bilo kojeg drugog organa (sistemska tromboembolizam), što se događa znatno rjeđe. Moždani udari u bolesnika s NVAF imaju višu smrtnost i teže neurološke posljedice nego oni u bolesnika sličnih svojstava, ali bez NVAF<sup>2,3</sup>. Rizik događaja podjednak je za sve oblike NVAF, neovisno o tome ima li bolesnik simptome NVAF ili nema, niti se može smanjiti kontrolom ritma/frekvencije. Vjerojatnost događaja u bolesnika s NVAF ovisi o spolu, dobi i drugim bolestima, prvenstveno prethodnom moždanom udaru/TIA ili drugom tromboembolijskom događaju, popuštanju srca, hipertenziji, dijabetesu i krvžilnim bolestima (periferna arterijska ili koronarna bolest srca)<sup>2</sup>. Za muškarca

s NVAF u dobi <65 godina bez ijedne spomenute bolesti, vjerojatnost događaja iznosi 0.3%/godinu dana. Za ženu potpuno istih svojstava rizik se procjenjuje na 0.9%. S porastom dobi i „dodatakom“ bolesti, vjerojatnost raste sve do oko 18%/godinu dana. Kad rizik prelazi 1% godišnje, potrebna je profilaksa. To je „standard dobre prakse“<sup>2</sup>. Jasno je: a) rizik s vremenom raste: ljudi stare i/ili poboljevaju od bolesti koje ga povećavaju; b) može biti teško shvatiti **zašto** bi trebalo „nešto poduzeti“ oko događaja koji se vjerojatnije neće dogoditi nego što hoće. S javnozdravstvenog stanovišta stvar je jasna. Kad bi za sve ljude s NVAF u Hrvatskoj godišnji rizik moždanog udara bio samo 2% - to bi značilo oko 1600 bolesnika s događajem od kojih se **većina** mogla spriječiti! Na individualnoj razini, rizik od 2% - 2 od 100 bolesnika - znači da događaj može „pogoditi“ bilo kojega od njih s istom vjerojatnošću, a ako je „pogodio“ jednoga, to ne smanjuje rizik za drugoga.

### ► Tromboprofilaksa u bolesnika NVAF: uspješnost i rizik važnih krvarenja

Adekvatnu zaštitu pružaju samo oralni antikoagulansi. Rizik se može smanjiti gotovo za 70% (npr. s 10% nad 3%)<sup>2</sup>. To je **trostruko sniženje rizika**. Određeni rizik događaja i dalje postoji, međutim **uvelike je smanjen rizik koji donosi NVAF** (povećava rizik oko 2.5-4.5 puta, a dobra tromboprofilaksa ga smanjuje za oko 3 puta).

Naličje tromboprofilakse je rizik krvarenja. Ona se klasificiraju prema kliničkoj važnosti, a svakako bismo željeli izbjegći tzv. „velika krvarenja“ - veliki gubitak krvi/ potreba za transfuzijom najmanje dvije jedinice krvi, smrtonosna krvarenja, krvarenja u lubanjsku/kralješničnu šupljinu ili u mozak/leđnu moždinu<sup>4</sup>. NVAF sama po sebi **ne povećava rizik velikih krvarenja**, ali istodobne bolesti **povećavaju rizik**: dakle, ona su moguća i u ljudi s NVAF koji ne primaju nikakvu antikoagulatnu terapiju i rizik iznosi oko 1.4% godišnje<sup>5</sup>. Čimbenici koji povećavaju rizik su: dob iznad 65 godina, inhibitori agregacije trombocita, nesteroidni protuupalni lijekovi, konzumacija alkohola > 1 pića dnevno, prethodni moždani udar ili krvarenje, sistolički tlak >160 mmHg, ciroza ili lezija jetre, smanjena funkcija bubrega/ dijaliza. Kombinacijom čimbenika, rizik raste do oko 10%/godinu dana<sup>5</sup>. Međutim: (i) na svakoj razini „osnovnog rizika“ za velika krvarenja, dobro provedena antikoagulantna terapija ga tek neznatno, ako uopće, povećava; (ii) visok rizik za velika krvarenja *nije razlog* za neprovodenje antikoagulantne terapije, a mnogi čimbenici koji ga podižu mogu se ukloniti/korigirati (inhibitori agregacije trombocita, nesteroidni protuupalni lijekovi, alkohol, hipertenzija, anemija)<sup>2</sup>. U vezi velikih krvarenja važno je i pitanje može li se antikoagulantna aktivnost brzo ukloniti: to je važno u akutnom zbrinjavanju ili da bi se spriječila nekontrolirana krvarenja kada je indiciran hitan operativni zahvat.

## ► Mogućnosti antikoagulacijske profilakse u bolesnika s NVAF

Varfarin i novi oralni antikoagulansi (NOAK) – dabigatran (izravni inhibitor trombina), rivaroksaban, apiksaban i edoksaban (inhibitri faktora Xa) – uspješni su u ovoj indikaciji<sup>2</sup>. Pokazatelj da varfarin ima antikoagulantni učinak uz prihvatljiv rizik krvarenja jest INR u rasponu 2.0-3.0. Varfarin je izrazito variabilan, što kompliciraju brojne interakcije s hranom, biljnim pripravcima ili sokovima i drugim lijekovima, pa su potrebne redovite kontrole INR i adaptacije doze – svaka 2-3 dana u početku, a ako se postigne INR 2.0-3.0, u tjednim, 2-tjednim i 4-tjednim intervalima (u „stabilnih“ bole-

snika). Kontrole rjeđe od svaka 4 tjedna nisu svrshodne. U mnogih ljudi stabilni INR 2.0-3.0 jednostavno nije moguće postići. Dugoročno, potrebno je da bolesnik barem oko 65% vremena („optimizirani varfarin“) provede s vrijednostima INR u tom rasponu (tzv. vrijeme u terapijskom rasponu, TTR, određuje se na temelju mjerena u propisanim intervalima metodom linearne interpolacije). Pod tim uvjetima, u starijim kliničkim studijama u usporedbi sa stanjem bez profilakse, varfarin je snizio rizik tromboembolijskih događaja za oko 65%, bez da je povećao rizik velikih krvarenja<sup>2</sup>. U praksi, to je praktično nemoguće postići u značajnijeg broja ljudi ako nema široko dostupnih (bez uputnica, čekanja) antikoagulacijskih ambulanti, precizne evidencije mjerena, automatiziranog izračuna TTR i adaptacija doze, ili mogućnosti samomjerena i elektronske komunikacije informacija.<sup>6</sup> Antikoagulantni učinak nestaje 2-3 dana nakon zadnje doze ili brže uz dodatak vitamina K, a može se ukloniti unutar nekoliko sati infuzijom svježe smrznute plazme ili humanog protrombinskog kompleksa. Primjena NOAK je jednostavnija: učinak je stabilan, predvidiv, nema potrebe za nadzorom koagulacije i imaju manje važnih interakcija. Svi imaju „standardne“ i „niže“ doze za ljude starije od 80 g. i/ili s umjerenom smanjenom bubrežnom funkcijom, ali su, za razliku od varfarina, kontraindicirani u teškom zatajenju i u dijaliziranih<sup>2</sup>. U velikim kliničkim studijama NOAK su u odnosu na optimizirani varfarin blago do umjerenog izraženije snizili rizik tromboembolijskih događaja uz isti i/ili nešto niži rizik velikih krvarenja, a znatno niži rizik intracerebralnih krvarenja, uz blago niži rizik smrti bilo kojeg uzroka<sup>2</sup>. Slično postižu i u dnevnoj praksi. U dvije velike studije u „dnevnoj praksi“ u Danskoj<sup>7,8</sup>, za dabigatran je, primjerice, za obje doze pokazano da u odnosu na optimizirani varfarin slično snižava rizik tromboembolijskih događaja uz znatno manji rizik velikih i intracerebralnih krvarenja i smrti bilo kojeg uzroka (tablica 1). Za neke druge NOAK to, međutim, nije pokazano, pogotovo za „niže“ doze, gdje su neki pokazali trend ka nešto većoj učestalosti velikih krvarenja (ali ne intracerebralnih) ili višu smrtnost<sup>7,8</sup>. Od NOAK, jedino za dabigatran

postoji specifični „antidot“: jednokratna primjena monoklonskog protutijela (idarucizumab) praktično trenutno potpuno dokida antikoagulantni učinak i djeluje oko 24 sata<sup>9</sup>. Skupe intervencije za „obnovu“ koagulantnog sustava – aktivirani protrombinski kompleks ili rekombinantni faktor VIIa – upitne djelotvornosti protiv inhibitora faktora Xa<sup>10,11,12</sup>. To nisu zanemarive činjenice: u velikim studijama oko 2.0-2.5% bolesnika/godinu dana (25/1000 liječenih na godinu) koji su koristili NOAK našlo se u situacijama kada je bilo potrebno brzo ukloniti antikoagulantnu aktivnost (intrakranijska/intracerebralna ili jako opsežna krvarenja, neodgovidi kirurški zahvati poput akutnog abdomena, disecirajuće aneurizme, politrauma). I tu je izvjesno potrebno medicinsko znanje u „prvom probiru“ opcija NOAK-a s već izgledima za uspjeh.

## ► Preferencija bolesnika

Odluka o potrebi tromboprofilaktičke terapije u nadležnosti je liječnika, no odluka o tome hoće li se provoditi i kako mora se donijeti u suradnji liječnika i bolesnika. Osim svojstava bolesnika, lijekova i okolnosti sustava, za uspješnu tromboprofilaksu važna je bolesnikova motivacija, a izgledi za to su veći kada je izabrana terapija u skladu s individualnom preferencijom koja može biti sasvim subjektivna, ali važna za osjećaj zadovoljstva i kvalitetu života. Primjerice, pojedinac može biti izrazito motiviran za redovite kontrole, ali ne želi prihvatiti ograničenja prehrane u terapiji varfarinom (sok brusnice, grejpa, zeleno lisnato povrće, brokula) ili ne želi prekinuti koristiti neke biljne preprate „jer mu čine dobro“ (sve interferira s varfarinom). S druge strane, nekome može biti važno da se liječi „novom, modernom“ terapijom NOAK-ima, uz dodatnu mogućnost da se antikoagulantno djelovanje takve terapije može trenutno prekinuti. Iako su događaji (politrauma, hitni kirurški zahvati) kada je potreban trenutan prekid antikoagulantne terapije sveukupno razmjerno rijetki, bolesnici s NVAF izražavaju preferenciju da budu informirani o postojanju terapije za koju postoji mogućnost brzog djelotvornog uklanjanja antikoagulantnog učinka.

Incidencija i smrtnost od moždanih udara u Hrvatskoj među najvišima su u Europi, a u više od trećine događaja u podlozi je NVAF<sup>13</sup> – dobra profilaksa tu činjenicu može dramatično izmijeniti.

Na kraju, dobrobit bolesnika koji je pred njim glavni je motiv liječnikovih postupaka, odluka i sugestija. Međutim, liječnik bi trebao razmišljati i o dobrobiti za „populaciju i sustav“. Male relativne ili apsolutne razlike u broju neželjenih događaja (moždani udari, sistemski embolizam, teška krvarenja) između lijekova, u populaciji (velik broj liječenih) se pretvaraju u znatne apsolutne brojke - ukupno, broj bolesnika koje su takvi događaji zadesili može biti impresivno manji ili veći (1 od 100 na godinu dana postaje 100 od 10000 ili 500 od 50000), pa time i opterećenje (radno, finansijsko) za sustav može biti i relevantno veće ili manje. To vrijedi i za mogućnost brzog i djelotvornog otklanjanja antikoagula-

gulantnog učinka, za sad jedino moguće kod dabigatrana, naspram utroška skupih intervencija (aktivirani humani protrombinski kompleks, rekombinantni faktor VIIa) bez jasne kliničke koristi.

### ► Reference:

- Dudley N. Importance of risk communication and decision making in cardiovascular conditions in older patients: a discussion paper. Qual Health Care 2001; 10:i19-i22.
- Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D et al. 2016 ESC guidelines for management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016; doi: 10.1093/euroheartj/ehw210.
- Jorgensen HS, Nakayama H, Reith J et al. Acute stroke with atrial fibrillation in Europe: data from a multicenter multinational hospital-based registry (the EU stroke project). Stroke 2001; 32:392-928.
- Schulman S, Kearon C. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic products in non-surgical patients. J Thromb Haemost 2005; 3:696-694.
- Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation. Chest 2010;138:1093-1100.
- Baker WL, Cios DA, Sander SD et al. Meta-analysis to assess the quality of warfarin control in atrial fibrillation patients in the United States. J Managed Care Pharm 2009; 15:244-252.
- Larsen TB, Skjøth F, Nielsen PB et al. Comparative effectiveness and safety of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study. BMJ 2016; 353:i3189 doi:10.1136/bmj.i3189.
- Nielsen PB, Skjøth F, Sogaard M et al. Effectiveness and safety of reduced dose non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study. BMJ 2017; 356:j510 doi:10.1136/bmj.j510.
- Pollack CV, Reilly PA, Eikelboom J et al. Idarucizumab for dabigatran reversal. NEJM 2015; 376:511-520.
- Enriquez A, Lip GYH, Baranchuk A. Anticoagulant reversal in the era of the non-vitamin K oral anticoagulants. Europace 2015; doi:10.1093/europace/euv030.
- Gerner ST et al. Association of Prothrombin Complex Concentrate Administration and Hematoma Enlargement in Non-vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant-Related Intracerebral Hemorrhage. Annals of Neurology 2018;83:186-196
- Steffel J et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with AF. European Heart Journal (2018) 00, 1-64
- Pikija S, Cvetko D, Maločić B et al. A population-based prospective 24-month study of stroke: incidence and 30-day case-fatality rates of first-ever strokes in Croatia. Neuroepidemiol 2012;38:164-171.

**Tablica 1.** Sažetak randomizirane kliničke studije<sup>2</sup> u kojoj je dabigatran (obje doze) uspoređen s otpotimiziranim varfarinom (sveukupni prosječni TTR 65%) i dvije studije u svakodnevnoj praksi u Danskoj<sup>7,8</sup>. U kliničkoj studiji, 20% bolesnika imalo je umjereno sniženu funkciju bubrega, a liječenje je trajalo prosječno dvije godine. U jednoj studiji u dnevnoj praksi<sup>7</sup> bolesnici su primali dabigatran u standardnoj dozi, a u drugoj<sup>8</sup> su zadovoljavali uvjete za nižu dozu. Liječenje je trajalo do 2.5 godina. Bolesnici liječeni varfarinom i oni liječeni dabigatranom „sravnjeni“ su po 30-tak raznih svojstava (dob, spol, rizik događaja, komorbiditet, itd.). U sve tri studije, prije početka liječenja određen je njihov „osnovni“ rizik za moždani udar/sistemski embolizam (SE) i u tablici je navedena prosječna vjerojatnost događaja tijekom 1 godine. Kolona „događaji (%)“ govori koji udio bolesnika je tijekom 1 godine doista i doživio događaj. Kolona „relativna razlika (%)“ govori koliko je stopa doživljenih događaja relativno različita u bolesnika na dabigatranu u odnosu na one na varfarinu. Temelji se na analizi „vremena proteklog od početka liječenja do događaja“. Razlike koje nisu bile statistički značajne označene su relativnom razlikom u zagradama.

	Moždani udar/SE		Veliko krvarenje		Intracerebralno		Smrt	
	Događaji (%)	Relativna razlika (%)	Događaji (%)	Relativna razlika (%)	Događaji (%)	Relativna razlika (%)	Događaji (%)	Relativna razlika (%)
<b>Klinička studija</b>								
„Osnovni“ rizik: oko 3.2%								
Varfarin (titriran) (n=6022)	1.72	---	3.61	---	0.38	---	4.13	---
Dabigatran 2 x 150 mg (n=6076)	1.12	<35%	3.40	isto	0.10	<75%	3.64	<(12%)
Dabigatran 2 x 110 mg (n=6015)	1.54	<(11%)	2.92	<20%	0.12	<70%	3.75	<(9%)
<b>Dnevna praksa, standardna doza</b>								
„Osnovni“ rizik oko 4.7%								
Varfarin (titriran) (n=35436)	2.33	---	2.98	---	0.44	---	6.20	---
Dabigatran 2x150 mg (n=12701)	2.32	isto	2.02	<32%	0.17	<61%	4.04	<24%
<b>Dnevna praksa, niža doza</b>								
„Osnovni“ rizik oko 5.5%								
Varfarin (titriran) (n=38893)	2.68	---	3.14	---	0.50	---	8.73	---
Dabigatran 2x110 mg (n=8875)	2.73	isto	2.78	<(11%)	0.30	<41%	9.13	isto

# Jutarnji LIST

**JEDINSTVENA PRILIKA!**

**PRETPLATITE SE!  
ISPLATI SE!**

**Svaki novi pretplatnik uz  
godišnju pretplatu na Jutarnji list  
dobiva mobitel na izbor:**



**Coolpad Torino  
u vrijednosti 999 kn**

- Veličina zaslona 5,5" • Baterija (mAh) 2500
- 3 GB radne memorije • Kamera 13 MP, Garancija 24 mj.

**Alcatel OT-6055K Idol 4+  
u vrijednosti 1199 kn**

- Veličina zaslona 5,2" • Baterija (mAh) 2610
- 3 GB radne memorije • Kamera 13 MP, Garancija 24 mj.



FOTOGRAFIJE MOBITELA SU ILUSTRATIVNE

**PONUDA VRIJEDI DO ISTEKA ZALIHA**

Nazovite nas: **01/22 55 374**

[preplata@hanzamedia.hr](mailto:preplata@hanzamedia.hr) • [preplata.hanzamedia.hr](http://preplata.hanzamedia.hr)

# Genska terapija odraslih osoba s hemofilijom B

► **PORUKA  
ČLANKA**

Najnovija studija pokazala je kliničku učinkovitost i dobar sigurnosni profil genske terapije teške i umjerene hemofilije B

✉ Doc. prim. dr. sc. DRAŽEN PULANIĆ, dr. med., specijalist interne medicine, uži specijalist hematologije

Uvođenje intravenskih koncentrata faktora zgrušavanja u terapiju hemofilije 1970-ih godina te mogućnost primanja terapije u kućnim uvjetima revolucionarno je poboljšalo liječenje osoba s hemofilijom. Zadnjih 30-ak godina razvijaju se rekombinantni faktori zgrušavanja s dužim poluvremenom života od prirodnih plazmatskih produkata. Aktualni standard liječenja teških oblika hemofilije je redovito profilaktičko primanje intravenskih faktora zgrušavanja kako bi se održala njihova zadovoljavajuća razina u krvi koja omogućuje normalan život bez krvarećih incidenata. Danas smo svjedoci uzbudljivog razvoja novih lijekova za određene oblike hemofilije poput koncizumaba (monoklonalnog protutijela na inhibitor putem tkivnog faktora), fitusirana (specifičnog inhibitora antitrombina kojim se povećava stvaranje trombina), emicizumaba (monoklonalnog protutijela koje promovira stvaranje FXa u nedostatku FVIII), a sve se više istražuje i genska terapija hemofilije.

Naime, nasljedna hemofilia A (nedostatak FVIII) i posebno nasljedna hemofilia B (nedostatak FIX) bolesti su koje se doimaju kao idealni kandidati za gensko liječenje: to su monogeneske (X-vezane) bolesti, fenotip bolesti povezan je s razinom nedostatka cirkulirajućeg koagulacijskog faktora, odgovor na gensku terapiju može se lako mjeriti (porast koncentracije faktora u krvi), a porast razine faktora već za samo 1-2 % u cirkulaciji može značajno smanjiti sklonost krvarenju. Posebno je prikladan gen za FIX (hemofiliju B) jer je mali i može se lako uvesti u razne vektore, te postoje etablirani animalni modeli.

U glasovitom časopisu *Blood* su Miesbach i suradnici (University Hospital Frankfurt, Frankfurt, Njemačka) pokazali učinkovitost genske terapije teške i umjerene hemofilije B s virusnim vektorom AAV5 (engl. adeno-associated virus-5, AAV5), gdje su bolesnici postigli stabilnu ekspresiju FIX, dobro podnosi postupak i nisu imali neželjene

imunološke odgovore.

Cilj je genske terapije za hemofiliju B smanjiti rizik krvarenja i omogućiti jednokratnom terapijom endogenu sintezu/aktivnost FIX, eliminirajući potrebu daljnog primanja intravenskih koncentrata FIX. AMT-060 je novi proizvod za transfer gena koji kombinira AAV5 vektor s divljim tipom ljudskog gena za FIX i promotor specifičan za jetru; primjenjuje se kao jednokratna intravenska infuzija u trajanju od 30 minuta. Ova multinacionalna studija uključila je deset odraslih osoba s hemofilijom B ( $\text{FIX} \leq 2\%$  od normale) i fenotipom teških krvarenja, od kojih je petoro primilo jednokratnu dozu od  $5 \times 10^{12}$  kopija genoma AMT-060/kilogram, a petoro  $2 \times 10^{13}$  kopija genoma AMT-060/kilogram.

U kohorti koja je primila nižu dozu, srednja endogena aktivnost FIX narasla je na 4,4 IU/dL, godišnja potrošnja intravenske primjene FIX se smanjila za 81 %, a srednja godišnja stopa spontanih krvarenja smanjila se s 9,8 na 4,6 % (53 %).

U kohorti koja je primila višu dozu, srednja endogena aktivnost FIX narasla je na 6,9 IU/dL, godišnja potrošnja intravenske primjene FIX se smanjila za 73 %, a srednja godišnja stopa spontanih krvarenja smanjila se s 3,0 na 0,9 (70 %). Nije bilo smanjenja traumatskih krvarenja. Aktivnost FIX bila je stabilna u obje kohorte, a 8 od 9 ispitanika koji su prethodno profilaktički primali FIX prestali su primati profilaktičke infuzije FIX. Prolazni asimptomatski porast jetrene alanin aminotransferaze u kohorti koja je primila nižu dozu ( $n = 1$ ) i višu dozu ( $n = 2$ ) nije bio prednizolonom, bez

sniženja aktivnosti FIX tijekom porasta transaminaze i bez uočene aktivacije T stanica protiv virusnog vektora.

U zaključku, jedna infuzija transfera gena putem AMT-060 imala je dobar sigurnosni profil i rezultirala je stabilnim i klinički značajnim porastom aktivnosti FIX, sa značajnom redukcijom spontanih krvarenja i nadoknade koncentrata FIX, bez detektabilnih neželjenih imunoloških reakcija.

(Blood. 2018;131(9):1022-1031.)

# POVEZANOST PARACETAMOLA I NESTEROIDNIH ANTIREUMATIKA S EGZACERBACIJOM UPALNIH BOLESTI CRIJAVA: META-ANALIZA

## PORUKA ČLANKA

*Meta analiza nije potvrdila povezanost između abuzusa nesteroidnih antireumatika i rizika za egzacerbaciju upalnih bolesti crijeva. Također nema čvrstih dokaza o povezanosti abuzusa paracetamola s egzacerbacijom upalnih bolesti crijeva*

Za razliku od paracetamola (acetaminofena), nesteroidni antireumatici (NSAR) se smatraju inkriminirajućim čimbenikom koji povećava rizik od egzacerbacije upalnih bolesti crijeva. Kolega Moninuola O.O. iz SAD-a (Harvard University T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, SAD) publicirao je meta-analizu i pregledni članak na temu povezanosti paracetamola, nesteroidnih antireumatika te inhibitora ciklooksigenaze (COX-2) s rizikom za egzacerbaciju ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti, kako se do sada općenito smatralo. Također nema čvrstih dokaza o povezanosti abuzusa paracetamola s egzacerbacijom upalnih bolesti crijeva, iako su potrebna daljnja istraživanja.

Medicinske znanstvene baze podataka, poput Medline, Embase, Cochrane

i drugih, detaljno su pretražene u razdoblju od 1983. do 2017. godine te je identificirano 18 studija o toj temi.

Rezultati istraživanja nisu potvrdili povezanost između abuzusa nesteroidnih antireumatika i rizika za egzacerbaciju ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti, kako se do sada općenito smatralo. Također nema čvrstih dokaza o povezanosti abuzusa paracetamola s egzacerbacijom upalnih bolesti crijeva, iako su potrebna daljnja istraživanja.

(Aliment Pharmacol Ther. 2018 Apr 5. [Epub ahead of print])

# NEJEDNAKOSTI U PREŽIVLJENJU DJECE S NEUROBLASTOMOM U JUŽNOJ I ISTOČNOJ EUROPPI

## PORUKA ČLANKA

Diljem južne i istočne Europe uočene su nejednakosti u preživljenu djece s neuroblastomom povezane sa socioekonomskim čimbenicima i razlikama u zdravstvenom sustavu

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

Neuroblastom je najčešći ekstrakranijalni solidni tumor u djece; čini 3-8 % svih malignih bolesti u dječjoj dobi i značajno češće se opisuje u razvijenim zemljama. Prognoza se razlikuje ovisno o dobi, stadiju te histološkim i molekularnim karakteristikama bolesti, s ukupnim preživljnjem većim od 95 % bolesnika s niskim rizikom, no manjim od 40 % u onih koji se prezentiraju u uznapredovanom stadiju bolesti. Osim toga, ranije provedena istraživanja pokazala su da postoje značajne razlike u ishodu bolesti u različitim dijelovima Europe, tako da je ukupno preživljenje 62 % u istočnoj i 80 % u sjevernoj Europi.

Liječnici iz 11 zemalja južne i istočne



Europe, među kojima su bili i liječnici iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, proveli su stoga istraživanje kojem je cilj bio procijeniti obrasce preživljenu i prognostičke čimbenike za djecu s neuroblastomom na temelju podataka iz 13 aktivnih registara te ih usporediti s pokazateljima dobivenim iz javno dostupne američke baze podataka.

Rezultati statističkih analiza pokazali su značajne razlike u petogodišnjem ukupnom preživljenu u zemljama južne i istočne Europe (Ukrajina 45 %, Poljska 81 %) te u usporedbi s SAD-om (južna i istočna Europa 59 %, SAD 77 %). K tome, u razdoblju od 2000. do 2008. godine u zemljama južne i istočne Europe nije uočen trend promjena ukupnog preživljjenja, za razliku od SAD-a, gdje je uočen

trend povećanja ukupnog petogodišnjeg preživljenu sa 74 % za djecu kojoj je dijagnoza bolesti postavljena u razdoblju od 2000. do 2002. godine na 82 % za one kojima je dijagnoza postavljena u razdoblju od 2006. do 2008. godine.

Petogodišnje preživljenje u Hrvatskoj u razdoblju od 2000. do 2014. godine iznosilo je 69 % (95 % CI 59-77 %), dok je u razdoblju od 2005. do 2014. iznosilo 74 % (95 % CI 61-83 %).

Daljnje analize pokazale su kako djeca koja su pri postavljanju dijagnoze starija od 12 mjeseci imaju povećan omjer rizika (engl. hazard ratio, HR) za lošiji ishod (HR: 2,8 – 4,7 u narednim dobnim skupinama). Osim toga, lošiji ishod bio je povezan i s muškim spolom (HR: 1,1), stanovanjem u ruralnim područjima (HR: 1,3) te lošiji u zemljama s visokim (HR: 2,2)

ili srednje visokim (HR: 2,4) ljudskim razvojnim indeksom (engl. human development index, HDI). Nапослјетку, i neke specifične lokacije tumora bile su povezane s lošijim ishodom, dok su neki oblici tumora, poput ganglioneuroblastoma, bili povezani s boljim ishodom (HR: 0,28).

Autori istraživanja su na kraju zaključili kako djeca s neuroblastomom u zemljama južne i istočne Europe, osobito

ona koja stanuju u ruralnim područjima i zemljama s nižim ljudskim razvojnim indeksom, prolaze lošije no djeca u SAD-u, što se može pripisati vjerovatno preventibilnim uzrocima, poput socioekonomskih čimbenika i razlika u zdravstvenom sustavu.

(Eur J Cancer. 2018 Apr 16;96:44-53. doi: 10.1016/j.ejca.2018.03.003.)

# Korist karotidnih plakova

## kao prediktora za opstruktivnu koronarnu bolest i kardiovaskularne događaje u asimptomatskih pojedinaca sa šećernom bolesti

### PORUKA ČLANKA

**Karotidni plak je snažan prediktor budućih kardiovaskularnih događaja i može biti prognostički marker u asimptomatskih bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2.**

Mjerenje debljine intime i medije u karotidnim arterijama (engl. Carotid intima-media thickness, CIMT) i detektiranje karotidnih plakova ultrazvukom često su dvije surrogatne metode za predviđanje koronarne arterijske bolesti (engl. coronary artery disease, CAD). Sistemska upotreba tih metoda u rutinskom kliničkom liječenju bolesnika s dijabetes melitusom (DM) nije istraživana.

Cilj ove studije bio je utvrditi karotidne parametre koji mogu predviđjeti kardiovaskularne događaje u asimptomatskih bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2 procjenjujući povezanost između bolesti karotida i CAD-a.

Studija je bila multicentrična, opservacijska i prospektivna te je uključila 259 asimptomatskih bolesnika s tipom 2 DM-a koji su bili praćeni 34 mjeseca. Mjeren im je CIMT a učinjen je i ultrazvučni pregled s ciljem utvrđivanja karotidnih plakova, dok je procjena CAD-a učinjena CT (engl. Computed tomography, CT) koronarnom angiografijom.

Pronađena je statistički značajna razlika između bolesnika sa i bez karotidnog plaka

u utvrđivanju koronarnog plaka sa stenozom iznad 50 % (59 vs 36, p=0,02). Veće vrijednosti CIMT-a povezane su s povećanim rizikom za nastanak koronarnog plaka (omjer vjerojatnosti 1,21, p=0,03). Nakon 34 mjeseca praćenja bila je pojavnost većih nepovoljnih kardiovaskularnih događaja 7,1 % (srednja dob 68 godina, 6 % muškarci, 1,1 % žene) u cijeloj populaciji studije. Podskupina bolesnika s karotidnim plakovima imala je veću incidenciju velikih kardiovaskularnih neželjenih događaja u usporedbi s bolesnicima koji nisu imali takve plakove (p=0,005)

Zaključno, karotidni plak je snažan prediktor budućih kardiovaskularnih događaja i može biti prognostički marker u asimptomatskih bolesnika s DM-om tipa 2. Karotidni plak i vrijednost CIMT-a neovisno su povezane s opstruktivnim CAD-om.

(Am J Cardiol. 2018;121(8):910-916. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.01.001)

---

PETRA RADIĆ, dr. med.

---

# PREKIDANJE LIJEČENJA BIOLOŠKIM LIJEKOVIMA *U DJECE S JUVENILNIM IDIOPATSKIM ARTRITISOM*

## ▶ PORUKA ČLANKA

*U više od jedne trećine bolesnika s poliartikularnim oblikom juvenilnog idiopatskog artritisa, u kojih je nakon šest ili više mjeseci klinički inaktivne bolesti prekinuta terapija biološkim lijekovima, doći će do pogoršanja bolesti tijekom osam mjeseci nakon prestanka liječenja*



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



Suvremene metode liječenja djece s poliartikularnim oblikom juvenilnog idiopatskog artritisa omogućile su da i do 50 % bolesnika postigne klinički inaktivnu bolest za vrijeme liječenja. Velik dio takvog uspjeha može se pripisati biološ-

kim lijekovima, no osim velikog troška, ovakav oblik liječenja sa sobom nosi i određenu neizvjesnost budući da dugoročna (>15 godina) toksičnost lijekova iz ove skupine još uvijek nije poznata.

Američki liječnici predvođeni timom iz Dječje bolnice u Cincinnati proveli su stoga veliko istraživanje kojem je cilj bio odrediti rizik za pogoršanje bolesti ovisan o vremenu proteklom od prestanka liječenja kao i čimbenike koji utječu na taj rizik.

U istraživanju je sudjelovalo 137 bolesnika s poliartikularnim oblikom juvenilnog idiopatskog artritisa iz 16 američkih centara koji su tijekom liječenja TNF-alfa inhibitorima s metotreksatom ili bez njega zadovoljili kriterije za klinički inaktivnu bolest. Od navedenog broja bolesnika, 106 (77 %) inaktivnu bolest imalo je najmanje šest mjeseci te im je prekinuto liječenje TNF-alfa inhibitorima. Pogoršanje bolesti uslijedilo je u 39 (37 %) bolesnika u osam mjeseci nakon prekida liječenja, uz prosječno vrijeme od prestanka liječenja do pogoršanja od oko sedam mjeseci.

Provedene analize pokazale su da bolesnici s kraćim trajanjem bolesti pri uključivanju u istraživanje, bolesnici koji su prilikom postavljanja dijagnoze bili stariji te bolesnici u kojih je prošlo manje vremena od zadovoljavanja kriterija

za klinički inaktivnu bolest do uključivanja u istraživanje imaju značajno niži ( $p<0,05$ ) omjer rizika (engl. hazard ratio, HR) za pogoršanje bolesti u osam mjeseci nakon prestanka liječenja.

Na temelju svega navedenog autori istraživanja došli su do nekoliko klinički važnih spoznaja. Prije svega, primijećeno je da klinički inaktivna bolest predstavlja nestabilno stanje koje 18,5 % bolesnika ne može održati šest mjeseci čak i uz biološke i druge lijekove. Osim toga, primijećeno je da dulje trajanje klinički inaktivne bolesti prije prestanka lije-

čenja povećava rizik za njezino pogoršanje nakon prestanka liječenja te da nastavak terapije metotreksatom nakon prestanka uzimanja bioloških lijekova ne smanjuje rizik za pogoršanje bolesti. Nапослјетку, као и у раније provedеним истраживањима, показало се да рано увођење агресивнијих метода liječenja i брзо постизање клинички inaktivne bolesti доводи до боље дугорочне контроле bolesti i boljih ishoda liječenja.

(Arthritis Rheumatol. 2018 Mar 31. doi: 10.1002/art.40509.)

# VISOK INDEKS TJELESNE MASE SMANJUJE USPJEH BIOLOŠKE TERAPIJE ULCEROZNOG KOLITISA

## PORUKA ČLANKA

*Povišeni indeks tjelesne mase važan je čimbenik neuspjeha biološke terapije ulceroznog kolitisa*



IVANA ROSENZWEIG JUKIĆ, dr. med.,  
specijalist interne medicine, subspecijalizant gastroenterologije

Farmakokinetske studije sugeriraju ubrzan klirens bioloških lijekova s porastom tjelesne mase, međutim, dosadašnja saznanja o utjecaju debljine na klinički ishod biološke terapije ulceroznog kolitisa nisu dovoljno potvrđena niti konzistentna.

Kolega Kurnool S. sa suradnicima (School of Medicine, University of California San Diego, La Jolla, CA, SAD) publicirao je retrospektivno kohortno istraživanje kako bi procjenio utjecaj pretilosti i odgovor na biološku terapiju. U istraživanje su

uključeni bolesnici s biološkom terapijom ulceroznog kolitisa u razdoblju od 2011. do 2016. godine. Primarni ishod bio je praćenje neuspjeha terapije (rizik za hospitalizaciju/operativno liječenje ili modifikacija liječenja: povećanje doze lijeka, uvođenje kortikosteroida, prekid terapije). Sekundarni ishod bio je rizik od hospitalizacije/kirurškog liječenja i endoskopske remisije. Biološka terapija uključena u studiju bila je sljedeća: infliksimab, adalimumab, golimumab, vedolizumab i certolizumab pegol.

U istraživanje je uključeno 160 bolesnika s biološkom terapijom ulceroznog kolitisa (50 % muškog spola, 55 % na terapiji infliksimabom) s medijanom dobi 36 godina (26-52 godina) i indeksom tjelesne mase 24,3 kg/m<sup>2</sup> (21,4-28,7). Multivarijantnom analizom se pokazalo kako je za svaki porast indeksa tjelesne mase od 1 kg/m<sup>2</sup> zabilježeno 4 % porasta neuspjeha terapije te za 8 % povećan rizik od kirurškog liječenja ili hospitalizacije. Učinak porasta neuspjeha liječenja zabilježen je i kod fiksnih terapijskih doza kao i onih temeljenih na tjelesnoj masi. Autori zaključuju kako je indeks tjelesne mase važan čimbenik neuspjeha biološke terapije ulceroznog kolitisa, bez obzira na terapijsku dozu.

(Aliment Pharmacol Ther. 2018 Apr 17.  
[Epub ahead of print])

# ASPIRIN

## U PREVENCIJI PREEKLAMPSIJE PRIJE I POSLIJE TERMINA PORODA: META-ANALIZA



### PORUKA ČLANKA

**Početak korištenja aspirina u gestacijskoj dobi ≤16 tjedana i u dnevnoj dozi od ≥100 mg snižava rizik za preeklampsiju prije, ali ne i poslije predviđenog termina poroda**

✉ MATIJA PRKA, dr. med., specijalist ginekologije i opstetricije, subspecijalist fetalne medicine i opstetricije

**Stephanie Roberge** i suradnici iz Harris Birthright Research Centre of Fetal Medicine, Fetal Medicine Research Institute, King's College Hospital, London, UK, meta-analizom su procijenili profilaktični učinak aspirina na razvoj preeklampsije s obzirom na: a) gestacijsku dob u kojoj se započinje davanjem aspirina i b) njegovu dozu.

Pretraživanje literature uključilo je PubMed, Cinhal, Embase, Web of Science, te Cochrane library u razdoblju od 1985. do lipnja 2017. Šesnaest istraživanja uključilo je ukupno 18907 ispitanica, pružajući podatke o preeklampsiji prije (engl. preterm preeclampsia, PP) i poslije predviđenog termina poroda (engl. term preeclampsia, TP). Primjena aspirina smanjila je rizik za PP (RR 0,62; 95 % CI 0,45-0,87), ali nije značajno utjecala na TP (RR 0,92; 95 % CI 0,70-1,21). Rjeđi PP povezan je sa subgrupom koja je započela s aspirinom u gestacijskoj dobi ≤16 tjedana i dnevnom dozom od ≥100 mg (RR 0,33; 95 % CI, 0,19-0,57). Rjeđi PP, koji je utvrđen najvećom studijom (Combined Multi-marker Screening and Randomized Patient Treatment with Aspirin for Evidence-based Preeclampsia Prevention; n=1620; RR 0,38; 95 % CI, 0,20-0,72), bio je sličan onome iz pet manjih studija u kojima se s aspirinom započelo u gestacijskoj dobi ≤16 tjedana i s dnevnom dozom od ≥100 mg (n=639, RR 0,22; 95 % CI 0,07-0,66).

(Am J Obstet Gynecol. 2018;218(3):287-293.e1)

# INFEKCIJA S HELICOBACTEROM PYLORI

**POVEĆAVA RIZIK ULKUSNIH KRVARENJA UZ TERAPIJU NESTEROIDNIM  
ANTIREUMATICIMA I ANTIAGREGACIJSKU TERAPIJU**

## PORUKA ČLANKA

*Infekcija s H. pylori povećava rizik peptičkih ulkusnih krvarenja kod bolesnika na terapiji nesteroidnim antireumaticima, aspirinom i drugim antiagregacijskim lijekovima, ali ne i kod bolesnika koji su liječeni kortikosteroidima, selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina i antikoagulansima. Najveći rizik krvarenja je zabilježen kod dvojne antiagregacijske terapije*



IVANA ROSENZWEIG JUKIĆ, dr. med., specijalist interne medicine, subspecijalizant gastroenterologije

Nesteroidni antireumatici (NSAR), niske doze acetilsalicilne kiseline (ASK), drugi antiagregacijski lijekovi, antikoagulantna terapija, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) i kortikosteroidi povećavaju rizik od gastroduodenalnih krvarenja.

Kolega gastroenterolog Venerito M. (Department of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, Otto-von-Guericke University Hospital, Magdeburg, Njemačka) sa suradnicima publicirao je rezultate retrospektivnog kohortnog istraživanja utjecaja Helicobacter pylori infekcije na rizik od peptičkih ulkusnih krvarenja kod bolesnika koji uzimaju gore navedene lijekove.

U studiju je u razdoblju od 1./2004. do 12./2014. uključeno 1719 ispitanika (60 % muškog spola, dobi od  $65,8 \pm 14,5$  godina), te je svima endo-

skopski dijagnosticirana peptička ulkusna bolest. 56,9 % ispitanika imalo je krvareću ulkusnu bolest, a 43,1 % nekomplikiranu peptičku ulkusnu bolest (kontrolna skupina). H. pylori status je determiniran histološki, brzim urea testom ili serološki, dok su sve demografske karakteristike te abuzus lijekova anamnestički dokumentirani.

Rezultati istraživanja su pokazali kako infekcija Helicobacterom pylori povećava rizik od peptičkih ulkusnih krvarenja kod bolesnika na terapiji nesteroidnim antireumaticima te acetilsalicilnom kiselinom, ali ne i kod bolesnika koji su liječeni kortikosteroidima, SSRI-jem te antikoagulansima.

Također H. pylori povećava rizik od krvarenja kod bolesnika koji dobivaju drugu antiagregacijsku terapiju, kod istovremenog uzimanja acetilsalicilne kiseline i NSAR-a, te kombi-

nirane antiagregacijske terapije (npr. acetilsalicilna kiselina i klopidogrel). I nakon profilaktičke terapije inhibitorima protonske crpke, infekcija Helikobacterom pylori i dalje povećava rizik od krvarenja kod abuzusa NSAR-a i ASK-a.

Autori zaključuju na takva infekcija povećava rizik od peptičkih ulkusnih krvarenja kod bolesnika na terapiji nesteroidnim antireumaticima, aspirinom i drugim antiagregacijskim lijekovima, ali ne i kod bolesnika koji su liječeni kortikosteroidima, SSRI-jem te antikoagulansima. Najveći rizik od krvarenja je zabilježen kod dvojne antiagregacijske terapije. Ovo su važni klinički podaci kako za liječnike obiteljske medicine, tako i za kardiologe te gastroenterologe.

(Aliment Pharmacol Ther. 2018 Apr 14. [Epub ahead of print])

# LIMFADENEKTOMIJA KOD KARCINOMA BUBREGA NEMA UČINKA?

► **PORUKA  
ČLANKA**

*Pacijenti sa zahvaćenim limfnim čvorovima kod karcinoma bubrežnih stanica visokog rizika imaju visoku stopu recidiva nakon operacije. Kirurško odstranjenje limfnih čvorova ne utječe na preživljenje u usporedbi sa zahvatom bez limfadenektomije kod kompletno odstranjenog karcinoma bubrežnih stanica visokog rizika. Iako limfadenektomija možda nema terapijsku korist, može dati uvid u proširenost bolesti*

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

Kirurško odstranjenje limfnih čvorova ne utječe na preživljenje pokazuje usporedba sa zahvatom bez limfadenektomije kod kompletno odstranjenog karcinoma bubrežnih stanica visokog rizika, rezultati su studije ASSURE (Adjuvant Sorafenib or Sunitinib for Unfavorable Renal Carcinoma). Ispitivanje je uspoređeno s dva različita inhibitora kinaze koji su poslužili kao kontrolna skupina. Međutim, budući da je cilj postoperativne sistemske kemoterapije bio ukloniti svu preostalu mikrometastatsku bolest, studija je nastojala ustanoviti može li uklanjanje sumnjivih limfnih čvorova za vrijeme nefrektomije poboljšati ishod. Ristau i sur. (Fox Chase Cancer Center, Philadelphia, Pennsylvania, SAD) pregledali su podatke 701 pacijenta koji su imali karcinom bubrežnih stanica visokog rizika (36 % od ukupno 1943 sudionika) a bili su podvrnuti retroperitonealnoj limfadenektomiji. To je uključivalo sve pacijente čiji su čvorovi bili klinički pozitivni (cN+) i oko 30 % onih s klinički negativnim čvorovima (cN0). Kod medijana praćenja od 67,9 mjeseci, nije bilo povezanosti limfadenektomije i ukupnog preživljenja (omjer rizika, 1,14; p=0,20). Autori izvješćuju da je tijekom postupaka uklonjen median od tri limfna čvora i da je 23,4 % od ukupnog broja bilo pozitivno kod patohistološke analize (pN+). Ti bolesnici s pN+ bolestima, koji su podvrnuti limfadenektomiji i adjuvantno su primili sorafenib ili sunitinib, teoretski su najvjerojatnije imali najviše koristi od pokušaja potpunog uklanjanja mikrometastaza u zahvaćenim limfnim čvorovima. Međutim, ukupno preživljenje bez bolesti nije

se kod njih poboljšalo. Na sreću, limfadenektomija nije predstavljala veći rizikom za kirurške komplikacije u usporedbi s nefrektomijom bez limfadenektomije (14,2 prema 13,4 %; p=0,63). Autori kažu da bi se o uklanjanju klinički sumnjivih limfnih čvorova u vrijeme radikalne nefrektomije trebal odlučiti nakon ocjene kirurškog rizika u odnosu na ograničene koristi za preživljenje. U pratećem uredništvu ističe dr. Paul Russo, (Department of Urology, Weill Cornell School of Medicine, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York City, SAD) da je u ovoj studiji pitanje limfadenektomije bilo prepusteno odluci kirurga. Samo je 701 od 1943 pacijenata (36 %) podvrgnuto limfadenektomiji s medijanom od samo tri čvora, a više od 10 limfnih čvorova uklonjeno je kod samo 17 % bolesnika. Autori bi u naslovu trebali zamijeniti termin retroperitonealna limfadenektomija u "uzorkovanje limfnih čvorova". Kirurzi su odstranili 99 % makroskopski pozitivnih limfnih čvorova, ali nisu odstranili 70 % normalnih. Ne iznenađuje da pacijenti koji su podvrnuti takvom ograničenom uzorkovanju limfnih čvorova nisu imali bolje ishode bez obzira na sistemsku adjuvantnu terapiju. Ova analiza opet vodi do zaključka da će samo prospektivne randomizirane studije odrediti terapijsku vrijednost kompletne limfadenektomije kod visokorizičnog karcinoma bubrežnih stanica. Dr. James Porter, koji nije bio uključen u studiju (Department of Urology, Swedish Hospital Medical Center, Seattle, Washington, SAD), sugerira da postoji vrijednost limfadenektomije u bolesnika s karcinomom bubrežnih

stanica. Kaže da limfadenektomija možda neće imati terapijsku korist, ali može dati podatke o proširenosti bolesti, što olakšava savjetovanje pacijenta i prognozu bolesti. Dokazano je da pacijenti sa zahvaćenim limfnim čvorovima kod karcinoma bubrežnih stanica imaju visoku sistemsku stopu recidiva, iako je zasad krajnji zaključak da ovdje možda nema onkološke koristi, kaže dr. Porter u uredničkom uvodniku časopisa European Urology koji govori o toj temi. Zaključio je da je karcinom bubrežnih stanica "neposlisan" i nepredvidljiv karcinom. Uklanjanje limfnih čvorova ima onkološku korist kod drugih uroloških karcinoma, gdje bolest postupno napreduje od organa do čvorova i zatim metastaza, ali ne i kod karcinoma bubrež-

nih stanica, gdje uključenost limfnih čvorova "gotovo nikada" ne prethodi metastatskoj bolesti. Porter misli da karcinom bubrežnih stanica možda "predaleko" napreduje do trenutka kada postoji klinički vidljivo povećanje limfnih čvorova i da odluka o uklanjanju čvorova samo na temelju veličine može biti neučinkovita. ASSURE nije prva studija koja pokušava razriješiti ovaj problem. Postoji "European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) trial 30881", prospektivna randomizirana klinička studija koja je ispitivala liječenje karcinoma bubrežnih stanica s limfadenektomijom i bez nje. Usporedila je 389 bolesnika liječenih samo radikalnom nefrektomijom s 383 bolesnika liječenih radikalnom nefrektomijom s limfadenektomijom (Eur Urol. 2009;55:28-34). Nije bilo razlike u ukupnom preživljjenju ili preživljjenju bez progresije bolesti. Međutim, problem s EORTC studijom bio je u tome što su pacijenti većinom bili niskog rizika (oko 70 %), a ne visokorizični pacijenti koji bi teoretski imali najveću korist od uklanjanja limfnih čvorova. Stoga i dalje postoji potreba za dodatne prospektivne randomizirane studije kako bi se ovaj problem definitivno rasvijetlio. Studiju su podržali National Institutes of Health i Canadian Cancer Research Institute. Jedan od autora studije ima financijske veze s Pfizerom, Novartisom i Argosom. Dr. Porter nije imao relevantne financijske odnose.

(J Urol. 2018;199:53-59.)

## RELATIVNA PROGNOSTIČKA VRIJEDNOST TROPONINA I I C-REAKTIVNOG PROTEINA U OPĆOJ POPULACIJI

### PORUKA ČLANKA

*U bolesnika iz opće populacije koji nemaju raniju povijest kardiovaskularnih bolesti visoko senzitivni troponin I daje bolju prognostičku informaciju nego visoko senzitivni C-reaktivni protein te sukladno tome može biti marker za ciljanu prevenciju*

C-reaktivni protein i srčani troponin I mjereni visoko osjetljivim metodama (visoko senzitivni C-reaktivni protein, engl. high-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP; visoko senzitivni troponin I, engl. high-sensitivity troponin I, hs-TnI-) povezani su s rizikom od fatalnih i nefatalnih kardiovaskularnih događaja u općoj populaciji.

Još uvjek nije jasna relativna prognostička vrijednost hs-CRP-a (markera upale) i hs-TnI-a (markera supkliničke srčane ozljede).

U ovom istraživanju su hs-CRP i hs-TnI izmjereni u 9005 sudionika, koji su dio prospektivne opservacij-

ske studije Nord-Trøndelag Health (HUNT).

Nijedan sudionik istraživanja na početku nije imao nikakvu kardiovaskularnu bolest. Tijekom medijana praćenja od 13,9 godina, 733 su sudionika hospitalizirana zbog akutnog srčanog udara i srčanog zatajenja ili su preminuli zbog kardiovaskularnog uzroka.

Povišene vrijednosti koncentracije hs-TnI ( $>10 \text{ ng/L}$  za žene i  $>12 \text{ ng/L}$  za muškarce) povezane su s povećanom incidencijom akutnih koronarnih zbivanja (omjer rizika 3,61, 95% interval pouzdanosti [CI] 2,89 do 4,51]), dok je ta ista povezanost za

koncentracije hs-CRP-a ( $>3 \text{ mg/L}$  za oba spola) bila slabija (HR 1,71, 95% CI 1,40 do 2,10). Prognostička točnost za hs-TnI bila je značajno veća nego za hs-CRP (0,753, 95% CI 0,735 do 0,772, vs 0,644, 95% CI 0,625 do 0,663).

U bolesnika iz opće populacije koji nisu imali kardiovaskularne bolesti, hs-TnI daje bolju prognostičku informaciju nego hs-CRP te sukladno tome može biti marker za ciljanu prevenciju.

(Am J Cardiol. 2018 Apr 15;121(8):949-955. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.01.004)

 PETRA RADIĆ, dr. med.

# POREMEĆAJI MIŠIĆNO-KOŠTANOG SUSTAVA ČESTI SU KOD KIRURGA I INTERVENCIJSKIH LIJEČNIKA

### PORUKA ČLANKA

Mnogi poremećaji mišićno-koštanog sustava kirurga i intervencijskih liječnika povezani s radom ovise o višesatnom neudobnom položaju operatera zbog kojeg liječnici dulje vrijeme stoje u staticki nezgodnom položaju, često s teškom opremom na glavi ili teškim 'pregačama' na tijelu i s nedovoljno dobro dizajniranim instrumentima. Potrebno je poboljšati svijest o tom problemu i poboljšati ergonomiju instrumentarija radi smanjenja posljedica rada u ne-anatomskim uvjetima

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

Kirurzi i intervencijski liječnici izloženi su većem riziku od poremećaja mišićno-koštanog sustava vezanog za radne procese, i to sa stopama usporedivim s građevinskim radnicima. Sustavni pregled i meta-analiza koju iznosimo prva je sinteza teme do sada i ona baca svjetlo na problem s kojim se mnogi liječnici suočavaju tijekom karijere. Nakon sakupljanja i analize podataka rezultati su bili alarmantni i iznenadjujući, pišu Lee i sur. (Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, SAD). Takvi problemi mogu uzrokovati da pojedini kirurzi smanje broj takvih zahvata, da izostaju s posla zbog odlaska na rehabilitaciju ili na operaciju, pa čak i da skrate karijeru. Problem je toliko značajan da su ga neki stručnjaci nazvali "predstojećom epidemijom" i boje se da bi mogao doprinijeti nedostatku kirurga u budućnosti. Neke studije upućuju na to da su poremećaji mišića i kostiju češći među kirurzima i intervencijskim liječnicima nego među rudarima, proizvodnim radnicima i fizioterapeutima. Drugi su izvjestili da do 80 % liječnika na rizičnim pozicijama mogu doživjeti značajnu bol zbog posla. Međutim, većina je podataka ograničena ili anegdotalna pa da

bi pružili više dokaza, autori su pretražili četiri baze podataka i dva registra kliničkih ispitivanja za studije o poremećajima mišićno-koštanog sustava vezanih za rad kirurga i intervencijskih liječnika. Analiza je obuhvatila 21 članak objavljen na engleskom ili španjolskom jeziku u 23 različite zemlje između 1974. i 2016. godine i prikupila podatke o 5828 liječnika. Od toga su 78,5 % bili muškarci (srednja dob, 46,0 godina), u radnom odnosu prosječno 12,8 godina, a provodili su oko 14,4 sati tjedno na intervencijskim zahvatima. Procjene prevalencije pokazale su da je najčešći poremećaj mišićno-koštanog sustava povezan s radom bio degenerativna bolest lumbalne kralježnice, s ukupnom prevalencijom tijekom karijere (overall career prevalence - OCP) od 19 % (95 %-tni interval pouzdanosti [CI], 13 - 27%). Drugi uobičajeni poremećaji bili su degenerativna bolest vratne kralježnice (OCP, 17 %: 95 %-tni CI, 12 - 25%), ozljeda rotatorne manšete (OCP, 18 %, 95 % CI, 13 - 25%) i sindrom karpalnog kanala (OCP 9 %, 95 % CI, 5 - 16%). Rezultati su također pokazali da ukupna prevalencija bolova u vratu, ramenu, ledima ili gornjem dijelu tijela tije-

kom posljednjih 12 mjeseci varira od 21 do 60 %, iako rezultati ovise o tome kako su studije procijenile bol. Među liječnicima koji su doživjeli poremećaje mišićno-koštanog sustava u vezi s radom 12 % (95% CI, 7 - 18%) moralo ih je otići na bolovanje, mijenjati ili ograničiti vlastitu praksu ili otići u prijevremenu mirovinu. Dvanaest specijalizacija u osam zemalja izvjestilo je o potrebi edukacije o ergonomiji. Rezultati upućuju na potrebu ergonomskih programa za kirurge i intervencijske liječnike zasnovanih na dokazima. Takvi bi programi trebali biti integrirani s drugim vrstama 'wellness' programa, osmišljenih kako bi se spriječili sindromi izgaranja na poslu te trošenja ili samoubojstva liječnika. Prvo što je potrebno jest poboljšati svijest o navedenom problemu i to od najranijih razina, bilo tijekom specijalizacije ili čak tijekom studija na fakultetu. Autori navode nekoliko ograničenja svoje studije, uključujući i mogućnost pristranosti, koje proizlaze iz metodoloških problema uključenih studija. Studija je djelomično finansirana potporom National Institutes of Health. Autori nisu imali relevantne finansijske odnose.

(JAMA Surg. 2018;153:e174947.)

# RADOVI HRVĀTSKIH 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.

Henigsberg N<sup>1</sup>, Šarac H<sup>2</sup>, Radoš M<sup>1,2</sup>,  
Radoš M<sup>1</sup>, Ozretić D<sup>1,2</sup>, Foro T<sup>1</sup>, Erdeljić  
Turk V<sup>2</sup>, Hrabač P<sup>1</sup>, Bajs Janović M<sup>2</sup>, Rak  
B<sup>3</sup>, Kalember P<sup>4</sup>. Lower choline-containing  
metabolites/creatinine (Cr) rise and  
failure to sustain NAA/Cr levels in the  
dorsolateral prefrontal cortex are associated  
with depressive episode recurrence  
under maintenance therapy: a proton  
magnetic resonance spectroscopy retrospective  
cohort study. *Front Psychiatry*.  
2017;8:277.

<sup>1</sup>School of Medicine, University of Zagreb,  
Zagreb, Croatia; <sup>2</sup>University Hospital Centre  
Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>3</sup>University Hospital  
"Sveti Duh", Zagreb, Croatia; <sup>4</sup>Polyclinic  
Neuron, Zagreb, Croatia

Kust D, Staničić J, Mateša N. Bethesda  
thyroid categories and family history of  
thyroid disease. *Clin Endocrinol (Oxf)*.  
2018;88:468-472.

Department of Oncology and Nuclear Medicine,  
University Hospital Center "Sestre Milosrdnice",  
Zagreb, Croatia

Premuzic V<sup>1</sup>, Batinic J<sup>2</sup>, Roncevic P<sup>2</sup>,  
Basic-Jukic N<sup>1</sup>, Nemet D<sup>2</sup>, Jelakovic B<sup>1</sup>.  
Role of plasmapheresis in the management  
of acute kidney injury in patients  
with multiple myeloma: should we abandon it?  
*Ther Apher Dial*. 2018;22:79-86.

<sup>1</sup>Department of Nephrology, Hypertension,  
Dialysis and Transplantation, University  
Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia;

<sup>2</sup>Department of Haematology, University  
Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia

Krbot Skorić M<sup>1</sup>, Crnošija L<sup>2</sup>, Gabelić  
T<sup>1</sup>, Adamec I<sup>1</sup>, Habek M<sup>1,2</sup>. Relationship  
between sensory dysfunction and  
walking speed in patients with clinically  
isolated syndrome. *J Clin Neurophysiol*.  
2018;35:65-70.

<sup>1</sup>Department of Neurology, University Hospital  
Center Zagreb, Referral Center for Autonomic  
Nervous System Disorders, Zagreb,  
Croatia; <sup>2</sup>School of Medicine, University of  
Zagreb, Zagreb, Croatia

Labor M<sup>1,2</sup>, Labor S<sup>1,2</sup>, Jurić I<sup>3</sup>, Fijačko  
V<sup>1,2</sup>, Grle SP<sup>4</sup>, Plavec D<sup>2,5</sup>. Mood disorders  
in adult asthma phenotypes. *J Asthma*.  
2018;55:57-65.

<sup>1</sup>Department of Pulmonology, University  
Hospital Center Osijek, Osijek, Croatia;

<sup>2</sup>Faculty of Medicine, J.J. Strossmayer University  
of Osijek, Osijek, Croatia; <sup>3</sup>Department of  
Medicine, University Hospital Center Osijek,  
Osijek, Croatia; <sup>4</sup>Department of Pulmonology  
, University Hospital Center Zagreb, Zagreb  
, Croatia; <sup>5</sup>Research Department, Children's  
Hospital Srebrnjak, Zagreb, Croatia

Kovacic A<sup>1</sup>, Seruga Music M<sup>2</sup>, Dekic  
S<sup>2</sup>, Tonkic M<sup>3</sup>, Novak A<sup>3</sup>, Rubic Z<sup>3</sup>, Hrenovic  
J<sup>2</sup>, Goic-Barisic I<sup>3</sup>. Transmission and  
survival of carbapenem-resistant *Acinetobacter  
baumannii* outside hospital setting.  
*Int Microbiol*. 2017;20(4):165-169.

<sup>1</sup> Institute of Public Health of Split and  
Dalmatia Country, Split, Croatia, <sup>2</sup> Department  
of Biology, Faculty of Science, University  
of Zagreb, Zagreb, Croatia, <sup>3</sup> University  
Hospital of Split and School of Medicine  
University of Split, Split, Croatia

Goic-Barisic I<sup>1</sup>. Comment to the  
paper arrival of carbapenem-hydrolyzing-oxacillinas in  
*Acinetobacter baumannii* in Bosnia and  
Herzegovina. *Infect Genet Evol*. 2018  
Apr 5. pii: S1567-1348(18)30122-9. doi:  
10.1016/j.meegid.2018.03.022.

<sup>1</sup>University Hospital of Split, School of Medicine  
University of Split, Split, Croatia

Petelin Gadze Zeljka<sup>1</sup>, Bujan Kovac  
Andreja<sup>1</sup>, Adamec Ivan<sup>2</sup>, Milekic  
Nina<sup>3</sup>, Sulentic Vlatko<sup>1</sup>. Vagal nerve  
stimulation is beneficial in postural  
orthostatic tachycardia syndrome and  
epilepsy. *Seizure*. 2018;57:11-13.

<sup>1</sup> Department of Neurology, University  
Hospital Centre Zagreb, School of Medicine,  
University of Zagreb, Referral Centre of the  
Ministry of Health of the Republic of Croatia  
for Epilepsy, Zagreb, Croatia; <sup>2</sup> Department  
of Neurology, University Hospital Center  
Zagreb, School of Medicine, University of  
Zagreb, Referral Centre of the Ministry of  
Health of the Republic of Croatia for Autonomic  
Nervous System Disorders, Zagreb, Croatia,  
<sup>3</sup>Department of Neurology, Sibenik-Knin  
County General Hospital, Sibenik, Croatia

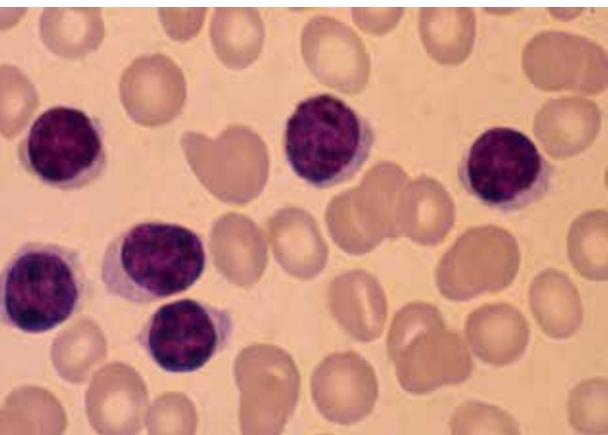
# Kronična limfocitna leukemija / limfom malih limfocita

## Što je KLL?

Kronična limfocitna leukemija ili skraćeno KLL najčešća je leukemija bijele rase, s incidencijom 4,2/100 000 godišnje<sup>1</sup>. Medijan dobi kod dijagnoze je 72 godine, a incidencija raste s dobi, radi čega, kod osoba u dobi iznad 80 godina, taj broj može dostići i 30/100 000 godišnje. KLL je klonalna zločudna limfoproliferativna bolest i prema podjeli SZO istovjetna je B-staničnom limfomu malih limfocita (SLL). Smatra se da se radi o istoj bolesti u različitim fazama kliničke prezentacije<sup>2</sup>.

Osnovni kriterij za dijagnozu kronične limfocitne leukemije je prisustvo 5 000 ili više monoklonskih B-limfocita u perifernoj krvi, a klonalnost dokazujemo imunofenotipizacijom (slika 1). Radi se

Slika 1. Periferna krv (A) (MGG, 1:1000): brojni limfociti s obilježjima zrelih limfocita u perifernoj krvi karakteristika su kronične limfocitne leukemije.



o zrelim malim limfocitima koji na svojoj površini izražavaju karakteristične antigene; CD 5 (inače biljeg T-limfocita), CD 20, CD 19 i CD 23 (panel biljega B-limfocita), uz restrikciju ili kapa ili lambda lakog lanca. Dijagnoza SLL-a zahtijeva limfadenopatiju i/ili splenomegaliju, a broj cirkulirajućih limfocita u perifernoj krvi mora biti manji od 5 000<sup>3</sup>. Stanice SLL-a imaju isti imunofenotip kao i stanice KLL-a, a za postavljanje dijagnoze nužna je biopsija limfnog čvora i patohistološka potvrda dijagnoze<sup>4</sup>.

Maligne stanice limfoma plaštene zone također izražavaju biljege B-limfocita i CD 5, ali najčešće ne izražavaju CD 23. U rijetkim slučajevima kada stanice mogu izražavati i CD 23, potrebno je učiniti cyklin D 1 ili in situ hibridizacijom (FISH) dokazati translokaciju 11;14. Drugi tip limfoma koji se može zamjeniti s KLL-om je limfom marginalne zone.

## Klinička slika

Dijagnoza kronične limfocitne leukemije često se zna postaviti slučajno, pri rutinskoj kontroli krvne slike, kada nalazi, uz limfocitozu, prikazuju prisutnost leukocitoze. KLL najčešće kod oboljelih osoba ne izaziva nikakve simptome. Ipak, kada dođe do pojave simptoma, što je slučaj kod svega jedne četvrtine bolesnika, jedan od početnih znakova KLL-a može biti bezbolno povećanje limfnog čvora. Manji dio bolesnika javlja se s „B“ simptomima: vrućica iznad 38°C, bez znakova infekcije, pojačano

noćno znojenje, gubitak na težini više od 10% unutar 6 mjeseci te izravziti umor i slabost. U samom početku, KLL se rijetko očituje slikom stečene imunodeficijencije, koja se manifestira učestalim infekcijama najčešće respiratornog trakta ili autoimunim fenomenima; autoimunom hemolitičkom anemijom (AIHA) ili autoimunom trombocitopenijom (ITP), što rezultira kod anemije osjećajem slabosti, nemoći, žutilom kože, a kod trombocitopenije pojmom petehija ili krvarenjem. Još su rjedi slučajevi gdje već pri postavljanju dijagnoze postoje anemija i trombocitopenija, proizašle iz supresije mijelopoeze zločudnim stanicama KLL-a. Limfadenopatija je najčešći znak KLL-a pri fizikalnom pregledu (prisutna u više od 50% bolesnika). Limfni čvorovi su bezbolni, čvrsti i pomični. Splenomegalija, tj. bezbolno povećanje slezene, prisutno je u nešto manje od 50% bolesnika.

## Klinički pregled i dijagnostička obrada

Kod svakog je bolesnika potrebno uzeti anamnističke podatke i učiniti detaljni fizikalni pregled s posebnim osvrtom na palpaciju perifernih limfnih čvorova, jetre i slezene. Laboratorijska obrada obuhvaća kompletну krvnu sliku s diferencijalnom krvnom slikom, retikulocite, sedimentaciju, biokemijske pretrage uz ispitivanje laktat dehidrogenaze, bilirubina, elektroforeze, imunoelktroforeze i imunofiksacije serumskih proteina, beta 2 mikroglobulina

te izradu direktnog antiglobulinskog testa. Također, prije početka imuno-kemoterapije, potrebno je utvrditi status potencijalnih virusnih infekcija (hepatitis B i C te HIV). Kompjuteriziranu tomografiju baze vrata, toraksa, abdomena i male zdjelice može se učiniti već pri postavljanju dijagnoze, a svakako ju je potrebno učiniti na početku liječenja i pri procjeni odgovora na terapiju. Iako biopsija kosti nije nužna za postavljanje dijagnoze, preporuča se učiniti prije početka terapije, radi uvida u tip infiltracije koštane srži te razjašnjenje citopenije. S ciljem svrstavanja bolesnika u prognostičke grupe, potrebno je učiniti dodatne testove. Poznato je da mutacijski status IgVH gena (gen za teški lanac imunoglobulina) korelira s prognozom bolesti. Bolesnici s mutiranim IgVH genom imaju bolju prognozu od nemutiranih bolesnika, no ova je pretraga komplikirana i nije pogodna za rutinsku praksu, radi čega se određuju biljezi koji koreliraju sa statusom IgVH, poput izraženih biljega CD 38 i ZAP-70. Citogenetski i molekularni testovi (FISH i PCR),

potrebni su za otkrivanje citogenetskih abnormalnosti, u prvom redu delecija 11q22-23, trisomija 12; delecija 13q14, delecija 17p13, koje imaju nezavisno prognostičko značenje<sup>5</sup>.

Kod svakog bolesnika potrebno je odrediti proširenost bolesti. Podjele po i Binet-u i Rai-u vrlo su jednostavne i klinički prihvatljive. Na osnovu ovih podjela bolesnici se svrstavaju u tri prognostičke grupe<sup>6,7</sup>.

Pored ove dvije podjele postoji i rjeđe upotrebljavana metoda, ali koja je zanimljiva u kontekstu primjene novih lijekova (PIK inhibitora i BTK inhibitora), a riječ je o određivanju ukupne tumorske mase (TTM)<sup>8,9</sup>.

#### **TTM - promjer najvećeg limfnog čvora u cm + slezena pod lijevim rebrenim lukom u cm + √(broj limfocita/10<sup>9</sup>)**

**TTM < 9 – mala tumorska masa**

**TTM > 9 – velika tumorska masa**

**Podvostručenje tumorske mase – TTM dvaput veći od prethodnog**

#### **Prognoza bolesti**

Bolesnici s niskim rizikom po Rai-u i Binet-u žive u prosjeku dulje od 10 godina, oni sa srednjim rizikom dulje od 8 godina, dok oni s visokim rizikom imaju medijan preživljena 6,5 godina<sup>10</sup>. Vrijeme podvostručenja broja limfocita i veličina tumorske mase su relativno jednostavnii klinički prognostički pokazatelji. Neki od nepovoljnijih prognostičkih pokazateleja su velika tumorska masa temeljem TTM podjele, vrijeme podvostručenja broja limfocita kraće od 12 mjeseci te povišena koncentracija beta-2 mikroglobulina. U posljednje vrijeme sve veći broj biokemijskih, histoloških, citogenetskih i molekularnih pokazatelja ima za cilj da u ranoj fazi bolesti „prepozna“ onu skupinu bolesnika s nestabilnom, odnosno bržom progresijom KLL.

Nepovoljna prognoza KLL povezuje se i sa statusom mutacije gena varijabilnog dijela teškog lanca (IgVH). Nemutirani IgVH, opisan kod otprilike polovice bolesnika s KLL-om, praćen je nepovoljnom prognozom i kraćim preživljavanjem<sup>11</sup>. CD38, ciklička ADP riboza je hidroksilaza, čija ekspresija korelira s mutacijom IgVH gena, odnosno radi se o glikoproteinu prisutnom na površini većine imunih stanica. Njegova povišena ekspresija na stanicama KLL-a (više od 30%), praćena je nepovoljnom prognozom<sup>12</sup>. ZAP-70 (engl. *Zeta chain-associated protein kinase 70*) bjelančevina je koja također korelira s izražajem IgVH gena, a nalazi se blizu površine membrane T-limfocita i NK-stanica te je dio T-staničnog receptora. Ključna je molekula za širenje signala T-limfocitima i ubraja se u obitelj proteinskih tirozin kinaza. Bolesnici s pozitivnim nalazom ZAP-70 imaju nepovoljniju prognozu.

#### **Liječenje B-KLL-a<sup>13,14</sup>**

Zadnjih godina svjedoci smo značajnih promjena u liječenju B-KLL-a, prije svega zbog većeg broja novo-

#### **Binet:**

STADIJ	DEFINICIJA	RIZIK
A	Hemoglobin ≥ 100 g/L, trombociti ≥ 100 x 10 <sup>9</sup> /L, < 3 zahvaćene regije	nizak
B	Hemoglobin ≥ 100 g/L, trombociti ≥ 100 x 10 <sup>9</sup> /L, ≥ 3 zahvaćene regije	srednji
C	Hemoglobin < 100 g/L i ili trombociti < 100 x 10 <sup>9</sup> /L	visok

#### **Rai:**

STADIJ	DEFINICIJA	RIZIK
0	Limfocitoza, limfociti u perifernoj krvi > 5 x 10 <sup>9</sup> /L	niski
I	Stadij 0 s uvećanim limfnim čvorovima	srednji
II	Stadij 0-II sa splenomegalijom, hepatomegalijom ili oboje	srednji
III*	Stadij 0-II sa hemoglobinom < 110 g/L ili hematokritom < 0.33	visok
IV*	Stadij 0-III sa trombocitima < 100 x 10 <sup>9</sup> /L	visok

\* imunocitopenija se isključuje

odobrenih lijekova koji su u brojnim kliničkim istraživanja pokazali značajne pomake u učinkovitosti liječenja (mjereno ukupnim preživljavanjem, preživljavanjem bez znakova bolesti te stopama odgovora).

Općenito pravilo u B-KLL je da bolest ne treba liječiti ukoliko bolest nije simptomatska. Kriteriji za početak liječenja nisu se mijenjali zadnjih 30-ak godina i danas su aktualni. No da li će novi lijekovi drugog mehanizma djelovanja i drugačijeg profila toksičnosti i učinkovitosti promijeniti dugo uvriježen pristup (na temelju istraživanja liječenja koje se temeljilo samo na kemoterapiji), treba pričekati rezultate kliničkih istraživanja. Obzirom na duljinu istraživanja i brze promjene u raspoloživom repertoaru lijekova te obzirom na farmakoekonomski razmatranja za sada je manje vjerojatna promjena sadašnjeg pristupa i kriterija.

Kad se pokaže potreba za liječenjem pri izboru početne terapije potrebno je postaviti dva osnovna pitanja. Prvo je pitanje postoji li lezija p53 mehanizma (delecija 17p kromosoma i/ili mutacije) koji je nužan za djelovanje citostatika. Ukoliko nije bilo utjecaja na navedeni gen, indicirano je liječenje koje se temelji na kombinaciji citostatika i anti-CD20 protutijela jer je kod određenog broja bolesnika moguće postići dugotrajne remisije bez znakova bolesti i bez potrebe za ponovnim liječenjem. Drugo pitanje u odabiru terapije je izbor kombinacije, odnosno intenziteta imunokemoterapije koji bolesnik može podnijeti. Odluka se temelji na dobi bolesnika te stupnju komorbiditeta. Kod bolesnika mlađih od 65 godina te bez značajnih komorbiditeta, koji mogu podnijeti intenzivniju terapiju, prvi izbor za liječenje je kombinacija fludarabina, ciklofosfamida i rituksimaba (FCR), dok je kod bolesnika starijih od 65 godina ili sa značajnim komorbiditetima prvi

izbor liječenje kombinacijom obinutuzumaba i klorambucila. Ukoliko remisija traje dulje (2-3 godine) kod bolesnika se u slučaju relapsa može ponoviti ista terapija (ovisno o dobi i komorbiditetima). U slučajevima kada se ne postigne odgovor ili je remisija kratka (kraća od 2-3 godine) ili je kod bolesnika prisutna lezija p53 mehanizma (neovisno je li bolesnik prethodno liječen) indicirano je liječenje novim ciljanim lijekovima, koji su pokazali značajnu učinkovitost pri navedenim okolnostima i čiji mehanizam nije ovisan o p53 mehanizmu. Dvije su skupine novih lijekova prema mehanizmu djelovanja. U prvoj su skupini inhibitori signalnog puta B-receptora ibrutinib (inhibitor Brutonove tirozin kinaze) i idelalisib (inhibitor fosfatidil-inozitol 3-kinaze) koji se primjenjuje u kombinaciji s rituksimabom. Ibrutinib je registriran i u prvoj liniji liječenja. U drugoj skupini s neovisnom mehanizmom djelovanja je venetoklaks, antagonist bcl-2 anti-apoptotičkog proteina. Venetoklaks je pokazao značajnu učinkovitost kod bolesnika s lezijom p53 mehanizma, kod relapsa nakon ili refraktornosti na imunokemoterapiju ili inhibitore signalnog puta B-receptora (ili kad navedeni lijekovi nisu primjenjivi) te je zbog toga u navedenim indikacijama i registriran u EU i RH, te se od ožujka ove godine nalazi na Listi posebno skupih lijekova HZZO-a. Navedeni lijekovi su male molekule koje se uzimaju oralnim putem na dnevnoj bazi trajno do progresije bolesti ili razvoja intolerancije/nuspojava. Premda dosadašnji rezultati predstavljaju značajan napredak u liječenju B-KLL-a, u tijeku su brojna istraživanja koja nastoje određenim kombinacijama protutijela, antagonista bcl-2 i/ili inhibitora B-receptora uz eventualno kemoterapiju dodatno poboljšati odgovore, njihovo trajanje i preživljavanja uz vremenski ograničeno/kraće trajanje

liječenja čime bi se uz neposrednu korist za bolesnika postigli i pozitivni farmakoekonomski učinci za društvo u cjelini.

## Literatura

- Eichhorst B. et al. Chronic lymphocytic leukaemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 26(Supplement 5) 2016; v78-v84.
- Santos FP. et al. Small lymphocytic lymphoma and chronic lymphocytic leukemia: are they the same disease? *Cancer J.* 2012; 18:396-403.
- Hallek M. et.al. Guidelines for diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia, updating the National Cancer Institute-Working Group 1996 guidelines. *Blood* 2008;111:5446-5456.
- Rawston AC. et al. Monoclonal B-cell lymphocytosis and chronic lymphocytic leukemia. *N Engl J Med* 2008; 359:575-583.
- Ballakas P. Recurrent mutations refine prognosis in chronic lymphocytic leukemia, *Leukemia* 2015;29:329-336.
- Binet JL. et al. A new prognostic classification of chronic lymphocytic leukemia derived from multivariate survival analysis. *Cancer* 1981; 48: 198-206.
- Rai KR. et al. Clinical Staging of chronic lymphocytic leukemia. *Blood* 1975;46: 219-234.
- Jakšić B. et al. Total tumor mass score (TTM): a new parameter chronic lymphocyte leukemia. *Br J Haematol.* 1981 Nov;49(3):405-13.
- Jakšić O. et al. Clinical tumor cell distribution pattern is a prognostically relevant parameter in patients with B-cell chronic lymphocytic leukemia. *Haematologica.* 2001 Aug;86(8):827-36.
- Abrisqueta P. et. Al. Improving survival in patient with chronic lymphocytic leukemia (1980-2008): the Hospital Clinic of Barcelona experience. *Blood* 2009; 114:2044-2050.
- Damle RN. et. Al. Ig V gene mutation status and CD38 expression as novel prognostic indicator in chronic lymphocytic leukemia. *Blood* 1999; 94:1840-1847.
- Hamblin TJ. et al. CD38 expression and immunoglobulin variable region mutations are independent prognostic variables in Chronic Lymphocytic Leukemia, but CD38 expression may vary during course of the disease. *Blood* 2002;99: 1023-1029.
- Jakšić B. et al. Guidelines for diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia. *KroHem B-CLL* 2017. *Acta Clin Croat* 2018; vol.57
- Kaushansky, K. and Lichtman, M.A., 2016, *Williams Hematology*, USA, 1533 p.

# Dr. LOVRO DOJMI DI DELUPIS

## *S Visa preko Padove, Zagreba, Tuzle i Mostara do Splita i Milana*



DR. LOVRO DOJMI DI DELUPIS  
(1899-1965)

U skupini svršenih medicinara koji su 31. ožujka 1925. promovirani na čast doktora sveukupnog liječništva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu bio je Lovro Dojmi. Rođen je u Visu je 1. ožujka 1899. u obitelji pomorskog časnika Luje (Luigi) Dojmi di Delupisa i njegove supruge Antice (Antoniete) rođ. Topić, kućanice. Temeljnu je edukaciju stekao u Visu, zatim je obrazovanje nastavio u Klasičnoj gimnaziji u Travniku (1910. – 1914.). Jedno je polugodište proveo u Kotoru, a nastavio u Splitu (1914. – 1917.). Bio je unovačen u austrougarsku vojsku te je kao vojni obveznik ispit zrelosti

polagao u izvanrednom roku 1917. u vojničkoj odori.

Medicinu je studirao u Napulju od 1919. do 1921., a zatim nastavio na MEF-u u Zagrebu. Već u studentsko doba počeo je objavljivati svoje književne uratke u zagrebačkom "Vijencu" (1923.), a njegova pripovijetka "Valovi ljubavi" (s temom iz života na otoku) objavljena je u časopisu "Dom i svijet" te kao knjiga 1924. godine. Potpisivao se Lovro Dojmi, Lovro Dojmi di Delupis ili pseudonimom Loli Lujin.

Njegovom je promocijom dobila je ugledna viška plemićka obitelj Dojmi di Delupis liječnika i u trećoj generaciji. Stric Lorenzo Dojmi di Delupis (1845. – 1927.) promoviran je u Gracu 1870., a u generaciji prije njega Lujo Dojmi (1812. – 1882.) promoviran je u Padovi 1839. No za razliku od njih, dr. Dojmi iz 20. stoljeća nije nikad radio na svome otoku. Liječnički staž obavio je u Dubrovniku 1925./1926., nekoliko mjeseci bio je sekundarni liječnik na Kirurškom odjelu i zatim asistent na Kožno-veneričnom odjelu gradske bolnice u Sarajevu te suradnik Higijenskog zavoda u Sarajevu do kraja 1927. Potkraj te godine dodijeljen je Domu narodnog zdravlja u Tuzli u kojem je vodio školsku polikliniku od 1928. – 1930. Sudjelovao je u

akciji suzbijanja endemskog sifilisa u bivšoj Tuzlanskoj oblasti. O tome je pisao 1929. u "Srpskom arhivu za celokupno lekarstvo". U publikaciji dr. Roberta Frieda (1892.- 1974.) "O higijensko-epidemiološkom radu u Tuzli 1923-1927" napisao je poglavlje o suzbijanju endemskog sifilisa.

### >> Mostar

Premješten je u siječnju 1931. za v.d. upravitelja DNZ-a u Livnu. Već 25. siječnja 1931. došao je na mjesto upravitelja DNZ-a u Mostaru, kamo ga uputio Štampar, tada još načelnik u Ministarstvu narodnog zdravlja u Beogradu. Dojmi je u Mostaru dugo bio i šef bakteriološkog odjela, a obavljajući poslove školskoga liječnika predavao je učenicima gimnazije higijenu. Njegovo predavanje "Kako da liječimo endemični sifilis u Bosni i Hercegovini i što ćemo eventualno postići tim liječenjem" na Drugom sveslavenском dermatološkom kongresu u Beogradu lipnja 1931. objavljeno je u "Liječničkom vjesniku" i potaknuto je prof. Kogoja, predstojnika Dermatovenerološke klinike MEF-a u Zagrebu, na odgovor u kojem je napisao "Predavanje kolege Dojmija bavi se pitanje koje duboko zasijeca u postojeću i buduću zdravstvenu strukturu žiteljstva naše domovine, a način iznošenja odaje duboki osjećaj liječničke odgovor-

nosti kakvim bi se mogao svaki od nas ponositi". Dojmi je shvaćao važnost edukacije i obrazovanja većinski nepismenog stanovništva i stoga održavao predavanja poprćena projekcijama slika i filmova. U suradnji sa ŠNZ-om u Zagrebu snimio je 1932. dva filma: "Ikina sudbina" i "Endemski sifilis". I sam je glumio, preuzeo je ulogu seljaka iz okolice Posušja.

Usmenim dogovorom s dr. Leom Traunerom (1893. – 1963.), znanstvenim suradnikom zagrebačkog zastupstva tvrtke Meister Bayer Lucius, u travnju 1932. pokrenuo je dr. Dojmi akciju lova na zmije u svim kotarima pod ingerencijom DNZ-a u Mostaru u cilju izrade protuzmijskog otrova. Seljacima je obećano 20 dinara za svaku živu ulovljenu zmiju, a u akciji 1933. godine dobivali su 25 dinara po zmiji – što je bila "dobra" dnevница. Ukupno je isplaćeno 20.000 dinara. U izvješću je Dojmi imao potrebu napisati da se osoblje DNZ-a nije okoristilo ni jednim dinarom. Tijekom te dvije sezone imali su samo jedan slučaj ujeda zmije, a rukovalac prijema zmija uštrcao je ujedenom seljaku protuserum i nije bilo posljedica. Akciju provedenu 1932. i 1933. Dojmi je cijenio važnom zdravstvenom mjerom, ali i gospodarskom potporom siromašnom narodu u Posušju i Imotskom. Pronalazio je sredstva za popravljanje kuća i putova, sanaciju bara te izgradnju čatrnja i bunara.

Studirao je problematiku avitaminoza. U specijalnoj misiji studija pelagre, važnog problema u siromašnoj Hercegovini, boravio je

1933. uz stipendiju Higijenske sekcije Lige naroda na dvomjesečnom usavršavanju u Rumunjskoj, Švicarskoj i Italiji, a u Engleskoj je posjetio Listerov laboratorij u Londonu. Tamo je upoznao dr. Phillipa Ellingera\* (1887. – 1952.) koji je na Dojmijev poziv posjetio Mostar. U Posušju uzimao uzorke krvi oboljelih od pelagre, analizirao ih po povratku u Englesku te o rezultatima izvjestio u Londonu u svibnju 1935. O pelagri je dr. Dojmi pisao u „Prirodi“, a u „Liječničkom vjesniku“ je objavljen zajednički članak Ellingera i Dojmija (1935.).

U parku DNZ-a u Mostaru uzgajao je ribice Gambusia affinis koje je nabavio u Italiji i donio sa željom da ih razmnoži po Hercegovini. Te su ribice uništavale larve komaraca koji prenose malariju, bolest koja je u to doba bila česta u ovom kraju.

Pristup dr. Lovre Dojmija, višeg zdravstvenoga pristava u Mostaru, Zboru liječnika Hrvatske (ZLH) u Zagrebu obznanjen je na mjesecnoj skupštini 28. ožujka 1935. Bilo je to svega dva mjeseca nakon što je za predsjednika ZLH izabran dr. Vladimir Čepulić (1891. – 1964.), koji je u cilju poboljšanja zdravlja hrvatskog naroda najavio promjene u radu Zbora i pozvao kolege da mu se pridruže.

Dojmi je sudjelovao u izradi i provođenju ankete o endemijskom luesu u Bosni 1934. i 1935. u Travničko-bugojanskom, Cazinskom i Bišćanskom kotaru, kojom je prigodom pregleđano 4800 ljudi. Rezultati su objavljeni u publikaciji „Endemijski sifilis u Bosni“ (220 str.) koju je uredio dr. Ante Vuletić (1899. – 1977.), a objav-

ljena je nakladom Škole narodnog zdravlja u Zagrebu 1939.

Godine 1936. obavljao je nekoliko mjeseci poslove ravnatelja bolnice u Stocu, a godine 1937. boravio je na tromjesečnom studiju u Rimu u svrhu proučavanja tamošnjih socijalno-medicinskih ustanova (posebice organizacije borbe protiv tuberkuloze).

Dio njegovih crtica i priča objavljenih u beogradskom "Lekaru" objavljen je 1937. u posebnoj knjizi pod naslovom "U bijelom mantlu". To je bila prva knjiga u Medicinskoj biblioteci "Lekara". Naslov specijalista za higijenu Dojmiju je priznat 1939. godine, te je obavljao dužnost sanitarnog inspektora u Mostaru. Od travnja 1940. do lipnja 1942. bio je suradnik uredništva "Wiener medizinische Wochenschrifte", zadužen za prikaze članaka iz Jugoslavije.

U "Liječničkom vjesniku" je u kolovozu 1941. obznanjeno rješenje ministra narodnog zdravstva NDH o premještaju dr. Lovre Dojmija, zdravstvenog nadzornika kod DNZ-a Mostar, po potrebi službe, u DNZ Varaždin. Budući da nije prihvatio premještaj, otpušten je iz službe. No ostao je u Mostaru, a rad mu je bio otežan jer je značajan dio Doma zdravlja zauzela njemačka vojna služba veze. Više je puta bio preslušavan na policiji koja je opravdano sumnjala da je upravo dr. Dojmi odgovoran za nestanak sanitetskog materijala koji je tajnim kanalima iz Doma zdravlja odlazio partizanima. Usprkos strogom nadzoru i uz velik osobni rizik, dr. Dojmi je nastavljao, premda nevoljko, s ilegalnim aktivnostima.

\* Njemački farmakolog s doktoratom iz kemije (1911.) i medicine (1914.), habilitiran u Heidelbergu iz farmakologije 1922., koji je zbog svog „nearijstva“ bio 1933. otpušten. Nije prihvatio poziv medicinskog fakulteta u Ankari, nego je sa suprugom i troje djece emigrirao u Veliku Britaniju. Dobio je, potporom „Vijeća za potporu izbjeglim akademičarima“, mjesto u Listerovom institutu za preventivnu medicinu u Londonu. Putovao je 1937. i 1938. po zahtjevu Medical Research Council (MRC), u Egipat radi proučavanja pelagre. Od 1939. imao je britansko državljanstvo.

## DOJMI DI DELUPIS



### >> Milano

U lipnju 1943. ratna su se zbivanja opasno približila Mostaru pa je Dojmi, zabrinut za vlastitu obitelj, zatražio premještaj u Split. Pomoglo mu je što je visoki časnik talijanske vojske u Mostaru bio rođak njegove supruge. Iz Splita se preselio u Milano, rodni grad svoje supruge. Tamo je niz godina bio zaposlen kao liječnik Blagajne za socijalnog osiguranja. Aktivno je djelovao u medicinskim društvima. Više od 20 članaka i feljtona o narodnoj medicine, ali i najrazličitijom medicinskim temama te graničnim područjima, objavio je u talijanskim časopisima. U knjizi "Tra gli scogli di Lissa" ("Među hridima Visa") objavljenoj u Milatu u travnju 1954. Dojmi je opisao svoje sjećanje na djetinjstvo i mladost na Visu. Za knjigu pod naslovom "Io e le chiocciole" ("Ja i puževi") dobio je nacionalnu nagradu izdavačke kuće Gastaldi za 1958. godinu. Objavio je i zbirku stihova "Passiflora" („Gospodinova kruna“).

Živio je izvan domovine, nije se više javljaо u "Liječničkom vjesniku" ni u drugim medicinskim glasilima, ali je ostao u kontaktu s prijateljima i kolegama. Separati njegovih medicinskih članaka iz talijanskih časopisa dostupni su u Nacionalnoj i sveučilišnoj knjižnici u Zagrebu. Redovito bi ugostio prof. Štampara prigodom njegovih putovanja u Ženevu na zasjedanja Svjetske zdravstvene

organizacije. Svome je učitelju posvetio raspravu "Moja dugogodišnja iskustva o metodici rada na zdravstvenom prosvjećivanju", koja je ostala u rukopisu.

Svega jednom posjetio je domovinu 1960. i obradovao se zdravstvenom, gospodarskom i društvenom razvijetu Hercegovine. Želio je ponovno doći u Split i posjetiti Oceanografski Institut radi proučavanja složenih refleksa u morskih životinja. No nakon preboljelog težeg oblika gripe u prvoj polovici veljače 1964., Dojmija je u noći 2./3. ožujka pogodio srčani udar. Nakon bolničkog liječenja morao je mirovati kod kuće. Prisilna fizička neaktivnost bila mu je prigoda za razmišljanje o vlastitome životu i radu, o ulozi liječnika u društvu. Od 13. ožujka do 11. svibnja pisao je dnevničke bilješke koje su objavljene u "Mese sanitario" 1964. godine. Pod nadnevkom 6. svibnja 1964. zapisao je "Novi mlađi naraštaji liječnika njeguju neograničeno povjerenje u nove farmakološke proizvode koji su često lansirani odgovarajućom, snažno poduprtoom, gromoglasnom reklamom, pod čijim su dojmom i mlađe kolege, ali kasnije u praksi većinom se nevjerojatni učinci tih novih lijekova svedu na malo toga. Ova "utrka" za novim medikamentima, novim metodama liječenja, temeljena samo na pročitanome štivu, nerijetko je štetna, jer se zbog tih novih zaboravljuju neki izvrsni stariji liječnici i to samo zbog opsjednutosti onim što je moderno, za tzv. "ažuriranjem", a to često nije drugo doli jedan oblik liječničkoga "snobizma", koji u krajnjem slučaju najviše škodi bolesniku". Pod nadnevkom 11. svibnja 1964. slijedi "Možda se najveća životna mudrost sastoji u traganju za istinom u svim stvarima i u djelovanju i življenu u skladu s tom istinom... I, ako je moguće, sve to zaogrnuti još daškom poezije... kažem, ako je i kad je to moguće... Sve ostalo – i ne vrijedi baš puno".

Umro je u Milatu 18. svibnja 1965. Nekrolog mu je objavljen u "Liječničkom vjesniku" i "Prirodi", a ima zasluženo mjesto i u Hrvatskom biografskom leksikonu. Poznavaju Dojmijeve osobe pomažu i uspomene prof. dr. Antuna Zimola (1912. – 2011.) koji je, studirajući medicinu na beogradskom MEF-u, dio svojih ljetnih i zimskih praznika proveo u Banovinskoj bolnici u rodnome Mostaru te imao prigodu slušati Dojmijeva predavanja i rasprave s kolegama u kojima je pokazivao svoj odgoj, širinu općeg obrazovanja, medicinsko iskušto i urođeni takt. U godini obilježavanja 100. obljetnice MEF-a u Zagrebu vrijedno je sjetiti se kakve su životne i radne uvjete imali i što su sve postigli liječnici prvih njegovih generacija.

 IVICA VUČAK

# > RJEČNIK LIJEPIH RIJEČI

*Već dvije minute nisam u vidokrugu pa me traže kao da se radi o ronjenju na dah, u kojem su prijeđene granice izdržljivosti. To je uvijek tako kad se oglašava poziv u pomoć s Odjela za najteže male bolesnike.*



□ ZDENKA ČORKALO

Po dojavi, najčešće trčimo ili ubrzano hodamo, preskačući prepreke kao što je bolničko dizalo, jer ono ima tehnički mozak, ne prepoznaće nas i ne radi po prilagođenom programu. Putem, zadihani i u slutnji, naglas ponavljamo već provjerene radnje, što ako krene ovako ili onako, je li sve na mjestu gdje smo ostavili, tko je još u pripravnosti bude li trebalo. Sobe na Odjelu su odvojene staklenom stjenkom, tako se odjednom može pratiti više djece i njihovih roditelja.

Samo krajicom oka, u letu, i ovaj put sam među sobama vidjela crveni nos klauna, pitala se u sebi što on u ovoj tuzi može raditi, kako mu se da izvaditi cirkusarije, komu je do smijeha, komu je do ičega. Oštromost mi nije pomogla odmaknuti od sebe bojan i brigu koje me stalno ucjenjuju, pa sam zaključivala kako u „vizitama bolničkih klauna“ i nema nečega posebnog, osim malo smijeha, rahlo raširenog po površini.

Tko je mogao zamisliti da će život napraviti sve suprotno: moje zaključke otključati, da bi tako oslobođeni svi

poispadali kao što umornomu čovjeku ispadaju predmeti iz ruku, i onda me, tim putem dovesti, postaviti za svjedoka borbe jednoga nesretnog roditelja, koji je danonoćno gledao u tešku bolest svoga djeteta, bez mogućnosti ičega drugog osim odbijanja primiti „vizitu doktora klauna“ misleći, kao i ja, da je ona neprimjerena trenutku, suvišna i bez učinka. Jednom prigodom je dijete iz iste sobe, neizljječivo bolesno, jedva čekalo kad će „crveni nos“ poviriti i otvoriti vrata. Roditelj je izašao iz sobe i izdaleka, kroz staklo, pogledavao što se događa. Djeca su se glasno smijala, doticala crveni nos, svako dijete je dobilo po jedan spužvasti nos za uspomenu, nisu bila ni sjena umornim i turobnim djevojčicama od prije. Po završetku programa roditelj je i sam bio ozaren gledajući prizor radosti bez pokrića, zahvalno je stisnuo ruku klaunu i rekao kako mu je žao što ranije nije dopustio ulazak suncu, čija toplina ne ovisi o dijagnozi.

Kad se more umirilo i više nije u valovima nego valićima dolazilo do moje obale, ne udarajući u nju nego se povlačeći bez doticaja, u prigod-



nom trenutku dogovoren mi je susret s jednim „crvenim nosom“. Predstavio mi se kao Nadimir Dobrić. Nisam odmah sve razumjela pa mi je on spelovao svoje umjetničko ime, naglašavajući svako slovo. Mogao bi se zvati kako god hoće jer je, čim je ušao, cijelu prostoriju zatresla raskoš njegovog smijeha koja je, zbog jakog kontrasta od onoga što sam očekivala i onoga što se preda mnom stvorilo, ponijela i mene, čiji je život pod strogo kontroliranim uvjetima nametnutima iznutra, još od dječje dobi.

„Poštovana doktorice, da, mi smo od ovoga svijeta, ako niste znali“, ugodnim, radosnim i sadržajnim govorom mi se obraćao Dobrić. Svatko može nositi crveni nosić ali svatko ne može biti crveni nosić, toliko se mora znati da se ne upadne u zamku površnosti“. Vidim da mi čita misli, ne samo kao otvorenu knjigu nego i otvorenu stranicu na kojoj sve piše. Drago mi je moje čuđenje, volim što sam u svemu pogriješila, zahvalna sam što primam poduku jer u ovoj trci nema utrke. „Postoji Međunarodna škola humora u Beču, obvezni smo pohađati razne radionice pjesme,

plesa, trikova, imamo edukacije u godišnjem međunarodnom kampu, sastajanja, dogovaranja za „vizite u paru“, posjeti u bolnicama, vrtićima i domovima za starije. Vrlo smo „tražena roba“, ne prestaje nabrajati moj sugovornik, odmotavajući s mene zaštitne materijale koji su sprječavali da mi sunce ne udre u glavu... „Komu god ulazim, ne mislim na ono što je osobu dovelo tu gdje se nalazi, iako smo „doktori“ nije mi važna dijagnoza, važan mi je trenutak radosti, koji u svakom srcu postoji bez obzira na „planinu“ navaljenu baš usred prsiju, bitno je naći put do radosti. A nalaženje puta može biti uspješno samo uz rječnik lijepih riječi, pokreta, postupaka, naučenih, izvježbanih, proživljenih. I naravno, svjetlost iznutra ne može zalutati, ona je, uz sve vještine najvažnija.“

Dugo sam gledala u mlado, lijepo, nasmijano lice ove hodaće jednadžbe, misleći o svjetlosti iznutra, misleći kako s punim srcem treba znati upraviti, više nego s praznim. Složili smo se da bolesniku sunce ulazi na vrata i uvijek zalazi njihovim zatvaranjem.

\*Autorica je anestezilog iz Splita, član Društva hrvatskih književnika u Zagrebu i Društva hrvatskih književnika HB

# NIJE ISTOVJETAN POLOŽAJ LIJEČNIKA U ORDINACIJI I STRUČNOG POVJERENSTVA KOJE GA NAKNADNO OCJENJUJE

✉ dr. sc. TOMISLAV JONJIĆ

>>

Pravni praktičari znaju kakve poteškoće u konkretnim sudskim postupcima izazivaju mišljenja stručnih povjerenstava Hrvatske liječničke komore, a osobito mišljenja povjerenstava mjerodavnog ministarstva.

Dok se Komorina stručna povjerenstva oslanjaju na izvornu medicinsku dokumentaciju – iako ona, nažalost, nerijetko nije potpuna, pa bi zahtjevala krajnje skrupulozan pristup – mišljenja koja o pojedinim situacijama daju povjerenstva ministarstva zdravstva, obično se temelje na dijelu medicinske dokumentacije i na izjavama sudsionika i svjedoka koje su prikupili službenici ministarstva koji najčešće nisu liječnici, a ponekad nisu ni pravnici.

Takve se izjave, strogo uvezši, ne bi uopće smjeli koristiti kao dokaz u sudskome postupku (kao što se iz spisa moraju izdvajati i policijske bilješke o tzv. obavijesnim razgovorima!), ali se zna dogoditi protivno, pa na takvim nevaljanim dokazima, autoritetom najviše upravno-političke vlasti u resoru zdravstva, izraste dokument koji znade ostaviti dojam na sudove i druge sudsionike u postupku, a osobito na medije i laičku javnost. Uzalud pravni praktičari ističu da se radi o tzv. plodu otrovne voćke, i da gradivo koje je prikupljeno mimo zakona i protivno njemu, ne bi smjelo prolaskom kroz

retortu ministarstva rezultirati valjanim i uvjerljivim dokazom. A pored te problematične postupovne dimenzije, u takvim se mišljenjima nerijetko zaboravlja da je „poslije bitke lako biti general“ odnosno da nije ista životna i stručna pozicija liječnika koji mora donijeti odluku o tretmanu bolesnika, i pozicija kolektivnog tijela koje istu situaciju promatra *post festum*, bez vremenjskog i psihološkog pritiska te na temelju svih nalaza, ponekad i nalaza obducenta, kad je uzrok smrti nepobitno utvrđen.

Srećom, ima dosta primjera u sudskoj praksi u kojima sudovi nisu pali u zamku koju nehotice postavlja autoritet upravno-političke vlasti. Tako je, primjerice, prvostupanskim rješenjem jednoga hrvatskoga županijskog suda, u povodu neslaganja istražnog sudca, temeljem čl. 190. st. 2. Zakona o kaznenom postupku odbijen istražni zahtjev općinskoga državnog odvjetništva od 14. travnja 2009., podnesen protiv osumnjičenika S. R.-R. i E. B., zbog učina kaznenog djela iz tadašnjega članka 249. st. 3. i 4. u svezi s člankom



240. st. 1. i 3. Kaznenog zakona. Državni odvjetnik je protiv tog rješenja izjavio žalbu, navodeći da je činjenično stanje pogrješno utvrđeno i predlažući Vrhovnom судu da pobjijano rješenje preinači, pa da protiv osumnjičenih bude provedena istraga za kazneno djelo koje im se stavlja na teret.

Vrhovni sud konstatira da se u svojoj žalbi državni odvjetnik poziva na mišljenje Stručnog povjerenstva Odjela zdravstvene inspekcije o tome da je reponiranje ispale pupkovine tijekom poroda oštećenice bilo neprimjerno, te da je i dr. N. Ž., kao šef ginekologije u svojoj izjavi pred policijom naveo da je osumnjičena S. R.-R. koja je kao ginekolog vodila porod oštećene, prekasno donijela odluku o carskom rezu. U odnosu na drugog osumnjičenika, u žalbi državnog odvjetnika smatra se da je on imao uvid u komplikacije poroda oštećene, te da je i pored toga napustio bolnički krug, radi čega je sa zakašnjenjem od 20-25 minuta izveo porod carskim rezom, što je sve rezultiralo naknadnom smrću porođenog djeteta. Zato državno odvjetništvo smatra da je prvostupanjski sud pogrješno utvrdio činjenično stanje odnosno pogrješno zaključio da u radnjama osumnjičenih nema osnovane sumnje da bi počinili kazneno djelo nesavjesnog liječenja, koje je tada

bilo regulirano člankom 240. st. 1. i 3. u svezi s čl. 249. st. 3. i 4. Kaznenog zakona.

Žalbu je izjavila i oštećenica V. V. B., navodeći da je došlo do bitne povrede odredaba kaznenog postupka i smatrujući da je pobjijana odluka nerazumljiva, proturječna odnosno da uopće nema razloga odnosno da nisu navedeni razlozi o odlučujućim činjenicama, a oni razlozi koji su ipak navedeni, da su potpuno nejasni i u znatnoj mjeri proturječni sa sadržajem isprava prikupljenih u postupku. I oštećenica je također predložila da se pobjijano rješenje ukine i vrati prvostupanjskom sudu na ponovno odlučivanje, također pozivajući se primarno na mišljenje Stručnog povjerenstva Odjela zdravstvene inspekcije.

Vrhovni sud je rješenjem IV Kž 58/09-4 od 24. ožujka 2011. odbio obje žalbe. Zaključio je kako one nisu osnovane, jer da je prvostupanjski sud pravilno utvrdio da iz predmetne dokumentacije spisa, prikupljenih izjava, te obrane osumnjičenika ne proizlazi osnovana sumnja da bi osumnjičena S. R.-R., koja je kao ginekolog kritičnog dana vodila porod oštećenice, primjenila očito nepodoban način liječenja, te da bi osumnjičeni E. B., kao ginekolog zadužen za obavljanje hitnih intervencija i poroda, kritičnog dana

***Kad izrađuju mišljenja o ispravnosti postupanja  
osumnjičenog liječnika, stručna povjerenstva i vještaci  
ne smiju zaboraviti da njegov položaj nije isti njihovu  
položaju: on obično na raspolaganju nema ni previše  
vremena niti mogućnost kvalitetnih konzultacija.***

„uopće nesavjesno postupao“ (takva je, naime, bila tadašnja formulacija zakonskog opisa kaznenog djela). Za Vrhovni sud je prvostupanjski sud u obrazloženju svoje odluke vrlo podrobno raščlanio kronologiju zbivanja kritičnog dana. Iz nje je, prema ocjeni suda, „vidljivo iznimno angažiranje osumnjičene S. R.-R., koja je nakon ispadanja pupkovine poduzela sve potrebne mjere radi njezina reponiranja, a u kraćemu vremenskom kontinuitetu odlučila je i da se porod izvrši carskim rezom.“

To su potvrdile nazočna babica, jedna liječnica, pa i sama oštećenica. Iz njihovih izjava proizlazi da je „osumnjičena pokazala aktivnu brigu i kontrolirani nadzor tijekom poroda oštećene time da je do 10 sati kritičnog jutra uspješno reponirala pupkovinu preko glave djeteta te je postavljanjem klinastog jastuka i obustavljanjem 'dripa' višekratno uspostavljala uredne nalaze CTG-a i KČS-a. Osim toga, nije sporno da je stariji liječnik u službi, osum. E. B., kritičnog jutra oko 10 sati izvršio pregled roditelje kojom prilikom nije zamijetio ništa neuobičajeno, dapače, kako sam iskazuje, CTG nalaz je bio uredan zbog čega je naložio uklanjanje klinastog jastuka kao suvišnog, iako ga je osum. S. R.-R. prethodno postavila pod roditelju, kao uobičajenu dodatnu mjeru kod komplikacije ispadanja pupkovine.“ Nadalje kaže sud: „Zbog toga, a s obzirom na sve poduzete radnje i stručnu potvrdu starijeg liječnika u službi da stanje ploda i roditelje ne zahtijeva izmjenu načina poroda kao niti daljnje hitne intervencije, osumnjičena je nastavila s porodom uz ponovno reponiranje pupkovine, a kada se takvom metodom nije mogao uspostaviti uredan nalaz KČS-a, poduzela je odgovarajuće mjere za hitan porod carskim rezom.“

U nastavku je sud potanko analizirao izjavu šefa ginekologije, „koji smatra da u radnjama osumnjičenika nema elemenata medicinske upitnosti, jer reponiranje pupkovine preko glave djeteta nije neuobičajena metoda pri sličnim komplikacijama, a liječnik koji vodi porod sam procjenjuje (sic! T. J.) da li će ići na takav zahvat u trenutku kada

se komplikacija pojavi, odnosno, ako se to ne može s uspjehom izvršiti, obavlja se carski rez, do koje procjene je tijekom poroda došla i sama osumnjičenica.“ U kontekstu našega razmatranja ovoga problema, osobito važan je zaključak Vrhovnog suda o odnosu procjene konkretnog liječnika i kasnije procjene Stručnog povjerenstva:

„Mišljenje Stručnog povjerenstva da je opstetrički postupak kod ispalje pupkovine bio neprimijeren, samo po sebi, ne ukazuje da bi se radilo o primjeni očito nepodobnog načina liječenja, jer pravilno prvostupanjski sud zaključuje da se u konkretnom slučaju radilo o stručnoj procjeni liječnika da li u kritičnom trenutku najprije treba rukom reponirati pupkovinu (što se u početku pokazalo kao uspješna metoda) ili odmah vršiti porod carskim rezom (što je kasnije i učinjeno), a koja ocjena prvostupanjskog suda je i po ovom Vrhovnom судu prihvaćena kao vjerodostojno tumačenje svih poduzetih radnji dr. S. R.-R., budući se radilo o stručnoj procjeni nastale komplikacije poroda, a ne o primjeni očito nepodobnog načina liječenja. Što se tiče osum. E. B., treba reći da njegovo pozivanje s drugog odjela bolnice, a gdje se zatekao po pozivu, ne ukazuje na zakašnjenje pristupa operaciji u vremenu od 20 do 25 min. jer je logično i medicinski opravdano da priprema pacijenta i operacijske sale zahtijeva određeni dio vremena, kako to proizlazi iz suglasnih izjava bolničkog osoblja.“

Stajalište Vrhovnoga suda ispravno je i u etičkome i u pravnom pogledu: konkretni liječnik u konkretnoj situaciji, s konkretnim poznavanjem činjenica i u konkretnome personalnom i tehničko-tehnološkom okruženju donosi odluku o izboru medicinskog zahvata. Zato bi sva kasnija stručna povjerenstva – pa i liječnici-vještaci – morali imati na umu da položaj tog liječnika nije isti položaju onoga koji stvar ocjenjuje naknadno, bez vremenskog pritiska i uz stručnu pomoć kolega ili literature. Previdjeti tu razliku nerijetko znači nanijeti nepopravljivu štetu ugledu svoga kolege, pa i liječništva u cijelini.

(Nastavit će se)

# POSEBNI UVJETI KUPNJE I SERVISIRANJA FORD AUTOMOBILA ZA ČLANOVE HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE.

Posebni uvjeti i pogodnosti za članove Hrvatske liječničke komore osigurani su za kupnju novih Ford vozila. Posebni uvjeti odnose se na sve FORD modele navedene u tablici. Pogodnosti prilikom servisiranja vozila odnose se samo na kupnju originalnih Ford dijelova u ovlaštenoj Ford mreži. Prilikom kupnje ili servisiranja vozila potrebno je predočiti iskaznicu Hrvatske liječničke komore djelatniku Forda.



Activity verzije sve verzije koje se NE zovu Trend, Business, Titanium ili Vignale		
	popust kod kupnje	popust na servisu
popust za članove HLK modeli Ka+, Fiesta	800kn + PDV	10% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)
popust2 za članove HLK modeli Focus, Ecosport, CMax, Kuga	1.200kn + PDV	10% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)
popust3 za članove HLK modeli Mondeo, SMax, Galaxy	1.600kn + PDV	15% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)

Laka komercijalna vozila	popust kod kupnje	popust na servisu
popust za članove HLK modeli Courier, Connect	Flota 2*	10% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)
popust2 za članove HLK modeli Ranger, Custom, Transit V363	Flota 3*	10% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)
Mustang, ST, RS i Vignale modeli	na upit	20% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)

\* Popuste pri kupnji provjerite kod ovlaštenih Ford partnera

Fleet verzije sve verzije koje se zovu Trend, Business, Titanium ili Vignale		
	popust kod kupnje	popust na servisu
popust za članove HLK modeli Ka+, Fiesta	Flota 2*	10% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)
popust2 za članove HLK modeli Focus, Ecosport, CMax, Kuga	Flota 3*	10% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)
popust3 za članove HLK modeli Mondeo, SMax, Galaxy	Flota 3*	15% (ili dodatnih 5% ukoliko je akcija u tijeku)

Dodatno: nema nadoplate za posebno kreiranje vozila u iznosu od 750kn+PDV

Zainteresirani više o modelima mogu saznati posjetom na web stranicu [ford.hr](http://ford.hr) ili u ovlaštenim Ford prodajnim centrima.

Grand Dalewest d.o.o. ovlašteni je distributer za marku Ford automobila za hrvatsko tržište i partner mobilnosti Hrvatske liječničke komore.



# J E S A M L I J A R O B O T ?



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

Surfanje na valovima internetske virtualne stvarnosti može vas uvaliti u poprilične nevolje. Iako naša fetišizacija svijeta mrežnih stranica uvelike proizlazi iz iluzije anonimnosti, ostvarenja dječjeg sna o bivanju nevidljivim makar na dan, sve je jasnije da je sustavno praćenje sastavni dio boravka na internetu.

Kao što vas policijske patrole vrebaju zbog brze vožnje, tako će vas na internetu presresti anonimni program i prekinuti vaše tajno istraživanje pitanjem: „Jeste li robot?“. Paradoks takve legitimacije je dvostruk. Njegov prvi dio sastoji se u činjenici da sofisticiрani program umjetne inteligencije, dakle neka vrsta „roboata“, provjerava i može provjeriti jeste li vi čovjek, a drugi proizlazi iz načina na koji morate dokazati da jeste. Naime, od vas se traži da, primjerice, na nejasnoj mozaičkoj fotografiji označite sve kvadrate na kojima vidite automobil. Ako pogriješite, kao što najčešće čine upravo nesavršena ljudska stvorenja, onda ne možete nastaviti surfati jer ste time uspjeli dokazati da niste čovjek. Uvrnuto, ali istinito. Tako se danas od ljudi očekuje da budu precizni kao roboti, a od roboata, kao što nam pokazuje slučaj Sofije, prve robotice napredne umjetne inteligencije koja je dobila državljanstvo neke zemlje, i to Saudijske Arabije, pokušavamo napraviti emocionalne i nepredvidljive ljude.

Umjetna inteligencija već je sastavni dio naših života, od *Google Translate-a* pa do računalnih igara, različitih aplikacija i *dejting* servisa. Mnoge njezine primjene korisne su za društvo, primjerice razminiranje ili mogućnost preciznog obavljanja nekih medicinskih zahvata. Iako je njezina popularnost potvrda tehnološkog napretka, što mnoge više raduje, nego zabrinjava, posthumana

budućnost koja je pred našim vratima krije brojne opasnosti, čije su posljedice dalekosežne.

Francuski predsjednik Emmanuel Macron opravdavajući velika francuska ulaganja u umjetnu inteligenciju dao je vrlo znakovitu izjavu. „Nemamo nikakvih šansi da kontroliramo utjecaj (tih tehnologija), niti da utječemo na eventualne negativne posljedice ako propustimo početak rata“, rekao je Macron. Osim što je nejasno kakav nam se rat spremja, postavlja se i pitanje zašto razvoj tehnologije kojim upravljamo mi, ljudi, ne možemo spriječiti ili preusmjeriti. Možda se odgovor nalazi u tome da političari, „predstavnici građana“, više nisu oni koji odlučuju, nego su to poslovna carstva, a demokracija je samo iluzija, suvremenii opijum masa. Tome u prilog govori i rastući problem (ne)zaposlenosti koji je posljedica robotizacije. U Kini i Japanu gdje roboti već u velikoj mjeri zamjenjuju radnike efikasnost se povećala za 250 posto. Zvuči odlično. No jesu li ljudi samo resurs i je li efikasnost, kojoj je cilj akumulacija kapitala, a ne svenarodno blagostanje, naš jedini cilj?

Robotizacija društva i forsiranje umjetne umjesto prirodne inteligencije doveli su do toga da se njihova „ekspertiza“ proširila i na područja na kojima se tradicionalno čovjek smatrao nezamjenjivim. „Neka bude volja stroja“ poruka je Zuckerbergova

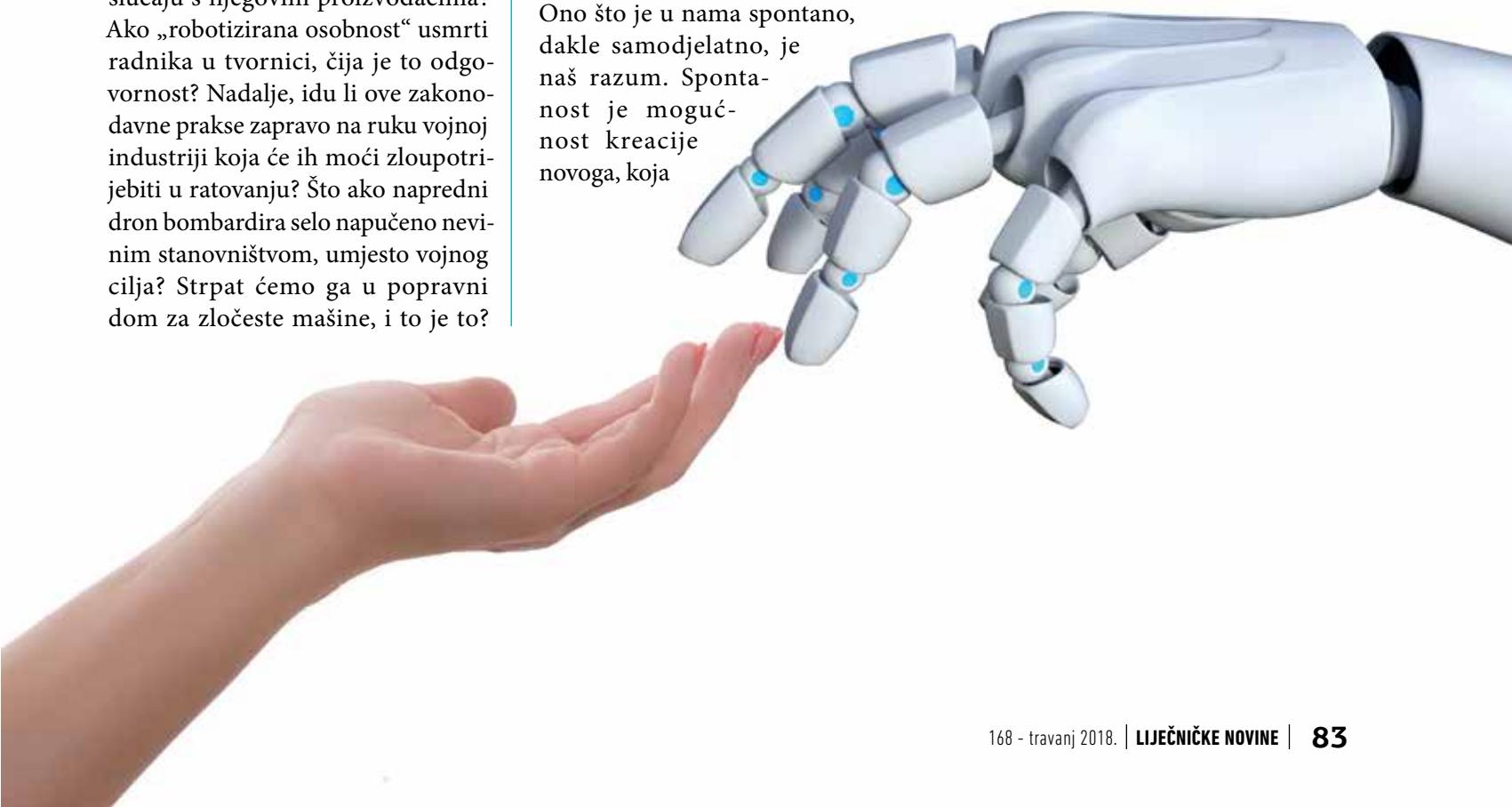
nedavnog saslušanja u američkom Kongresu. Naime on je ustvrdio da će probleme u kojima se našao Facebook kao najveća društvena mreža, a koji se protežu od govora mržnje, zloupotrebe naših podataka u komercijalne i političke svrhe pa sve do lažnih profila, riješiti umjetna inteligencija koju aktivno razvijaju za tu svrhu. To otprilike znači da se pretpostavlja da ljudi nisu u stanju moralno rasuđivati, pa bi taj posao umjesto njih od sada trebala obavljati najnaprednija tehnologija. Doduše, strojna pravda koja je već zaživjela u Njemačkoj pokazala je da umjetna inteligencija ne njeguje baš smisao za humor, zbog čega je u stanju cenzurirati i pogrešno shvaćene satiričke objave, no u društvu opsjednutom političkom korektnošću to je izgleda manje važno. Na sličnom tragu, Europski je parlament prošle godine donio Izvješće o pravilima građanskog prava o robotici kojim su naj sofisticiraniji autonomni roboti dobili pravnu osobnost. Dakle, ako takav robot, koji je sada elektronička osoba, negdje nešto zabrlja, vi biste ga trebali moći tužiti. No, što je u tom slučaju s njegovim proizvođačima? Ako „robotizirana osobnost“ usmrti radnika u tvornici, čija je to odgovornost? Nadalje, idu li ove zakonodavne prakse zapravo na ruku vojnoj industriji koja će ih moći zloupotrijebiti u ratovanju? Što ako napredni dron bombardira selo napućeno nevinim stanovništvom, umjesto vojnog cilja? Strpat ćemo ga u popravni dom za zločeste mašine, i to je to?

Sva ova pitanja, koja su tek vrh ledenog brijege, svode se na osnovnu dilemu: „Je li moguće i želimo li uopće robotima prepustiti polje odlučivanja i moralnog djelovanja?“

Samostalno upravljuća vozila kao što je „Google automobil“ programiraju se na način da mogu, kako bi izbjegla (veću) nesreću, pribjeći različitim rješenjima, pa tako i štovati vaš život. Zamislite da se ispred takvog automobila, u kojem se vi vozite, odjednom stvori hrpa pješaka. Ako skrenete, past ćete u provaliju. Utilitaristički gledano, potpuno je opravdano da izvršite samoubojstvo kako biste spasili živote pješaka, no hoćete li pristati da to umjesto vas učini vaš „herojski“ automobil? Uzrok većine nesreća je „ljudski faktor“ jer su ljudi skloni iracionalnom ponašanju. Iz toga proizlazi kako bi svijet bio bolje mjesto da njime upravlja umjetna inteligencija. Znači li to da nam je umjetna inteligencija (moralno) superiorna?

Filozofski gledano, jedna je od važnijih odlika ljudske inteligencije spontanost, koja je neodvojiva od slobode. Ono što je u nama spontano, dakle samodjelatno, je naš razum. Spontanost je mogućnost kreacije novoga, koja

ukazuje na to da je čovjek nedovršeno biće, biće mogućnosti. Zbog toga često grijesi, ali je ponekad i genijalan. Za razliku od čovjeka, roboti su tek reaktivni i nisu sposobni razumjeti kontekst te implicitne informacije. Svijet umjetne inteligencije deterministički je svijet koji operira u prostoru postojećeg, a ne mogućeg. Na tom tragu njemački filozof Arnold Gehlen još je sredinom prošlog stoljeća upozorio na ljudsku opsjednutost automatizmom koja djelomično proizlazi iz naše prirode koja posjeduje i tehnički element. Njega možemo pronaći u ritmičnosti disanja i kucanja srca. No, za razliku od tog dijela prirode koji nam biva sve jasniji, njezin organski dio je „tvrdoglavo iracionalan“, tako da se odgovoru na temeljna metafizička pitanja o postanku svemira, postojanju Boga i biti čovjeka, nismo puno približili od antičkih vremena. U tom smislu nova stvarnost u kojoj roboti šefuju ljudima sasvim sigurno neće doprinijeti potrazi sa smislom, ali bi je mogla učiniti izlišnom.



# >> Aktovi i medicinske ilustracije slikara Osmana Berberovića-Berosa



„Hommage ljudskom tijelu, aktovi i medicinske ilustracije“, naziv je izložbe postavljene u povodu 90. obljetnice slikara Osmana Berberovića – Berosa otvorene 12. travnja u Muzeju Mimara.

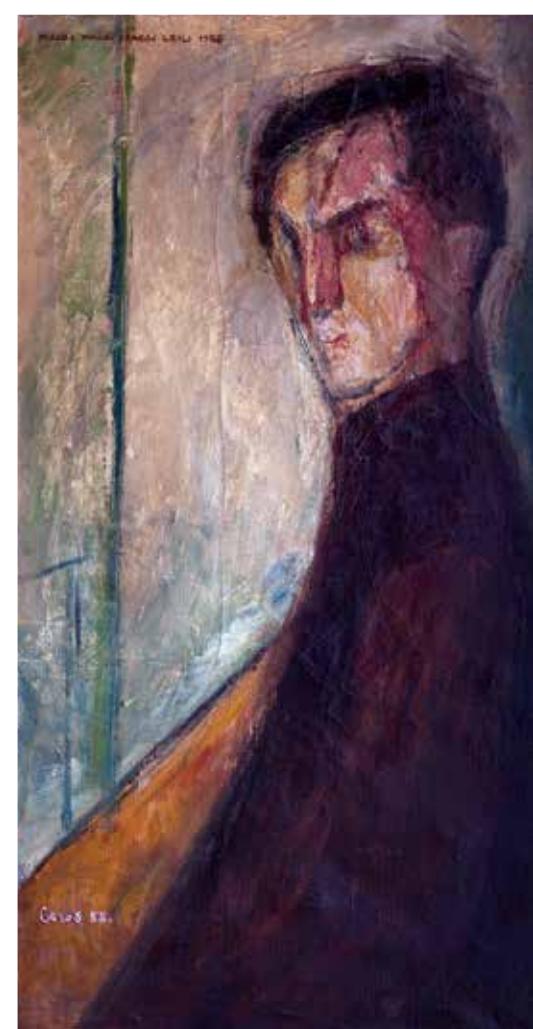
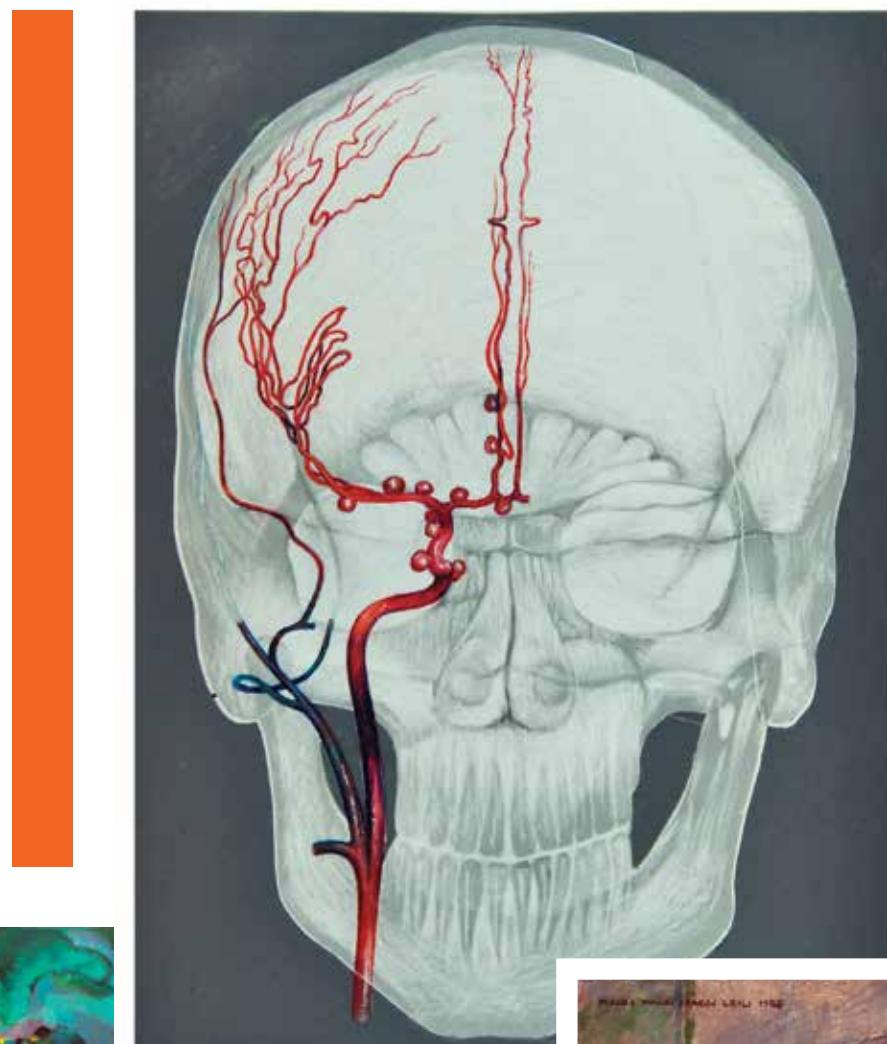
Berberović je rođen 1928. u Bijeljini, a Akademiju likovnih umjetnosti završio je u Zagrebu. U njegovu slikarskom opusu raritetno je što je od 1976. do 1993. bio stalno zaposlen kao medicinski ilustrator na zagrebačkoj Klinici za tumore u kojoj je surađivao s liječnicima, kirurzima i gdje su nastala brojna djela ljudskih organa koje je gledao za vrijeme operacija.

Medicinske ilustracije kroz duga su povijesna razdoblja zauzimale prostor između svijeta umjetnosti i svijeta znanosti, s tim da se od 19. stoljeća smatralo da te dvije discipline jedna drugu isključuju. Međutim, Berberovićeva djela zauzela su prostor koji nije ni posve umjetnički ni posve znanstven. Ona su rezultat dvojne suradnje umjetnosti i medicine, što ih čini ne samo privlačnim i znanstveno zanimljivima, već i vrijednim društveno-kulturnim djelima, povijesno važnim za medicinu 20. stoljeća, piše u katalogu izložbe Rebecca McKay iz Master of Arts (MA).

Berberović je svakodnevno dolazio u Kliniku za tumore, razgovarao s kirurzima koji bi mu postavili zadatok, a zatim

bi u svom ateljeu izrađivao brzinske skice koje je već sljedećeg dana pokazivao na liječničkim kolegijima, ili pak radevine koji su zahtjevali dubinska istraživanja. Mnoge njegove ilustracije prikazuju tijek kirurškog postupka.

Njegova djela ruše tolike granice i nalaze svoje mjesto unutar suprostavljenih pojmoveva kao što su umjetnost/medicina, ekspresivno/znanstveno, divno/grozno. Ta izvanredna djela izrađena mukotrpnom vještinom, estetskom pronicavošću i velikom osjećajnom snagom, uzorna su ne samo za svoje doba, već i za zadržavajući svijet umjetnosti i medicinske ilustracije. Berberovićeve Ilustracije nisu samo tehnički zapanjujuće i estetski očaravajuće, već su i dragocjena društveno-povjesna djela, navela je u predgovoru Rebecca McKay. SŠH



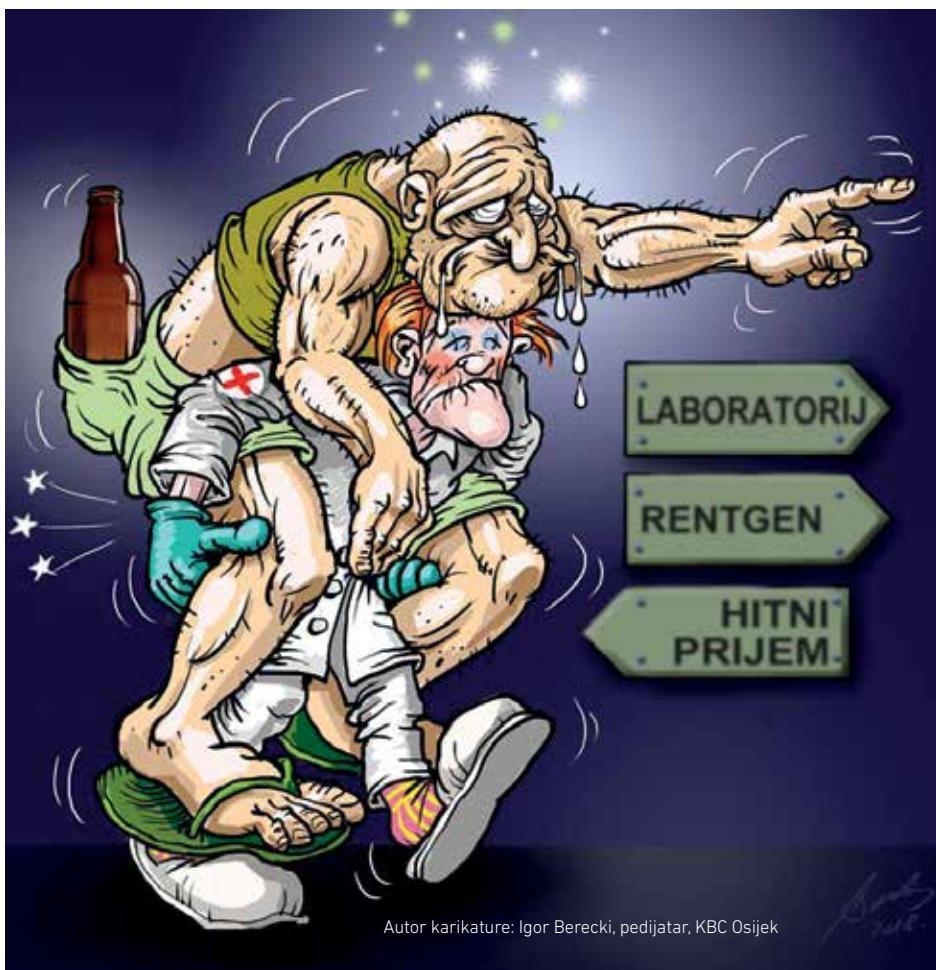
# HITNA MEDICINA KROZ HUMOR



Dr. DRAGAN MALOŠEVAC

# koLEGA— —hitnjak

*Rođeni Zagrepčanin, specijalizant hitne medicine KBC-a Osijek, trkač, pisac, humanitarac. Dobitnik nagrade Johann Kohlhoffer za filantropa godine. Sve više lega, sve manje purger.*



Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek

## > NOSAČ

Gužva u čekaonici.

Bliži se kraj smjene.

- Tup, tup, tup!
- Ulazi ljuti pomoćni djelatnik.
- Doktore, imam problem s alkoholiziranim gospodinom kojeg trebam odvesti na UZV!
- Problem!? Kakav sad problem?
- Ne znam da li se šali, ali ne želi sjesti u kolica.
- Ali, kako...
- Neće pa neće. Uporno odbija!
- Ma, dajte! A zašto?
- E, pa kaže kako ste mu rekli da će doći nosač po njega.
- Da, ali još uvijek ne razumijem!?
- Neće u kolica. Želi da ga nosim!

# >> ČOKOLADA

Zvrrrr, zvrrrr...

- Dobar dan, stigli ste!
- Dobar dan, gdje je baka? Što se dogodilo?
- Joj, znate, došla je iz šetnje sva blijeda i znojna. A onda je počela frfljati i samo je klonula i zaspala.

- Dobro, dobro...

- Ne možemo ju nikako probuditi. Molim vas, pomagajte!

Baka dijabetičar.

Hipoglikemija. Nakon prve doze glukoze dolazi k sebi.

- Evo, sve će biti u redu. Gospoda bi uvijek morala imati nešto slatko kraj sebe. Kockicu šećera ili malo čokolade.

- Čokolade?

- Da, da. Imate li kakvu čokoladu?

- Naravno! Imam veliku čokoladu s rižom.

- Donesite, pokazat ćemo baki. Stiže velika čokolada s rižom.

- Bako, kad osjetite slabost samo odlopite pločicu čokolade. Evo ovako.

- Samo pločicu?

- Možete i dvije, tri. Ovako, bako!

- Hoću, hoću...

- Evo, gledajte! Uzmete čokoladu i morate ju dobro prožvakati da se otopi u ustima.



Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek

- Jao, pa pojeli ste nam cijelu čokoladu!?

- Ma, dajte molim vas! Pojeo!?  
Pa samo smo pokazivali baki kako da...

- Pojeli ste nam CIJELU

čokoladu!?

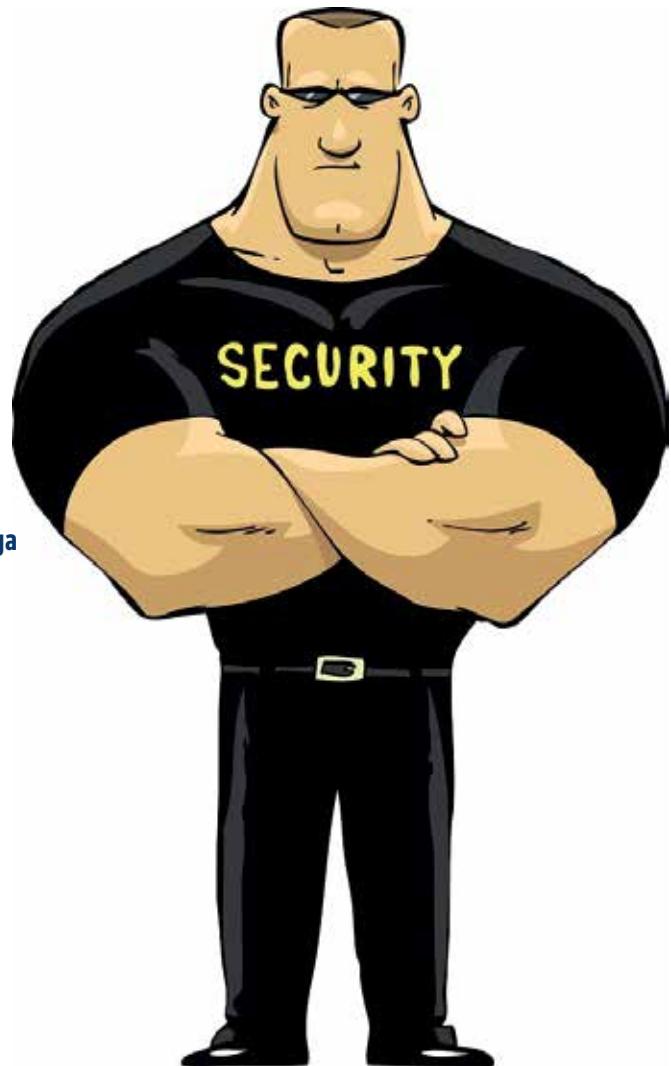
- Hm, idemo mi sada. Doviđenja, doviđenja!

Eto, kakvo je to vrijeme došlo!  
Danas ljudi više ne cijene ni kvalitetnu edukaciju.

# STUPIDARIUM — CROATICUM

**Čakovec:** Deset fizičkih napada na zdravstvene djelatnike!  
**Rješenje:** Novi član liječničkog tima

- ▶ **Trećina liječnika zbog straha popušta zahtjevima pacijenata**  
(Ostale dvije trećine nose glavu u torbi)
- ▶ **Priziv savjesti treba liječnicima zabraniti**  
(Živjeli pobačaji, egzekucije i eutanazija!)
- ▶ **U 2016. nije zabilježen ni jedan slučaj smrti kod pobačaja**  
(...osim na tisuće ubijenih fetusa)
- ▶ **Jedini cilj zdravstva je vrijednost za pacijenta**  
(Nagradni natječaj: prevedi to na hrvatski!)
- ▶ **Na vrijeme se javljajte liječniku**  
(...da biste pravovremeno stigli - na listu čekanja!)
- ▶ **Privatnu praksu moći će imati i primalje**  
(Inovacija? Imale su je još u 19. stoljeću)
- ▶ **Sramota je da načelnik veće općine ima veću plaću od kardiokirurga**  
(Vivat Croatia!)
- ▶ **Imat ćemo liječnike bez održenog staža?**  
(Staž se u EU-u ukida jer je sastavni dio nastave)
- ▶ **Raspad zdravstva u Puli, morat ćemo liječnike uvoziti**  
(...i zato gradimo novu veliku bolnicu!)
- ▶ **Lijek plaćaju tisuću puta skuplje zbog pakiranja?**  
(Ako hoćeš lijep modni dizajn, plati!)
- ▶ **HZZO ostvario dobitak od 241 milijun kuna**  
(Ma tko to kaže da je naše zdravstvo u gabuli!)
- ▶ **Oni koji rade bolje i više, imat će veće plaće**  
(Futur drugi, treći ili čak četvrti. Dakle, SF)
- ▶ **Besplatni pregledi...**  
(Sa ili bez liste čekanja, pitanje je sad)
- ▶ **Šibenski liječnici uče o fitoterapiji**  
(Travari, vratite se, svice vam blistava budućnost)
- ▶ **Mladi liječnici: ne radimo jer nema natječaja za staž**  
(Zatajite diplomu, bauštela vas očekuje)



Nekoliko naslova iz naših javnih medija  
Izvor: Presscut media report  
Komentari u zagradi: Željko Poljak



# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

## KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti  
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti  
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo  
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora  
HLZ, gen. HLZ-a Hrvatski liječnički zbor  
HZIZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo  
NZJZ Nastavni 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, gdje Fulvii Akrap, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: [fulvia.akrap@hlk.hr](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 u Europskom udruženju liječnika specijalisti (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjjeti 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“.**

## SVIBANJ

**State of the art radiotherapy for prostate and gynaecological cancers and future perspectives**  
KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu  
Zagreb, 07.05.2018.  
Dr.sc. Jure Murgić, mob.: 095/3846-677,  
e-mail: [jure.murgic@kbcsm.hr](mailto:jure.murgic@kbcsm.hr)

**27. stručno predavanje Hrvatskog društva mladih liječnika Hrvatskog liječničkog zbora – Praktični pristup u propisivanju inzulina**  
HLZ, HD mladih liječnika  
Zagreb, 07.05.2018.  
Jakov Ivković, dr.med., mob.: 098/9868-194,  
e-mail: [predsjednik@hdm1.hlz.hr](mailto:predsjednik@hdm1.hlz.hr)

**Skup ponedjeljkom u grupi o grupi**  
Centar za pomoć u stresu  
Rijeka, 07.05.2018.  
Petra Marinković, mob.: 091/3493-810,  
e-mail: [centerzapomocustresu@yahoo.com](mailto:centerzapomocustresu@yahoo.com)  
100,00 kn

**Ruke su vaš najvažniji alat**  
Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu  
Rijeka, 08.05.2018.  
Ines Šarić, tel.: 01/6558-703, e-mail: [izobrazba@hzzsr.hr](mailto:izobrazba@hzzsr.hr)

**Sveobuhvatni pristup u liječenju hipertenzije, dijabetesa i dislipidemije**  
Servier Pharma  
Križevci, 08.05.2018.  
Peta Farac, mob.: 099/2648-437,  
e-mail: [petra.farac@servier.com](mailto:petra.farac@servier.com)

**Izazovi u liječenju komorbiditeta kod ovisnika**  
Alkaloid d.o.o.  
Zagreb, 08.05.2018.  
Julija Todorova, tel.: 01/6311-930,  
e-mail: [julija.todorova@alkaloid.hr](mailto:julija.todorova@alkaloid.hr)

**Zonisamid Makpharm – Zaokružena priča liječenja epilepsije**  
Makpharm d.o.o.  
Zagreb, 08.05.2018.  
Danijela Čosić, mob.: 098/753-535,  
e-mail: [danijela.cosic@makpharm.hr](mailto:danijela.cosic@makpharm.hr)

**Sigurno rukovanje lijekovima koji sadržavaju citotoksične tvari u zdravstvenoj skrbi**  
NZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 09.05.2018.  
Martina Bago, mag.pharm., tel.: 01/4696-353,  
e-mail: [martina.bago@stampar.hr](mailto:martina.bago@stampar.hr)

**Introduction toEMBR resourceson Ovid**  
KBC Sestre milosrdnice  
Zagreb, 09.05.2018.  
Prof. Nikola Đaković, tel.: 01/3787-957,  
e-mail: [institut@kbcsm.hr](mailto:institut@kbcsm.hr)

**23. School of Psychotherapy of Psychosis**  
HD za kliničku psihiatriju HLZ-a  
Dubrovnik, 09.-12.05.2018.  
Marija Kušan Jukić, mob.: 098/799-244,  
e-mail: [mkukic45@gmail.com](mailto:mkukic45@gmail.com)  
1.050,00/1.300,00 kn

**Medical Information Conference Croatia (MICC)**  
MEF Sveučilišta u Zagrebu, Središnja medicinska knjižnica  
Zagreb, 10.05.2018.  
Marijan Šember, tel.: 01/4566-743, e-mail: [seember@mef.hr](mailto:seember@mef.hr)

**Prevencija iznenadne izvanbolničke smrti u Splitsko-dalmatinskoj županiji**  
Hrvatski zavod za teledomedicinu  
Hvar, Vis, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka – 10.05.2018.  
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,  
e-mail: [pisarnica@ztm.hr](mailto:pisarnica@ztm.hr)

**Akutna stanja u kardiologiji – novosti u 2018. godini**  
Radna skupina za akutni koronarni sindrom Hrvatskog kardiološkog društva  
Zagreb, 10.05.2018.  
Andrea Turković, tel.: 01/3787-111,  
e-mail: [andrea.turkovic@kbcsm.hr](mailto:andrea.turkovic@kbcsm.hr)

**XLI. simpozij Hrvatske udruge za promicanje primaljstva**  
Hrvatska udruga za promicanje primaljstva  
Čakovec, 10.-12.05.2018.  
Biserka Matok Glavaš, mob.: 091/2763-207,  
e-mail: [bibamg@net.hr](mailto:bibamg@net.hr)  
700,00 kn

**Godišnji sastanak Hrvatskog društva za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata**  
HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata  
Osijek, 10.-12.05.2018.  
Dr. Lana Kovač Bilić, mob.: 099/22762-355,  
e-mail: lana.k.bilic@gmail.com

#### 9. kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine  
Šibenik, 10.-13.05.2018.  
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,  
e-mail: anja@conventuscredo.hr  
Rana kotizacija za članove KoHOM-a 1.700,00 kn; rana  
kotizacija za ne članove KoHOM-a 1.900,00 kn; rana  
kotizacija za specijalizante članove KoHOM-a 500,00 kn;  
rana kotizacija za specijalizante ne članove KoHOM-a 600,00  
kn; rana kotizacija za medicinske sestre 500,00 kn  
Kasnna kotizacija za članove KoHOM-a 1.900,00 kn; kasna  
kotizacija za ne članove KoHOM-a 2.100,00 kn; kasna  
kotizacija za specijalizante članove KoHOM-a 600,00 kn;  
kasna kotizacija za specijalizante ne članove KoHOM-a  
700,00 kn; kasna kotizacija za medicinske sestre 700,00 kn

#### ESSR musculoskeletal ultrasound Outreach Course

HD za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ-a  
Dubrovnik, 10.-13.05.2018.  
Gordana Ivanac, mob.: 091/5187-176,  
e-mail: gordana.augustan@gmail.com  
Rana kot. 2.050,00 kn; Kasna kot. 2.550,00 kn

#### Dobra praksa u zaštiti na radu (2)

HLZ, HD za medicinu rada  
Zagreb, 11.05.2018.  
Dr. Dijana Poplašen, mob.: 098/9236-499,  
e-mail: pregleđ@medicinarada.eu

#### Suvremeni aspekti terapijskog pristupa u ginekologiji i urologiji

Hrvatsko društvo za pelviperineologiju  
Čakovec, 11.05.2018.  
Dr.sc. Damir Hodžić, prim.dr.med., mob.: 091/5121-335,  
e-mail: dhodzic2003@yahoo.com

#### 4. simpozij Hrvatskog društva za endokrinologiju i dijabetologiju

HD za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-a  
Poreč, 11.-12.05.2018.  
Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581-  
e-mail: suncana.zgaga@kbc-zagreb.hr

#### Dani zdravstvenih karijera u Republici Hrvatskoj

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 11.-12.05.2018.  
Danko Relić, dr.med., mob.: 091/4593-615,  
e-mail: danko.relic@mef.hr

#### Kabinet vještina (Skills lab) radionica

Udruga KOHOM  
Šibenik, 11.-12.05.2018.  
Dr. Vikica Krolo, mob.: 091/6025-532,  
e-mail: kohom.HR@gmail.com

#### Tumori probavnog sustava – što je novo?

Hrvatsko gastroenterološko društvo  
Opatija, 11.-12.05.2018.  
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398,  
e-mail: jduvnjak@hgd.hr  
700,00 kn

#### Xarelo ordinacija

Bayer d.o.o.  
Opatija, 11.-12.05.2018.  
Josipa Gulan, tel.: 01/6599-900,  
e-mail: josipa.gulan@bayer.com

#### Advanced Paediatric Life Support

Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a  
Zagreb, 11.-13.05.2018.  
Julije Meštrović, mob.: 098/432-590,  
e-mail: julije.mestrovic@gmail.com  
2.400,00 kn

#### IV. optometrijska konferencija srednje i jugoistočne Europe u suradnji s Europskom akademijom za optometriju i optiku

Veleučilište Velika Gorica  
Pula, 11.-13.05.2018.  
Sonja Drugović, mob.: 098/864-038,  
e-mail: sonja.drugovic@vvg.hr  
1.090,00 kn

#### Mala urološka škola

HLZ, Hrvatsko urološko društvo, MEF Sveučilišta u Zagrebu,  
MEF Sveučilišta u Osijeku  
Trakoščan, 11.-13.05.2018.  
Doc.dr.sc. Igor Tomašković, mob.: 091/5011-063,  
e-mail: igor.tomaskovic@kbcsm.hr  
Bizz putovanja d.o.o., Vraneš Sanja, tel.: 01/4111-522,  
e-mail: sanja@bizztravel.biz

#### Ultrazvukom vođena regionalna anestezija

MEF Sveučilišta u Rijeci  
Rijeka, 11.-13.05.2018.  
Ana Blagaić, dr.med., mob.: 091/5675-779  
3.200,00 kn; 1.600,00 kn specijalizanti uključeni u HDAIL  
sekciju specijalizanata

#### Primarne i sekundarne bolesti glomerula

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 12.05.2018.  
Anamarija Bauer Šegvić, tel.: 01/2902-747,  
e-mail: abauer@kbd.hr  
500,00 kn

#### Primarne i sekundarne bolesti glomerula

KB Dubrava, Zavod za nefrologiju i dijalizu, Klinička jedinica  
za nefropatologiju i elektronsku mikroskopiju KB Dubrava  
Zagreb  
Zagreb, 12.05.2018.  
Anamarija Bauer Šegvić, tel.: 01/2902-747,  
e-mail: abauer@kbd.hr  
Specijalisti 500,00, specijalizanti i stažisti 300,00 kn

#### Godišnji sastanak HD za vaskularnu kirurgiju HLZ-a

HD za vaskularnu kirurgiju HLZ-a  
Opatija, 12.-13.05.2018.  
Prof.dr.sc. Miljenko Kovačević, dr.med., tel.: 051/213-734,  
e-mail: kirurgija-rijeka@kbc-rijeka.hr  
Btravel d.o.o., Goran Grbić, e-mail: goran.grbic@btravel.pro  
www.hdvk.org  
Specijalisti i specijalizanti 1.000,00 kn

#### Edukacijska vježba za doktore medicine izvanbolničke hitne medicinske službe

Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije  
Split, 14.-17.05.2018.  
Dr. Radmila Majhen Ujević, mob.: 098/9480-943,  
e-mail: rujevic2@gmail.com

#### Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za traumatologiju  
Zagreb, 14.-18.05.2018.  
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-713,  
e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00 kn

#### Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraci naziv DDD Trajna edukacija)

Korunić d.o.o. Zagreb  
Zagreb, 15.05.-20.06.2018.  
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341, mob.: 098/261-432,  
e-mail: info@korunic.hr  
700,00 kn

#### Maskirna hipertenzija – neprepoznati rizik

Servier Pharma d.o.o.  
Čakovec, 16.05.2018.  
Veronika Šana Vincetić, mob.: 091/6551-526,  
e-mail: veronika-sana.vincetic@servier.com

#### HEAL 1; Modul 1: Principi vlažnog zacjeljivanja, Modul 2: Procjena rane

Coloplast A/S  
Rijeka, 16.05.2018.  
Nikica Grošinić, mob.: 091/4611-987,  
e-mail: hrnig@coloplast.com

#### ZypAdhera u liječenju shizofrenije

Eli Lilly Suisse S.A. Predstavništvo u RH  
Split, 16.05.2018.  
Anto Barišić, tel.: 01/2350-999,  
e-mail: barisic\_anto@lilly.com

#### Multidisciplinarni pristup pacijentu s komorbiditetom

Sandoz d.o.o.  
Imotski, 16.05.2018.  
Dubravka Ševelj, tel.: 01/2353-111,  
e-mail: dubravka.sevelj@sandoz.com

#### The Power of Viruses

Hrvatsko mikrobiološko društvo  
Poreč, 16.-18.05.2018.  
Igor Jurak, tel.: 051/584-580,  
e-mail:igor.jurak@biotech.uniri.hr  
110-220 EUR

Organizatori stručnih skupova koji se održavaju u Republici Hrvatskoj, mogu skupove prijaviti i Europskom udruženju liječnika specijalista (Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije. Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem slijedećeg linka: <http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

### Intraoperativni monitoring

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 17.05.2018.

Ljubica Trogrić, dipl.ms., mob.: 091/1556-212,  
e-mail: ljtroglic@net.hr

### Izazovi u liječenju komorbiditeta kod ovisnika

Alkaloid d.o.o.

Split, 17.05.2018.

Julija Todorova, tel.: 01/6311-930,  
e-mail: julija.todorova@alkaloid.hr

### 209. Gerontološka tribina – Rano prepoznavanje nasilja u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi za starije

Ref.centar MZRH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ Zagreb, 17.05.2018.

Dipl.med.techn. Marica Lukić, tel.: 01/4696-164,  
e-mail: marica.lukic@stampar.hr

### Taltz (iksekizumab) u liječenju plak psorijaze

Eli Lilly Suisse S.A. Predstavništvo u RH

Kastav, 17.05.2018.

Mario Dvorski, tel.: 01/2350-999,  
e-mail: dvorski\_mario@lilly.com

### Pomlađivanje bez skalpela – 3. simpozij kontinuirane edukacije i praktični tečajevi s med.sud.

HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 17.05.2018.

Gđa. Marina Pavelić Mamić, tel.: 01/2902-569,  
e-mail: sbudi@kbd.hr

1.000,00 kn teoretski dio (predavanja),

1.500,00 kn praktični dio

### Ultrasound guided regional anesthesia: A practical approach

KBC Split, Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 17.-19.05.2018.

Nikola Delić, dr.med., mob.: 098/9000-150,  
e-mail: ugrasplit@yahoo.com; facebook.com/UGRASplit/  
Do 01.03.2018. 1.800,00 kn specijalisti,  
1.400,00 kn specijalizanti;  
Od 01.03.2018. 2.200,00 kn specijalisti,  
1.800,00 kn specijalizanti

### IV. Hrvatski kongres iz liječenja boli

HD za liječenje boli HLZ-a

Osijsk, 17.-19.05.2018.

Žuti Mačak d.o.o., tel.: 01/4880-610, fax.: 01/4880-612,  
mob.: 098/360-155, e-mail: agencija@zutimacak.hr;  
[www.zutimacak.hr](http://www.zutimacak.hr)

Tajnica kongresa – Andrea Mršo, tel.: 031/511-502,  
e-mail: mrsoandrea385@gmail.com; [www.hdlb.org](http://www.hdlb.org)  
Rana kotizacija (do 31.03.2018.) – specijalisti 2.000,00 kn;  
specijalizanti 1.000,00 kn; farmaceutske firme 1.000,00 kn;  
osobe u pratinji 500,00 kn; studenti 300,00 kn  
Kasnata kotizacija (od 01.04.2018.) – specijalisti 2.500,00 kn;  
specijalizanti 1.500,00 kn; farmaceutske firme 1.500,00 kn;  
osobe u pratinji 500,00 kn; studenti 300,00 kn  
Umirovljениći su ostobođeni plaćanja kotizacije

### Analiza rizičnih ponašanja kod učenika s područja Istarske županije

ZJZ Istarske županije

Pula, 18.05.2018.

Lorena Lazarčić Stefanović, tel.: 052/529-000,  
e-mail: lorenalazaricstefanovic@gmail.com

### Uzročnici infekcija u domovima za starije i nemoćne

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 18.05.2018.

Esmina Prahin, mag.lab.dijagnostike, mob.: 091/5265-530,  
e-mail: epahin1@gmail.com  
600,00 kn za specijaliste, 400,00 kn za specijalizante,  
300,00 kn za inženjere medicinsko laboratorijske  
dijagnostike i ostale zdravstvene djelatnike

### Najčešće zamke kliničko-laboratorijske dijagnostike – Primjeri čestih i važnih bolesti

HD za laboratorijsku medicinu HLZ

Zagreb, 18.05.2018.

Vesna Kušec, tel.: 01/2367-254,  
e-mail: vkusec@kbc-zagreb.hr

### Uloga obiteljskog liječnika u zaštiti zdravlja osoba s demencijom

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 18.05.2018.

Doc.dr.sc. Nataša Klepac, mob.: 098/541-880,  
e-mail: natasaklepac@gmail.com  
Specijalisti 750,00 kn, specijalizanti 500,00 kn

### Mikrobiologija u transfuzijskoj medicini

HD za transfuzijsku medicinu

Zagreb, 18.05.2018.

Prim. Ivanka Batarilo, dr.med., spec. mikrobiologije,  
e-mail: ivanka.batarilo@hztm.hr, dr.sc. Ana Hećimović,  
spec.trans.med., e-mail: ana.hecimovic@hztm.hr  
200,00 kn

### Ne moramo mijenjati način života, već samo liječenje

Astellas d.d.

Zagreb, 18.05.2018.

Nataša Iljaž, tel.: 0038630611811,  
e-mail: natasa.ilijaz@astellas.com

### 2. hrvatski kongres o mentalnom zdravlju djece i mladih s med.sud. „Mentalno zdravlje mladih – bogatstvo naroda“

Hrvatska udruga za dojeničaku, dječju i adolescentnu  
psihiatriju, Psihijatrijska bolnica za djecu i mlađež,  
Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba  
Zagreb, 18.-19.05.2018.

Penta d.o.o., Veronika Jurić, mob.: 091/2015-939,  
e-mail: veronika.juric@penta-zagreb.hr, web: [hudedap.hr](http://hudedap.hr)  
Rana kotizacija – 1.500,00 kn – do 01.04.2018.;  
Kasnata kotizacija – 1.700,00 kn – od 02.04.2018.;  
Jednodnevna kotizacija 1.000,00 kn

### Multimedial interactive educational conference „Updates of Pelvic Surgery & Pelviperineology“

Hrvatsko društvo za pelviperineologiju

Zabok, 18.-19.05.2018.

Prim.dr.sc. Damir Hodžić, mob.: 099/2655-011,  
e-mail: dhodzic2003@yahoo.com  
750,00 kn

### 10. hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama s med.sud.

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije

Opatija, 18.-20.05.2018.

Spektar putovanja d.o.o., Jelena Krmić,  
tel.: 01/4862-607, e-mail: jelena@spektar-holidays.hr,  
web. str.: <http://hdug2018.org/>  
800,00 kn – 2.150,00 kn

### Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre/tehniciare

Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije

Karlovac, 18.-20.05.2018.

Miljenko Gvoždak, mob.: 095/3344-666,  
e-mail: nastavni-centar@zzhm-kz.hr  
1.600,00 kn

### HRCT dijagnostika difuznih bolesti pluća

Roche d.o.o.

Osijak, 19.05.2018.

Ivana Hanzl Dujmović, mob.: 099/3076-467,  
e-mail: ivana.hanzl\_dujmovic@roche.com

### Smjernice u pedijatrijskoj toksikologiji, farmakologiji i nefrologiji

Klinika za dječje bolesti Zagreb

Zagreb, 19.05.2018.

Slaven Abdović, mob.: 091/4600-290,  
e-mail: sabdovic@mefhr.org

### EKG u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine

Zagreb, 19.-20.05.2018.

Dr.sc. Ksenija Kranjčević, mob.: 091/5612-684,  
e-mail: ksenkran@inet.hr  
400,00 kn + PDV

### 17. Lošinjski dani bioetike

Hrvatsko filozofsko društvo

Mali Lošinj, 20.-23.05.2018.

Horvoje Jurić, tel.: 01/6111-808,  
e-mail: hjuric@yahoo.com  
1.500,00 kn

### MR prostate

KBC Split, Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju

Split, 21.05.2018.

Doc.dr.sc. Krešimir Dolić, tel.: 021/556-243,  
e-mail: kdolic@bnac.net

### Demencija – bolest zaboravljivosti

Udruga Medikus

Zagreb, 21.05.2018.

Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766,  
e-mail: info@medikus.hr

### Ruke su vaš najvažniji alat

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu

Rijeka, 21.05.2018.

Ines Šarić, tel.: 01/6558-703,  
e-mail: izobrazba@hzzsr.hr

### Radiološka akademija 2018.

Ref.centar za radiografsku prevenciju, dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju bolesti glave i vrata Ministarstva zdravstva RH,

KBC Sestre milosrdnice

Dubrovnik, 21.-23.05.2018.

Doc.dr.sc. Dijana Zadravec, dr.med., tel.: 099/5435-554,  
e-mail: zadravec@sfzg.hr  
200,00 EUR specijalizanti, 300,00 EUR specijalisti

**10th Arkadi M. Rywlin International Pathology Slide Seminar Symposium in Anatomic Pathology**

Zaklada Sergej Saltykov  
Split, 21.-23.05.2018.  
Prof.dr.sc. Sven Seiwerth, mob.: 091/4810-245,  
e-mail: sven.seiwerth@mef.hr  
130,00/220,00 EUR

**Izazovi u liječenju komorbiditeta kod ovisnika**

Alkaloid d.o.o.  
Zadar, 22.05.2018.  
Julija Todorova, tel.: 01/6311-930,  
e-mail: julija.todorova@alkaloid.hr

**Novi pristup u svijetu ortotike i protetike (plagiocefalija, skolioze, ortotika i protetika)**

Moor ortotika i protetika  
Zagreb, 23.05.2018.  
Marina Mardetko, mob.: 099/7554-949,  
e-mail: info.hr@moor-op.com

**Izvanredne vijesti u liječenju kronične venske bolesti**

Servier Pharma d.o.o.  
Sisak, 23.05.2018.  
Veronika Šana Vincetić, mob.: 091/6551-526,  
e-mail: veronika-sana.vincetic@servier.com

**Prevencija zločudnih tumora kože – Grad Zagreb, primjer dobre prakse**

Grad Zagreb, gradski ured za zdravstvo  
Zagreb, 24.05.2018.  
Mirela Šentija Knežević, tel.: 01/4603-423,  
e-mail: mirela.sentija-knezevic@zagreb.hr  
Contres projekti d.o.o., Josipa Čale, tel.: 01/4821-193,  
e-mail: josipa@contres.hr

**Anisakijaza u Hrvatskoj: Istine i zablude**

NZJZ Splitsko-dalmatinske županije, Hrvatsko epidemiološko društvo HLZ-a  
Split, 24.05.2018.  
Mr.sc. Diana Nonković, dr.med., spec.epidemiologije,  
mob.: 091/4512-065, e-mail: diana-nonkovic@net.hr

**3. hrvatski kongres ginekološke onkologije s međ.sud.**

Hrvatsko ginekološko onkološko društvo (HGOD)  
Zagreb, 24.-26.05.2018.  
Prof.dr. Vlastimir Kukura, tel.: 01/2353-430,  
e-mail: vlastimir.kukura@zg.t-com.hr;  
[www.hgod2018.org](http://www.hgod2018.org)  
Specijalisti do 28.02.2018. 1.200,00 kn, od 01.03.2018.  
1.500,00 kn; Specijalizanti, umirovljeni liječnici i medicinske sestre do 28.02.2018. 500,00 kn, od 01.03.2018. 800,00 kn;  
Osobe u pratnji i izlagачi 500,00 kn

**XIII. Postlijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja: Pulmološke bolesti i komorbiditeti**

HLZ, HD za pedijatrijsku pulmologiju, Hrvatsko pulmološko društvo, MEF Sveučilišta u Splitu  
Komža, 24.-26.05.2018.  
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-303,  
fax.: 021/556-590, e-mail: pavlov.neven@gmail.com  
Josipa Čale, conTres projekti, tel.: 01/4821-193,  
e-mail: josipa@contres.hr  
1.250,00 kn

**VIII. balneološki skup „Dr. Ivan Šreter“**

Spec.bolnica za med.rehabilitaciju Lipik  
Lipik, 25.05.2018.  
Prim. Oto Kraml, spec.fizijatar, mob.: 098/497-575,  
e-mail: oto.kraml@bolnica-lipik.hr

**Četvrti proljetni sastanak Hrvatskog društva za nuklearnu medicinu s međ.sud. „50 godina nuklearne medicine u Osijeku“**

HD za nuklearnu medicinu  
Osijek, 25.05.2018.  
Prof.dr.sc. Ivan Mihaljević, tel.: 031/511-601, 511-600,  
e-mail: ivanm2712@gmail.com

**Mind & Brain 58th International Neuropsychiatric congress**

Međunarodni institut za zdravlje mozga  
Pula, 25.-27.05.2018.  
Hrvoje Budinčević, mob.: 091/3712-310,  
e-mail: inpc2017@gmail.com  
750,00 kn 1.125,00 kn; 2.175,00 kn

**Bagatin Akademija – razvoj mekih vještina u zdravstvenom sektoru**

Poliklinika Bagatin  
Zagreb, 26.05.2018.  
Sara Bukić, tel.: 01/6061-379,  
e-mail: sara.bukic@poliklinikabagatin.hr  
1.200,00 kn + PDV

**How to manage intestinal failure due to short gut syndrome from the paediatric & surgical standpoint**

HD za dječju kirurgiju, HD za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu HLZ-a, Klinika za dječje bolesti Zagreb  
Zagreb, 26.05.2018.  
Dr. Iva Hojsak, mob.: 091/4600-342,  
e-mail: ivahojsak@gmail.com

**Paliativni bolesnik je naš zajednički bolesnik**

DZ Dubrovnik  
Ston, 26.05.2018.  
Prim.mr. Srećko Ljubić, dr.med., mob.: 091/4570-033,  
e-mail: sreckol@bolnica-du.hr

**Medis edukativni forum – Izazovi u pedijatrijskoj neurologiji**

Medis Adria d.o.o.  
Varaždin, 28.05.2018.  
Vesna Tićac Kangrga, mob.: 091/6302-184,  
e-mail: vesna.ticac@medisadria.hr

**Ljetna škola iz Psiho traumatologije – Unapredjivanje vještine: razumijevanje problematike i psihološka pomoć preživjelima od seksualnog i mentalnog zlostavljanja u djetinjstvu, rata i drugih traumatskih iskustava**

Stiching Trauma Tigers, Prof. Rudolf Gregurek, Dr. Boris Droždek  
Dubrovnik, 28.-31.05.2018.  
Prof. Rudolf Gregurek, e-mail: rudolf.gregurek@mef.hr,  
dr. Boris Droždek, e-mail: drozdek@telefort.nl  
Studenti i zemljani niskim budžetima 350,00 EUR,  
visokobudžetirane zemlje 450,00 EUR

**Hrvatska psihiatrija danas**

AMZH  
Zagreb, 29.05.2018.  
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,  
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

**Izazovi u liječenju komorbiditeta kod ovisnika**

Alkaloid d.o.o.  
Pula, 29.05.2018.  
Julija Todorova, tel.: 01/6311-930,  
e-mail: julija.todorova@alkaloid.hr

**Javnozdravstveni dani – predavanja povodom Svjetskog dana nepušenja**

ZJZ Brodsko-posavske županije  
Slavonski Brod, 29.05.2018.  
Irena Jurišić, dr.med., tel.: 035/415-426,  
e-mail: irena.jurisic72@gmail.com

**The 26th International Meeting on Forensic Medicine**

Alpe-Adria-Pannonia  
Zavod za sudsku medicinu i kriminalistiku MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Pula, 30.05.-02.06.2018.  
Prof.dr.sc. Milovan Kubat, dr.med., mob.: 091/5266-673,  
e-mail: aapforensic2018.mef.hr  
150,00/250,00 EUR

**25th FIAMC Congress: Sanctity of life and the medical profession from humanae vitae to laudato si**

Hrvatsko katoličko liječničko društvo  
Zagreb, 30.05.-02.06.2018.  
Petra Mačukatin, Certitudo partner d.o.o., tel.: 01/5802-532,  
mob.: 091/5760-486, e-mail: petra@certitour.com  
350,00 EUR članovi FIAMC-a, 450,00 EUR ostali

## LIPANJ

**Psihoterapija i novi mediji**

MEF Sveučilišta u Rijeci  
Zagreb, 01.06.2018.  
Prof.dr.sc. Tanja Frančišković, mob.: 09171651-361,  
e-mail: tanja.franciskovic@medri.uniri.hr

**Dry needling – bazični stupanj**

Hrvatski zbor fizioterapeuta  
Zagreb, 01.-03.06.2018.  
Kristina Šego, mob.: 091/1505-600,  
e-mail: kristinasego2@gmail.com  
2.800,00 kn

**29th Summer Stroke School – Healthy Lifestyle and Prevention of Stroke and other Brain Impairments**

Međunarodni institut za zdravlje mozga  
Dubrovnik, 04.-08.06.2018.  
Hrvoje Budinčević, mob.: 091/3712-310,  
e-mail: summer.stroke.school@gmail.com  
750,00 kn

**Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za traumatologiju  
Zagreb, 04.-08.06.2018.  
Dr. Dina Mikić, dr. Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-713,  
e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00 kn

**EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) psihoterapijska tehnika**

Udruga za unapređenje mentalnog zdravlja Ataraksija  
Zagreb, 06.06.2018.  
Jadranka Pevec, dr.med., mob.: 091/1544-915,  
e-mail: ataraksija.zagreb@gmail.com

Organizatori stručnih skupova koji se održavaju u Republici Hrvatskoj, mogu skupove prijaviti i Europskom udruženju liječnika specijalista (Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije. Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem slijedećeg linka: <http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

### 1. Hrvatska konferencija s međ.sud. – Shizofrenija 360°: „Integrativni pristup liječenju oboljelih od shizofrenije“

Psihiatrijska bolnica Sveti Ivan  
Zagreb, 06.-07.06.2018.  
Btravel d.o.o., Iva Šimunić, mob.: 091/3330-733,  
e-mail: iva.simunic@btravel.pro  
560,00 kn

### Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja – liječenje temeljeno na dokazima

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 08.06.2018.  
Mario Cvek, tel.: 01/4566-966, e-mail: mcvek@mef.hr  
Specijalisti 1.000,00 kn, specijalizanti 500,00 kn

### Blizanačka trudnoća

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 08.06.2018.  
Dr.sc. Martina Horvatićek, mob.: 091/5398-808,  
e-mail: martina.horvaticek@gmail.com  
600,00 kn specijalisti, 350,00 kn specijalizanti

### International Conference of prosthetic joint infections and infections after fracture fixation

KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za traumatologiju  
Zagreb, 08.-09.06.2018.  
Ivana Jozić, mob.: 098/845-500,  
e-mail: ivana.jozic@kbcsm.hr  
2.400,00 kn

### XI lošinjska ljetna škola o alkoholizmu

KLA „Bonaca“  
Mali Lošinj, 08.-10.06.2018.  
Branko Lakner, mob.: 099/6000-161,  
e-mail: branko.lakner@ri.t-com.hr  
300,00 kn

### Bagatin Akademija – razvoj mekih vještina u zdravstvenom sektoru

Poliklinika Bagatin  
Zagreb, 09.06.2018.  
Sara Bukić, tel.: 01/6061-379,  
e-mail: sara.bukic@poliklinikabagatin.hr  
1.200,00 kn

**Standardni i dinamički elektrokardiogram (EKG i holter) u praksi liječnika obiteljske medicine**

Hrvatska udruga koncesionara primarne zdravstvene zaštite Zagreb, 09. i 16.06.2018.  
Sanja Klajić Grotić, dr.med., mob.: 098/821-918,  
e-mail: sanja.klajicgrotic@gmail.com  
2.100,00 kn

### Governance of Dual Research in the Life Sciences: An International Workshop

HD za biosigurnost i biozaštitu HLZ-a  
Zagreb, 10.-13.06.2018.  
Dr.sc. Ljiljana Žmak, prof.dr.sc. Alemka Markotić,  
mob.: 091/5180-107, e-mail: icebalog@gmail.com

### 1. Nacionalni kongres estetske medicine s međ.sud.

Hrvatska udruga estetske medicine  
Opatija, 16.-17.06.2018.  
Dr. Elma Bunar, mob.: 092/1707-322,  
e-mail: drbunar@gmail.com  
2.000,00 kn

Do 01.07.2018.: specijalisti 1.200,00 kn,  
specijalizanti 1.000,00 kn; Kotizacija nakon 01.07.2018.:  
specijalisti 1.500,00 kn, specijalizanti 1.200,00 kn;  
Jednodnevna kotizacija: specijalisti 750,00 kn,  
specijalizanti 600,00 kn

### 14th International Scientific Conference of Sport Kinetics

#### 2018 „Movement in Human Life and Health“

Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Poreč, 24.-27.06.2018.  
Natalija Babić, mob.: 091/5649-487,  
e-mail: iro@kif.hr  
Prije 1. travnja – 150,00 EUR,  
poslije 1. travnja – 190,00 EUR,  
studenti prije 1. travnja 90,00 EUR,  
poslije 1. travnja – 130,00 EUR,  
osobe u pratnji 60,00 EUR

### 14th Central European Oncology Congress, Croatian Society of Oncology's Best of ASCO®

Penta d.o.o.  
Opatija, 27.-30.06.2018.  
Penta d.o.o., Tajana Žunec, mob.: 091/2015-951,  
e-mail: tajtana.zunec@penta-zagreb.hr,  
web: <http://web.penta-pco.com/ceoc2018>  
275,00 EUR

## SRPANJ

### Ljetna škola CSI 2018 s međ.uč.

MEF Sveučilišta u Rijeci  
Rijeka, 26.-27.07.2018.  
Prof.dr.sc. Dražen Cuculic, dr.med., mob.: 098/9255-809,  
e-mail: drazen.cuculic@medri.uniri.hr  
300,00 kn

## KOLOVOZ

### I. znanstveni stručni kongres s međunarodnim sudjelovanjem „Lječilišni turizam i prirodni ljekoviti činitelji“

NZJZ Primorsko-goranske županije  
Rab, 31.08.-02.09.2018.  
Mr.sc. Albert Cattunar, mob.: 091/2030-731, e-mail:  
a.cattunar@yahoo.com  
1.200,00/450,00 kn

## RUJAN

### 10. Hrvatski internistički kongres

HD za internu medicinu HLZ-a, Penta d.o.o.  
Opatija, 28.-30.09.2018.  
Prof.dr.sc. Ivan Gornik, tel.: 01/2367-478,  
fax.: 01/2367-478, e-mail: ivan.gornik@kbc-zagreb.hr,  
web.str.: [www.ik-2018.com](http://www.ik-2018.com)  
Do 01.07.2018.: specijalisti 1.200,00 kn,  
specijalizanti 1.000,00 kn; Kotizacija nakon 01.07.2018.:  
specijalisti 1.500,00 kn, specijalizanti 1.200,00 kn;  
Jednodnevna kotizacija: specijalisti 750,00 kn,  
specijalizanti 600,00 kn

## LISTOPAD

### Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međ.sud., CROCAD-18

HD za Alzheimerovu bolest i psihiatriju starije životne dobi HLZ-a i HD za neuroznanost  
Novigrad, 03.-06.10.2018.  
Prof.dr.sc. Ninošlav Mimica, dr.med., tel.: 01/3780-678,  
e-mail: ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr  
Btravel d.o.o., Goran Grbić, e-mail: goran.grbic@btravel.pro  
[www.alzheimer-croatia2018.com](http://www.alzheimer-croatia2018.com)  
Rana kotizacija za članove HDABPSŽD 1.300,00 kn; Rana  
kotizacija za nečlanove HDABPSŽD 1.800,00 kn; Rana  
kotizacija za specijalizante 1.500,00 kn; Rana kotizacija za  
medicinske sestre/tehničare 800,00 kn;  
Kasnata kotizacija za članove HDABPSŽD 1.700,00 kn; Kasnata  
kotizacija za nečlanove HDABPSŽD 2.200,00 kn; Kasnata  
kotizacija za specijalizante 1.900,00 kn; Rana kotizacija za  
medicinske sestre/tehničare 1.000,00 kn;

### 7. međunarodni kongres HD radiologa

HLZ, HD radiologa  
Split, 04.-07.10.2018.  
Doc.dr.sc. Krešimir Dolić, tel.: 021/556-243, mob.: 095/9009-425,  
e-mail: kdolic@bnac.net  
Specijalisti radiolozi članovi HDR 1.900,00 kn, specijalizanti  
950,00 kn

### 13. kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a s međ.sud. i 12. kongres Pedijatrijskog društva HUMS-a

Conventus Credo d.o.o.  
Šibenik, 11.-14.10.2018.  
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, e-mail: info@conventuscredo.hr  
[www.pedijatrijski-kongres2018.com](http://www.pedijatrijski-kongres2018.com)

## STUDENI

### 11. Hrvatski kongres plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije

HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju HLZ-a  
Zadar, 08.-10.11.2018.  
Prof.dr.sc. Rado Žic, dr.med., tel.: 01/2902-569, e-mail: rzc@kbd.hr  
Btravel d.o.o., Goran Grbić, e-mail: goran.grbic@btravel.pro  
[www.plastic-surgery-zadar2018.com](http://www.plastic-surgery-zadar2018.com)  
Rana kotizacija za specijaliste 2.200,00 kn; Rana kotizacija  
za specijalizante 1.350,00 kn; Rana kotizacija za medicinske  
sestre-tehničare 850,00 kn;  
Kasnata kotizacija za specijaliste 2.500,00 kn; Kasnata  
kotizacija za specijalizante 1.600,00 kn; Kasnata kotizacija za  
medicinske sestre-tehničare 950,00 kn;

### HDIR-5: Translating Science to Medicine – Targets and Therapeutics (međ.kongres)

HD za istraživanje raka (HDIR)  
Zagreb, 08.-10.11.2018.  
Dr.sc. Petar Ozretić, tel.: 01/4571-292, mob.: 098/659-083,  
e-mail: info@hdir.hr  
Članovi HDIR-a, studenti – 300,00 kn; znanstvenici i liječnici  
500,00 kn; Ostali: studenti 500,00 kn; znanstvenici i liječnici  
700,00 kn





# VAŠA ORDINACIJA ZASLUŽUJE VRHUNSKI LAPTOP!



HP ProBook 650 G3

## DOSTAVA, INSTALACIJA I ODRŽAVANJE OPREME NA VAŠOJ LOKACIJI!

Iskoristite i ostale prednosti posebne ponude za članove HLK:

- Instalirani Windows 10 Professional
- Antivirusna zaštita
- Automatska nadogradnja, ažuriranje i instalacija zakrpa OS-a i softvera
- Otklon smetnji udaljenim putem
- Izlazak na teren u slučaju potrebe sljedeći radni dan

Za više informacija pošaljite upit na [lijecnicka.komora@t.ht.hr](mailto:lijecnicka.komora@t.ht.hr) ili nazovite 0800 7079 (radnim danom od 08h do 16h). Cijena informatičke opreme uz ugovornu obvezu od 36 mjeseci. Cijena ne uključuje PDV. Ponuda vrijedi isključivo za pravne osobe.



ŽIVJETI ZAJEDNO

