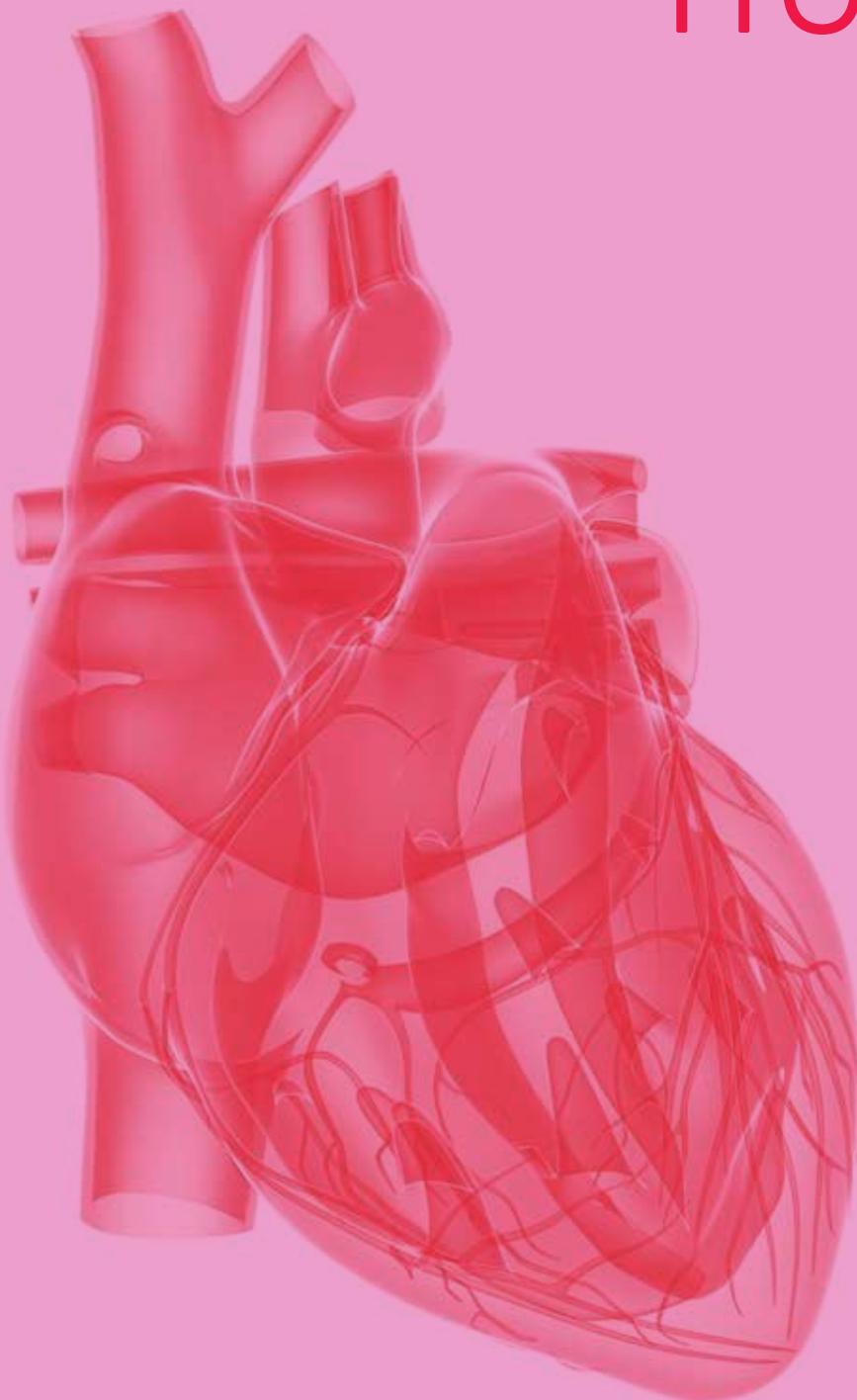


GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

GODINA XVIII

BR. 174 STUDENI 2018.

LIJEČNIČKE novine



30

godina od prve
transplantacije srca u
KBG-u Zagreb

RAZGOVOR

Prof. dr. sc. Ivana Pavlić Renar

INTERNISTICA, ENDOKRINOLOGINJA I DIJABETOLOGINJA

Infiniti Q50 2.2d Premium



Od 239.500 kuna!

Ograničen broj vozila sa zaliha. Isporuka odmah.



2.2 dizelski motor 170 KS, automatski mjenjač, kamera za parkiranje, navigacija, Comfort paket... i još mnogo toga.



INFINITI CENTER ZAGREB, Ljubljanska Avenija 6, tel: 01 3710 565

GRAND AUTO OSIJEK, Sv. Leopold Mandić 31d, Osijek, tel: 031 298 222

GRAND AUTO PULA, Industrijska 15b, Pula, tel: 052 385 530

GRAND AUTO SPLIT, Kralja Držislava 18, Split, tel: 021 566 660

info@grandauto.hr

Akcijski uvjeti vrijede do isteka zaliha te isključuju ostale akcijske uvjete u navedenom razdoblju.
Iskazana cijena odnosi se na model Q50 2.2d AT7 Premium.

Emisija CO₂: 119 g/km. Prosječna potrošnja goriva: 3,9 - 5,7 l/100 km. Fotografija je simbolična.

IMPRESSUM

LIJEĆNIČKE NOVINE

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

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA

Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.
e-mail: ladazibar@gmail.com

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. • Eva Jendriš Škrljak, dr. med.
Ivan Lerotić, dr. med. • Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med.
Prim. Mario Malović, dr. med. • Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med.
Dr. sc. Iva Pejnović Franelić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med.
Dragan Soldo, dr. med. • Prof. dr. sc. Davor Vagić, dr. med.
Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.

TAJNIK UREDNIŠTVA

Doc. 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.
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 Puljak, 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 staleška i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno.
Izlaze mjesечно (osim u siječnju i kolovozu).
Godišnji 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.

OGLASAVANJE

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

HRVATSKA LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

Pretplatnička 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, Hrvjuka 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 11. listopada 2018.

LIJEĆNIČKE NOVINE

Journal of the Croatian Medical Chamber
Address: Ulica Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Croatia
Editor-in-chief: Lada Zibar, 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 RIJEČ DOPREDSJEDNIKA

Imamo Zakon! Kada će izmjene i dopune?

6 RIJEČ GLAVNE UREDNICE

8 RAZGOVOR

Prof. dr. sc. Ivana Pavlić-Renar

14 TEMA BROJA

30 godina transplantacije srca u KBC-u Zagreb

20 IZ KOMORE

Pritužbe o neetičnom postupanju liječnika • Polica osiguranja pravne zaštite liječnika od povrede i časti dobrog imena Ususret „Tjednu sjećanja na Vukovar“ • Knjiga o konvoju „Bijeli put“ • Pregled aktivnosti u listopadu

26 IZ DEMOGRAFSKOG ATLASA HRVATSKE

Anesteziologija, reanimatologija u intenzivna medicina

34 IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Specijalna bolnica Sv. Katarina • Primorac: Farmakogenetika u praksi • Javno iznošenje dijagnoza i liječničke tajne • 50 godina Imunološkog društva • 10. Internistički kongres • Dan dojki i Bra Day • Novi zakon o zdravstvenoj zaštiti • Sa 73. zasjedanja skupštine UN-a • Skupština Društva za intenzivnu medicinu

46 GINEKOLOŠKA TEMA

Endometrioza u Hrvatskoj

48 RIJEČ MLADIH LIJEĆNIKA

Sekcija mladih gastroenterologa

50 PRIMARCI

51 REAGIRANJA

57 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

67 MEDICINA 21. STOLJEĆA

70 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE

72 PRAVO I MEDICINA

76 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE

80 LIJEĆNIČKA KRATKA PRIČA

83 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE

88 ESEJ

90 BIOETIKA

92 HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI

94 KOLEGA HITNJAK

97 POLJAKOV SATIRIČKI KUTAK

98 MEDICINA I UMJETNOST

100 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

IMAMO ZAKON! KADA ĆE IZMJENE I DOPUNE?



DR. SC. KREŠIMIR LUETIĆ

prvi dopredsjednik / v.d. predsjednika
Hrvatske liječničke komore

Poštovane kolegice i kolege,

Još je slavni njemački kancelar Otto von Bismarck ustvrdio: „*Što ljudi manje znaju kako se rade kobasicice i zakoni, bolje će spavati po noći*“. Zadnjeg dana mjeseca listopada Hrvatski sabor je većinom glasova zastupnika usvojio novi **Zakon o zdravstvenoj zaštiti**. Radi se o jednom od ključnih zakona koji uređuju naš zdravstveni sustav, a samim time i radno-pravni položaj te općenito status hrvatskih liječnika. Novi zakon je dugo najavljen, još tamo od vremena prethodne administracije na Ksaveru, a prilično je dugo trajao i postupak njegovog

donošenja kroz predparlamentarnu i parlamentarnu proceduru, u dva čitanja. Kada se neki zakon priprema i donosi tako dugo, realno je za očekivati da će iznjedriti velike i značajne promjene te da će biti osjetno kvalitetniji nego prethodni zakon. No, doista, jamči li duže trajanje procedure izrade zakonskog akta nužno i kvalitetniji proizvod? Je li ovaj Zakon potvrda za rečenu tezu? Prema mišljenju brojnih dionika zdravstvenog sustava i predstavnika struke, to se u ovom slučaju, na razočarenje mnogih, ne može reći.

Komora je, kao i drugi predstavnici liječnika, više puta službenim putem, ali i javno kroz medijske istupe izrazila svoje nezadovoljstvo definiranim zakonskim rješenjima. Koje su bile naše ključne primjedbe?

Novim se Zakonom definitivno ukida **pripravnički staž** za doktore medicine, a da se pri tome ne uvodi adekvatan nadomjesni zakonski institut. Treba pojasniti da je to posljedica ispregovaranog pravnog okvira RH i EU, a pregovori su se odvijali prije desetak godina. Očito tadašnji pregovarači, ne sumnjujući u njihove dobre namjere, nisu dobro predviđeli razvoj situacije i sada smo tu gdje jesmo. Činjenica je da današnji studenti šeste godine medicine nisu sigurni hoće li imati staž ili neće, odnosno hoće li imati neku zamjenu za staž ili neće. Komora je još prije dvije i pol godine otvorila ovu temu u raz-

govorima s Ministarstvom zdravstva te predložila, ne samo zadržavanje obveznoga pripravničkog staža nego i njegovu značajnu reformu. Reformu u duljini trajanja sa sadašnjih 5 na 12 mjeseci, uz cjelovitu promjenu njegove strukture na način da mladi liječnik tijekom pripravničkog staža radi određeno vrijeme u sustavu bolničke i izvanbolničke hitne medicinske pomoći, ordinaciji obiteljskog liječnika, radaonici i hitnom pedijatrijskom prijemu, uz obvezno završavanje certificiranog tečaja naprednog održavanja života (ALS). Ideja je bila dati potrebnu sigurnost te osposobiti mladog liječnika za najvažnije hitne postupke, a sve to prije njegovoga samostalnog aktivnog ulaska u sustav. Kada smo vidjeli da se definitivno ide prema ukidanju staža, sličnu strukturu i obvezu rada pod nadzorom predlagali smo uvesti pod institutom tzv. sekundarijata, kao što je to primjerice već ranije uvela susjedna Slovenija. Takvim prijedlogom se osigurava siguran i kontroliran ulazak mladih liječnika u sustav, zadržava obveza polaganja stručnog ispita, a nakon toga bi liječnik mogao provoditi ostatak sekundarijata, dok čeka specijalizaciju, radeći unutar specijalnosti koja ga zanima, a to bi mu se vrijeme poslje moglo uračunati u program specijalističkog usavršavanja.

Druga izrazito važna tema koju Zakon regulira je **specijalističko usavršavanje doktora medicine**. Zakonom se nažalost propustilo cjelovito

reformirati ili barem dati okvir da se novim pravilnikom reformira sustav specijalizacija u Hrvatskoj. Mislim da je svima jasno da je promjena modela specijalističkog usavršavanja absolutna nužnost i potreba. Da budem slikovit, u Hrvatskoj je i dalje najvažnije imate li na kraju specijalizacije sve potpise i žigove u knjižici, a nije ključno jeste li usvojili sve propisane kompetencije, znanja i vještine. Komora je još 2016. godine provela anketu o zadovoljstvu mlađih liječnika načinom specijalističkog usavršavanja, analizirajući pri tome njegove ključne sastavnice. Rezultati ankete pokazali su porazne rezultate u smislu načina i stope usvajanja potrebnih znanja i vještina te općenito sustava mentorstva, uz već ranije poznate probleme vezane uz planiranje, dodjeljivanje te financiranje specijalizacija. Na tragu rezultata ankete Komora je također još prije dvije godine prezentirala vrhu zdravstvene administracije prijedlog cjelovite reforme specijalističkog usavršavanja. No, osim načelnih pozitivnih komentara o našem prijedlogu dalje se nije pomaknulo. Držim da bi država, tj. Ministarstvo, zapravo trebalo najviše biti zainteresirano za reformu sustava specijalizacija jer je u izravnoj korelaciji s kvalitetom zdravstvene zaštite. Naime, ako nakon specijalističkog usavršavanja dobijete potpuno kompetentnog i neovisnog specijalista, onda to ima puno pozitivnih reperkusija na sustav, smanjuje se defenzivna medicina, izostaje upitno indiciranje određenih pretraga i slično. Jer ako je liječnik specijalist siguran u svoja znanja i vještine koje je stekao tijekom specijalizacije, onda će to sigurno sustav učiniti kvalitetnijim te smanjiti njegovu potrošnju. Pored reforme načina provođenja sustava mentorstva koje bi uključivalo dvostrano ocjenjivanje specijalizanta i mentora svake godine, s nagradama

za najbolje i penalizacijom najlošijih, tražili smo i da se općenito specijalizacije planiraju, dodjeljuju i finansiraju na nacionalnoj razini. Na taj bi se način moglo kvalitetnije upravljati ljudskim potencijalima, bolje planirati, a bespredmetni bi postali tzv. robovlasnici ugovori između ustanova i pojedinaca. Dok je već spomenuta Slovenija upravo ove mjere već implementirala u svoj zdravstveni sustav tijekom 2017. godine (možda su pročitali naš prijedlog!?), u Hrvatskoj se pomaci u tom smjeru još ne vide.

Naši kolege koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s nestrpljenjem su očekivali ovaj Zakon jer je, između ostalog, iz Ministarstva dolazila narava da će se njime konačno omogućiti **ukidanje diskriminacije među liječnicima opće i obiteljske medicine**, odnosno da će se omogućiti svima koje žele mogućnost izbora žele li prijeći u koncesionare, tj. buduće privatne ordinacije ili ostati u sklopu doma zdravlja. No, u svibnju nas je dočekao hladan tuš u obliku konačnog prijedloga Zakona koji ipak ostavlja odredbu o do 25 % ordinacija koje mogu ostati unutar domova zdravlja, čemu se Komora čvrsto protivila. Niti javni prosvjed liječnika PZZ-a na Markovom trgu, niti brojni apeli i amandmani nisu urodili promjenom takve zakonske odredbe.

Tražili smo i da se konačno **legalizira protuzakoniti prekovremeni rad liječnika**. Naš zdravstveni sustav zapravo počiva na prekovremenom radu liječnika, a često i protuzakonitom prekovremenom radu liječnika, jer smanji li se broj prekovremenih radnih sati na dozvoljen u skladu sa Zakonom o radu, urušio bi se kompletan sustav dežurstava, a time i dostupnost zdravstvene zaštite našim građanima. Podsjećam na jedan od najapsurdnijih primjera „funkcioniranja“ pravne

države na hrvatski način, odnosno poraznu činjenicu da su upravo radi protuzakonito velikog broja odradjenih prekovremenih sati brojni naši kolege završili na prekršajnim sudovima. Tražili smo da Zakon to legalizira, da se prepoznaju specifičnosti liječnike struke te da se, poštujući EU direktivu o radnom vremenu i izuzeća koja ona propisuje, ovim prijedlogom Zakona kao *Lex specialisom* riješi problem nelegalnih prekovremenih sati, ali i adekvatno i pravično vrednuje prekovremeni rad liječnika i drugih zdravstvenih radnika. Prekovremeni sati više ne bi predstavljali nelegalan rad, već izvanredan rad kada je on neophoran, uz pristanak radnika i evidenciju utvrđenih pristanaka od strane poslodavca. Niti za takvo rješenje zasad nije bilo sluga.

Kada je riječ o postojećim ugovorima o pravima i obvezama između mlađih liječnika i poslodavaca, tzv. **robovlasnici ugovorima**, tražili smo da se taj institut, tj. penaliziranje paušalnim iznosima, u potpunosti ukine. U slučaju da nema volje za potpunim ukidanjem takvih penalizirajućih odredbi, a evidentno još nema, tražili smo da se u prijelazne i završne odredbe Zakona unese novi članak koji će izričito propisivati obvezu zdravstvenih ustanova da specijalizantima i specijalistima ponude sklapanje izmijenjenih ugovora o međusobnim pravima i obvezama, sukladno novouzvrađenom sadržaju ugovora propisanim ovim Zakonom. Naime, mišljenja smo da je povratno djelovanje nove zakonske odredbe na već sklopljene ugovore o međusobnim pravima i obvezama nužno radi otklanjanja diskriminacije prema liječnicima koji u ugovorima o međusobnim pravima i obvezama i dalje imaju obvezu naknade troškova specijalizacije koji obuhvaćaju i bruto plaću! Jednostavno rečeno, ovakvim smo prijedlogom željeli da

>>

dvoje kolega koji rade isti posao, u istoj bolnici, na istom odjelu, u istom statusu, ne mogu i dalje imati potpuno drugačiji ugovor koji jednom propisuje penalizaciju od oko 250.000 kuna u slučaju odlaska iz ustanove prije kraja ugovorne obveze rada, a drugom za isti potencijalni postupak propisuje kaznu od oko 1.000.000 kn, samo zato jer je nešto ranije počeo sa specijalizacijom te potpisao po njega nepovoljniji ugovor. Nije uvažena ni ta naša sugestija.

Svatko od nas može samostalno procijeniti jesu li ovi najznačajniji Komorini prijedlozi opravdani te predstavljaju li oni adekvatno artikuliran stav struke u procesu kreiranja ovoga važnog Zakona. Mislim da predstavljaju te da uz **strukovni kolektivni ugovor** čine najvažnije prijedloge liječničke struke prema zdravstvenoj administraciji. Pridragatelj Zakona, tj. Ministarstvo zdravstva i zakonodavac Hrvatski sabor, preuzeli su odgovornost za usvojeno za-

konsko rješenje. Siguran sam da će se relativno brzo ići u promjene predmetnog propisa, ne zato što će predragatelj sam uvidjeti insuficijentnost određenih odredbi, nego zato što će ih okolnosti, tj. razvoj situacije na terenu, na to potaknuti. Hrvatska nije i ne može biti otok u EU-u pa će tako zasigurno određene krute i partikularnim interesima utemeljene zakonske odredbe relativno brzo doživjeti svoje usklađenje s kvalitetnijim i suvremenijim rješenjima kakva možemo vidjeti već kod naših prvih susjeda, a potom i dalje prema zapadu.

Volio bih doživjeti dan kada će hrvatski liječnici, kao temeljni nositelji zdravstvenog sustava, moći zadovoljno ustvrditi: „Imamo Zakon! Dobar je!“. Do tada ostaje nam naša „zakonska realnost“, koja se može sažeti u rečenicu: „Imamo dakle novi Zakon, prionimo radu na izmjenama i dopunama!“

RIJEČ GLAVNE UREDNICE

Dragi čitatelji,

novi broj Liječničkih novina podsjeća na nemilosrdnu brzinu vremena, a naše je, liječničko, čini se kao još brže negoli ostatka svijeta. Komprimirano dnevno i individualno, godišnje i sustavno. Trčimo horizontalno, vertikalno, diagonalno i skačemo prema ključnim riječima. Potrebno updateiranje znanja kao *conditio sine qua non* zahtijeva paralelno vrijeme koje osigurava dobru kliničku praksu i smanjuje relativnost sigurnosti naših odgovornosti. Imamo sasvim izvankonkurentne ustroje preklapajućih obveza i teško je očekivati da nas itko razumije. Ipak, mislim da je smjer nerazumijevanja sasvim nezaslužen i ostavlja nas izloženima medijima i javnosti kao obraz za, znate što već. Izloženi progonima, i opet dovedeni u situaciju da preispita svatko sebe na putu ka bezgrješnosti i savršenstvu. A cjeloživotno učenje obogatiti učenjem zakona, propisa i etičkih kodeksa. Kako bismo činili još bolje, ali i, između ostalog, izbjegli biti lovina nezadovoljnika, korisnika naših usluga, a osobito novinara. Jer vrlina je znanje, pa je i primjerena etika a još više deontologija utemeljena na znanju. Sokratov



etički intelektualizam na djelu u vremenu koje bi za njega bilo znanstvena fantastika!

Vaša, Lada Zibar



Preko **40 godina¹** iskustva i više od
20 milijuna liječenih bolesnika² u svijetu
svake godine

S vama
kroz
godine

NAZIV LIJEKA: DIAPREL MR 60 mg tablette s prilagođenim oslobadanjem. **SASTAV***: Jedna tabletta sadrži 60 mg gliklazida. Sadrži laktuzu kao pomoćnu tvar. **TERAPIJSKE INDIKACIJE***: Dijabetes neovisan o inzulinu (tip 2) u odraslih osoba kada dijeta, tjelesna aktivnost i smanjenje tjelesne težine sami nisu dovoljni za kontrolu glukoze u krvi. **DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE***: Jedna polovice do 2 tablette dnevno, tj. od 30 do 120 mg uzetih peroralno u jednoj dozi jednom dnevno za vrijeme doručka, uključujući starije bolesnike kao i bolesnike s blagom do umjerenoj insuficijenciji bubrega, uz pomno praćenje. Jedna Diaprel MR 60 mg tabletta s prilagođenim oslobadanjem ekvivalentna je s dvije Diaprel MR 30 mg tablette s prilagođenim oslobadanjem. Lomljivost tablette Diaprel MR 60 mg s prilagođenim oslobadanjem omogućuje fleksibilnost u postizanju željene doze. U bolesnicima s rizičkom nastanka hipoglikemije preporučuje se korištenje najmanje početne dnevne doze od 30 mg. **KOMBINIRANO LIJEČENJE S DRUGIM ANTIDIJABETIKOM:** Diaprel MR 60 mg može se kombinirati s bigvanidima, inhibitorima alfa-glukozidaze ili inzulinom (uz pomni medicinski nadzor). **KONTRAINDIKACIJE***: Preosjetljivost na gliklazid ili neku od pomoćnih tvari navedenih u dijelu 6.1, te na ostale pripravke sulfonilureje i sulfonamide; dijabetes tipa 1; dijabetička pretkoma i koma, dijabetička ketoacidozna; teška insuficijencija bubrega ili jetre (u takvim se slučajevima preporučuje liječenje inzulinom); liječenje mikonazolom (vidjeti Interakcije); dojenje (vidjeti Plodnost, trudnoća i dojenje). **POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI***: Hipoglikemija se može javiti nakon uzimanja pripravaka sulfonilureje, u slučajevima nenamjernog predoziranja, kod nedostatnog unosa kalorija ili glukoze i u bolesnika s jetrenom insuficijencijom i teškim bubrežnim zatajenjem. Može biti neophodno bolničko liječenje i davanje glukoze tijekom nekoliko dana. Bolesniku treba objasniti važnost pridržavanja dijetnih preporuka, redovitog vježbanja i redovite kontrole razine glukoze u krvi. Lijek treba propisivati samo kod bolesnika koji redovito uzimaju hranu. Preporučuje se oprez kod bolesnika koji bolju od nedostatka G-6-PD. Pomoćne tvari: sadrži laktuzu. **INTERAKCIJE***: Rizik od hipoglikemije – *Kontraindicirano*: mikonazol; *ne preporučuju se*: fenilbutazon, alkohol; *zahtijevaju oprez*: drugi antidiabetici, beta blokatori, flukonazol, inhibitori konvertaze angiotenzina (kaptopril, enalapril), antagonisti H2-receptora, inhibitori MAO, sulfonamidi, klaritromicin i nesteroidni protuupalni lijekovi. Rizik od hipoglikemije – *ne preporučuju se*: danazol; *zahtijevaju oprez*: klorpromazin pri visokim dozama, glukokortikoidi, ritodrin, salbutamol, terbutalin, pripravci koji sadrže gospinu travu (*Hypericum perforatum*); Rizik od nastanka disglukemije – *primijeniti uz oprez*: fluorokinoloni Pojačan antikoagulacijski učinak (npr varfarin); može biti potrebno prilagođavanje doze antikoagulansa. **TRUDNOĆA***: Zamjena oralnog hipoglikemika inzulinom preporučuje se prije nego što žena pokuša zanijeti ili odmah nakon što se utvrdi trudnoća. **DOJENJE***: kontraindicirano. **PLODNOST* UTJECAJ NA SPOSOBNOST UPRAVLJANJA VOZILIMA I RADA SA STROJEVIMA***: bolesnici treba upozoriti na simptome hipoglikemije zbog kojih moraju biti oprezni pri upravljanju vozilima i strojevima, osobito na početku liječenja. **NUSPOJAVE***: hipoglikemija, bolovi u abdomenu, mučnina, povraćanja, dispepsija, proljev, konstipacija. Rijetko: hematološke promjene, u pravilu reverzibilne nakon prekida liječenja (anemija, leukopenija, trombocitopenija, granulocitopenija). Povišenje razine jetrenih enzima (AST, ALT, alkalna fosfataza), hepatitis (izolirani slučajevi). Liječenje se mora prekinuti ako se pojavi kolestatska žutica. Prolazne smetnje vida mogu na početku liječenja. Rjeđe: osip, svrbež, urtičarija, angioedem, eritem, makulopapularni osip, bulozne reakcije (poput Stevens-Johnsonovog sindroma i toksične epidermalne nekrolize), i izuzetno, osip uzrokovan lijekom s eozinofiljom i sistemskim simptomima (DRESS). Kao i sa primjenom drugih sulfonilureja, zabilježene su slijedeći štetni događaji: slučajevi eritrocitopenije, agranulocitoze, hemolitičke anemije, pancitopenije, alergijskog vaskultita, hiponatrijemijske povišene razine jetrenih enzima, pa čak i oštećenje funkcije jetre (npr. s kolestazom i žuticom) i hepatitis koji su se povukli nakon prekida liječenja sulfonilurejom ili u izoliranim slučajevima doveli do zatajenja jetre opasnog po život. **PREDIZIRANJE***: Moguća ozbiljna hipoglikemija koja zahtijeva i.v. primjenu glukoze, hospitalizacija i ponovo nadziranje bolesnika. **SVOJSTVA***: DIAPREL MR 60 mg pripada skupini oralnih antidiabetika (iz porodice sulfonilureje) koji snizuje razinu glukoze u krvi potičući izlučivanje inzulina iz β-stanicu Langerhansovih otocića i na taj način obnavlja prvo, vršno izlučivanje inzulina kao odgovor na glukozu i pojačava drugu fazu izlučivanja inzulina nakon stimulacije obrokom ili glukozom. Neovisna hemovaskularna svojstva. **NAČIN I MJESTO IZDAVANJA:** Na recept, u ljekarni. **VELIČINA PAKIRANJA***: 30, 90 ili 100 tabletta s prilagođenim oslobadanjem. **NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE GOTOVOG LIJEKA U PROMET:** Servier Pharma d.o.o., Tuškanova 37, 10000 Zagreb.

BROJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: HR-H-276485617.

* Za sve obavijesti o lijeku molimo vidjeti zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku.

DMR AD C1 18.-19. Rujan 2018. Samo za zdravstvene radnike.

1. Diamicron 80 mg prvi put stavljen na tržište 1973. god.

2. Kalkulacija bazirana na primarnoj prodaji u kutijama (MAT prodaja, svibanj 2018 podijeljeno sa 12), izračun prema prosječnoj dnevnoj dozi od 85 mg/dan (izvor: IMS) i prema 62% adherenciji na terapiju. *Khunti K et al Diabetes Care. 2017;40(11):1588-1596.

Šećerna bolest nažalost još uvijek neizlječiva, ali sa sve boljom prognozom

Prof. dr. sc. Ivana Pavlić-Renar

Internisticu, endokrinologinju i dijabetologinju koja je gotovo četiri desetljeća posvećena liječenju šećerne bolesti rastuže činjenica što se nisu ostvarile prognoze s početka njezine karijere da će ta bolest kroz desetljeće biti izlječiva te zabrinjava što je sve više pretilih osoba, među njima i sve više djece koja obolijevaju od šećerne bolesti, četvrtog uzroka smrtnosti u Hrvatskoj. Zajedno moramo detektirati probleme i djelovati u zajednici, a u tome važnu ulogu imaju obiteljski liječnici koji kao i nekada, po Štamparovom modelu suzbijanja zaraznih bolesti, danas važnu ulogu moraju imati u ranom otkrivanju i prevenciji kroničnih nezaraznih bolesti kakva je šećerna.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

- ▶ Cijeli liječnički radni vijek i znanstvenu karijeru posvetili ste endokrinologiji i dijabetologiji. Kada se osvrnete unatrag kako opisujete stanje sa šećernom bolesti na početku karijere i danas?

Moj prvi kontakt u vezi sa skrbima o šećernoj bolesti bio je osamdesetih godina prošlog stoljeća u vrijeme kada su se pojavile ključne stvari koje su olakšavale i pacijentima i lijećnicima. Mislim na male prijenosne uređaje (glukome-

tre) koji omogućavaju samomjerenje glikemije na temelju kojih se, prema potrebi, dozirao inzulin. Mislim i na visokopročišćene inzuline, kasnije one dobivene tehnologijom rekombinantne DNK. Mislim i na statine i ACE inhibitore, lijekove sa značajnim utjecajem na kardiovaskularne bolesti, glavni uzrok smrtnosti osoba sa šećernom bolesti. Sve to pozitivno je utjecalo na skrb o bolesnicima, a mogućnosti liječenja su se proširile, što je rezultiralo i produženjem životnog vijeka. Veseli me danas susresti ljude koje znam od tih mojih profesionalnih početaka, tada mlade ili skoro mlade, s tek otkrivenom šećernom bolešću, a sada zrele ili čak stare, s obiteljima i karijerama. Tada su i



Teško će dijete usvojiti zdrave navike ako je izloženo porukama o ugodi privlačne nezdrave hrane i ako nema poticaja i uvjeta za zdravu tjelovježbu. Nekada je debljina bila povezana s bogatstvom i obiljem, danas s nezadovoljstvom i neprivilegiranim položajem.

autoimunosni procesi u nastanku šećerne bolesti tipa 1 bili novost temeljem koje se prognoziralo da će taj tip bolesti za koje desetljeće biti izlječiv. Rastužuje me činjenica što se to nije ostvarilo. Puno se radilo, ali bez pravog rezultata. To je još uvijek kronična, doživotna bolest, - kao tip 2, doduše sa sve boljom prognozom, ali neizlječiva.

► **Što bi trebalo poduzeti, kako prevenirati da što manja populacija oboli od dijabetesa, pogotovo što manje djece koja su nam, kažu i statistike, sve pretilija?**

Tip 2 bolesti, najčešće udružen s debljinom, pogađa sve mlađu populaciju. Općenito, sve smo deblji i to nas brine. Šećerna bolest je to opasnija što ranije počne. Stoga se i tip 1 smatrao težim oblikom (težim u smislu razvoja komplikacija) jer može početi i u djetinjstvu, no sada nije rijetko da se i tip 2 pojavi u mladosti, čak i djetinjstvu. Prema novijim podacima 35 posto naših osmogodišnjaka je pretilo, što je strašno. Po podacima Svjetske zdravstvene organiza-

cije 54 posto svjetske populacije ima tjelesnu težinu iznad poželjne, trećina njih je s indeksom tjelesne mase 30 i više. To je stalni predmet ispitivanja, a nakon toga intervencija i edukacija u smjeru promjena ponašanja. Teško će dijete usvojiti zdrave navike ako doma ima stalno dostupne grickalice i slatkise, a roditelje gleda kako, onako usput, često od toga gricnu uz gutljaj nečeg slatkog ili alkoholnog. Teško će dijete usvojiti zdrave navike ako je izloženo porukama o ugodi privlačne nezdrave hrane i ako nema poticaja i uvjeta za zdravu tjelovježbu. Nekada je debljina bila povezana s bogatstvom i obiljem, danas s nezadovoljstvom i neprivilegiranim položajem. Ulazimo u teški problem debljine u suvremenom svijetu. Medicina tu jest potrebna, ali nije dovoljna da bi se sve sagledalo te planirale, provodile i evaluirale intervencije. Nadam se da će se sadašnja nastojanja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) i stručnih društava koja se bave debljinom nastaviti i širiti te da će se i drugi, nezdravstveni sektori, jače aktivirati.

>>

Gene ne možemo birati, ali stručnjaci kažu da možemo izračunati rizik za nastanak šećerne bolesti. Kako se to izračunava?

Postoje različiti izračuni rizika (risk scores) dobivenih temeljem epidemioloških podataka. Neki su sastavljeni za potrebe liječnika da bi procijenili kada tražiti šećernu bolest u pacijenta (npr. Finrisc), a mnoga društva imaju i tablice izračuna rizika koje zaineresirane osobe same mogu upotrijebiti. Glavni rizični faktori su obiteljska anamneza (roditelji, braća ili sestre sa šećernom bolešću), anamneza hiper-glikemije ili gestacijskog dijabetesa, debljina, tjelesna neaktivnost, dob (starija), spol (muški).

Kakva je uloga obiteljskih liječnika u prevenciji dijabetesa?

Velika, oni najbolje poznaju bolesnika i obitelj i s njima su u stalnom kontaktu. Kako su nekada, po Štamparovom modelu, obiteljski liječnici bili važni u suzbijanju zaraznih bolesti, tako su sada za prevenciju i rano otkrivanje kroničnih nezaraznih bolesti kakva je šećerna. Zapravo je to ista stvar, odnosno detektiranje problema i djelovanje u zajednici. Različiti izračuni rizika o kojima smo govorili najčešće su konstruirani kao oruđe obiteljskim liječnicima za prepoznavanje osoba s rizikom i usmjeravanje prevencije na njih. A prevencija je zdrav život, to je najveći učinak. To je nešto što nema nuspojava, dobro je za svakog, i osim šećerne bolesti prevenira i kardiovaskularne – vodeći uzrok smrti.

Stječe se dojam da je sve više dobrih lijekova za dijabetes, a sve lošija epidemiološka slika. Što Vi kažete, je li to tako i što je tomu uzrok?

Da, sve je više lijekova, ali i epidemiološka slika se mijenja jer je šećerne bolesti sve više. No, ne vidim tu velike povezanosti osim što je, kao kronična

i neizlječiva bolest, logičan premet ispitivanja i kreacije novih lijekova. Oboljelih ima sve više i može se reći da je to i loša, ali i dobra vijest.

Kako to mislite, objasnite?

Loša, jer je povećanje prevalencije dijelom posljedica povećanja incidenčije, što je potvrđeno u brojnim epidemiološkim ispitivanjima, a dobra, jer je povećanje prevalencije i posljedica produljenja trajanja života oboljelih. Komplikacije šećerne bolesti se bolje prepoznaju, nije nužno da ih više ima nego ih se više dijagnosticira, što je dobro, jer ako ih se rano prepozna, uglavnom se može nešto i poduzeti. Istina, šećerna bolest je danas na visokom četvrtom mjestu uzroka smrti u Hrvatskoj. Ali tu moramo naglasiti da je taj porast dijelom i posljedica boljeg bilježenja uzroka smrti. Naime, šećerna bolest je dugo bila podcijenjena kao uzrok smrti i u nas i u svijetu.

Je li regulacija glikemije novim lijekovima u realnoj praksi stvarno bolja?

Na prvu bismo rekli da jeste, ali podaci to ne potvrđuju. U SAD-u su lani objavili ispitivanje iz kojeg proizlazi da, iako se u razdoblju 2006. - 2013. bitno promijenila upotreba lijekova za glukoregulaciju (manje sulfonilureja i tiazolidindiona, više DPP4 inhibitora, manje humanog inzulina, više inzulinskih analoga; drugih novih lijekova je u tom razdoblju bilo premalo da bi utjecali na rezultate analize), nije se promijenila ni glukoregulacija ni učestalost teških hipoglikemija. Mi nemamo „tvrdi“ podatke o tome, ali dojam je sličan.

Tu su i nova dijagnostika i nova pomagala koja oboljelima olakšavaju nošenje s bolešću. Sve to košta. Po nekim podacima na liječenje dijabetesa HZZO godišnje potroši 4,5 milijarde kuna?

Velika većina toga potroši se na liječenje komplikacija. Lijekovi za kontrolu šećera u krvi i pomagala za samomjerenje su tek mali dio (<10%) tih ukupnih ogromnih troškova. Svi novi lijekovi su skupi, što je očekivano s obzirom da znamo koliko je ulaganja potrebno za razvoj novih lijekova. Ne mislim da zdravstvena skrb može biti jeftinija. Što se više hvata u koštac s težim problemima, to je skuplja. Međutim, treba težiti racionalizaciji, a jedan od načina je i pojedinačni pristup i primjena tih lijekova i postupaka tamo gdje zaista čine razliku.

Danas se sve češće govori o tome da je dijabetes ekvivalent za srčane bolesti. Postoje lijekovi koji, uz regulaciju glikemije, smanjuju rizik od kardiovaskularnih bolesti, infarkta, moždanog udara. Neki smanjuju i tjelesnu masu.

Jedno staro ispitivanje je pokazalo, doduše s jako širokim intervalima pouzdanosti, da je pojava ponovnog infarkta miokarda jednaka u osoba koje su već preboljele infarkt kao u onih sa šećernom bolešću bez jasne anamneze kardiovaskularnih bolesti. No, poslije je postalo jasno da to nije baš tako, da šećerna bolest sama jest kardiovaskularni rizik, ali ne baš ekvivalent. Treba uzeti u obzir druge faktore rizika, vjerojatno postoje subtipovi šećerne bolesti koji nose veći rizik. U grubo, muškarci sa šećernom bolešću imaju dvostruki rizik kardiovaskularne bolesti u usporedbi s onima koji su po svemu isti, osim što nemaju šećernu bolest, a žene čak četverostruki prema drugim ženama. Zbog toga je poželjno da lijekovi koji reguliraju glikemiju imaju dodatnu kardiovaskularnu protektivnost. Kako je bitno *primum nil nocere*, Američka agencija za hranu i lijekove (FDA) od 2009. traži da svaki novi lijek za kontrolu glikemije prije ulaska na tržište mora imati ispitivanjima potvr-

đenu kardiovaskularnu sigurnost (neinferiornost) u odnosu na placebo. Većina zbog toga pokrenutih ispitivanja je dizajnirana tako da osim inferiornosti mogu detektirati i superiornost ako je ima. Za sada su, od u nas upotrebljavanih lijekova, superiornost pokazali empagliflozin i liraglutid. Ispitivanja su rađena uglavnom na osobama koja već imaju kardiovaskularnu bolest pa možemo reći da su ti lijekovi dobri za sekundarnu prevenciju. No, rezultati se ne smiju ekstrapolirati na osobe sa šećernom bolešću bez kardiovaskularne bolesti (sjetimo se acetilsalicilne kiseline koja je dobra za sekundarnu, ali neučinkovita za primarnu prevenciju). Stoga nove međunarodne preporuke savjetuju uključenje tih lijekova kao prvog dodatka metforminu (koji je također kardiovaskularno protektivn) osobama sa šećernom i dokazanom kardiovaskularnom bolešću. U tijeku su klinička ispitivanja koja će pokazati jesu li korisni i za primarnu kardiovaskularnu prevenciju osobama sa šećernom bolešću. Po HZZO-u, u indikaciji se ne spominju kardiovaskularne bolesti, a kriterij je debljina (empaliflozin za BMI 27 ili veći; liraglutid 35 ili veći). Po sugestijama stručnih društava ovo se može mijenjati.

Kada je riječ o regulaciji tjelesne mase, oba ova lijeka pomažu u njezinom gubljenju, no nema uspješnog mršavljenja bez volje pacijenta, dosljednog u mijenjanju prehrane i načina života.

■ **Često se u javnosti problematiziraju aparati za mjerjenje šećera, razna druga pomagala koja jesu ili bi trebala biti dostupna preko HZZO-a. Čuju se u vezi s time svakakve informacije, ima i pritisaka da se nešto od toga stavi na listu HZZO-a, unatoč tomu što struka misli drugačije. Vaša ocjena.**

Vjerojatno mislite na nedavne rasprave oko uređaja za „flash“ monitoriranje glikemije i njezino kontinuirano mjerjenje. Oni su nedavno stavljeni na listu HZZO-a

» Svi novi lijekovi su skupi, što je očekivano s obzirom da znamo koliko je ulaganja potrebno za razvoj novih lijekova. Ne mislim da zdravstvena skrb može biti jeftinija. Što se više hvata u koštač s težim problemima, to je skuplja. Međutim, treba težiti racionalizaciji, a jedan od načina je i pojedinačni pristup i primjena tih lijekova i postupaka tamo gdje zaista čine razliku.«

za neke kategorije osoba sa šećernom bolešću. Što misli „struka“? U pravilu, što se šećer više mjeri, to bolje. Ali kako sam ranije navela, moramo biti racionalni. Svakome tko uzima inzulin, ovakvi uređaji su dobro došli. Međutim, ima osoba koje klasičnim samomjerjenjem (aparatičima s dijagnostičkim trakama) postižu dobre rezultate i nemaju pretjerano problema s hipoglikemijama. Uz to moram naglasiti da je nemoguće potpuno eliminirati hipoglikemije uz liječenje inzulinom. Dakle, takvim bolesnicima su ovi uređaji puno manje značajni nego onima kojima je šećerna bolest izrazito nestabilna (tzv. *brittle diabetes*), s čestim i jakim hipoglikemijama, kao i onima kojima je hipoglikemija velik rizik, a za prognozu im je važno održavati striktnu glukoregulaciju (djeca). Stručna društva predlažu HZZO-u kriterije kome odobriti takve uređaje. Jasno je da kod toga uvijek ima problema, ali svi smo pozvani da procijenimo omjer troška i koristi. Općenito ne treba gledati na HZZO kao „babu rogu“ koja uskraćuje sredstva. Očekivano, HZZO najviše govori o troškovima jer novci idu preko njega, ali svi mi uključeni - zdravstveni radnici, pacijenti, konačno, svi smo ponekad i pacijenti - moramo sudjelovati u teškom traženju racionalnog pristupa, a to znači razlučiti što je nužno, što čini bitnu razliku na bolje, a što je manje važno ako bitno ne utječe na prognozu niti kvalitetu života. Moram reći da općenito nije loša pokrivenost lijekovima i pomagalima od HZZO-a. Sve bitno za skrb o šećernoj bolesti dostupno je.

■ **Koliko su precizni/točni uređaji kojima se prati regulacija vrijednosti šećera u krvi?**

Uređaje za samomjerjenje glukoze u krvi, glukometre, regulatorne agencije (EMA, FDA, HALMED) tretiraju kao medicinska pomagala i ne podliježu tako strogoj kontroli

» Tip 2 bolesti, najčešće udružen s debljinom, pogoda sve mlađu populaciju. Općenito, sve smo deblji i to nas brine. Šećerna bolest je to opasnija što ranije počne. «

>>

Životopis

Prof. dr. sc. IVANA PAVLIĆ-RENAR do nedavnog je umirovljenja radila u Zavodu za endokrinologiju KBC-a Zagreb kao specijalist internist, subspecijalist endokrinologije i dijabetologije. Rođena u Dubrovniku 1953. Osnovnu školu i V gimnaziju završila je u Zagrebu, gdje je 1972. upisala, a 1977. diplomirala na Medicinskom fakultetu. Nakon pripravničkog staža u Domu zdravlja Trnje, zaposlila se u Klinici za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovac, gdje je ostala do 2007. (odjelni liječnik na dijabetološkom, endokrinološkom i kliničkom odjelu 1979. - 1982., specijalizant u KB-u Merkur 1982. - 1986, specijalist na Kliničkom odjelu 1988. - 1991., v.d. pa voditelj dijabetološkog odjela 1993. - 2007., pomoćnik ravnatelja za kvalitetu 2003. - 2004; pomoćnik ravnatelja za nastavu 2005. - 2007. Od 2007. je liječnik specijalist u Zavodu za endokrinologiju Klinike za unutrašnje bolesti KBC-a Zagreb. Od sredine osamdesetih surađivala je u nastavi na Medicinskom fakultetu, a od 1996. je u kumulativnom radu na Katedri za internu medicinu, izvanredna profesorica od 2012.

Magistrirala je iz područja dijabetesa (1988.), doktorirala iz područja neuroendokrinih tumora (2000.) na MEF-u u Zagrebu. Radi znanstvenog usavršavanja boravila je u nekoliko vanjskih institucija, najdulje 1991. - 1993. u Leonard Sterlitz Institute, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA, SAD, gdje je pod mentorstvom prof. dr. Aaron I. Vinika radila u području neuroendokrinih tumora.

Sudjelovala je kao suradnik ili voditelj u nekoliko znanstvenih projekata i nekoliko kliničkih ispitivanja (potonje uglavnom inzulinskih pripravaka). Jedna je od pokretača i osnivača Hrvatskog registra za dijabetes (CroDiabNet).

Objavila je osamdesetak radova, od čega 25 u CC indeksiranim časopisima, 7 poglavlja u inozemnim i 26 u domaćim knjigama i monografijama, koautor/urednik je jedne knjige - udžbenika Šećerna bolest u odraslih.

ka lijekovi. Točnost, odnosno razlika izmjerene i stvarne vrijednosti, i preciznost (mijenjanje izmjereno ponovnim mjeranjem istoga) obavezni su kontrolirati i o tome izvještavati sami proizvođači, a ne nezavisna tijela. Po aktualnim uputama glukometar mora u 95 posto mjerjenja pokazivati vrijednost glikemije koja je ne više od 20 posto različita od one mjerene stan-

darnom laboratorijskom metodom ako je glikemija 4,2 mmol/L ili veća, a 15 posto ako je manja. Ima uređaja koji su tehnološki napredniji pa je točnost i preciznost veća. Razlikuju se i po osjetljivosti na druge tvari u krvi, temperaturu, hematokrit itd. Zbog toga za osobe koje primaju supstituciju inzulina i koje postupaju prema rezultatima samomjerjenja nije

svejedno koji od više od 30 dostupnih glukometara upotrebljavaju.

- **Koji su glavni problemi liječnika u skrbi za bolesnika sa šećernom bolesti? Koja je uloga eventualne nesuradljivosti, zdravstvene (ne) pismenosti, a koja eventualnog nedostataka vremena i kadrova?**

Osnovni problem je nedostatak kadrova i to ne samo liječnika dijabetologa/endokrinologa nego i pratećih kadrova, a cijela jedna struka - dijetetičari su nekako „izvan“ sustava. Obiteljski liječnik može uputiti pacijenta raznim specijalistima, ali uglavnom ne i dijetetičaru. Nedostaju savjetovališta o zdravom životu. Iako ih ima raznih, neka koja su kvalitetna nisu u sustavu zdravstvene zaštite i ne možete u njih s uputnicom. Taj nedostatak je nešto manji u bolnicama jer ako nema dostupnog dijetetičara, savjetovanje nadoknađuju educirane medicinske sestre. Da ne govorimo o psiholozima. Dobra kontrola šećerne bolesti zahtijeva promjenu ponašanja bolesnika i to ne samo u vezi s prehranom. Lijekovi ne mogu kompenzirati nezdrav život. Promijeniti navike odraslog čovjeku nije nimalo lako, to je proces koji zahtijeva puno vremena, ponavljanja poruka, poticanja motivacije. Jednokratno savjetovanje je tek površna informacija.

Pitate i o nesuradljivosti. To može značiti da se zaboravi uzeti lijek. Da, i to je problem. Ali problem je i ustrajati u zdravom načinu života, provoditi samokontrolu. Za to treba stalna podrška. To nije samo posao liječnika kojemu vrijeme često ne dopušta dužu komunikaciju s pacijentom i koji nije ni dijetetičar ni psiholog. Kolege liječnici u obiteljskoj medicini imaju sestru koja u pravilu nije specijalizirana da bude sestra - edukator, a ni ona nema vremena jer je uz posao medicinske sestre uglavnom i administrator.

► **Hrvatski model zaštite bolesnika od šećerne bolesti službeno je bila prihvatila Svjetska zdravstvena organizacija kao jedinstven model u Europi. Hrvatska je bila prepoznata po svojim dostignućima. Kako sada stojimo u usporedbi sa svijetom?**

Teško i tužno pitanje. Tužno, jer ne mogu reći da stojimo tako dobro kako smo se nadali. Hrvatski model bio je ustrojen još u bivšoj državi, pod vodstvom pokojnog akademika Zdenka Škrabala. Samostalnost je donijela njegov pravi zamah. Ali svašta se promijenilo posljednjih desetljeća. Kriza zdravstva, usudim se upotrijebiti taj težak izraz, pogodila je sve. Niti jedan segment ne može biti imun, pogotovo kada se radi o kroničnoj bolesti kakva je šećerna. Zbrinjavanje takvih bolesnika ne ovisi samo o užoj specijalističkoj djelatnosti, nego o cijelom sustavu. Još uvijek stanje nije tako loše, a moglo bi i trebalo biti puno bolje. Devedesetih godina prošlog stoljeća započela je izrada registra šećerne bolesti. Isto vremeno je to na sličnim idejama pokrenuto i u Švedskoj. Za naš registar su se podaci sakupljali u „papirnatim“ izvješćima, a naglasak je bio na izravnom povezivanju s radom u ordinacijama, uz korištenje određenog programa. Kada je počela informatizacija sustava, nastojali smo spojiti taj program s onima koji su se počeli koristiti u bolničkoj i vanbolničkoj službi. Nije uspjelo jer nam je registar nepotpun. Za razliku od nas, švedski registar je danas ogledni za cijeli svijet. Čini mi se da je u Hrvatskoj velik problem što se stvari stalno pokušavaju poboljšati tako da ih se radi *ab ovo*, nedostaje kontinuiteta. Ipak, želim vjerovati da će se, što se registra tiče, stvari poboljšati. To podrazumijeva da uz medicinsku informatiku i vodstvo HZJZ-a naši sugrađani sa šećernom bolešću dobiju što bolju skrb. Visoka kvaliteta stručnog znanja i znanstvene kompetencije naših dijabetologa/endokrinologa, stručnost naših sestara, edukatora i povezivanje drugih zdravstvenih struka, poglavito obiteljske medicine, jamstvo je da je to moguće.

► **U Hrvatskoj je vlastitim snagama razvijen projekt UniGluko. Kako funkcioniра? Što mu je cilj?**

Promocija projekta bila je krajem 2015. Pilot je započet u dva doma zdravlja u Zagrebu. Pacijenti donose svoje glukometre na jednu od 10 lokacija gdje se sinkroniziraju i preko posebnih aplikacija ulaze u Centralni zdravstveni informacijski sustav RH (CEZIH) preko kojeg postaju dostupni izabranom liječniku. Cilj je omogućiti obiteljskom liječniku uvid u sve podatke glukometra, kako bi se mogla unaprijediti skrb o šećernoj bolesti u ordinacijama obiteljske medicine. Koliko znam, nema još objavljenih rezultata, a o napretku projekta treba pitati kolege

koji su u to neposredno uključeni. U svakom slučaju, ovo je primjer inovativnog razmišljanja o skribi o dijabetesu i intersektorske suradnje IT tvrtki, javnog zdravstva i obiteljske medicine.

► **Što nam možete reći o transplantaciji gušterače u hrvatskoj medicini? U transplantaciji ostalih solidnih organa, jetre, bubrega, srca stojimo jako dobro. Je li to slučaj i s gušteracom? Kakva je budućnost transplantacijskog liječenja u liječenju šećerne bolesti?**

Ne tako jasna kao u drugim područjima koja ste spomenuli. Više se nade polaže u transplantaciju samih Langerhansovih otočića što je u svijetu još uvijek eksperimentalno liječenje. Najjasnija indikacija za transplantaciju gušterače je u bolesnika s terminalnim zatajivanjem bubrega i šećernom bolešću tipa 1. Tada se radi simultana transplantacija bubrega i gušterače (SPKT = *simultaneous pancreas kidney transplantation*). Transplantacija same gušterače rijetko je indicirana. U Hrvatskoj je SPKT učinjena prvi put u Rijeci 1992., a od 2003. se redovno radi u KB-u Merkur u Zagrebu. Po izvješću Eurotransplanta lani je učinjeno pet transplantacija gušterače, a 11 osoba je na transplantaciju čekalo. To je solidan rezultat i može se reći da smo i tu na razini razvijenih europskih zemalja.

► **Tko u Hrvatskoj ima vodeću riječ u liječenju šećerne bolesti? Koliko je endokrinoloških i dijabetoloških društava i zašto je to tako?**

Tko ima vodeću riječ? Pa prerasli smo *eminence based medicine*, ovo je doba *evidence based medicine*. Stručna društva služe da se u određenoj sredini provodi praksa temeljena na dokazima, pomogne pri trajnoj edukaciji liječnika i ostalih zdravstvenih radnika, boljoj organizaciji skribi i boljem znanstvenom surađivanju. Proliferacija tih društava jedan je od naših problemčića. Namjerno govorim u deminutivu jer je to s vladivo. Nas stotinjak aktivnih endokrinologa/dijabetologa okupljeni smo u različita društva, koja se ponekad preklapaju u djelatnosti. Pa imamo puno „malih“ sastanka i puno „malih“ dogovora. Bilo bi bolje imati nekoliko većih da međusobno bolje komuniciramo i da se naš glas bolje čuje. Ne znam cjelovit odgovor na pitanje zašto je tomu tako, ali sigurna sam da na to utječu i osobni razlozi, taštine i slično. No, svi se mi krećemo po svim tim društvima sa zajedničkim ciljem poboljšanja zdravstvene zaštite u našem području i pronalaskom zajedničkog jezika.

Nadam se i vjerujem da će kohezija dijabetologa/endokrinologa biti bolja u budućnosti. Kako sam već rekla, imamo visokokvalitetne i znanstveno kompetentne stručnjake i dobru tradiciju pa vjerujem da će se problemčići otkloniti da bi se bolje rješavali problemi.

LIJEČENJE SRČANOG ZATAJENJA JEDAN OD GLAVNIH BRENDOVA HRVATSKE MEDICINE

✉️ Pripremila: SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

**Roboti ulaze u sve
sfere života pa
tako i u medicinu.
Za 10-15 godina
možemo očekivati
robotizaciju
u kardiologiji
i kardijalnoj
kirurgiji.**

UZ 30 GODINA OD PRVE TRANSPLANTACIJE SRCA U KBC-U ZAGREB

Početkom rujna svečano je obilježena 30. obljetnica prve transplantacije srca u Hrvatskoj koju je u jesen 1988. u KBC-u Zagreb obavio liječnički tim na čelu s prof. dr. sc. Josipom Sokolićem. Pacijentici koja je ležala u bolnici novo je srce presađeno 30. rujna, a u pripremi operacije sudjelovalo je više liječnika, među kojima i prof. dr. Bojan Biočina, danas predstojnik Klinike za kardijalnu kirurgiju KBC-a Zagreb. Od tada do danas u KBC-u Zagreb i KB-u Dubrava obavljeno je 300 transplantacija srca. Povećanju broja transplantacija, kojih je godišnje u prosjeku 30-ak i što našu zemlju svrstava u svjetski vrh, pridonijelo je pristupanje Hrvatske Eurotransplantu 2007. To je uvjetovalo i ponovno uvođenje mehaničke cirkulacijske potpore kojom se pacijentima sa srčanim zatajenjem, uz pomoć crpke ili mehaničkog srca, omogućuje da dočekaju transplantaciju ili im se produljuje i čini kvalitetnijim ostatak života.

Akademik Davor Miličić redoviti je profesor interne medicine i kardiologije na MEF-u u Zagrebu, predstojnik je Klinike za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Zagreb, pročelnik Zavoda za intenzivno kardiološko liječenje, aritmije i transplantacijsku kardiologiju i voditelj Programa transplantacije srca u KBC-u Zagreb. Predsjednik je Hrvatskoga kardiološkog društva i predsjedatelj Odbora za uznapredovalo srčano zatajivanje Europskoga kardiološkog društva.

U svijetu smo postali poznati po liječenju srčanog zatajenja. To je jedan od glavnih brendova hrvatske medicine, posebno KBC-a Zagreb, ističe u razgovoru za Liječničke novine akademik Davor Miličić, redoviti profesor Interne medicine i kardiologije na MEF-u u Zagrebu i predstojnik Klinike za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Zagreb. Nacionalna transplantacijska koordinatorica dr. Mirela Bušić ističe da je ulaskom u Eurotransplant hrvatski transplantacijski program dobio komponentu međunarodne suradnje, koja mu je sofisticiranim sustavom za dodjelu i razmjenu organa pridodala novu kvalitetu.

Srčano zatajenje završni je stadij srčane bolesti, protiv kojeg danas postoji moćno oružje – transplantacija, ističe akademik Miličić prisjećajući se da je u vrijeme prve transplantacije na Rebru bio znanstveni novak MEF-a u Zagrebu.

Pamtim taj veliki događaj koji je odmah postao dijelom naše medicinske povijesti. Prof. Sokolić bio je de facto osnivač kardijalne kirurgije u Hrvatskoj i u to je vrijeme bio jedna od najprominentnijih osoba u hrvatskoj medicini. Prva presadba srca u jugoistočnoj Europi obavljena je uspješno u Zagrebu zahvaljujući njegovome vizionarstvu, stručno-

sti i hrabrosti. Zagreb i Hrvatska još su jednom odjeknuli u globalnim medicinskim sferama, tim više što je transplantacija srca tek u to doba postala relevantna metoda liječenja uznapredovalog srčanog zatajenja. Naime, premda je prva presadba srca učinjena u Južnoafričkoj Republici daleke 1967. godine, klinički sve do osamdesetih godina prošloga stoljeća klinički nije bila bitna, jer nije postojala učinkovita imunosupresijska terapija koja bi omogućila dugoročan uspjeh transplantacijskoga liječenja. Osamdesetih godina ciklosporin je revolucionarno pospješio presadivanja solidnih organa, uključujući i srca, omogućivši učinkovitu kontrolu odbacivanja presadka, bilo da je bila riječ o bubregu, jetrima ili srcu. Tada dolazi do procvata transplantacijske medicine, u koji se mala Hrvatska priključila ulazom kroz velika vrata. KBC Zagreb i KB Dubrava su središta izvrsnosti i s obzirom na veličinu populacije ne trebaju nam nova transplantacijska središta. Za održavanje transplantacijskoga programa potrebno je puno entuzijazma i ekspertnog znanja, jer nema tog novaca niti bilo kakvoga priznanja koje bi moglo kompenzirati breme stresa, odgovornosti i logističke organizacije koja je uvjet uspješnoga transplantacijskoga programa.

> Niti jedna transplantacija nije odbijena zbog nespremnosti tima

Primjerice, ističe akademik Miličić - još uvijek sam dostupan 24 sata sedam dana u tjednu ako je riječ o ponudi srca za transplantaciju. Ako sam u zrakoplovu ili predavaonici ili predsjedam nekom kongresu mijenja me doc. Maja Čikeš. Od 1995. godine, kada sam preuzeo voditeljstvo Programa transplantacije srca u KBC-u Zagreb, niti jedna transplantacija nije odbijena zbog nespremnosti ili nedostupnosti tima Klinike za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Zagreb.

Izgrađivanje takvoga programa posljedica je višegodišnjega sustavnog i predanog rada vrhunskog tima koji uz stručnost krasi i velik entuzijazam.

Za uspjeh transplantacije bitno je znanje, iskustvo i izvježbanost članova tima. Osim kirurške vještine pri transplantaciji, ključan je prethodan odabir donorskoga srca, odnosno procjena njegove kompatibilnosti s potencijalnim primateljem, te priprema primatelja i njegovo sveukupno stanje, o čemu se skrbe kardiolozi. Važan je i bespriječoran eksplantacijski postupak te poštivanje roka od četiri sata za dopremu donorskog organa do transplantacijskog središta. Važni su, naravno, i anesteziolozi kao i svi ostali članovi tima. Nakon neposrednog poslijepoperacijskog tijeka u kardiokirurškoj intenzivnoj jedinici, pacijent se ponovno vraća transplantacijskim kardiologozima, koji potom trajno kontroliraju i liječe bolesnika.

> Najčešći je uzrok terminalnoga srčanog zatajenja ishemiska, tj. koronarna srčana bolest

Najčešći uzrok terminalnoga srčanog zatajenja je ishemiska, tj. koronarna srčana bolest. Riječ je o bolesnima koji su prekasno liječeni u akutnom infarktu miokarda i u kojih je zbog toga znatan dio srca nepovratno izgubljen i zataji. Drugi je najčešći uzrok terminalnog srčanog zatajenja višegodišnja neliječena ili loše liječena arterijska hipertenzija, a među tzv. primarnim bolestima miokarda to je dilatacijska kardiomiopatija, bolest koja u pravilu nema poznatu etiologiju. Do teške bolesti miokarda može doći i uslijed neliječenih bolesti srčanih zalistaka, upalnih bolesti srca, dugotrajnih nekontroliranih tahikardija itd. Neovisno o etiologiji, sindrom srčanog zatajenja najčešće ima progresivan tijek koji završava tzv. uznapredovalim srča-



Akademik DAVOR MILIĆIĆ

nim zatajenjem, kada više ne pomaže konvencionalna terapija. Ako nije prekasno, terapija izbora u takvih su bolesnika napredne, agresivne metode, na prvome mjestu transplantacija, a kao alternative mehanička potpora srcu ili umjetno srce, radi premoštavanja kritičnoga vremena do same transplantacije ili pak kao trajna terapija u onih s apsolutnom i trajnom kontraindikacijom za transplantaciju.

Na pitanje, koja je iduća faza u razvoju kardiologije i kardiokirurgije, akademik Milićić odgovara da je to robotizacija. Roboti ulaze u sve sfere života, pa tako i u medicinu. U desetak-petnaestak godina možemo očekivati robotizaciju u kardiologiji i kardijalnoj kirurgiji. Neke tehničke zahvate obavlјat će roboti umjesto ljudi, to je prilično izvjesno. Poanta je u većoj preciznosti zahvata. Nadalje, na regeneraciji oštećenoga miokarda rade falange istraživača već godinama, ali konkretna rješenja se u skoroj budućnosti još uvijek ne naziru. Endovaskularna medicina postala je dio sadašnjosti, a ima veliki potencijal u budućnosti. Naime, klasični kirurški zahvati na srcu i krvnim žilama sve

se više zamjenjuju transkateterskim intervencijama. Danas raspolažemo endovaskularnim zahvatima u svrhu rješavanja ne samo koronarne patologije nego i strukturnih bolesti aorte, liječenja prirođenih srčanih bolesti i različite druge srčane patologije.

Vjerojatno će nestati granica između intervencijske kardiologije i kardijalne i vaskularne kirurgije pa se može očekivati integracija ovih dviju struka. Nadalje, lijekovi u kardiologiji iznimno su bitni, jer pored operacija i intervencijskih zahvata, lijekovi kojima raspolažemo ne samo da ublažavaju simptome i poboljšavaju funkciju sposobnost kardioloških bolesnika već poboljšavaju i preživljavanje, dakle spašavaju živote. Izvjesno jest da nas očekuje i velik napredak u kardiološkoj farmakoterapiji, što će tzv. konzervativnu kardiologiju učiniti još uzbudljivijom. S napretkom tehnologije postat će i oslikavanje srca još naprednije nego danas, a slično vrijedi i za mogućnosti otkrivanja i liječenja srčanih aritmija. I, naravno, klinička genetika postat će nezaobilazna u dijagnostici i liječenju kardioloških bolesnika, što će pak predstavljati ključan pomak od

današnje medicine temeljene na rezultatima randomiziranih kliničkih pokusa i analize registara različitih bolesti, do individualizirane, personalizirane medicine.

> Prije 20-ak godina razlika između kardiologije u Zagrebu i Hamburgu bila je dramatično velika; danas nije

Opisujući razliku između kardiologije u Zagrebu i Sveučilišne bolnice u Hamburgu čiji je bio stipendist, ističe kako je tih 1995./1996.-ih razlika bila dramatična. Hamburg je bio i jest jedan od najbogatijih gradova jedne od najbogatijih zemalja. Klinika je raspolagala vrhunskim kadrovima, vrhunskom tehnologijom, vrhunskim znanstvenim i stručnim projektima. Bolje kardiologije u to doba nije bilo. Duh koji je ondje vladao bio je također vrlo poticajan. U auli je bila izvješena kamena ploča s uklesanim geslom: „Naše jasno opredjeljenje jest živjeti i raditi sa strancima“. Tamo me očarao odnos prema radu: želiš li zaista raditi, samo ti je nebo granica. Nema limita, nema ograničenih budžeta, nema radnoga vremena. Radi koliko želiš, stvaraj, istražuj i dobit ćeš sve što poželiš. Hrvatska je pak u to vrijeme bila zemlja poharana ratom, a medicina je tehnologiski bila na samom europskom dnu. Bez velikoga oklijevanja odbio sam vrlo konkretni, unosan i atraktivni poziv da se trajno zaposlim u Sveučilišnoj bolnici u Hamburgu, jer sam osjećao dug prema svima onima koji su stradali u Domovinskom ratu i radost i izazov ostanka u slobodnoj i neovisnoj Domovini. Danas, barem što se kardiologije tiče, mi smo stručno, tehnologiski i na svaki način svakako dostigli razinu međunarodne izvrsnosti, unatoč znatno manjem ulaganju u zdravstvo i znanost. Plivanje protiv struje bio je i ostao moj višegodišnji izazov, jer je u nas, nažalost, za svaki uspjeh, u pravilu, potreban višestruko veći napor nego u uređenijim, bogatijim i naprednjijim zemljama. Nisam nikada bio član niti jedne političke stranke, jer sam želio ostati neovisan. Nisam razmišljao niti o privatnoj praksi, koja bi u mojoj slučaju vjerojatno bila vrlo unosna, jer sam radio ono što me ispunjava i usrećuje, a to je vrhunska klinička medicina, znanost i sveučilišna nastava, kaže akademik Miličić.

KBC Zagreb vodeći je u Hrvatskoj i ima neprijeporan međunarodni ugled i prepoznatljivost. Pri odabiru kadrova nikada nije podlijegao političkim niti bilo kakvim drugim pritiscima, jedino mjerilo bila je izvrsnost. Kada nam netko dođe, ne upućujemo ga nigdje drugdje, uključujući i inozemna središta, jer možemo zbrinuti sve, pa i one najsloženije kardioške bolesnike.

Klinika danas ima pet nacionalnih referentnih središta koji obuhvaćaju najvažnija područja kardiologije. Sjedište je i specijalističkog Poslijediplomskog studija iz kardiologije, u

Klinici se održavaju međunarodni i domaći tečajevi i simpoziji, provodi se mnogo vrhunskih međunarodnih studija, sjedište je znanstvenih projekata i registara s međunarodnim odjekom. Dakle, osim struke, istaknuti smo u diplomskoj i poslijediplomskoj nastavi, kao i u znanstvenome radu i međunarodnoj suradnji.

> Ni stanje s opremom nije više loše kao nekoć

Na činjenicu da je na čelu Cleveland klinike danas naše gore list, kardijalni kirurg prof. Tomislav Mihaljević, akademik Miličić ističe kako je upravo on primjer kako se s diplomom zagrebačkog MEF-a može postići svjetska karijera u inozemstvu. Od vrhunskoga kardijalnog kirurga postao je i ravnateljem jedne od vodećih kardiovaskularnih ustanova u svijetu, na njega zbog toga svi trebamo biti silno ponosni. Medicina je neopisivo zahtjevna, teška i kompetitivna, pa je Mihaljevićev uspjeh vrijedan divljenja. Poznajem i nekoliko inu kardiologa iz Cleveland klinike i povremeno s njima komuniciram.

Uz vrhunske stručnjake, nakon teških vremena, ni stanje s opremom nije više loše, objašnjava akademik Miličić. Danas u našim kliničkim ustanovama, ali i u nekim županijskim bolnicama, raspolažemo dobrom, modernom, katkad i vrhunskom opremom. Kardiologija je iznimno tehnologizirana struka, pa su za uspjeh neophodni visoko educirani i iskusni eksperti za modernu tehnologiju. Tijekom proteklih dvadesetak godina u hrvatskoj kardiologiji svjedočimo golemom napretku, kako u kadrovima tako i u tehnologiji.

> Čovjek koji odlučuje kome će biti transplantirano srce

Možemo tako reći jer vodim Program transplantacije srca u KBC-u Zagreb. Naš je jedan od vodećih u Europi. Zahvaljujući tomu trenutno sam predsjedatelj Europskoga odbora za uznapredovalo srčano zatajenje, što uključuje kako transplantaciju srca, tako i mehaničku cirkulacijsku potporu, tj. primjenu mehaničkih srčanih crpki i umjetnoga srca. Više od dvadeset godina praktički sam trajno dostupan, ako ne fizički onda telefonski. Motivira me činjenica što svaka mogućnost transplantacije podrazumijeva šansu za jedan spašeni život. Naravno, moram naglasiti da iza mene stoji tim vrhunskih stručnjaka, a ja sam danas poput kormilara nekoga moćnoga broda na valovitome moru. Svaki časnik i svaki mornar bitni su i teško zamjenjivi.

Zamislite zemlju u kojoj se pravo na presadbu ili liječenje ugradnjom mehaničke cirkulacijske crpke dobiva na temelju vrste i razine zdravstvenoga osiguranja, a ne samo i isključivo temeljem medicinskih indikacija, odgovara akademik Miličić na poznatu činjenicu da je zagovornik socijalne

>>



U KB-u DUBRAVA PRIJE DESET GODINA PRVOM PACIJENTU UGRAĐENA MEHANIČKA CRPKA

Prije 10 godina u KB-u Dubrava prvi je put u Hrvatskoj 41-godišnjem pacijentu uspješno ugrađeno umjetno srce, a operaciju je izveo tada pročelnik Odjela za kardijalnu kirurgiju Željko Sutlić s kardiologima Davorom Barićem i Jozicom Šikić. Nešto prije te operacije liječnici su prvom pacijentu u Hrvatskoj ugradili mehaničku crpu za srce, koja mu je omogućila da poživi nekoliko tjedana do transplantacije, odnosno do nabave odgovarajućeg srca.

U međuvremenu je kardiologija u KB-u Dubrava preustrojena, osnovan je Zavod za kardijalnu i transplantacijsku kirurgiju na čijem je čelu pročelnik prof. Sutlić. U Zavodu se obavlja cje-lokupno liječenje kardiokirurških bolesnika, operacije transplantacije srca i liječničko zbrinjavanje ozljeda prsnog koša. Pri tome se koriste naj-suvremenije metode koje su u skladu sa smjernicama opisanim u priznatoj stručnoj literaturi iz područja kardijalne kirurgije, kardijalne anestesiologije i njege kardiokirurških bolesnika. KB Dubrava je uz KBC Zagreb, središte izvrsnosti za liječe-nje srčanog zatajenja, poznata i izvan granica RH.

medicine. Slično je i sa svim ostalim složenim dijagnostičkim i terapijskim postupcima u medicini. U Hrvatskoj je i najvrhunskija medicina dostupna svima bez razlike, što nažalost nije slučaj u mnogim, pa i mnogo razvijenijim zemljama Europe i svijeta. Takvo, kao što ste rekli „socijalno“ zdravstvo, važna je civilizacijska tekovina, koja je u nas snažno ukorijenjena još od vremena našega velikoga sunarodnjaka, akademika Andrije Štampara, jednoga od utemeljitelja Svjetske zdravstvene organizacije. Puno je važnije da narod u svojoj državi ima mogućnost široko dostupnoga školovanja i zdravstva nego visina osobnih primanja i nekih drugih parametara kojima se danas mjeri naprednost i uspješnost. Međutim, medicina se razvija i zdravstvene usluge postaju sve skuplje, suočavamo se sa sve većim manjkom liječnika i medicinskih sestara te zbog toga s ozbiljnom prijetnjom urušavanja „socijalnog“ zdravstva u budućnosti. To je ozbiljan problem koji zahtijeva strateško razmišljanje i brzo nalaženje rješenja, jer bi u protivnome moglo biti prekasno, upozorava Miličić.

Danas se u nas, kao i u većini europskih zemalja, izravno može specijalizirati

kardiologija bez prethodne specijalizacija iz interne medicine. Takva, „nova“ specijalizacija iz kardiologije traje pet godina, što vas u pravilu još ne čini vrsnim kardiologom. Pored višegodišnje prakse, kardiologija je danas struka koja ima svoje subspecijalnosti: od ehokardiografije, odnosno tzv. oslikavanja u kardiologiji, preventivne kardiologije i kardiološke rehabilitacije do ritmologije i elektrostimulacije, intervencijske kardiologije i srčanog zataje-nja. Dakle želite li se dalje usmjeravati u kardiologiji, potrebno je još nekoliko godina da biste postali ekspert. Drugim riječima, da biste postali vrstan kardiolog potrebno je dvadesetak godina školovanja i rada u medicini, računa-jući od upisa na studij medicine.

U KBC-u Zagreb imamo poseban zavod u okviru Klinike za bolesti srca i krvnih žila, koji je ujedno i Nacionalno referentno središte za srčano zatajenje i transplantacijsku kardiologiju. Isti je Zavod ujedno i Referentni centar za akutno i intenzivno liječenje kardioloških bolesnika. Dakle, riječ je o vrhunskim ekspertima koji suvereno vladaju kako akutnom i intenzivnom kardiologijom tako i svim aspektima dija-gnostike i liječenja srčanog zatajenja, uporabom izvantelesnoga krvotoka,



Transplantacije srca po središtima 2000.-2017.

Srčano zatajenje je završni stadij srčane bolesti, protiv kojeg danas postoji moćno oružje – transplantacija, ističe akademik Miličić prisjećajući se da je u vrijeme prve transplantacije na Rebru bio znanstveni novak MEF-a u Zagrebu.

različitim mogućnostima kratkotrajne i dugoročne mehaničke cirkulacijske potpore – od tzv. parakorporealnih srčanih crpki do implantabilnih crpki za mehaničku potporu miokarda. Jedan smo od rijetkih centara koji ima iskustvo i s primjenom tzv. totalnoga umjetnoga srca, kao i s istodobnom primjenom ugradbenih crpki za lijevu i desnu klijetku. Usko surađujemo s Klinikom za kardijalnu kirurgiju, smještenoj u našoj neposrednoj blizini. Prema rezultatima, tj. uspješnosti našega rada, možemo se mjeriti s vodećim svjetskim centrima koji se bave liječenjem uznapredovalog srčanog zatajenja.

> Nacionalna transplantacijska koordinatorica dr. Mirela Bušić

Nacionalna transplantacijska koordinatorica dr. Mirela Bušić navodi da su u 2017. u KBC-u Zagreb obavljene 22 transplantacije, a da se od 1995. program transplantacije srca s jednakim uspjehom provodi i u KB-u Dubrava. U 2018. godini, zaključno s rujnom, u Hrvatskoj je obavljeno 26 transplantacija srca, dok se na Nacionalnoj listi čekanja trenutno nalaze 32 pacijenta.

> Međunarodna suradnja

Ulaskom u Eurotransplant (međunarodnu organizaciju za dodjelu i razmjenu organa) 2007. godine, naš transplantacijski program dobio je i komponentu međunarodne suradnje, koja mu je sofisticiranim sustavom za dodjelu i razmjenu organa pridodala novu dimenziju kvalitete.

U Hrvatskoj je 2017. realiziran 31 darivatelj srca od ukupno 142 darivatelja solidnih organa. Na razini Eurotransplanta ukupno je presađeno 548 srca, od kojih hrvatski darivatelji srca čine udio od oko 6 %. Lani su u Hrvatskoj novo srce dobila 33 primatelja prosječno za 3,6 mjeseci od prijave na listu čekanja.

Broj transplantacija srca na milijun stanovnika u 2017. je u Hrvatskoj iznosio 7,9, što nas pozicionira na drugo mjesto u Europi, iza Slovenije, čiji broj transplantacija srca na milijun stanovnika iznosi 116. Prema podacima GODT-a (Global Observatory on Donation and Transplantation) za 2017. godinu Hrvatska zauzima treću poziciju prema broju transplantacija srca na milijun stanovnika.

> Organizacija hitnog prijevoza

Za životno ugrožene pacijente iznimno je zahtjevna organizacija hitnog avionskog prijevoza eksplantacijskog tima i srca iz udaljenih donorskih bolnica Eurotransplanta. Prije-



Dr. MIRELA BUŠIĆ

voz i usklađivanje rada eksplantacijskih timova (pluća, srca i jetre) organizira Ministarstvo zdravstva u suradnji sa stručnim službama dostupnih avio-prijevoznika, operativno-komunikacijskim centrom MUP-a, aerodromskim službama te Državnim centrom zaštite i spašavanja (DUZS) u slučaju angažmana Vladinog aviona. Naime, poslijednja opcija koristi se jedino u iznimnim prilikama i u nedostatku drugih rješenja, što se vidi iz činjenice da Vladin avion nije upotrijebljen u 2017., a ove godine samo u siječnju za prijevoz srca iz Beča četverogodišnjoj djevojčici kojoj je srce presađeno u KBC-u Zagreb. Naime, s obzirom na činjenicu da darovano srce izvan tijela može biti sačuvano vrlo kratko vrijeme, ukupno najviše četiri sata do presađivanja, velika je odgovornost svih koji su uključeni u organizaciju prijevoza. Nije važna samo brzina već i sigurnost prijevoza, pa su u tim nepredvidivim i vremenski ograničenim prilikama uvježbanost tima i jasni protokoli ključni čimbenici uspjeha.

> Izazovi

Najnoviji svjetski trend te organizacijski, tehnički i etički izazov u području transplantacije srca predstavlja darivanje srca nakon cirkulacijske smrti (DCD, od engl. donation after circulatory death). Naime, sve dok razvoj novih perfuzijskih i eksplantacijskih tehnika nije ponudio rješenja i povećao uspješnost i kvalitetu presađivanja srca nakon cirkulacijske smrti, takvi darivatelji smatrani su neprihvatljivim zbog visokog rizika i očekivanja slabog ishoda transplantacije. Primjeri nedavno uspješno izvršenih transplantacija DCD srca u nekoliko svjetskih središta (Cambridge, Sydney) svjedoče o ohrabrujućim rezultatima te nam ukazuju na nove mogućnosti i izazove u području transplantacije srca, navodi dr. Mirela Bušić, ističući da je za uspjeh čitavog posla zaslužan i vrhunski tim Zavoda za transplantaciju i biomedicinu Ministarstva zdravstva RH.

Pritužbe o neetičnom postupanju liječnika

U tijeku je četvrta (ujedno i posljednja) godina mandata aktualnog Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a (dalje Povjerenstvo). U dosadašnjem radu često smo svjedočili da zainteresirane stranke, liječnici, mediji i javnost ne poznaju u dovoljnoj mjeri ulogu i način rada i postupanja Povjerenstva. S jedne strane gotovo je općenito slabije znanje o tome kada tražiti koji postupak radi kakve moguće odluke i eventualne sankcije, a s druge je nepoznavanje prava liječnika na zaštitu podataka.

 LADA ZIBAR, TOMISLAV FRANIĆ

U posljednje vrijeme je sve veće zanimanje medija za rad Povjerenstva i ono što se naziva interesom javnosti. Pri tome se vrlo često događa da se taj interes nastoji staviti ispred interesa involviranih stranaka. No pravila postupanja, vremenske odrednice i poštivanje privatnosti ne omogućuju nam sinkronost sa željama novinara. Naš je primarni zadatok čuvati ugled naše profesije od svih koji ga mogu ugroziti pa i od nas samih. U ovom članku nastojimo prihvatljivo razumljivom raščlambom opisati moguće scenarije u svom radu. Pojedinosti o zaštiti osobnih podataka ostat će razmjerno nejasne, kao što nam je još uvijek nejasna primjena Opće uredbe o zaštiti podataka (General Data Protection Regulation, GDPR) u medicini. Načelno, držimo da liječnik ima pravo na tajnost postupka u HLK-u vezanog za njegovu moguću neetičnost.

Povjerenstvo je tijelo Komore i jedno od stalnih povjerenstava njenog Izvršnog odbora. Proceduralni aspekti kao što su osnivanje, sastav i postupanje Povjerenstva određeni su internim aktima Komore, a to su Statut, Poslovnik o radu stalnih povjerenstava Izvršnog odbora Komore i

Pravilnik o disciplinskom postupku. Sadržajno, temeljni dokument na kojem se zasnivaju odluke, mišljenja i preporuke Povjerenstva je Kodeks medicinske etike i deontologije (dalje: Kodeks). Neki predmeti rada ovise eventualno i o Kaznenom zakonu, Zakonu o liječništvu ili nekim drugim zakonima. Svi navedeni akti ili zakoni javno su dostupni na web stranicama HLK-a (pod Akti Komore) ili na drugim domenama.

Prema Statutu Komore njezin je posao, koji je dio javnih ovlasti Komore, voditi disciplinski upisnik. Među ostalim njenim poslovima su čuvanje i unaprjeđenje ugleda liječničkog zvanja, donošenje Kodeksa te praćenje i nadziranje njegova poštivanja. Također pruža zaštitu osobama koje nisu zadovoljne mjerama poduzetima po prigovoru na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge koja im se pruža, sukladno aktima Komore koji uređuju provođenje disciplinskog postupka, zatim provodi disciplinski postupak, utvrđuje nedostojnost liječnika za obavljanje liječničke djelatnosti te daje pravne savjete i drugu stručnu pomoć članovima Komore u vezi s obavljanjem liječničke djelatnosti. U ovom smo odjeljku izdvojili i naveli ono što je propisano Statutom Komore, a što se izravno

ili posredno odnosi na postupanje vezano za neetično postupanje liječnika. Prema Statutu je obveza članova Komore poštivanje i pridržavanje svih propisa koje donose tijela Komore, a posebice Kodeksa.

Prema Statutu Komore, Povjerenstvo predlaže nacrt Kodeksa medicinske etike i deontologije, prati i nadzire provođenje pravila medicinske etike i deontologije te poduzima odgovarajuće mjere u slučaju njihovog kršenja, raspravlja i daje mišljenje, odnosno tumačenje o pojedinim pitanjima iz medicinske etike i deontologije, nadzire poštivanje etičkih načela u ostvarivanju prava građana na zdravstvenu zaštitu, svoj rad koordinira s ostalim tijelima Komore, poduzima potrebne prethodne radnje za provođenje postupka pred Sudom Komore (tzv. prethodni postupak) te obavlja i druge poslove predviđene Statutom te drugim općim aktima Komore. Povjerenstvo može osnovati stručne, odnosno ekspertne radne skupine za obavljanje određenih poslova.

Važno je napomenuti da je u mandatu ovog Povjerenstva dovršen rad na izradi novog Kodeksa. U izradi su još u prethodnom mandatu zajedno bili uključeni i HLK i Hrvatski liječnički zbor. Vrijedeći je Kodeks donesen u prosincu 2015., a stupio je na snagu u siječnju 2016. To znači da je veći dio mandata aktualnog Povjerenstva temeljen na novom Kodeksu.

> Tko može Komori prijaviti neetično postupanje?

Prema Statutu Komore njezinom Časnom sudu predsjednik Komore podnosi zahtjeve za pokretanje disciplinskog postupka, odnosno postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika. Taj sud može pokrenuti disciplinski postupak i po službenoj dužnosti, na zahtjev pacijenta, odnosno druge zainteresirane osobe, nekog tijela Komore te na zahtjev mini-

stra nadležnog za zdravstvo. Dakle, šest je mogućih kategorija prijavitelja.

> Koje su vrste pritužbi Komori na neetično postupanje liječnika?

Pritužba može biti tzv. „obična“, što znači da ne predstavlja zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka niti postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika. Tada takav predmet ne završava na Časnom sudu (osim ako se za istu stvar poslije ne podnese zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka). Druge su vrste zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka i zahtjev za utvrđivanje nedostojnosti liječnika. Dakle, jedna vrsta pritužbe prema Povjerenstvu i dvije prema Časnom sudu. „Obična“ pritužba bez zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka ili postupka za utvrđivanje nedostojnosti ima svoje opravdanje i svrhu jer na taj način pritužitelj može dobiti potvrdu za svoje zapažanje, satisfakciju u slučaju ugroženosti neetičnim ponašanjem liječnika te tako procijeniti opravdanost eventualnog daljnog postupanja. Zaključni odgovor katkad ima i korektivno značenje.

> Koja je uloga Povjerenstva u „rješavanju“ pritužbi?

Povjerenstvo raspravlja o pritužbi na temelju dokumentacije koju priloži pritužitelj, od Povjerenstva zatraženih očitovanja liječnika na kojega se pritužuje, te eventualno druge fizičke ili pravne osobe relevantne za moguće neetično ponašanje liječnika. Na temelju raspoloživih podataka Povjerenstvo daje odgovor na pritužbu podnositelju pritužbe i liječniku na kojega se pritužuje te eventualno drugim fizičkim ili pravnim osobama izravno ili posredno uključenima u predmet.

> Tko su članovi Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju i kako su izabrani?

Povjerenstvo aktualno čini devet liječnika: prof. Lada Zibar (predsjednica Povjerenstva, Osijek) – internist - nefrolog, prof. Ernest Bilić (zamjenik predsjednice, Zagreb) – pedijatar - hematolog, prof. Mirjana Sabljari Matovinović, Zagreb – internist - nefrolog, doc. Tomislav Franić, Split – psihijatar – dječji psihijatar, dr. Dubravka Vuković, Osijek – klinički

mikrobiolog, prof. Miroslav Bekavac Bešlin, Zagreb – kirurg – abdominalni kirurg, dr. Franjo Turalija, Zagreb – obiteljski liječnik, doc. Tea Štimac, Rijeka – ginekolog – porodničar, i dr. Dragutin Petković, Dubrovnik - otorinolaringolog. Predsjednika Povjerenstva bira Skupština Komore na prijedlog predsjednika Komore. Povjerenstvo bira Izvršni odbor Komore na prijedlog predsjednika Povjerenstva. Prema novom Statutu Komore od 15. lipnja 2018. Povjerenstvo će se u sljedećem mandatu sastojati od ukupno 7, a ne 9 članova (predsjednik, zamjenik predsjednika i još 5 članova), a mandat će umjesto dosadašnjih 4 trajati 5 godina.

> Kada je liječnik disciplinski odgovoran?

Liječnik je disciplinski odgovoran ako povrijedi odredbe Zakona o obavljanju liječničke djelatnosti i Kodeksa, obavlja nestručno liječničku profesiju, svojim ponašanjem prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama, povrijedi ugled liječničke profesije ili ne ispunjava Statutom ili drugim općim aktom članske obveze prema Komori. Dakle, osim zbog neetičnog postupanja, liječnik je disciplinski odgovoran i zbog nestručnog postupanja. Nestručno postupanje ne rješava ovo Povjerenstvo nego Povjerenstvo za stručna pitanja. Disciplinske povrede mogu biti lakše ili teže. O tome odlučuje Časni sud, a ne Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju. Teže disciplinske povrede su one koje imaju teže, a lakše lakše značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena, odnosno propuštena. Teže i lakše disciplinske povrede propisuju se Pravilnikom o disciplinskom postupku. Pritužitelj o tome treba znati kako bi mogao prikladno sastaviti zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka ili utvrđivanje nedostojnosti liječnika.

> Što treba sadržavati prijava za disciplinski postupak pred Časnim sudom HLK i zahtjev za utvrđivanje nedostojnosti liječnika?

Zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka mora biti u pisanim obliku te

sadržavati naznaku da se zahtjev podnosi Časnom sudu Komore, ime i prezime liječnika protiv kojeg se pokreće postupak, podatke o zaposlenju prijavljenog liječnika, ime i prezime podnositelja zahtjeva, odnosno naziv podnositelja zahtjeva ako je podnositelj pravna osoba, tijek pružanja zdravstvene usluge koja je prethodila događaju zbog kojeg se podnosi zahtjev (činjenični opis), vrijeme i mjesto izvršenja disciplinske povrede te ostale okolnosti koje su potrebne da se povreda što točnije odredi, naziv disciplinske povrede koja se prijavljenom liječniku stavlja na teret, prijedlog za izricanje određene disciplinske mjere ili novčane kazne te dokaze iz kojih proizlazi osnovanost navoda iz zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka, uz navođenje imena svjedoka i vještaka, spisa koje treba pregledati (primjerice, medicinski zapisi) te predmeta koji mogu poslužiti kao dokaz.

Zahtjev za pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika moguće je podnijeti ako je liječnik pravomoćnom sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela. Zahtjev mora biti u pisanim obliku te sadržavati naznaku da se zahtjev podnosi Časnom sudu Komore, ime i prezime liječnika protiv kojeg se pokreće postupak za utvrđivanje nedostojnosti, podatke o zaposlenju prijavljenog liječnika, ime i prezime podnositelja zahtjeva, odnosno naziv podnositelja zahtjeva ako je podnositelj pravna osoba, naziv suda koji je donio pravomoćnu osuđujuću kaznenu presudu, broj presude te naziv kaznenog djela za koje je liječnik proglašen krivim, prijedlog za izricanje odgovarajuće disciplinske mjere i presliku pravomoćne kaznene presude.

Dakle bitna razlika između disciplinskog postupka i postupka za utvrđivanje nedostojnosti je ta da se posljednji temelji na djelu koje je već neosporno utvrdio sud, a na Časnom sudu je da procijeni odgovarajuću sankciju. Kod disciplinskog postupka tek treba utvrditi je li uopće došlo do povrede Etičkog kodeksa koja se prijavljenom liječniku stavlja na teret. O tome ne odlučuje Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju, već Časni sud. Povjerenstvo u prethodnom postupku procjenjuje ima li osnova za postupak pred Časnim sudom.

> **Tko su članovi Časnog suda HLK-a i kako su izabrani?**

Prema Statutu Komore Sud Komore čine Časni sud i Visoki časni sud Komore. Oba su disciplinska tijela Komore. Sudovi odlučuju o disciplinskoj odgovornosti članova Komore. Časni sud Komore utvrđuje nedostojnost liječnika za obavljanje liječničke djelatnosti i odlučuje o disciplinskoj odgovornosti liječnika i utvrđuje nedostojnost liječnika za obavljanje liječničke djelatnosti u prvom stupnju. Časni sud Komore ima predsjednika, zamjenika predsjednika te pet članova liječnika i pet članova liječnika zamjenika. Visoki časni sud Komore odlučuje o žalbama protiv odluka Časnog suda Komore o disciplinskom odgovornosti članova Komore. Taj sud ima predsjednika, zamjenika predsjednika i pet članova liječnika i pet članova liječnika zamjenika. Predsjednike i zamjenike predsjednika te članove Časnog i Visokog časnog suda Komore bira Vijeće Komore na prijedlog predsjednika Komore. Predsjednik i zamjenik predsjednika Časnog i Visokog časnog suda Komore moraju biti istaknuti pravnici. Članovi Časnog i Visokog časnog suda Komore i njihovi zamjenici moraju biti osobe visokih etičkih kvaliteta s bogatim stručnim i profesionalnim iskustvom. Predsjednici, zamjenici predsjednika Časnog i Visokog časnog suda Komore, članovi te zamjenici članova tih sudova Komore biraju se na vrijeme od pet godina.

> **Kako postupa Časni sud Komore? Koje su moguće odluke Časnog suda?**

Zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka podnosi se Časnom судu Komore. Njegov predsjednik proslijedi zahtjev odgovarajućem stalnom povjerenstvu Komore (Etičkom ili Stručnom, ovisno o sadržaju zahtjeva) na provođenje prethodnog postupka. Zahtjev za pokretanje postupka za utvrđivanje nedostojnosti liječnika podnosi se Časnom судu Komore. U postupku za utvrđivanje nedostojnosti liječnika ne provodi se prethodni postupak već se, odmah po primjeku zahtjeva podobnog za raspravljanje zakazuje rasprava pred Časnim sudom Komore.

Tijek disciplinskog postupka uređuje se Pravilnikom o disciplinskom postupku. Sudovi Komore dužni su potpuno i istinito utvrditi činjenice koje su važne za donošenje pravilne odluke te s jednako pažnjom ispitati i utvrditi činjenice koje terete liječnika protiv kojeg se vodi postupak i činjenice koje mu idu u korist. Sudovi dakle, provode istragu.

Statut Komore predviđa da se disciplinski postupak pokreće i vodi protiv liječnika koji jest, ili je bio član Komore u trenutku počinjenja disciplinske povrede. Ova Komora nije nadležna za eventualnu neetičnost drugih sudionika u procesu pružanja zdravstvene zaštite, poput npr. medicinskih sestara. Disciplinski postupak provodi se odgovarajućom primjenom odredaba Zakona o kaznenom postupku, ako Statutom i općim aktima Komore nije drugačije propisano. Pri odlučivanju o odgovornosti i izricanju disciplinskih mjeri i kazni, na odgovarajući način primjenjuju se odredbe Kaznenog zakona. Kaznena i prekršajna odgovornost liječnika, odnosno disciplinska odgovornost liječnika kod poslodavca, ne isključuje disciplinsku odgovornost liječnika pred Komorom.

U disciplinskom postupku donose se odluke, rješenja i nalozi. Odlukom se zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka odbija, ili se liječnik oslobođa odgovornosti, ili se proglašava odgovornim. Odluku kojom se zahtjev za pokretanje postupka odbija vijeće suda će izreći ako je postupak vođen bez zahtjeva osobe ovlaštene za podnošenje zahtjeva, ako podnositelj zahtjeva do zaključenja rasprave odustane od zahtjeva, ako je liječnik za istu povredu već ranije donešenom konačnom odlukom Suda Komore proglašen odgovornim, ili je ranije donešenom konačnom odlukom Suda Komore oslobođen odgovornosti, ili je postupak pravomoćno obustavljen te ako je nastupila zastara pokretanja disciplinskog postupka. Odluku kojom se liječnik oslobođa odgovornosti vijeće će izreći ako djelo za koje se liječnika tereti ne predstavlja povredu dužnosti i ugleda liječničkog zvanja, niti povredu Zakona o liječništvu, kao ni povredu Kodeksa, a ne radi se ni o povredi članskih obveza koje liječnik ima prema Komori temeljem Statuta i drugih

akata Komore, ako utvrdi da ima okolnosti koje isključuju odgovornost sukladno odredbama kaznenog materijalnog prava ili ako nije dokazano da je liječnik počinio djelo za koje ga se tereti. U odluci u kojoj se liječnik proglašava odgovornim vijeće će izreći za koje djelo se proglašava odgovornim, uz naznaku činjenica i okolnosti koje čine obilježja tog djela te onih o kojima ovisi primjena određene odredbe ovog Pravilnika, naziv disciplinskog djela i koje su odredbe Pravilnika primijenjene, odluku o uvjetno izrečenoj disciplinskoj mjeri ili kazni, kakva se disciplinska kazna ili mjera izriče, odluku o troškovima postupka, o tome da se pravomoćna odluka ima objaviti u službenom glasilu Komore te uputa o pravnom lijeku. Ako je liječniku izrečena novčana kazna, u odluci će se naznačiti rok u kojem ju je liječnik dužan platiti. Novčanu kaznu liječnik je dužan platiti u roku od 30 dana. Kada novčana kazna izrečena za disciplinsku povredu nije u cijelosti ili djelomično plaćena u roku koji je određen odlukom Suda Komore, naplatit će se prisilno.

> **Koje su moguće kazne za neetično ponašanje liječnika utvrđeno odlukom Časnog suda?**

Za teže disciplinske povrede liječniku se mogu izreći ove disciplinske mjere i kazna: ukor, javni ukor, novčana kazna, privremeno ili trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licencije) u trajanju od mjesec dana do godine dana, ili privremeno ili trajno ograničenje opsega odobrenja za samostalan rad. Disciplinska mjeru oduzimanja licencije može se izreći uvjetno, s rokom kušnje od šest mjeseci do dvije godine. Za lakše disciplinske povrede liječniku se mogu izreći ove disciplinske mjere i kazna: opomena ili novčana kazna. Iznos novčane kazne koja se može izreći za težu ili lakšu disciplinsku povedu ne može biti niži od 1.000,00 kn niti viši od 5.000,00 kn. Uza svaku disciplinsku mjeru, osim uz mjeru trajnog oduzimanja licencije i novčanu kaznu, liječniku se može izreći i mjeru dodatne izobrazbe.

Časni sud Komore nije vezan za pravnu ocjenu disciplinske povrede koju je u zahtjevu za pokretanje disciplinskog postupka naznačio podnositelj zahtjeva, ali prijavljenog liječnika ne smije progla-

siti odgovornim za disciplinsku povredu težu od one zbog koje je podnesen zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka.

Liječnik koji je pravomoćnom sudskom odlukom proglašen krivim za počinjenje kaznenog djela Časni sud Komore može, s obzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena, smatrati nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti.

> O čemu odlučuje Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju u prethodnom postupku?

Po primitku zahtjeva iz prethodnog stavka ovoga članka, predsjednik povjerenstva koje provodi prethodni postupak provjerava ispunjenost formalnih pretpostavki za vođenje postupka. Ako utvrdi da je zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka nerazumljiv ili ne sadrži sve što je potrebno da bi se na temelju njega moglo postupati, pozvat će podnositelja da zahtjev ispravi, odnosno dopuni, u roku od 15 dana. U pozivu za ispravak, odnosno dopunu zahtjeva, podnositelja će se upozoriti na posljedice propuštanja udovoljenju zahtjevu. Ako podnositelj zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka u tome roku ne uredi zahtjev, povjerenstvo će rješenjem odbaciti zahtjev. Protiv ovog rješenja može se podnijeti posebna žalba Visokom časnom sudu Komore. Žalba se podnosi u roku od tri dana od dana dostave rješenja.

Ako je zahtjev podnijela neovlaštena osoba ili osoba koja nema pravnog interesa za podnošenje zahtjeva, povjerenstvo koje provodi postupak odbacit će zahtjev rješenjem protiv kojeg se može podnijeti posebna žalba Visokom časnom sudu Komore. Žalba se podnosi u roku od tri dana od dana dostave rješenja. Ova rješenja moraju imati uvod, izreku i obrazloženje te sadržavati uputu o pravnom lijeku.

Prethodni postupak provodi Povjerenstvo za stručna pitanja i stručni nadzor Komore ili Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju Komore, kad im predsjednik Časnog suda Komore proslijedi zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka. To zapravo znači da prije postupka na Časnom sudu Povje-

renstvo za medicinsku etiku i deontologiju odlučuje je li zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka prikladno sastavljen te ima li osnove za pokretanje disciplinskog postupka. Pri tome se misli na elemente neetičnog postupanja. O tome se odlučuje na temelju same prijave te očitovanja liječnika na čije se ponašanje pritužuje i eventualno drugih uključenih u relevantne događaje. Povjerenstvo će, dakle, zatražiti prethodno očitovanje te potrebnu dokumentaciju od liječnika protiv kojeg je podnesen zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka, ravnatelja zdravstvene ustanove u kojoj je liječnik zaposlen, odnosno njegovog poslodavca te drugih osoba za koje se prepostavlja da imaju saznanja o relevantnim činjenicama vezanim za predmet zahtjeva. Prijavljenom liječniku će se uz poziv za očitovanje dostaviti i prijepis zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka kao i dokumentacija koju je prijavitelj priložio uz zahtjev. Tijekom prethodnog postupka, povjerenstvo koje provodi prethodni postupak dužno je provjeriti sve činjenice i dokaze navedene u zahtjevu za pokretanje postupka, a po potrebi ih i pribaviti ako je to potrebno radi donošenja stručnog mišljenja o opravdanosti zahtjeva, odnosno o opravdanosti pokretanja disciplinskog postupka pred Sudom Komore. Rok za prethodno očitovanje ne može biti kraći od 15 dana od dana primitka zahtjeva za očitovanje. Ako se liječnik protiv kojeg je podnesen zahtjev, odnosno pozvana osoba, ne očituje u roku od 15 dana, povjerenstvo može donijeti svoje mišljenje na temelju stanja spisa, o čemu će se liječnika, odnosno drugu pozvanu osobu, poučiti u pozivu za prethodno očitovanje. Povjerenstvo, dakle, ne provodi detaljnu istragu (to će činiti Sud), nego zaključuje na temelju podataka iz same prijave i očitovanja, te even-

tualno priloženih zapisa i drugih dokaza. Provjerava ima li u navodima postupaka koja su neetična prema Kodeksu. Ako onaj na koga se pritužuje u svome očitovanju nije navedeno neetično ponašanje, tada povjerenstvo procjenjuje jesu li uvjerljivije optužbe ili je uvjerljivije liječnikovo očitovanje koje ih odbacuje. Moguća je i pogrešna procjena. Radi razjašnjenja pojedinih stručnih pitanja koja se postavljaju u svezi s pribavljenim dokazima, povjerenstvo koje provodi prethodni postupak može zatražiti stručno mišljenje od stručne osobe.

Ako je procijenjeno da ima osnove za pokretanje disciplinskog postupka pred Časnim sudom, tada Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju u prethodnom postupku donosi pozitivno mišljenje. Ako procijeni da nema osnove za pokretanje disciplinskog postupka pred Časnim sudom, tada to Povjerenstvo u prethodnom postupku donosi negativno mišljenje.

Pozitivno ili negativno mišljenje mora određeno i potpuno izložiti dokaze na temelju kojih je doneseno. Povjerenstvo koje provodi prethodni postupak pozitivnim mišljenjem zauzima stav da je zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka pred Časnim sudom Komore opravдан te u tom slučaju zahtjev prosljeđuje na daljnji postupak Časnom sudu Komore. Negativnim mišljenjem povjerenstvo koje provodi prethodni postupak zauzima stav da zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka pred Časnim sudom Komore nije opravdan, ali upućuje podnositelja zahtjeva da ima pravo, o svom riziku i trošku, pokrenuti postupak pred Časnim sudom Komore.

Povjerenstvo koje provodi prethodni postupak dužno je svoje mišljenje dostaviti podnositelju zahtjeva i svim zainteresira-

Ako je procijenjeno da ima osnove za pokretanje disciplinskog postupka pred Časnim sudom, tada Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju u prethodnom postupku donosi pozitivno mišljenje. Ako procijeni da nema osnove za pokretanje disciplinskog postupka pred Časnim sudom, tada to Povjerenstvo u prethodnom postupku donosi negativno mišljenje.

nim osobama. Pozitivno mišljenje povjerenstva koje provodi prethodni postupak, kao i cjelokupni spis predmeta, dostavlja se Časnom судu Komore na daljnji postupak.

> **Što podnositelj zahtjeva može učiniti nakon donošenja mišljenja u prethodnom postupku?**

Ako unatoč donezenom negativnom mišljenju Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju komore u prethodnom postupku onaj koji je podnio zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka i dalje želi njegovo pokretanje, može uplatiti paušal (aktualno 3000 kn) i pokrenuti postupak. Ako Časni sud doneše odluku kojom potvrđuje neetično ponašanje liječnika, tada podnositelj zahtjeva dobije povrat uplaćenoga novca.

> **Koje su propisane vremenske odrednice za postupanja vezana za neetično ponašanje liječnika u postupcima u HLK-u?**

Disciplinski postupak ne može se pokrenuti kad protekne tri godine od dana počinjenja disciplinske povrede. Zastara izvršenja disciplinske mjere ili kazne nastupa protokom dvije godine od konačnosti odluke kojom je disciplinska mjera ili kazna izrečena. Pokretanje disciplinskog postupka za disciplinsku povredu koja po svojem biću odgovara kaznenom djelu zbog kojeg se protiv prijavljenog liječnika ujedno vodi i kazneni postupak, zastarijeva prema odredbama Kaznenog zakona. Započinjanje kaznenog postupka utvrđuje se prema odredbama Zakona o kaznenom postupku.

Ako je zbog povrede zbog koje se protiv liječnika vodi disciplinski postupak pokre-

U ovom smo tekstu manje pisali o pojedinostima postupka pred samim sudom Komore. O tome ćemo pisati posebno u nekom drugom broju Liječničkih novina.

Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju održava sjednicu u prosjeku jednom mjesечно. Ritam sjednica nije strogo propisan, odnosno propisano je održavati ih ovisno o potrebi. Na svakoj je sjednici po desetak predmeta, ali ne uvijek novih, budući da jedan predmet bude na prosječno trima sjednicama. Na prvoj se sjednici utvrđuje sadrži li sve što zahtjev treba imati, na drugoj se raspravlja o očitovanjima, na trećoj donosi odluka prethodnom postupka (mišljenje), dakle, na temelju zahtjeva za pokretanje disciplinskog postupka ili utvrđivanja nedostojnosti liječnika. Na svakoj sjednici obično bude i po nekoliko desetaka „običnih“ pritužbi. Također se ne radi uvijek o novim predmetima, budući da i obična pritužba (dakle, ona koja se ne temelji na zahtjevu za pokretanje disciplinskog postupka) bude u prosjeku na dvije sjednice. Sjednice traju u prosjeku tri sata. Predsjednica Povjerenstva s tajnicom Povjerenstva između sjednica priprema predmete za sjednicu. Pojedine predmete za predstavljanje Povjerenstvu prouči i priprema pojedini član Povjerenstva, ovisno o sadržaju. Najviše je predmeta vezanih za obiteljsku medicinu, psihijatrijsku kazuistiku, pedijatriju te ginekologiju i porodništvo, a ako se ne radi o pritužbama pacijenata ili njihovih obitelji, tada se najčešće radi o poremećenim odnosima između kolega liječnika ili o povredi znanstvenoistraživačke čestitosti. Na pritužbe anonimnog pritužitelja reagiramo individualno, prema procjeni potencijalne važnosti eventualnog neetičnog postupanja u predmetu.

nut ili se vodi ujedno i kazneni ili prekršajni postupak, Sud Komore može zastati s postupkom do okončanja kaznenog odnosno prekršajnog postupka.

> **Koje su mogućnosti žalbi na odluke u HLK-a (pravni lijek)?**

Protiv odluke Časnog судa Komore može se uložiti žalba Visokom časnom судu Komore. Protiv odluke Visokog časnog судa Komore može se pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom Republike Hrvatske.

Odluka Časnog судa Komore kojom se liječnik proglašava nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti ne može se pobijati žalbom već se protiv te odluke može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom Republike Hrvatske.

Koji su podaci o postupku u HLK-u zbog neetičnog ponašanja liječnika javni?

Prema Statutu Komore njezin predsjednik daje priopćenja za javnost. Sadržaj sjednica povjerenstava je tajan.

I za kraj, i nama u Povjerenstvu, unatoč Statutu, Pravilniku, Poslovniku, Kodeksu, Kaznenom zakonu i drugim zakonima i propisima nije uvijek lako donijeti odluku. Tri su osnovne dvojbe: prva, trebamo li slušati intuiciju u predmetu u kojemu imamo „riječ protiv riječi“ ili pragmatično zaključiti da nemamo nedvojbenih dokaza o neetičnom ponašanju liječnika; druga, trebamo li uvijek i kako reagirati na medijske i novinarske izazove; te treće, je li uvijek dopušteno sve što nije zakonom ili propisima zabranjeno. Etika je upravo tu da premosti pravne praznine i pokatkad autističan odnos prava prema moralu. Zato o etičnosti ne odlučuje kompjutorski software nego ljudska savjest utemeljena na znanju. Također živimo u vremenu kada napredak znanosti i brze društvene promjene otvaraju nove, donedavno nezamislive moralne i etičke dileme neslućenih dimenzija i smjera razvoja. Stoga uloga Povjerenstva nije samo rad na individualnim slučajevima nego i stalan rad i osluškivanje tih promjena, njihova anticipacija, razmišljanje i osvještavanje, diseminacija, donošenje mišljenja te predlaganje mjeru za suočavanje s rastućim etičkim izazovima.

Polica osiguranja pravne zaštite u slučaju povrede i časti dobrog imena

Poštovane kolegice i kolege,

u zadnje vrijeme svjedočimo brojnim javnim istupima i objavama u medijima i na društvenim mrežama u kojima se u izrazito negativnom kontekstu opisuje rad liječnika, dovodi u pitanje njihova stručnost, optužuje ih se za stručne pogreške i etičke prijestupe, „presuđuje“ bez provedenog sudskog ili disciplinskog postupka, odnosno narušava njihov ugled i čast. Takvi istupi i objave izrazito su upitni u pogledu onog što je nužno kod bilo kakvog javnog govora, a to su istinitost, objektivnost, argumentiranost, etičnost te zaštita ugleda i časti druge osobe, u ovom slučaju liječnika.

Hrvatska liječnika komora prepoznala je da je izloženost neutemeljenim javnim prozivkama i objavama u kojima se narušava privatnost, dostojanstvo, ugled i čast liječnika sustavni problem u javnom komuniciranju u našoj zemlji. Komora se već dulje vrijeme intenzivno zalaže za promjenu takve prakse te traži, prije svega, više odgovornosti za javno iznesene tvrdnje. Budući da smo svjesni da se takvi pomaci u našem društvu događaju vrlo sporo, a Komora nema zakonske osnove za pokretanje postupka u ime članova,

podsjećamo vas da je Komora za svoje članove ugovorila Policu osiguranja pravne zaštite koja uključuje i „odštetne zahtjeve zbog povrede časti i dobrog imena“.

Dakle, liječnik – član Komore, može zbog povrede poslovnog ugleda, odnosno povrede časti i dobrog imena zbog javne objave podnijeti zahtjev za naknadu neimovinske štete koja mu je nastala objavom, a troškovi postupka pokriveni su policom osiguranja pravne zaštite do iznosa 5.000 eura.

Navedena polica osiguranja pravne zaštite pokriva i brojne druge osigurane slučajeve, pa vas pozivamo da se na mrežnim stranicama Komore podsetite, odnosno detaljnije upoznate s pokrićima predmetne police, kako biste je, ako nastupi potreba, mogli aktivirati.

Sva pokrića unutar police s primjerima iz svakodnevne prakse, kao i način aktivacije *Police osiguranja pravne zaštite*, možete naći na web stranicama Komore. (SŠH)

OBAVIJEŠT O IZGUBLJENIM LICENCAMA; ZAHTJEV ZA IZDAVANJEM DUPLIKATA

- > Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Saša Fundak**, dr.med. dana 7.3.2018. godine za samostalno obavljanje poslova specijalista medicine rada i sporta na vremensko razdoblje od 22.2.2018. do 22.2.2024., serijski broj: 0047173, proglašava se nevažećim.
- > Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano prim.dr.sc. **Vlasta Đuranović**, dr.med. dana 20.12.2014. godine za samostalno obavljanje poslova specijalista pedijatrije i uže specijalnosti iz pedijatrijske neurologije na vremensko razdoblje od 20.12.2014. do 20.12.2020., serijski broj: 0026423, proglašava se nevažećim.
- > Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Marku Mediću**, dr.med. dana 17.12.2015. godine za samostalno obavljanje poslova specijalista opće kirurgije na

vremensko razdoblje od 17.12.2015. do 17.12.2021., serijski broj: 025288, proglašava se nevažećim.

- > Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Nenad Kovačević**, dr.med. dana 20.12.2014. godine za samostalno obavljanje poslova specijalista interne medicine na vremensko razdoblje od 20.12.2014. do 20.12.2020., serijski broj: 0026464, proglašava se nevažećim.

- > Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Mato Martinović**, dr.med. dana 18.4.2018. godine za samostalno obavljanje poslova specijalista urologije na vremensko razdoblje od 14.2.2018. do 14.2.2024., serijski broj: 0047376, proglašava se nevažećim.

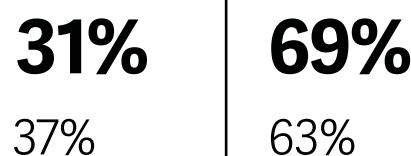
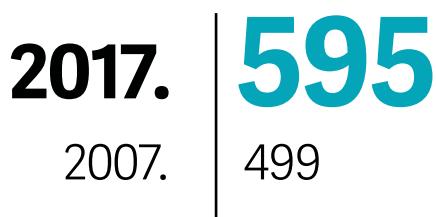
Anestezijologija, reanimatologija i intenzivna medicina

trajanje	opća anestezija, regionalna anestezija i neposredno poslijeoperacijsko liječenje	specijalna anestezija	liječenje boli (akutne i kronične)	osnove reanimatologije i odabrana poglavlja iz hitne medicine	intenzivna medicina	godišnji odmor
specijalizacije	60 mjeseci (5 godina)	15 mjeseci	14 mjeseci	2 mjeseca	2 mjeseca	22 mjeseca

Anestezijolog je liječnik koji planira, prati i obavlja prijeanesteziju pripremu pacijenata, daje anesteziju te održava i nadzire opće stanje i vitalne funkcije bolesnika tijekom i nakon kirurških, opstetričkih, dijagnostičkih ili terapijskih postupaka. Anestezijolog također dijagnosticira i liječi akutne i/ili kronične

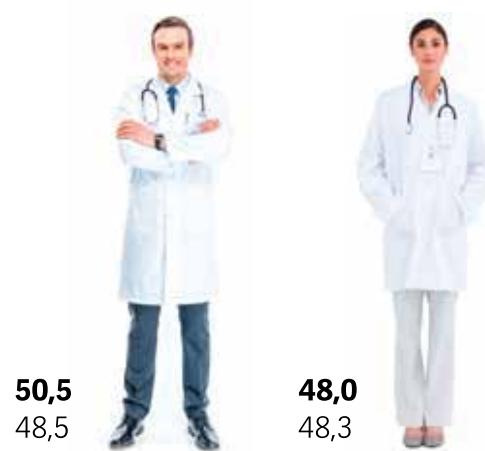
bolove uzrokovane osnovnom bolešću te osigurava reanimaciju i skrbi o pacijentima u jedinicama intenzivnog liječenja.

Više informacija o ovoj specijalizaciji može se pronaći u trenutno važećem Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.



prosječna starost

2017.
2007.



50,5
48,5

48,0
48,3

Osnovne demografske informacije

Početkom 2017. (stanje 1. 1. 2017.) u hrvatskom zdravstvenom sustavu (javnom i privatnom) bilo je zaposleno 595 specijalista anestezijologije, što čini 6,2 % svih liječnika specijalista zaposlenih u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj.

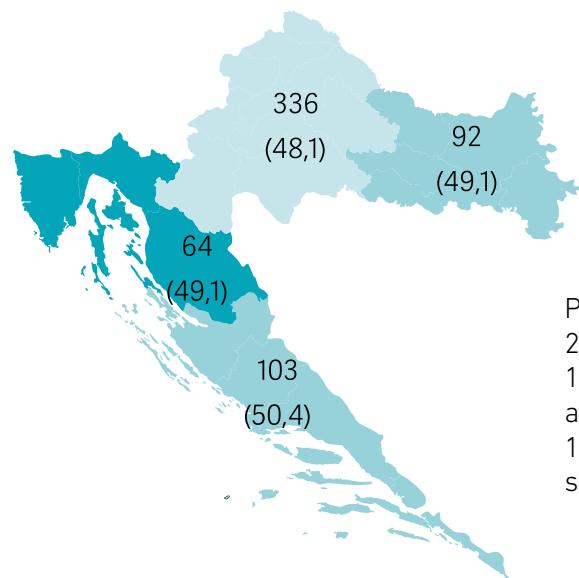
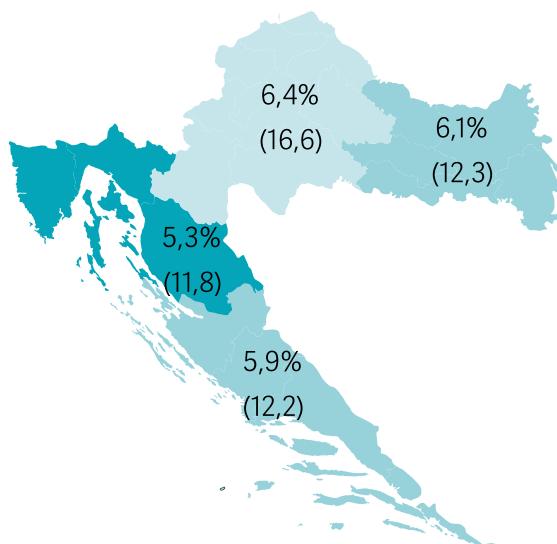
U odnosu na broj stanovnika, bilo je 14,3 specijalista ove specijalnosti na 100.000 stanovnika. U ovoj medicinskoj specijalnosti više je žena nego muškaraca, baš kao i prije 10 godina.

Prosječna starost specijalista anestezijologije, reanimatologije i intenzivne medicine iznosi 48,8 godina (50,5 M i 48,0 Ž), što je približno ista brojka u odnosu na stanje prije 10 godina (48,4 godine). Liječnici u struci su nešto stariji od liječnica, dok su anesteziozni u južnoj regiji u prosjeku najstariji.

4 % anestezijologa radi u privatnom sektoru, što je tri puta manje u odnosu na sve medicinske specijalnosti zajedno.

43 % anestezijologa zaposleno je u kliničkim bolničkim centrima i njihovim dislociranim odjelima, 35 % u općim bolnicama i njihovim dislociranim odjelima, a 14 % u kliničkim bolnicama.

14 % liječnika ove specijalnosti radi u drugoj županiji u odnosu na županiju prebivališta, 50 % je rođeno u drugoj županiji u odnosu na županiju rada ili je doselilo iz inozemstva, a 13 % specijalista ove grane specijalizacije rođeno je u inozemstvu.



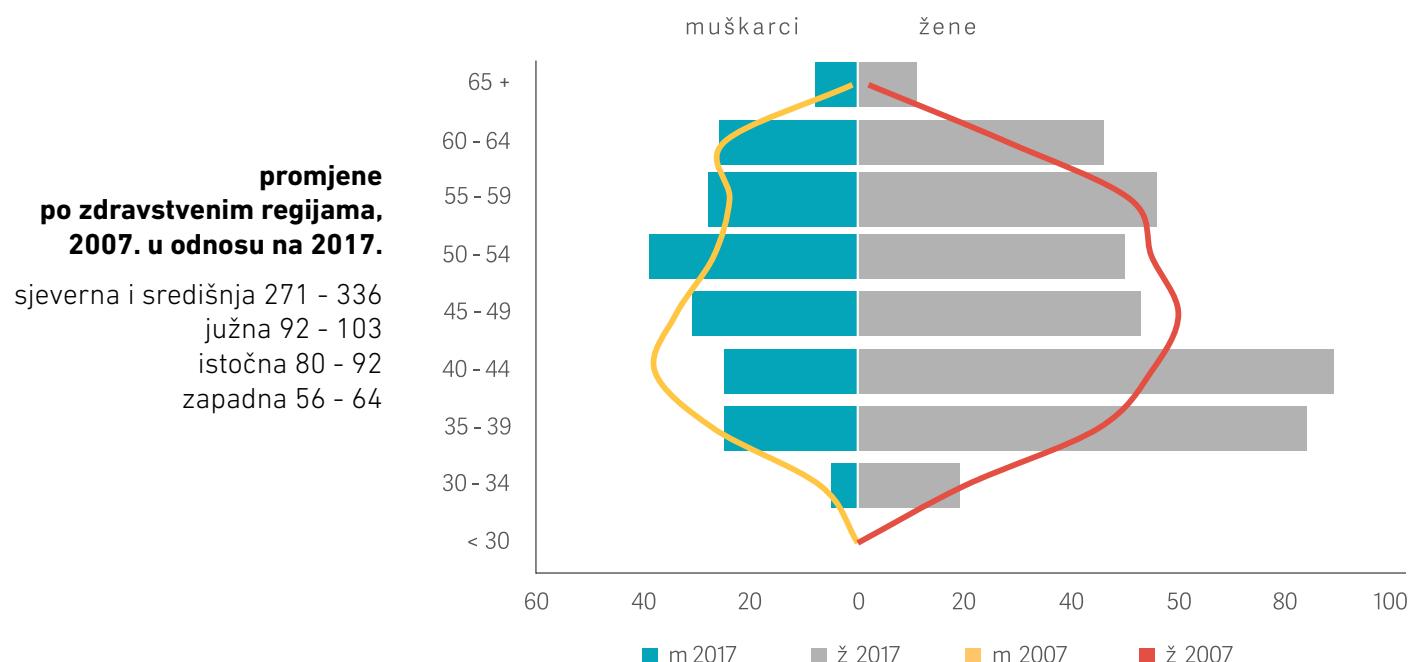
Prije 10 godina, 2007., bilo je 11,6 anestezijologa na 100.000 stanovnika.

UDIO U UKUPNOM BROJU LIJEČNIKA PREMA ZDRAVSTVENIM REGIJAMA (BROJ NA 100.000 STANOVNIKA) U 2017.

UKUPAN BROJ LIJEČNIKA PREMA ZDRAVSTVENIM REGIJAMA (PROSJEČNA STAROST LIJEČNIKA) U 2017.

Dobno-spolna struktura

Broj liječnika specijalista anesteziologa od 2007. do 2017. povećao se s 499 na 595 ili 19 %. Manji broj muških anesteziologa u 2017. u odnosu na 2007. vidljiv je u dobним skupinama od 35 do 49 godina. Doprinos ukupnom rastu broja anesteziologa dao je ponajviše veći broj liječnica ove specijalnosti u dobним skupinama 35-39 i 40-44 godine.



Broj specijalista anesteziologije u promatranom desetogodišnjem razdoblju najviše se relativno povećao kod onih u dobi 55+ godina, dok se kod onih najmlađih lagano smanjio.

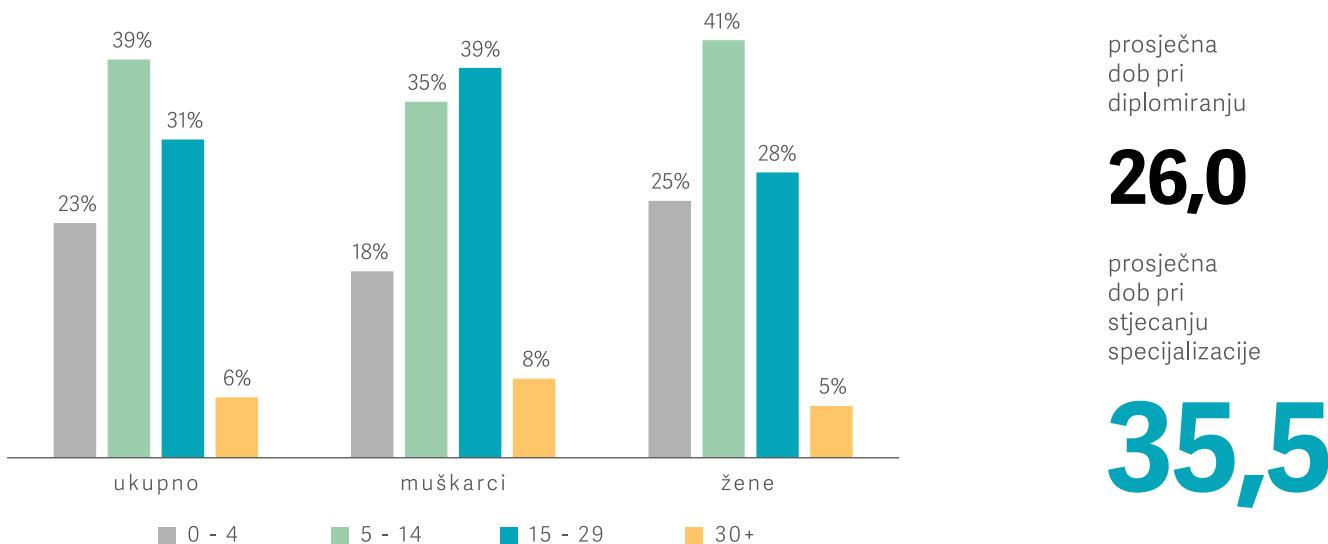
promjena u broju specijalista po dobi, 2007. u odnosu na 2017.

	2007.	2017.	% promjena
<35	27	24	-11 %
35-54	341	396	+16 %
55+	131	175	+34 %

Radno iskustvo

Najviše specijalista anesteziologije ima od 5 do 14 godina rada u struci. Anesteziolozi muškarci imaju nešto više iskustva od svojih kolegica.

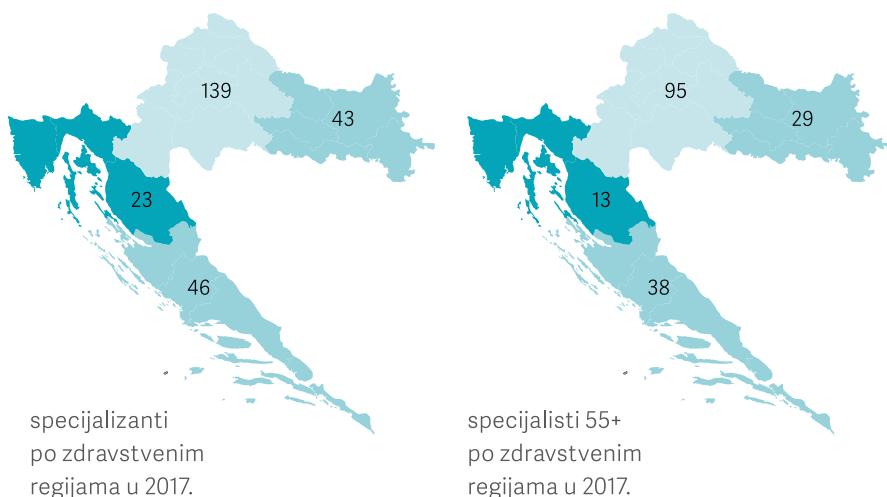
Prosječna dob pri diplomiranju specijalista anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine iznosila je 26,0 godina (26,4 M i 25,8 Ž). Prosječna dob pri stjecanju specijalizacije bila je 35,5 godina (35,8 M i 35,3 Ž).



Specijalizanti i stariji specijalisti

Što se tiče pomlatka odnosno specijalizanata, 1. 1. 2017. u Hrvatskoj je specijalizaciju iz anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine pohađao 251 specijalizant, od toga 75 muškaraca i 176 žena.

Istovremeno je u dobi od 55 i više godina aktivno radilo 175 anesteziologa, 62 muškarca i 113 žena. U sustavu je radilo i 19 specijalista starijih od 65 godina, od čega 15 u javnom zdravstvenom sustavu.



Emigracija i umirovljenje

Prema podacima Hrvatske liječničke komore (HLK), u razdoblju od ulaska u Europsku uniju 2013. do kraja 2016., 53 specijalista anesteziologije otišla su u inozemstvo, 29 muškaraca i 24 žene, prosječne starosti 42 godine.

Prema dostupnim podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje (HZMO), u posljednjih 10 godina najmanje 113 anesteziologa umirovljeno je i nije nastavilo aktivno raditi.



Ususret „Tjednu sjećanja na Vukovar“ HLK i Vukovar imaju poseban odnos

Već tradicijski i ove će godine čelnici Hrvatske liječničke komore 17. studenoga sudjelovati na znanstveno-stručnom simpoziju „Ratna bolnica Vukovar 1991. - dr. Juraj Njavro“ koji već 14. put za redom organiziraju Udruga hrvatskih liječnika dragovoljaca i Opća županijska bolnica Vukovar.

Ssimpozij se kao i svake godine održava pod pokroviteljstvom Predsjednice Republike Hrvatske, Ministarstva zdravstva, Ministarstva hrvatskih branitelja, Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, HLK-a, HLZ-a, Vukovarsko-srijemske županije i grada Vukovara.

Hrvatska liječnička komora i Vukovar, pogotovo njegova bolnica, imaju poseban odnos koji ćemo uvijek njegovati i unaprjeđivati, ističe prvi dopredsjednik i v.d. predsjednika Komore dr. sc. Krešimir Luetić.

Čelništvo Komore sastat će se i s ravnateljicom vukovarske bolnice dr. sc. Vesnom Bosanac i u spomen na sve stradale liječnike, medicinske sestre, djelatnike bolnice i pacijente zapaliti sve jeće u bolničkom krugu.

Sutradan, 18. studenoga, čelništvo Komore bit će u Koloni sjećanja i na Memorijalnom groblju žrtava Domovinskog

rata nazočiti svetoj misi i položiti vijence u spomen na sve hrvatske branitelje i civile stradale za vrijeme velikosrpske agresije na herojski grad Vukovar.

Vukovar i vukovarska bolnica postali su simbol hrvatskog naroda, humanosti i požrtvovnosti liječnika, medicinskih sestara i tehničara, svih zdravstvenih radnika. Njima u zahvalu Komora je prošle godine izdala knjigu „Vukovarska bolnica svjetionik u povijesnim olujama hrvatskog istoka“, autora prof. dr. sc. Ive Lučića.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

U izdanju Komore nova knjiga posvećena zdravstvenim djelatnicima u humanitarnom konvoju „Bijeli put“

Hrvatska liječnička komora u suradnji s Hrvatskim institutom za povijest u prosincu će izdati i promovirati knjigu „Od vila ilirskih do Bijelog puta – stranputicama bosanske i hercegovačke povijesti“ autora prof. dr. sc. Ive Lučića. Nakon uspjeha našega prošlogodišnjega izdanja *Vukovarska bolnica – svjetionik u povijesnim olujama hrvatskoga istoka*, prof. Lučić u novoj knjizi obuhvaća gotovo dva stoljeća povijesti, ovaj put Bosne i Hercegovine, i to od prvih desetljeća devetnaestog stoljeća i hrvatskoga narodnoga preporoda do velike humanitarne akcije kojom je krajem 1993. dostavljena humanitarna pomoć i barem

nakratko prekinuta muslimanska blokada Hrvata u srednjoj Bosni. Početak knjige pripada hrvatskim ilircima, vilenjacima, njihovim idejama i planovima koje su prihvatali i brojni bosanski franjevci. Posljednji dijelovi knjige posvećeni su zdravstvenim djelatnicima i humanistima koji su osmislili, isplanirali i proveli veliku humanitarnu akciju nazvanu „Bijeli put“.

Promocija knjige bit će 10. prosinca 2018. u Zagrebu, zatim 13. prosinca u Splitu i na koncu 20. prosinca u Novoj Biloj. (SSH)

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U LISTOPADU 2018.

5. listopada	Potpisivanje ugovora s Agencijom za komercijalnu djelatnost o razvoju sustava e-lzbori, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
6. listopada	Sportsko-edukativni projekt „Aktivna Hrvatska“, Zagreb (dr. I. Bekavac)
10. listopada	Stručno-znanstveni skup „Sveobuhvatna zdravstvena zaštita-vizija Andrije Štampara“, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
10. listopada	Sastanak s predsjednicom Hrvatske psihološke komore vezano za daljnju suradnju, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
12. listopada	Sastanak vezano za Operativni program „Učinkoviti ljudski potencijali 2014. – 2020.“, Zagreb (dr. I. Bekavac)
15. listopada	Predstavljanje suradnje Bolnice Sv. Katarina i Mayo Clinice na projektu farmakogenetskog testiranja pacijenata na teritoriju Europe, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
19. listopada	III. kongres palijativne skrbi Hrvatske, Zagreb (dr. I. Bekavac)
19. listopada	Obilježavanje 55. godišnjice osnutka i rada Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a Sestre milosrdnice, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
22. listopada	Nacionalno povjerenstvo za specijalističko usavršavanje doktora medicine-Povjerenstvo za stručni posjet: Klinika za kirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice (prim.dr. B. Ujević)
24. listopada	Nacionalno povjerenstvo za specijalističko usavršavanje doktora medicine-Povjerenstvo za stručni posjet: Klinika za kirurgiju KBC-a Zagreb (prim.dr. B. Ujević)
25.-27. listopada	Sastanak European Junior Doctors (EJD), Estonija (dr. V. Štefančić)
26.-27. listopada	Sastanak European Union of Medical Specialists (UEMS), Italija (dr. D. Soldo)
30. listopada	Sastanak s ravnateljicom OŽB Vukovar, Vukovar (dr.sc. K. Luetić, prof.dr. D. Vagić)
30. listopada	Službeni posjet Županijskom povjerenstvu HLK-a Vukovarsko-srijemske županije, Vinkovci (dr.sc. K. Luetić, prof.dr. D. Vagić)
30. listopada	Sastanak Radne skupine za izradu unapređenja Strategije o odnosima RH s Hrvatima izvan Republike Hrvatske, Zagreb (dr. I. Lerotić)
30. listopada	Stručni forum „Izazovi procijepljenosti u Hrvatskoj – Kako zaštiti javno zdravlje?“, Zagreb (dr. A. Barić Grgurević)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U LISTOPADU 2018.

2. listopada	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
3. listopada	Sjednica Nadzornog odbora
9. listopada	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
10. listopada	Sjednica Izvršnog odbora
15. listopada	Sjednica Vijeća
16. listopada	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
17. listopada	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
29. listopada	Sjednica Izvršnog odbora
1. – 31. listopada	4 rasprave na Časnom sudu

Pneumokokno cijepivo (PCV) u Programu obveznog cijepljenja od 2019. godine: Hrvatska u društvu EU zemalja

Prema odluci Ministarstva zdravstva, od sljedeće godine uvodi se cijepivo protiv pneumokokne bolesti u kalendar obveznog cijepljenja pa dugo željeni napredak u prevenciji pneumokokne bolesti postaje stvarnost. U Hrvatskoj su na tržištu dva konjugirana pneumokokna cjepliva koja su doprinijela smanjenju pneumokokne bolesti u svijetu.

Što kaže Strateška savjetodavna skupina stručnjaka za imunizaciju Svjetske zdravstvene organizacije?

Izvješće Svjetske zdravstvene organizacije o zaključcima i preporukama Strateške savjetodavne skupine stručnjaka za imunizaciju (SAGE - Strategic Advisory group of Experts on Immunization) objavljeno je 1. prosinca 2017. u publikaciji SZO a Weekly Epidemiological Record¹. **SAGE je zaključio:** „**oba pneumokokna konjugirana cjepliva, značajno smanjuju pojavnost upale pluća, invazivne pneumokokne bolesti uzrokovane serotipovima sadržanim u cjeplivu i kliconoštvo te trenutno nema dokaza o razlici između ova dva cjepliva u utjecaju na sveukupni teret bolesti u zajednici**“. U zaključcima skupine SAGE navodi se i da “PCV13 (13-valentno pneumokokno konjugirano cjeplivo) može imati dodatne korisne učinke u područjima sa značajnim udjelom bolesti koja se može pripisati serotipu 19A ili serotipu 6C”¹, dok se u izvršnom sažetku izvješća naglašava da “**iako PCV13 sadrži tri dodatna serotipa, trenutno nema dovoljno dokaza da bi se utvrdilo postoji li među PCV10 (10-valentnog pneumokoknog konjugiranog cjepliva) i PCV13 različit učinak na ukupan teret invazivne pneumokokne bolesti, tj. teret bolesti uzrokovane serotipovima koji su sadržani u cjeplivu i onima koji nisu**”².

Objavljeni podaci iz svakodnevne prakse pokazali su da ni PCV10 ni PCV13 nisu u potpunosti kontrolirali cirkulaciju serotipa 19A u cijepljenim³⁻⁶ kao ni u necijepljenim cohortama koje se mogu cijepiti, neovisno o metodi praćenja koja se koristila u različitim geografskim područjima^{7,8}. Stoga se ukupan utjecaj PCV10 ili PCV13 na invazivnu pneumokoknu bolest ne može predvidjeti samo na temelju serotipova koje cjeplivo sadrži, jer mogu postojati specifične razlike u učinkovitosti protiv pojedinih serotipova, razlike u križnoj zaštiti i imunitetu zajednice te razlike u povećanju incidencije bolesti uzrokovane serotipovima koji nisu sadržani u cjeplivu⁹. Uvođenje PCV10 u program cijepljenja u Finskoj rezultiralo je gotovo potpunim uklanjanjem vakcinalnih serotipova invazivne pneumokokne bolesti, IPB uzrokovane serotipom 6A i niskom učestalosti drugih vakcinalnih i nevakcinalnih serotipova.¹⁰

Što kaže nacionalne skupine za imunizaciju?

Nacionalne savjetodavne skupine za imunizaciju Švedske, Finske, Belgije, Nizozemske, Poljske, Kanade, Novog Zelanda odlučile su: „**oba cjepliva prikladna su i mogu se bez razlike primjenjivati u sklopu nacionalnih programa cijepljenja**“¹¹⁻¹⁶, a Švedska Agencija za javno zdravstvo navodi: „**oba cjepliva imaju ekvivalentan učinak protiv teške pneumokokne bolesti**“^{17,18}. Izvješća nadležnih tijela u zemljama koje u programima cijepljenja imaju jedno i/ili oba cjepliva potvrđuju da je višegodišnje iskustvo u praksi pokazalo da su oba cjepliva značajno doprinijela smanjenju bolesti izazvane streptokokom pneumonije, te se odabirom 10-valentnog cjepliva samostalno, ili u kombinaciji sa 13-valentnim cjeplivom mogu postići značajne uštide za zdravstveni sustav bez narušavanja epidemiološke situacije u zemlji.



Reference:

1. Pneumococcal Conjugate Vaccines on WHO Weekly Epidemiological Record No 48, 2017, 92, 729-748. Dostupno na <http://www.who.int/wer/2017/wer9248/en/> (pristup 10/2018)
2. Executive Summary SAGE October 2017, Pneumococcal Conjugate Vaccines, Dostupno na http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/october/1_Hosangadi_PCV_ExecutiveSummary_SAGE_PCV_WG_Oct2017.pdf (pristup 10/2018)
3. De Wals P et al. Incidence of invasive pneumococcal disease before and during an era of use of three different pneumococcal conjugate vaccines in Quebec. Vaccine 2018; 36:421-426.
4. van der Linden M et al. Effectiveness of Pneumococcal Conjugate Vaccines (PCV7 and PCV13) against Invasive Pneumococcal Disease among Children under Two Years of Age in Germany. PLoS one 2016; 11(8), e0161257
5. Domingues CM et al. Effectiveness of ten-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease in Brazil: a matched case-control study. The Lancet. Respiratory medicine 2014; 2(6), 464-471.
6. Deceuninck G et al. Effectiveness of three pneumococcal conjugate vaccines to prevent invasive pneumococcal disease in Quebec, Canada. Vaccine 2015;33(23), 2684-2689.
7. Carnalla-Barajas MN et al. Changing trends in serotypes of *S. pneumoniae* isolates causing invasive and non-invasive diseases in unvaccinated population in Mexico (2000-2014). International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases 2017, 58, 1-7.
8. Corcoran M et al. The epidemiology of invasive pneumococcal disease in older adults in the post-PCV era. Has there been a herd effect? Epidemiol Infect 2017; 145(11), 2390-2399.
9. Hausdorff WP et al. Predicting the impact of new pneumococcal conjugate vaccines: serotype composition is not enough. Expert Rev Vaccines 2015; 14(3), 413-428.
10. H. Rinta-Kokko et al. Long-term impact of 10-valent pneumococcal conjugate vaccination on invasive pneumococcal disease among children in Finland .Vaccine 2018 (36):1934-40.
11. Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee. New Zealand. Immunisation Subcommittee of PTAC. Meeting 28 October 2015. Dostupno na: <https://www.pharmac.govt.nz/assets/ptac-immunisation-subcommittee-minutes-2015-10.pdf> (pristup 10/2018)
12. Superior Health Council of Belgium. Avis du Conseil Supérieur de la Santé N° 8813. Vaccination of children and adolescents against pneumococcus; May 2015. Dostupno na: <https://www.vaccination-info.be/assets/files/CSSpneumoenfants2015.pdf> (pristup 10/2018)
13. Health Council of the Netherlands. Executive summary. Vaccination of infants against pneumococcal infections; 2013. Dostupno na: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/summary_Vaccinatie_zuigelingen tegen_pneumokokkeninfecties_3.pdf (pristup 10/2018)
14. National Institute for Health and Welfare Finland. Tendering process for pneumococcal conjugate vaccine. Dostupno na: http://en.opasnet.org/w/Tendering_process_for_pneumococcal_conjugate_vaccine (pristup 10/2018)
15. Polish Society of Vaccinology. Position of the Board of the Polish Society of Vaccinology of 30/01/2017 on the selection of a vaccine for the general free vaccination of children against pneumococcus in Poland under the Protective Vaccination Programme. Dostupno na <http://ptwakc.org.pl/aktualnosci/stanowisko-zarzadu-polskiego-towarzystwa-wakcynologii-30-01-2017-r-sprawie-wyboru-szczeponki-powszechnego-bezplatnego-szczepienia-dzieci-przeciwko-pneumokokom-polsce-ramach-programu/> (pristup 10/2018)
16. National Institute of Public Health of Quebec, Canada. Opinion on the optimal timing of vaccination of children against pneumococcal disease in Quebec; September 2017. Dostupno na https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2334_calendrier_vaccination_enfants_infections_pneumocoque.pdf (pristup 10/2018)
17. Naucler P et al. Comparison of the Impact of Pneumococcal Conjugate Vaccine 10 or Pneumococcal Conjugate Vaccine 13 on Invasive Pneumococcal Disease in Equivalent Populations. Clinical Infectious Diseases, cix685. Dostupno na <https://doi.org/10.1093/cid/cix685> (pristup 10/2018)
18. Public Health Agency of Sweden. Dostupno na <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/oktober/vacciner-mot-allvarlig-pneumokocksjukdom-har-likvardig-effekt/> (pristup 10/2018)

SPECIJALNA BOLNICA SV. KATARINA I AMERIČKA KORPORACIJA ONEOME uvele inovativni koncept farmakogenomičkog testiranja u Europi

Hrvatska bolnica Sv. Katarina i korporacija OneOme, u suvlasništvu vodeće američke zdravstvene institucije Mayo Clinic, predstavili su u Zagrebu 15. listopada strateško partnerstvo u provođenju inovativnog farmakogenetskog testiranja pacijenata na teritoriju Europe, a koji će provoditi stručnjaci bolnice Sv. Katarine.



Ovakva suradnja snažno promovira čitav zdravstveni sustav Hrvatske u svijetu, rekao je prof. dr. sc. Dragan Primorac zahvaljujući na suradnji nazočnim partnerima iz korporacije OneOme, predsjedniku Uprave Paulu Owenu i članici Uprave zaduženoj za međunarodnu suradnju Morgan Donaldson.

Na predstavljanju projekta nazočili su i skupu se obratili prvi dopredsjednik Hrvatske liječničke komore (HLK) i v.d. njenog predsjednika dr. sc. Krešimir Luetić, ministar zdravstva Milan Kujundžić, zamjenica veleposlanika

SAD-a u Hrvatskoj Victoria J. Taylor i drugi.

Lijekovi koji ne pomažu ili čak štete onome tko ih uzima, postaju prošlost

Podatci koje je prije nekoliko godina objavio vodeći američki medicinski časopis JAMA ubrzano su pokrenuli projekte iz područja farmakogenomike jer su rezultati pokazali da godišnje samo u SAD-u više od dva milijuna hospitaliziranih bolesnika nakon uzimanja lijekova imaju

ozbiljne štetne i neželjene učinke, dok njih više od 100.000 zbog toga i umre.

Deset do 15 posto bolesnika potpuno pogrešno liječimo jer svima dajemo istu terapiju, a isti lijek nekome pomaže, a drugome ne koristi ili mu šteti, objasnio je prof. Dragan Primorac, naglasivši važnost personalizirane medicine. Uz to treba dodati da zdravstveni sustav SAD-a izdvaja 136 milijardi dolara godišnje za saniranje štetnih učinaka lijekova. Farmakogenetsko testiranje ima golemu važnost u mijenjanju postojeće para-

Primorac i Hoppner izdali knjižicu "Farmakogenetika u kliničkoj praksi"

Kako bi se liječnici i medicinsko osoblje upoznali s načelima farmakogenomičkog testiranja prof. Primorac i prof. Hoppner objavili su knjižicu "Farmakogenetika u kliničkoj praksi" u kojoj na tri jezika (engleskom, njemačkom i hrvatskom) navode indikacije za pojedine lijekove, gene odgovorne za metabolizam ciljanog lijeka, preporuku u kojim slučajevima treba genski testirati te preporuke za prilagodbu liječenja sukladno rezultatima genske analize.

digme zdravstvene skrbi, a dodatno je važno da se najmoderniji sustav testiranja upravo uvodi u jednoj hrvatskoj zdravstvenoj instituciji. Ovakav dijagnostički postupak ključan je za goleme uštede u zdravstvenom sustavu, obrazložio je prof. Primorac.

Farmakogenomičkim testom utvrđuje se kako geni pojedinca utječu na njegovu reakciju na lijekove, a mogu utjecati i do 95 posto. Testiranje se provodi uzimanjem brisa iz usne šupljine, a rezultati se znaju za pet do šest dana. Analiziraju se 27 gena i 111 pripadajućih polimorfizama odgovornih za metabolizam 350 lijekova.

S farmakogenomikom će se „gađati u sridu“ i s dozom, i s lijekom, i u pravo vrijeme. Ujedno će se štedjeti i učinkovitije liječiti, rekao je ministar Milan Kujundžić, čestitajući prof. Primorcu i njegovom timu, dodajući da ovim primjerom stvaraju povijest, a Hrvatsku promoviraju kao zemlju lidera na europskom tlu.

Dr. sc. Luetić: projekt je dokaz vizije, upornosti i izvrsnosti

Dr. sc. Krešimir Luetić istaknuo je da HLK podržava ovaj i svaki sličan projekt koji pridonosi razvoju hrvatskog zdravstva, a koje se mora razvijati u sinergiji javnoga i privatnoga. I ovaj projekt dokaz je vizije, upornosti i izvrsnosti pojedinaca. Treba čestitati

ljudima koji su prije nekog vremena odlučili svoje udobne javne službe zamijeniti privatnim poduzetništvom. I kao kliničar vidim u ovom konkretnom projektu priliku za

uštede u zdravstvenom proračunu, rekao je Luetić, čestitajući prof. Primorcu i njegovu timu na iznimnoj i značajnoj suradnji s vrhunskim zdravstvenim institucijama SAD-a.

Podršku projektu izrazio je i prof. Gordan Lauc iz Genosa, dopredsjednik hrvatskog klastera za personaliziranu medicinu.

Navedeni farmakogenomički test razvijen je sukladno smjernicama Konzorcija za kliničku primjenu farmakogenetike (CPIC).

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

> Najam ordinacije!

Iznajmljuje se prostor liječničke ordinacije od **14.00 - 20.00** svaki dan od 1. 12. 2018. veličine **100 m²**.

Lokacija ordinacije je **Trg M. Marulića, Zagreb**.



Ordinacija je kompletno uređena te nudi sljedeće sadržaje:

- radna soba
- soba za intervencije
- čekaonica
- recepcija
- kuhinja
- 2 sanitarna čvora (WC)
- 2 pomoćne prostorije
- centralno grijanje

O svim dalnjim informacijama kontaktirati na tel: 091 52 66 998

SABORSKA RASPRAVA O OPORIZIVU MINISTRA KUJUNDŽIĆA: JAVNO IZNOŠENJE „DIJAGNOZA“ I LIJEČNIČKE TAJNE

U glasovanju nakon provedene saborske rasprave o zahtjevu oporbenih klubova zastupnika o opozivu ministra zdravstva Milana Kujundžića, čiji je inicijator bio Klub zastupnika Mosta, obistinilo se obećanje premijera Andreja Plenkovića koji je saborskoj oporbi poručio „da će im propasti i ta kao i svih pet dosadašnjih inicijativa za izglasavanje nepovjerenja nekom od članova Vlade ili Vladi RH u cjelini“. Naime, ujedinjena oporba koja je na inicijativu zastupnika Mosta s 31 potpisom 28. rujna pokrenula opoziv ministra Kujundžića na koncu je za taj opoziv skupila 53 zastupnika dok ih je 77 bilo protiv.

Inicijativa za opoziv ministra zdravstva uslijedila je nakon što je u kolovozu u Zaprešiću na pločniku umro 21-godišnji mladić, a dio javnosti optužio ministra Kujundžića za lošu organizaciju tamošnje Hitne medicinske pomoći.

Obrazlažući svoju inicijativu zastupnici Mosta su na konferenciji za novinare u rujnu, a potom i u saborskoj raspravi iznijeli niz razloga zašto ministar Kujundžić mora otići s te funkcije. Među 52 točke naveli su da je Kujundžić propustio donijeti nacionalni plan za borbu protiv raka, osnovati hitnu helikoptersku i brzobrodsku pomoći te omogućiti liječnicima obiteljske medicine osnivanje privatne prakse temeljem ugovora s osigurateljem. U dvije godine nije pokrenuo reforme u zdravstvu uključivo i na području zdravstvenog sustava, nije donio novi nacionalni plan razvoja bolnica, nije legalizirao prekovremeni rad zdravstvenih radnika, nije reorganizirao HZZO ni proveo standardizaciju roba i usluga i loše je proveo projekt

prioritetnih lista čekanja, navodili su oporbeni zastupnici.

Braneći svog ministra u Saboru premijer Plenković je uz ostalo naglasio da se kod takvih oporbenih inicijativa kontinuirano radi o pokušaju političke diskreditacije i traženja niza problema u brojnim rješenjima koje i ministar Kujundžić i cijela Vlada nalazi za sve akumulirane probleme u brojnim sektorima i hrvatskome društvu općenito. Optužio je inicijatore zahtjeva za opozivom da „im nije trebalo ni više od par sati da jednu ljudsku tragediju (smrt mladića u Zaprešiću) iskoriste za raspravu koju su htjeli tada pokrenuti“. Ocijenio je da su se svi oporbeni nastupi sveli na to da bi se u Saboru razgovaralo o povjerenju ministru Kujundžiću. „Pridonijeli ste stvaranju hysterije. Zlorabili ste nešto što se ne zlorabi“, naglasio je premijer i dodao da bi i u političkome aktivizmu bilo dobro imati minimalnu razinu etike. Na te riječi oporbeni zastupnici nisu

mu ostali dužni nabrajajući „sve grijke i nečinjenje“ ministra Kujundžića koje bi se moglo staviti pod izjavu zastupnika Kažimira Varde da su Kujundžiću „prišivene sve bolesti zdravstva od 19. stoljeća do danas“. Istaknuo je kako ga smeta što su ministra gotovo proglašili „grobarom zdravstva i čovjeka kada su izjavljivali da je pridonio rastu mortaliteta“. To je i nekolegijalna izjava jer je došla i od kolega liječnika, kazao je Varda.

U red sličnih izjava mogle bi se pridodati brojne koje su „pale“ u dvodnevnoj saborskoj raspravi koja često u fokusu nije imala konstruktivne prijedloge za bolji-tak hrvatskog zdravstva, a na koncu je rasprava iznjedrila i osobno svjedočenje zastupnice Mosta Ivane Ninčević Lesandrić kako joj je u jednoj bolnici „naživo, bez anestezije, napravljena kiretaža“, a što joj je, kako je izjavila, bilo najtežih 30 minuta u životu.

Dan poslije medijima je izjavu dao i predstojnik Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Split Deni Karelović ustvrdivši da zastupnica ne govori istinu te iznio kronologiju postupka koji je rađen, na što je za sada „zaradio“ osudu ili u blažoj varijanti opasku i svojih pretpostavljenih, u ovom slučaju Ministarstva zdravstva, ali i dijela javnosti, što je unatoč liječničkoj tajni u javnost iznio detalje operativnog postupka koji je učinjen zastupnici. Ministar Kujundžić u bolnicu je poslao inspekciju, a Udruga Roda pozvala žene koje imaju loša iskustva da joj prijave liječnike. U vezi s anestezijom zamijećena je i izjava saborske zastupnice i liječnice dr. sc. Ines Strenja-Linić da „u slavonskim bolnicama pacijentice dobiju anesteziju ovisno jesu li liječniku donijele kulen“. Tu

je izjavu vrlo brzo povukla ocijenivši je neprimjerenom i javno se ispričala kolegama lijećnicima.

> Komora pozvala na poštivanje zakona i Kodeksa medicinske etike i deontologije

U vezi sa čitavim slučajem Komora je dobila više novinarskih upita vezanih za poštivanje etičkih odredaba i čuvanje liječničke tajne, o čemu je izdala priopćenje i izrazila žaljenje zbog i najmanjeg traumatičnog iskustva koje pacijenti proživljavaju tijekom procesa liječenja, a posebno povodom nedavnih medijskih napisa o iskustvima pacijentica vezanih uz reproduktivno zdravlje. Gledajući javnog iznošenja medicinskih podataka od strane liječnika ili medija bez prethodne suglasnosti pacijenta, upozorila je na Kodeks medicinske etike i deontologije te obvezu čuvanja liječničke tajne, kao i zakonske propise koji to reguliraju. Isto tako, Komora naglašava kako hrvatsko zdravstvo, unatoč evidentnom kadrovskom, financijskom i organizacijskom deficitu počiva prije svega na stručnosti, humanosti, entuzijazmu i empatiji, ali i samoprijegoru te odricanju liječnika, medicinskih sestara i tehničara te ostalih djelatnika u zdravstvu. Pozvala je sve dionike zdravstvenog sustava, od liječnika do pacijenata, na etičnost, objektivnost i profesionalizam kako ne bi došlo do daljnog narušavanja povjerenja u njihovom međusobnom odnosu, koje je prijeko potrebno za uspješno liječenje svakog bolesnika.

Komora podsjeća da je samo u posljednjih pet godina Hrvatsku napustilo 620 liječnika, od čega ponajviše anestezijologa. U obavljenim stručnim nadzorima Komora je utvrdila značajan manjak anestezijologa u brojnim hrvatskim bolnicama te općenito prenapregnutost liječnika uz mnogo prekovremenih sati zbog manjka izvršitelja. Samo u posljednje tri godine proveden je stručni nadzor anestezijologije u 11 bolnica te je utvrđen nedostatak čak 63 anestezijologa, tj. toliko ih nedostaje da bi se ispunile odredbe Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i

medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Kada nisu zadovoljeni minimalni, teško je govoriti o prosječnim, a kamoli o idealnim uvjetima u hrvatskom zdravstvu. O navedenim saznanjima je, na temelju propisa, upoznato i Ministarstvo zdravstva.

Na novinarska pitanja hoće li se Komora očitovati o navedenom slučaju zastupnice Ninčević Lesandrić, predsjednice Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. Lada Zibar izjavila je da Povjerenstvo nakon što dobije zahtjev o pokretanju disciplinskog postupka protiv liječnika, radi kako je regulirano Pravilnikom o disciplinskom postupku.

> Propisi koji reguliraju čuvanje podataka o pacijentu

Liječnička tajna kao pravni institut i kao profesionalno načelo liječničkog zvanja regulirana je u prvom redu Zakonom o liječništvu, te Zakonom o zaštiti prava pacijenata i Kodeksom medicinske etike i deontologije. Postupanje suprotno pravilima iz navedenih zakona kažnjivo je te uključuje propisane sankcije liječniku (od kazne zatvora do novčane kazne), ali i zdravstvenoj ustanovi pod određenim okolnostima (u obliku novčanih kazni ustanovi i odgovornoj osobi). Osoba kojoj se trebaju dati potrebni podaci o liječenju u pravilu je sam pacijent ako posebnim zakonom nije drukčije određeno (slučajevi maloljetnika ili osoba pod skrbništvom). Otkriti medicinsku tajnu moguće je uz izričit pristanak pacijenta ili njegov prepostavljeni pristanak. Primjerice, ako pacijent imenuje liječnika kao svjedoka, u slučaju obavještavanja drugog liječnika koji također liječi tog pacijenta, u slučaju kada to traže ovlaštena tijela - sud, ministarstvo, Komora, te kada je to u interesu zaštite samog liječnika, njegova zdravlja i integriteta. Dakle, iznošenje i objavu podataka o pacijentu treba sagledavati pojedinačno, od slučaja do slučaja, i stoga se ne može generalizirati da je svaki slučaj nedopušten ili da treba biti sankcioniran. Više o tome u rubrici Pravo i medicina u ovom broju.

> Definicija liječničke tajne

Liječnička tajna jedno je od temeljnih načela liječničkog zvanja i obavljanja liječničke djelatnosti. Liječnik je nositelj zdravstvene djelatnosti u pružanju zdravstvene zaštite kao Ustavom zajamčenog dobra, te je kao takav izložen utjecaju javnosti. No i liječnici imaju pravo na zaštitu od nesmotrenih nasrtaja, napada i neutemeljenih optužbi pojedinaca. **Hipokratova prisega:** "Što pri svome poslu budem saznao ili vidio, pa i inače, u dodiru s ljudima, koliko se ne bude smjelo javno znati, prešutjet će i zadržat će tajnu." Ženevska formulacija Hipokratove prisegе: "Poštovat će tajne onoga tko mi se povjeri, čak i nakon njegove smrti".

Čuvanje profesionalne tajne regulira nekoliko pravnih akata, počevši od **Ustava RH** koji jamči sigurnost i tajnost podataka, preko Zakona o zaštiti osobnih podataka, **Zakona o zaštiti prava pacijenata**, **Zakona o zdravstvenoj zaštiti**, **Zakona o liječništvu**, te **Kodeksa medicinske etike i deontologije**, **Kaznenog zakona i Europske deklaracije o unapređenju prava pacijenata**. **Kazneni zakon** propisuje: odvjetnik, javni bilježnik, zdravstveni radnik, psiholog, djelatnik ustanove socijalne skrbi, vjerski ispojednik ili druga osoba koja neovlašteno otkrije podatak o osobnom ili obiteljskom životu koji joj je povjeren u obavljanju njezina zvanja, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine. Kodeks medicinske etike i deontologije također obvezuje na čuvanje liječničke tajne: "Sve ono što je liječnik saznao obavljujući svoj posao, smatra se liječničkom tajnom. Liječnik ju je obvezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, ako to pacijent/bolesnik zatraži, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi. Čuvanje liječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o pacijentu prenose, obrađuju i pohranjuju."

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

GODIŠNJI SKUP HRVATSKOG IMUNOLOŠKOG DRUŠTVA 2018.**50 GODINA DRUŠTVA**

Ovogodišnji skup Hrvatskog imunološkog društva (HID) održan je u Zadru, od 19. do 20. listopada, u znaku 50. obljetnice Društva. Skupu je nazočilo 80-tak sudionika, od onih najiskusnijih, koji su doprinijeli samom osnivanju HID-a, pa do najmlađih, koji su tek započeli svoju znanstveno-istraživačku karijeru. Gledajući na godine protekle od osnivanja HID-a, možemo biti ponosni da su Hrvatski imunolozi uspješno držali korak s razvojem eksperimentalne i kliničke imunologije u svjetskim razmjerima. Imunologija se nametnula kao produktivna, međunarodno prepoznata i kompe-

titivna znanost, zauzimajući važno mjesto među drugim znanstvenim granama.

Godišnji skupovi HID-a pružaju dobru priliku hrvatskim znanstvenicima iz područja bazične imunologije da predstave svoja istraživanja i rezultate, dobiju konstruktivne prijedloge i ideje za nastavak istraživanja te se povežu sa znanstvenicima iz komplementarnih područja. Među sudionicima našli su se hrvatski i inozemni znanstvenici iz područja imunologije i srodnih znanstvenih grana, po zanimanju većinom doktori medicine i molekularni biolozi, manjinom biokemičari i veterinari. Gotovo polovicu sudionika činili su mladi znanstvenici kojima su ovakve prilike od izrazite vrijednosti. S obzirom na broj sudionika i zastupljenost različitih krajeva Hrvatske, ovogodišnji skup je bio iznimno uspješan u svojim ciljevima očuvanja kohezije među bazičnim imunologima i omogućio našim, osobito mlađim, znanstvenicima prezentaciju svog rada u protekloj godini.

Prigodom ove posebne obljetnice, skupu je osobno nazočio novoizabrani predsjednik Europskog udruženja imunoloških društava (EFIS) – prof. dr. sc. Andreas Radbruch, a koji je uručio predsjednici Društva, prof. dr. sc. Danki Grčević, plaketu s priznanjem i zahvalom HID-u povodom 50 godina kontinuiranog doprinosa Društva unaprjeđenju hrvatske i europske imunologije. Eminentni inozemni i hrvatski znanstvenici su u svojim predavanjima predstavili najnovija saznanja proizašla iz istraživanja u području upale, infekcije i autoimunosti, a čiji su rezultati objavljeni u nekim od najprestižniji imunoloških časopisa

u proteklih godinu dana. Naposljetu, valja istaknuti potporu institucija koje su omogućile ovaj znanstveni skup (EFIS, Zaklada Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, Ministarstvo znanosti i obrazovanja te Sveučilište u Zadru).

Uzimajući u obzir novija saznanja, imunologija postaje izuzetno važna u razumijevanju mehanizama fizioloških i patoloških procesa u ljudskom organizmu. Tradicionalno je imunologija stavlјana u kontekst infekcija ili pak bolesti povezanih s imunološkim sustavom, poput autoimunosnih bolesti, genetskih uvjetovanih imunodeficiencija i alergija. Danas znamo da imunosni sustav ima jednu od ključnih uloga u održavanju homeostaze организma kao i u razvoju brojnih bolesti (primjerice šećernoj bolesti, nekim oblicima raka, želučanim ulkusima ili poremećajima koštane pregradnje) i to na način da je uključen u procese razvoja i napredovanja patoloških zbivanja ili pak u mehanizme popravka oštećenja i ozdravljenja. Zbog svoje multidisciplinarnosti, imunologija omogućuju razumijevanja brojnih patoloških stanja i bolesti, te otkrivanje novih i boljih terapijskih opcija. Okrećući se budućnosti, bogato naslijede koje je HID izgradio tijekom prošlih pola stoljeća iskoristiti ćemo kao snažan temelj za izgradnju suradnje s ciljem boljeg povezivanja bazične i kliničke znanosti u Hrvatskoj. Stoga, pozivamo sve koji su željni učiti od nas, kao i one koje su voljni podijeliti svoje znanje s nama, da zajedničkim snagama još više produbimo veze između predkliničke i kliničke znanosti.



Predsjednik prof. dr. sc. Andreas Radbruch uručuje plaketu Europskog udruženja imunoloških društava sadašnjoj predsjednici HID-a, prof. dr. sc. Danki Grčević.



ALAN ŠUĆUR, DANKA GRČEVić, FELIX WENSVEEN

Jubilarni 10. Internistički kongres

Nagrada Hrvatskog društva

za internu medicinu za životno djelo

prim. dr. Dubravki Bosnić



prof. dr. sc. Ivan Gornik, dr. med., doc. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med., amrzljak@mef.hr

Opatija je gotovo dva desetljeća tradicionalno mjesto odvijanja Internističkog kongresa. Ovogodišnje 10. jubilarno izdanje Kongresa događa se u trenutku kada interna medicina pomalo gubi identitet, u eri jakih užih internističkih specijalizacija. Koja je zapravo uloga interne medicine danas, treba li nam uopće internistički kongres i kome je namijenjen – pitanja su koja pokreću ovaj Kongres.

Upravo uslijed sve užih specijalnosti unutar pojedinih internističkih struka ovakav kongres nudi platformu za translaciju znanja i iskustva između različitih disciplina, holistički pristup i unapređenje kvalitete. Oko ovih načela sastavljen je ovogodišnji program u organizaciji Hrvatskog društva za internu medicinu, pri čemu se kongresni odbor trudio izabrati teme koje bi mogle zanimati liječnike svih internističkih struka i liječnike opće medicine, uz kvalitetne predavače - prvenstveno stručnjake koji se praktično bave pojedinim temama i mogu prenijeti i pružiti informacije iz prve ruke.

Kongres je od 28.-30. rujna posjetilo je oko 300 sudionika, pri čemu su 22 liječnika na specijalizaciji prijavom na natječaj ostvarila stipendije za sudjelovanje na Kongresu.

Uz dosadašnja standardna i plenarna predavanja, s namjerom da postane što interaktivniji, kongres je uvrstio nove oblike izlaganja: debate i radionice. Teme debata vođenih pitanjima i dilemama s kojima se susrećemo u svakodnevnom radu (NOAK vs varfarin?, Treba li nam baš svaki stent?, Statini u terapiji NASHa - ima li koristi?, Helicobacter pylori?) argumetirano su suprotstavile govornike, omogućujući publici da procijeni njihove stavove, ali i aktivirale je da izrazi svoja mišljenja. Sudionici su također mogli prisustvovati radionicama o acidobaznom statusu, šećernoj bolesti, anemijama i bolestima štitnjače. Ove interaktivne i atraktivne vođene radionice omogućile su dijalog predavača i publike uz razmjenu stručnih iskustava te se pokazale kao format koji je odlično prihvaćen i sudionicima izrazito koristan.

Na Kongresu je sudjelovalo i više od 160 autora s nekoliko desetaka poster prezentacija, a pet prvih autora najboljih postera (Lea Miklić Vitez, Iva Košuta, Hrvoje Holik, A. Vrkljan i Ana Ostojić) primili su priznanje i nagrade. Sažeci kongresnih predavanja kao i posterskih prezentacija Kongresa objavljeni su u Liječničkom vjesniku 140:1-60. i dostupni na stranicama Društva <http://www.hdintmed.org>.



Uručenje nagrade prim. Dubravki Bosnić

Kongres je svojim predavanjem „Holistički vs tehnicistički pristup u medicini „zatvorila“ prim. dr. Dubravka Bosnić. Najemotivniji dio Kongresa svakako je bila dodjela Nagrade za životno djelo kolegici Bosnić, internistici iz Zavoda za kliničku imunologiju i reumatologiju KBC-a Zagreb. Nagradu je u ime Hrvatskog društva za Internu medicinu dodijelio prof. I. Gornik, naglasivši da je prim. Bosnić jedinstvena osoba u hrvatskoj medicini, sveobuhvatan liječnik bezgraničnog teorijskog znanja, čovjek-katalog kliničkih vještina, intelektualac širokoga općeg znanja, neutražive gladi za novim spoznajama i, najvažnije, dobar čovjek.

Želimo izraziti duboko poštovanje i divljenje kolegici Bosnić kao osobi i liječniku. Generacije liječnika koji su imali čast i sreću surađivati s njom prepoznali su njezinu predanost, znanje, skromnost i etičnost. Ove vrijednosti želimo poticati u sadašnjim i budućim liječnicima svih struka. Čestitamo Dubravki Bosnić na nagradi!

U ZAGREBU OBLJEŽEN DAN DOJKI & BRA DAY



Prim. dr. sc. Iva Pejnović Franelić,
izaslanica Komore

U organizaciji Hrvatske lige protiv raka obilježen, 29. rujna je na zagrebačkom Cvjetnom trgu po treći put obilježen DAN DOJKI & BRA DAY- edukacijska kampanja s ciljem promicanja važnosti primarne i sekundarne prevencije raka dojke te podizanja svijesti i upoznavanja javnosti s mogućnostima rekonstrukcije dojke nakon mastektomije. Iako bi se do sada poznatim mjerama primarne prevencije incidencija svih zločudnim tumora mogla smanjiti za barem 40-50 posto, u borbi protiv raka dojke i dalje najvažnije ostaje rano otkrivanje bolesti. Samo ranim otkrivanjem značajno se povećava postotak izlječenja (do 95 posto) i smanjuje smrtnost. Zahvaljujući Nacionalnom programu za rano otkrivanje raka dojke mamografijom- mamma, nakon 12 godina njegovog provođenja postiglo se smanjenje smrtnosti za očekivanih 15-10 posto te porast udjela novootkrivenih karcinoma dojke u loka-

ILONA SUŠAC, dr. med., dopredsjednica Hrvatske lige protiv raka

liziranim stadiju u dobi 50-69 godina od 60-70 posto. Prije uvođenja programa probira taj udio je bio niskih 40 posto.

No, najzahtjevni dio skrbi za oboljele žene slijedi nakon dijagnoze raka dojke i do izražaja dolazi sva kompleksnost rješavanja toga gorućeg i rastućeg problema. Drugi važan korak u njegovu rješavanju je pravovremena i odgovarajuća terapija. Iako se kod većine žena može provesti poštndije kirurško liječenje, još uvijek značajan broj njih, nažalost, mora biti podvrgnut mastektomiji. Prije desetak godina u Hrvatskoj se brojka izvršenih primarnih i sekundarnih rekonstrukcija dojki držala na skromnih 10-ak posto. Razlog tomu nisu bile samo slabije materijalne, organizacijske i stručne mogućnosti, nego također i neinformiranost naših bolesnica s rakom dojke, ali i stručne i šire javnosti, o mogućnostima rekonstrukcije dojke. Hrvatska liga protiv raka prepoznała je ovaj komunikacijski problem i po uzoru na zemlje koje su to učinile ranije, odlučila ga javno prezentirati.

BRA DAY prvi put obilježen u Kanadi prije sedam godina

Breast Reconstruction Awareness Day (Dan podizanja svijesti o rekonstrukciji dojke) prvi put je obilježen u Kanadi prije sedam godina. Inicijalni koncept 2011. osmislio je kanadski specijalist za plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju dr. Mitchell Brown. On se zalaže za multidisciplinarni timski pristup svim bolesnicama s rakom dojke. Naime, nakon postavljanja dijagnoze raka dojke događa

se da se liječenje započne bez prethodno učinjenih svih dijagnostičkih pretraga. Nasuprot tomu, konzilijarno odlučivanje donosi dobrobit ne samo za oboljelu osobu nego i za cijeli zdravstveni sustav. Žene podvrgnute mastektomiji trpe, prije svega, psihičke posljedice koje se odražavaju na obiteljski život, partnerske i socijalne odnose. Tjelesno oštećenje, osobito kod žena s velikim dojkama, dugoročno dovodi do trajnih posljedica u neravnomjernom opterećenju lokomotornog sustava i razvoja niza degenerativnih bolesti i stanja. Također, žene bez dojke prisiljene su koristiti izvanjske proteze koje su rijetko uskladene veličinom, težinom i oblikom s postojećom dojkom i koje zahtijevaju nošenje specijalnih grudnjaka, a što za sve mastektomirane žene svake godine treba osigurati Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Pravovremeno učinjen i dobro odabran način rekonstrukcije dojke, bilo sintetskim protezama bilo vlastitim tkivom, može reducirati sve navedene troškove te dugoročno i trajno riješiti ovaj problem. Upravo stoga se i u Hrvatskoj posljednjih nekoliko godina bilježi značajan porast broja žena s rekonstruiranom dojkom i danas se kreće između 20 i 30 posto svih mastektomiranih žena. Osobito je važno podići postotak rekonstrukcija u žena u dobi do 50 godina života.

Hrvatska liga protiv raka vjeruje da se ovakvim javnozdravstvenim kampanjama podiže informiranost stanovništva i doprinosi poboljšanju medicinskih statistika, osobito što informiranje provode stručnjaci iz područja onkologije.



SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Venclyxto 10 mg, 50 mg i 100 mg filmom obložene tablete (venetoklaks). Lijek se izdaje na recept. Sastavni dio ovog promotivnog materijala za Venclyxto predstavlja i cjelokupan odobren Sažetak opisa svojstava lijeka. Prije propisivanja lijeka Venclyxto, molimo pročitati odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka/Uputu o lijeku, uključujući detaljne informacije o indikacijama, kontraindikacijama, nuspojavama, mjerama opreza te doziranju i načinu primjene. Nositelj odobrenja za stavljanje u promet: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Njemačka. Lokalni predstavnik nositelja odobrenja: AbbVie d.o.o., Strojarska cesta 20, 10 000 Zagreb. tel. 01 562 55 01, fax. 01 562 55 60. Broj odobrenja: EU/1/16/1138

▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje dostupne su na www.halmed.hr.

Hrvatski sabor većinom glasova DONIO NOVI ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI



Hrvatski sabor većinom glasova donio je u srijedu 31. listopada novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Od podneseñih više od 70 amandmana, usvojeno je tek nekoliko, onih nomotehnische naravi. Ministar zdravstva Milan Kujundžić obrazložio je da se novim zakonom uređuje rad u domovima zdravlja, donose promjene u organizaciji hitne medicinske pomoći, funkcionalno povezuju bolnice i osnažuje palijativna skrbi.

Među ostalim predviđa se dežuranje liječnika koncesionara u domovima zdravlja vikendima i blagdanima. Kad je riječ o zakupu ordinacija, u zakup

će se moći ići po određenom redoslijedu, a 25 posto ordinacija i dalje će ostati pri domovima zdravlja.

Liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i onima koji su bili koncepcionari, a sada su nositelji ordinacija, novi zakon otvara mogućnost zapošljavanja još jednog liječnika koji će kroz rad u toj ordinaciji moći, kada prethodni liječnik ide u mirovinu, na javnom natječaju i dalje ostati nositelj te ordinacije.

Zakonom se osnažuje i preventivna zdravstvena zaštita, rješava radno-pravni status zakupaca u domu zdravlja, uređuje pružanje palijativne skrbi na primarnoj te na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Uvodi se i Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite, koji će obuhvaćati sve pružatelje zdravstvene zaštite te mogućnost nagrađivanja za natprosječne rezultate zdravstvenih radnika.

Zakonom se unose i promjene u organizaciji hitne medicinske pomoći kroz integraciju objedinjenih hitnih bolničkih prijema i županijske ili gradske hitne službe, te smjernice za restrukturiranje i racionalizaciju bolničkog sustava kroz daljnje povezivanje bolnica.

Vlada odbila gotovo sve amandmane

Prije usvajanja novog Zakona zastupnici su se dan prije gotovo dva sata

izjašnjavali o sedamdesetak uglavnom oporbenih amandmana, no 'zeleno svjetlo' Vlade dobilo je tek njih nekoliko, i to onih nomotehnische naravi. Kao na tekućoj vrpci odbijate dosta dobrih amandmana. Mi smo predložili 17 amandmana, a imamo osjećaj da ćete odbiti sve, no bitno je da čuju naši građani kako se to brine Vlada - 'tko je s nama njegovo može proći, a tko nije s nama taj je protiv nas'. Da sam rekao da ću vas podržati vi biste prihvatali svih 17 amandmana i rekli da ako ih imam još, donesem ih što prije, poručio je vladajućima Ivan Lovrinović (Promijenimo Hrvatsku).

Oporba je amandmanima aktualizirala i pitanje koncesija u obiteljskoj medicini, pa dok dio oporbenih zastupnika smatra da i dalje treba ostati broj ordinacija zakonom određen po domovima zdravlja, Mostova Ines Strenja Linić i Lovrinović tražili su da tko hoće može u koncesiju.

Svi koji to žele mogu biti koncesionari. "I sada je 70 posto liječnika koncesionara i pacijent ne vidi razliku između koncesionara i liječnika doma zdravlja", rekla je Strenja Linić i dodala da su liječnici u domovima zdravlja u podređenom odnosu s plaćom od 7 do 8 tisuća kuna.

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

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

O ZDRAVLJU NA 73. ZASJEDANJU OPĆE SKUPŠTINE UJEDINJENIH NARODA



Prim. VERA KATALINIĆ-JANKOVIĆ, dr. med., pomoćnica ministra zdravstva

U srijedu, 26. rujna održan je prvi globalni sastanak UN-a na visokoj razini o borbi protiv tuberkuloze pod naslovom „Ujedinjeni prema zaustavljanju tuberkuloze: hitan globalni odgovor za globalnu epidemiju“. Sastanku su prisustvovali brojni predsjednici država i vlada, ministri, predstavnici znanstvene zajednice, istraživači te osobe koje su preživjele tuberkulozu. Događaj su obilježili svojim sudjelovanjem i brojne organizacije kao SZO, Stop TB Partnerstvo, USAID, WEF, Global Fund, African Union, UNICEF, UNAIDS, CDC, TB People, KNCV, PATH, Međunarodna unija za borbu protiv tuberkuloze i bolesti pluća i dr.

Svjetski čelnici su se obvezali osigura-

Ministar zdravstva prof. Milan Kujundžić i suradnici sudjelovali su na sastancima Ujedinjenih Naroda na visokoj razini o borbi protiv tuberkuloze i o nezaraznim bolestima, koji su se odvijali u okviru zasjedanja 73. Opće skupštine UN-a u New Yorku.

ti da 40 milijuna ljudi s tuberkulozom dobije potrebno liječenje i skrb do kraja 2022. Također su se složili osigurati da 30 milijuna ljudi dobije preventivno liječenje kako bi se spriječio razvoj latentne infekcije u aktivnu bolest.

Postignut je i dogovor da se mobilizira 13 milijardi dolara godišnje do 2022. godine za liječenje i prevenciju tuberkuloze i dvije milijarde dolara za istraživanje. Obvezali su se poduzeti čvrste mjeru kako se ne bi razvijala rezistentna tuberkuloza a pojačala ljudska prava kao prioritet, što bi utjecalo na smanjenje tuberkuloze kao negativne stigme koja još uvijek prevladava u mnogim dijelovima svijeta.

U svom obraćanju visokim dužnosnicima država članica UN-a, ministar Kujundžić istaknuo je kako bez obzira na razmjerno povoljnu incidenciju tuberkuloze i nisku stopu obolijevanja od višestruko rezistentne tuberkuloze u Hrvatskoj, tako nije u nekim europskim zemljama. Izrazio je čvrstu podršku usvajanju Deklaracije UN-a o borbi protiv tuberkuloze i naglasio važnost svih oblika suradnje i potpore na globalnoj razini.

Sljedećega se dana raspravljalo o izazovima nezaraznih bolesti (kardiovaskularne i kronične respiratorne bolesti, karcinomi, dijabetes i dr.), koje su naj-

češće posljedica loših životnih navika poput nezdrave prehrane, pušenja, zagađenja zraka, prekomjernog konzumiranja alkohola i nedostatka tjelesne aktivnosti.

Šefovi država i vlada su se obvezali na 13 novih koraka u borbi protiv kroničnih nezaraznih bolesti, uključujući karcinom, bolesti srca i pluća, moždani udar i dijabetes, te u promicanju mentalnog zdravlja i dobrobiti.

“Danas su svjetski čelnici poduzeli niz značajnih koraka kako bi pobijedili NCD-e”, rekao je dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, generalni direktor SZO-a. “Ovi zbližavaju povijesnu priliku za promicanje zdravlja, spašavanje života i gospodarstva rasta”.

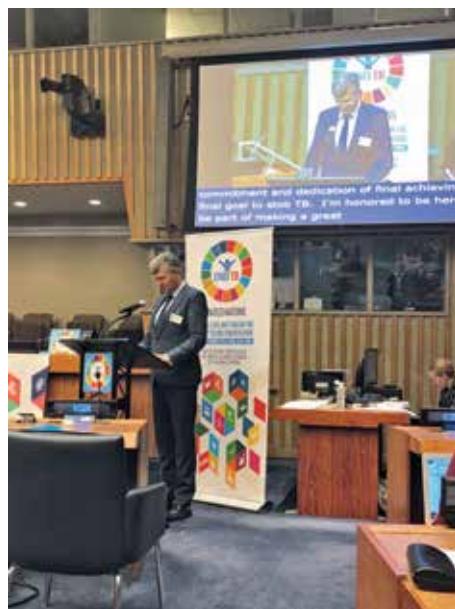
Svjetski čelnici pristali su preuzeti odgovornost za napore svojih zemalja da spriječe i liječe kronične nezarazne bolesti. Također su se složili da ti napor trebaju uključivati zakone i fiskalne mjere za zaštitu ljudi od duhana, nezdrave hrane i drugih štetnih proizvoda.

Dodatno su se obvezali da će provesti niz preporuka i mjera SZO-a za sprječavanje i kontrolu ovih bolesti - kao što su kampanje obrazovanja, podizanja svijesti za promicanje zdravijih životnih navika, cijepljenje protiv HPV-a za zaštitu od raka vrata maternice, liječenje

hipertenzije i dijabetesa. SZO procjenjuje da bi provedba svih ovih politika mogla generirati 350 milijardi dolara gospodarskog rasta u zemljama s niskim i nižim srednjim prihodima od sada do 2030. godine. Ostale specifične mjere usmjerene su na zaustavljanje porasta pretilosti u dječjoj dobi, promicanje redovite tjelesne aktivnosti, smanjenje onečišćenja zraka i poboljšanje mentalnog zdravlja i dobrobiti.

Konkretno, proizvođače hrane se poziva da poduzmu niz akcija, što uključuje proizvode s manje soli, šećera, zasićenih i industrijski proizvedenih transmasti, korištenje prehrambene oznake na pakiranoj hrani za informiranje potrošača i ograničavanje marketinga nezdrave hrane i pića djeci.

Ministar Kujundžić upozorio je na važnost nezaraznih bolesti i istaknuo kako se čak 15 milijuna smrtnih slučajeva uzrokovanih nezaraznim bolestima na godišnjoj razini događa kod stanovništva u dobi od 30 do 69 godina. Posebno je naglasio kako Ciljevi održivog razvoja UN-a/*Sustainable Development Goals (SDGs)* predstavljaju kvalitetan okvir za daljnji napredak i razvoj u području prevencije nezaraznih bolesti, te pozvao na multisektorsku suradnju u svim područjima javnog zdravstva.



IZBORNA SKUPŠTINA I KONGRES HRVATSKOG DRUŠTVA ZA INTENZIVNU MEDICINU

“Bit će izazov održati jednaku razinu izvrksnosti”

...izjavila je doc. dr. sc. Jasmina Peršec, predstojnica Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu KB-a Dubrava nakon što je na Izbornoj skupštini 22. rujna jednoglasno izabrana na funkciju nove predsjednice Hrvatskog društva za intenzivnu medicinu (HDIM). Društvo koje broji skoro pa 400 članova do sada je vodio prof. dr. sc. Ino Husedžinović, koji ostaje na funkciji počasnog predsjednika s obzirom na nemjerljiv doprinos koji je dao za struku, poglavito u stjecanju statusa užih specijalista intenzivne medicine na razini Republike Hrvatske. HLZ je je naime 2008. godine izabrao HDIM kao krovno društvo za dodjeljivanje mišljenja u stjecanju statusa užeg specijalista iz intenzivne medicine, bez obzira radi li se o anesteziolozima, infektolozima, internistima

ili neurolozima te je do sada taj status steklo više od 270 kolega.

Na mjesto dopredsjednice također je jednoglasno izabrana dr. Ada Barać Grgurević (KB Dubrava), koja je podržala riječi novoizabrane predsjednice te nadodala kako uvijek moguće poboljšat suradnju uz edukaciju na razini svih kolega intenzivista iz cijele zemlje, pogotovo u brzonapredujućoj struci kao što je intenzivna medicina. Za tajnicu Društva izabrana je dr. Monika Šerić, a za rizničara dr. Andrej Šribar.

Skupština je održana nakon iznimno uspješnog 11. Kongresa o hemodinamskom monitoriranju, u kojem je sudjelovalo 170 kolega iz cijele Hrvatske i drugih zemalja iz naše regije. Kongres je održan pod pokroviteljstvom Predsjednice RH i Ministarstva zdravstva

te je, uz ravnatelja KB-a Dubrava doc. dr. Srećka Marušića, skup toplim i pozitivnim riječima pozdravio i ministar zdravstva Milan Kujundžić. S obzirom na to da se radi o međunarodnom kongresu, u posjet su nam došla vrlo ugledna imena iz svjetske intenzivne medicine, poput asist. prof. Jana Benesa, prof. Ashrafa Dahabe, prof. Petera Pickkersa i dr. Massima Micaglia, uz brojne predavače iz Bosne i Hercegovine, Srbije i Hrvatske. Na Kongresu su također održane radionice iz ultrazvuka u jedinici intenzivne medicine, ultrazvuka pluća, perifernih blokova u rukama te tomografije elektičnom impedancijom.

Organizatori Kongresa srdačno zahvaljuju kolegama na dolasku te se nadaju još većem odazivu iduće godine.

GOTOVO 30 TISUĆA ŽENA U REPRODUKTIVNOM RAZDOBLJU IMA ENDOMETRIOZU

> Iz Hrvatskog društva za endometriozu

U Hrvatskoj od prosinca prošle godine djeluje u Hrvatskom liječničkom zboru Hrvatsko društvo za endometriozu (HDZE) koje će također djelovati i u okviru Europske lige za endometriozu (EEL), a u kojoj već ima svog člana u Upravnom odboru.

Doc. dr. sc. Mario Čorić

Važno je istaknuti da su HDZE inicijativa i osnivanje HDZE-a proizšli iz cjelokupne javnozdravstvene, ali i kompleksne kliničke problematike vezane za tu bolest.

Epidemiološke studije ukazuju da gotovo pet posto žena reproducijske dobi ima endometriozu u simptomatskom ili asimptomatskom obliku, dok je taj udio u neplodnih žena i do 40 posto. Iz toga proizlazi sva javnozdravstvena važnost i ozbiljnost ovoga kliničkog entiteta, a očituje se u činjenici da 25 do 30 tisuća žena reproducijske dobi u Hrvatskoj ima

endometriozu, u činjenici da je endometriosa povezana s neplodnošću, ali i u činjenici da od pojave simptoma pa do postavljanja dijagnoze u prosjeku prođe 6 do 8 godina. Endometriosa je tipična ginekološka kirurška bolest čija je karakteristika zahvaćanje peritoneuma zdjelice i unutarnjih ginekoloških organa.

Laparoskopska kirurgija zlatni standard u kirurškom pristupu ovoj bolesti

U šest posto slučajeva endometriosa zahvaća i susjedne "neginetološke organe" sa širenjem u retroperitoneum zdjelice, a tada se radi o dubokoj zdjeličnoj endometriozи.

Nekoliko etiopatogenetskih teorija nastanka bolesti, dijagnostičke, terapijsko-konzervativne, ali i terapijsko-kirurške nedoumice ukazuju na svu kompleksnost ove problematike. U kirurško-terapijskom smislu najteži oblici duboke zdjelične endometrioze s obzirom na zahvaćenost "neginetoloških organa" podrazumijevaju konzilijski multidisciplinarni pristup. Istovremeno činjenica o prevalenciji bolesti u žena reproducijske dobi, od kojih većina želi trudnoću ili ima poteškoća sa zanjenjem, ukazuje na važnost poštednog pristupa u takvih pacijentica. Istovremeno je potrebno odrediti i odgovarajuću potrebu radikalnosti s obzirom na proširenost bolesti i mogućnost njena recidiva. Poštednost zahvata i dob paci-

jentica afirmirali su endoskopsku metodu liječenja, odnosno laparoskopsku kirurgiju kao zlatni standard u kirurškom pristupu ovoj bolesti. Danas se i najteži i najkompleksniji oblici bolesti, pri kojima je anatomija zdjelice potpuno poremećena, operiraju uglavnom laparoskopski.

Društvo će koordinirati edukaciju postojećih i novih mlađih stručnjaka

Iz kompleksnosti bolesti i svega navedenog proizlaze i ciljevi djelovanja HDZE-a. I sastav Upravnog odbora, u kojem su uz ginekologe koji se bave endometriozom i laparoskopskom kirurgijom i abdominalni kirurg te urolog, ali i liječnici koji se bave humanom reprodukcijom, potvrđuje cilj HDZE-a da se ovom kompleksnom i važnom javnozdravstvenom problemu pristupi koordinirano, multidisciplinarno s ciljem razvijanja centra koji će na takav način pristupati pacijentima s najtežim oblicima bolesti. HDZE će kroz svoj rad i djelovanje svakako koordinirati optimalnu edukaciju postojećih, ali i budućih mlađih stručnjaka koji imaju namjeru baviti se ovom temom. Tu će se svakako pristupiti edukaciji putem organiziranja tečajeva, simpozija, ali i nacionalnih kongresa o endometriozu koji će biti u korelaciji s već postojećim europskim i svjetskim kongresima.

Endometriosa je, kako je već navedeno, tipična kirurška bolest koja se u većini europskih i svjetskih centara rutinski

operira laparoskopski. Upravo ta činjenica bit će nam motiv da kroz pitanja vezana za endometriozu dodatno afirmiramo laparoskopiju i endoskopsku kirurgiju općenito, osobito kod mlađih kolega koji su danas u vrijeme multimedija svakodnevice skloniji novim tehnologijama i sve ih je više, pogotovo u ginekologiji, koji se bave endoskopskom kirurgijom.

Nije slučajno da su većina članova inicijativnog odbora te poslije izglasanoj Upravnog odbora HDZE-a iz Klinike za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb, u kojoj je održana i osnivačka skupština. Ta je Klinika avangardna ustanova s aspekta endometrioze, ali i s aspekta laparoskopske ginekološke kirurgije. Godišnje se u „Petrovoj“ izvede 1300 do 1500 endoskopskih zahvata, od najjednostavnijih histeroskopija do najkompleksnijih kao što su laparoskopske operacije koje uključuju opsežnu retroperitonejsku ekploraciju u onkoloških pacijentica i u pacijentica s endometriozom s totalnom laparoskopskom histerektomije ili bez nje.

Prije desetak godina, analizirajući podatke u sklopu nekih studija koje su se ticali endometrioze, dobiven je podatak da je svakoj trećoj pacijentici u „Petrovoj“ koja je bila operirana laparoskopski, konačna patohistološka dijagnoza bila endometriozna.

Cilj je osnivanje Centra za endometriozu

Nas nekoliko kolega koji se bavimo ovom bolešću više puta smo bili na edukaciji u evropskim centrima gdje su ovakvi tipovi operacija rutinski. Na kraju, potrebno je naglasiti i da je u klinici u Petrovoj napravljeno nekoliko studija vezanih za endometriozu, iz kojih su i objavljeni članci u inozemnim i domaćim publikacijama te su o otoj temi obranjene doktorske disertacije.

Iz navedenog može se iščitati i ideja i potreba o osnivanju referentnog centra za endometriozu u čijem će osnivanju i organizaciji HDZE imati dodatnu težinu i važnost. Na taj bismo način, kroz HDZE i centar, objedinili sve potrebne stručne, znanstvene, materijalne i tehnološke resurse za optimalnu terapiju ove bolesti, ali i za optimalnu edukaciju i usavršavanje kolega koji se bave i koji će se baviti endometriozom.

Na osnivačkoj skupštini HDZE-a održanoj sredinom prosinca 2017. u Petrovoj nazočilo je više od 50 ginekologa iz cijele Hrvatske. Na prijedlog Inicijativnog odbora jednoglasno su u Upravni odbor izabrani za prvog dopredsjednika prof. dr. Miroslav Kopjar, a za predsjednika doc. dr. Mario Čorić. Za tajnicu je izabrana je dr. sc. Nina Kosi Bijelić te za drugog dopredsjednika dr. sc. Neven Tučkar.

AKO JE U PITANJU VAŠA PROBAVA, DONAT Mg JE PRIRODAN ODGOVOR

Svaka kap prirodne mineralne vode Donat Mg **nastaje 7300 godina** i obiluje **magnezijem i mineralima, što vam pomaže da se uhvatite u koštar sa svakodnevnim izazovima.** Donat Mg se u lječilištu Medical Center Rogaška u Sloveniji koristi već više od 400 godina u terapijske i preventivne svrhe.

PRIRODNO BOGAT MINERALIMA

MAGNEZIJ	NATRIJ	SULFAT	KALCIJ	HIDROGEN-KARBONAT	UGLJIČNI DIOKSID
Mg ²⁺	Na ⁺	SO ₄ ²⁻	Ca ²⁺	HCO ₃ ⁻	CO ₂
1000 mg/l	1700 mg/l	2100 mg/l	360 mg/l	7800 mg/l	3500 mg/l

PREDNOSTI

- Klinički dokazano potiče probavu*
- Najveći sadržaj magnezija u EU**
- 100% prirodno



Potiče probavu



Pomaže kod nedostatka magnezija



Otklanja probleme povezane sa trudnoćom

O sekciji mladih gastroenterologa unutar Hrvatskoga gastroenterološkog društva



IVANA MIKOŁAŠEVIĆ

Sekcija mladih gastroenterologa unutar Hrvatskog gastroenterološkog društva (HGD) s intenzivnim radom započela je nakon 2013. (pod vodstvom dr. Tomislava Bokuna iz KB-a Dubrava). Prvo smo započeli s organizacijom sesija posvećenih mlađim gastroenterozima unutar godišnjih sastanaka HGD-a, te nacionalnog kongresa HGD-a. Odmah smo preuzeли administraciju web stranice društva i postupno se razvila ideja o vlastitom sastanku. Početkom 2017. godine organizirali smo prvi trodnevni simpozij posvećen članovima sekcije mlađih gastroenterologa, a to je bio veliki uspjeh koji se ponovio početkom ove godine u Zadru. Da budemo iskreni, budući da smo prilično mala gastroenterološka zajednica, bili smo skeptični glede vlastitog simpozija, ali na kraju se ispostavilo da je to gotovo nužno i da je to prigoda koju su svi mlađi članovi željno čekali - susresti se i raspravljati o zajedničkim inte-

resima i problemima. Stariji profesori/docenti/liječnici članovi HGD-a iznimno nas podržavaju u svim našim aktivnostima. Želja nam je svojim primjerom potaknuti mlađe liječnike drugih stručnih društava u Hrvatskoj da započnu svoje aktivnosti unutar svojih stručnih društava bez straha i zatraže pomoć od „starijih“ članova društava. Organiziranje vlastitih skupova predstavlja platformu za razmjenu iskustava (i u kliničkom i u znanstvenom pogledu) i zajedničkih problema, omogućuje mlađim liječnicima da uče/vježbaju kako prezentirati, te da se povežu u kontekstu zajedničkih kliničkih/znanstvenih projekata.

Krajem 2017. doc. dr. sc. Ivana Mikolašević postala je jedna od 7 članova sekcije Young Talent Group Europe unutar Europskog Gastroenterološkog Društva (eng. *United European Gastroenterology Organization*, UEG). S obzirom na navedeno i na dosadašnje aktivnosti Sekcije mlađih gastroenterologa HGD-a, rodila se ideja za organizacijom Prve Europ-

ske Konferencije Mladih Gastroenterologa (engl. *European Conference of Young Gastroenterologists*; ECYG) koja će se održati od u prosincu ove godine u Zagrebu, a s ciljem daljnog kvalitetnijeg obrazovanja i osposobljavanja mlađih gastroenterologa/medicinskih sestara, a osim prilike za učenjem, konferencija omogućuje razmjenu iskustava, upoznavanje i ostvarivanje kontakata, te predstavlja platformu za pokretanje kako znanstvene tako i stručne suradnje. Jedna od poznatijih poslovica, prilagođena našoj struci, kaže: „Uz svakog uspješnog liječnika, stoji dobra medicinska sestra.“ s čime se kao tim mlađih liječnika i sestara slažemo, odnosno za kvalitetnu skrb o bolesniku ovisimo jedni o drugima. Kao jedno možemo pacijentu pružiti svu potrebnu njegu i skrb. Nažalost, medicinske sestre se često ostavljaju po strani te se zaboravlja njihova komponenta u zdravstvu, a koja je neophodna za pacijente. Na tragu navedenog, po prvi puta u Hrvatskoj održava se konferencija mlađih medicinskih sestara kao dio Prve Europske Konferencije Mlađih Gastroenterologa, sada iz područja gastroenterologije, hepatologije i transplantacijske medicine, ali svakako nam je želja da ova konferencija bude platforma za uključivanje i mlađih medicinskih sestara/tehničara iz drugih grana medicine. Uključivanjem mlađih sestara želimo još jednom naglasiti timski rad, odnosno kako liječnik nije jedina osoba koja brine o pacijentu već i medicinska sestra te je samim time potrebno educirati i ulagati u naše medicinske sestre i tehničare. Projekt je vrlo brzo prepoznat od strane iskusnih gastroenterologa i profesora te medicinskih sestara iz cijele Hrvatske čija nam je svesrdna podrška od iznimne važnosti u organizaciji projekta. S obzirom da se konferencija održava na međunarodnoj razini želimo pokazati kako ljudi iz "male" Hrvatske uz timski rad i podršku mogu organizi-

rati ovakav skup u "maloj" Hrvatskoj. ECYG je je prva takva konferencija u Europi, a značajno i veliko zanimanje za konferenciju potvrđuje i činjenica da su eminentna europska društva iz područja gastroenterologije i hepatologije kao što su *European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition (EAGEN)*, *European Society of Neurogastroenterology and Motility (ESMN)* i *European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB)* dale potporu ili pokroviteljstvo ovom međunarodnom skupu. Također je prepoznat značaj konferencije kako za hrvatsku gastroenterologiju i hepatologiju, tako i u promidžbi Hrvatske kao zemlje znanja i zemlje mlađih ljudi, te će se konferencija održavati pod pokroviteljstvom Predsjednice RH, Hrvatskog sabora, Ministarstva zdravstva, Grada Zagreba, Sveučilišta u Rijeci i Zagrebu te medicinskih fakulteta u Rijeci, Zagrebu i Splitu, Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci i Hrvatskog liječničkog zbora. Na skupu će prisustovati oko 500 sudionika - mlađih gastroenterologa i medicinskih sestara, uz ugledne profesore iz cijele Europe i Hrvatske.

Glavni cilj konferencije je edukacija mlađih gastroenterologa i mlađih medicinskih sestara iz područja hepatologije i transplantacije jetre, upalnih bolesti crijeva, crijevne mikrobiote, funkcionalnih poremećaja probavnog sustava, kliničke prehrane i tumora probavnog sustava. Predavanja su koncipirana prema načelu *case-based learning* s naglaskom na *Up-To-Date smjernice* iz zadane teme koju će prezentirati mlađi gastroenterolog/medicinska sestra uz mentorstvo iskusnog gastroenterologa/iskusne medicinske sestre (*pair talk*). Sudionici će također imati priliku naučiti/usavršiti praktične vještine iz ultrazvučnih postupaka (ultrazvuk trbuha, Dopplera, kontrastnog ultrazvuka i elastografskih postupaka), endoskop-

skih metoda (endoskopski ultrazvuk, endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija, zaustavljanje krvarenja iz probavnog sustava i polipektomija polipa probavnog sustava), a tijekom konferencije paralelno će se održati dva tečaja kliničke prehrane u kojima će sudionici naučiti osnove enteralne i parenteralne prehrane u različitim gastroenterološkim i hepatološkim bolestima. Konferencija se održava u prosincu za vrijeme adventa u našem glavnom gradu Zagrebu, koji je postao jedini grad koji titulu najbolje božićne destinacije nosi tri godine zaredom.

Budući da se posljednjih godina bilježi porast broja mlađih ljudi koji odlaze izvan granica Hrvatske, naš mali tim (sastavljen od mlađih liječnika iz različitih hrvatskih bolnica i mlađih medicinskih sestara) želi svojim primjerom pokazati da se i u našoj "maloj" Hrvatskoj mogu pokretati i realizirati ovakvi veliki projekti. Naš mali tim vjeruje da je ključ uspjeha upravo zajedništvo, podjela posla i želja za radom i napredovanjem, uz ustajni timski rad, kako unutar naših bolnica, tako i između naših bolnica u RH.

Želja nam je da ovaj projekt potakne razvoj svijesti mlađih ljudi o potrebi za timskim radom, suradnjom i edukacijom kako unutar svog središta, tako i između drugih središta; jer ne smijemo zaboraviti da je „mala Hrvatska“ brojem stanovnika jednak broju stanovnika nekog većeg europskog grada te se jedino timskim radom i zajedništvom mogu postići rezultati dostojni uzornih razvijenih znanstvenih institucija i zdravstvenih sustava.

S obzirom da je ovo prvi ovakav događaj u Hrvatskoj, ali i u Europi uopće, a u svjetlu naše uspješne nogometne reprezentacije, iskreno vjerujemo da naša mala Hrvatska gastroenterološka "reprezentacija" može uspješno i timski odraditi ovaj veliki projekt koji je od velike važnosti, osobito za nas mlade.

RADNE SKUPINE MINISTARSTVA ZDRAVSTVA OPETOVARO DOKAZUJU DA ZAVRŠE KAO I ISTRAŽNA POVJERENSTVA O SUKOBU INTERESA POLITIČARA



**MARIJA DIVIĆ, dr. med. spec.
ginekologije i porodiljstva**

Predsjednica Sekcije ginekologa HUKPZZ, Dopredsjednica HUKPZZ, članica RS ZZZ i RS ZOZO.

Ministar Kujundžić je imao super start, stručnjak u svom poslu, s iskustvom rada u svim segmentima zdravstva i dovoljno godina života za svoj jasan stav. Odmah je osigurao iz EU fondova financiranje specijalizacija koje su deficitarne. Bila sam sretna jer sudjelujem u povjesno značajnoj ulozi promjene zdravstvenog sustava na bolje za pacijente i medicinsku struku, jer sam član Radne skupine za izradu prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti sa 60-ak stručnjaka iz različitih segmenata zdravstva i vezanih za zdravstvo, različitih grupnih i osobnih interesa, no s iskristaliziranim zaključkom da trebamo izlječiti zdravstveni sustav i zadržati dostupno, solidarno, javno zdravstvo koje je odavno prestalo biti besplatno, znamo to svi, i pacijenti i liječnici (doplate na lijekove, participacije na usluge, nedostupnost pa se ide privatno). Mislim da smo napokon dobili ministra koji može uređiti zdravstveni sustav koji svaki ministar naslijedi u rasulu i dugovima i jedina radnja koju dosljedno urade je podmiriva-

nje dugova velikim farmaceutskim lancima koji u cijeni lijeka imaju ugrađenu maržu (zaradu) dovoljnu za godišnje čekanje isplate duga. Svaki novi ministar pokuša mijenjati zakon o zdravstvenoj zaštiti kojim se struku sve više diskriminiralo, potplatilo i udaljavalo od osnovnog posla i pacijenata, kojim se osiromašila mreža specijalizacija i dostupnost zdravstvene zaštite za pacijente i bolesnike.

U 2017. godini je tri milijarde kuna dijagnostike plaćeno privatnicima izravno iz džepa pacijenata jer su liste čekanja u javnom zdravstvu preko godinu dana, a nitko nije odgovoran, čak ni oni koji ugovore timove bez nositelja, a nemaju liječnika jer nisu finansijski specijalizacije, dok su medijski izabrane liječnike, nositelje besplatnog javnog zdravstva, prozivali ravnatelji domova zdravlja i zaposlenik HZZO-a koji je, osim što je kontrolor bolovanja, ujedno i renomirani član Udruge za prava pacijenata.

HZZO je 2017. godinu završio s 241 milijun kuna u plusu, a bolnicama i PZZ-u plaća limitirana sredstva i u ugovornoj godini bez pristanka, samo odlukom Upravnog vijeća HZZO-a, dodatno smanjuje cijene rada liječnika tako da sve više ugovorenih timova bez nositelja liječnika postaju ničija odgovornost, čak i u trenucima štetnim za zdravlje i život pacijenata, čime je uvedeno iskoristavanje liječnika koji rade na tri destinacije i ne pokrivaju kompletno plaćen tim na svoje ime, čak niti ne potpisuju ugovor na tim u svoje ime. U konačnici rezultat uvijek isti: oštećeni pacijenti, oštećeni liječnici i medicinske sestre u timu, dok ostali dionici zbrajaju dobit.

Što onda očekivati od nove Radne skupine za izradu prijedloga Zakona o zdravstvenom osiguranju? Da će možda reformirati HZZO i dati ga pod kontrolu Skupštine sastavljene od pacijenata, jer oni uplaćuju za svoju zdravstvenu zaštitu i morali bi kontrolirati kako i gdje se troši novac koji uplate? Imali mjesto u Skupštini za zdravstveno osoblje kojem je cilj dostupnija i plaćena zdravstvena zaštita ili će opet HZZO biti ostavljen političari i podobnicima imenovanima u Upravno vijeće HZZO-a koji bi po aktualnom „čl. 33. ZOZO, NN 80/13 i 137/13 i dalje imali zakonsku ovlast za utvrđivanje standarda i

normativa zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući vrstu i broj terapijskih i dijagnostičkih postupaka po osiguranoj osobi na godišnjoj razini, iznos potrebnih sredstava u skladu s osiguranim sredstvima u Financijskom planu Zavoda, kao i način ostvarivanja prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Rečeno donosi Upravno vijeće HZZO-a uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih Komora“ (završen citat) Lucian Vukelić, ravnatelj HZZO-a 31. srpnja.2018.

Napomena, cijena rada liječnika po HZZO-u je ispod minimalne cijene rada koje je odredila Hrvatska liječnička komora, dok je HZZO završio 2017. g. u plusu od 241 milijuna kn, iako plaća limitirano i PZZ-u i bolnicama; odrađeni prekorad nitko ne plaća iako je podcijenjena vrijednost i rada i broj usluga, iako ugovara timove bez nositelja i za pacijente koji su platili zdravstvenu zaštitu. Tako oko 400.000 žena nema svog izabranog ginekologa PZZ-a, ti novci ostaju HZZO-u, a slično je i za druge djelatnosti PZZ-a. Koliko nam je i po koju cijenu zdravstveno osiguranje besplatno, solidarno i dostupno?

I ovaj je ministar, kao prethodni ministri, mjesecima davao dojam da će braniti važnost PZZ-a, cjelovite struke, rasteretiti bolnički segment, izjednačiti primanja liječnika, tako da specijalizanti neće biti plaćeni manje od blagajnice i marketima, da liječnicima neće čistačice i tehničko osoblje potpisivati strukovni kolektivni ugovor zdravstva što je uveo dr. Mršić, inače liječnik po struci, koji je bio utjecajan i u HZZO-u. Kaže se ako ne riješi Zakon, riješiti će Pravilnici?

Kako može osiguravajuća kuća (HZZO) biti nositelj standarda i normativa struke i imati monopol na ugovaranje, tako da unutar ugovornog razdoblja smanji cijenu i broj dijagnostičkih postupaka bez pristanka struke, Liječnikog zbora i Komore, i posljedično smanjuje i pacijentima dostupnost dijagnostike? Gdje je skupština koja će nadgledati rad i potrošnju HZZO-a, dobivaju li svi pacijenti plaćenu zdravstvenu zaštitu i imaju li osiguranu dostupnu zdravstvenu zaštitu koju

su platili. A ako je nemaju zašto nemaju i na što imaju pravo? A nedostupnost i liste iste čekanja rastu bez prozivke na odgovornost. Najbolje rješenje za neuspješnu politiku je zatrpati liječnike i medicinske sestre administracijom koja je zadatak osiguravajuće kuće te prozivati zatrpanog radnika u sustavu, i čak ga kažnjavati zbog „prekoračenja stope bolovanja“, miješati se u rad struke i kaznama hraniti birokratski represivni aparat.

Konačnim prijedlogom ZZZ-a je u svaki članak izmjene zakona dodana tržišna zakupnina i nadležnost županija i domova zdravlja, koje se pretvara u najmodavce i kojima se omogućava zarada iznajmljivanjem ordinacija, a ne kvalitetnijim i dostupnijim PZZ-om. Domovi zdravlja će po konačnom prijedlogu ZZZ-a imati pravo iznajmljivati prostore koje smo svi građani gradili doprinosima i zarađivati će naplaćivanjem tržišne zakupnine i liječnicima javnog zdravstva koji pružaju besplatno zdravstvo i nezdravstvenom segmentu koji zarađuje prodajom robe. Tako ćemo legalno imati dva liječnika u istoj ordinaciji, koji će po tržišnoj 1. zoni platiti obje odvojene tržišne zakupnine za jedan prostor, iako im to ne nadoknađuje HZZO, što znači duplo nego onaj butik robe u domu zdravlja koji posluje profitno. Time će izjednačiti „trgovanje“ zdravljem i robom (to već postoji u praksi), s napomenom da u javnom zdravstvu liječnik i medicinska sestra u timu ništa ne smiju naplatiti osim 10 kn participacije, koje uplaćujemo HZZO-u. Taj može izdati pametne kartice za utržak koji je njihov prihod, ali neće kad može opteretiti liječnika kao blagajnika! I do sada su domovi zdravlja bili iznajmljivači i zarađivali od nezdravstvenih usluga i najma, dok se devastirala kvaliteta zdravstvene usluge i ugovarali su se timovi bez liječnika nositelja jer nema specijalizaciju, iako se po važećem Zakonu zna tko su bili odgovorni za mrežu specijalizacija.

Na primjeru Splitsko-dalmatinske županije prikazat će kako novac uplaćen ordinacijama za dijagnostiku odlazi na namete birokraciji, koju i dalje štiti i Konačni prijedlog Zakona. Od 2011.-2018. (sedam godina) SDŽ je naplatom koncesijskih naknada od 1250 kn mjesечно zarađila oko 44 milijuna kuna. Isti novac je u sedam godina zakupnine zaradio Dom zdravlja dok nije nastupilo razdoblje koncesija i više jer je zakup trajao duže. Dodatno je bar toliko izdao računa za troškove struje, komunalija, vode i održavanja, i unutar kojih je dupliran PDV iznos, i sve na teret koncesionara i javnoga zdravstva.

Odgovor županijskih čelnika na vijećničko pitanje 12. na sjednici Županijske skupštine SDŽ-a, ljeta 2018: „...Od 2011. g. od kada se plaća koncesijska naknada u javno zdravstve-

noj službi ostvareni su prihodi 43,796.026,60 kn. Sredstva su u cijelosti doznačena Domu zdravlja SDŽ-a.“

Izračunajmo koliko se zarađilo na zakupima i zajedničkim troškovima, i zašto se nije uložilo u nastavak rada ordinacija, specijalizacije radiologije, ginekologije, pedijatrije, obiteljske medicine, zapošljavanja i stimulacija rada u ruralnim područjima koje skrbi Županija. Dobivene koncesije nam traju do 2021. uz napomenu da sa 65 godina života automatski prekidaju to pravo na koncesiju, iako liječnik želi odraditi cijelo razdoblje pa je od „2015-2017. g. 34 ordinacija vraćeno na taj način u dom zdravlja“, koji je nastavio ugovarati timove bez nositelja jer nije planirao i financirao specijalizacije, a u „2022. g. 45 liječnika u našoj Županiji ide u mirovinu“, specijalizacije traju pet godina, s napomenom da je 2016. višak prihoda od 3.75 milijuna kuna Dom zdravlja vratilo u Županiju, iako se moglo financirati 7-8 specijalizacija. Nakon javnih prozivki 2018. novi župan vraća taj iznos Domu zdravlja SDŽ-e.

Dovoljno da zaključite treba li zdravstvu više novaca ili više kontrole rada s novcem za zdravstvo. A decentralizirana sredstva, nabavu i adaptacije i kriterije za zapošljavanje nismo ni spomenuli.

Je li sad jasno zašto smo predani u nadležnost županija i Grada Zagreba i zašto je Rajko Ostojić uveo diskriminacijski čl. 78. st2. da najmanje 30 % djelatnosti PZZ-a mora ostati u domu zdravlja? Tako je nastavio i Siniša Varga koji se iskazivao kao borac za slobodan izbor i direktno ugovaranje cjelokupnog PZZ-a s HZZO-om, no na glasovanju o Konačnom prijedlogu ZZZ-a je to zatajio i bio suzdržan. Jedino je u svom mandatu stomatolozima odredio standard na koji pacijent ima pravo. Kad je to mogao, zašto drugi segmenti PZZ-a nisu dobili napismeno koji opseg postupaka, standard HZZO plaća za zdravstvenu zaštitu pacijenata, posebice jer je bio i ravnatelj HZZO-a?

Ministar Darko Milinović uveo je dodatan harač liječnicima, koncesijske naknade na djelatnost kao da smo kamenići na plaži, struku je pretvorio u tržišnu vrijednost poradi zarade županija i Grada Zagreba uz svog tadašnjeg tajnika Dražena Jurkovića koji je dugovječni direktor UPUZ-a. Članovi UPUZ-a ravnatelji domova zdravlja koji sredstvima tih domova plaćaju privatnu članarinu privatnoj udruzi. Naravno da sada podržavaju ministra Kujundžića, koji je diskriminaciju najmanje 30 % zamijenio novom „manjom“ diskriminacijom: „maksimalno 25 % mora ostati u domu zdravlja, kojemu je osigurao i zaradu na tržišnoj najamnini i naplati zajedničkih troškova od zakupaca

nositelja ordinacija, uz još prikrivenih utjecaja odlučivanja o nedavanju suglasnosti.

Kome ostaje odgovornost prethodnog desetljeća i osiromašenja mreže specijalizacija zbog čega opravdavaju da su i dalje nositelji PZZ-a domovi zdravlja? Baš zbog neodgovornosti odgovornih, danas nedostaje radiologa, pedijatara, ginekologa, obiteljskih liječnika, nema stimulacije rada u planinskim otočkim, izoliranim sredinama, nema nagrade dobivanja specijalizacije takvim liječnicima koji rade u ruralnim sredinama, nitko nije usvojio prijedlog struke da specijalizacije financira HZZO pet godina prije umirovljenja izabranog liječnika nositelja ordinacije ili bolničkog liječnika da bi izbjegli nezakonito ugovaranje timova bez liječnika nositelja i osigurali nastavak rada ordinacije prvenstveno zbog upisanih pacijenata, uz obvezu zaštite kontinuitetom radnog mjesta medicinskih sestara u timu, što nije uvijek slučaj.

Sve se vrti oko novca kojeg ima u zdravstvu, samo se ne kontrolira distribucija preko izabranih subjekata politike. Struka se zatrpava kaznama i prijetnjama, zaštitu više nemamo od koga tražiti.

Reformu zdravstva koju je tadašnji ministar Andrija Hebrang, ratni ministar, počeo provoditi, zaustavila je nova politika. Nije nam bilo ugodno iz socijalističkog sustava vrijednosti, u kojem se nije mjerilo koliko radiš, ići u direktno ugovaranje s HZZO-om i voditi financije svog tima, neki to ni danas ne vole. No ministar Hebrang je tražio model najjeftinijeg za državu, dostupnijeg za pacijente, dostojanstvenijeg za struku. Prvi koji je imao viziju i snagu donijeti zakon kojim je 100 % nositelja ordinacija PZZ-a u svoje ime na vlastitu odgovornost potpisivalo ugovore s HZZO-om za pružanje usluge besplatnog javnog zdravstva, i koji je očuvao mrežu specijalizacija i nastavak rada u ordinacijama, jer je HZZO (dom zdravlja, bolnica, HMP) osigurao nastavak specijalizacija i ordinacija, prvi koji je uveo zaštićeni najam ordinacija. Znao je da najprije treba reformirati najjeftiniji, informatizacijom i najkontrolirаниji, najdostupniji oblik organizacije rada, PZZ jer odradi 80 % posla zdravstvene zaštite i rastereti bolničku skuplju zdravstvenu zaštitu. Bolnički segment ni jedan ministar nije ni stigao mijenjati. Izgleda da i neće. Zato trebamo pomagati jedni druge i zajedno naći načina reći politici: dosta je! Struka je odgovornost, struka je budućnost zdravstvenog sustava.

Marija Divić, dr. med. spec. ginekologije i porodiljstva, predsjednica Sekcije ginekologa HUKPZZ-a, dopredsjednica HUKPZZ-a, članica RS ZZZ i RS ZOZO.

Studij medicine na engleskom jeziku u Splitu počeo je 2011., a pripreman je dvije godine

 MATKO MARUŠIĆ
profesor emeritus, Split

Poštovani urednici Liječničkih novina, u povodu članka „Studij medicine na engleskom jeziku“ objavljenog u Liječničkim novinama br 173. smatram vrlo važnim iznijeti činjenice o samoj ideji osnivanja studija na engleskom jeziku i otporima koji su pratili tu ideju, inicijativu.

Studij u Splitu počeo je s radom godine 2011., a onaj u Rijeci godine 2017. Zagrebački je doista počeo 2003. i u tome sam sudjelovao na molbu tadašnjeg dekana prof. dr. Borisa Labara. Tu vrijedi spomenuti da je dekan Labar pri uvođenju studija imao velike otpore kolega s Fakulteta, koje je svladao velikom upornošću i odlučnošću.

Jednako tako jak otpor uvođenju studija Medicina na engleskom jeziku doživio sam i ja 2009. na Medicinskom fakultetu u Splitu. Za Liječničke novine dekan MEF-a u Splitu prof. dr. Zoran Đogaš ispravno kaže da je program studija Medicina na engleskom jeziku „započeo (je) 1. listopada 2011. u mandatu dekana prof. dr. sc. Dragana Ljutića“. U nekoliko drugih prilika javnoga nastupanja kazao je i „da je ta ideja postojala i prije dekanskoga mandata prof. Marušića“, što je također točno. No, ni jedna ni druga informacija nisu potpune.

Počnimo od one jednostavnije: pa naravno da je ideja osnivanja studija Medicina na engleskom jeziku postojala od ranije – naime barem od 2003., kad je takav studij pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu uveo profesor Labar. Ta ideja je posebno meni bila bliska, jer sam, upravo na poziv kolege Labara, prijatelja sa studija i dobrog dijela života, podržao uvođenje studija. Dekan Labar je doživio jak otpor uvođenju studija pa me zamolio da njegovu ideju javno podržim, na engleskom jeziku napravim program predmeta za koji sam bio zadužen (Uvod u znanstveni rad u medicini) i preuzmem obvezu

da će se nastava održati, te priredim udžbenik za taj predmet na engleskom jeziku. (Preveo sam svoj udžbenik Uvod u znanstveni rad u medicini.) Upravo na uspjehu zagrebačkoga studija gradio sam svoj optimizam za njegovo uvođenje u Splitu, a dodatno i na tome što je većina nastavnika na MEF-a u Splitu bila na usavršavanju u SAD-u (1).

Toliko o ideji osnivanja. Što se tiče samog osnivanja, ono je u Splitu također naišlo na teškoće. U lipnju 2009. izabran sam za dekana MEF-a u Splitu, a na tu sam funkciju trebao nastupiti 1. listopada. Tadašnji dekan prof. dr Stipan Janković korektno me u lipnju uključio u rad Dekanskoga kolegija, prepustivši mi i planiranje upisa za sljedeću školsku godinu. Tako sam na Vijeću Fakulteta još 2009. predložio uvođenje studija Medicina na engleskom jeziku. Usprotivila su se četiri ugledna profesora (Ž. Dujić, M. Boban, J. Terzić i V. Krzelj), te predsjednik studentske organizacije (V. Popović), pa moj prijedlog nije prošao.

Godine 2010. pripremio sam se bolje. Prvo sam odabrao prodekanu za studij Medicina na engleskom jeziku, prof. dr. Zorana Valiću, vrlo sposobnog i ozbiljnog kolegu, koji je potom cijelu godinu radio na administrativnoj organizaciji Studija. To je bio velik i složen posao, od načina prijave stanovanja stranih studenata policiji, preko zdravstvenoga osiguranja i studije održivosti, do pripreme udžbenika i raspisa natječaja za upis. MEF u Zagrebu u dva nam je navrata odbio dati ikakvu pomoć ili informaciju. Za pomoć je bivšu dekanicu prof. N. Čikeš osobno molio rektor Sveučilišta u Splitu prof. Ivan Pavić, koji je od početka do kraja jako podržavao moj projekt osnivanja Studija, a ja sam molio dekana prof. D. Miličića; on mi je nevoljko obećao da će na sjednicu Vijeća Fakulteta u Splitu doći njegov prodekan za studij na engleskom prof. dr. Davor Ježek, ali taj je dolazak otkazan na dan sjednice splitskoga Vijeća („Europa studira u Splitu Medicinu na engleskom upisali Talijani, Švedani, Nijemci, Britanci...“, Slobodna Dalmacija, 28. rujna 2011.). Na sjednicu Vijeća MEF-a u Splitu na kojoj se odlučivalo o Studiju

dragovoljno je došao rektor prof. Pavić da me podrži; poslije teške rasprave moj prijedlog je prošao („Novost u Splitu Medicina na engleskom za 7000 eura po godini“, Slobodna Dalmacija, 28. veljače 2011.). No, otpor nije prestao, nego se pojačao. Pred sam upis studenata u školsku godinu 2011./2012. sumnju da ćemo navrijeme upisati dovoljno studenata iskazali su čak i moji najbliži suradnici, dvojeći „sto ćemo ako upišemo samo nekoliko studenata?“ (odobrena upisna kvota bila je 30). Prodekan za Studij na engleskom prof. Valić je podnio ostavku zbog mojega ustrajanja, s tim da je, na moju molbu, ipak nastavio svoj posao – s istim ovlastima i dok ne upišemo studente. Tada sam svu odgovornost i sve odluke preuzeo na sebe; uz ljubaznu pomoć dvaju studenata zagrebačkoga studija Medicina na engleskom jeziku, g. Andréa Macieja Warzeche i g. Jake Raguža uspio sam na natječaj privući tridesetak kandidata. No, oni su mogli odustati i kad ih prihvativam – jer se moglo prepostaviti da su se javili na više fakulteta, a nepoznati Split ne će preferirati. Zato smo studente upisivali i prije završetka natječaja; njih su potpuno nezavisno birali profesori I. Grković i Z. Valić između prijavljenih kandidata. I doista, dio ih je odustao i kad smo im ponudili upis. Na kraju smo upisali 22 studenta kojima smo bili stvarno zadovoljni. Prvi dan nastave (1. listopada 2011.) upisanim sam studentima darovao i potpisao hrvatsko-englesku knjigu hrvatske poezije koju smo prethodno bili priredili i pripremili kao svečani dar dobrodošlice (2). U međuvremenu (lipanj 2011.) je za dekanu Fakulteta izabran prof. dr. Dragan Ljutić, koji je, kako u Liječničkim novinama kaže prof. Đogaš, 1. listopada 2011. nastupio na posao, kao i strani studenti prvi dan na nastavu. Studij na engleskom više nije dolazio u pitanje, jer su studenti već dosta ranije platili školarinu, upisali se, naselili se u Splitu i onda odslušali prvi dan nastave.

Danas vidimo da su se ostvarile sve prednosti Studija u koje sam od 2009. do 2011. uvjeravao kolege: a) gospodarski dobitak jer će stranci ostavljati novac za život u Splitu, b) propagandni dobitak jer će se, ako

budemo dobri kao što možemo, u svijetu pozitivno pričati i pisati o Splitu, c) omogućit ćemo našim studentima i Splitu veću otvorenost prema svijetu, veći doticaj sa strancima i upoznavanje različitih kultura, d) otvaramo mogućnost razmjene studenata i profesora, jer će strani stručnjaci dolaziti u Split, a splitski će ići vani, i d) ostvariti ćemo značajnu financijsku korist od školarine Fakultetu i fakultetskim poslenicima („Europa studira u Splitu Medicinu na engleskom upisali Talijani, Švedani, Nijemci, Britanci...“, Slobodna Dalmacija, 28. rujna 2011.). Novac od školarina upotrijebili strogo prema tadašnjem Kolektivnom ugovoru o radu.

Moram napomenuti još nešto u odnosu na članak gđe Smiljane Škugor Hrnčević. On prenosi i neraspoloženje dekana sadašnjih hrvatskih medicinskih fakulteta prema otvaranju novih medicinskih fakulteta, koje su oni i ranije bili unisono izrazili („Dekani protiv osnivanja novih studija medicine“, Novi list, 12. rujna 2018.). To je tema o kojoj bi trebalo posebno pisati, a ovdje ću samo reći da me taj stav rastužuje. Otpor Beća prema osnivanju MEF-a u Zagrebu (3), i Zagreba prema osamostaljenju MEF-a u Splitu (4) neugodno su iskustvo pa nepravdu ne bi sada trebali ponavljati oni kojima je ista takva bila učinjena u prošlosti. Otpor stvaranju

novih fakulteta u suprotnosti je s načelom autonomije sveučilišta i akademske kolegijalnosti. Brigu o kvaliteti novih fakulteta može se otkloniti samo objektivnim (ne usmenim), standardiziranim (pismeni test i praktični ispit sa stanicama) i nekorumpiranim državnim ispitom, koji bi trebala provoditi, i za njega odgovarati, Hrvatska liječnička komora; to bi trebala biti hrvatska inačica američkoga USMLE. Tek tada bi se vidjela istina o kvaliteti naših fakulteta, a svaki bi oblik otpora, sumnje ili kritike imao i svoju objektivnu, dokazivu osnovu, na kojoj bi se mogle graditi mjere popravljanja ili ukidanja. Predlažem da se to i tako napravi.

1. Marušić M. On the advancement of science in developing countries: an example of seventy Croatian young scientists educated in Germany and USA. Croat Med J. 1996;37:273-82.
2. Utrobičić A, Malički M, Marušić M, urednici. Put u Split/Passages to Split. Split: Medicinski fakultet u Splitu; 2011.; ISBN 978-953-7524-11-1
3. Belicza B. Foundation of the Zagreb School of Medicine. Croat Med J. 1992;33:163-79.
4. Marušić M. Povijest Medicinskog fakulteta u Splitu. U: Janković S, Boban M, urednici. Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, 1997.-2007. Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2007. str. 16-35.

LOMED-ova prva dubrovačka jesenska škola

Udruga LOMED- liječnici obiteljske medicine Dubrovnik, osnovana 12. lipnja 2017. g. kao entuzijastična ideja četvorice liječnika, specijalista obiteljske medicine iz Dubrovnika, sa željom za boljim i kvalitetnijim edukacijama na području Dubrovačke Neretvanske županije, ali i cijele RH. Članovi LOMED-a su , dr. med. Mithad Čerimagić predsjednik udruge, dr. med. Orsat John dopredsjednik, dr. med. Mario Čurlin likvidator i dr med. Teo Depolo tajnik. Cilj udruge je jedino i isključivo organiziranje stručnih znanstvenih skupova, škola i seminar te drugih oblika edukacije iz područja obiteljske medicine; poticanja i sudjelovanje u znanstvenom, stručnom i edukativnom radu, suradnja i povezivanje svih liječnika obiteljske medicine, ali i bolničkih liječnika, a sve sa svrhom unapređenja i podizanja kvalitete rada u zdravstvenoj zaštiti pučanstva RH.

Prvi znanstveni skup organiziran od strane LOMED-a , nazvan od milja I Dubrovačka jesenska škola održan je od 4.-07.10. 2018.g. u hotelu Kompas Dubrovnik. Zamišljena kao "škola" sastavljena od 10 "razreda", u sklopu kojih bi se odvijale isključivo radionice s temama aktuelnim

za obiteljsku medicinu, uz pomno izabrane predavače i interaktivno sudjelovanje polaznika,cilj nam je bio omogućiti LOM usvajanje novih i brišenje već usvojenih znanja i vještina koje koristimo u svakodnevnom radu. Kroz interakciju, razgovor i druženje, također smo htjeli potaknuti i međusobnu razmjenu iskustava i suradnju među LOM i bolničkih liječnika. Sa zadovoljstvom možemo reći, nakon obavljenog posla i slegnutih dojmova, te veliki broj pozitivnih komentara kolega sudionika i predavača, da je naša I Dubrovačka škola prošla sa odličnim uspjehom i da smo dobili vjetar u leđa za organiziranje nove.

Naravno da je i ovaj susret kolega iz struke prošao u raspravi oko najavljenih promjena u zakonu o zdravstvenoj zaštiti , koje nažalost izgleda neće napraviti nikakav pozitivan pomak u u radu liječnika obiteljske medicine. Prvenstveno se raspravljalo o mogućnostima zadržavanja specijalista obiteljske medicine u zemlji, kao i omogućavanju mladim liječnicima da se specijalistički usavršavaju u našoj struci. Svi prisutni su iskazali zabrinutost u svezi predloženih promjena, jer smo se nadali da će predloženi zakon rješiti problem

koncesija , kao i što bi nam trebao omogućiti normalno poslovanje ordinacija, zapošljavanje dodatnoga medicinskoga i nemedicinskoga kadra, omogućiti ulaganja u naše ordinacije, uz priznavanje prava nositelja ordinacija i mogućnosti otkupa.

Želja nam je da Dubrovačka škola za LOM postane tradicija, koja bi se održavala u intervalima od svako dvije godine, sa ograničenim brojem sudionika, a sve kako bi uspjeli zadržati visoku razinu kvalitete i profesionalnosti. Sa veseljem već možemo najaviti organiziranje iste u 2020. g., te se radujemo daljnjim druženjima u uvijek suncem obasjanom Dubrovniku.

Dubrovnik, 17. listopada 2018.g.

S poštovanjem,

dr. med. Orsat John,
spec. obiteljske med.

dr. med. Mithad Čerimagić,
spec. obiteljske med.

dr. med. Mario Čurlin,
spec. obiteljske med.

dr. med. Teo Depolo,
spec. obiteljske med.



Za bolesnike čiji tumori eksprimiraju PD-L1 DAJTE SVOJIM BOLESNICIMA KLJUČ ZA **SUPERIORNO PREŽIVLJENJE¹**

PRVA LINIJA liječenja metastatskog karcinoma pluća nemalih stanica naspram kemoterapije koja sadrži platinu.

DRUGA LINIJA ili viša linija liječenja lokalno uznapredovalog ili metastatskog karcinoma pluća nemalih stanica naspram docetaksela

KEYTRUDA kao monoterapija je indicirana za prvu liniju liječenja metastatskog karcinoma pluća nemalih stanica (engl. non-small cell lung carcinoma, NSCLC) u odraslih čiji tumori eksprimiraju PD-L1 uz udio tumorskih stanica s ekspresijom (engl. tumour proportion score, TPS) $\geq 50\%$ i koji nisu pozitivni na tumorske mutacije gena EGFR ili ALK.¹

KEYTRUDA kao monoterapija je indicirana za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog NSCLC-a u odraslih uz TPS $\geq 1\%$ i koji su prethodno primili najmanje jedan kemoterapijski protokol. Bolesnici pozitivni na tumorske mutacije gena EGFR ili ALK trebaju također primiti ciljanu terapiju prije nego što prime lijek KEYTRUDA.¹

PD-L1 = receptor programirane stanične smrti-1; EGFR = receptor epidermalnog faktora rasta; ALK = kinaza anaplastičnog limfoma.

Referenca: 1. Sažetak opisa svojstava lijeka Keytruda



INVENTING FOR LIFE

Merck Sharp & Dohme d.o.o. Ivana Lučića 2 a, 10000 Zagreb, Hrvatska
Sva prava pridržana. Izrađeno u Hrvatskoj, studeni 2018.
ONCO-1275964-0000 EXP 11/2019

Samo za zdravstvene djelatnike.

Prije propisivanja molimo proučite zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku odobrene u RH.

Lijek se izdaje na liječnički recept.

KEYTRUDA®
(pembrolizumab)

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

Prije propisivanja molimo pročitajte cjelokupni Sažetak opisa svojstava lijeka!

▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otvaranje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek.

Naziv lijeka: KEYTRUDA® 50 mg prašak za koncentrat za otopinu za infuziju; 25 mg/ml koncentrat za otopinu za infuziju

Kvalitativni i kvantitativni sastav: Jedna boćica s praškom sadrži 50 mg pembrolizumaba. Nakon rekonstitucije, 1 ml koncentrata sadrži 25 mg pembrolizumaba. Jedna boćica s 4 ml koncentrata sadrži 100 mg pembrolizumaba. Jedan ml koncentrata sadrži 25 mg pembrolizumaba. Pembrolizumab je humanizirano monoklonsko protutijelo koje se veže na receptor programirane stanične smrti (eng. programmed cell death 1, PD1) (izotip IgG4/kapa s promjenom u slijedu sekvence za stabilizaciju uFc regiji) i proizvodi se u stanicama jajnika kineskog hraka tehnologijom rekombinantne DNK.

Terapijske indikacije: kao monoterapija u odraslim: za liječenje uznapredovalog (neresektabilnog ili metastatskog) melanoma; za prvu liniju liječenja metastatskog karcinoma pluća nemalih stanica (engl. non small cell lung carcinoma, NSCLC) čiji tumori eksprimiraju PD-L1 uz udio tumorskih stanica s ekspresijom (engl. tumour per million score, TPS) ≥ 50% i koji nisu pozitivni na tumorske mutacije gena EGFR ili ALK.; za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog NSCLC čiji tumori eksprimiraju PD-L1 uz TPS ≥ 1% i koji su prethodno primili najmanje jedan kemoterapijski protokol (Bolesnici pozitivni na tumorske mutacije gena EGFR ili ALK trebaju također primiti cijlanu terapiju prije nego što prime lijek KEYTRUDA®); za liječenje bolesnika s relapsirajućim ili refraktornim klasičnim Hodgkinovim limfomom (KHL) kod kojih su autologna transplantacija matičnih stanica (engl. autologous stem cell transplant, ASCT) i liječenje brentuximab vedotinom (BV) bili neuspješni ili koji nisu pogodni za transplantaciju i nisu odgovorili na BV; za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog urotelnog karcinoma u bolesnika prethodno liječenih kemoterapijom koja sadrži platini; za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog urotelnog karcinoma koji nije pogodan za kemoterapiju koja sadrži platini i u kojih tumori eksprimiraju PD-L1 s kombiniranim pozitivnim rezultatom (engl. combined positive score, CPS) ≥ 10, za liječenje rekurentnog ili metastatskog karcinoma skvamoznih stanica glave i vratu (engl. head and neck squamous cell carcinoma, HNSCC) u bolesnika čiji tumori eksprimiraju PD-L1 uz TPS ≥ 50% i čija bolest progredira tijekom ili nakon kemoterapije koja sadrži platini, te u odraslim u kombinaciji s pemetreksem i kemoterapijom koja sadrži platini indicirana je za prvu liniju liječenja metastatskog neskvamoznog NSCLC-a čiji tumori nisu pozitivni na mutacije gena EGFR ili ALK.

Doziranje i način primjene: Liječenje moraju započeti i nadzirati liječnici specijalisti s iskustvom u liječenju raka. Odabir za liječenje bolesnika s NSCLC-om ili prethodno neliječenim urotelnim karcinomom treba se temeljiti na tumorskoj ekspresiji PD-L1 primjenom validiranog testa. U bolesnika s neskvamoznim NSCLC-om čiji tumori pokazuju visoku razinu ekspresije PD-L1 potrebno je razmotriti rizik od nuspojava uz kombiniranu terapiju u odnosu na monoterapiju pembrolizumabom te ocijeniti omjer koristi i rizika kombinirane terapije za svakog pojedinog bolesnika. Preporučena doza lijeka KEYTRUDA je 200 mg, a primjenjuje se intravenskom infuzijom u trajanju od 30 minuta svaka 3 tjedna. Kada se KEYTRUDA® primjenjuje kao dio kombinirane terapije koja uključuje pemetreksem i kemoterapiju temeljenu na platinom, KEYTRUDA® se treba primijeniti prva. Bolesnike treba liječiti lijekom KEYTRUDA® do progresije bolesti ili pojavje neprihvatljive toksičnosti. Primješeni su netipični odgovori. Preporučuje se nastaviti liječenje u klinički stabilnih bolesnika koji pokazuju početne znake progresije bolesti, dok se progresija bolesti ne potvrdi. **Ostećenje funkcije bubrega i jetre:** Nije potrebno prilagodavati dozu u bolesnika s blagim ili umjerenim oštećenjem funkcije bubrega ili blagim oštećenjem funkcije jetre. KEYTRUDA® se nije ispitivala u bolesnika s teškim oštećenjem funkcije bubrega, niti u bolesnika s umjerenim ili teškim oštećenjem funkcije jetre. **Funkcionalni ECOG (engl. Eastern Cooperative Oncology Group) status ≥ 2:** Bolesnici s funkcionalnim ECOG statusom ≥ 2 nisu bili uključeni u klinička ispitivanja primjene kod melanoma, NSCLC-a, KHL-a i HNSCC-a. Odgođa primjene doze ili prekid liječenja: **Odgoditi liječenje dok se nuspojave ne vrate na 0. ili 1. stupanj u slučaju:** Pneumonitsa 2. stupnja; Koltitsa 2. ili 3. stupnja; Nefritis 2. stupnja s vrijednostima kreatinina >1,5 do ≤3 puta iznad gornje granice normale (GGN); Simptomatski hipofizitis; Sećerne bolest tipa 1 povezane sa hiperglikemijom ≥3. stupnja (glukosa >250 mg/dl ili >13,9 mmol/l) ili povezane s ketoacidozom; Hipertireoze ≥3. stupnja (Za bolesnike sa 3. ili 4. stupnjem endokrinopatije koja se poboljšala do 2. ili nižeg

stupnja i koja se kontrolira nadomjestkom hormona, prema potrebi, može se razmotriti nastavak liječenja pembrolizumabom nakon postupnog snižavanja doze kortikosteroida, ukoliko je potrebno. U protivnom, liječenje treba prekinuti.

Hipotireoza se može zbrinuti nadomjesnom terapijom bez prekida liječenja); Hepatitis 2. stupnja s vrijednostima AST ili ALT >3 do 5 puta iznad GGN-a ili ako je ukupni bilirubin >1,5 do 3 puta iznad GGN-a. **Liječenje lijekom KEYTRUDA® mora se trajno prekinuti:** u slučaju da se ponovno pojavi bio koja imunološki uzrokovana nuspojava 3. stupnja i u slučaju bilo koje imunološki uzrokovane nuspojave toksičnosti 4. stupnja, osim endokrinopatija koje se mogu kontrolirati nadomjesnim hormonima; ako se doza kortikosteroida ne može smanjiti na ≤10 mg prednizona ili ekvivalenta na dan unutar 12 tjedana; ako se toksičnost povezana s liječenjem ne poboljša do 0. ili 1. stupnja unutar 12 tjedana nakon posljednje doze lijeka KEYTRUDA®; Pneumonitsa rekurentnog 2. stupnja; Nefritis ≥3. stupnja s vrijednostima kreatinina >3 puta iznad GGN-a; Hepatitis ≥3. stupnja s vrijednostima AST-a ili ALT-a >5 puta iznad GGN-a ili ako je ukupni bilirubin >3 puta iznad GGN-a. U slučaju jetrenih metastaza s početnim vrijednostima porasta AST-a ili ALT-a 2. stupnja, hepatitis u kojem AST ili ALT porasta za ≥50% i povišenje traje ≥1 tjedna; Stupanj 4 ili potvrđeni SJS ili TEN.

Kontraindikacije: Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi:** Ocijena PD-L1 statusa Pri ocjenjivanju PD-L1 statusa tumora važno je odabrati dobro validiranu i robusnu metodologiju kako bi se minimizirala mogućnost lažno negativnih ili lažno pozitivnih nalaza. Imunološki uzrokovane nuspojave (pneumonitis, kolitis, nefritis, hepatitis, endokrinopatije, kožne reakcije, ostale imunološki uzrokovane nuspojave):

Većina imunološki uzrokovanih nuspojava koje se javljaju za vrijeme liječenja pembrolizumabom je bila reverzibilna, te se zbrinjavala privremenim prekidom liječenja pembrolizumabom, primjenom kortikosteroida i/ili potpornom skrbu. Imunološki uzrokovane nuspojave javile su se također nakon posljednje doze pembrolizumaba. Mogu se simultano pojaviti imunološki uzrokovane nuspojave koje zahvaćaju više od jednog organskog sustava. U slučaju sumnje na imunološki uzrokovane nuspojave, potrebno je osigurati odgovarajuću procjenu radi potvrde etiologije ili isključivanja drugih uzroka. Ovisno o težini nuspojave, potrebno je odgoditi primjenu pembrolizumaba i primjeniti kortikosteroid. Nakon poboljšanja do ≤1. stupnja, treba postupno snižavati dozu kortikosteroida i nastaviti je snižavati tijekom najmanje 1 mjeseca. Na osnovi ograničenih podataka iz kliničkih ispitivanja u bolesnika u kojih se imunološki uzrokovane nuspojave nisu mogle kontrolirati uporabom kortikosteroida, može se razmotriti primjena drugih sistemskih imunosupresiva. Pembrolizumab se može ponovno uvesti unutar 12 tjedana nakon posljednje doze lijeka KEYTRUDA® ako nuspojava ostane ≤1. stupnju težine i ako je doza kortikosteroida snižena na ≤10 mg prednizona ili ekvivalenta na dan. Dodatne, klinički značajne imunološki uzrokovane nuspojave, uključujući teške ili fatalne, prijavljene u kliničkim ispitivanjima ili naknadno u postmarketinškoj praksi su uveitis, artritis, miozitis, miokarditis, pankreatitis, Guillain Barréov sindrom, majsternički sindrom, hemolitička anemija, sarkoidozu i encefalitis. Komplikacije alogene transplantacije hematopoetskih matičnih stanica (HSCT) nakon liječenja pembrolizumabom;

U bolesnika s klasičnim Hodgkinovim limfomom koji su podvrgnuti alogenom HSCT-u nakon prethodnog izlaganja pembrolizumabu zabilježeni su slučajevi reakcija presatka protiv primatelja (engl. graft-versus-host-disease, GVHD) i venookluzivne bolesti jetre. Potrebno je pažljivo razmotriti potencijalne koristi HSCT-a i mogući povećani rizik od komplikacija povezanih s transplantacijom u svakom pojedinom slučaju. **Alogeni HSCT prije liječenja pembrolizumabom:** U bolesnika s alogenim HSCT-om u anamnezi su nakon liječenja pembrolizumabom prijavljeni slučajevi akutnog GVHD-a uključujući GVHD sa smrtnim ishodom. Bolesnici u kojih je nakon transplantacije nastupio GVHD mogu biti izloženi povećanom riziku od GVHD-a nakon liječenja pembrolizumabom. U bolesnika s alogenim HSCT-om u namnezi treba razmotriti koristi liječenja pembrolizumabom naspram rizika od mogućeg GVHD-a.

Reakcije na infuziju: U bolesnika liječenog pembrolizumabom prijavljene su teške reakcije na infuziju, u slučaju kojih je potrebno prekinuti infuziju i trajno prekinuti liječenje pembrolizumabom. Bolesnici s blagom ili umjerenom reakcijom na infuziju mogu nastaviti primati pembrolizumab pod strogim nadzorom; može se razmotriti premedikacija antipiretikom i antihistaminikom. Kod primjene pembrolizumabu u bolesnika s urotelnim karcinomom i slabijim prognostičkim znakovima i/ili agresivnijem bolešću, a koji su prethodno primali kemoterapiju koja je sadržavala platini, prije primjene pembrolizumabu treba uzeti u obzir kasniji početak njegovog učinka, jer je

primijećen veći broj smrtnih slučajeva unutar razdoblja od 2 mjeseca u bolesnika liječenih pembrolizumabom nego u onih koji su primali kemoterapiju. Faktori povezani s ranim nastupom smrti bili su brza progresija bolesti tijekom prethodne terapije platinom te jetrene metastaze. Nema dostupnih podataka o sigurnosti i djelotvornosti u onemocnjima bolesnika (npr. funkcionalni ECOG status 3) za koje se smatralo da nisu pogodni za primanje kemoterapije. U njih se pembrolizumab treba primjenjivati uz oprez, nakon pažljivog razmatranja mogućeg omjera koristi i rizika. Kod primjene pembrolizumabu u kombinaciji s kemoterapijom za prvu liniju liječenja bolesnika s NSCLC om opažena je veća učestalost nuspojava nego kod monoterapije pembrolizumabom ili primjene samo kemoterapije.

Kartica s upozorenjima za bolesnika. Svi propisivači lijeka KEYTRUDA® moraju biti upoznati s Informacijama za liječnike i Smjernicama za liječenje. Propisivač mora razgovarati s bolesnikom o rizicima liječenja lijekom KEYTRUDA®. Bolesnik će svaki put kada mu se propiše lijek dobiti i Karticu s upozorenjima za bolesnika.

Trudnoća Pembrolizumab se ne smije koristiti u trudnoći, osim u klinički opravdanim slučajevima. Žene reproduktivne dobi trebaju koristiti učinkovit kontracepciju tijekom liječenja i još najmanje 4 mjeseca nakon posljednje doze pembrolizumab. **Dojenje** Nije poznato izlučuje li se pembrolizumab u majčino mlijeko. Potrebno je odlučiti da li prekinuti dojenje ili prekinuti liječenje pembrolizumabom uzimajući u obzir korist dojenja da dijete i korist liječenja pembrolizumabom za ženu.

Interakcije s drugim lijekovima i drugi oblici interakcija: Nisu provedena ispitivanja interakcija s drugim lijekovima. Budući se pembrolizumab izlučuje iz cirkulacije katabolizmom, ne očekuju se metaboličke interakcije s drugim lijekovima. Treba izbjegavati primjenu sistemskih kortikosteroida ili imunosupresiva prije uvodenja pembrolizumaba, jer mogu utjecati na djelotvornost pembrolizumaba. Međutim, sistemski kortikosteroidi ili drugi imunosupresivi mogu se koristiti nakon uvodenja pembrolizumaba za liječenje imunološki uzrokovanih nuspojava.

Nuspojave: Pembrolizumab se najčešće povezuje s imunološki uzrokovanim nuspojavama, od kojih se većina povukla po uvodenju odgovarajućeg liječenja ili odgode primjene pembrolizumaba. Većina prijavljenih nuspojava kod monoterapije bila je 1. ili 2. stupnja težine. Najozbiljnije su bile imunološki uzrokovane nuspojave i teške reakcije na infuziju. Zapažene nuspojave su: u monoterapiji kao vrlo česte (≥1/10): dijareja, osip, svrbež i umor, te kao česte (≥1/100 i <1/10): anemija, reakcija na infuziju, hipotireoza, hipertireoza, smanjen appetit, glavobolja, omaglica, disgezija, pneumonitis, dispneja, kašalj, kolitis, mučnina, povraćanje, bol u abdomenu, konstipacija, suha usta, teške kožne reakcije, vitiligo, suha koža, eritem, artralgija, miozitis, mišićno-koštana bol, artritis, bol u ekstremitetima, astenija, edemu, pireksija, bolest nalik gripi, zimica, povišene vrijednosti alanin aminotransferaze, povišene vrijednosti aspartat aminotransferaze, povišene vrijednosti alkalne fosfataze u krvi i povišene vrijednosti kreatinina u krvi; u kombinaciji s kemoperapijom kao vrlo česte: anemija, neutropenija, trombocitopenija, smanjen appetit, disgezija, osip, pruritus, umor, astenija, edem, povišene vrijednosti alanin aminotransferaze te kao česte: pneumonija, febrilna neutropenija, leukopenija, limfopenija, reakcija na infuziju, hipotireoza, hipertireoza, hipokalemija, hipopatremija, hipokalijemija, omaglica, glavobolja, letargija, periferna neuropatija, suho oko, pneumonitis, dispneja, kašalj, kolitis, bol u abdomenu, suha usta, hepatitism, teške kožne reakcije, alopecia, akneiformni dermatitis, suha koža, eritem, artralgija, miozitis, artritis, mišićno-koštana bol, bol u ekstremitetima, nefritis, akutna ozljeda bubrega, pireksija, povišene vrijednosti aspartat aminotransferaze, povišene vrijednosti kreatinina u krvi, za potpunu listu nuspojava pročitajte cjelokupni Sažetak opisa svojstava lijeka.

Način izdavanja: Lijek se izdaje na ograničeni recept.

Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem , Nizozemska

Broj(evi) odobrenja za stavljanje lijeka u promet: EU/1/15/1024/001, EU/1/15/1024/002.

Datum revizije teksta: 4. rujna 2018.

Samo za zdravstvene djelatnike.

Prije propisivanja molimo proučite zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku odobrene u RH.

Lijek se izdaje na liječnički recept.



INVENTING FOR LIFE

Merck Sharp & Dohme d.o.o. Ivana Lučića 2 a, 10000 Zagreb, Hrvatska
Sva prava pridržana. Izrađeno u Hrvatskoj, studeni 2018.

ONCO-1275964-0000 EXP 11/2019

Važna uloga trombocita u borbi protiv malarije

PORUKA ČLANKA

Trombociti uništavaju cirkulirajuće parazite svih glavnih vrsta plazmodija u ljudskoj malariji.

 Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.,

specijalist interne medicine, uži specijalist hematologije

Iako nam se možda iz naše hrvatske perspektive čini da je malarija već pomalo zaboravljena tropска bolest iz davne prošlosti, riječ je o bolesti od koje se unatoč silnom napretku medicine danas zarazi čak oko 200 milijuna a umre više od 400.000 ljudi godišnje (prema nekim izvorima je broj oboljelih i umrlih danas još i veći). Stoga je malarija i dalje predmet velikog zanimanja medicinske struke i znanosti.

Poznato je da malariju uzrokuje parazit iz roda *Plasmodium* (najčešće *Plasmodium falciparum* i *Plasmodium vivax*), a prenose je ženke komaraca *Anopheles*. Plazmodij između ostalog napada jetru pa zatim eritrocite, gdje razara hemoglobin iskorištavajući ga za sintezu svojih bjelančevina. Upravo stoga se evolucijom razvila druga velika skupina bolesti u područjima svijeta jako zahvaćenima malarijom – hemoglobinopatije (talasemije i anemija srpastih stanica). U tim naslijednim hemoglobinopatijama uslijed mutacija nastaje kvantitativno ili kvalitativno promijenjeni hemoglobin, u kojem je otežan ili onemogućen rast plazmodija u eritrocitima. Stoga su osobe s hemoglobinopatijama zaštićene od teškog oblika malarije, no mogu imati tešku hemolitičku anemiju

uslijed promijenjenog hemoglobina. Hemoglobinopatije su općenito među najčešćim uzrocima anemije u područjima s visokom prevalencijom malarije i danas se mogu naći bilo gdje u svijetu zbog migracije stanovništva.

Nedavna istraživanja ukazuju da u borbi protiv malarije jako važnu ulogu imaju i trombociti. Trombociti su druge najbrojnije stanice u krvi nakon eritrocita a njihova je glavna uloga regulacija hemostaze. Međutim, trombociti imaju i važnu ulogu u integraciji imunosnog odgovora staničnim interakcijama s leukocitima proizvodeći imunomodulacijske molekule pa se smatra da imaju zaštitnu ulogu u zaraznim bolestima. U brojnim bolestima je uočeno da je trombocitopenija povezana s nepovoljnih ishodom bolesti i povišenim rizikom za infekcije. Tako je uočeno da je trombocitopenija rizičan čimbenik za smrtnost i u malariji uzrokovanoj različitim vrstama plazmodija. Unatoč svemu, nedostaju izravni dokazi na koji način trombociti utječu na količinu parazita, nadzor ili napredovanje malarije u čovjeka.

Eksperimentalna istraživanja su pokazala da se u staničnim kulturama trombociti izravno vežu na eritro-

cite zaražene *Plasmodium falciparum* i uništavaju ih, kao i da eksperimentalni miševi zaraženi plazmodijem kraće žive ako su trombocitopenični. Mechanizam koji dovodi do izravnog uništavanja plazmodija uključuje trombocitni čimbenik-4 (eng. platelet factor-4, PF4), antimikrobnu bjelančevinu koju izlučuju trombociti i koji zatim nakon ulaska u eritrocite preko receptora Duffy ubija parazite *Plasmodium falciparum*.

U najnovijem broju glasovitog časopisa *Blood* opisane su interakcije trombocita i eritrocita analizirane mikroskopski i protočnom citometrijom u bolesnika s malarijom zaraženih različitim vrstama plazmodija - *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae* ili *Plasmodium knowlesi*. Analizirani su uzorci krvi 376 osoba iz područja s endemičnom malarijom - Papue, Indonezije i Malezije. Uočeno je da se trombociti izravno vežu i uništavaju intraeritrocitne parazite u svih istraživanih vrsta plazmodija, posebno u zrelim stadijima, a najizraženije u bolesnika s *Plasmodium vivax*. Trombociti su se puno jače vezivali na zaražene nego li na nezaražene eritrocite u krvi, te su nakupljali PF4 u eritrocitima u kojima su uništavani plazmodiji. Autori zaključuju da trombociti mogu nadzirati rast između 5 % i 60 % cirkulirajućih parazita, ovisno o različitim vrstama plazmodija, te da rezultati ovog zanimljivog istraživanja ukazuju da trombociti izravno doprinose nadzoru zaraze malarijom u čovjeka.

(Blood. 2018;132:1332-1344.; doi:<https://doi.org/10.1182/blood-2018-05-849307>)

KOJI LIJEKOVI UČINKOVITO LIJEĆE PREHLADU DJECE I ODRASLIH?

■ PORUKA ČLANKA

Dekongestivi sami ili u kombinaciji s antihistaminicima mogu biti sigurni i učinkoviti za liječenje prehlade u odraslih, no ne i u djece mlađe od dvanaest godina.

Unatoč tomu što je uglavnom uzrokovana virusima i samoizlječiva, prehlada se često liječi lijekovima koji se mogu kupiti bez recepta. No, kakvoća dokaza koji bi ukazali na učinkovitost tih lijekova u liječenju prehlade obično je vrlo mala.

Skupina znanstvenika iz Australije i Belgije je analizirala sustavne pregledne članke objavljene u bazi podataka Cochrane i/ili PubMed o liječenju prehlade u djece i odraslih dekongestivima, antihistaminicima, analgeticima, intranasalnim glukokortikoidima, biljnim pripravcima te vitaminima i mineralima.

Analiza je pokazala da su sedirajući antihistaminici u odraslih povezani sa smanjenjem rinoreje i kihanja u usporedbi s placeboom, dok je učinak nesedirajućih antihistaminika bio nejasan. Osim sedacije, u odraslih nisu zabilježene druge nuspojave navedenih lijekova. Nadalje, u odraslih je zabilježeno i olakšanje nosne kongestije uz oralne ili nazalne dekongestive u usporedbi s placeboom, također bez značajnih nuspojava.

U djece je učinak lijekova bilo teže



procijeniti zbog malog broja provedenih kliničkih istraživanja. Niska razina dokaza postojala je tek za učinkovitost ispiranja nosa fiziološkom otopinom.

Ni u djece ni u odraslih drugi načini liječenja koji se često primjenjuju pri prehladi, poput inhaliranja zagrijanoga vlažnog zraka te korištenja eukaliptusovog ulja ili ehinacije, nije bila podržana prikladnom razinom dokaza.

Na temelju provedenog istraživanja, autori su na kraju iznijeli preporuke za liječenje djece i odraslih s prehladom. Prije svega ističu kako je važno razgovarati s bolesnicima te im objasniti kako ne postoji „magični“ lijek za olakšanje njihovih simptoma te da je za vrlo malo lijekova koji se mogu kupiti bez recepta dokazana učinkovitost.

Autori smatraju kako su za odrasle s izra-

ženim nazalnim simptomima najbolji izbor antihistaminici i dekongestivi, sami ili u kombinaciji. S druge strane, s obzirom na nedostatak dokaza te na potencijalne nuspojave, ne preporučuju dekongestive ili lijekove koji sadrže anithistaminike u djece mlađe od šest godina, dok djeci u dobi od 6 do 12 godina preporučuju samo iznimno i uz dodatan oprez. Ako su roditelji vrlo zabrinuti zbog nelagode djeteta, smatraju kako se može preporučiti ispiranje nosa fiziološkom otopinom.

Naposljetku, autori istraživanja navode kako se svima koje muči prehlada treba objasniti da je to samoprolazna bolest koja traje sedam do deset dana te da unatoč nelagodnim simptomima koje uzrokuje rijetko izaziva druge teškoće.

(BMJ 2018; 363 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k3786>)

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

SIGURNOST DIJAGNOSTIČKE I TERAPIJSKE KATETERIZACIJE SRCA U BOLESNIKA S KARCINOMOM I KRONIČNOM TROMBOCITOPENIJOM U TRENUTKU AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA

PORUKA ČLANKA

Kateterizacija srca siguran je postupak za bolesnike s karcinomom i kroničnom trombocitopenijom.

Izrazito je malo podataka dostupno o riziku od krvarenja i ishodu u bolesnika koji boluju od karcinoma i kronične trombocitopenije kojima je kateterizirano srce. Cilj ovog istraživanja bio je procijeniti sigurnost koronarne angiografije, perkutane koronarne intervencije i antiagregacijskog liječenja u bolesnika s karcinomom te akutnim koronarnim sindromom (*engl. acute coronary syndrome - ACS*) i kroničnom trombocitopenijom.

Istraživanje je bilo retrospektivno. Ispitanici su bili bolesnici s kroničnom trombocitopenijom kojima je učinjena kateterizacija srca za ACS u razdoblju od studenoga 2009. do studenoga 2015.

Broj trombocita prije postupka odredio je u kojoj će skupini biti bolesnik. Bolesnici su bili podijeljeni u tri skupine: blaga (50.000 do 100.000/ μ l), umjerena (30.000 do 50.000/ μ l) i teška trombocitopenija (< 30.000/ μ l).

U istraživanju su pratili komplikacije u vidu krvarenja nakon kateterizacije te ukupno preživljjenje bolesnika (*engl. overall survival - OS*).

Ukupno je uključeno 98 bolesnika. Srednja vrijednost broja trombocita pri dolasku u bolnicu bila je $47,63 \pm 29,85$ K/ μ l. Teška trombocitopenija bila je dijagnosticirana u 36 bolesnika (36,7 %), umjerena u 20 (20,4 %) i blaga u 42 (42,9 %). Terapiju acetilsalicilnom kiselinom (monoterapija ili u kombinaciji s klopидogrelom) dobilo je 66 bolesnika (67,3

%), a dvostruka antiagregacijska terapija u 27 bolesnika (27,6 %). Utvrđen je jedan retroperitonejski i tri manja hematoma koji su nastali uslijed same kateterizacije. Nisu zamjećeni bilo kakvi nepovoljni cerebrovaskularni događaji povezani s kateterizacijom ili antiagregacijskom terapijom. Umjerena trombocitopenija bila je povezana sa smanjenim OS-om, dok su acetilsalicilna kiselina, dvostruka antiagregacijska terapija i statini bili povezani s poboljšanjem OS-a.

Zaključno, kateterizacija srca je siguran postupak za bolesnike s karcinomom i kroničnom trombocitopenijom. Acetilsalicilnu kiselinu i dvostruku antiagregacijsku terapiju treba razmotriti u bolesnika s karcinomom koji boluju od kronične trombocitopenije, a istovremeno dožive ACS.

(Am J Cardiol. 2018 Nov 1;122(9):1465-1470. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.07.033.)

 PETRA RADIĆ, dr. med.

OPĆI KIRURZI S VELIKIM OPERACIJSKIM ISKUSTVOM POSTIŽU DOBRE ISHODE LAPAROSKOPSKE KOLECISTEKTOMIJE U DJECE

PORUKA ČLANKA

Većim operacijskim iskustvom može se postići bolji učinak laparoskopske kolecistektomije u djece nego li specijalističkim usavršavanjem iz tog područja.

Hong i suradnici (McMaster University, Hamilton, Ontario, Kanada) ustvrdili su da kirurzi za odrasle koji rade mnogo

operacija žučnjaka mogu sigurno raditi kirurgiju žučnjaka u djece te da zapravo imaju bolje ishode od pedijatrijskih

kirurga s malim brojem tih operacija. Autori napominju da, iako svojedobno rijetka pojava, prevalencija se pedijatrijske kolelitijaze povećala s epidemijom pretilosti u dječjoj dobi. Kako bi ispitali čimbenike povezane s troškovima i ishodima pedijatrijske laparoskopske kolecistektomije, autori su retrospek-

KATETERIZACIJA NADBUBREŽNIH VENA

U PRIMARNOM ALDOSTERONIZMU, UZ TERAPIJU ANTAGONISTIMA MINERALOKORTIKOIDNIH RECEPTORA

PORUKA ČLANKA

U većine bolesnika s teškim primarnim aldosteronizmom može se postići uspješna lateralizacija u kateterizaciji nadbubrežnih vena unatoč terapiji antagonistima mineralokortikoidnih receptora.

Hipersekrecija aldosterona u primarnom aldosteronizmu (PA) može biti jednostrana ili obostrana. Ovisno o podvrsti PA određuje se liječenje: doživotno liječenje antagonistima mineralokortikoidnih receptora (MRA; eng. mineralocorticoid receptor antagonists) ili adrenalektomija. Kateterizacijom nadbubrežnih vena (AVS; eng. adrenal vein sampling) utvrđuje se lateralizacija hipersekrecije. Mnogi antihipertenzivni lijekovi moduliraju reninsko-angiotenzinsko-aldosteronski sustav te tako otežavaju dijagnozu bolesti i utvrđivanje podvrste PA. Liječenje antagonistima mineralokortikoidnih receptora osobito snažno remeti navedeni sustav, povećava koncentraciju renina i poslijedično potiče sintezu aldosterona s neautonomnih područja nadbubrežne žljezde. Takvim djelovanjem „maskira“ se lateralizacija u AVS postupku. Prekid terapije MRA-om u teškom PA može precipitirati hipokalije-

miju i/ili hipertenziju pa stoga nije uvijek prikladno rješenje.

Na Sveučilištu u Michiganu provedeno je istraživanje s ciljem utvrđivanja učinka liječenja MRA-om na interpretaciju rezultata AVS postupka. Provedeno je kohortno istraživanje svih bolesnika koji su bili podvrgnuti AVS-u između siječnja 2009. i 2018. godine. Svi podaci prikupljeni su retrospektivno: demografski podaci, rezultati AVS-a, patohistološki nalazi, nalazi praćenja bolesnika.

U rezultatima treba izdvojiti kako je od 191 bolesnika podvrgnutoga AVS-u njih 51 (27 %) bilo na terapiji MRA-om za vrijeme postupka. Koncentracija aldosterona u plazmi kao i dnevno određena doza antihipertenziva bila je veća u skupini bolesnika liječenih MRA-om u usporedbi s onima koji nisu bili na toj terapiji. Jednostrana hipersekrecija aldosterona bila je češća u skupini bolesnika liječenih MRA-om, i

to prije i poslije infuzije kosintropina ($P < 0,05$). Skupina liječena MRA-om uključivala je i dva bolesnika s nesuprimiranim reninom, u kojih je zabilježena jasna AVS lateralizacija. Osamdesetšest bolesnika imalo je jednostranu adrenalektomiju, uključujući 30 onih liječenih MRA-om za vrijeme AVS-a. Udio kliničkog i biomehaničkog uspjeha liječenja nije se statistički razlikovao između skupine bolesnika koji su za vrijeme AVS-a liječeni MRA-om i onih koji nisu bili na takvoj terapiji. Navedeni rezultati pokazuju kako se u većine bolesnika s teškim PA-om uspješna lateralizacija u kateterizaciji nadbubrežnih vena može postići unatoč liječenju antagonistima mineralokortikoidnih receptora.

(J Clin Endocrinol Metab. 2018 Sep 14. doi: 10.1210/jc.2018-01299.)

GLORIA LEKŠIĆ, dr. med.

tivno pregledali podatke više od 3500 djece (medijan dobi 15 godina, 79 % žena) koji su podvrgnuti postupku od 2008. do 2015. godine. Ukupna stopa bolesti iznosila je 3,9 %, a bolesnici s popratnim pobolom imali su veću stopu obolijevanja nego njihove „zdrave“ kontrole (9,4 % prema 2,5 %). Najčešći popratni poboli bili su posljedice kolelitijaze, uključujući kolecistitis, koledokolitijazu i bilijarni pankreatitis. Veliki broj operacija za pojedinog kirurga se definira kao 50 ili više laparoskopskih kolecistektomija tijekom 7-godišnjeg razdoblja istraživanja. Nije bilo povezanosti između popratnih pobola i hoće li bolesnika operirati dječji ili opći kirurg. Više od polovice kolecistektomija (53,9 %) izveli su opći kirurzi s velikim brojem operacija. U usporedbi s pedijatrijskim kirurzima s malim brojem operacija, opći kirurzi s velikim brojem operacija imali

su značajno niže stope pobola (omjer vjerojatnosti 0,32). Kako se stopa pedijatrijske kolelitijaze povećava, treba razmotriti broj održanih operacija pojedinog kirurga, a ne specijalističku obuku prilikom operacijskog liječenja, zaključuju autori. Koautorica pratećeg uvodnika, dr. Lorraine Kelley-Quon (Children's Hospital Los Angeles, Los Angeles, California, SAD) izjavila je da velik broj operacija obavljenih u djece i adolescenata obavljaju opći kirurzi. Integriranje općeg kirurga u širi razgovor o poboljšanju vrijednosti u dječjoj kirurgiji nov je koncept i zaslužuje daljnje istraživanje i proučavanje.

(JAMA Surg. 2018;153:551-557.)

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

Vježbe disanja prije kirurškog zahvata za polovicu smanjuju rizik od poslijeoperacijske upale pluća

PORUKA ČLANKA

Veliki kirurški zahvat u gornjem trbuhu povezan je s povećanim rizikom za poslijeoperacijsku upalu pluća. Prijeoperacijska edukacija bolesnika o vježbama disanja koje trebaju početi odmah nakon buđenja iz anestezije smanjuje incidenciju poslijeoperacijske upale pluća na polovicu.

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

Veliki kirurški zahvat u trbuhu povezan je s povećanim rizikom za poslijeoperacijsku upalu pluća. Novo randomizirano istraživanje pokazalo je da prijeoperacijsko poučavanje bolesnika da započnu vježbe disanja odmah nakon buđenja iz anestezije smanjuje incidenciju poslijeoperacijske upale pluća čak na polovicu. Ta se poruka može izravno primijeniti na nekoliko desetaka milijuna bolesnika širom svijeta kojima je učinjena elektivni veliki kirurški zahvat u trbuhu, osobito kod zahvata u gornjem trbuhu, navode **Boden** i suradnici (Department of Physiotherapy, Launceston General Hospital, Tasmania, Australia, Department of Physiotherapy, University of Melbourne, Melbourne, Australija). Istraživači su uključili 441 odraslu osobu u Australiji i Novom Zelandu u prvih šest tjedana od elektivnog kirurškog zahvata u gornjem trbuhu. Nasumično su im dodijelili 30 minuta edukacije i individualne upute o vježbama disanja ($n = 222$) ili informativnu knjižicu o poslijeoperacijskim plućnim komplikacijama (PPC) i mogućoj korišti od što ranijeg poslijeoperacijskog ustajanja, kretanja i vježbi disanja ($n =$

219). Bolesnici su u obje skupine primili standardnu poslijeoperacijsku skrb, uključujući fizioterapeuta koji je usmjeravao rani program kretanja započet prvoga poslijeoperacijskog dana. PPC su se dogodile u 20 % svih bolesnika u prva dva tjedna nakon operacije. U analizi namjere liječenja (intention to treat analysis), 12 % (27/218) bolesnika u intervencijskoj skupini razvilo je PPC za razliku od 27 % (58/214) u kontrolnoj skupini. Nakon prilagodbe za popratni pobol, demografske podatke i kirurške čimbenike, rizik za PPC smanjio se za 52 % uz intervenciju (ugoden omjer rizika, 0,48, 95 % interval pouzdanosti [CI] 0,3 - 0,75, $P = 0,001$). Broj osoba podvrgnutih vježbanju kako bi se spriječio jedan PCC iznosio je 7 (95 % CI 5 - 14). Autori su utvrdili da je intervencija imala najveći učinak u muškaraca, u osoba mlađih od 65 godina, u bolesnika koji su imali kolorektalnu operaciju i kada je iskusan fizioterapeut provodio edukaciju i vježbe disanja. Iskustvo fizioterapeuta je područje koje treba istražiti u budućim istraživanjima kako bi se vidjelo zašto to čini značajnu razliku. U ovom istraživanju

su najiskusniji fizioterapeuti intervenirali 124 puta, a mladi najviše 25 puta. Nisu pronađene razlike u sekundarnim ishodima kao što su duljina boravka u bolnici, spremnost za odlazak iz bolnice, ponovna hospitalizacija ili početak kretanja. Jedno objašnjenje uspjeha intervencije može biti da prijeoperacijsko vježbanje navodi bolesnike da započnu vježbe disanja odmah nakon operacije. Uobičajena je fizioterapija kada vježbe disanja započinju prvog ili drugog poslijeoperacijskog dana, što može biti prekasno, budući da se tada većina PPC-a već dogodila, navode autori. Osim toga, bol, mučnina, analgezija, tjeskobnost i trajna sedacija također mogu ugroziti sposobnost bolesnika da razumije upute ako je njegov prvi kontakt s fizioterapijom tek nakon operacije. Među ograničenjima istraživanja navodi se da je uključivala samo englesko govorno područje i provedena samo u dvije razvijene zapadne zemlje. Također, iako je istraživanje provedeno u tri središta (malena seoska bolnica, srednja regionalna tercijarna bolnica i velika sveučilišna bolnica), autori potvrđuju da velik dio sudionika dolazi iz jedne bolnice u Australiji.

(BMJ. 2018;360:j5916.)

DUGOROČNO PREŽIVLJENJE BOLESNIKA SA SUSTAVNOM SKLEROZOM I UDRUŽENOM PLUĆNOM ARTERIJSKOM HIPERTENZIJOM

► PORUKA ČLANKA

Rani probir bolesnika sa sustavnom sklerozom i udruženom plućnom arterijskom hipertenzijom mogao bi doprinijeti boljem preživljenju, međutim, potrebna su daljnja istraživanja kako bi se utvrdili biljezi.

Doc. dr. sc. MISLAV RADIĆ, dr. med., specijalist internist, subspecijalist reumatolog

Kolstad i sur. su objavili dugoročne podatke preživljjenja bolesnika s incidentnom plućnom arterijskom hipertenzijom (PAH) iz *Pulmonary Hypertension Assessment and Recognition of Outcomes in Scleroderma* (PHAROS) ispitivanja. PHAROS je multicentričan prospektivan register bolesnika sa sustavnom sklerozom (SSc) s visokim rizikom za razvoj PAH-a ili s incidentnom plućnom hipertenzijom potvrđenom kateterizacijom desnog srca u prvih 6 mjeseci.

Sustavna skleroza je kronična više-sustavna bolest vezivnog tkiva koju obilježavaju upalne, krvožilne i fibrozne promjene kože i unutarnejih organa. Plućne komplikacije SSc, uključujući intersticijsku plućnu bolest i PAH, dobro su poznati vodeći uzroci smrти bolesnika sa SSc-om. Prije dostupnosti specifičnog liječenja petogodišnja stopa preživljena u bolesnika sa SSc-PAH-om bila je 10 % u usporedbi s 80 % u bolesnika sa SSc-om bez PAH-a. Svrha ovog istraživanja bila je procijeniti dugoročne ishode u bolesnika sa SSc-PAH-om.

Analizirana je incidentna PAH I skupina (klasifikacijska podjela plućne hipertenzije prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji). Kaplan-Meierove krivulje preživljjenja određene su za ukupnu skupinu i onu skupinu bolesnika koji su umrli od PAH-a, a prediktori smrtnosti su identificirani pomoću multivarijatnih Cox regresijskih modela.

U analizu je uključeno 160 bolesnika s incidentnim SSc-PAH-om. Pedeset šest ih je umrlo tijekom medijana praćenja od 7,1 godine. Kumulativne stope preživljjenja su u 1., 3., 5. i 8. godini iznosile 95, 75, 63 i 49 %. PAH je bio povezan s 52 % svih smrtnih slučajeva. Odgovarajuće stope preživljjenja bile su 97, 83, 76 i 76 % prilikom analiza smrtnih slučajeva povezanih isključivo s PAH-om, a 93 % smrtnih slučajeva povezanih s PAH-om dogodile su se u prve 4 godine nakon postavljanja dijagnoze. Značajan utjecaj na preživljenje prema multivarijatnoj analizi imali su: muški spol (omjer ugrozenosti (HR, hazard ratio), 3,11, 95 %-tni interval pouz-

danosti (CI, confidence interval), 1,38 – 6,98), difuzna bolest (HR, 2,12, 95% CI 1,13 – 3,93), sistolički plućni arterijski tlak (PAP) na ultrazvuku srca (HR, 1,06 95 % CI 1,01 – 1,11), srednji PAP na kateterizaciji desnog srca (HR, 1,03, 95 % CI 1,001 – 1,07), 6-minutni test postignute udaljenosti hodom (HR, 0,92, 95 % CI, 0,86 – 0,99) i difuzijski kapacitet za ugljični monoksid (DLCO, *diffusing lung capacity for carbon monoxide*) (HR, 0,65, 95 % CI 0,46 – 0,92).

Sveukupna stopa preživljjenja bila je u istraživanju PHAROS veća u usporedbi s drugim kohortama SSc-PAH te podržava moguć utjecaj probira na dugoročno preživljenje ove skupine bolesnika. PAH je bio povezan s više od polovice smrtnih slučajeva, i to prvenstveno tijekom prvih nekoliko godina nakon dijagnoze PAH-a. Klinički biljezi koji su bili povezani s lošijim ishodima su muški spol, difuzna bolest, povišen sistolički PAP i srednji PAP te smanjena tolerancija napora i smanjen DLCO. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se identificirali rani biljezi i optimalne strategije liječenja bolesnika s najvećim rizikom od rane smrti povezane s PAH-om.

(Chest. 2018 Oct;154(4):862-871. doi: 10.1016/j.chest.2018.05.002.)

OBILJEŽJA SUSTAVNE SIGNALIZACIJE

*hormona štitnjače u hipotireozi uz liječenje levotiroksinom:
sustavni pregledni članak i meta-analiza*

PORUKA ČLANKA

Neki biološki biljezi signalizacije hormona štitnjače, kao što je serumska koncentracija ukupnog kolesterolja, ne nalaze se u granicama normalnih vrijednosti u bolesnika s liječenom hipotireozom, unatoč normalnoj serumskoj koncentraciji tireotropina.

Levotiroksin je standardno liječenje za hipotireozu. Primjenjuje se u dozi koja normalizira serumsku koncentraciju tireotropina (TSH; eng. *thyroid stimulating hormone*). Međutim, nije jasno uspijeva li se liječenjem hipotireoze obnoviti i cijelokupna signalizacija hormona štitnjače.

Radi odgovora na to pitanje provedena je na Sveučilištu u Chicagu meta-analiza istraživanja hipotireoze u kojima su liječenim bolesnicima mjereni razni objektivni parametri signalizacije hormona štitnjače. U te parametre bili su uključeni: serumski lipoprotein niske gustoće (LDL), ukupni kolesterol (UK), globulin koji veže spolne hormone (SHBG), kreatinkinaza, feritin, procjena utroška energije u bolesnika, procjena pamćenja i bubrežne funkcije.

Istraživanje je započelo pretraživanjem istraživanja koja su mjerila navedene objektivne parametre signalizacije hormona štitnjače u odraslih bolesnika na monoterapiji levotiroksinom i s normalnom serumskom koncentracijom TSH-a. Za studije s LDL-om, UK-om i SHBG-om podaci su objedinjeni postupkom meta-analize slučajnih učinaka.

U analizu je uključeno ukupno 99 istraživanja, od kojih je njih 65 imalo podatke o serumskim koncentracijama kolesterolja. Meta-analiza je pokazala da bolesnici liječeni levotiroksinom s normalnom koncentracijom TSH-a

imaju $3,31 \pm 1,64$ mg/dl veći serumski LDL ($P = 0,044$) i $9,6 \pm 3,55$ mg/dl veću koncentraciju UK-a ($P = 0,007$) u usporedbi s kontrolama. U istraživanjima koja nisu istodobno uključivala zdravu kontrolnu skupinu, serumska koncentracija LDL-a bila je $138,3 \pm 4,6$ mg/dl ($P < 0,001$), a UK-a $209,6 \pm 3,4$ mg/dl ($P < 0,001$). Meta-analiza dvaju istraživanja nije pokazala značajnu razliku između koncentracije SHBG-a u bolesnika liječenih levotiroksinom i zdravih kontrola.

Ovakvim sustavnim pregledom i analizom istraživanja koje su obuhvaćale bolesnike s hipotireozom liječenih levotiroksinom i uz normalne vrijednosti serumskog TSH-a, pokazalo se da nisu svi sustavni biološki biljezi signalizacije hormona štitnjače u granicama normalnih vrijednosti, kao naprimjer LDL i ukupni kolesterol.

(J Clin Endocrinol Metab. 2018;jc.2018-01361, doi.org/10.1210/jc.2018-01361)

GLORIA LEKŠIĆ, dr. med.

PREŽIVLJENJE ŽENA S TIPOM I I II EPITELNOG RAKA JAJNIKA OTKRIVENOG ULTRAZVUČNIM PROBIROM

PORUKA ČLANKA

Godišnji ultrazvučni probir asimptomatskih žena s rizikom za epitelni rak jajnika povećava preživljenje oboljelih od ove zločudne bolesti.

Kako bi procijenili učinak ultrazvučnog probira na stadij pri otkrivanju i dugočrno preživljenje žena s rizikom za epitelni rak jajnika, John R. van Nagell i suradnici iz Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Kentucky

Chandler Medical Center-Markey Cancer Center, Lexington, Kentucky, SAD, uključili su u prospektivno kohortno istraživanje sve asimptomatske žene u dobi ≥ 50 godina, te one s pozitivnom obiteljskom anamnezom za rak jajnika u dobi ≥ 25 godina.

U tridesetogodišnjem razdoblju (1987.-2017.) 46101 žena je podvrgnuta godišnjem ultrazvučnom probiru, a one s abnormalnim nalazom probira izračunu indeksa tumorske morfologije, analizi serumskih tumorskih biljega i kirurškom liječenju.

Tijekom istraživanja je otkriven 71 invazivni epitelni rak jajnika i 17 epitelnih tumora jajnika niskog zločudnog potencijala. Raspodjela stadija bolesti za invazivne epitelne malignome jajnika

Mediteranska prehrana za 40 % smanjuje rizik od nastanka degeneracije žute pjegе

PORUKA ČLANKA

Još uvijek nema učinkovitog načina liječenja suhog oblika makularne degeneracije pa su svi podaci vezani uz sprječavanje nastanka i napredovanje ove bolesti iznimno vrijedni.

 Dr. sc. ADRIAN LUKENDA, dr. med., specijalist oftalmolog

Degeneracija žute pjegе povezana s dobi, poznatija kao senilna makularna degeneracija ili SMD, vodeći je uzrok sljepoće u osoba starijih od 50 godina. Otprilike su poznati rizici poput pušenja, visoke razine kolesterola, povećanog unosa masnoća i pretilosti. U prospektivnom ALIENOR istraživanju u Francuskoj nije utvrđena veza između pojave SMD-a i arterijske hipertenzije, no utvrđena je povezanost s povećanim tlakom pulsa, odnosno razlikom između sistoličkog i dijastoličkog tlaka. Još uvijek nema učinkovitog načina liječenja suhog oblika makularne degeneracije pa su svi podaci vezani uz sprječavanje nastanka i napredovanje ove bolesti iznimno vrijedni.

Francuska epidemiologinja **Bénédicte Merle** je sa suradnicima sa Sveučilišta u Bordeauxu i Sveučilišta Erasmus u Roterdamu analizirala podatke o 4996 osoba iz dvaju prospektivnih istraživanja kako bi utvrdila utjecaj mediteranskog načina prehrane na rizik od razvoja uznapredovalog oblika makularne degeneracije. U roterdamskom istraživanju osobe starije od 45 godina ispunjavale su svakih 5 godina, od 1990. godine, detaljne upitnike o svojoj prehrani, dok su u spomenutom istraživanju ALIENOR, koje je započelo 1999. godine, osobe starije od 73 godine pratili oftalmolozi tijekom 4 godine. Kako bi procijenili pridržavanje načela mediteranske prehrane u ispitanika, autori su upotrijebili široko prihvaćenu ljestvicu mediteranske prehrane prema Trichopoulou. Ljestvica ima raspon od 0 do 9, pri čemu se bod dodjeljuje svakoj katego-

riji hrane sa zaštitnim svojstvima, poput povrća, orašastih plodova i voća, fermentiranih mlijecnih proizvoda, maslinovog ulja, mahunarki, cjelovitih žitarica i ribe.

U ukupno 155 sudionika dijagnosticiran je napredan oblik makularne degeneracije. Dijagnoza se temeljila na fotografijama očne pozadine. Osobe koji su imale 6 do 9 bodova na ljestvici mediteranske prehrane imale su 41 % manji rizik ($P = 0,04$) za nastanak naprednog oblika degeneracije nego ispitanici koji su imali 3 i manje bodova, u potpuno prilagođenom Coxovom modelu.

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju nešto prethodne rezultate Europskog očnog istraživanja te portugalskog istraživanja Coimbra koja su također pokazale zaštitni učinak mediteranske prehrane i redovite tjelesne aktivnosti na nastanak makularne degeneracije u populacijama od sjevera do juga Europe. Možda nas ovi rezultati potaknu da koristimo napuštanju nezdruge prehrane shvatimo ozbiljno kao i korist od prestanka pušenja.

(Ophthalmology. 2018 Aug 13. doi: 10.1016/j.ophtha.2018.08.006.)

otkrivene probirom bila je: stadij I – 30 (42 %); stadij II – 15 (21 %); stadij III – 26 (37 %), te stadij IV – 0 (0 %). Razdoblje praćenja trajalo je od 9,2 mjeseca do 27 godina (srednja vrijednost 7,9 godina). Petogodišnje, desetogodišnje i dvadesetogodišnje preživljjenje oboljelih od invazivnog epitelnog raka jajnika otkrivenoga probirom bilo je redom $86 \pm 4\%$, $68 \pm 7\%$, te $65 \pm 7\%$, dok je ono u oboljelih izvan programa probira s klinički otkrivenim epitelnim rakom jajnika (u istom zemljopisnom području, liječenih u istoj ustanovi po istim protokolima) iznosilo redom $45 \pm 2\%$, $31 \pm 2\%$, te $19 \pm 3\%$ ($P < 0,001$). Dvadeset sedam

posto malignoma otkrivenih probirom bilo je tipa I (serozni i endometrioidni karcinomi niskog gradusa, mucinozni karcinom, karcinom svijetlih stanica), dok je 73 % bilo tipa II (serozni i endometrioidni karcinomi visokog gradusa, nediferencirani karcinom i karcinosarkom). Preživljjenje oboljelih od tipa I i tipa II epitelnog raka jajnika otkrivenih probirom bilo je značajno veće od oboljelih s klinički otkrivenim tipom I i tipom II epitelnog raka jajnika, što je

bilo izravno povezano s ranijim stadijem prilikom otkrivanja bolesti.

Godišnji ultrazvučni probir asimptomatskih žena s rizikom za epitelni rak jajnika povezan je s nižim stadijem bolesti pri otkrivanju i većim petogodišnjim, desetogodišnjim i dvadesetogodišnjim preživljjenjem oboljelih od tipa I i tipa II epitelnog raka jajnika.

(Obstet Gynecol. 2018 Nov;132(5):1091-1100.)

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

UČESTALOST I RIZIČNI ČIMBENICI ZA RAZVOJ UVEITISA POVEZANOGA S JUVENILNIM IDIOPATSKIM ARTRITISOM

PORUKA ČLANKA

Redovite očne preglede u djece s juvenilnim idiopatskim artritisom treba nastaviti najmanje pet godina nakon postavljanja dijagnoze kako bi se na vrijeme otkrio razvoj uveitisa.

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

Uveitis povezan s juvenilnim idiopatskim artritisom (JIA) najčešći je oblik uveitisa u djece. Često se razvija bez simptoma, što može dovesti do teških komplikacija koje naposljetku mogu ugroziti vid, zbog čega su redovite oftalmološke kontrole djece s JIA-om izuzetno važne. Budući da su epidemiološki podaci o uveitisu u djece s JIA-om vrlo varijabilni, liječnici iz Dječje bolnice i sa Sveučilišta Britanska Kolumbija su zajedno s kolegama iz drugih kanadskih središta prospективno istražili učestalost i rizične čimbenike za razvoj ovog najčešćeg izvanzglobnog očitovanja JIA-e.

U istraživanju su sudjelovala ukupno 1183 djeteta s JIA-om koja su praćena u sklopu velike ReACCh-Out (*engl. Research in Arthritis in Canadian Children Emphasizing Outcomes*) kohorte novootkrivenih bolesnika. Tijekom prve dvije godine od postavljanja dijagnoze podaci su prikupljeni svakih šest mjeseci, a nakon toga svake godine do ukupno pet godina. Medijan dobi bolesnika pri postavljanju dijagnoze bio je 9 godina (IQR 3,8 – 12,9), dok je medijan praćenja bolesnika iznosio 35,2 (IQR 22,7 – 48,3) mjeseca.

U tom razdoblju ukupno je 87 bolesnika razvilo uveitis. Tijekom prvih pet godina učestalost novonastalog uveitisa bila je 2,8 % godišnje (95 % CI 2,0 – 3,5). Godišnja učestalost smanjila se tijekom praćenja, no ostala je na 2,1 % (95 % CI 0 - 4,5) tijekom pete godine, uz preklapanje intervala pouzdanosti.

Razvoj uveitisa bio je povezan s mlađom životnom dobi (< 7 godina) pri postavljanju dijagnoze JIA-e (HR = 2,45, $P = 0,002$), pozitivnim antinuklearnim protutijelima (ANA) (HR = 3,20, $P < 0,001$), oligoartikularnim oblikom JIA-e (HR = 2,45, $P = 0,002$), poliartikularnim oblikom JIA-e negativnim na reuma faktor (HR = 1,65, $P = 0,002$) te ženskim spolom (HR = 1,8, $P = 0,02$). Nadalje, multivariatna raščlamba pokazala je da su mlađa životna dob prilikom postavljanja dijagnoze i pozitivna ANA neovisni prediktori za razvoj uveitisa.

Autori istraživanja su na kraju zaključili kako je za otkrivanje uveitisa bitno da se probir nastavi najmanje pet godina nakon postavljanja dijagnoze JIA-e, osobito u djece u koje je ta dijagnoza postavljena prije sedme godine života i koja su pozitivna na ANA.

(Arthritis Care Res (Hoboken). 2018 Oct 15. doi: 10.1002/acr.23783.)



RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA

OBJAVLJENI U INOZEMNIM ČASOPISIMA INDEKSIRANIM U CC, SCI ILI SSCI

Katalinic L¹, Krtalic B², Jelakovic B^{1,2}, Basic-Jukic N^{1,2,3}. The unexpected effects of L-Carnitine supplementation on lipid metabolism in hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res.* 2018;43:1113-1120.

¹Department of Nephrology, Arterial hypertension, Dialysis and Transplantation, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; ²School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ³School of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia

Polic MV^{1,2}, Miskulin M², Smolic M^{2,3}, Kralik K², Miskulin I², Berkovic MC⁴, Curcic IB^{1,2}. Psoriasis severity - a risk factor of insulin resistance independent of metabolic syndrome. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7).

¹Department of Dermatology, University Hospital Center Osijek, Osijek, Croatia; ²Faculty of Medicine Osijek, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia; ³Faculty of Dental Medicine and Health, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia; ⁴Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolism, University Hospital Centre Sestre Milosrdnice, 10000 Zagreb, Croatia

Nemir J¹, Njirić N¹, Ivanković D², Barl P¹, Domazet I¹, Radoš M³, Mrak G¹, Paladino J¹. Tentorial alignment and its relationship to cisternal dimensions of the pineal region: MRI anatomical study with surgical implications using the new clivotentorial method. *Clin Neurol Neurosurg.* 2018;172:99-104.

¹Department of Neurosurgery, University Hospital Center Zagreb, Zagreb University School of Medicine, Zagreb, Croatia; ²School of Public Health "Andrija Stampar", Zagreb University School of Medicine, Zagreb, Croatia; ³Department of Neuroradiology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb University School of Medicine, Zagreb, Croatia

Basic-Jukic N¹, Kirincich J¹, Jelakovic B¹, Kastelan Z². Multiple primary malignancies in renal transplant recipients: a single centre retrospective cohort study. *Kidney Blood Press Res.* 2018;43:1034-1041.

¹Department of Nephrology, Arterial Hypertension, Dialysis and Transplantation, University Hospital Centre Zagreb, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ²Department of Urology, University Hospital Centre Zagreb, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Glasnović A¹, Stojić M², Dežmalj L³, Tudorić-Đeno I⁴, Romić D⁵, Jeleć V⁵, Vrća A², Vuletić V⁶, Grčević D⁷. RANKL/RANK/OPG axis is deregulated in the cerebrospinal fluid of multiple sclerosis patients at clinical

onset. *Neuroimmunomodulation.* 2018;25:23-33.

¹Department of Histology and Embryology, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; ²Department of Neurology, Clinical Hospital "Dubrava", Zagreb, Croatia; ³Department of Neurology, University Hospital "Sestre Milosrdnice", Zagreb, Croatia; ⁴Department of Anesthesiology, Reanimatology and Intensive Care, Clinical Hospital "Dubrava", Zagreb, Croatia; ⁵Department of Neurosurgery Clinical Hospital "Dubrava", Zagreb, Croatia; ⁶Clinic for Neurology, Clinical Hospital Center "Rijeka", Rijeka, Croatia; ⁷Department of Physiology and Immunology, and Croatian Institute for Brain Research, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

Filipec M¹, Jadanec M¹, Kostovic-Srzentic M², van der Vaart H³, Matijević R^{4,5}. Incidence, pain, and mobility assessment of pregnant women with sacroiliac dysfunction. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;142(3):283-287.

¹Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Clinical Hospital "Sveti Duh", Zagreb, Croatia; ²Department of Health Psychology, University of Applied Health Science, Zagreb, Croatia; ³University Medical Center Utrecht, Utrecht, Netherlands; ⁴Department of Obstetrics and Gynecology, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁵School of Medicine, Merkur University Hospital, Zagreb, Croatia

Kerep Zeliz A^{*}, Broome J, Pirsl F, Curtis LM, Steinberg SM, Mitchell SA, Cowen EW, Richard DC, Joe GO, Comis LE, Mays JW, Datiles MB 3rd, Stratton P, Zolton J, Berger A, Hendricks J, Kenyon M, Baruffaldi J, Titarenko I, Pulanic D^{*}, Baird K, Fowler DH, Gress RE, Pavletic SZ. Impact of the 2014 NIH chronic graft-versus-host disease scoring criteria modifications assessed in a large cohort of severely affected patients. *Bone Marrow Transplant.* 2018 Aug 8.. doi: 10.1038/s41409-018-0224-3.

^{*}Division of Hematology, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

Sartelli M, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Baiocchi GL, Hardcastle TC, Moore EE, May AK, Itani KMF, Fry DE, Boermeester MA, Guirao X, Napolitano L, Sawyer RG, Rasa K, Abu-Zidan FM, Adesunkanmi AK, Atanassov B, Augustin G^{*}, et al. Knowledge, awareness, and attitude towards infection prevention and management among surgeons identifying the surgeon champion. *World J Emerg Surg.* 2018;13:37.

^{*}Department of Surgery, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

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. Zainteresirani kolege mogu poslati svoje radove objavljene u aktualnoj kalendarskoj godini uz potvrdu središnje medicinske knjižnice da su indeksirani u CC, SCI ili SSCI.

Juretić D¹, Sonavane Y², Ilić N², Gajski G³, Goić-Barišić I¹, Tonkić M⁴, Kozic M⁵, Maravić A⁶, Pellay FX⁷, Zoranić L². Designed peptide with a flexible central motif from ranatuerins adapts its conformation to bacterial membranes. *Biochim Biophys Acta Biomembr.* 2018 Oct 4;1860(12):2655-2668. doi: 10.1016/j.bbamem.2018.10.005.

¹Mediterranean Institute for Life Sciences, Split, Croatia. ²Department of Physics, Faculty of Science, University of Split, Split, Croatia. ³ Mutagenesis Unit, Institute for Medical Research and Occupational Health, Zagreb, Croatia. ⁴Department of Clinical Microbiology, University Hospital Split, University of Split, School of Medicine, Split, Croatia. ⁵ Institute of Integrative Biology, University of Liverpool, Liverpool L69 7ZB, UK. ⁶ Department of Biology, Faculty of Science, University of Split, Split, Croatia. ⁷ Mediterranean Institute for Life Sciences, Split, Croatia; NAOS Group/Jean-Noël Thorel, 13855 Aix-en-Provence, France.

De Bacquer D, De Smedt D, Kotseva K, Jennings C, Wood D, Rydén L, Gyberg V, Shahim B, Amouyel P, Bruthans J, Castro Conde A, Cifková R, Deckers JW, De Sutter J, Dilic M, Dolzhenko M, Erglis A, Fras Z, Gaita D, Gotcheva N, Goudevenos J, Heusmann P, Laucevicius A, Lehto S, Lovic D, Milićić D^{*}, Moore D, Nicolaides E, Oganov R, Pajak A, Pogosova N, Reiner Ž^{*}, et al. Incidence of cardiovascular events in patients with stabilized coronary heart disease: the EUROASPIRE IV follow-up study. *Eur J Epidemiol.* 2018 Oct 23. doi: 10.1007/s10654-018-0454-0.

^{*}University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

Sahibkar A, Simental-Mendía LE, Mikhailidis DP, Pirro M, Banach M, Sirtori CR, Reiner Ž^{*}. Effect of omega-3 supplements on plasma apolipoprotein C-III concentrations: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Med.* 2018 Sep 29:1-11. doi: 10.1080/07853890.2018.1511919.

^{*}Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

Reiner Ž. Treatment of children with homozygous familial hypercholesterolemia. *Eur J Prev Cardiol.* 2018 Jul;25(10):1095-1097.

^{*}Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia

Jutarnji LIST

**JEDINSTVENA PRILIKA!
PRETPLATITE SE! ISPLATI SE!**

**Svaki novi godišnji pretplatnik
na poklon dobiva
DEEBOT SLIM2 robot
za čišćenje podova
u vrijednosti 1499 kn**



DEEBOT oslobađa korisnike od vremenski zahtjevnih kućanskih poslova za usisavanje doma, nudeći ljudima mir i kvalitetno vrijeme za uživanje u životu



ECOVACS
ROBOTICS
Live Smart. Enjoy Life.

SPECIFIKACIJE

- Usisavanje i brisanje podova •
- Super tanak dizajn (5,7cm) omogućuje čišćenje ispod namještaja •
- Upravljanje pametnim telefonom – potpuna kontrola u vašem džepu •
- Automatsko punjenje i vremensko planiranje čišćenja •
- Daljninski upravljač s baterijom •
- Maksimalno vrijeme rada: 110 min •
 - Veličina posude za prašinu: 320 ml •
 - Razina buke: 56dB •
 - Povezivost aplikacijom na pametnom telefonu •
 - Suho brisanje podova •

PONUDA VRIJEDI DO ISTEKA ZALIHA

Nazovite nas: 01/22 55 374
preplata@hanzamedia.hr • preplata.hanzamedia.hr

Opasnosti i prednosti društvenih mreža: *e-profesionalizam* zdravstvenih djelatnika



#SMePROF
E - PROFESSIONALISM

Doc. dr. sc. TEA VUKUŠIĆ RUKAVINA, dr. med., Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

U eri digitalizacije i stalnog rasta razumijevanja odnosa ljudi i digitalnih medija pojam profesionalnog ponašanja na elektronskim medijima, *e-profesionalizam*, postaje iznimno važan za razvoj i opstanak struke. Internet portalni i društvene mreže su definirane kao internetske stranice i aplikacije koje omogućavaju korisnicima kreiranje, dijeljenje i komentiranje sadržaja, one su platforme koje omogućuju društveno umrežavanje. Broj korisnika društvenih mreža raste eksponencijalnom brzinom. Na društvenim mrežama u 2005. g. bilo je aktivno 8 % korisnika interneta, dok se 2014. udio povećao na 74%. Facebook je krajem 2017. g. imao dvije milijarde korisnika, Instagram 800 milijuna, a Twitter 330 milijuna korisnika. U Hrvatskoj je u 2017. registrirano 1,8 milijuna korisnika Facebooka, a broj korisnika Instagrama se udvostručio u razdoblju između 2015. i 2017. g. te ih je sada oko 390 tisuća.

Razvoj digitalnih medija utječe na sve aspekte društva u cjelini te je stvorio nov način *komunikacijske kulture*. Komunikacija u digitalnim medijima nije više isključivo orijentirana na razmjenu informacija, ona sada omogućuje socijalne interakcije između osoba koje se mogu, ali i ne moraju nužno međusobno poznavati. Relativna jednostavnost i lakoća kojom korisnici digitalnih medija kreiraju, postavljaju, dijele, označavaju ili komentiraju neki sadržaj, istovremeno omogućava korisnicima digitalnih medija veću razinu uključenosti i ekspresivnosti u digitalnom svijetu, uz često zanemarenu činjenicu da zapis o nekoj aktivnosti na digitalnim medijima ostaje pohranjen zauvijek.

Svaka aktivnost na digitalnim medijima, čak i posjet internetskoj stranici bez „prave aktivnosti“, ostavlja *digital footprint* koji se više ne može ukloniti niti izbrisati. Zahvaljujući servisima kao što je Internet Archive Wayback Machine, čak i izbrisana internetska stranica ostaje sačuvana zauvijek ili, kao što to Clive Thompson opisuje, korisnici digitalnih medija su podvrgnuti *savršenom sjećanju silikonske memorije*. Ove opasnosti „gdje smo bili“ i „što smo objavili“ mogu stvoriti lažan privid „kakvima se činimo“. Ovaj dojam, digitalna percepcija nas samih koju stvaramo ostavljajući više ili manje vidljive tragove u digitalnim medijima, posebno je naglašena u okruženju zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih profesija.

Zdravstveni djelatnici i zdravstvene institucije, među kojima su posebno izraženi doktori medicine i doktori dentalne medicine, nisu iznimka. Brojne institucije koje ih educiraju koriste digitalne medije i društvene mreže za promociju nastavnih sadržaja i kolegija te komunikaciju sa studentima. Nastavnici koriste You Tube i druge internetske platforme kako bi osvremenili proces učenja i stjecanja novih znanja i vještina. Digitalni mediji se koriste za predstavljanje novih medicinskih postupaka i materijala (postavljanjem videa na You Tube, Vimeo i slične internetske stranice), za oglašavanje privatnih zdravstvenih institucija te za dijeljenje novih znanstvenih spoznaja.

Iako se stariji zdravstveni djelatnici manje služe internetom profesionalno i privatno, za mlađe generacije zdravstvenih djelatnika „ne biti prisutan *on-line*“ ne postoji kao mogućnost. Studenti pripadaju generaciji *milenijalaca* koji se spretnije služe digitalnim medijima od njihovih nastavnika.



Slijeva na desno: Dražen Jokić, dr. dent. med., doc. dr. sc. Joško Viskić, dr. stom., doc. dr. sc. Tea Vukušić Rukavina, dr. med., Danko Relić, dr. med.

U svim granama i na svim razinama edukacije zdravstvenih djelatnika stjecanje potrebnih znanja i stavova te primjerenog profesionalnog ponašanja u okruženju digitalnih medija predstavlja sve veći izazov.

Profesionalizam, tj. profesionalno ponašanje pojedinca stručnjaka definirano je kao ponašanje u skladu s profesionalnim i etičkim standardima profesije. Profesionalizam doktora medicine i doktora dentalne medicine procjenjuje se sa sljedećih deset komponenti:

1.profesionalna kompetencija; 2. iskrenost u odnosu s pacijentom; 3. povjerljivost u odnosu liječnik – pacijent; 4. održavanje odgovarajućeg odnosa s pacijentom; 5. unaprjeđenje kvalitete zdravstvene skrbi; 6. unaprjeđenje dostupnosti zdravstvene skrbi; 7.

pravedna distribucija resursa; 8. znanstveno utemeljeno znanje; 9. održavanje povjerenja u odnosu s pacijentom (sprječavanje sukoba interesa); 10. profesionalna odgovornost.

Pojavom digitalnih medija definiran je termin *e-profesionalizam zdravstvenih djelatnika* kao stavovi i ponašanja koji odražavaju tradicionalne paradigme i komponente profesionalizma zdravstvenih djelatnika manifestirane kroz digitalne medije.

Međutim, studenti su zbumjeni oko etičkih, pravnih i profesionalnih implikacija u vezi sa svojim ponašanjem u digitalnim medijima, nejasan im je pojam *e-profesionalizam* i razlike između profesionalne i neprofesionalne uporabe digitalnih medija te iskazuju potrebu da se u nastavnim programima omogući stjecanje

potrebnih vještina korištenjem digitalnih medija, poglavito iz aspekta e-profesionalizma. Također sve veći broj kolega srednje i starije generacije počinje aktivno sudjelovati u korištenju digitalnih medija i pronalaze poteškoće u iskorištanju prednosti te u navigiranju i prepoznavanju potencijalnih opasnosti. Razina informatičke pismenosti koja je potrebna za uspješnu uporabu digitalnih medija predstavlja mogući problem prilikom osiguravanja privatnosti profila na društvenim mrežama i internetskim stranicama. S druge stane, upravo taj nedostatak informatičke pismenosti može i odvratiti liječnika od iskorištanja navedenih pozitivnih aspekata digitalnih medija (trajna edukacija, kontakt s pacijentima i sl.) koji bi unaprijedili razinu zdravstvene skrbi.

Također su i pacijenti u sve većem broju korisnici digitalnih medija te očekuju da će *on-line* pronaći informacije o svom zdravlju i onima koji se brinu o njihovu zdravlju.

Neke američke i britanske zdravstvene institucije razvile su smjernice u vezi s upotrebom digitalnih medija, ali i nadalje ostaje nedovoljno definirano područje kako društvene mreže i digitalna era utječu na *e-profesionalizam* zdravstvenih djelatnika. Navedene smjernice temelje se na iskustvu prakticirajućih zdravstvenih djelatnika, bez potrebnog *inputa* novih generacija, studenata.

Svesni nedostatka istraživanja u području *e-profesionalizma* zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj, interdisciplinarna istraživačka grupa je na natječaj Hrvatske zaklade za znanost aplicirala projekt "Opasnosti i prednosti društvenih mreža: *e-profesionalizam* zdravstvenih djelatnika" (SMePROF projekt), kojem je i odobreno financiranje (UIP-2017-05-2140).

Voditeljica projekta je doc. dr. sc. Tea Vukušić Rukavina, dr. med., MEF u Zagrebu, a suradnici na projektu su Danko Relić, dr. med., MEF u Zagrebu, doc. dr. sc. Joško Viskić, dr. stom., Stomatološki fakultet u Zagrebu, Dražen Jokić, dr. dent. med., Stomatološki fakultet u Zagrebu, Kristijan Sedak, mag. comm., Hrvatsko katoličko sveučilište i doktorand, čije zapošljavanje je predviđeno na MEF-u u Zagrebu u inicijalnoj fazi provedbe projekta. SMePROF projekt je započeo u svibnju 2018. i trajat će do svibnja 2023. godine.

Cilj SMePROF projekta je istraživanje utjecaja društvenih mreža na *e-profesionalizam* zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj, gdje je *e-profesionalizam* široko definiran kao predanost izvršavanju profesionalnih zadaća, pridržavanju etičkih principa i osjetljivosti za pacijentovu dobrobit tijekom on-line aktivnosti na društvenim mrežama. Prva istraživačka tema usmjerena je na *e-profesionalizam* studenata i nastavnika Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Istražit će se učestalost korište-



nja najčešće korištene društvene mreže te će se utvrditi razlike u stavovima i iskustvima studenata i nastavnika u vezi s njihovim korištenjem. Temeljem nalaza iz ovog dijela istraživanja, razvit će se i testirati smjernice za poticanje razvoja *e-profesionalizma* tijekom studija uvođenjem novih znanstveno utemeljenih edukativnih sadržaja o *e-profesionalizmu* u kurikulumu MEF-a i SFZG-a. Druga istraživačka tema je usmjerena na *e-profesionalizam* doktora medicine i doktora dentalne medicine. Istražit će se učestalost korištenja društvenih mreža, najčešće korištene društvene mreže, razlike u stavovima i iskustvima doktora medicine i doktora dentalne medicine u vezi s uporabom društvenih mreža te identificirati područja njihovog djelovanja na društvenim mrežama, uporaba mreža u privatne, profesionalne/individualne ili institucionalne svrhe, a svi rezultati usporedit će se s rezultatima skupine studenata i nastavnika. Utvrdit će se zastupljenost zdravstvenih ustanova na društvenim mrežama te analizirati sadržaj društvenih stranica privatnih i javnih zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj. Analizom sadržaja utvrdit će se temeljem kojih kriterija krajnji korisnici društvenih mreža, procjenjuju *e-profesionalizam* zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih institucija te vjerodostojnost i kvalitetu dobivenih informacija. Ovim dijelom istraživanja izradit će se smjernice za poboljšanje *e-profesionalne* prakse doktora medicine i doktora dentalne medicine.

Rezultati SMePROF projekta pridonijet će boljem razumijevanju kako se *e-profesionalizam* razvija tijekom obrazovanja i prakse u zdravstvenoj skrbi. Ovim projektom će se utvrditi sve odrednice koje u pozitivnom i negativnom aspektu utječu na *e-profesionalizam* zdravstvenih djelatnika obuhvaćajući sve generacije zdravstvenih djelatnika, od studenata do starijih kolega, te na taj način pridonijeti boljem razumijevanju dinamike kompleksnog odnosa u okruženju društvenih mreža koje se neprestano razvija.

Literatura na zahtjev kod autora.

tvukusic@snz.hr

Dulce cum utili!

O oblicima i značenjima stručnih riječi preuzetih iz stranih jezika

(*bacil, bakterijska...*)

 Izv. prof. dr. sc. TAMARA GAZDIĆ-ALERIĆ



Nije neobično da se u stručnoj i znanstvenoj komunikaciji upotrebljavaju termini stranoga podrijetla. Štoviše, znanstveni je stil obilježen obiljem apstraktnih, stručnih i stranih riječi. Usto, obilježen je i složenijom rečenicom, izbjegavanjem subjektivnosti i pomanjkanjem svake osjećajnosti (npr. treba težiti isključivanju emocionalnih i ekspresivnih izraza), zato ni sinonimija ni metaforika, koje ugrožavaju jednoznačnu i djelotvornu stručnu i znanstvenu komunikaciju, u znanstvenome stilu nisu prihvatljive. Ali znanstveni je stil ponajviše obilježen i težnjom za preciznošću i jednoznačnošću.

Budući da stručna i znanstvena komunikacija, kako bi bila što učinkovitija, teži terminološkoj ujednačenosti i ispravnosti (to se, naravno, odnosi i na jezik u medicini), termini koji se pojavljuju u određenom stručnom i znanstvenom području moraju biti ujednačeni. Kako se u komunikaciji neki termini pojavljuju i u nekoliko oblika, treba barem težiti tome da se u istome tekstu ne pojavljuju istoznačni nazivi (to se uz riječi odnosi i na ujednačenu upotrebu brojeva, kratica, simbola i sl., a o čemu smo već bili u ovoj rubrici govorili). Na taj se način točno utvrđuju i prikazuju činjenice koje se opisuju, čime se smanjuje mogućnost pogrešnog tumačenja izrečenoga ili napisanoga teksta. Iako sada govorimo o jeziku pojedinih struka, takvoj komunikaciji treba težiti u svim područjima života, a ne samo u struci i znanosti!

Zašto je ispravan oblik *bacil*, a ne *bakcil*

U jeziku raznih djelatnosti, struka i znanstvenih disciplina često se upotrebljavaju riječi stranoga podrijetla, posebno grčkoga i latinskoga. Osobito se to odnosi na medicinu koja je izgrađena na teme-

ljima antičke znanosti. Riječi i izraze latinskoga podrijetla najčešće upotrebljavaju stručnjaci poput stručnjaka vezanih uz medicinu, ali se nerijetko nalaze i u komunikaciji nestručnjaka. Nerijetko se, zbog neznanja, tim riječima u upotrebi iskrivljava osnovni oblik i stvara novi, a često znaju biti upotrebljavane i u krivom značenju.

Jedna takva riječ kojoj se u općoj upotrebi nerijetko iskrivljava osnovni oblik jest riječ *bacil*. Od latinske riječi *bacillum*, koja znači *štapić*, gubljenjem latinskoga nastavka *-um* nastao je hrvatski oblik *bacil* od kojega su stvoreni pridjevi *bacilni* i *bacilaran*.

Riječ *bacil* označava bakterije štipičasta ili cilindrična oblika koje su uzročnici mnogih zaraznih bolesti (npr. *bacil tifusa*, *bacil tuberkuloze* i sl.). Riječ *bacil* možemo upotrijebiti i u prenesenom značenju kako bismo označili uzročnike nekih pojava ili događanja, npr. možemo za nekoga reći da je svojim uvredljivim govorom unio bacil mržnje u neku sredinu.

Od riječi *bakterija*, vjerojatno dovođenjem u vezu te riječi u kojoj se javlja glas *k* s riječi *bacil*, u kojoj glasa *k* nema, nastao je kombinirani neispravan oblik *bakcil*. Oblik *bakcil* nije, dakle, ispravan jer izvorna latinska riječ glasi *bacillum*, a ne *bakillum*. Tako da treba zapamtiti kako je ispravan samo oblik *bacil*!

Nije infekcija bakterijalna, nego bakterijska!

Budući da smo spomenuli riječ *bakterija*, možemo razriješiti još jednu jezičnu nedoumicu – je li infekcija *bakterijalna* ili *bakterijska*. Pridjev *bakterijalan/bakterijalni* nastao je od engleskoga *bacterial*, pa u komunikaciji možemo naići na primjere *bakterijalna infekcija*, *bakterijalna upala*. Kako se pridjevi u

hrvatskome jeziku tvore tako da se osnovi dodaje nastavak *-ski* ili *-ni* (i o toj smo temi već bili govorili!), pravilan oblik pridjeva u hrvatskome jeziku glasi *bakterijski*, zato je jedino pravilno reći *bakterijska infekcija, bakterijska upala*.

Do tvorbe nepravilnoga oblika pridjeva u hrvatskome jeziku došlo je zato što se nije poštivalo jedno od glavnih načela jezičnoga posuđivanja prema kojem nove riječi koje izvodimo u hrvatskome jeziku iz riječi preuzetih iz stranih jezika treba izvoditi iz hrvatske posuđenice, a ne iz stranoga jezika posuđivati i taj drugi oblik riječi. Dakle, budući da smo iz engleskoga jezika u hrvatski jezik posudili imenicu, od imenice prilagođene hrvatskome jeziku izvodimo pridjev. Nije pravilno iz engleskoga jezika posuditi još i pridjev (engl. *bacterial*), pa od njega izvoditi pridjev u hrvatskome jeziku. Prema tome, posuđivanje izgleda ovako: grč. *baktérion* / lat. *bacterium* > engl. *bacterium* > hrv. *bakterija*; hrv. imenica *bakterija* > hrv. pridjev *bakterijski*.

Prefiksoidi u hrvatskome jeziku

Nerijetko se, kao što znaju oni koji redovito prate ovu našu malu jezičnu rubriku, prisjetimo i školskih klupa. U njima smo stekli temeljna znanja vezana uz mnoga područja, pa tako i uz materinski jezik. Jezikom nikada nećemo ovladati potpuno jer je riječ o jezičnoj vještini, tako da ćemo i nakon školskih klupa njome nastaviti ovladavati. Što ćemo se više jezikom služiti, i u govoru i u pismu, i kritički analizirati što smo javno izrekli ili napisali, bit ćemo jezično kompetentniji, odnosno bolje ćemo upotrebljavati jezične mogućnosti kako bismo ostvarili djelotvornu komunikaciju. U jačanju jezične kompetencije uvelike nam mogu pomoći sustručnjaci

koji nam mogu dati dobromanjernu povratnu informaciju na temelju koje možemo korigirati svoj govoren ili pisani izričaj.

Javili ste se na našu adresu u vezi s još nekoliko jezičnih dvojbi vezanih uz tvorbu pridjeva. Pitali ste je li ispravno *predoperativna* ili *prijeoperacijska* priprema, *postoperativna* ili *poslijepreoperacijska* njega. U koso napisanim riječima podvučen je prvi dio riječi koji je prefiks, odnosno prefiksoid. Prefiksi i prefiksoidi su tvorbene sastavnice koje imaju značenje cijele riječi i nalaze se ispred tvorbene osnove neke riječi. Za razliku od prefiksa, prefiksoidi su klasičnoga, grčkoga i latinskoga, podrijetla. Prefiksoidi su npr. *aero-*, *anti-*, *arhi-*, *auto-*, *eko-*, *foto-*, *hidro-*, *kontra-*, *mini-*, *post-*, *sub-*... I prefiksi i prefiksoidi pišu se bez spojnica, odnosno spojeni s riječima koje iza njih slijede, npr. *autocesta*, *ekodružina*, *videoigra*, *fotočelija*, *hidrocefalus*... Budući da umjesto prefiksoida *post-* možemo u istom značenju upotrijebiti hrvatski prefiks *poslije-*, gdje god je to moguće prednost treba dati hrvatskome prefiksu, pa je tako bolje reći *poslijepreoperacijska* njega, *poslijediplomski studij*, *poslijediplomand*... Parnjak tvoren prema istom modelu bio bi pridjev *prijeoperacijski*. Hrvatski prefiks *pred-* u tvorbi pridjeva ima isto značenje 'koji biva, koji

se događa, prije, ranije, koji prethodi čemu'. Unatoč tom značenju prefiksa *pred-*, koji je nastao od prijedloga *pred*, nije pravilno reći *pred nekoliko dana došao je na pregled*, nego *prije nekoliko dana došao je na pregled*.

Pridjev *predoperativan* se pod utjecajem engleskoga jezika (engl. *preoperative*) u jeziku medicine još pojavljuje u pogrešnom obliku *preoperativan*, pa tako možemo naići u struci na obilje naziva tvorenih s pomoću toga nepravilnoga oblika: *preoperativna obrada*, *preoperativna priprema*, *preoperativna rehabilitacija*... Te oblike svakako treba, u skladu s normom hrvatskoga jezika, upotrebljavati s prefiksima *prije-* ili *pred-*. Moramo još istaknuti kako postoji razlika u značenju između pridjeva *predoperativan* ili *prijeoperacijski*. Pridjevi na *-ski* su odnosni pridjevi, što znači da se *predoperacijski* odnosi na imenicu *operacija*, dok je *predoperativan* neodređeni pridjev koji govorci o tome o kojoj je pripremi, njezi i slično riječ. Razlikuje ih od ostalih vrsta pripreme, njege i sl.

Pozivamo Vas da nam na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr pošljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom struke, a sada provjerite svoje znanje u vezi s hrvatskim standardnim jezikom i narječjima te leksikološkoj normi.

1. Zaokružite netočnu tvrdnju.

- A** Hrvatski standardni jezik iz svih govora može uzimati riječi koje su mu potrebne.
- B** Sve riječi koje dolaze iz različitih narječja treba prilagoditi hrvatskome standardnom jeziku.
- C** Hrvatski standardni jezik treba preuzimati samo riječi iz štokavskoga narječja.
- D** U hrvatskome se standardnom jeziku ne nalaze samo riječi iz štokavskoga narječja.

2. U paru su navedene dvije riječi koje imaju isto značenje. Zaokružite jednu od njih koja pripada hrvatskome standardnom jeziku.

- A** maramica – rupčić
- B** ličilac – maler
- C** tjedan – sedmica
- D** kukac – insekt

Tocni odgovori: 1. C; 2. rupčić, ličilac, tjedan, kukac.

OVLAŠTENO ODAVANJE LIJEČNIČKE TAJNE

 prof. dr. sc. JOZO ČIZMIĆ,
redoviti profesor u trajnom zvanju Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

I/ Tijekom obavljanja svoje profesije liječnik može saznati ili utvrditi određene činjenice o pacijentu (i njegovoj okolini) koje nisu općepoznate i za koje pacijent ne želi da ih drugi doznaaju. Saznanje takvih činjenica naziva se i predstavlja **liječničku tajnu**. Pojam «čuvanja tajne» uvijek je pratio i uvijek će neminovno pratiti zdravstvenu struku, a sam će se sadržaj pojma prilagođavati razvitku znanosti i društva.¹ Liječnička tajna je vrsta pozivne ili profesionalne tajne koja je vezana za obavljanje liječničkog poziva.² U određenim slučajevima liječnička tajna može biti i službena tajna koja se može priopćavati drugima samo uz dopuštenje nadređenih tijela,³ a može biti i poslovna tajna. Ipak, liječnička tajna je u najvećoj mjeri i prvenstveno profesionalna tajna. Da bi neki podatak, odnosno činjenica imala karakter tajnosti, nije potrebno da pacijent posebno i izričito napomene njezinu povjerljivost, nego liječnik mora sam prosuditi stupanj povjerljivosti pojedinih činjenica.⁴

Prema odredbama pozitivnih propisa, u ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na povjerljivost svih podataka koji se odnose na stanje njezina zdravlja (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, dalje - ZOZZ, čl. 21. st. 1. t. 9.). ZOZZ-om je propisano da su zdravstveni radnici dužni čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta (ZOZZ, čl. 122. st. 1.). Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka (Zakon o zaštiti prava pacijenata, dalje - ZOZPP, čl. 25. st. 1.). Sve ono što je liječnik obavljajući svoju dužnost saznao smatra se liječničkom tajnom (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2. st. 13.), a posebno sve ono što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć, a u svezi s njegovim zdravstvenim

stanjem, mora čuvati kao liječničku tajnu (Zakon o liječništvu, dalje - ZOLJ, čl. 19.).⁵ Korist od čuvanja liječničke tajne ne bi trebalo procjenjivati po objektivnom kriteriju (kako bi se netko drugi na pacijentovom mjestu prema njoj odnosio), nego prema subjektivnom kriteriju, bez pravnog i moralnog vrednovanja,⁶ odnosno osoba na koju se tajna odnosi mora i sama željeti da podatak bude nedostupan trećima.

II/ Međutim, dužnost čuvanja liječničke tajne nije apsolutna, pa liječnik ne postupa neovlašteno, odnosno protupravno ako tajnu otkrije iz **opravdanih razloga** i to kako slijedi:

1. Ovlaštenje od strane pacijenta - Liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik oslobođen je šutnje o podacima koji predstavljaju liječničku tajnu u svim slučajevima u kojima pacijent pristaje na iznošenje svojih podataka privatne naravi. Liječničku tajnu liječnik može otkriti, ako posebnim zakonom nije drukčije propisano, **samo uz odobrenje pacijenta**, roditelja ili skrbnika za malodobne osobe, a u slučaju njegove psihičke nesposobnosti ili smrti, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika (ZOLJ, čl. 19.).⁷ Pacijent može oslobođiti liječnika od dužnosti čuvanja tajne koja se odnosi na toga pacijenta, ali ga ne može prisiliti na odavanje tajne.⁸ Naime, liječnik može odlučiti da ne otkrije podatke koji predstavljaju liječničku tajnu, iako ga je pacijent na to ovlastio, ako drži da pacijent nije bio svjestan negativnih posljedica koje bi mu moglo prouzročiti otkrivanje liječničke tajne, ako smatra da pacijent želi da se podaci otkriju iz nekih posebnih razloga koji ne bi bili u skladu s njegovim ugledom i liječničkom etikom i sl.⁹

Temeljnu prepostavku za ovlašteno obznanjivanje podataka čini tzv. kompatibilnost pacijenta, odnosno pristanak za odavanje vlastitih podataka bit će valjan ako je paci-

gent koji ga je dao u trenutku davanja pristanka bio svjestan, punoljetan i duševno zdrav. Ovaj vid odavanja tajne svoje uporište ima u pravu svakog čovjeka da raspolaže svojim vlastitim dobrom.¹⁰

Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisani izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijamu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju, a isto tako može i imenovati osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka (ZOZPP, čl. 25. st. 2.).¹¹

2. Prepostavljena suglasnost pacijenta - Izjava volje pacijenta koja znači pristanak na otkrivanje tajne od strane liječnika može se valjano dati u bilo kojem obliku, na izričit način ili prešutno, konkludentnim radnjama. Prepostavljeni pristanak pacijenta značajan je posebno u slučaju kad se pacijent nije sam u stanju izjasniti, primjerice ako je izgubio svijest ili zbog toga što je mentalno bolestan, kao i onda kad se iz okolnosti može zaključiti da pacijent nema interesa za čuvanjem svoje tajne.¹² U dvojbi liječnik treba polaziti od prepostavke da pacijent ima volju da se njegovi podaci drže u tajnosti.¹³

Primjerice, ako pacijent u sudskom postupku imenuje svoga liječnika kao svjedoka, smatra se da ga je time prešutno oslobođio obveze čuvanja liječničke tajne.¹⁴ Ili, ako pacijent po uputi svoga izabranog liječnika (opće prakse, obiteljskog liječnika) dođe liječniku specijalistu na pregled, drži se da prešutno pristaje da u nalaze koje utvrди specijalist može imati uvid i njegov liječnik.¹⁵ Držimo da se o presimiranom pristanku osobito radi i onda kada sam pacijent u javnosti iznosi podatke o svom zdravstvenom stanju.

3. Odavanje tajne drugom liječniku pacijenta - Ako više liječnika istovremeno ili jedan za drugim liječe istoga pacijenta, oni nemaju međusobnu obvezu čuvanja tajne, svakako ako je

pacijent s time suglasan ili se njegova suglasnost može prepostaviti.¹⁶ S obzirom da moderna medicinska praksa u liječenju uobičajeno uključuje liječničke timove i druge zdravstvene djelatnike, kao i osobe izvan toga kruga, liječnik mora biti siguran kako pacijent razumije zašto i kada podatci koji predstavljaju liječničku tajnu mogu biti dostavljeni drugim članovima tima, kao i da drugi članovi tima razumiju da te podatke moraju čuvati kao liječničku tajnu.¹⁷

Liječnik koji upućuje bolesnika drugom liječniku dužan je obavijesti ga o pojedinostima koje bi mogle na bilo koji način naškoditi odnosno ugroziti zdravlje ili život liječnika (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 9. st. 4.). Tako, kada liječnik upućuje drugom liječniku ili u drugu ustanovu, trgovačko društvo, odnosno drugu pravnu osobu koja obavlja zdravstvenu djelatnost pacijenta koji bi zbog svog (zdravstvenog) stanja ili ponašanja mogao ugroziti zdravlje ili život liječnika, drugih zdravstvenih radnika ili drugih pacijenata, dužan ih je o tome pravodobno obavijestiti telefonom, elektroničkim putem ili na drugi odgovarajući način (ZOLJ, čl. 28.).

4. Odavanje liječničke tajne na temelju (zakonskih) propisa - Liječnik nije povrijedio dužnost čuvanja liječničke tajne ako je podatke koji predstavljaju liječničku tajnu obznanio, odnosno učinio dostupnim trećim osobama zbog toga što su ga na odavanje tajne obvezali zakonski (ili drugi) propisi. U takvom slučaju liječnik o tome treba izvijestiti pacijenta. Zakonska dopuštenja za zadiranje u privatnost treba, kao iznimku, tumačiti restrikтивno. Jasno je da u takvim slučajevima liječnik nije ovlašten odavati podatke o zdravstvenom stanju pacijenta javnosti, nego točno propisanim i ovlaštenim osobama, službama, ustanovama i sl.

Zdravstveni interesi drugih osoba

mogu liječnika dovesti u moralnu dvojbu treba li odati ili prešutjeti neku tajnu, kao primjerice kod postojanja zarazne bolesti. U takvim je slučajevima, u pravilu, dužnost liječnika jasno (zakonski) definirana, jer je on u prvom redu čuvar javnoga zdravlja.¹⁸

U smislu kaznenopravne odgovornosti, KZ zaštitu ne postavlja apsolutno, jer određuje da kazneno djelo neovlaštenog otkrivanja profesionalne (liječničke) tajne ne postoji ako je otkrivanje tajne počinjeno u općem interesu ili interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne.¹⁹ Tako liječnici, zubari, psiholozi ne mogu kao svjedoci uskratiti iskaz o onome što su u obavljanju svoga zanimanja saznali od okrivljenika ako postoji zakonska osnova po kojoj su te osobe oslobođene dužnosti čuvanja tajne (ZKP, čl. 285. st. 2.).

Liječnik je dužan podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja da je malodobno ili nemoćnoj osobi zdravstveno stanje ozbiljno ugroženo zapuštanjem ili zlostavljanjem (ZOLJ, čl. 22.). Liječnik je dužan obavijestiti policiju i o zlostavljanju djece od strane pacijenta, a posebno kad postoji opasnost da se ono ponovi, a o tome je dužan upozoriti i odgovorna tijela, obazrivo čuvajući privatnost i interes djeteta, odnosno malodobne osobe općenito (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2. st. 4.).

Liječnik je dužan podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja da je smrt ili tjelesna ozljeda osobe nastala nasilnim putem (ZOLJ, čl. 22.), bez obzira na to što bi time odao liječničku tajnu.

Prema odredbama Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti («Narodne novine», broj 79/2007., dalje - ZZPZB), obvezi prijavljivanja zaraznih bolesti podliježu: a/

svako oboljenje ili smrt od zarazne bolesti navedene u čl. 3. ZZPZB-a ili od zarazne bolesti koju odredi Vlada Republike Hrvatske; b/ svaka sumnja na oboljenje od Brill-Zinsserove bolesti, kolere, kuge, pjegavca, žute groznice ili virusnih hemoragijskih groznica; c/ svaka epidemija zaraznih bolesti; d/ svako izlučivanje klica trbušnog tifusa; e/ svako nošenje antigena virusne žutice tipa B i C i antitijela na virus sindroma stečenog nedostatka imuniteta (ZZPZB, čl. 16. st. 1.). Prijavu treba podnijeti organizacija zdravstva i zdravstveni djelatnik koji obavlja poslove zdravstvene zaštite samostalno osobnim radom, nadležnom organu odnosno ovlaštenoj organizaciji (ZZPZB, čl. 16. st. 2.). Štoviše, liječnik ili drugi zdravstveni radnik koji utvrdi oboljenje, sumnju da postoji oboljenje, ozljeda ili smrt od zarazne bolesti iz stavka 1. ovoga članka, a ne nalazi se na dužnosti u organizaciji zdravstva, dužan je o tome bez odlaganja izvjestiti najbližu organizaciju zdravstva (ZZPZB, čl. 16. st. 3.).

5. Odavanje liječničke tajne na zahtjev ovlaštenog tijela - Dužnost čuvanja liječničke tajne može prestati i na temelju odluka sudova ili javnim izjavama predstavnika službi koje se brinu o javnoj sigurnosti zajednice. Budući da navedene institucije iznose samo jedan dio privatnosti i tajnosti pacijentata, onaj najnužniji vezan uz odgovarajuću odluku ili izjavu, za očekivati je da će sve ono što nije izrečeno (zatraženo), a ima razinu zaštite privatnosti i neodavanja tajne, ostati obvezom šutnje medicinskih i zdravstvenih djelatnika.²⁰

Tako je liječnik, odnosno drugi zdravstveni djelatnik, dužan podatke o zdravstvenom stanju pacijenta priopćiti na zahtjev ministarstva nadležnog za zdravstvo, drugih tijela državne uprave u skladu s posebnim propisima, nadležne komore ili sudbene vlasti (ZOZZ, čl. 122. st. 4.). Isto tako, liječnik je dužan medicinsku dokumentaciju na zahtjev predočiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti (ZOLJ, čl. 23. st. 1.).

Liječnik nije dužan čuvati liječničku tajnu prema trećoj (pravnoj) osobi u čije bi ime, uz pristanak pacijenta, vršio pregled. Primjerice, liječnik osiguravajućeg društva nije vezan tajnom prema svojem nalogodavcu. Tako liječnik nije vezan liječničkom tajnom ako treba dati obavijest nadležnom tijelu o teškom oboljenju pacijenta koje ga čini nesposobnim za vožnju automobila i opasnim po ostale sudionike u prometu.²¹ Slično, liječnik koji je na zahtjev roditelja obavio pregled djevojke pa je utvrdio da je trudna, smije im priopćiti rezultate pregleda, što ne bi smio ako je pregled obavio na zahtjev same djevojke.²²

6. Odavanje liječničke tajne zbog pretežnjeg interesa trećih osoba - Ponekad su u pogledu čuvanja liječničke tajne u sukobu interesi pojedinca (očuvati tajnu) i interesi javnosti (primjerice, saznati o nekoj zaraznoj bolesti). Javni interes u pravilu je u drugom planu i dolazi do izražaja u prosudbi

pretežnjeg interesa (načelo vaganja dobara)²³ Ocjena o tome koji je interes pretežniji predstavlja *quaestio facti* u svakom konkretnom slučaju.²⁴

Liječnik je liječničku tajnu dužan uvijek čuvati, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2. st. 13.). Naime, postoje situacije u kojima šutnja i neodavanje podataka o pojedincima, odnosno pacijentima predstavlja opasnost i rizik za zajednicu. To su slučajevi u kojima **zaštita zajednice ima prednost pred privatnosti pacijenta**. Međutim, važno je naglasiti da i u tim slučajevima liječnici i zdravstveni djelatnici ne smiju odavati podatke izravno u javnost, nego se moraju obraćati odgovarajućim institucijama i službama koje mogu pomoći u rješavanju određenog problema.²⁵ U smislu kaznenopravne odgovornosti, KZ zaštitu liječničke tajne ne postavlja apsolutno, jer određuje da kazneno djelo neovlaštenog otkrivanja profesionalne (liječničke) tajne ne postoji ako je otkrivanje tajne počinjeno u općem interesu ili interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne (KZ, čl. 145. st. 2.).^{26,27}

Postoje i slučajevi u kojima bi šutnja, odnosno neodavanje liječničke tajne nanjelo štetu **konkretnim trećim osobama**. Dio tih slučajeva uređen je zakonskim odredbama (primjerice, prenošenje spolnih i zaraznih bolesti).²⁸ Tako se drži da ne predstavlja povredu dužnosti čuvanja liječničke tajne obavijest supruzi da je njezin suprug zaražen HIV-om (a vrijedi i za ostale zarazne bolesti), jer su život i zdravlje žene vredniji od dužnosti čuvanja tajne. Pored bračnog druga liječnik bi trebao biti ovlašten o tome izvjestiti i druge osobe koje su bliske pacijentu, a posebno ako je prethodno bez uspjeha pokušao uvjeriti pacijenta da sam poduzme mjere zaštite.²⁹

Osobe koje obavljaju djelatnosti zaštite i liječenja osobe s duševnim smetnjama mogu otkriti ono što su saznale ili primijetile tijekom obavljanja svoje djelatnosti glede duševno oboljelih osoba i bez pristanka osobe s duševnim smetnjama ako je to nužno učiniti u javnom interesu³⁰ ili interesu koji preteže nad interesom čuvanja tajne (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, čl. 21. st. 3.). Pri tome bi se mogli otkriti samo oni podaci koji su značajni za ostvarivanje navedene svrhe i ti podaci ne smiju se koristiti u druge svrhe osim onih za koje su dani.

7. Otkrivanje liječničke tajne u znanstvenim publikacijama - Posebno pitanje upotrebe identifikacijskih podataka i saznanja koja imaju težinu tajne postavlja se u upotrebi tih podataka i saznanja u znanstveno-nastavno-obrazovne svrhe, a pri tome je posebno upitna količina identifikacijskih i drugih podataka koji omogućuju prepoznavanje određenog pacijenta ili dovođenje u svezu s njim.³¹ Iznošenje konkretnih slučajeva u **stručnim društvima ili stručnoj literaturi** s navođenjem imena bolesnika ili njegovom fotografijom

smatra se neovlaštenim odavanjem liječničke tajne.³²

Podaci o medicinskim postupcima koji se koriste u javnim izlaganjima i publikacijama ne smiju omogućiti identifikaciju osobe s duševnim smetnjama (ZZODS, čl. 22). Dakle, ako podatke o pacijentu iznosi u znanstvenim publikacijama, na predavanjima i u stručnim priopćenjima, liječnik je dužan onemogućiti identifikaciju pacijenta na kojega se objavljeni podaci odnose.³³

8. Otkrivanje liječničke tajne zbog zaštite opravdanih interesa liječnika

- Otkrivanje podataka o bolesti i o liječenju pacijenta od strane njegova liječnika može biti opravданo ako bi na taj način liječnik **branio vlastite interese**. U literaturi se navodi primjer kada pacijent ne želi liječniku platiti honorar pa ga liječnik mora tužiti ili kada pacijent tuži liječnika i traži naknadu štete prouzročene liječenjem tvrdeći da poduzete medicinske mjere nisu bile indicirane. Drži se da u takvim situacijama ne bi trebalo očekivati da liječnik i dalje mora poštivati profesionalnu tajnu, nego se smatra opravdanim da može izložiti tajne podatke kako bi se suprotstavio neutemeljennim zahtjevima pacijenta, odnosno kako bi ostvario svoje pravo na honorar.³⁴ U takvom slučaju, u namjeri da dokažu privrženost svojoj profesiji, da su učinili sve što je bilo u njihovoj moći, te da umanje važnost učinjene štete pred licem javnosti, zdravstveni djelatnici brane sebe i svoju profesiju upravo onim podacima koje bi duboko u sebi trebali čuvati kao tajnu.³⁵

Usto, liječnik ne bi trebao biti dužan čuvati liječničku tajnu ako bi to bitno **ugrozilo njegovo zdravlje i život**, odnosno ako i kada mu prijeti izravna opasnost od pacijenta (primjerice ako se radi o nasilnim pacijentima koji mu prijete). U takvom slučaju liječnik bi mogao, u ograničenom opsegu, odati podatke o pacijentima, odnosno u onoj mjeri koja je potrebna za zaštitu njegova zdravlja i života.³⁶

1. Vidi BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 161.
2. Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.
3. Vidi *Pravni leksikon*, pojam „liječnička tajna“, Leksikografski zavod „Miroslav Krleža“, Zagreb, 2006., str. 669.
4. Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.
5. Usp. IVANČEVIĆ, N., *Zakon o liječništvu*, rad u zborniku »Zbirka zdravstvenih zakona s obrazložnjem«, Zagreb, 2003., str. 91.
6. Usp. ULSENHEIMER, K., *Die arztliche Schweigpflicht*, objavljen u LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, München, 2002., str. 551. (dalje – **ULSENHEIMER**), podatak kod RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, „Analji Pravnog fakulteta“ Beogradu“, god. I., 2002., broj 3-4, str. 328.
7. Vidi IVANČEVIĆ, N., *Zakon o liječništvu*, rad u zborniku »Zbirka zdravstvenih zakona s obrazložnjem«, Zagreb, 2003., str. 91.
8. Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.
9. Tako JOVANOVIĆ, LJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 37.
10. Vidi POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, »Obnovljeni život«, (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.
11. O liječničkoj tajni kod osoba s duševnim smetnjama vidi više kod TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – s komentarom i prilozima*, Zagreb, 2001., str. 107.
12. Tako ULSENHEIMER, str. 556. Usp. STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 224.
13. Usp. REHBERG, J., *Handbuch des Arztrechts*, Zurich, 1994., str. 135.
14. Vidi DEUTSCH, E. – SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, Mučen, 2003., str. 318.
15. Tako REHBERG, J., *Handbuch des Arztrechts*, Zurich, 1994., str. 349.
16. Vidi MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulativne u medicini*, »Pravni informator«, 2003., str. 9.
17. Tako STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 223.
18. Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.
19. Tako BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 163.
20. Usp. GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, »Sestrinski edukacijski magazin«, god. II, 2005., broj 2, str. 10.
21. Vidi RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 140.
22. Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.
23. Vidi ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika*, Zagreb, 1998., str. 31.
24. Usp. RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 219.
25. Najčešće je riječ o socijalnoj skrbi (primjerice u slučaju zlostavljanja djece i žena), policiji (slučajevi prometnih nesreća, izazvanih konzumiranjem alkohola ili nekih drugih opojnih droga, prijetnja ubojstvom, predoziranje ovisnika o drogama i sl.), odjavitništvu, sudovima (za slučajeve u kojima medicinski i zdravstveni djelatnici nisu postigli pristanak s pacijentima ili članovima njihove rodbine, a riječ je o intervencijama koje mogu spasiti život, medicinski i zdravstveni djelatnici - kako praksa nekih zemalja pokazuje - mogu se obratiti sudu za pomoć), institucijama i službama čije članove isto tako obvezuje profesionalna tajna. Na taj način u zaštiti zajedničkog dobra, na poziv medicinskih i zdravstvenih djelatnika, sudjeluju i svi oni koji su od društva zaduženi za zaštitu zajedničkog i društvenog dobra. POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, »Obnovljeni život«, (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.
26. Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 163.
27. Postoji mišljenje da u određenim slučajevima liječnička tajna može postojati i prema samom pacijentu. Drži se, primjerice, da bi u slučaju teške, neizlječive bolesti pacijenta njegovo upoznavanje sa stvarnim stanjem bolesti moglo dovesti do pogoršanja njegova zdravlja i ubrzavanja smrti. Suprotno, prikrivanje takvog stanja predstavlja posebnu vrstu liječenja, psihoterapije. Ipak, pretežito je mišljenje da liječnička tajna djeluje samo prema trećim osobama, a ne i prema pacijentu. JOVANOVIĆ, LJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 42.
28. U tom smislu Pozaić navodi i primjer osobe koja je nasilna i predstavlja opasnost na radnom mjestu i u obitelji, odnosno kojoj psihofizičke sposobnosti ne dopuštaju dalje obavljanje javne djelatnosti te dovodi u pitanje živote drugih ljudi (primjerice, vozač javnog prijevoza, osobe čije radno mjesto zahtijeva rukovanje različitim kemikalijama, otrovnim supstancama i eksplozivom), te drži da i za te slučajevima važi isto profesionalno pravilo odavanja privatnih podataka kau i u slučajevima prijetnje zajedničkog dobra. POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, »Obnovljeni život«, (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.
29. Tako SCHLUND, G., *Specifische arztliche Mitteilungsmöglichkeiten*, objavljen kod LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, München, 2002., str. 581., podatak kod RADIŠIĆ, str. 141.
30. Općim interesom ili interesom koji je važniji od interesa čuvanja liječničke tajne smatra se: (a) otkrivanje saznanja da osoba s duševnim smetnjama priprema počinjenje kaznenog djela za koje je zakonom propisana kazna zatvora od pet godina ili teža kazna, (b) otkrivanje ili sudjenje za najteža kaznena djela ako bi ono bilo znatno usporeno ili onemogućeno bez otkrivanja inače zaštićenih podataka, (c) zaštita javnog zdravlja i sigurnosti, (d) sprječavanje izlaganja druge osobe neposrednoj ili ozbiljnoj opasnosti za njen život ili zdravlje (ZZODS, čl. 17. st. 5.). Podrobnije o tome kod TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – s komentarom i prilozima*, Zagreb, 2001., str. 110.-112.
31. Vidi GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, »Sestrinski edukacijski magazin«, god. II, 2005., broj 2, str. 10.
32. Usp. JELAČIĆ, O., *Pravni i deontološki aspekt lekarske delatnosti*, »Jugoslavenska revija za kriminologiju i krivično pravo«, god. IX, 1971., br. 3, str. 472.
33. Tako MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulativne u medicini*, »Pravni informator«, 2003., str. 9.; STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 250.
34. Tako RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, „Analji Pravnog fakulteta“ Beogradu“, god. I., 2002., broj 3-4, str. 334.-335.
35. Vidi GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, »Sestrinski edukacijski magazin«, god. II, 2005., broj 2, str. 9.
36. Usp. MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulativne u medicini*, »Pravni informator«, 2003., str. 9.; GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, »Sestrinski edukacijski magazin«, god. II, 2005., broj 2, str. 10.

DVADESET GODINA Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru

Razgovor s njegovim dekanom vodila Lada Zibar

Svake godine, od 2007. naovamo, s radošću odlazim na nastavu na Medicinski fakultet u Mostar (popularnije MEFMO) u susjednu nam Bosnu i Hercegovinu, još jednu hrvatsku domovinu. Pomalo studentski provodim ugodno vrijeme uz pitom ugođaj izrazito suradljivih done davno brukoša željnih znanja i svjedočim razvoju MEFMO-a u sve samostalniji fakultet u prosjeku s mladim, zavidno educiranim kadrom. O 20 godina MEFMO-a razgovaram s dekanom prof. Milenkom Bevandom.

► **Koliko je MEFMO daleko od početka prije 20 godina, ne po godinama, nego po zrelosti?**

Iako još uvijek mlad fakultet, MEFMO je u posljednjih 20 godina značajno iskraćio u pogledu prostora, kadrova i opreme. Svako razdoblje razvoja fakulteta donosi je nešto novo, ali i studenti i nastavnici i administrativno osoblje radili su na zajedničkom cilju: ostvarenje što boljih uvjeta za kvalitetnu nastavu, znanstveni razvoj i pojačanje vidljivosti fakulteta na međunarodnoj razini. MEFMO je danas najprominentnija sastavnica Sveučilišta u Mostaru po broju znanstvenih radova i citata, te projekata i međunarodnih suradnji.

► **Koliko je MEFMO-u još uvijek potrebna kadrovska pomoć iz Hrvatske, a koliko i svaka druga pomoć?**

Kadrovska pomoć iz Hrvatske i dalje je potrebna za održanje kvalitete nastave te za izobrazbu mladih domaćih liječnika. Ujedno dolazak kadrova iz Hrvatske jača znanstvenu produktivnost Fakulteta kroz nekoliko međunarodnih projekata na

kojima sudjeluju naši nastavnici i studenti. Hrvatska nam također pomaže financirati projekte kojima jačamo svoju znanstvenu infrastrukturu, a dobra suradnja naših profesora s profesorima iz Hrvatske urodila je i dobivanjem nekoliko zajedničkih međunarodnih projekata prekogranične suradnje. S druge strane, dolazak profesora iz Hrvatske pomaže i našim pacijentima zbog stručne suradnje s našom najvećom nastavnom bazom - Sveučilišnom kliničkom bolnicom Mostar (SKB Mostar). Također, zbog dolaska profesora iz Hrvatske Hrvati u Bosni i Hercegovini osjećaju podršku domovine, što doprinosi nacionalnom ponosu i očuvanju Sveučilišta u Mostaru kao jedinog sveučilišta na hrvatskom jeziku u Bosni i Hercegovini.

► **Kako ste organizirali nastavu? Jeste li zadovoljni kompetentnošću završenih mladih liječnika? Imate li mentorске i druge uvjete za dostatno stjecanje kliničkih vještina?**

Nastava je organizirana u turnusima/blokovima, gdje studenti slušaju samo jedan predmet u satnici od 6 do 8 sati dnevno, te nakon ispitne pauze imaju prvi ispitni rok. Ovakav model usvojen je od osnutka studija i pokazao bolju prolaznost na prvim ispitnim rokovima u odnosu na medicinske fakultete koji imaju nastavu organiziranu po semestrima. Nastavu uglavnom izvode domaći nastavnici ili u kombinaciji s nastavnicima iz Hrvatske i Bosne i Hercegovine. Naši mlađi liječnici pokazali su se kompetentnima na tržištu rada. Neki od njih su vodeći kardiokirurzi, kirurzi, internisti u regiji, a dio njih koji rade u inozemstvu odlična su spona koja pomaže razvoju suradnje s institucijama u kojima rade. Većina njih je upisala i poslijediplomske studije. Magisterski znanstveni studij završilo je 130 polaznika, od čega je više od 30 % polaznika bivših studenata MEFMO-a, a 60 % su djelatnici SKB-a Mostar. Organizaci-



Studenti studija na engleskome učeći izolaciju DNK u laboratoriju



ranjem doktorskog studija na Fakultetu olakšana je domaćem nastavnom kadru daljnja znanstvena izobrazba. Svi naši bivši studenti su zaposleni. U pogledu kliničkih vještina ima još puno prostora za poboljšanje. Imamo nekoliko domaćih nastavnika s certifikatima za rad na kliničkim vještinskim studijima. U strateškim ciljevima je priprema plana o osnivanju Centra za kliničke vještine koji bi bio polazna baza za stjecanje kliničkih vještina studentima dodiplomske nastave i studentima specijalističkih studija. S obzirom na to da se radi o planu koji zahtijeva znatna finansijska sredstva, njegovo ostvarenje očekujemo jedino s projektima predpri stupnih fondova za znanost i inovacije.

► Kakvo je stanje sa znanstveno-istraživačkim radom na MEFMO-u?

Od osnutka MEFMO-a broj znanstvenih radova i citata u uzlaznoj je putanji. S obzirom na skromne projekte koje smo u prilici dobiti preko Federalnog ministarstva obrazovanja i znanosti, nastojimo postići maksimalan učinak i u temeljnim i u kliničkim medicinskim znanostima. Imamo nekoliko suradnji na HRZZ-ovim projektima gdje su voditelji projekata naši gostujući nastavnici iz Hrvatske. Prijavili smo dva međunarodna projekta i čekamo rezultate. Suradnici smo na dva IPA interreg projekta prekogranične suradnje. U svibnju ove godine osnovali smo Cochrane Bosne i Hercegovine kao granu hrvatskog Cochrane centra, koji nam je dao veliku podršku. Nadamo se kroz taj projekt ponuditi našim studentima i nastavnicima mogućnost izrade kvalitetnih radova u području medicine utemeljene na dokazima. U studenome ove godine dvije kolegice idu na edukaciju o Cochrane metodologiji u Kopenhagen, gdje je centar Cochrane-ove heptato-biliarne grupe.

► Koliko se studenata iz Hrvatske obrazuje na MEFMO-u? Koliko studenata nakon završetka studija odlazi raditi u Hrvatsku? Postoje li problemi za rad u Hrvatskoj?

Na MEFMO-u imamo 10 % studenata iz Hrvatske na studiju medicine i studiju dentalne medicine. Dodatno smo ove godine krenuli sa studijem medicine na engleskom jeziku, gdje imamo više od pola studenata iz Hrvatske. Prije dvije godine smo u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom obavili recenziju naših nastavnih planova i programa kako bi se uskladili s hrvatskim medicinskim fakultetima u okviru 20 %-tnog odstupanja. S druge strane, akreditirali smo Sveučilište u Mostaru u hrvatskoj Agenciji za visokoškolsko obrazovanje tako da su naše diplome priznate u Hrvatskoj, a time i u Europskoj Uniji. U Hrvatsku uglavnom odlaze raditi studenti koji su iz Hrvatske, a manje naših liječnika.

► Koje biste probleme istaknuli u odnosima s Hrvatskom vezane za specijalističko obrazovanje liječnika s diplomom MEFMO-a?

Još uvijek s tim imamopoteškoća, jer je našim liječnicima otežano dobivanje potrebne dokumentacije za specijalističko obrazovanje u Hrvatskoj. Puno lakše dobivamo tu mogućnost u Njemačkoj i drugim zemljama iz okruženja. Ipak, većinu specijalizacija naši studenti mogu obaviti u SKB-u Mostar, tako da manje naših liječnika ide na specijalizaciju u Hrvatsku. Međutim, kako nastojimo da naši mladi liječnici ostvare dobre kontakte i povezanost s matičnom domovinom, ulažemo znatne napore da preko Ministarstva zdravstva olakšamo našim specijalizantima dobivanje potrebne dokumentacije za specijalističko obrazovanje u Hrvatskoj. Nadamo se da će to pitanje uskoro biti riješeno.

► Imate li problem s odlaskom mladih liječnika u zemlje EU-a, pri tomu ne mislim na Hrvatsku? Postoje li poteškoća s priznavanjem diplome MEFMO-a u EU-u?

Za sada je odlazak mladih liječnika u inozemstvo manjod 15 %, uglavnom je to Njemačka, gdje naši studenti bez većih poteškoća uspijevaju nos trifiricirati diplome i zaposliti se. Oni su naši najbolji veleposlanici jer svojim radom i stručnošću svjedoče o kvaliteti svog matičnog fakulteta i bolnice.

► Mislite li da se dovoljno čini za zadržavanje mladih liječnika u Hercegovini? Što bi trebalo učiniti?

Činjenica je da svi naši diplomirani studenti uspiju naći zaposlenje u Bosni i Hercegovini zbog deficitne naše profesije. Međutim, plaće u zdravstvu nisu jednakne u svim županijama i postoji određeni nesklad u tom pogledu. Svakako bi trebalo raditi na podizanju standarda u zdravstvu, jer bi time bilo zajamčeno zadržavanje mladih liječnika u Hercegovini.

► Imate li studij i na drugim jezicima ili ga planirate osnovati? Predviđate li da bi takav studij utjecao na popunjavanje liječničkog kadra u Hercegovini?

U sklopu strateškog plana Sveučilišta u Mostaru o potrebi internacionalizacije Sveučilišta, MEFMO je krenuo u realizaciju dijela toga plana. Naime, ove akademske godine krenuli smo sa studijem medicine na engleskom jeziku. Ovakvi studijski programi nužni su institucijama koje žele povećati svoju međunarodnu vidljivost. S druge strane, to je jedan od preduvjeta i za akreditaciju institucije na svjetskoj razini, jer želimo da naše diplome budu priznate i izvan EU-a. Iskustva u okružju svjedoče o brojnim pozitivnim trendovima studijskih programa na stranom jeziku. To će zasigurno doprinijeti popunjavanju liječničkog kadra u Hercegovini, jer studenti imaju obvezu naučiti hrvatski jezik do 4. godine studija. Pozitivno je i to što su neki naši studenti njemački državljeni podrijetlom iz Bosne i Hercegovine koji se studiranjem u Mostaru vraćaju svojim korijenima i kojima se otvara mogućnost trajne imigracije u Hercegovinu. Nadamo se i ovom pozitivnom učinku.



Slijeva nadesno Milenko Bevanda, Danijel Pravdić, Katarina Vukojević i Ivan Ćavar

■ Prije nekoliko godina pokrenuli ste Centar za medicinu spavanja, Centar za citogenetiku i Centar za stalno medicinsko usavršavanje. Koliko ste zadovoljni postignutim?

Budući da su u BiH medicinski fakulteti ne samo obrazovne već i zdravstvene institucije koje mogu obavljati zdravstvenu djelatnost koja je povezana s nastavom, za vrijeme mog mandata smo pokrenuli niz aktivnosti u tom smjeru. Osnovan je Centar za medicinu spavanja, koji je razvijen u suradnji sa SKB-om Mostar i MEF-om u Splitu, a na poticaj dekana MEF-a u Splitu prof. dr. sc. Zorana Đogaša. Centar postupno širi svoje kapacitete i utjecaj zahvaljujući europskim projektima. Centar za citogenetiku pokrenut je domaćim snagama u suradnji sa SKB-om

Mostar u želji da pacijenti u Hercegovini po prvi put u povijesti mogu pretraživati kariogram, za što su do sada morali ići u Hrvatsku. U sklopu Centra za citogenetiku djeluje citogenetički laboratorij u kojem se rade kariogrami (GTG-pruganje) i molekularne analize gena. Također je u sklopu Centra u tijeku osnivanje Laboratorijske molekularne dijagnostike kojim će se upotpuniti dijagnostička paleta molekularnih pretraga koja sada nedostaje. Centar za stalno medicinsko usavršavanje naša je osnova za cjeloživotno učenje. U njemu obavljamo tečajeve trajne medicinske izobrazbe te surađujemo s ekonomskim fakultetima u Sarajevu i Mostaru te s našim Zavodom za javno zdravstvo na zajedničkom projektu edukacije u Zdravstvenom managementu. U tom projektu

posebno su se istaknuli moji prodekan prof. Danijel Pravdić i prof. Ivan Ćavar.

■ Osnovali ste i studij dentalne medicine; kako ga planirate razviti i imate li potrebne kapacitete?

Studij dentalne medicine osnovan je prije tri godine. U izradi elaborata posebno se istaknula moja prodekanica prof. Katarina Vukojević, kao prva prodekanica za nastavu studija dentalne medicine. Planova za razvoj dentalne medicine nastavlja moj pomoćnik za dentalnu medicinu doc. Boris Jelavić. Već smo u ovom kratkom razdoblju pokrenuli postupak za registraciju Klinike za dentalnu medicinu u sklopu koje bi studenti i mogli praktično raditi i educirati se. Do sada smo uspjeli dobiti nekoliko stručnih projekata za opremanje Klinike. Uredili smo tri dvorane, svaku s 6 dentalnih jedinica, te jednu ambulantu za djecu i odrasle s teškoćama. Dakle, prema europskim standardima planirali smo 19 dentalnih jedinica za 30 studenata po godini. U tijeku je i opremanje Klinike s pet dentalnih jedinica i sale za pretkliničke vježbe s 10 dentalnih fantoma. Za nabavku preostale opreme pripremamo domaće i europske projekte, a dio financiranja su i vlastita sredstva koja ostvarujemo spomenutim stručnim djelatnostima. U planu je i podizanje 4. kata na zgradi Fakulteta, kako bi se osigurao dovoljan broj učionica za nove studijske programe. Žeimo razviti sve poliklinike dentalne medicine kako bi osigurali uvjete za specijalističku izobrazbu naših studenata, te osnivanje stručnih specijalističkih studija.

Nova knjiga prof. Igora Rudana „Zao zrak: Razmišljanja o zdravlju i bolesti u 21. stoljeću“

Poznati znanstvenik Igor Rudan u nedavno tiskanoj knjizi "Zao zrak: Razmišljanja o zdravlju i bolesti u 21. stoljeću" nastoji popularizirati cijelokupnu modernu medicinu i javno zdravstvo objašnjavajući pozadinu stotinjak Nobelovih nagrada dodijeljenih za medicinu i fiziologiju od početka 20. stoljeća do danas. Knjiga uključuje i intervjuje koje je prof. dr. sc. Igor Rudan dao brojnim novinarima u zemlji i inozemstvu.

U posljednjem dijelu knjige autor ukratko opisuje i dijeli svoja vlastita iskustva koja je stjecao na putu od studenta medicine na Sveučilištu u Zagrebu, direktora Centra za globalna zdravstvena

istraživanja na Sveučilištu u Edinburghu, pa do utemeljitelja tamošnjega suradnog centra Svjetske zdravstvene organizacije. Knjiga približava načine na koje se moderna medicina razvila u djelatnost čvrsto utemeljenu u rigoroznoj eksperimentalnoj znanosti, uz visoka etička načela i dugo iskustvo s pojedinim metodama. Zahvaljujući tome, piše prof. Rudan, ljudi danas posvuda u svijetu žive sve dulje i sve su zdraviji. Među ostalim, knjiga bi trebala postati osobito relevantna kao znanstveno utemeljena referenca koja će se suprotstaviti protivnicima cijepljenja, tzv. anti-vaxxerima, te pokazati koliko su pozivi na necijepljenje opasni za ljude. (ssh)

Laserski tretmani u službi ljepote i zdravlja



► Kakva je suradnja MEFMO-a s drugim medicinskim fakultetima u BiH? Kakva je mobilnost studenata unutar BiH?

Vrlo dobro surađujemo sa svim državnim medicinskim fakultetima u Bosni i Hercegovini. Godine 2008. zajedno smo postigli međunarodnu akreditaciju u sklopu TEMPUS projekta i od tada se redovito održavaju dekanske konferencije medicinskih fakulteta. Mobilnost između MEFMO-a i drugih fakulteta je otežana jer MEFMO ima specifičan model nastave u blokovima/turnusima, dok ostali fakulteti imaju nastavu u semestrima. Međutim, postoje prelasci studenata između ovih fakulteta, što na neki način doprinosi mobilnosti i razmjeni iskustava. MEFMO je izradio sustav bodova ECTS za integrirani dodiplomski i diplomski program, što u načelu omogućuje punu mobilnost studenata u skladu s Bolonjskim procesom. Istodobno, MEFMO pozorno prati promjene u tzv. core curriculumu na medicinskim fakultetima u Hrvatskoj, što će i ubuduće omogućiti pokretljivost studenta u odnosu na Republiku Hrvatsku. Također, studentima je omogućeno obavljanje ljetne prakse, osim u BiH i Hrvatskoj, i u nekim zemljama Europske nize.

► Kakve su mogućnosti poslijediplomskog usavršavanja na MEFMO-u? Koliko ste cijenama pristupačni i a zanimaju li se liječnici iz Hrvatske za doktorski studij u Mostaru?

Godine 2008. osnovali smo poslijediplomski doktorski studij Biomedicina i zdravstvo i svake godine upisujemo 20 kandidata. Uvijek je puno veći broj prijavljenih, iako naš poslijediplomski studij ima najteže kriterije u državi. Naime za obranu doktorata jedan od uvjeta su dva rada objavljena u *Current Contents* bazi. Cijenama smo slični onima u Hrvatskoj. U svakoj generaciji imamo nekoliko liječnika iz Hrvatske, a ponekad i prijelaznike s doktorskih studija u Hrvatskoj. U tijeku je recenzija nastavnog plana i programa radi prilagodbe poslijediplomskim studijima u Europskoj Uniji. U sklopu recenzije mislimo ponuditi naš studijski program s mogućnošću izvedbe i na hrvatskom i na engleskom jeziku, bude li kandidata koji ne govore hrvatski.

Tijekom posljednjih 10 godina, otkrića u medicini i estetici omogućila su obnovu najosjetljivijih dijelova kože i tretiranje problematika koje su se nekada smatrале gotovo nerješivima. Jedno od tih otkrića su zasigurno laserski tretmani koji se u medicinske svrhe koriste već dugi niz godina, a sada su pronašli i svoje mjesto među estetskim tretmanima lica i tijela.

Laserom se mogu tretirati razne problematike kože – od prvih bora i staračkih pjega, do dubljih bora, kapilara i hiperpigmentacija, a mogu se ukloniti i dlačice te promjene na koži poput madeža, bradavica, ožiljaka, strija i tetovaža. Laseri su svoju svrhu pronašli i u stomatološkim terapijama, kao i u borbi protiv hrkanja – revolucionarnom tretmanu koji su u Poliklinici Bagatin među prvima u svijetu uvrstili u ponudu. U ponudi svog najmodernijeg laser centra u Hrvatskoj i regiji imaju čak devet vrhunskih lasera kojima se mogu tretirati gotovo svi estetski problemi. Stručnjake za lasere čini tim od 7 specijalista i kozmetologa koji su prošli niz edukaciju, odradili tisuće tretmana i imaju jednako toliko zadovoljnih klijenata.

Uklanjanje dlačica

Diodni laser opremljen je sustavom koji hlađi tretirano područje neposredno prije negoli se odašilje puls, osiguravajući tako veću ugodu i sigurnost za vrijeme tretmana. Svetlosna zraka cilja na desetke dlačica odjednom, što smanjuje broj tretmana potrebnih za završetak cijelog postupka.

Uklanjanje tetovaža

TattooStar Effect Combo laser – trenutačno je najučinkovitiji Q-switch laser na tržištu koji će reducirati ili značajno izblijedjeti tetovaže. Zahvaljujući selektivnom uklanjanju, zraka prodire kroz kožu i dopire do čestica tinte, a pigmenti apsorbiraju svjetlosnu energiju te se raspadaju. Jednom kad su uništeni, limfni sustav tijela ih apsorbira i uklanja.

Uklanjanje vena i kapilara na tijelu

Najnoviji u laser obitelji je novi laser Quanta System Duetto MT Evo koji je idealan za tretiranje vena i kapilara na tijelu. Kombinira čak dvije valne duljine infracrvenog spektra zbog čega jednako dobro djeluje na površinske sitne fine kapilare, ali i na duboke, veće žile u koži i ispod kože.

Pomlađivanje kože lica

Nova i jedinstvena tehnika koja rabi lasersku zraku za smanjenje efekata starenja na koži je tretman laserskog pomlađivanja, poznat i kao *Skin Rejuvenation*. Uklanja površinske i umjereno duboke linije i bore na licu, kao i sitne ožiljke od akni.

Uklanjanje strija i ožiljaka

U Poliklinici Bagatin strijama i ožiljcima pristupa se na poseban, multidisciplinarni način, uz pomoć kombiniranog djelovanja Q-switch i frakcijskog lasera. Ožiljci su značajno manje vidljivi kroz samo par brzih, laganih tretmana.

Uklanjanje madeža i ostalih kožnih promjena

Erbium laser najjednostavnija je metoda za uklanjanje madeža i ostalih kožnih promjena. Zahvat uključuje korištenje laserskog svjetla, čiji se snop usmjerava izravno u madež kako bi ga se zagrijalo i potom uništilo.

Poliklinika Bagatin | Grada Vukovara 269a/10
01/46 10 225 | info@bagatin.hr
www.poliklinikabagatin.hr



Estetska kirurgija



Dermatologija



Kozmetologija



Stomatologija



STEZULJA



ZDENKA ČORKALO*

Najbolje je imati godina onoliko koliko imaš. A to je teško. Čovjek se često sam predomisli i od onoga što je najbolje uzme ono najlakše, ili pusti da život zategne kočnicu, pa što se dogodi. Meni se dogodilo jedno dugožareće pamćenje.

Jutrošnja loša vijest leti bez krila ovom velikom bolnicom. Naš ratni zapovjednik, naš uzor bez odličja, smješten je na psihijatrijsku kliniku.

Nismo u običnoj sumnji ni strahu. Onomu od neznanja. Ne u tomu. Stisnuti smo u osmišljenom, dobro priljepčivom strahu, kojim moramo pravdati Domovinski rat. Tako brzo se vratila ova neizljječiva bolest, za koju smo mislili da će je rat spaliti a ne da će se vraćati, najprije puzajući a onda uspravljena, uskrsla, postaje jedinovažeća.

Teška srca, poduprta zrnom pameti krećem prema odjelu gdje je naš prijatelj zatvoren. Otključavaju mi vrata. Pita me mlađi psihijatar mogu li sama ili će me on dopratiti do sobe. Vidi čovjek da idem puževim korakom, vučem se, uznemirena sam, suze me spremno čekaju, sve radim samo da do suočavanja što kasnije dođe. Ne izjašnjavam se treba li me pratiti pa zajedno dolazimo do sobe. Puštam ga

da uđe prvi. Čini mi se kako je kolega visok dva metra a ja dva centimetra. Pita me što je gospodin meni. Odgovaram da je on meni ono što bi morao biti svima u ovoj državi. Doktor se ne obazire na moje riječi nego mi savjetuje kad budem htjela otići, neka mu se javim, on će mi otključati ulazna vrata. Prihvacaćam. Sunce, s južne strane bolnice je cijelo ušlo u sobu. Želim smanjiti količinu sunca koje mi bode oči. Pokušam s roletama, one se ne mogu spustiti nego do pola, i to nakrivljene. Priđem umivaoniku, pustim vodu neka teče dok ne dođe hladnija pa tu namočim obje ruke i nosim ih tako mokre na lice prijatelja. On spava, ne miče se. U sobi je sam, dvije postelje su prazne. Njegova je do prozora. Sjednem na najbližu postelju i gledam ga. Ruke su mu vezane posebnim kožnim remenjem. To je dio današnje, moderne, humanije stezulje. Nekada je stezulja sličila košulji koja se vezivala na leđima. Imala je duge rukave, na krajevima zatvorene, zašivenе, a na to su bile pridodane vezice. U tomu su šake bile skupljene i onemogućene za otimanje vezivanju. U narodu su ovo zvali «luđačkim košuljama». Današnje stezulje, u obliku lijekova, jače su, više onemogućavajuće od bilo kojeg oblika fizičke sile.

Misli mi preskaču vremenska razdoblja, po deset, dvadeset godina. Izljeću iz moje glave kao čep iz boce šampanjca.

Opet sam u problemu. Ne vidim u što gledam nego vidim čega se sjećam. Gledam u njega, a sjećam se prodavaonice pokućstva gdje smo se nema dugo susreli. Tada smo razgovarali o maloj pilani i tvornici pokućstva u enklavi iz koje nismo mogli izaći, a bila je sredina Domovinskog rata. Danonoćno se čuo zvuk pile iz pilane. Ja sam se čudila što toliko pilaju i komu je do pokućstva u ratu, a ti si mi, zapovjedniče, vidjevši da mi mozak preskače stvarnost, blago rekao da pilana ne radi pokućstvo nego mrtvačke sanduke. Zamislili, u miru pokućstvo, u ratu sanduci. A zvuk pile iz pilane isti! Ne zna zvuk što se nama sprema.

Dok ovako sjedim, što god se pitam, sa svakim pitanjem ulazim u teški mrak. Kakvi smo mi ljudi? Narod koji se ne prodaje ne može biti kupljen. Narod koji se ne predaje, ne može nestati, ne mogu sve ubiti. Ni stezuljom sve onemogućiti. Onda sama sebi odgovaram da mi nismo ništa izmislili. Mi smo samo učili. Dugotrajnom upotrebotom postajemo slični. To se i hoće, sve zamijeniti sa sličnim.

*Autorica je anesteziolog iz Splita, član Društva hrv. književnika i član Društva hrv. književnika Herceg-Bosne

Nastavljam s tobom utišanim, razgovor koji se ne čuje. Rekao bi mi sada da i ne moram ništa reći jer se na meni sve vidi. Odmah nastavljam o nekomu koji je bio samo jedan petak na prvoj crti bojišnice. A ti sve petke, godinama. Pogledaj sebe, a pogledaj njega. Velike su razlike. U korist koristi.

Dugo poslije rata bila sam na pogrebu branitelju koji je iz nemira izbrisanih konačno prešao u mir Božji. Odmah su se počela spremati odličja, za sve, glavno da nisu za njegova živa prsa. Tako im je bilo lakše. Iznenadila sam se da su ljudi na groblju glasno plakali. Zaboravila sam da je to normalno. Za vrijeme boravka u enklavi svi ukopi su se obavljali u teški sumrak i u potpunoj tišini da nas ne otkriju. Bol nije smjela napustiti «mrtvu stražu» jer bi se odala i privukla k sebi smrt. Bolje bol nego smrt!

Dok sjedim i mislim, otvaraju se vrata. Zove me doktor na kavu i da se malo odmorim. Zapravo, on me želi maknuti, prekinuti događaj. Idem poslušno. Pita me, s puno obzira jesam li očekivala ovakav rasplet, jesam li uočavala neke znakove, je li mi se priatelj tužio na stanje u glavi. Ne, nije mi se tužio, ništa se nije vidjelo, ali se znalo. Svi smo znali na čemu se nije škrtarilo: na progonu, na mržnji u svilenim rukavicama, na umirovljenju do umrtvљenja, na raspadnutim prijateljstvima. On nije želio ni mijenjati jednadžbu ni otvarati zgrade. Okrugle, uglate i vitičaste, ostale su kakve su i bile. To se znalo, a ono što se vidjelo je narod koji se prometnuo u svjetinu, kao i nekada, kao i uvijek kad čovjek okruni vlastitu glavu i svjetlećom raketom pokazuje nebo onomu koji ga je stvorio.

Dug je put od opomene do posluha. Koji put neprohodan.

Nakon ovoga, kad je prošlo desetak dana, prolazim isto: otključavaju

mi vrata, prate me do sobe, ulaze sa mnom i veselim glasom najavljuju moj dolazak. Ne vidim nikakvog povoda ni veselosti ni opuštenosti, ja sam u napetosti kao da mi se oko vrata omotala zmija otrovnica i samo čekam kad će se okomiti na me. Nisam u pravu. Na postelji sjedi moj priatelj, nije vezan, ali ne okreće glavu prema vratima. Dođem na dno postelje, stojim mu sučelice, javljam se. Na pitanje kako je odgovara mi da je dobro, nije mu ništa opasno, nije mu loše. Šaleći se pokušavam doći do ozbiljnoga pa ga pitam gdje su mu oči, pogled. Nakon dosta vremena usmjerio je pogled prema meni. Ni sada, a ni puno puta ranije, kad god sam htjela nekomu opisati pogled u kojem nema ničega, nikada to nisam učinila uspješno. Pogleda više nije bilo, prerano je otišlo u sjećanje. Oči bez bljeska, bez smješka, bez ljutnje, bez govora, bez odgovora. Gotovo je sa

žrtvom koja je gradila oltar Domovine. Puno više je bilo ljubavi nego je oltar trebao. Stezulja je naplatila sve svoje dugove.

Govorim mu kako će doći opet, kako će njegovu rečenicu od prije puno godina staviti na korice moje nove knjige, kako će čekati da se oporavi pa čemo knjigu predstaviti računajući da će mu u ranjenoj duši riječ naći neko mjesto. Ali, ništa ne prolazi duševnu i duhovnu zastrrost. Maglovitost i neprozirnost ostaje. Umire se na razne načine, pa i na ovaj.

Zamišljeno odlazim, a znam da sam tamo ostala i tko zna koliko će puta još tako ostajati, sama, na ovom putu gdje nije najgora bolest koja boli.

Život je prosuo bisere ne znajući odakle će naići ono što će ih pokupiti!



PBZ DIGITALNO BANKARSTVO POKRENI SVOJE FINANCIJE.

Nova usluga PBZ digitalno bankarstvo omogućuje vam upravljanje svojim financijama kada i odakle poželite uz mogućnosti personalizacije usluge svojim željama i potrebama. Usluzi možete pristupiti s mobitela, računala ili tableta pa ovisno o načinu pristupa zovete ju mobilno ili internetsko bankarstvo.

Otkrijte pametne funkcionalnosti usluge:

- #withSAVE za zabavnu i svakodnevnu štednju malih iznosa bez prijave u aplikaciju PBZ mobilnog bankarstva.
- #withCASH za podizanje gotovine na PBZ-ovim bankomatima bez kartice.
- #withPAY za brza i jednostavna plaćanja kontaktima iz imenika mobilnog uređaja*.
- #withSIGN za online ugovaranje PBZ-ovih proizvoda i usluga, bez odlaska u poslovnicu.
- #withKEY za jednostavniju prijavu u novo internetsko bankarstvo i autorizaciju transakcija.
- Skeniraj i plati za plaćanje uplatnica s 2D bar kodom te bez 2D bar koda skeniranjem podataka s talona uplatnice.

*Plaćanje je moguće unutar #withPAY zajednice odnosno za kontakte koji imaju PBZ račun, ugovorenog PBZ digitalno bankarstvo i aktiviranu funkcionalnost #withPAY.



#withPAY



#withCASH



Korisnici PBZ digitalnog bankarstva mogu koristiti uslugu Google Pay™ za beskontaktno plaćanje mobitelom. Visa Inspire kartica PBZ tekućeg računa prva je kartica u Hrvatskoj dodana u Google Pay. Usluga Google Pay integrirana je u mobilnu aplikaciju PBZ digitalnog bankarstva, a omogućuje plaćanje na prodajnim mjestima označenim simbolima za prihvat beskontaktnog plaćanja i/ili simbolom Google Pay.



Zakoračite u svijet *Magnifica* bankarstva i iskoristite brojne pogodnosti. Uštedite vrijeme, zakažite termin sastanka kod Vašeg menadžera za odnose s klijentima i saznajte sve što Vas zanima o posebnoj ponudi za članove HLK. Ako još nemate svojeg bankara, kontaktirajte *Magnifica tim*.

Više informacija možete pronaći na www.hlk.hr.



#withSAVE



#withSIGN



PRIVREDNA BANKA ZAGREB

SVIJET MOGUĆEG.

JOSIP BARILAR

(1901. – 1976.) I LJEČILIŠTE BRESTOVAC



DR. JOSIP BARILAR

Na zagrebačkom sveučilištu je 30. lipnja 1925. promovirana skupina od 20 svršenih medicinara. Promotori su bili prof. dr. Albert Botteri, predstojnik Katedre za oftalmologiju, prof. dr. Miroslav Čačković, dekan MEF-a, i rektor prof. dr. Stjepan Zimmermann, profesor filozofije na KBF-u u Zagrebu. Prvi po abecedi na tome popisu bio je Josip Barilar. Rođen je 2. ožujka 1901. u Podbrežju (općina Velika Gorica) pokraj Zagreba u obitelji Rozalije, domaćice, i Stjepana Barilara, krojača. Preselili su se u Zagreb pa je 1907. krenuo u osnovnu školu u Draškovićevoj ulici (danasa OŠ dr. Ivana Merza). Nakon očeve smrti 1910. majka je privređivala radeći kao dvorkinja po kućama. U prvi razred Donjogradske velike gimnazije u Zagrebu upisan je 1911., a stanovao je u Nadbiskupskom sirotištu. Razrednik mu je bio pravi

učitelj Nikola Majnarić koji je u svome razredu predavao hrvatski i latinski (prof. Majnarić je 1914. doktorirao s temom iz grčke filologije, poslije postao profesor na Filozofskom fakultetu u Zagrebu te član JAZU/HAZU). Barilar je prvi razred završio s odlikom kao i budući liječnici Vladimir Bazala i Jurica Körbler, sinovi sveučilišnih profesora. Od drugoga razreda 1912/1913. Barilar je bio u Kraljevskoj gornjogradskoj velikoj gimnaziji. I dalje je bio među najboljim učenicima i time zadržavao pravo oprosta od plaćanja školarine stečeno 24. listopada 1913. Ispit zrelosti položio je 1919. te se upisao na MEF u Zagrebu. Oslobođen je služenja vojne obveza jer je ocijenjen nesposobnim (kavernozna tuberkuloza pluća, zbog čega je gotovo iskrvario).

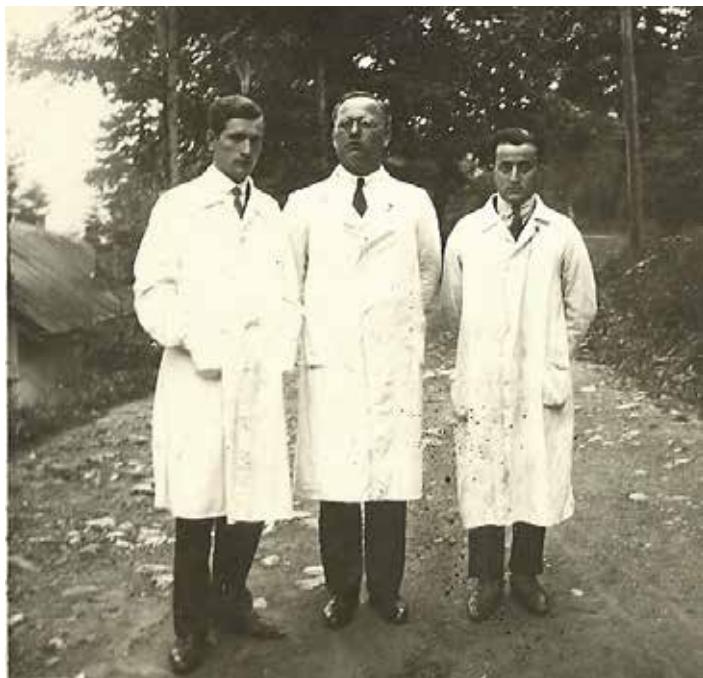
Brestovac

Nakon promocije, već od 1. srpnja 1925. do 30. lipnja 1926., bio je liječnik pripravnik u Banovinskom lječilištu na Brestovcu. Tu je ustanovu pod nazivom "Bolnica Brestovac" utemeljio 1916. godine "Zemaljski odbor za liječenje i izobrazbu hrvatsko-slavonskih ratnih invalida" kojem je predsjednik bio Miroslav grof Kulmer mlađi, ugledni hrvatski gospodarstvenik, političar, dugogodišnji predsjednik Hrvatskog planinarskog društva i velik dobročinitelj. Poticaj je stigao od dr. Milivoja Dežmana u cilju liječenja velikog broja vojnika i časnika s plućnom i kirurškom tuberkulozom. U tu svrhu izgrađen je kompleks drvenih baraka u neposrednoj blizini Lječilišta Brestovac, u

vlasništvu Okružne blagajne za osiguranje radnika, koje je od osnutka 1909. vodio dr. Dežman, a preuzeo i medicinsku skrb i o novoj ustanovi. Nakon završetka rata, bolnicu "Brestovac" preuzele je 1. siječnja 1920. "Povjereništvo socijalne skrbi", a podjelom države na banovine potpalo je pod upravu Kraljevske banske uprave u Zagrebu,

U imenik Liječničke komore sa sjedištem u Zagrebu Barilar je upisan 1. travnja 1928. kao pomoćni liječnik u Brestovcu kraj Zagreba, kojem je Ministarstvo narodnog zdravlja u Beogradu 3. veljače 1928. priznalo specijalizaciju iz ftizeologije. Imenovan je 1. studenoga 1928. v. d. šefa Banovinskog lječilišta za tuberkulozu Brestovac. U tome je razdoblju Banovinsko lječilište imalo 12 soba s 90 postelja za muške pacijente i 17 soba sa 60 postelja za žene oboljele od tuberkuloze. Značajan udio u terapiji predstavljalo je ležanje na slobodnom zraku, čemu su služile četiri ležaonice. Godišnje je kroz lječilište prolazilo više od 400 bolesnika. Na liječenje su primani bolesnici stariji od 10 godina sa svim oblicima plućne tuberkuloze, osim "dešperatnih slučajeva", a bolesnici s "kirurškom tuberkulozom" primani su "ukoliko nisu bili potrebni naročiti ortopedski zahvati".

Na mjesечноj skupštini 31. ožujka 1933. javljeno je o učlanjenju dr. Josipa Barilara u Zbor liječnika. Bio je član njegove Ftizeološke sekcije te Jugoslavenskog ftizeološkog društva koje je svojim prvim kongresom započetim na Brestovcu 10. svibnja 1934. obilježilo 25. obljetnicu osnutka Dežmano-



Dr. Barilar (prvi s lijeva) s kolegama na Brestovcu

vog Sanatorija Brestovac. Od 1935. Barilar je bio primarni liječnik. U članku objavljenom pod naslovom "Perforacije dijafragme kod umjetnog pneumotoraksa i pleuralnih punkcija i njihove posljedice: pneumoperitoneum i pleuroascites" 1936. u "Liječničkom vjesniku", Barilarov suradnik dr. Luka Vučinić opisao je moguće poteškoće i komplikacije postupaka primjenjivanih u liječenju.

Dr. Barilar je 1938. konstruirao tomografski aparat kojega se moglo priključiti svakom rendgen-aparatu te je tako unaprijedio tehniku rendgenskog snimanja pluća i omogućio poboljšanje u preciznijoj dijagnostici plućne tuberkuloze. Dr. Emil Ofner koji je specijalizaciju ftizeologije završio na Brestovcu će petnaestak godina kasnije primjenjivati Barilarovu improvizaciju tomografskog aparata liječeći tuberkulozne bolesnike u Šibeniku. Zajedno sa svojim bolničkim majstorom izradio je Barilar i EKG aparat kako ne bi morao slati bolesnike u Zagreb radi takve pretrage. Koristeći svoje poznavanje radiotehnike, napravio je dr. Barilar gramofon.

Nakon Drugoga svjetskoga rata

Barilar je ostao na mjestu primarnoga liječnika Državnog lječilišta na Brestovcu tijekom rata 1941. do 1945. te i poslije njega, a nastavio je djelovati u Ftizeološkoj sekciji ZLH-a obnovljenoj 25. studenoga 1945. Na sastanku 16. ožujka 1946. opisao je dr. Midžić, tada u Zemaljskom lječilištu "Brestovac" pod upravom prim. dr. Barilara, a poslije profesor na zagrebačkom MEF-u i član JAZU/HAZU-a, 23-godišnjeg

studenta oboljelog od otvorene tuberkuloze pluća (u iskašljaju bacili AR 3+) primljenog na Brestovac 23. srpnja 1945. zbog kaverne veće od jabuke u desnom gornjem režnju do tada neuspješno liječenoga višekratnim arteficijskim izazivanjem pneumotoraksa u tom dijelu prsnoga koša. Tek kolabiranjem desnog plućnog krila, izazvanog u rujnu 1945. presjecanjem desnog freničkog živca, stanje bolesnika se poboljšalo i pri otpustu u prosincu iste godine u iskašljaju više nije bilo AR bacila, postao je afebrilan i dobio je na težini. Na istome je sastanku obznanjeno da je dr. Barilar predviđen za izvjestitelja o temi "Utjecaj rata na tuberkulozu kod nas" na sljedećem kongresu jugoslavenskih ftizeologa. U upravni odbor Ftizeološke sekcije ZLH-a izabran je Barilar 7. lipnja 1947.

Barilar je 12. listopada 1953. bio domaćin i prvi govornik na sastanku u Specijalnoj bolnici za tuberkulozu na Brestovcu, kojem je predsjedao dr. Anton Nemanić, počasni predsjednik Ftizeološke sekcije ZLH-a. Prikazao je više tuberkuloznih bolesnika liječenih operacijom, pneumolizom ili plastikom po Sembu i govorio o smjernicama prema kojima je odlučivao o izboru postupka. U raspravi je sudjelovao dr. Stanko Krstić iz Bolnice za tuberkulozu Jordanovac u Zagrebu, koji je plastiku naučio izravno od prof. Semba u Oslu i prvi je primjenjivao u državi po povratku iz Norveške.

S bolesnicima u Bolnici na Brestovcu dr. Barilar je pokrenuo Radnu zadrugu "Osvit" u kojoj su tuberkulozni bolesnici izradivali predmete od papira, plastike i drva te pleli predmete od šiblja. Svoje su proizvode izlagali na prodajnim izložbama u institucijama u Zagrebu, čak i na "Vele-sajmu". Uspjevali su proizvedene predmete prodati pa je aktivnost imala i realnu financijsku vrijednost, no još važniji je bio povoljan učinak na tijek njihova liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije. Dugotrajan boravak bolesnika na Brestovcu bila je prigoda za njihovo školovanje i prekvalifikaciju. Primjer "Osvita" na Brestovcu slijedili su u drugim ustanovama, ne samo u Zagrebu nego i u drugim gradovima. Na Konferenciji šefova dispanzera i bolničkih odjela za liječenje tuberkuloze s područja kotara Zagreb 17. prosinca 1956. izabran je u Komisiju za rješavanje problema rehabilitacije tuberkuloznih bolesnika u Zagrebu. Zadruga je potkraj 1956. pokrenula mjesečnik pod naslovom "Naš život", koji su uređivali bolesnici. Osim pravilnika Zadruge za kućnu radinost "Osvit" i različitih vijesti o radu zadruge, mjesečnik je donosio tekstove o različitim aspektima tuberkuloze, njezina liječenja i suzbijanja. Dr. Mile Budak iz Bolnice za tuberkulozu na Zvijezdi u Zagrebu pisao je o vrijednosti rada u rehabilitaciji tuberkuloznih bolesnika i o organizaciji radne terapije. Objavljivani su i literarni uradci bolesnika nastali na Brestovcu.

Značajnu je pozornost poklanjao dr. Barilar sa suradnicima unapređivanju kulturnog života u Bolnici. Imali su kinodvoranu u kojoj su bile organizirane filmske predstave za bolesnike, ali i za zaposlenike te članove njihovih obitelji. U travnju 1957. bolnica je nabavila dva TV aparata. Na Brestovcu su gostovali glumci i pjevači iz Zagreba. Kad je sindikalna podružnica bolnice Brestovac priredila izvedbu "Počasnog penzionera" Josipa Horvata,igrani dio "pomno i sa voljom pripremila je magistra bolnice, a glazbeni dio programa sam ravnatelj" (Barilar). On je kao samouk naučio svirati klavir, violinu i gitaru. Među bolesnicima je početkom 1957. potaknuo osnutak amaterske skupine za izradu violina. Nabavljeni su javrovo drvo iz Bosne. Bavio se utjecajem laka na akustiku i poboljšanjem pripreme drveta. Izradili su ukupno pet violina koje su bile ocijenjene dobrima, a jednu je poklonio Zlatku Balokoviću (1895. – 1965.), jednom od najuglednijih hrvatskih violinista svjetskoga glasa.



Ležalište na Brestovcu danas

Još od 1928. je Barilar uspijevao neke svoje pacijente na Brestovcu zainteresirati za radioamaterizam i u okviru Zadruge pokrenuo tečajev za radioamatere i za radiotelegrafiju. Organizirali su svakodnevno dežurstvo od 16 – 19 sati. Njihova primapredajna postaja YU2GQR snage 15 wata ostvarivala je vezu sa Zagrebom, Pulom, Sarajevom, Požarevcem, Bitoljem, ali i Pragom, Hamburgom, Arhangelskom. U okviru Zadruge na Brestovcu bila je i foto-sekcija. Tijekom tri godine provedeno je pet tečajeva u kojima je ospozobljeno više od 200 amatera. Kruna njihovih nastojanja bile su izložbe fotografija priredene 1958. i 1959. na Brestovcu.

Početkom 1958. pojavili su se u zagrebačkim novinama "Borba" i "Narodni list" članci o zatvaranju Bolnice Brestovac i preseljenju pacijenata u Zagreb zbog pretvaranja Sljemena u Nacionalni park i turističko središte grada Zagreba. Protiv takvih planova formaliziranih 15. svibnja 1958. izjasnili su se brestovacki liječnici, a 347 pacijenata potpisalo je Otvoreno pismo Savjetu za zdravstvo Narodnog odbora kotara Zagreb. Planovi o zatvaranju Brestovca nisu se tada realizirali.

Prigodom proslave 50-godišnjice rada Brestovca, 6. prosinca 1959. godine, u Zavodu za suzbijanje tuberkuloze u Zagrebu, koji je uključivao i Bolnicu za tuberkulozu pluća na Brestovcu, bilo je ukupno 1080 postelja za oboljele od tuberkuloze. U prigodi najvećeg državnog praznika 1961. godine odlikovao je predsjednik Republike dr. Barilara Ordenom rada sa zlatnim vijencem. Na redovitoj godišnjoj skupštini 8. ožujka 1965. izabran je u Nadzorni odbor Ftizeološke sekcije.

Lječilište Brestovac zatvoreno je 12. kolovoza 1969., a bolesnici su

razmješteni u druge zagrebačke bolnice. Nakon umirovljenja, dr. Barilar se preselio u Zagreb. Radeći u liječničkoj komisiji u Medulićevoj ulici u Zagrebu, ostao je aktivno u struci. U znak priznanja za zasluge u unapređenju pneumoftizeologije u Hrvatskoj i predanoga rada u Pneumoftizeološkoj sekciji ZLH-a, izabran je za počasnog člana sekcije. Umro je u Zagrebu 12. srpnja 1976., a pokopan na "Mirogoju" pokraj roditelja i brata Ferde.

Zaključak

Bolest zbog koje je zamalo umro, obilježila je čitav Barilarov život. Prva dva desetljeća njegova rada sastojala su se u izdvajaju tuberkuloznih bolesnika iz njihovih obitelji, boravku na svježem zraku južnih padina Medvednice, primjeni higijensko-dijetetskog režima i kirurških postupaka u liječenju plućne tuberkuloze. Spašeni su životi, ali su mnogi među onima kojima je život sačuvan ostajali invalidi koji su zbog smanjene radne sposobnosti postali socijalni problemi. U sljedećim je desetljećima mogao je i Barilar svjedočiti učinku djelotvornih antituberkulotika koji su omogućili ne samo smanjivanje pomora od tuberkuloze, nego veću kvalitetu njihova života nakon završenog liječenja. Pouzdanje medikamentno liječenje, cijepljenje protiv tuberkuloze te otkrivanje bolesti u ranijem stadiju bolesti omogućilo je i u Hrvatskoj pad incidencije tuberkuloze, ali mnogo sporije nego u zemljama srednje i sjeverozapadne Europe. Bilo je i sve manje invalida među nekadašnjim tuberkulotičarima. Postupno je tuberkuloza nestajala iz obzora javnosti, pa i zdravstvene struke. Tako su, neopravданo, u zaborav pali oni liječnici i ustanove na čijem se radu temelje uspjesi u borbi protiv tuberkuloze.

IVICA VUČAK

Orange Day 2018

u GlaxoSmithKline-u Hrvatska



U GSK-u smo predani volontiranju kako bismo ostvarili pozitivne promjene u zajednici unutar koje djelujemo te omogućili svojim zaposlenicima da se individualno razvijaju. Jedan od naših glavnih programa volontiranja je Orange Day koji se održava svake godine te zaposlenicima pruža priliku da svojim vremenom i stručnim znanjima doprinesu zajednice.

Naš Orange Day program omogućuje svim zaposlenicima da provedu jedan dan u godini volontirajući za odabrani projekt lokalne zajednice. GSK zaposlenici diljem svijeta provode cijeli dan sudjelujući u različitim aktivnostima, od čišćenja parkova do podučavanja učenika. Potičemo zaposlenike da posvete svoje vrijeme i znanja zajednici te da se kroz volontiranje nastave usavršavati.

Ovogodišnji Orange Day u Hrvatskoj održan je 14. lipnja 2018. u Centru za pružanje usluga u zajednici Klasje Osijek.

Centar Klasje je javna ustanova socijalne skrbi o djeci izvan vlastite obitelji čiji su korisnici većinom djeca bez roditelja ili djeca bez adekvatne roditeljske skrbi. Centar pruža usluge smještaja i skrbi za djecu, savjetovanje i podršku primarnim ili udomiteljskim obiteljima te savjetovanje i pomoć djeci, adolescentima i obiteljima. Kroz svoju dugu povijest (Centar Klasje nasljednik je sirotišta Huttler-Kollhoffter-Monsperger, koji je započeo s radom 1870. godine), Centar i njegovo osoblje

svakodnevno nastoje pomoći djeci da u potpunosti iskoriste svoje mogućnosti te da izrastu u zadovoljne i odgovorne građane društva. Centar trenutno pruža podršku 150 djece svih dobnih skupina.

Za sve nas u GSK-u bilo je zadovoljstvo i privilegija pridružiti se na jedan dan osoblju Centra i poduprijeti ih u njihovoj misiji – omogućiti uvjete u kojima će sva djeca biti odgajana u poštovanju, vrednovana i zbrinuta na principima jednakosti i demokracije.

Svakodnevni život djece u domu sličan je životu velike obitelji. Uz razumijevanje i podršku profesionalaca različitih profila, djeca stječu znanja i vještine koje će ih pripremiti za samostalan život. Njihove svakodnevne aktivnosti usmjerene su na podučavanje djece da izgrade i održe kvalitetne odnose, razviju kohezivne skupine te izgrade povjerenje i bliskost.

Kako bi Centar bio ugodno i sigurno mjesto za djecu, **zaposlenici GSK-a organizirali su humanitarnu akciju i obnovili glavnu blagovaonicu koju 60 djece koristi za dnevne obroke i aktivnosti.** Proveli smo

cijeli dan s djecom i sudjelovali u raznim zabavnim aktivnostima. Organizirali smo sportske aktivnosti (nogomet, badminton i graničar) i kreativne radionice u sklopu kojih smo osmišljavali i gradili umjetničke i funkcionalne mostove koristeći uredski pribor. Jedna od glavnih atrakcija svakako je bio veliki tobogan na napuhavanje – užitak za velike i male. Kako bismo ovom ispunjenom danu pridodali i obrazovni element, naši su zaposlenici održali interaktivne i edukativne radionice. Djeca su imala priliku naučiti kako se brinuti za mačke, kako održavati higijenu te kako pravilno četkati zube.

Ovaj nas je dan sve podsjetio na to koliko možemo biti zahvalni za sve mogućnosti koje nam život pruža. Svatko od nas je bio zahvalan i ponosan što smo imali priliku posvetiti barem jedan dan ujedinjeni u cilju da napravimo pozitivnu promjenu u našem društvu.

Orange Day nam je svima dao priliku da uistinu živimo i pokažemo vrijednosti kompanije GSK te učinimo više za djecu Centra Klasje i zajednicu općenito.



“Orange day organizacijski tim s ponosom može reći da je organizirao još jedan uspješan Orange Day! Obnavljanjem blagovaonice koju svakodnevno koristi 60 djece značajno smo doprinjeli udobnosti doma čije usluge koristi 150 djece. Pritom smo se i dobro zabavili! Pohvale i zahvale koje smo dobili od djece najbolji su pokazatelj uspješnosti Orange Day-a.”

Član Organizacijskog Tima Orange Day-a



“Uživala sam u uzbudljivom penjanju i spuštanju sa tobogana - bilo je tako kul vrištati na sav glas!”

17-ogodišnja M.



“Naša teta nas svaki dan potiče i pita jesmo li prali zube. Vaše GSK tete su bile jako simpatične i zamislite, pričaju isto kao i naše tete u Centru! Bijeli, zdravi i čisti zubi su ukras našeg lica. Odmah sam otišla do kupaonice pogledati kakvi su moji zubi!”

Srednjoškolka kojoj je jako važno imati zdrave zube

“Uistinu sam uživala u druženju s djecom u Osijeku, izgradnji mosta, plesanju i pjevanju. Zajedno smo izgradili Most Nade (ime su mu dala djeca), što je za mene osobno vrlo moćno. Za mene je ovo bila prilika da svojim trudom i radom djeci uljepšam i razveselim dan te sam uz to stvorila divne uspomene. Hvala GSK-u što nam je omogućio da volontiranjem doprinesemo dobrobiti zajednicel!”

Zaposlenik GSK-a

Djelatnici i djeca su izrazili svoju zahvalnost vlastitim riječima...

“Priča o mačkama bila je super, najdraži mi je bio bijeli mačić s plavozelenim očima! Teta koja nam je pokazivala slike podsjetila me na moju tetu u vrtiću i ponovno sam povjeravala u svijet bajki.”

8-ogodišnja L.



“Najviše mi se svidjela hrana - piletina s roštilja i more kremastih kolača ... i predivno ukrašeni kolačići! Mljac!”

18-ogodišnja P.



GlaxoSmithKline d.o.o.
Ulica Damira Tomljanovića-Gavrana 15
10000 Zagreb

CRO/COM/0006/18
GSK-18/10/2018-ADV

EТИČKI INTELKTUALIZAM

Tekst se faktografski većinom temelji na članku Roksandić Vidlička S, Zibar L, Čizmić J, Grđan K. [Pravo Jehovinih svjedoka na ostvarivanje kirurške zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj - prema vrijedećim zakonima \(de lege lata\)](#) // *Liječnički Vjesnik*, 3-4 (2017), 91-99. i tamo korištenim referencijama.

Trebamo li dati transfuziju krvi spašavajući život onomu koji se tomu protivi? Pitanje je hamletovsko, biti ili ne biti u najstvarnijoj stvarnosti. Onda se pak uzbude duhovi - svi imamo jednu ili drugu polariziranu osobnu etiku i sasvim glasno i vrlo afektivno iza nje stojimo. Osobito kada nismo u takvoj situaciji nego samo o tome polemiziramo.

Kao i za svaku drugu temu, ozbiljan pristup podrazumijeva uvijek isti proces proudžbe relevantnog štiva. Od zakona do publicirane prakse. I znanja i mišljenja pravnih stručnjaka.

Na početku moga kliničkog života među prvim je savjetima bio imperativ: „Moraš donijeti odluku! Moraš je donijeti razmjerno brzo. I na koncu je donosiš sam!“ Ništa se o tom pitanju nije promijenilo osim, možda, pristupa službenom posljednjem znanju koje nam se nalazi trenutačno pod prstom, odnosno pod tipkama kakvog stolnog ili džepnog uređaja, ili možda narukvice s kompjutorom. No, u ovom konkretnom slučaju nema jedinstvenog odgovora. Ni u kom pogledu, a takvih je pogleda barem četiri. Prvo je pitanje preživljivanja pacijenta, drugo je pitanje pacijentova izbora, treće liječnikove savjesti, a četvrto pravne odgovornosti. Ne nužno takvim redoslijedom. Preživljivanje je svakako neizvjesno bez intervencije, a nerijetko izvjesno nemoguće. Pacijentov izbor ne bi trebao imati alternativu (osim kada je riječ o djeci). Liječnička savjest teško je opterećena nečinjenjem u prilici kada činjenjem spašava život. A pravna je odgovornost kaotično neodređena katkad proturječnim nacionalnim zakonima, etičkim kodeksom i Europskom konvencijom o ljudskim pravima te sudskom praksom Europskog suda za ljudska prava u Strasbourg.

Što bismo o tome trebali znati, a možda ne znamo, ili o tome ne mislimo, ili ne mislimo na taj način? Još prema odredbama rimskoga prava, nepoznavanje zakona šteti. To znači da nam je dužnost poznavati propisano, odnosno da nas

neznanje ne ekskulpira pred pravosudnim organima (pred Bogom da, ako nam je tako lakše – „Oprosti im jer ne znaju što čine!“, Lk, 23, 34). Legalno je etički neutralno (Immanuel Kant, Kritika praktičnog uma), pa odluka prema pravnim propisima katkad ne rješava pitanje savjesti.

Je li očuvanje života uvijek primarni ultimativni cilj, bez konkurenčije? Zapravo i nije. Ne samo Jehovinim svjedocima, nego i drugim je etikama, vjerovanjima i filozofijama moguć opravdan razlog za koji vrijedi dati život. To ne smijemo zaboraviti (od svima prihvatljivog žrtvovanja za npr. svoje dijete do žrtve za domovinu u ratu pa do, našoj kulturi neprihvatljivih, kamikaza u terorizmu vjerskih ratova). Čak ni prema Europskoj konvenciji za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, pravo na život nije apsolutno pravo. Prema pravu pacijenta na samoodređenje, on ima pravo davanja ili uskrate pristanka na preporučeni medicinski postupak, a to se pravo primjenjuje čak i kada prema mišljenju ordinirajućeg liječnika odbijanje pojedinog postupka može rezultirati pogoršanjem pacijentova zdravlja ili njegovom smrću. Kod odbijanja transfuzije krvi u osnovi se radi o sukobu između interesa države da zaštići život i zdravlje svojih građana i prava pojedinca na osobnu autonomiju u pogledu tjelesne cjelovitosti i vjerskih uvjerenja. Konkretno, Jehovini svjedoci imaju religijski i etički stav prema vlastitoj interpretaciji poštivanja učenja Biblije, a to je vjerovanje da Biblija zahtijeva „apstiniranje od krvi“. Naime, oni krv smatraju svetom jer predstavlja vrijedan dar života. Primanje transfuzije krvi ili krvnih pripravaka kršenje je njihovih religijskih uvjerenja koje za posljedicu ima izolaciju iz vjerske zajednice i ekskomunikaciju iz Crkve. Kada postoji sukob takvog interesa države i pojedinca, tada je država dužna primijeniti načelo proporcionalnosti. Prema hrvatskom ustavu, slobode i prava mogu se ograničiti zakonom samo da bi se zaštitila sloboda i prava drugih

ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje. Svako ograničenje slobode ili prava mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničenjem u svakom pojedinom slučaju. Kako su europski zakoni nadređeni nacionalnim, važno je znati da Europski sud za ljudska prava smatra da pravo pojedinca da sam izabere svoj način života uključuje i mogućnost bavljenja aktivnostima koje je moguće u fizičkom pogledu smatrati štetnima ili opasnima za njega, kako je navedeno u Konvenciji o ljudskim pravima. „Javni interes u očuvanju života i zdravlja pacijenta, iako je on nesporno zakonit i vrlo snažan, treba podrediti snažnjem interesu pacijenta da sam odluči kako će živjeti ...“ Naglašeno je da su sloboda izbora i samoodređenje temeljne sastavnice života te da se država, u slučaju nepostojanja potrebe za zaštitom trećih strana - primjerice, obveze cijepljenja kod izbjivanja epidemije - mora suzdržavati od zadiranja u slobodu izbora pojedinca u području zdravstvene zaštite jer se takvim zadiranjem može samo umanjiti vrijednost života, a nikako povećati. Da bi mogle interferirati u ova prava pacijenta, nacionalne zdravstvene vlasti dužne su dokazati postojanje neodgodive društvene potrebe (npr. zaštitu djece i osoba koje ne mogu samostalno donositi odluke) i pronaći relevantne i dostatne dokaze kojima je moguće opravdati ograničenje prava Jehovinih svjedoka da odbiju transfuziju krvi. Ne postoji konkretno alternativno liječenje, radi se samo o pažljivijem odnosu prema postupcima kojima se krv gubi ili potiče stvaranje eritrocita, a takva bi pažnja zapravo uvijek trebala postojati kao dio tzv. dobre kliničke prakse. Nosači kisika koji se temelje na hemoglobinu (engl. hemoglobin based oxygen carriers) u fazi su istraživanja, nisu odobreni za primjenu ni u SAD-u, u istraživačkim pokusima primjena je praćena nuspojavama pa se na takvo liječenje nikako ne možemo osloniti niti podržavati medijski plasirane priče o tzv. beskrvnom liječenju. Prema našem kaznenom zakonu, asistirani suicid kažnjiv je ako je iz niskih pobuda. Isto se tumači na način da takvo djelo, ako nije iz niskih pobuda, nije kažnjivo („Tko navede drugoga na samoubojstvo ili mu iz niskih pobuda pomogne u samoubojstvu pa ono bude počinjeno ili pokušano, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.“). No, u slučaju nedavanja transfuzije krvi koja bi spasila život, ne radi se o asistiranom suicidu jer uopće ne postoji želja za smrću. Okolnosti pacijenta koji traži ubrzanje smrti prekidom liječenja razlikuju se od okolnosti u kojima se nalaze pacijenti poput Jehovinih svjedoka koji i dalje žele ozdraviti i ne odbijaju svako liječenje. Silogizmu - umrijet će bez transfuzije krvi - ne želi transfuziju krvi - želi, dakle, umrijeti - s filozofskog stajališta ovdje nema mjesta, iako se fizički svodi na takav slijed događaja. Kazneni zakon, nadalje, komplikira stanje jer kaže da „Tko drugome uskrati ili ograniči pravo iz mirovinskog ili zdravstvenog osiguranja ... kaznit će se kaznom zatvora do 1 godine.“ I još gore, propisuje to isto kao oblik

nesavjesnog ponašanja liječnika ako u bolesnika nastupi pogoršanje bolesti. „Doktor medicine ... koji obavljajući zdravstvenu djelatnost primjeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupa pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.“ Pa ti vidi! A sve ove okolnosti za sobom povlače još i građansko-pravnu odgovornost (za građansku odgovornost treba postojati materijalna šteta). Ovakve odredbe u okviru kaznenih zakona nisu uobičajene u međunarodnom komparativnom zakonodavstvu. Zakon je u RH nejasan i proturječan i u pogledu informiranog pristanka jer se pristanak traži bezuvjetno, ali, s druge strane, zakon daje mogućnost da pristanak ne treba tražiti kada je intervencija neodgodiva. Interpretacija Zakona o liječništvu preporučuje: dati transfuziju krvi bez pitanja, u slučaju neodgodive medicinske intervencije kada bi nedavanje ugrozilo život (... U hitnim stanjima liječnik je dužan pružiti pomoć svakom bolesniku bez odlaganja ...), a zapravo je upitno je li to u skladu s Konvencijom o ljudskim pravima. Ako se radi o elektivnim zahvatima s rizikom krvarenja, tada bi u obrascima informiranog pristanka unaprijed, u dogovoru između pacijenta i npr. kirurga, trebalo jasno utvrditi postupanje u slučaju ostvarenja rizika, odnosno krvarenja iznad prepostavljene granice rizika, a posebno takvoga koje može dovesti u životnu opasnost.

I što na koncu savjetovati?! Nažalost, zbog proturječnosti europskih i hrvatskih pravnih, kao i etičkih propisa, nijedan izbor nije bez medicinskog rizika niti bez moguće pravne ili etičke odgovornosti. Postoji, dakle, potreba za usklađivanjem svih propisa, ali i potreba za edukacijom liječnika u području medicinskog prava. Iako, pravu i nije cilj baš sve detaljno propisati pa nas ni takva edukacija neće sasvim prosvijetliti. Do tada ćemo vjerojatno postupati prema svojoj savjesti jer s njom uvijek moramo živjeti. Savjest pak postupa prema intimnom osjećaju vrline, a i vrlina se uči (Sokratov etički intelektualizam). Ovakva nas znanja čuvaju od sirovih strasti, ali i ispiranja mozga. Konačno se naše postupanje može naći i pred Europskim sudom za ljudska prava, čija je praksa uglavnom na strani pacijenta i njegove autonomije. U Hrvatskoj nije obvezujuće postupanje u skladu s prethodnom sudskom praksom (tzv. precedentno pravo), ali je u realnosti često ipak primjenjivo. Ostaje utješno, na razini pojedinca, što Europski sud za ljudska prava ne vodi postupak protiv pojedinca nego protiv države. Ali...

 LADA ZIBAR

BEZBOLNO

I(LI) BEZOSJEĆAJNO DRUŠTVO?



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

Neki dan prijateljica mi je prepričala zgodu s ginekološkog pregleda na kojem je bila netom prije jednog zahvata. Naime, nakon što je obavljen ultrazvuk, prije nego što je izašla iz ordinacije, duhoviti doktor, koji radi u javnoj bolnici, usput joj je dobacio: „Bez brige, dobit ćete anesteziju“, pritom namignuvši.

Naravno, njegovo ponašanje bilo je reakcija na paniku koja je nastala u javnosti nakon što je jedna sabor-ska zastupnica, prilikom pokušaja

smjene ministra zdravstva, progovorila o svom iskustvu spontanog pobačaja. Glavna poruka njezinog izlaganja bila je da je ona prošla kroz „pakao“ boli jer nije dobila anesteziju. Nakon toga promptno je uslijedio odgovor prozvane bolnice u kojem se zahtijevala faktična korekcija njezinih navoda jer nije navela točan zahvat te je, prema njihovoj evidenciji, bila anestezirana. U javnosti, koja se odmah podijelila u dva tabora, uslijedila je lavina reakcija kakvu odavno nismo vidjeli kada je zdravstvo u pitanju. Mnoge žene izašle su sa svojim lošim iskustvima, a većina liječnika stala je u obranu struke. Javile su se i udruge koje se bave ženskim pravima, koje su potencirale priču o tome očekuje li društvo od žena da podnose bol. Ako u tome i ima istine, nama, u trenucima dok se naše „progresivne“ ženske snage u politici bave predsjedničinim umjetnim trepavicama, dakle dok žena svodi drugu ženu na njezin izgled, ostaje odgovoriti na pitanje jesmo li mi žene žrtve patrijarhalnog obrasca ili njegove nesvesne (pre)nositeljice.

Posljedica njezinog istupa bila je da je dotad intimno iskustvo svake žene postalo predmet rasprava i na placu, i u dućanu, i na svakoj kavi. Baš kao i u javnoj raspravi, jedan dio žena nadovezao se na negativne priče vlastitim iskustvima, a drugi dio stao je u obranu liječnika govoreći da žene previše drame u situacijama koje su po prirodi stvari i bez ičije krivnje jednostavno teške. Poruka takvih

analiza je da smo, kao i u svemu ostalom, i u ovoj situaciji skloni poopćavati vlastito iskustvo, iako jedan dobar ili loš liječnik, jednakо kao i pacijent, ne čine bolnicu. Jednostavno rečeno, žene koje nisu imale poteškoća prilikom trudnoće i poroda bile su sklone tvrditi da je sve o.k., a one koje nisu bile te sreće da je stanje u zdravstvu katastrofalno. U jeku tih suprotstavljenih i zaoštrenih reakcija na ovu osjetljivu temu, s ciljem rasvjetljavanja pravog stanja stvari, pokušat ću naznačiti genezu problema, promotriti posljedice koje iz nje proizlaze te vidjeti što nam ovaj slučaj govori o slici svijeta u kojem živimo.

Geneza problema nalazi se dakako u manjku liječničkog osoblja. Nama, u odnosu na europski prosjek, nedostaje nekoliko tisuća liječnika. Kao što je Liječnička komora više puta isticala, u četiri godine broj liječnika specijalista u bolničkom sustavu smanjen je za gotovo 15 posto, a zadnje dvije godine više od tisuću liječnika je na odlasku. Ironično, zbog zemalja poput Velike Britanije koje ne mogu dočekati medicinske stručnjake, liječnici su postali naš najbolji izvozni proizvod. Jednako tako, mnogo je riječkih anesteziologa emigriralo u Sloveniju gdje jednim vikend dežurstvom mogu naplatiti hrvatsku mjesecnu plaću. Pribrojimo li tome rast ponude zdravstvenih usluga, starenje stanovništva, cijene novih tehnologija i nedostatak radne snage, odnosno onih koji uplačuju zdravstveno osiguranje, jasno je da nam,



ako želimo zadržati javno zdravstvo, treba čudesan gospodarski oporavak. Ovako, zdravstvo generira gubitke koji se broje u milijardama i grca u problemima, od vječne reforme hitne službe, cijene dopunskog osiguranja pa sve do liječničkog prava na dodatni rad. U takvim su prilikama liječnici rastrgani, opravdano nezadovoljni i ne stižu se potpuno posvetiti svojim pacijentima. Naime, da bi stigli obaviti dnevne dužnosti, oni su prisiljeni „štедjeti“ na komunikaciju jer se ona još uvijek, opravdano ili ne, ne smatra neizostavnim dijelom liječničkog posla.

Ono što se donedavno činilo kao jaz, nakon ovog slučaja koji je pomočao kristalizaciji dijagnoze sadašnjeg stanja stvari, sada se pokazuje kao komunikacijska provalija. Taj, dubinski, problem treba prepoznati, a ne negirati ili umanjivati. Liječnici su, s jedne strane, razumljivo, frustrirani zahtjevima koje ne mogu ispuniti, i uzdrmani poplavom „Google stručnjaka“, odnosno propitivanjem njihovog teško stečenog autoriteta koji je rezultat višegodišnjeg posvećenog obrazovanja. S druge strane, pacijenti, a posebice žene kada je u pitanju njihovo reproduktivno

zdravlje, u preopterećenom sustavu koji melje sve, osjećaju se ranjivo, a često i poniženo. Navedeno rezultira nepovjerenjem, a nepovjerenje koje stvara inat i nesigurnost uništava svaki odnos, pa tako i onaj liječnik – pacijent. U vremenu čiji je diktat na svim razinama naglasak na kvantiteti i odustajanje od razvijanja dubljih odnosa, pitanje je može li se povjerenje uopće povratiti ili idemo prema dobu u kojem će umjetna inteligencija, koja se u svijetu intenzivno razvija i za medicinske potrebe na principu obrađivanja velikih baza podataka, toplinu međuljudskog odnosa ionako učiniti izlišnom.

Na tom tragu jedno je pitanje što bi bilo bezbolno društvo, a drugo idemo li prema bezosjećajnom dobu. Zahtjev da invazivni tretmani ne bole može biti opravdan u okviru medicinske prakse, osim kada intenzitet boli nije presudan za uspješno obavljanje i usmjeravanje medicinskog zahvata. No, što kada on postaje ultimatum na svim razinama? Trebamo li svaku fizičku bol rješavati tabletom? Jesu li manja glavobolja ili upaljeni mišići opravdani razlozi za uzimanje analgetika? Koju bol trebamo pretrpjeti, a koja je suvišna? Nadalje, kakve bi

posljedice po nas imalo, primjerice, da stvar radikaliziramo, to što smo neizlječivo bolesni, a ništa nas ne boli? Također, ako zaključimo da je fizička bol neprihvatljiva, što ćemo s psihičkom boli? Jesu li antidepresivi tu da liječe dijagnosticirana stanja ili i da nam malo pomognu kada prekinemo ljubavnu vezu i dobijemo otkaz na poslu? Koja je mračna strana „anesteziranog društva“ pitanje je koje je potrebno ozbiljno razmotriti, pri čemu je nužno rasvijetliti i biopolitičku dimenziju cijele priče koja upozorava da smo već na pragu vlog novog doba poslušnih građana koje, doduše, ništa ne uznemirava, ali im, na opće oduševljenje političkih ili tehnokratskih elita, ni ne pada na pamet da išta talasaju.

Bol nije samo bol koja postoji u vakuumu neodvojiva od njezinog uzroka. Bol je signal, a dok ne riješimo ono što ga šalje, njezina eliminacija stvara iluziju dobitka koji nas, zavodljivo, može onemogućiti u ozbilnjijem i aktivnijem suočavanju s njezinim korijenom. Tako, u jeku medijske gungule koja je nastala u potrazi za senzacijom, nažalost potaknutom nećjom privatnom tragedijom, nitko nije problematizirao što je uopće za ženu iskustvo spontanog pobačaja. Kako tretirati traumu koju društvo ne prepoznaće kao takvu? U shizofrenom vremenu u kojem živimo vodi se intenzivna kampanja za život koji ne započinje začećem, u kojem su spontani pobačaji beznačajni, a inducirani opravdani, dok, paralelno, isti mediji koji propagiraju takvu sliku svijeta padaju u ekstazu i čestitaju britanskoj princezi Meghan Markle na toj nevažnoj „nakupini stanica“ koja se odnedavno nalazi u njezinom trbušu. U tom smislu, dok se hvalimo ostvarivanjem društva blagostanja i sve uspješnjim eliminiranjem boli, ne bi škodilo da se zapitamo piše li u uputama za utopijsko življjenje sitnim slovima koje su nuspojave takve „harmonije“?

BERLIN, RUJAN 2018.

PRIČA MARATONKE POČETNICE



...četrdeseti kilometar...oznaka kilometara...oko mene masa trkača...većina hoda...oni koji trče ne izgledaju baš najbolje...što bi se reklo-u predinfarktnom su stanju...na licima grimase boli, ali i sjaj sreće, iz njih izbjiga ponos...još dva...u glavi praznina, crnilo.. nema misli...najvjerojatnije je tako u crnoj rupi...osjećaj nepostojanja...mozak potpuno isključen...samo noge trče, same od sebe...moja ekipa i trener Šima iza mene...osjećam se kao da letim...čujem samo masu ljudi pored staze kako navijaju...netko više moje ime...piše mi na startnom broju...još malo...stisni zube i idi...Brandenburška vrata ispred mene...i onda urlik...Ajmo,Nato!!! Još malo...tu sam se osvijestila i vidjela njih...moju ekipu navijača...počela sam plakati...još 200 metara...okrećem se i tražim svoju ekipu da zajedno

prođemo kroz cilj jer smo zajedno mazali kilometre kako kaže trener Šima i Tomo...ne vidim ih...usporm...možda me stignu...i pred cilj dolijeće moja Ljuba...i zajedno proletimo kroz cilj...medalja oko vrata...gledam i ne vjerujem...zovem muža i djecu...na telefon urlik oduševljenja...pratili su me pet i pol sati...mislim da je njima bilo teže nego meni...i kroz glavu prođe misao...pa ja sam maratonka!

Oduvijek mi se želja za maratonom vrtjela po glavi, trčanje je uvijek bilo „tu negdje“. Kad sam postala Brodanka po papiru i mjestu rada (inače sam iz Slatine, prije rata znane kao Podravska Slatina) saznala sam po pričama domaćih ljudi o Poloju i stazi do Poloja (poznato brodsko kupalište; staza do Poloja mjeri 2,5 km pa je lako izračunati kilometražu koju trčite). Upravo tu su počeli

moji malo ozbiljniji koraci u trčanju. Trčala bih dionice po 5-10 km sama, nakon dežurstva, kad god bih imala vremena. Tada o utrkama nisam ni razmišljala.

dolaskom u Zagreb na specijalizaciju trčanje je prešlo u zonu manjeg interesa, naročito tijekom prve trudnoće. S povratkom u Brod opet intenziviram tračanje ali je sada bila prava umjetnost uskladiti moj posao, dežurstva, suprugov posao i brigu o djetetu.

I dalje su to bile dionice od 5-10 km, ne više, trčala bih sama, kad god bih imala vremena. Staza do Poloja postala je moj „treći dom“ – uz bolnicu i moju kuću.

Nakon druge trudnoće, prestala sam trčati. Pratila sam, tada po Zagrebu, već raširene Škole trčanja i stalno osluškivala kada će nešto takvo doći u Brod.

I dočekala sam.

Početkom 2016. započela je s radom Škola trčanja Slavonski Brod zahvaljujući dvojci entuzijasta Tomislavu Marinoviću i Krešimiru Šimiću Šimi, poznatom hrvatskom ultramaratoncu. Kroz trening od šest mjeseci došli smo do prvog polumaratona u Zagrebu. Treniranje je nastavljeno kroz Akademiju trčanja Slavonski Brod i prošle godine se jednostavno nametnulo pitanje prvog maratona. Već sam tada u nogama imala 7 polumaratona, nekoliko trail utrka (koje mi baš i nisu omiljene jer se redovito izgubim!), nekoliko utrka na 5 i 10 km, nekakvo iskustvo je bilo tu.

I tada je odlučeno: Berlin, 16. rujna 2018. Sama riječ maraton kod mene je izazivala strahopoštovanje jer tko istrči maraton za mene je kralj ili kraljica svemira. I vječno pitanje mogu li ja to?

I tako, od iskusnijih trkača sam stalno slušala da treba preživjeti pripreme za maraton, sam maraton onda je „peace of cake“, a ja se pitala o čemu ti ljudi govore. I nisam znala o čemu pričaju dok nisu krenule pripreme: intenzivna tri mjeseca koja su obuhvatila ljeto i vrućine.

Tjedno povećanje kilometraže koja se trči, vikendom dužinski treninzi, a tu je ljeto, manje ljudi na poslu, više dežurstava, pa ideš polumrtav na dužinu od 26 km...i preživiš...i vidiš da to možeš i kad su noge umorne nakon 24 sata u JIL-u...i nakon takve dužine kod kuće normalno funkcioniraš... pa dizanje u četiri ujutro da bi započeo dužinu od 34 km u 5 h ujutro dok



Maratonci (s medaljom oko vrata) i „ekipa za potporu“, sve članovi Saucony Akademije trčanja Sl. Brod

je još mrak i hladnije. Nas 17 je tako funkcionalo tri mjeseca. Zadnja dužina od 38 km dva tjedna prije bila je nešto što sam jedva progurala... teško, preteško, što bi maratonci rekli - jednostavno udariš u zid...staneš... jer ti mozak cijelo vrijeme maratona govori da ti je teško a tijelo gura

naprijed...i kad mozak pobijedi tada staneš...ako prevariš mozak svojom psihičkom snagom tada nastaviš dalje i uđeš u stanje nirvane gdje nema misli, nema boli i trčiš dalje...samo trčiš...meni se u Berlinu to desilo upravo na tom kobnom 38. kilometru...uspjela sam prevariti mozak i samo nastavila trčati...utrčala sam u cilj a da sam toga bila polusvjesna (moj mozak, jadan, još nije percipirao da sam istrčala maraton i ostaviti će ga u tom uvjerenju jer mi slijedi polumaraton u Ljubljani).

Jesam li poslije prvog maratona drugačija?...jesam...ne fizički već psihički...upozanala sam svoju mentalnu snagu i svoju srž...je li vrijedilo svog odricanja?...jest!

Hoću li to ponoviti? UVIJEK I PONOVNO...a

**NATALIJA MRZLJAK VUČINIĆ,
spec. anesteziolog**

Opća bolnica „Dr. J. Benčević“, Slavonski Brod



**Trener Krešimir Šimić Šima uvjerava me na kriznom 38. kilometru
da smo došli trčati, a ne hodati**

IZLOŽBA SLIKA KIRURGA PRIM. KLJENKA U LIJEĆNIČKOM DOMU U ZAGREBU

U srijedu navečer 28. studenoga će u Klubu Hrvatskog liječničkog zbora u Šubićevoj ulici 9 prim. dr. Antun Kljenak iz Dječje bolnice u Zagrebu premijerno javnosti izložiti svoja djela iz recentnog ciklusa slika „Besprizornice, šum dalekovidnice, no programme available“. Postav čini odabir od 20-ak likovnih radova, a otvorenje bit će popraćeno prigodnim multimedijskim programom. Izložba se može razgledati do 6. siječnja 2019. godine.



Dr. DRAGAN MALOŠEVAC

HITNA MEDICINA KROZ HUMOR

koLEGA— hitnjak

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

>> HLADNO PIVO



Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek

Ono kad nipošto ne želiš biti direktan.
Potator, rasturenji jetra i želudac od alkohola.
Dolazi zbog opakog gastritisa.
I lagano bazdi na alkohol.
- Znate, gospodine, to vam je sve od želuca. Ti bolovi i osjećaj žarenja...
- Od želuca!?
- Da, da! Alkohol uništava sluzni...
- Kakav alkohol!?
- Pa, taj koji ste danas popili.

- Joooj, doktore!? Pa, popio sam samo dva velika piva!
- Samo dva!?
- Da. Samo dvije dvolitrene Žuje.
- Uh, pa to je ipak malo previ...
- Bila su hladna!
- Čujte, kako da vam...
- Možda je to zato jer su bila jako hladna!?
Predajem se i odustajem.
- Da, da, sigurno su vam loše sjela na želudac!?
- Loše!? Ma, dajte doktore, sjela su mi više nego odlično!

>> BRZINA

Stariji gospodin zbumjeno viri kroz odškrinuta vrata ambulante.

Donosi plastičnu bočicu s urinom.

- Oh, obavili ste? Uđite sada da vas pregledam.

- Sada!?

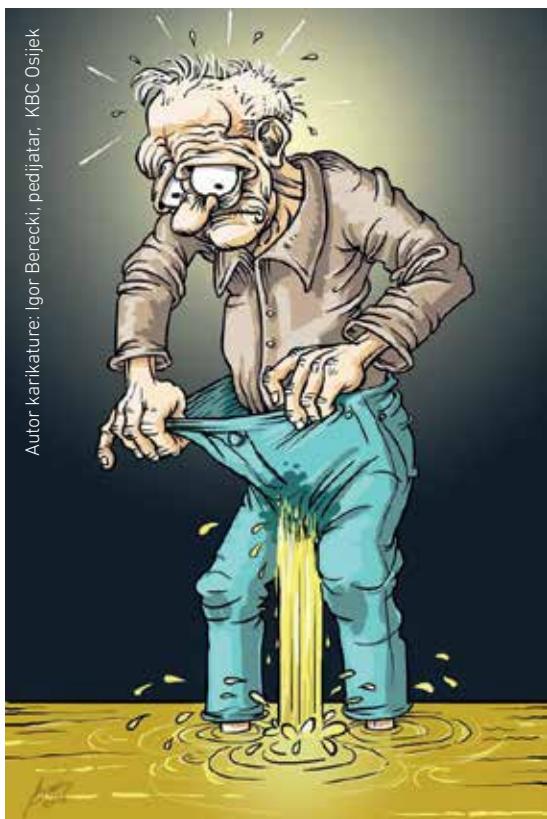
- Pa, da. Uđite slobodno!

- Doktore, neugodno mi je, malo sam smočio hlače.

- Smočili!?

- Ma, da! Znate, pobeglo mi je.

- Aha! Nema veze, događa se.
- Oprostite! Znate, krenuo sam ja na vrijeme prema zahodu...
- Dobro, dobro, nema potrebe za ispričama!
- ... i onda ga jednostavno nisam uspio pronaći na vrijeme!
- Niste ga uspjeli pronaći? Koga? Zahod!?
- Ma, ne zahod! Njega. Zapeo mi je negdje u gaćama i hlačama...



Autor karikature: Igor Berecki, pedijatar, KBC Osijek



JEDINO CJEPIVO PROTIV HPV-a KOJE UKLJUČUJE 9 TIPOVA HPV-a⁶

**POMOZITE VEĆ DANAS MLADIMA DA SE ZAŠTITE OD VIŠE TIPOVA
RAKA I BOLESTI POVEZANIH S HPV-om¹⁻⁵**

Zaštita od većeg broja bolesti zbog zastupljenosti više tipova HPV-a u cjepivu (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58).⁶

Svjetski podaci o procijenjenom udjelu slučajeva bolesti uzrokovanih gore navedenim tipovima HPV-a:¹⁻⁵

~90%
slučajeva raka cerviksa¹

~90%
slučajeva genitalnih
bradavica²

~90%
slučajeva raka vulve^{3,a}

~85%
slučajeva raka vagine^{4,a}

~90% do 95%
slučajeva raka anusa^{5,a}

^a Svi primjeri raka vulve, vagine i anusa nisu povezani s HPV-om. HPV je povezan s približno 30% raka vulve, 70-75% raka vagine i 85-90% raka anusa.^{3,4,5}

Reference: 1. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. Lancet Oncol. 2010;11(11):1048–1056. 2. Garland SM, Steben M, Sings HL, et al. Natural history of genital warts: analysis of the placebo arm of 2 randomized phase III trials of a quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) vaccine. J Infect Dis. 2009;199(6):805–814. 3. de Sanjose S, Alemany L, Ordi J, et al. Worldwide human papillomavirus genotype attribution in over 2000 cases of intraepithelial and invasive lesions of the vulva. Eur J Cancer. 2013;49(16):3450–3461. 4. Alemany L, Saunier M, Tinoco L, et al. Large contribution of human papillomavirus in vaginal neoplastic lesions: a worldwide study in 597 samples. Eur J Cancer. 2014;50(16):2846–2854. 5. Alemany L, Saunier M, Alvarado-Cabrero I, et al. Human papillomavirus DNA prevalence and type distribution in anal carcinomas worldwide. Int J Cancer. 2015;136(1):98–107. 6. Sažetak opisa svojstava lijeka Gardasil 9, siječanj 2017.



SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA GARDASIL 9

NAZIV LIJEKA: Gardasil 9 suspenzija za injekciju. Gardasil 9 suspenzija za injekciju u napunjenoj štrcački. 9-valentno cjepivo protiv humanog papilomavirusa (rekombinantno, adsorbirano).

KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV: 1 doza (0,5 ml) približno sadrži 30,40,60,40,20,20,20,20 mikrograma L1 proteina humanog papilomavirusa tip 6,11,16,18,31,33,45,52,58. L1 protein u obliku čestica nalik virusu proizveden je u stanicama kvasca (*Saccharomyces cerevisiae* CANADE 3C-5 (soj 1895)) tehnologijom rekombinante DNA i adsorbiran na adjuvans amorfn aluminijev hidroksifosfat sulfat (0,5 miligrama Al).

TERAPIJSKE INDIKACIJE: Gardasil 9 je incidentan za aktivnu imunizaciju osoba od 9. godine starosti protiv sljedećih bolesti uzrokovanih HPV-om:

- premalignih ležja i raka koji zahvaćaju cerviks, vulvu, vaginu i anus, uzrokovani tipovima HPV-a u cjepivu
- genitalnih bradavica (*Condyloma acuminata*) uzrokovanih određenim tipovima HPV-a.

DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE: Doziranje

Pojedinci u dobi od 9 do uključujući i 14 godina u vrijeme prve injekcije Gardasil 9 se može primjeniti prema rasporedu za 2 doze. Drugu dozu treba primjeniti između 5 i 13 mjeseci nakon prve doze. Ako se druga doza cjepiva primjenjuje nakon manje od 5 mjeseci od primjene prve doze, uviđe se mora primjeniti i treća doza cjepiva.

Gardasil 9 se može primjeniti prema rasporedu za 3 doze (0, 2, 6 mjeseci). Drugu dozu treba primjeniti najmanje mjesec dana nakon prve doze, a treću dozu treba primjeniti najmanje 3 mjeseca nakon druge doze. Sve tri doze moraju se primjeniti unutar razdoblja od godine dana.

Pojedinci u dobi od 15 godina i stariji u vrijeme prve injekcije

Gardasil 9 treba primjeniti prema rasporedu za 3 doze (0, 2, 6 mjeseci). Drugu dozu treba primjeniti najmanje mjesec dana nakon prve doze, a treću dozu treba primjeniti najmanje 3 mjeseca nakon druge doze. Sve tri doze moraju se primjeniti unutar razdoblja od godine dana.

Gardasil 9 treba primjeniti sukladno službenim prepisima.

Preporučuje se da osobe koje prime prvu dozu cjepiva Gardasil 9 završe cjepljenje sa cjepivom Gardasil 9.

Nije ustanovljeno je li potrebna doza za docjepljivanje.

Za Gardasil 9 nisu provedena ispitivanja koja koriste miješani režim primjene cjepiva (međusobno zamjenjivih) protiv HPV-a. Ispitnici koji su prethodno bili cjepljeni prema 3-doznom režimu kvadrivalentnog cjepiva protiv tipova 6, 11, 16 i 18 HPV-a (Gardasil ili Silgard), u daljem tekstu qHPV cjepivom, mogu primiti 3 doze cjepiva Gardasil 9.

Pedijatrijska populacija (djeca <9 godina)

Sigurnost i djelotvornost cjepiva Gardasil 9 u djece mlađe od 9 godina nisu ustanovljene. Nema dostupnih podataka.

Ženska populacija u dobi od ≥27 godina

Sigurnost i djelotvornost cjepiva Gardasil 9 u žena u dobi od 27 godina i starijih nisu ispitane.

Način primjene

Cjepivo treba primjeniti intramuskularnom injekcijom. Poželjno mjesto je deltoidno područje nadlaktice ili gornje anterolateralno područje bedra. Gardasil 9 se ne smije injicirati intravaskularno, supukano ili intradermalno. Cjepivo se ne smije miješati u istoj štrcački s drugim cjepivima i otopinama.

KONTRAINDIKACIJE: Preosjetljivost na djetalne tvari ili neku od pomoćnih tvari. Osobe s preosjetljivošću nakon prethodne primjene cjepiva Gardasil 9 ili cjepiva Gardasil/Silgard ne smiju primiti Gardasil 9.

POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI: Prilikom odlučivanja o cjepljenju pojedinaca potrebitno je uzeti u obzir rizik od prethodnog kontakta s HPV-om i moguću korist od cjepljenja.

Kao i sa svim cjepivima koja se injiciraju uviđe je potrebno imati na raspolaganju odgovarajuće medicinsko liječenje i nadzor u slučaju rijetkih anafilaktičkih reakcija nakon primjene cjepiva.

Sinkopa (nesvjetlica), ponekad popraćena s padom, može uslijediti nakon ili čak i prije svakog cjepljenja, osobito u adolescenata, kao psihogeni odgovor na ubod injekcijskom iglom. Može biti popraćena s nekoliko neuroloških znakova kao što su prolazni poremećaj vida, parestezija i toničko-klonički pokreti udova tijekom oporavka. Stoga je cjepljenju osobu potrebno pažljivo nadgledati otprilike 15 minuta nakon primjene cjepiva. Važno je osigurati odgovarajuće mjere zaštite kako bi se izbjegle ozljede prilikom nesvjetice. Cjepljenje treba odgoditi u osoba koje boluju od teške, akutne febrilne bolesti. Međutim, prisutnost manje infekcije, kao što je blaga infekcija gornjeg dijela dišnog sustava ili subfebrilna tjelesna temperatura, nisu kontraindikacije za imunizaciju.

Kao i sa bilo kojim cjepivom, cjepljenje cjepivom Gardasil 9 ne mora pružiti zaštitu svima koji su primili cjepivo. Cjepivo će zaštititi samo od onih bolesti koje su uzrokovane tipovima HPV-a protiv kojih je cjepivo usmjereno. Stoga treba nastaviti primjenjivati odgovarajuću zaštitu od spolno prenosivih bolesti. Cjepivo je samo za profilaktičku primjenu i ne djeluje na aktivne HPV infekcije ili klinički razvijenu bolest. Nije utvrđeno da cjepivo ima terapijski učinak.

Stoga ovo cjepivo nije indicirano za liječenje raka cerviksa, vulve, vagine ili anusa, displastičkih ležja visokog stupnja na cerviku, vulvi, vagini i anusu ili genitalnih bradavica. Također nije namijenjeno sprječavanju progresije drugih, već postojećih ležja povezanih s HPV-om. Gardasil 9 neće sprječiti ležje uzrokovane tipom HPV-a koji je sadržan u cjepivu u osoba koje su u vrijeme cjepljenja zaražene tim tipom HPV-a. Cjepljenje nije zamjena za rutinski pregled cerviksa. Budući da nijedno cjepivo nije 100% učinkovito i da Gardasil 9 neće pružiti zaštitu od svih tipova HPV-a ili infekcija HPV-om koje su prisutne u vrijeme cjepljenja, rutinski pregled cerviksa i dalje je od ključne važnosti i treba ga provoditi u skladu s lokalnim prepisima.

Nema podataka o primjeni cjepiva Gardasil 9 u osoba s narušenim imunološkim odgovorom. Sigurnost i imunogenost qHPV cjepiva ocijenjena je u osoba u dobi od 7 do 12 godina u kojih je potvrđena infekcija virusom humane imunodeficijacije (HIV). Osobe s narušenim imunološkim odgovorom zbog primjene jakе imunosupresivne terapije, genetskog štećenja, infekcije virusom humane imunodeficijacije (HIV) ili drugih uzroka možda neće odgovoriti na cjepivo. Cjepivo se mora davati s oprezom osobama

s trombocitopenijom ili bilo kojim poremećajem zgrušavanja krvi jer intramuskularna primjena cjepiva u ovih osoba može dovesti do krvarenja. Trenutno su u tijeku ispitivanja s dugotrajnim praćenjem da bi se odredilo trajanje zaštite.

Nema podataka o sigurnosti, imunogenosti ili djelotvornosti koji bi govorili u prilog zamjenjivosti cjepiva Gardasil 9 bivalentnim ili kvadrivalentnim cjepivima protiv HPV-a.

INTERAKCIJE S DRUGIM LIJEKOVIMA I DRUGI OBLCI INTERAKCIJA: U kliničkim ispitivanjima nisu ispitane sigurnost i imunogenost u osoba koje su primile imunoglobulin ili pripravke dobivene iz krvi u razdoblju od 3 mjeseca prije cjepljenja.

Primjena s ostalim cjepivima Gardasil 9 može se istodobno primjeniti kod docepljivanja kombiniranim cjepivom koje sadrži difteriju (d) i tetanus (T) zajedno s pertusisom [acelularni, komponentni] (ap) i/ili poliomijelitisom [inaktivirani] (IPV) (dT-IPV i dTap-IPV cjepiva), pri čemu odgovor protutijela na jednu komponentu jednog ili drugog cjepiva neće biti značajno promijenjen. Nalaz se temelji na rezultatima kliničkog ispitivanja u kojem se kombinirano cjepivo dTap-IPV primjenilo istodobno s prvom dozom cjepiva Gardasil 9.

Primjena s hormonskim kontraceptivima U kliničkim ispitivanjima, 60,2% žena u dobi od 16 do 26 godina koje su primile Gardasil 9 uzimalo je hormonske kontraceptive tijekom razdoblja cjepljenja u kliničkim ispitivanjima. Čini se da primjena hormonskih kontraceptiva nije utjecala na specifični imunološki odgovor na tipove virusa u cjepivu Gardasil 9.

NUSPOJAVE: Najčešće nuspojave opažene s cjepivom Gardasil 9 bile su reakcije na mjestu primjene injekcije (u 84,8% cjepljenih osoba unutar 5 dana nakon bilo kojeg posjeta zbog cjepljenja) i glavobolja (13,2% cjepljenih osoba unutar 15 dana nakon bilo kojeg posjeta zbog cjepljenja). Ove su nuspojave obično bile blagog do umjerenoj intenziteta.

NAČIN IZDAVANJA I PRIMJENE LIJEKA

Lijek se propisuje i izdaje na lijечnički recept. Lijek se primjenjuje samo u javnim zdravstvenim ustanovama od strane pravnih i fizičkih osoba koje obavljaju zdravstvenu djelatnost.

NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: MSD VACCINS, 162 Avenue Jean Jaurès, 69007 Lyon, Francuska.

BROJ(EVI) ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: EU/1/15/1007/001, EU/1/15/1007/002, EU/1/15/1007/003.

DATUM PRVOG ODOBRENJA: 10. lipnja 2015.

DATUM REVIZIJE TEKSTA: 01/2017.

Detaljnije informacije o ovom lijeku dostupne su na internetskoj stranici Europejske agencije za lijekove <http://www.ema.europa.eu>

STUPIDARIUM — CROATICUM

**„Medicinski fakultet u Puli
bit će najbolji u Hrvatskoj“**

(Izvor: dekan *in spe*, Novi list, 13. listopada, naslov preko pune dvije stranice)

„Imamo kadrova i za izvoz...“

(Pulski rektor, Novi list, 13. listopada)

U pulskoj bolnici (klinička bolnica *in spe* – op. Ž. P.) zbog masovnog odlaska liječnika odgodeno je 500 internističkih pregleda, na kirurgiji umjesto dosadašnjih 4 do 5 operacijskih sala rade 2 ili 3, na neurokirurga čeka 121 pacijent...

(Glas Istre, 15. listopada)



Novih 300 milijuna kuna državnog jamstva za novu pulsku bolnicu

(Prescut Media Report, 13. svibnja)

Europski standard: jedan studij medicine na milijun stanovnika

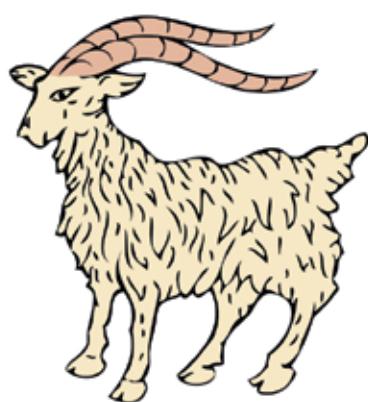
(Liječničke novine broj 173, str. 17)

Istra ima 208.000 stanovnika ili 4,85 % stanovništva Hrvatske

Optimum: fakultet s kliničkom bolnicom u središtu (!) regije

Na više od tri kvadranta oko poluotoka Istre žive samo ribe i školjke

Zakjučak? Čitatelji neka se sami snađu u ovom rašomonu!



SLIKARSKIM PRIBOROM

DO OTISKA IZ DUŠE LIJEČNICE ZALJUBLJENE U JEDINSTVENU SLAVONSKU PLANINU

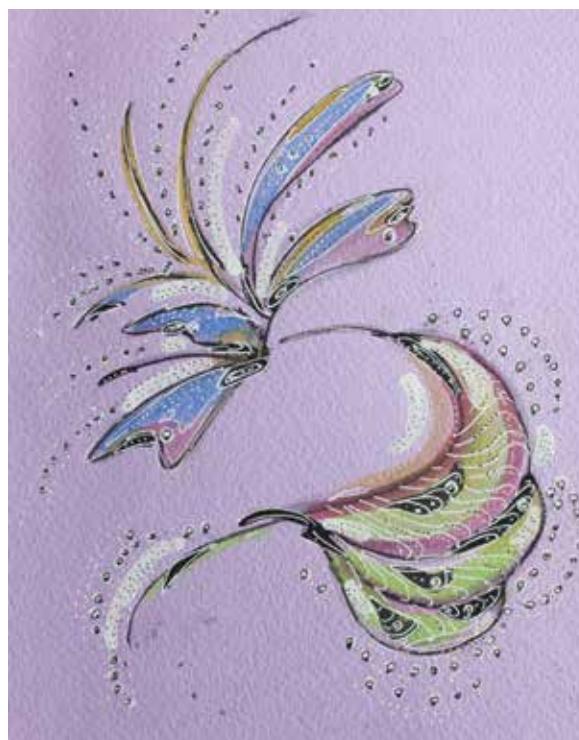


Potoci, šume, nebo, sve ono što kraljevi obronci i vrhove Papuka, najljepše slavonske planine, sva stvorenja koja tamo žive, neiscrpna su slikarska inspiracija poznatoj osječkoj dermatologinji dr. sc Ivanka Muršić.

„Otisak Papuka“, kako je nazvana i zadnja izložba koju je priredila s kćerkom Sarom, izloženoj u auli osječke Gradske knjižnice personifikacija je atmosfere i osjećaja s prostora slikaričine najdublje inspiracije.

Moje slike nisu prezentacija mojih slikarskih znanja i vještina, jer školovana slikarica nisam, već predstavljanje hobija izraslog iz doživljaja prirode, iz moje ljubljene planine, ističe dr. Muršić.

Slika svojom specifičnom tehnikom improvizacijom akvarela i nalivpera. Naša slikarica zaljubljena u svoju planinu slike nikada ne prodaje već ih poklanja i rijetko potpisuje, samo onda kada ljudi to od nje traže jer drže da to slići daje autentičnost. Sugerira da se slikom bez potpisa mogu poigrati... kada im dosadi okrenuti je naopako i tako od slapa dobiti vodoskok, a od zvjezde padalice vatromet. Ivanka kaže da nije to nikakva ozbiljna umjetnost, to je igra "slikača i promatrača".



Upravo je majčinim slikama na zadnjoj izložbi novu dimenziju udahnula je kćerka Sara Muršić, dodajući im zvukove i šumske vedute Papuka.

V. Krmpotić: Ivankine slike su nešto između cvijeta i leptira

Ivanka Muršić rođena je u Osijeku 1963. Medicinu je studirala na Medicinskom

fakultetu u Osijeku i Zagrebu, specijalizirala dermatovenerologiju 1997. godine. Radi u KBC-a Osijek, pročelnica je Zavoda za dermatovenerologiju. Za sebe kaže da sa suprugom Božidarom Muršićem, neurokirurgom, kroči životnim i papučkim putevima i stranputicama više od 30 godina. Domom doživljavaju svoju zvečevačku kuću u Parku šume prirode Papuk.

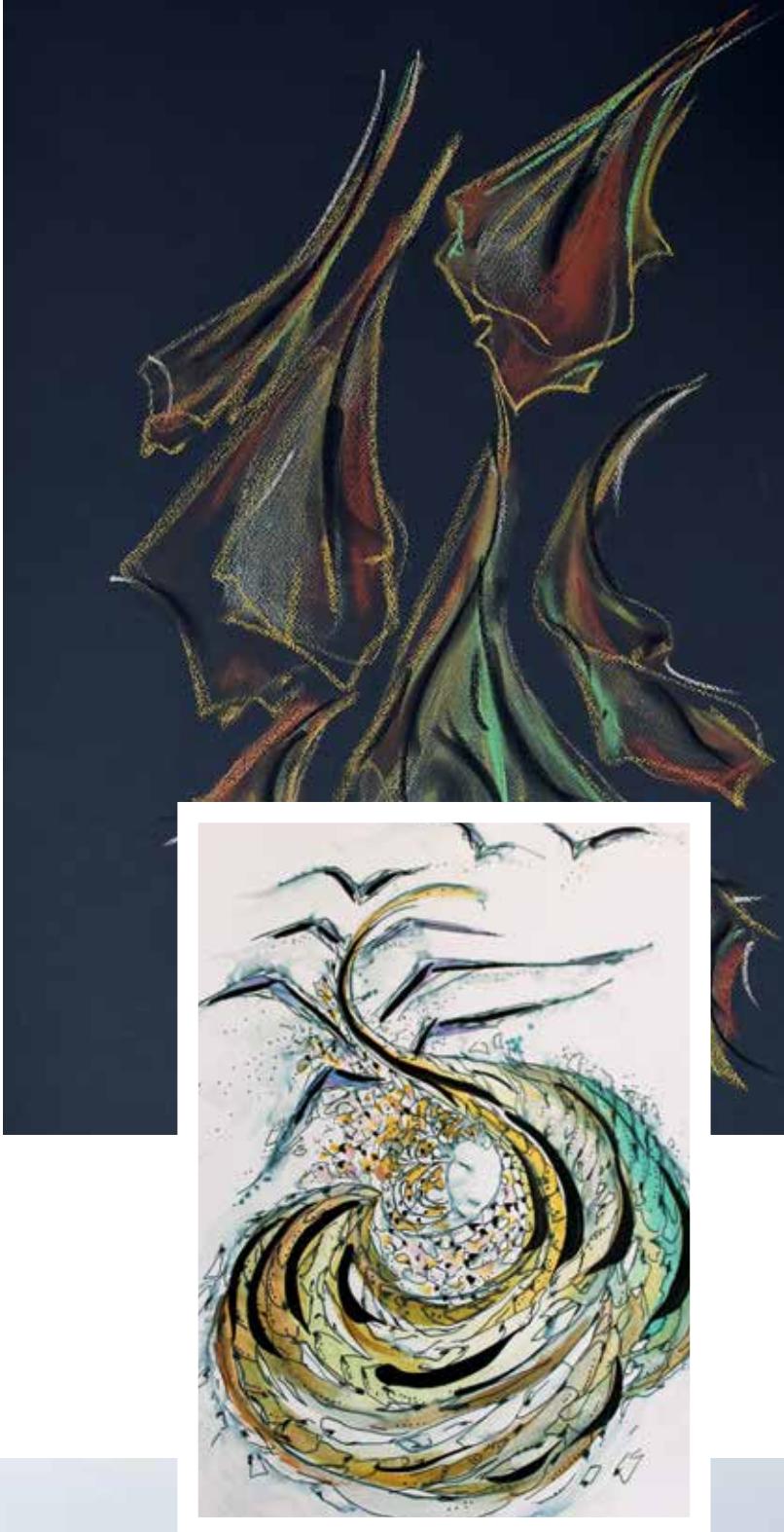
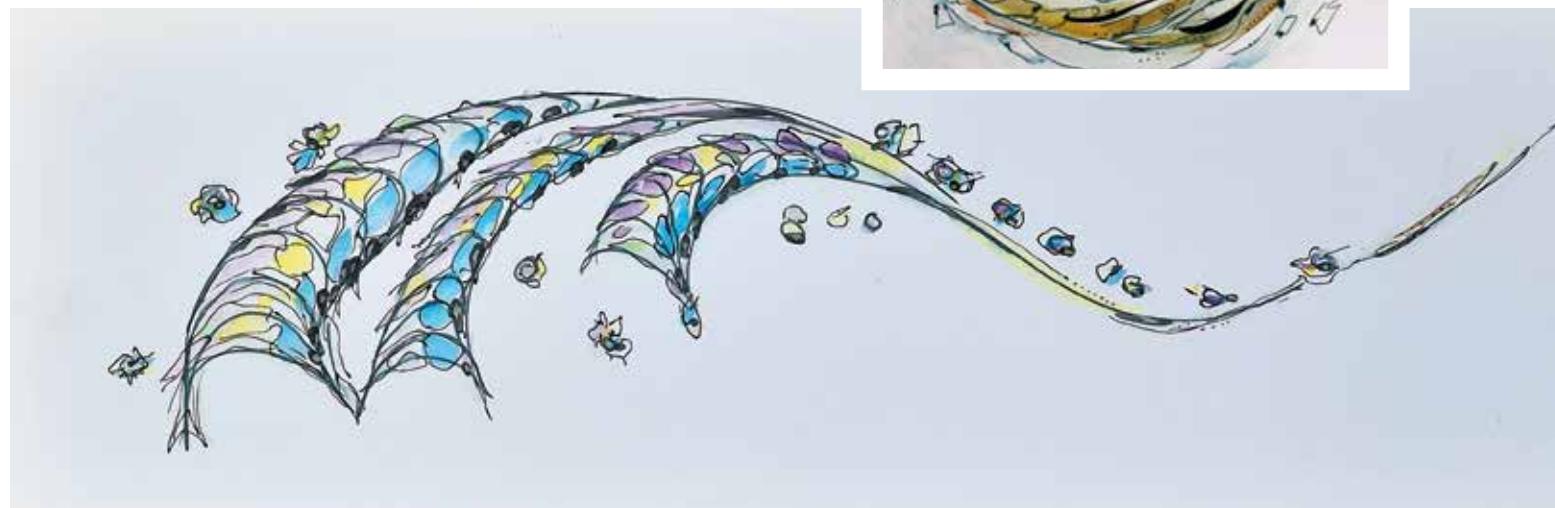
Prijateljevala je s našom velikom književnicom Vesnom Krmpotić čije lirske poruke šalje priateljima u oslikanim čestitkama. Najljepšu kritiku njezine slikarske ekspresije dala joj je, kaže, upravo Vesna rekavši da su „Ivankine slike nešto između cvijeta i leptira“.

Ilustrirala je tri knjige, „Andreina školjka“ i „Malene stope od sedefa“ Branke Kandić Splavski te „Andeo pod maskom“ A.P. Kezelea. Održala je dvije samostalne izložbe.

Majka je dvije odrasle kćeri, Dore, specijalizantice onkologije i radioterapije i Sare doktorantice edukacijskog fakulteta sveučilišta Edge Hill (UK), koja je i autorica virtualne interaktivne izložbe „Otisak Papuka“.

Želja joj je da se njene slike u knjigu sljube s nečjom poezijom slične atmosfere, čijom bi se prodajom barem malo ublažile životne poteškoće nekoga potrebitog.

S. Škugor-Hrnčević



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 – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje Fulvii Akrap, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije. Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

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

Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici www.hlk.hr - „Raspored stručnih skupova“.

STUDENI

Fiberoptička bronhoskopija u jedinici intenzivnog liječenja

Klinika za anestezijologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje KB Sveti Duh
Zagreb, 12.-13.11.2018.
Prim.dr.sc. Maja Karaman Ilić, dr.med., tel.: 01/3712-359,
e-mail: anestezija@kbzsd.hr
1.500,00 kn specijalisti, 800,00 kn specijalizanti

Ultrazvuk vratnih organa

Klinički zavod za nuklearnu medicinu KBC Zagreb i MEF
Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 12.11.-14.12.2018.
Doc.dr.sc. Sanja Kusacik Kuna, mob.: 098/238-315,
e-mail: sanja.kusacickuna@gmail.com

Prestilok u srcu hipertenzije – Svaki put „u sridu“ u liječenju hipertenzije

Servier Pharma d.o.o.
Koprivnica, 13.11.2018.
Branka Schell, mob.: 091/6551-532,
e-mail: branka.schell@servier.com

Primjena bilastina kod simptomatskog liječenja alergijskog rinokonjunktivitisa i urticarije

Berlin-Chemie Menarini
Đakovo, 13.11.2018.
Andrea Šnajder Grgić, mob.: 099/5459-054,
e-mail: htomic@berlin-chemie.com

Liječenje produktivnog kašla; Primjena polivinilpirolidona kod manjih lezija usne šupljine

Berlin-Chemie Menarini
Zagreb, 13.11.2018.
Maja Kardum, mob.: 091/3119-811,,
e-mail: htomic@berlin-chemie.com

Stručno predavanje – Liječenje benigne hiperplazije prostate i Praktična primjena benzodiazepina u ambulantni LOM-a

Alkaloid d.o.o.
Bjelovar, 13.11.2018.
Vedrana Kodrić, mob.: 099/2516-772,
e-mail: vedrana.kodric@alkaloid.hr

Zonisamid Makpharm – Zaokružena priča liječenja epilepsije

Makpharm d.o.o.
Varaždin, 13.11.2018.
Danijela Čosić, mob.: 098/753-535,
e-mail: danijela.cosic@makpharm.hr

Edukacija za zdravstvene radnike: „RA i PsA od temeljne do biološke terapije“

Sandoz d.o.o.
Zagreb, 13.11.2018.
Anamarija Humski, mob.: 091/2353-190,
e-mail: anamarija.humski@sandoz.com

2. međunarodni kongres o sigurnosti i kvaliteti hrane – „Životni ciklus hrane“

NZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Opatija, 13.-16.11.2018.
Btravel d.o.o., Goran Grbić, mob.: 099/4721-130,
e-mail: goran.grbic@btravel.pro
2.500,00 kn

Visoko dozno željezo u liječenju anemije

NZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.11.2018.
Martina Bago, mag.pharm., tel.: 01/4696-353,
e-mail: martina.bago@stampar.hr

Panel rasprava: „Pacijent sa multimorbiditetom – dijagnoza i terapija“

Sandoz d.o.o.
Rijeka, 14.11.2018.
Hana Varljen, tel.: 01/2353-111,
e-mail: hana.varljen@sandoz.com

Liječenje boli

Hrvatski zavod za telemedicinu
Hvar, Vis, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 15.11.2018.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: pisarnica@ztm.hr

Jedinstveni pristup održavanju normalne razine LDL-a

Ewopharma d.o.o.
Osijek, 15.11.2018.
Martina Đurić Jarić, mob.: 091/72731-311,
e-mail: m.jaric@ewopharma.hr

Timski rad karadiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem

Novartis Hrvatska d.o.o.
Daruvar, 15.11.2018.
Josipa Kodrić, tel.: 01/6274-220,
e-mail: josipa.kodic@novartis.com

Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti i drugih demencija

NZJZ „Dr. Andrija Štampar”, Služba za javnozdravstvenu gerontologiju – Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba
Tuheljske Toplice, 15.-16.11.2018.
Dalma Sajko, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-328, e-mail: dalma.sajko@stampar.hr

7. kongres Hrvatskog senološkog društva s međ.sud.

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Lovran, 15.-17.11.2018.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, e-mail: info@senologija.com
150,00-290,00 EUR

4. kongres HD za tumore glave i vrata s međ.sud.

HD za tumore glave i vrata
Zagreb, 15.-17.11.2018.
Filida – Putnička agencija d.o.o., Ivan Kaselj, tel.: 01/4616-520, e-mail: info@filidatravel.hr
Lječnici specijalisti 1.000,00 kn,
lječnici specijalizanti 500,00 kn

13. hrvatski kongres o epilepsiji s međ.sud.

Hrvatska liga protiv epilepsije, Hrvatska udruga za epilepsiju, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju HLZ-a, HD za dječju neurologiju HLZ-a
Šibenik, 15.-18.11.2018.
Iva Šimunić, BTravel d.o.o., tel.: 01/6666-855, mob.: 091/3330-733, fax: 01/6666-851, e-mail: iva.simunic@btravel.pro, web: http://www.ilae.com.hr
2.000,00 kn

Debljina i poremećaji u jelenju – lice i naličje istog problema; Novi pogledi

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za pedijatriju Zagreb, 16.11.2018.
Barbara Perše, dr.med., mob.: 099/3787-115, e-mail: barbara.perse@gmail.com
Specijalisti i ostali stručnjaci 300,00 kn, specijalizanti i medicinske sestre 200,00 kn; studenti i stažisti ne plaćaju kotizaciju

Primjena mjera prisile kod agresivnog i nesuradljivog bolesnika

KBC Rijeka, Klinika za psihijatriju Rijeka, 16.11.2018.
Tina Šubat Lazinica, bacc.oec., tel.: 051/1333-323, e-mail: psihijatrija@kbc-rijeka.hr
500,00 kn

6. znanstveni sastanak Tumori prostate

HAZU – Razred za medicinske znanosti – Odbor za tumore i HD za urološku onkologiju
Zagreb, 16.11.2018.
Žuti mačak d.o.o., Sandra Šutić, mob.: 099/2572-470, e-mail: agencija@zutimacak.hr
1.000,00 kn

Miopija

Sekcija za dječju oftalmologiju i strabizam Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva
Zagreb, 16.11.2018.
Dr. Neda Stiber, mob.: 091/4600-206, e-mail: stiber.neda@gmail.com

Primjena bilastina kod simptomatskog liječenja alergijskog rinokonjuktivitisa i urticarije

Berlin-Chemie Menarini
Zagreb, 16.11.2018.
Sanjin Novak, mob.: 095/3774-212, e-mail: htomic@berlin-chemie.com

3. kongres Hrvatskog društva za oralnu medicinu i patologiju HLZ s međ.sud.

HD za oralnu medicinu i patologiju HLZ-a
Zagreb, 16.-17.11.2018.
Dr.sc. Ivana Škrinjar, tel.: 01/4802-174, e-mail: skrinjar.ivana@gmail.com

3. hrvatski kongres menopauzalne medicine s međ.sud.

HD za menopauzu HLZ-a, conTres projekti d.o.o.
Zagreb, 16.-17.11.2018.
Maja Orsag, tel.: 01/4821-193, e-mail: maja@contres.hr
www.contres.hr
Za specijaliste do 30.09.2018. – 800,00 kn, poslije 30.09.2018. – 1.000,00 kn;
za specijalizante do 30.09.2018. – 300,00 kn, poslije 30.09.2018. – 400,00 kn

Tečaj neinvazivne ventilacije

OB „Dr. Josip Benčević“
Slavonski Brod, 16.-17.11.2018.
Dr. Matija Jurjević, mob.: 095/5170-555, e-mail: mtjurjevic@yahoo.com
1.200,00 kn

FUTUR Z Zdravlje i zdravstvena zaštita 2015-2030

HD za poslovnu etiku i zdravstvenu ekonomiku HLZ-a Opatija, 16.-17.11.2018.
Željko Rotim, mob.: 098/227-468, e-mail: zezarotim@gmail.com
Ban Tours, Ana Vugrinić, mob.: 091/2271-188, e-mail: ana.vugrinić@bantours.hr
1.500,00 kn

XXXII. Perinatalni dani „Ante Dražanić“

HLZ, HD za perinatalnu medicinu
Šibenik, 16.-18.11.2018.
Dr. Josip Juras, mob.: 098/668-305, e-mail: josipjuras@gmail.com
Best Point Consulting d.o.o., Željka Bošnjaković, mob.: 099/5151-032, e-mail: zeljka@bestpointconsulting.hr
1.150,00 kn za članove HDPM-a, 1.250,00 kn ostali; specijalizanti i medicinske sestre/primalje 700,00 kn; umirovljenici/osobe u pratnji 650,00 kn

Skijaskopija

Sekcija za dječju oftalmologiju i strabizam Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva
Zagreb, 17.11.2018.
Dr. Neda Stiber, mob.: 091/4600-206, e-mail: stiber.neda@gmail.com

XIV. Znanstveno-stručni simpozij: „Ratna bolnica Vukovar 1991. – dr. Juraj Njavro“

OŽB Vukovar i bolnica hrvatskih veterana i Udruga hrvatskih lječnika dragovoljaca 90.-91. Vukovar, 17.11.2018.
Štefan Biro, dr.dent.med., tel.: 032/452-011, e-mail: 091/4521-185, e-mail: posta@ob-vukovar.hr

JGL radionica za oftalmologe

JGL d.d.
Rabac, 17.11.2018.
Jasna Flajković, mob.: 099/2424-983, e-mail: Jana.Flajkovic@jgl.hr

Kratko obiteljsko savjetovanje 2.2.5.

Salutogeneza – obrt za savjetovanje
Slavonski Brod, 17.11.2018.
Božidar Popović, dr.med., mob.: 092/1602-920, e-mail: salutogeneza1@gmail.com
550,00 kn

Primjena bilastina u liječenju alergijskog rinokonjuktivitisa i urticarija i primjena deksametopropiometamola/tramadola u liječenju umjerene do jake akutne боли

Berlin-Chemie Menarini
Zagreb, 17.11.2018.
Adrijana Abramović, mob.: 099/2725-271, e-mail: htomic@berlin-chemie.com

Zbrinjavanje bolesnika sa šećernom bolesti tip 2 u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 17.11.2018.
Dr.sc. Ksenija Kranjčević, mob.: 091/5612-684, e-mail: ksenkran@inet.hr

Uvodni tečaj – Primjena mjera zaštite od ionizirajućeg zračenja – izobrazba za specijaliste medicine rada

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu Zagreb, 17.-18.11.2018.

Ines Šarić, tel.: 01/6558-703, e-mail: izobrazba@hzzsr.hr
1.200,00 kn

XXVI. Savjetovanje o perinatalnom mortalitetu Republike Hrvatske

HLZ, HD za perinatalnu medicinu
Šibenik, 18.11.2018.
Dr. Josip Juras, mob.: 098/668-305, e-mail: josipjuras@gmail.com

Primjena mjera zaštite od ionizirajućeg zračenja – izobrazba za specijaliste medicine rada

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu Zagreb, 18.11.2018.
Ines Šarić, tel.: 01/6558-703, e-mail: izobrazba@hzzsr.hr
900,00 kn

Prijeoperacijsko označavanje tumora u toraksu i abdomenu pod kontrolom CT-a
KBC Split, Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju
Split, 19.11.2018.
Doc.dr.sc. Krešimir Dolić, tel.: 021/556-243,
e-mail: kdolic@bnac.net

Ultrasound in Primary, Emergency & critical care Medicine, USCMC-BL1 (Basic level 1) Provider
Zavod za intenzivnu medicinu KBC Zagreb, HLZ,
Internističko društvo
Zagreb, 19.-20.11.2018.
Prof. Radovan Radonjić, tel.: 0172367-481,
e-mail: rradonic@gmail.com
1.000,00 kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka
KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju
Zagreb, 19.-23.11.2018.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-713, e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja d.o.o., Petra Miškulini Štefek, mob.:
099/4768-943, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00 kn

Timski pristup u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem i KOPB-om
Novartis Hrvatska d.o.o.
Zadar, 20.11.2018.
Josipa Kodić, tel.: 01/6274-220,
e-mail: josipa.kodic@novartis.com

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem
Novartis Hrvatska d.o.o.
Osijek, 20.11.2018.
Josipa Kodić, tel.: 01/6274-220,
e-mail: josipa.kodic@novartis.com

Primjena otilonijevog bromida u liječenju sindroma iritabilnog crijeva
Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 20.11.2018.
Kristina Bosec Debelić, mob.: 099/2575-737,
e-mail: office-croatia@berlin-chemie.com

Zašto je anemija zanemarena i kako se danas može liječiti
Sandoz d.o.o.
Zagreb, 20.11.2018.
Kristina Kvakan, tel.: 01/d2353-111,
e-mail: kristina.kvakan@sandoz.com

Alergija na pelud – prevencija
ZJZ Osječko-baranjske županije
Osijek, 21.11.2018.
Doc.dr.sc. Suzana Čavar, mag. pharm., spec. analit.
toksikologije, tel.: 031/225-789, mob.: 099/2111-374,
e-mail: suzana.cavar@gmail.com

Osnovne ljudske potrebe
Društvo distrofičara Istre
Pula, 21.11.2018.
Josip Brklijača, mob.: 091/5388-717,
e-mail: ddi.pula@gmail.com

Jedinstveni pristup održavanju normalne razine LDL-a
Ewopharma d.o.o.
Zagreb, 22.11.2018.
Martina Đurić Jarić, mob.: 091/2731-311,
e-mail: m.jaric@ewopharma.hr

„Anemija i fiziologija željeza“ i „Prednosti rabeprazola“
Sandoz d.o.o.
Ogulin, 22.11.2018.
Maša Nekić, tel.: 01/2353-111,
e-mail: masa.nekic@sandoz.com

Cjeloviti pristup pacijentu
Sandoz d.o.o.
Virovitica, 22.11.2018.
Marin Kokeza, tel.: 01/d2353-111,
e-mail: marin.kokeza@sandoz.com

Ospozljavljanje predavača iz nastavnog predmeta „Pružanje prve pomoći osobama ozlijedenim u prometnoj nesreći“
Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 22.-23.11.2018.
Ana Mikulčić, tel.: 01/4655-814, mob.: 091/6042-206,
e-mail: ana.mikulcic@hck.hr
1.250,00 kn

6. brodski simpozij o alkoholizmu, kockanju i modernim ovisnostima
Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti ZJJ Brodsko-posavske županije i Katedra za javno zdravstvo MEF Sveučilišta u Osijeku
Slavonski Brod, 22.-23.11.2018.
Senka Gabud Gjurčević, tel.: 035/411-319,
e-mail: senka.gabud.gjurcevic@gmail.com
„Emporia“, Darko Junačko, mob.: 091/5319-431,
e-mail: darko.junačko@gmail.com
450,00 kn

Ultrazvuk štitnjače i površinskih struktura glave i vrata
HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, 22.11.2018.-23.01.2019.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154,
e-mail: info@senologija.com
6.500,00 kn

Antidepresivi u kliničkoj praksi
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 23.11.2018.
Vivian Michel-Kranjec, prof., tel.: 01/2388-394,
e-mail: v.michel.kranjec@gmail.com
500,00/1.000,00 kn

Osnove elektrokardiograma u djece
Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 23.11.2018.
Snježana Fusić, mob.: 091/4600-796,
e-mail: Snjezana.Fusic@kdb.hr

Novosti u pristupu i metodama liječenja koronarnih bolesnika i bolesnika s visokim KV rizikom
Servier Pharma d.o.o.
Umag, 23.11.2018.
Lara Radošević, mob.: 099/2648-436,
e-mail: lara.radosevic@servier.com

CSP 1st Annual Congress / HDP 1. Godišnji kongres Croatian Society for pelviperineology – CSP / HD za pelviperineologiju – HDP
Donja Stubica, 23.-24.11.2018.
Dr.sc. Damir Hodžić, prim.dr.med., mob.: 091/5121-335,
e-mail: dhodzic2003@yahoo.com
Do 15.10.2018. (PDV uključen u cijenu kotizacije) – specijalisti 1.000,00 kn; specijalizanti 750,00 kn;
Nakon 15.10.2018. – specijalisti 1.250,00 kn; specijalizanti 1.000,00 kn

Škola hitne medicine – Modul 5 – Hitna stanja u neurologiji i psihijatriji
Klinika za anestezijologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje KB Sveti Duh
Zagreb, 23.-24.11.2018.
Doc.dr.sc. Višnja Neseš Adam, prim.dr.med.,
tel.: 01/3712-359, e-mail: anestezija@kbsd.hr
500,00 kn; 650,00 kn; 700,00 kn i 1.000,00 kn

Znanstveni skup „Na izvoru zdravlja“ povodom 200 godina suvremenog djelovanja Lječilišta Topusko
Lječilište Topusko
Topusko, 23.-24.11.2018.
Ivana Ivanković, tel.: 044/886-666,
e-mail: uprava@lječilište-topusko.hr
300,00 kn

„83. dani dijabetologa“
HD za dijabetes i bolesti metabolizma HLZ-a
Osijek, 23.-25.11.2018.
Doc.dr.sc. Dario Rahelić,
e-mail: tajnik@hddbm.hr
Ana Majić, mob.: 098/9155-805
500,00 kn

Tečaj naprednog održavanja života
HD za reanimatologiju
Zagreb, 23.-25.11.2018.
Tihana Magdić Turković, mob.: 091/5476-878,
e-mail: tihana.magdic.turkovic@gmail.com

Klinička nutricija u kirurgiji
HD za digestivnu kirurgiju HLZ-a
Pula, 23.-25.11.2018.
BTravel d.o.o., Ivana Šabanović-Uzelac, mob.: 098/438-768, e-mail: ivana.sabanovic-uzelac@btravel.pro
200,00 kn

Rana intervencija kao prediktor sveobuhvatnog razvoja dijeteta
Udruga za rano intervenciju Varaždinske županije
Varaždin, 24.11.2018.
Mia Marčec, mob.: 098/793-969,
e-mail: ranaintervencijaz@gmail.com
450,00 kn

Uloga L-asparaginaze u pedijatrijskoj hematoonkologiji – izazovi i rješenja

Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 24.11.2018.
Izabela Kranjec, dr.med., mob.: 091/4600-145,
e-mail: izabela.kranjcec@gmail.com

Infekcije uzrokovane bakterijom Clostridium difficile – rastući problem suvremene medicine

Klinika „Dr. Fran Mihaljević“, HLZ, HD za biosigurnost i biozaštitu
Zagreb, 24.11.2018.
Nevenka Jakopović, oec., mob.: 099/3740-158,
e-mail: nevenkajakopovic@gmail.com; www.bfm.hr
200,00

Influenca i pneumonija – novosti 2018/19.

HLZ, HD za infektivne bolesti, Sekcija za respiratorne infekcije
Zagreb, 24.11.2018.
Jasminka Blaha, mob.: 091/1871-952, e-mail: jblaha@bfm.hr

Kratko obiteljsko savjetovanje 3.1.5.

Salutogeneza – obrt za savjetovanje
Zagreb, 24.11.2018.
Božidar Popović, dr.med., mob.: 092/1602-920,
e-mail: salutogeneza1@gmail.com
550,00 kn

Ssimpozij citotehnologa pod naslovom „Uloga citotehnologa u citodiagnostici“

Hrvatska udružba citotehnologa
Zagreb, 24.11.2018.
Suzana Harabajsa, mob.: 098/664-871,
e-mail: hucit.hr@gmail.com

Međunarodni tečaj tradicionalne kineske medicine – 1. stupanj – Temeljni principi liječenja kronične boli, perifernih vaskularnih bolesti i alergija

MEF Sveučilišta u Rijeci, Thalassotherapy Opatija, Slik road centar d.o.o. Zagrebu
Rijeka, 24.11.-02.12.2018.
Katica Perić, tel.: 051/202-857,
e-mail: marketing@tto.hr
3.750,00 kn

Regulatorna i farmakovigilancijska konferencija „15 godina HALMED-a: (retro)perspektiva“

Agencija za lijekove i medicinske proizvode – HALMED
Zagreb, 26.11.2018.
Ivana Špičić, tel.: 01/4884-370,
e-mail: konferencija@halmed.hr
500,00/1.000,00 kn

Edukacijska vježba za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe

Zavod za hitnu medicinu Ličko senjske županije
Gospic, 26.-28.11.2018.
Sanja Matanović, mob.: 099/2668-633,
e-mail: matanovic.sanja@yahoo.com

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

Klinika za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“, MEF
Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 26.11.-21.12.2018.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317,
e-mail: bmilic@kbsd.hr
10.000,00 kn

Biosigurnost i biozaštita

AMZH
Zagreb, 27.11.2018.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

Jedinstveni pristup održavanju normalne razine LDL-a

EWOPHARMA d.o.o.
Rijeka, 29.11.2018.
Martina Đurić Jarić, mob.: 091/2731-311,
e-mail: m.jaric@ewopharma.hr

Žensko zdravlje

Alkaloid d.o.o.
Zagreb, 29.11.2018.
Mihovil Lusser, mob.: 091/4770-081,
e-mail: mihovil.lusser@alkaloid.hr

Zagreb International Medical Summit

Europska medicinska studentska organizacija Zagreb
Zagreb, 29.11.-02.12.2018.
Iva Miloš, mob.: 095/1998-427,
e-mail: iva.milos990@gmail.com
250,00 kn

Otology and lateral Skull Base Surgery Update

Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata
KBC Zagreb
Zagreb, 30.11.2018.
Dr. Mislav Malić, mob.: 098/9345-123,
e-mail: mmalic@kbc-zagreb.hr
Filida – Putnička agencija d.o.o. – Ana Krizmanić,
mob.: 098/9105-778, e-mail: ana@filidatravel.hr
750,00 kn

1. hrvatski kongres o prevenciji i ranom otkrivanju kroničnih bolesti u žena u obiteljskoj medicini

Međunarodna interdisciplinarna udružnica za prevenciju
kroničnih bolesti
Zagreb, 30.11.-01.12.2018.
Marija Vrca Botica, mob.: 098/281-444,
e-mail: udrugakronicnebolesti@gmail.com
1.000,00 kn

47. simpozij HD za dječju neurologiju s međ.sud.

HD za dječju neurologiju, OŽB Požega
Požega, 30.11.-01.12.2018.
Dr. V. Drkulec, doc.dr. A. Šimić Klarić, mob.: 091/576-9942,
e-mail: andrea.simic-klaric@po.t-com.hr
Specijalisti 600,00 kn; specijalizanti 200,00 kn;
umirovljenici i studenti bez kotizacije; psiholozi,
defektolozi, edukacijski rehabilitatori i
terapeuti 200,00 kn

Druga međunarodna konferencija o ADHD-u „ADHD kroz život“

Buđenje – udružna za razumijevanje ADHD-a
Zagreb, 30.11.-01.12.2018.
Marko Ferek, mob.: 098/9978-915,
e-mail: buđenje@gmail.com
Rana kotizacija 890,00 kn, za studente 590,00 kn;
kasna kotizacija 990,00 kn, za studente 690,00 kn

Spine Experts Group2018 Annual meeting

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju
Zagreb, 30.11.-01.12.2018.
Filida putnička agencija d.o.o., Tatjana Mrzljak,
mob.: 098/9828-478, e-mail: tatjana@filidatravel.hr
1.500,00 kn

Akupunktura u liječenju boli

HD za liječenje boli HLZ-a
Osijek, 30.11.-02.12.2018.
Andrea Mršo, tel.: 031/511-502,
e-mail: mrsoandrea385@gmail.com
3.500,00 kn

PROSINAC

Bolesti krvnih žila donjih ekstremiteta – dijagnostičke i terapijske mogućnosti u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Rijeka, 01.12.2018.
Dr. Ines Diminić-Lisica, mob.: 098/354-056,
e-mail: ines.diminic.lisica@medri.uniri.hr

KMAT – zlatni standard u dijagnozi arterijske hipertenzije, primjena u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Rijeka, 01.12.2018.
Dr. Ines Diminić-Lisica, mob.: 098/354-056,
e-mail: ines.diminic.lisica@medri.uniri.hr

Bagatin akademija – razvoj mekih vještina u zdravstvenom sektoru

Poliklinika Bagatin
Zagreb, 01.12.2018.
Sara Bukić, tel.: 01/6061-379,
e-mail: sara.bukic@bagatin.hr

Uloga lijeka Glucophage® XR u svakodnevnom radu obiteljskog liječnika

Merck d.o.o.
Osijek, 01.12.2018.
Goran Grafina, mob.: 098/355-429,
e-mail: goran.grafina@merckgroup.com

EKG u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Sukošan, 01.-02.12.2018.
Dr.sc. Ksenija Kranjčević, dr.med.,
mob.: 091/5612-684, e-mail: ksenkran@inet.hr

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>

Virusne infekcije dišnog sustava u kontekstu „Jednog zdravlja“

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, 03.12.2018.
Dr.sc. Irena Tabain, dr.med., tel.: 01/4863-295,
mob.: 091/2221-225, e-mail: irena.tabain@hzjz.hr

Priprema bolesnika za endoskopske preglede

Hrvatski zavod za telemedicinu
Vukovar, Pakrac, Požega, Karlovac, Bjelovar, Vinkovci,
Sisak, Koprivnica, Čakovec, Knin, Ogulin, Našice, Virovitica,
Zagreb – 04.12.2018.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: pisarnica@ztm.hr

Strategija prevencije agresivnog ponašanja

OB Dubrovnik
Dubrovnik, 04.12.2018.
Prim.mr. Srećko Ljubičić, dr.med., mob.: 091/4570-033,
e-mail: sreckol@bolnica-du.hr

Javnozdravstvene aktivnosti – jučer, danas, sutra

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar
Velika, 06.12.2018.
Filip Njavor, mob.: 091/4593-631,
e-mail: filipnjavor@yahoo.com

Jedinstveni pristup održavanju normalne razine LDL-a

Ewopharma d.o.o.
Split, 06.12.2018.
Martina Đurić Jarić, mob.: 091/2731-311,
e-mail: m.jaric@ewopharma.hr

Radiologija u hitnoj kliničkoj praksi

Hrvatsko neuroradiološko društvo HLZ-a
Zagreb, 06.-07.12.2018.
Mia Smoljan, dr.med., Marko Slavica, dr.med.,
mob.: 099/3787-403, 09/3787-416,
e-mail: msmoljan@sfgz.hr
Specijalisti 1.200,00 kn, specijalizanti 600,00 kn,
obiteljski liječnici 800,00 kn, studenti 250,00 kn,
radiološki tehnolozi 400,00 kn,
umirovljeni liječnici 250,00 kn

XXXVI Saltykow memorial meeting

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju
Zagreb, 06.-08.12.2018.
Marija Milković Periša, mob.: 091/5110-264,
e-mail: mmperisa@gmail.com

Budi cool, ne budi bully

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar
Pleternica, 07.12.2018.
Filip Njavor, mob.: 091/4593-631,
e-mail: filipnjavor@yahoo.com

100 godina (1918.-2018.) antirabične zaštite u gradu Zagrebu i Republici Hrvatskoj

NZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 07.12.2018.
Prim.dr.sc. Radovan Vodopija, dr.med, tel.: 01/4696-122,
e-mail: radovan.vodopija@stampar.hr

Obuka za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine /AME refresher training

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo
Zagreb, 07.-08.12.2018.
Mr.sc. Zoran Lolić, dr.med., mob.: 098/449-522,
e-mail: aeromedical@ccaa.hr

2. kongres Hrvatskog društva za transplantacijsku medicinu

HD za transplantacijsku medicinu
Zagreb, 07.-08.12.2018.
Dr.sc. Danko Mikulić, dr.med., tel.: 01/2431-390,
e-mail: info@hdtdm.hr, web - www.hdtdm.hr
Specijalisti 1.000,00 kn (rana, do 30.11.2018.);
1.500,00 kn (kasna); Specijalizanti 500,00 kn;
Medicinske sestre i tehničari – članovi HUMS-a – 700,00
kn; ostali 800,00 kn

10. Štamparovi dani

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar
Pleternica, 07.-09.12.2018.
Štefanija Madaj, mob.: 098/899-285,
e-mail: udrugastampar@gmail.com
500,00 kn

Rana identifikacija te probir djece s poteškoćama iz spektra autizma; Jednodnevna edukacija za liječnike, medicinske sestre, edukacijske rehabilitatore, logopede, radne terapeute, fizioterapeute (i sve zainteresirane)

Angerona – edukacijsko rehabilitacijska privatna praksa
Čakovec, 08.12.2018.
Nataša Dolović, mob.: 091/6226-749,
e-mail: dolovic.nat@gmail.com
1.300,00 kn

Infekcije gornjih dišnih puteva – izazov u radu obiteljskog liječnika

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 08.12.2018.
Doc.dr.sc. Marion Tomičić, mob.: 091/5429-293,
e-mail: marion.tomicic@mefst.hr
250,00 kn

Uloga HPV testa u prevenciji i dijagnostici HPV udrženih karcinoma

NZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 10.12.2018.
Ivana Lukšić, mob.: 091/4678-026,
e-mail: ivana.luksic@stammpar.hr

Citomorfologija i dodatne tehnologije u dijagnostici povećanog limfnog čvora

Zavod za kliničku citologiju i citogenetiku KB Merkur i HD za kliničku citologiju HLZ-a
Zagreb, 10.12.2018.
Biljana Jelić Puškaric, dr.med, tel.: 01/2308-461,
mob.: 091/5608-794,
e-mail: biljana.jelic.puskaric@zg.t-com.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za traumatologiju
Zagreb, 10.-14.12.2018.
Dr. Dina Miklić, dr. Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-713, e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja d.o.o., Petra Miškulin Štefek,
mob.. 099/4768-943,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00 kn

2019.

VELJAČA

Maligne bolesti i poremećaji kontinencije kao morbiditet

Koalicija udruga u zdravstvu
Tuhelj, 08.-10.02.2019.
Ivica Belina, mob.: 099/3420-350, e-mail: ivica.belina50@gmail.com
400,00; 800,00; 1.280,00 kn

OŽUJAK

10. međunarodni kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Smjernice u praksi obiteljskog liječnika

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 07.-10.03.2019.
Doc.dr.sc. Jasna Vučak, tel.: 023/393-533, mob.: 098/272-787, faks.: 023/393-533, e-mail: jasna.vucak@yahoo.com
1.800,00 kn

Skup ekspertne skupine – International Contact Dermatitis Research Group in the Cooperation with Croatian Dermatovenerological Society of the Croatian Medical Association

HLZ, Hrvatsko dermatovenerološko društvo
Zagreb, 29.-31.03.2019.
Prof.dr.sc. Suzana Ljubojević Hadžavdić, tel.: 01/2368-930, e-mail: suzana.ljubojevic@gmail.com
500,00/2.200,00 kn

MANJE JE VIŠE.

Jedina trojna terapija za liječenje KOPB-a u jednoj inhalaciji jedanput na dan.¹

Poboljšanje kvalitete života u odnosu na kombinaciju IKS/LABA.¹⁻²

TRELEGY Ellipta indiciran je kao terapija održavanja u odraslih bolesnika s umjerenim do teškim KOPB-om koji nisu adekvatno liječeni kombinacijom IKS i LABA.¹



Kombinacija IKS/LAMA/LABA (FF/UMEK/VI) koja se primjenjuje samo jednom inhalacijom na dan uz jednostavan inhalator Ellipta^{1,3-6}

USKORO
TRELEGY ▽ ELLIPTA
flutikazonfuroat/umeclidinij/vilanterol

FF, flutikazonfuroat; IKS, inhalacijskikortikosteroid, KOPB, kronična opstruktivna plućnabolest; LABA, dugodjelujući agonist β_2 -adrenoreceptora, LAMA, dugodjelujući antagonist muskarinskih receptora; UMEK, umeklidinij; VI, vilanterol

Reference: 1. Sažetak opisa svojstava lijeka Trelegy Ellipta, svibanj 2018. 2. Lipson DA et al. Am J Respir Crit Care Med 2017; 196(4):438–446. 3. Lipson DA et al. N Engl J Med 2018; 378:1671–1680. 4. Svedsater H et al. BMC Pulm Med 2013; 13:72–86. 5. van der Palen J et al. NPJ Prim Care Respir Med 2016; 26:16079. 6. Riley J et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2016; 11:1873–1880.

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA.

Skraćeni sažetak opisa svojstava lijeka. **NAZIV LIJEKA:** Trelegy Ellipta 92 mikrograma/55 mikrograma/22 mikrograma prašak inhalata, dozirani; **KLINIČKI PODACI:** Terapijske indikacije: Trelegy Ellipta indiciran je kao terapija održavanja u odraslih bolesnika s umjerenom do teškom kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću (KOPB) koji nisu adekvatno liječeni kombinacijom inhalacijskog kortikosteroida i dugodjelujućeg β_2 -agonista. **DOZIRANJE I NACIN PRIMJENE:** *Odrasli:* Preporučena i maksimalna doza je jedna inhalacija lijeka Trelegy Ellipta od 92/55/22 mikrograma jedanput na dan, svaki dan u isto doba. Ako bolesnik propusti dozu, sljedeću dozu treba uzeti idući dan u uobičajeno vrijeme. *Stariji bolesnici:* Nije potrebno prilagođavati dozu u bolesnika starijih od 65 godina. *Oštećenje bubrežne funkcije:* Nije potrebno prilagođavati dozu u bolesnika s oštećenjem bubrežne funkcije. *Oštećenje jetrene funkcije:* Nije potrebno prilagođavati dozu u bolesnika s blagim, umjerenim ili teškim oštećenjem jetrene funkcije. Trelegy Ellipta treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s umjerenim do teškim oštećenjem jetrene funkcije. *Pedijatrijska populacija:* Nema relevantne primjene lijeka Trelegy Ellipta u pedijatrijskoj populaciji (bolesnici mlađi od 18 godina) za indikaciju KOPB-a. Način primjene: Trelegy Ellipta namijenjen je isključivo za inhaliranje. Kontraindikacije: Preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari. **POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA:** Trelegy Ellipta ne smije se primjenjivati u bolesnika s astmom jer nije ispitivan u toj populaciji bolesnika. Nema kliničkih podataka koji bi poduprli primjenu lijeka Trelegy Ellipta za liječenje akutnih epizoda bronhospazma ili akutne egzacerbacije KOPB-a (npr. kao terapije za hitno ublažavanje simptoma). Pojačano korištenje kratkodjelujućih bronhodilatatora za ublažavanje simptoma može ukazivati na slabiju kontrolu bolesti. U slučaju pogoršanja KOPB-a tijekom liječenja lijekom Trelegy Ellipta potrebno je ponovno ocijeniti stanje bolesnika i režim liječenja KOPB-a. Bolesnici ne smiju prekinuti liječenje lijekom Trelegy Ellipta bez liječničkog nadzora jer se nakon prekida njegove primjene simptomi mogu vratiti. Primjena flutikazonfuroata/umeklidinija/vilanterola može uzrokovati paradoksalni bronhospazam praćen nastupom piskanja pri disanju i nedostatka zraka odmah nakon primjene, što može biti opasno po život. U slučaju paradoksalnog bronhospazma potrebno je odmah prekinuti liječenje lijekom Trelegy Ellipta. Treba ocijeniti bolesnikovo stanje i po potrebi uvesti neku drugu terapiju. Nakon primjene antagonista muskarinskih receptora i simpatomimetika, uključujući umeklidinij i vilanterol, mogu nastupiti kardiovaskularni učinci poput srčanih aritmija, npr. fibrilacije atrija i tahikardije. Stoga Trelegy Ellipta treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s nestabilnom ili po život opasnom kardiovaskularnom bolešću. **NUSPOJAVE:** Cesto: pneumonija, infekcija gornjih dišnih putova, faringitis, rinitis, gripa, nazofaringitis, glavobolja, kašalj, artralgija, bol u ledima. **NACIN IZDAVANJA:** u ljekarni, na recept. **NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:** GlaxoSmithKline Trading Services Ltd. Curraabinny, Co. Cork, Irska. **BROJEVI ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:** EU/1/17/1236/001; EU/1/17/1236/002; EU/1/17/1236/003.

Sastavni dio ovog promotivnog materijala predstavlja odobreni sažetak opisa svojstava lijeka sukladno Pravilniku o načinu oglašavanja o lijekovima. Prije propisivanja lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku.

▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje dostupne su na www.halmed.hr. Također, nuspojave možete prijaviti i Vašem lokalnom GlaxoSmithKline uredu: GlaxoSmithKline d.o.o., Ulica Damira Tomljanovića Gavrana 15, 10020 Zagreb; tel. 01/605 1999.

TRELEGY Ellipta razvijen je u suradnji s društвom INNOVIVA

Žigovi su u vlasništvu ili licencirani GSK grupi društava.
©2018 GSK grupe društava ili njenog davatelja licence.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE
CRO/TLY/0017/18
TRE-13/08/2018-ADV

GlaxoSmithKline d.o.o.
Ulica Damira Tomljanovića Gavrana 15
10020 Zagreb



Osigurala **CROATIA**



UTEMELJ. 1884.

*Ne čekajte da vas
iznenadi požar*



Osigurajte svoj dom uz policu osiguranja Croatia Imovina. Uz policu osiguranja Croatia Imovina osigurani ste od izljeva vode, poplave, požara, provale i krađe, tuče, udara groma, loma staklenih površina i brojnih drugih rizika.

Više od 130 godina uspješnog poslovanja i najšira mreža poslovnica garancija su da će vaš zahtjev biti stručno obrađen, a šteta brzo i sigurno isplaćena.

Za detalje nazovite:
0800 1884

 CROATIA[®]
OSIGURANJE

GLIKA

GLIKLAZID



**Glika 60 mg tablete s
prilagođenim oslobođanjem**
30 x 60 mg
60 x 60 mg
90 x 60 mg



GLIKA 60 mg tablete s prilagođenim oslobođanjem

Sastav Jedna tableta s prilagođenim oslobođanjem sadrži 60 mg gliklazida. **Terapijske indikacije** Liječenje o inzulinu neovisne šećerne bolesti (tip 2) u odraslih bolesnika u kojih razina glukoze u krvi ne može biti zadovoljavajuće regulirana prehranom, tjelovježbom ili smanjenjem tjelesne mase. **Kontraindikacije** Preosjetljivost na djetalnu tvar ili neku od pomoćnih tvari te na druge pripravke sulfonilureje i sulfonamide; šećerna bolest tipa 1; dijabetička pretkoma i koma, dijabetička ketoacidozna; teško oštećenje bubrega ili jetre (u takvima se slučajevima preporučuje liječenje inzulinom); liječenje mikonazolom (sustavna primjena, oromukozni gel); dojenje. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi** Čimbenici koji povećavaju rizik od hipoglikemije: bolesnik odbija terapiju ili nije suradljiv (osobito u starijih bolesnika); pothranjenost, neredovito uzimanje obroka, izostavljanje obroka, razdoblja gladovanja ili promjena u prehrani; neravnoteza između tjelesne aktivnosti i unosa ugljikohidrata; bubrežna insuficijencija; teška jetrena insuficijencija; predoziranje GLIKA 60 mg tabletama s prilagođenim oslobođanjem; određeni endokrini poremećaji (poremećaj rada štitne žlijezde, hipopituitarizam i insuficijencija nadbubrežne žlijezde); istodobna primjena nekih drugih lijekova. Na regulaciju razine glukoze u krvi bolesnika koji uzimaju antidiabetike mogu utjecati: pripravci koji sadrže gospinu travu (*Hypericum perforatum*), vrućica, povreda, infekcija i kirurški zahvat. U nekim slučajevima potrebno je primijeniti inzulin. Prije donošenja zaključka da je došlo do sekundarnog neuspjeha, potrebno je prilagoditi dozu lijeka i provjeriti koliko se bolesnik pridržava uputa o prehrani. Preporučuje se pažljiva kontrola šećera u krvi kod svih bolesnika koji istovremeno uzimaju gliklazid i fluorokinolone. Obzirom da gliklazid pripada skupini pripravaka sulfonilureje, potreban je oprez pri izboru lijeka u bolesnika s manjkom G6PD enzima i razmotriti uvodenje terapije lijekom iz druge skupine. Bolesnici s rijetkim naslijednim poremećajem nepodnošenja galaktoze, nedostatkom Lapp laktaze ili malapsorpcijom glukoze i galaktoze ne bi trebali uzimati ovaj lijek.

Nuspojave Najčešća nuspojava gliklazida je hipoglikemija. Ostale nuspojave: poremećaji probavnog sustava koji uključuju bolove u abdomenu, mučninu, povraćanje, dispepsiju, proljev i konstipaciju. **Doziranje i način primjene** Dnevna doza može varirati od jedne polovice do 2 tablete, odnosno od 30 do 120 mg oralno, jedanput na dan za vrijeme doručka. Ako je bolesnik zaboravio uzeti lijek jedan dan, sljedeći dan dozu ne treba povećavati. Kao i kad se radi o bilo kojem drugom hipoglikemiku, dozu treba prilagoditi individualnom metabolističkom odgovoru bolesnika (glukoza u krvi, HbA1C). Lomljivost tablete GLIKA 60 mg s prilagođenim oslobođanjem omogućuje fleksibilnost u postizanju željene doze.

Jedna tableta gliklazida od 80 mg tableta usporediva je s 30 mg tablete s prilagođenim oslobođanjem (tj. jednom polovicom GLIKA 60 mg tablete s prilagođenim oslobođanjem). GLIKA 60 mg tablete s prilagođenim oslobođanjem mogu zamijeniti neki drugi oralni antidiabetik. GLIKA 60 mg tablete s prilagođenim oslobođanjem mogu se koristiti u kombinaciji s bigvanidima, inhibitorima alfa-glukozidaze ili inzulinom. **Ime i adresa nositelja odobrenja** BELUPO lijekovi i kozmetika, d.d., Ulica Danica 5, 48000 Koprivnica, Hrvatska. **Broj i datum odobrenja za stavljanje lijeka u promet** HR-H-848978306; 08.06.2017. **Način izdavanja** Na recept.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su u skladu s navodima iz zadnjeg odobrenog sažetka opisa svojstava lijeka i upute o lijeku u Republici Hrvatskoj prema članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine“ broj 43/2015). Prije propisivanja, molimo proučite zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i upute o lijeku koje možete pronaći na internetskoj stranici Agencije za lijekove i medicinske proizvode www.halmed.hr, na Belupovim internetskim stranicama www.belupo.hr ili ih zatražiti od stručnog suradnika Belupa. Tiskano

– www.belupo.hr ili ih zatražiti od stručnog suradnika Belupa. Tiskano
u Hrvatskoj 2018. (D 07 10).