

LIJEČNIČKE novine



TEMA BROJA

**Kako se riješiti
uravnilovke u
određivanju
liječničkih plaća?**

RAZGOVOR > Prof. dr. Marijana Braš

Ford Focus Groove

za samo **1.491** kn/mj.*

BEZ učešća
BEZ troškova obrade



OVO JE TVOJ FOCUS

Odvezite novi Ford Focus Groove s dvozonskim klima uređajem, aluminijskim naplaticima, kamerom za parkiranje, tempomatom, 8" touch screen s multimedijalnim sustavom, EcoBoost motorom od 100 KS i 5 godina jamstva u posebnoj ponudi za samo 1.491 kn mjesečno.

AUTO GODINE

HR ■ **auto 2019.**

■ Žiri hrvatskih
■ automobilskih novinara



Potražite i Ford Focus Mood već od **126.990** kn!

ford.hr

*Financiranje putem operativnog leasinga u suradnji s OTP Leasingom d.d. na rok od 60 mjeseci uz 0% učešća i ugovoreni ostatak vrijednosti. Kamatna stopa korištena u izračunu naknade za leasing i ukupna naknada za leasing je nepromjenjiva za cijelo vrijeme trajanja leasinga. Mjesečni leasing obrok izražava se u EUR, a plaća u HRK koristeći prodajni tečaj OTP banke. Za ostatak vrijednosti i više informacija obratite se ovlaštenom Ford partneru. Emisija CO₂: 91 – 138 g/km, prosječna potrošnja: 3,5 – 6,2 l/100km. Slika je simbolična.



Go Further

LIJEČNIČKE 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 Škrjak, 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

Doc. prim. dr. sc. Tomislav Franić, 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. • Doc. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med.
Prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med. • Izv. prof. dr. sc. Davor Plavec, dr. med.
Prim. Matija Prka, dr. med. • Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
Prof. dr. sc. Livia Puljak, dr. med. • Prof. prim. dr. sc. Adriana Vince, 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 mjesečno (osim u siječnju i kolovozu).
Godišnja pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.
Rukopisi se šalju e-mailom na adresu: hlk@hlk.hr ili e-adresu urednika. Članci ne podliježu recenziji i uredništvo se ne mora slagati s mišljenjem autora. Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

OGLAŠAVANJE

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

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

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

Ilustracija naslovnice: Igor Berecki dr. med., KBC Osijek

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 15. travnja 2019.

LIJEČNIČKE 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 1 28 24 645

4 UVODNICI

ACTA, NON VERBA!

Što mislite, je li politička trgovina nemoralna?

8 IZBORI ZA TIJELA KOMORE**10 RAZGOVOR**

Prof. dr. Marijana Braš

15 TEMA BROJA

Uravnilovke u liječničkim plaćama

20 IZ KOMORE

Kongres KOKOZ-a i kongres medicinskog prava • Redovite tribine • Pritisak ministra na pravosuđe • Sud i prekovremeni sati • Vodstvo sa županima • Nagradene četiri članice

30 IZ DEMOGRAFSKOG ATLASA

Psihijatrija

35 IZ INOZEMSTVA

Cijepljenje u SAD-u

36 IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Liječnici u medijima • Kako istupati u medijima • Tjedan glaukoma • Tranzicijska medicina • Virus zapadnog Nila
Digitalno zdravstvo • Nuklearna medicina u Vinogradskoj
Nagrađen dr. Alebić • U Osijeku o anastomozi žila • Direktiva EU-a o katalogu znanja • Dan narcisa i Dan bubrega i dijalize

57 RIJEČ MLADIH LIJEČNIKA**58 PRIMARCI****60 STUDENTI - VEĆ SUTRA LIJEČNICI****62 ZDRAVSTVO U DOMOVINSKOM RATU****69 STATISTIKA****70 LIJEČNICI PRIVATNICI****74 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE****82 MEDICINA 21. STOLJEĆA****87 PRAVO I MEDICINA****90 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE****94 NAŠI LIJEČNICI U INOZEMSTVU****96 BIOETIKA****98 IN MEMORIAM****100 KRATKA LIJEČNIČKA PRIČA****101 STUPIDARIUM CROATICUM****102 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

ACTA, NON VERBA!



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ

prvi dopredsjednik / v.d. predsjednika
Hrvatske liječničke komore

Mi, liječnici, često znamo biti inertni i pesimistični, poglavito kada su naša materijalna ili staleška prava u pitanju. Prihvaćamo stvari kakve nam se serviraju i kako netko drugi odluči umjesto nas ili za nas. Prosječni liječnik nije osoba koja će previše prigovarati, a još manje se žestoko boriti za poboljšanje svog statusa, za prava i položaj u zdravstvenom sustavu, ali i općedruštveni status te ugled liječnika. Upravo želeći promijeniti takav prevladavajući stav među liječnicima, skupina entuzijasta među nama okupila se krajem 2013. godine te osnovala Hrvatsku udrugu bolničkih liječnika (HUBOL). Primjer

da se stvari ipak mogu pomicati i da se može ostvariti određeni utjecaj na ključne donositelje odluka bila nam je udruga liječnika obiteljske medicine – KoHOM, koja je osnovana nekoliko godina prije te se svojim radom nametnula zdravstvenoj administraciji kao neizbježan sugovornik i partner. HUBOL je dakle osnovan na Silvestrovo 2013. godine te je vrlo brzo postao respektabilna udruga koja okuplja više od dvije tisuće članova. Na izborima za delegate skupštine HLK-a 2015. godine, HUBOL-ov program i HUBOL-ovi kandidati dobili su gotovo plebiscitarnu podršku hrvatskih liječnika.

Pobjednički program iz 2015. g. bio je razrađen u četiri segmenta: HLK kao izraz volje i otvorenost svom članstvu, HLK kao servis i podrška liječnicima, HLK kao jamac sigurnosti članova te HLK kao aktivni kreator liječničkoga društvenog statusa. U svakom od ovih segmenata odredili smo prioritete i nabrojali ih u programu kako bismo kolegama pojasnili što konkretno želimo promijeniti ili unaprijediti. Oni pesimistični tada su smatrali da se naš program može opisati onom poznatom krilaticom francuskog studentskog pokreta 1968. g. – „Budimo realni, tražimo nemoguće“. Međutim, danas, s vremenskim odmakom od četiri godine, listam letak s programom HUBOL-a iz 2015. g. i vidim da smo velik dio zacrtanog plana uspješno obavili! Budući da je prosječno pamćenje Hrvata prilično kratko, što smo mogli vidjeti na različitim primjerima iz našega političkog i društvenog života, onda

nije niti čudno kada dio kolega uporno ponavlja kako se ništa nije poboljšalo i kako su nam uzaludne sve naše staleške i cehovske borbe.

Rezultat, odnosno djela koja smo učinili, međutim jasno demantiraju takav stav. Nabrojat ću samo one uspjehe koje smatram najvažnijima i čiji je obuhvat među članovima velik.

Počnimo od legislativnog okvira u kojem živimo i radimo. Prije tri godine, dakle još 2016. g. donesena su dva važna pravilnika. Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca te Izmjene i dopune Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Ovi pravilnici dugačkih službenih naziva kolokvijalno su nazvani **Pravilnik o dvojnomo radu ili radu privatno** te tzv. **Nakićev pravilnik**.

Pravilnik o dvojnomo radu omogućio je svim liječnicima koji to žele da u svoje slobodno vrijeme mogu legalno raditi izvan svoje matične ustanove i dodatno zaraditi. Sjetimo se da do prije tri godine to nije bilo moguće, a primjerice je još 2015. zdravstvena inspekcija prekršajno prijavila 52 liječnika zbog takvoga dvojnomo rada. Komora je u implementiranju ovog Pravilnika imala ključnu ulogu, a on je napisan tako da praktički onemogućava nečiju zloupotrebu položaja te uvjetovanje davanja odobrenja zainteresiranim kolegama, što je, podsjetimo se, u ranijim inačicama Pravilnika bilo gotovo pa pravilo. Procjenjuje se da danas oko 2000 liječnika se koristi ovom mogućnošću,

odnosno rade i javno i privatno. To je izravan uspjeh ovoga vodstva Komore.

Nakićev pravilnik je „živio“ nažalost tek nekoliko mjeseci. Provedbu su aktivno opstruirali razni dionici zdravstvenog sustava. Komora se naprotiv maksimalno angažirala oko njegova donošenja, ali i provedbe, s jasnim ciljem da hrvatske liječnike jednom zauvijek oslobodi od tzv. robovlasničkih ugovora. Podsjetimo se da su do prije nekoliko godina liječnici potpisivali ugovorne obveze vezane za brutto plaće, kao jedinstveni primjer takve prakse u EU-u. Epilog je svima poznat. Ustavni sud je ukinuo odredbe tog Pravilnika kao neustavne, a aktualni je ministar zdravstva pronašao „pravično rješenje“ u maksimalnoj ugovornoj obvezi, odnosno penalu od oko 250.000 kuna. No, Nakićev je Pravilnik ipak donio promjenu, tj. anekse tadašnjih nepovoljnih „robovlasničkih“ ugovora za više od 1000 specijalizanata i mladih specijalista. To se ne bi dogodilo da nije bilo ovoga vodstva Komore. Nažalost, nisu svi kolege s takvim nepovoljnim ugovorima obuhvaćeni provedbom Nakićevog pravilnika, niti im je novo zakonsko rješenje donijelo promjenu starih ugovornih obveza. Svima njima pokušavamo pomoći pravnim savjetima i alatima, uz stalan daljnji pritisak prema administraciji da se konačno riješi i njihov status.

Stalnim zalaganjem i neumornim argumentiranjem uspjeli smo postići **promjenu Kaznenog zakona** na način da je u nj uvršten novi članak koji definira potpuno novo kazneno djelo prisile prema zdravstvenim radnikom. S pravom očekujemo da će novo zakonsko rješenje konačno smanjiti nasilje nad zdravstvenim radnicima. Sam predlagatelj promjene zakona, Ministarstvo pravosuđa, u svom elaboratu navodi Hrvatsku liječničku komoru kao ključnog inicijatora promjene ove zakonske norme.

Promjena zakona i podzakonskih akata domena je Hrvatskog sabora i resornih ministarstava. Naravno da smo stalno zagovarali i donošenje strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike ili njegovih inačica u obliku Zakona o plaćama liječnika, vremensko-kadrovskih normativa, obvezujućih stručnih smjernica, sustavnog financiranja edukacije, reforme staža i specijalizacije, slobodne mogućnosti prelaska u koncesiju u PZZ itd. Međutim, za navedene inicijative i prijedloge u Ministarstvu zdravstva i Vladi RH (još) nije bilo sluha.

Stoga, vodeći se onom mudrom izrekom da ne dopustimo da nam ono što ne možemo činiti ometa ono što možemo, Komora je vlastitim resursima ostvarila niz uspješnih projekata koji donose izravnu dobrobit članovima.

Omogućili smo najnižu kamatnu stopu na stambene kredite u Republici Hrvatskoj za sve svoje članove neovisno o tome gdje rade i kolika su im primanja. **Kamat od 2 % na stambene kredite** do prije tri godine mogli smo smatrati znanstvenom fantastikom, a sada se u tom segmentu možemo usporediti s našim kolegama u zapadnim zemljama. Ugovorili smo **polisu osiguranja pravne zaštite** za naše članove u slučaju da im ona bude potrebna. Navedena polisa pokriva i mogućnost pokretanja tužbe zbog povrede časti i ugleda, dakle omogućava liječnicima pokretanje sporova protiv nakladnika koji im je narušio ugled i čast. Također, **dopunsko zdravstveno** smo već drugu godinu zaredom osigurali sve naše članove koji su to željeli. Ovim izravnim benefitom za sad se koristi oko 13 000 članova Komore.

Osigurali smo **30 milijuna kuna iz EU fondova** za projekt Kontinuirane stručne edukacije liječnika opće i obiteljske medicine. Tijekom prošle i ove godine angažirali smo **2,5 milijuna kuna za stipendiranje inozemnog stručnog usavršavanja** naših članova. Ovaj projekt

iznimno je dobro primljen među članstvom, a interes je premašio naša očekivanja. Više od 350 liječnika apliciralo je za ovu vrstu stipendiranja. Sa zadovoljstvom i ponosom možemo ustvrditi da je nekoliko Komorinih stipendista u proteklm mjesecima obavila po prvi put određene medicinske postupke te su na taj način ubrzali transfer najnovije tehnologije, vještine i kompetencije iz inozemnih centara izvrsnosti u hrvatski zdravstveni sustav na dobrobit naših pacijenata.

Najsvježiji primjer, kojim je Komora jasno pokazala da je ono što je proklamirala još 2015. g. - jamac sigurnosti svojih članova, jest **pokriće tužbi za pogrešan obračun prekovremenih sati**. Naime, više od 1500 liječnika pokrenulo je tužbe uz pokriće preko Komorinog osiguratelja. Uz navedeno valja spomenuti i već ranije odlično prihvaćane projekte **financijske pomoći kod rođenja djeteta, kao i stipendiranje djece preminulih članova**.

Projekt **informatizacije Komore, odnosno projekt e-HLK**, omogućio je novu dimenziju u njezinu radu, poglavito u kontekstu servisa i podrške članovima. Uključuje razmjenu podataka s ostalim državnim institucijama te bazama podataka, personalizirani portal za članove, mobilnu aplikaciju Komore, digitalnu člansku iskaznicu... Sve to do prije 3-4 godine nije postojalo.

Osnovali smo po prvi put u povijesti naše Komore zasebno **Povjerenstvo za mlade liječnike**, a u tijeku je osnivanje **Povjerenstva za umirovljene liječnike**. Sve to također na tragu našeg izbornog obećanja.

Uza sve pobrojane uspjehe, kao rezultate ostvarenog izbornog programa 2015.-2019. g. posebno sam ponosan što je ovaj saziv Skupštine imao snage i odlučnosti sankcionirati odgovorne za nepravilnosti u vlastitim redovima,

>>

pa makar dolazile i iz samog vodstva. Naravno, uz sankcije unutar Komornih tijela u tijeku je postupanje nadležnih pravosudnih institucija.

Acta, non verba! - stara je latinska poslovice. Iako ljude možemo cijeniti prema raznim mjerilima, ipak njihova djela i ostvarenja predstavljaju najbolji, vjerodostojan i objektivan sud o njima samima.

Poštovane kolegice i kolege, pri kraju ovoga četverogodišnjeg mandata kao visoki dužnosnik Hrvatske liječničke komore osjećam zahvalnost prema svim suradnicima odnosno kolegama koji su više ili manje pomogli da se ostvare navedene promjene i nabrojani projekti, na dobrobit cijeloga našeg ceha. Zahvaljujem i svim članovima koji su konstruktivnim idejama, kritikama, prijedlozima i pohvalama

usmjeravali i unaprjeđivali naš rad.

Zaključno, želim jasno istaknuti da se danas, više no ikada, snažno zalažem da Komora bude i ostane ono što je zapisano u našem Statutu – samostalna, neovisna, staleška i strukovna organizacija liječnika. Posebno podcrtavam samostalnost i neovisnost, u punom i nedvojbenom smislu tih riječi!

S iznimnim kolegijalnim poštovanjem,
Krešimir Luetić

Što mislite, je li politička trgovina nemoralna?



Konsternirana promjenom kursa meni poznate osobe, iza leđa najbližim suradnicima, razmišljam o olakom prihvatanju opravdanosti političke trgovine. I moja mi intuicija i ovaj put šapće da opravdanja za izdaju nema. Prioritet vlastitih ciljeva možda jest legitiman, ali etički nije uvijek prihvatljiv. A nesimpatičnu rečenicu: "Ne može se zamjeriti, svatko bi tako postupio da mu se ponude dobre pozicije." s gnušanjem ne prihvaćam. Kao niti defanzivno "Ah, ionako će nemilih kadrovskih „križaljki“ uvijek biti, što ja tu mogu!" Dok god tako mislimo više će se neželjenoga događati tik uz nas, a baš to

i takvi će odlučivati o našim sudbinama. Imamo, dakle, izbor. Barem na izborima. Trebamo se samo dobro informirati. To je bilo prvo, od tri teme koje sam htjela prokomentirati i s vama podijeliti. Druga je tema obračun s nečastivim. Dakle, kad se jedna ugledna institucija zatekne u situaciji da otkrije kako ju se financijski nepropisno vodi i to prepozna i hrabro raščisti, baš stoga jer želi ostati ugledna, to je, nažalost, prešedan u našem društvu. A društvo, nespremno na takvu odlučnost, beskompromisnost i jasnoću, sumnjičavo ne vjeruje, nenaviklo na takav scenarij. No, eto, i toga ipak ima, rijetko doduše. Ali se događa, i to nama! S porukom da ne dozvolimo da tuđa nedjela terete našu savjest. A hrabre nagradimo! Treće je moja ponavljana sablazan nad "banalnosti zla" i nad sitnim ustupcima i nedozvoljenim tolerancijama prema nezasluzenim i opasnim pozicijama pojedinaca koje mogu rezultirati diktaturom i totalitarizmom. S otporom tomu treba započeti već u vlastitom „malom“ okruženju. Preporučujem ovomjesečni dokumentarac na HRT 3 "Portreti za povijest" o velikom vođi sa sjeveroistoka, kao upozorenje. U još smo jednome hrvatskom proljeću, entuzijastično rascvjetavamo najljepše pupoljke, uvjereni u naš dobar ukus.

Puno vam pozdrava, ma gdje bili!

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

#MozdaNece

Osigurala
CROATIA

UTEMELJ. 1884.

 Imovina

**2018. bilo je
3476* požara.
Ove godine
#MozdaNece**

**Akcija
traje do
31. 7.**

Zato osigurajte svoj dom od požara i 15 drugih rizika.
Ugovorite policu Croatia Imovine sa širim pokrićima za cijenu
police s užim pokrićima **po akcijskim uvjetima do 31. srpnja.**

* Prema podacima Hrvatske vatrogasne zajednice, u 2018. godini u Republici Hrvatskoj
bilo je 3476 požara **na nekretninama.**

www.crosig.hr

 **CROATIA®
OSIGURANJE**

IZBORI ZA TIJELA HLK-a

Vijeće HLK-a je 28. ožujka 2019. donijelo odluke o raspisivanju izbora za zastupnike u Skupštini HLK-a, odnosno za članove županijskih povjerenstava, Povjerenstva Grada Zagreba, Povjerenstva MORH-a i Povjerenstva HZZO-a te za predsjednika i zamjenika predsjednika HLK-a.

Izbori će se prvi put provesti u pravilu elektroničkim glasovanjem, a glavni preduvjet za elektroničko glasovanje je aktivirana elektronička liječnička iskaznica.

Članovi koji nisu u mogućnosti ili nisu skloni glasovati elektroničkim putem, svoje biračko pravo mogu ostvariti dopisnim glasovanjem, za što Središnjem izbornom povjerenstvu HLK-a (SIP) moraju podnijeti zahtjev.

U tijeku je zaprimanje zahtjeva za izdavanje elektroničke liječničke iskaznice i zahtjeva za dopisno glasovanje, a krajnji rok za njihovo podnošenje je **19. travnja 2019.** do 24:00 sata. Ako član ne podnese zahtjev za dopisno glasovanje, moći će glasovati isključivo elektroničkim putem.

Također, u tijeku je i isticanje kandidatura - ispunjeni obrazac za isticanje kandidature i kontrolna lista moraju se dostaviti SIP-u najkasnije do **28. travnja 2019.** do 24:00 sata, a SIP će na temelju pravovaljanih kandidatura sastaviti i objaviti listu kandidata do 3. svibnja 2019. do 24:00 sata.

HLK će članovima osigurati neposrednu tehničku pomoć u vezi elektroničkog glasovanja u svim izbornim jedinicama. Naime, na određenim mjestima, u pravilu u većim zdravstvenim ustanovama, osigurat će se koordinatori radi izdavanja PIN-a i aktivacije elektroničkih liječničkih iskaznica. Članovi će biti pravovremeno obaviješteni o točnom rasporedu koordinatora, odnosno o mjestima i njihovoj vremenskoj prisutnosti u svakoj pojedinoj izbornoj jedinici.

Samo glasovanje provodit će se od 20. svibnja 2019. od 00:00 sati do 26. svibnja 2019. do 24:00 sata.

Odluke Vijeća HLK-a, obvezatne upute SIP-a, propisani obrasci i druge obavijesti vezane za izborni postupak dostupne su na mrežnoj stranici HLK www.hlk.hr u rubrici pod nazivom: Izbori 2019., članovima se bitne obavijesti šalju putem newslettera, za sve informacije mogu se obratiti na e-mail adresu izbori@hlk.hr, a prigovore mogu podnijeti na e-mail adresu prigovor.izbori@hlk.hr.



SREDIŠNJE IZBORNO POVJERENSTVO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

Na temelju članka 6. stavka 3. podstavka 2. Pravilnika o izboru tijela Hrvatske liječničke komore od 9. veljače 2019., Središnje izborno povjerenstvo na 2. sjednici održanoj 7. ožujka 2019. donosi

OBVEZATNE UPUTE BROJ 1

O SADRŽAJU ZAHTJEVA ZA DOPISNO GLASOVANJE

1. Izbori za zastupnike u Skupštini Hrvatske liječničke komore, odnosno za članove županijskih povjerenstava Hrvatske liječničke komore, Povjerenstva Grada Zagreba i Povjerenstava MORH-a i HZZO-a te za predsjednika i zamjenika predsjednika Hrvatske liječničke komore provode se u pravilu elektroničkim putem.
2. Članu Hrvatske liječničke komore može se iznimno, na njegov zahtjev, omogućiti dopisno glasanje.
3. **Zahtjev za dopisno glasanje mora sadržavati:**
 - ime i prezime
 - osobni identifikacijski broj (OIB)
 - adresu za dostavu glasačkih materijala (ulica, kućni broj, mjesto, poštanski broj)
 - potpis.
4. Član svoj zahtjev za dopisno glasanje može dostaviti neposredno ili putem pošte Središnjem izbornom povjerenstvu na adresu Središnjeg ureda Hrvatske liječničke komore, Ulica Grge Tuškana 37, 10 000 Zagreb, s naznakom: „Za Središnje izborno povjerenstvo – ne otvarati“.
5. Zahtjev za dopisno glasanje mora biti zaprimljen u Središnjem izbornom povjerenstvu najkasnije 30 dana prije dana održavanja izbora.
6. Ako zahtjev za dopisno glasanje ne bude sadržavao sve podatke iz točke 3. ovih Obvezatnih uputa ili ako bude dostavljen nakon isteka roka iz točke 5. ovih Obvezatnih uputa, smatra se da će taj član glasovati elektroničkim putem.
7. Ove Obvezatne upute stupaju na snagu prvoga dana od dana objave na oglasnoj ploči Hrvatske liječničke komore.
8. Ove Obvezatne upute objavit će se i na službenoj mrežnoj stranici Hrvatske liječničke komore i u Liječničkim novinama.

KLASA: 013-05/19-01/01

Predsjednik

UBROJ: 385-03/01-19-01

Središnjeg izbornog povjerenstva prim.
Zdravko Dorosulić, dr.med.v.r.

Ove Obvezatne upute objavljene su na oglasnoj ploči Hrvatske liječničke komore 8. ožujka 2019.

Predsjednik

Središnjeg izbornog povjerenstva prim. Zdravko Dorosulić, dr.med.v.r.

Prof. dr. sc. MARIJANA BRAŠ

SVAKI BI LIJEČNIK TREBAO NAUČITI KAKO PRIOPĆITI LOŠU VIJEST

Psihijatrica i subspecijalistica psihoterapije, predstojnica Klinike za psihološku medicinu KBC-a Zagreb i profesorica na zagrebačkom Medicinskom fakultetu, gdje je i predstojnica Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET), ističe kako je psihijatrija od kada je ona diplomirala 1995. godine, doživjela značajne promjene, da je napredak medicinske znanosti i tehnologije omogućio bolje razumijevanje psihičkih bolesti te daiskusni psihijatri, baš kao i svi drugi specijalisti, vrlo brzo mogu utvrditi što je pacijentu i kako mu pomoći.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Rođena Osječanka, medicinu je studirala u Zagrebu, dvogodišnji pripravnički staž, za koji kaže da joj je itekako pomogao, završila je u Domu zdravlja Medveščak, nakon čega je specijalizaciju psihijatrije odradila u Osijeku. U tamošnjem KBC-u radila je sedam godina, a 2006. se vratila u Zagreb, na Kliniku za psihološku medicinu KBC-a Zagreb.

Kako biste opisali razvoj psihijatrije od kada ste diplomirali do danas?

U međuvremenu je psihijatrija u svijetu, pa i u Hrvatskoj, doživjela značajne promjene. Neslućeni razvoj medicinske znanosti i tehnologije (a osobito neuroznanosti i genetike) omogućili su da sve bolje razumijemo psihičke bolesti, odnosno biologiju psihičkih bolesti i poremećaja, ali i da istražujemo učinkovitost pojedinih psihoterapijskih tehnika. Zadnjih su godina posebno dojmljiva istraživanja iz područja

psihoneuroendokrinoimunologije (PNEI), koja su omogućila puno bolje razumijevanje između povezanosti uma i tijela pa se smatra da će upravo razumijevanje te međupovezanosti obilježiti medicinu 21. stoljeća. Zbog toga svjedočimo procvatu i psihosomatske medicine koja se posebno bavi utjecajem psihičkih čimbenika na nastanak i tijek raznih tjelesnih bolesti te pronalaženjem najboljih terapijskih tehnika za pomoć ovim bolesnicima. Taj mi je dio medicine u fokusu rada, a osobito rad s bolesnicima s kroničnim bolima i onkološkim bolestima. Psihosomatska medicina je u mnogim zemljama subspecijalizacija pa i samostalna specijalizacija, a onda se posebno unutar nje neki kolege specijaliziraju za psihoonkologiju, psihokardiologiju i sl. Na taj je način psihijatrija zaista postala integralan dio medicine. Možemo li uopće promatrati bilo kojeg bolesnika ako ne razumijemo utjecaj bioloških, psiholoških, socijalnih pa i duhovnih čimbenika, kao i konteksta u kojemu živi bolesnik i u kojem se bolest javlja? Mislim da ne možemo, i zato uvelike podržavam velik međunarodni pokret medicine usmjeren prema osobi, u kojem sudjeluju gotovo sva svjetska stručna



**“MISLIM DA JE
U HRVATSKOJ
JOŠ PREVELIK
JAZ IZMEĐU
PSIHIČKOGA I
TJELESNOGA I
DA SE JOŠ POSVE
NE RAZUMIJE
VAŽNOST
PSIHOLOŠKOGA U
MEDICINI.”**

društva i Svjetska zdravstvena organizacija, a u kojem sam i osobno vrlo aktivna od samog osnutka prije desetak godina. Vrlo je važno pratiti i suvremene spoznaje vezane uz psihoterapiju, kao i procese integracije na tom području, što nam je također omogućio napredak neuroznanosti. Ne trebam ni spominjati koliko je važno razvijati dječju i adolescentsku psihijatriju u svakoj zemlji. Posljednjih godina i znanstvenici i kliničari često naglašavaju koliko je prvih tisuću dana života ključno za razvoj čovjeka, što u velikoj mjeri podržava otkrića Sigismunda Freuda. U tih prvih tisuću dana stvaraju se važna emocionalna iskustva i odnosi koji će poslije značajno utjecati na život osobe. Posebno me očaravaju spoznaje te razvojne neuroznanosti, odnosno razumijevanje kada se u čovjeka „bude“ pojedini centri i neuronski krugovi i koja su važna kritična razdoblja našeg razvoja. Kada dijete postaje svjesno sebe, kada i kako svladava procese odvajanja od bitnih figura, kako se razvija osjećaj povjerenja i sigurnosti, osjećaj da je voljeno i da ono voli i sl. Ne zaboravimo koliko je

tu važan i dodir, jer malo dijete ne zna govoriti, ali „osjeća“ kožom, a posebno su me se dojmila otkrića koje proučava psihodermatologija. Općenito, medicina se potpuno vraća svojim temeljima, a to je holistički pristup. Bez toga nema dobre medicine!

■ Što kažete na tvrdnje da nema zdravlja bez duševnog zdravlja?

O duševnom zdravlju trebaju se brinuti svi liječnici, ne samo psihijatri, kako u prevenciji tako i u liječenju. Tek kad sami ne znaju nešto riješiti, pacijenta trebaju poslati specijalistu psihijatru. I to je ono što u Hrvatskoj trebamo mijenjati. Potrebno je pojačati edukaciju svih liječnika o duševnom zdravlju i psihičkim bolestima, jer liječnici obiteljske medicine i svih drugih struka mogu puno toga riješiti. Mislim da je u Hrvatskoj još prevelik jaz između psihičkoga i tjelesnoga i da se još posve ne razumije važnost psihološkoga u medicini. Mi nemamo psihosomatsku medicinu kao subspecijalizaciju ili specijali-

>>

zaciju, niti je tome posvećeno dovoljno pozornosti u medicinskoj edukaciji, od dodiplomskog studija do stalnog medicinskog usavršavanja. Višedesetljetna praksa u brojnim zemljama u svijetu pokazuje koliko je razumijevanje psihološkog važno u dijagnostici i terapiji u onkologiji, kardiologiji, ginekologiji, kod transplantacija, kronične boli, zapravo u cijeloj medicini. Zbog toga su psihijatri koji se bave psihosomatskom medicinom integralan i nezaobilazan dio medicinskih timova u brojnim područjima medicine, i time se bave većinu vremena ili cijelo svoje radno vrijeme.

► U fokusu interesa Vam je i psihoonkologija, što to podrazumijeva?

Posljednjih me petnaestak godina posebno zanima područje psihoonkologije koja je unutar psihosomatske medicine u brojnim zemljama posebna subspecijalizacija. Možda će biti slikovitije ako kažem da sam se između ostaloga educirala u onkološkoj bolnici Memorial Sloan Kattering u New Yorku gdje je na 500 onkoloških kreveta zaposleno skoro 100 psihijatarata i psihologa. Ili, na primjer, u Švicarskoj, gdje sam boravila u Loussani, i gdje je na jutarnjem kolegiju bilo oko 25 psihijatarata koji su zaposleni na klinici, a nakon toga bi polovica odlazila na razne somatske odjele za koje su se specijalizirali, a drugi ostajali na psihijatriji. Imala sam čast i sreću da sam boravila i promatrala organizaciju ovakvog rada i u drugim brojnim središtima, od čega me posebno očaralo ono što sam vidjela u Australiji, Njemačkoj, Velikoj Britaniji, Kanadi... Uglavnom, istraživanja i klinička praksa još su prije sto godina pokazale da oko 15 do 20 posto svih bolesnika na odjelima u općim bolnicama ima i psihičke pore-

mećaje, samo je pitanje prepoznamo li ih i znamo li ih liječiti te tko ih liječi. Do sada sam imala više od tisuću onkoloških bolesnika. Na KBC-u Zagreb radim s timom na koji sam jako ponosna. U radu dnevne bolnice za psihoonkologiju su, uz liječnike i medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, nutricionisti, radni terapeuti i drugi. Svi zajedno nastojimo putem tromjesečnih programa psihološki osnažiti onkološke bolesnike, liječiti prisutne psihičke poremećaje i pomoći im da rak ne bude glavna odrednica koja će ih obilježavati već da nastave što kvalitetnije dalje živjeti. Za mene je najveće umijeće prepoznati tko je od tih onkoloških bolesnika razvio pravi psihički poremećaj, na primjer depresiju, a tko od njih ima „normalnu“ psihološku reakciju na onkološku bolest, jer svi ovi bolesnici prolaze razna razdoblja

» Kada svi stalno ponavljamo crne i negativističke misli, to postaje trend, i posljedično se i sami loše osjećamo.«

u suočavanju sa svojim stanjem, a koja nisu uvijek psihička bolest. To je bitno da ne bismo sve proglasili psihički bolesnima, a s druge strane da ne propustimo liječiti prisutnu depresiju, koja značajno utječe na razne ishode. Zanimljivo je da je i sama depresija u velikoj mjeri psihosomatska bolest, jer uz psihičke simptome ima i niz tjelesnih, od kojih posebno naglašavam kroničnu bol. Zbog toga su i u središtima za bol u svijetu psihijatri i psiholozi obavezan dio tima, i imala sam također zadovoljstvo boraviti u više takvih središta i puno toga naučiti od najvećih svjetskih stručnjaka.

► Kako u Hrvatskoj stojimo s psihijatrima?

Stanje se u Hrvatskoj mijenja nabolje, imamo puno specijaliziranih psihijatrija i niz projekata iz duševnog zdravlja, ali zaista premalo psihijatarata i psihologa koji rade na tjelesnim odjelima. Osim toga, ovo nikako ne smije biti temeljeno na entuzijazmu ili poznavstvima među kolegama, već integrirano u sistematizacije radnih mjesta i uz utvrđenu edukaciju. Tu ne treba ništa previše novoga izmišljati, jer postoje velika iskustva iz svijeta. Ima nas dosta psihijatarata koji smo spremni za takav rad ili to već i radimo, ali mislim zaista da svi zajedno trebamo raditi na boljoj edukaciji o toj povezanosti duše i tijela. U posljednjih desetak godina bilo je mnogo zajedničkih edukacija psihijatarata i drugih specijalista.

► Koliko je u liječenju bitan odnos liječnika i pacijenta?

Na nekoliko međunarodnih škola o kroničnoj boli predajem o odnosu liječnika i pacijenta, medicinskom intervjuu ili psihičkim poremećajima koji prate

kroničnu bol. „Sve kreće iz odnosa. Danas vam brojni svjetski kongresi na kojima sam bila počinju s plenarnim predavanjem o odnosu liječnika i pacijenta, s time da danas puno znamo o neurobiologiji toga odnosa, što je toliko dojmrljiva tema da bi zahtijevala poseban intervju. Rekla bih ponovo da se vraćamo onomu što je govorio Hipokrat i oni i prije njega, jer je unatoč svoj visokoj tehnologiji odnos liječnika i pacijenta izrazito važan i o njemu mogu ovisiti i ishodi liječenja. Prije desetak godina na MEF-u Zagreb osnovan je na poticaj tadašnjeg dekana akademika Davora Miličića CEPAMET,

čiji je predstojnik do 2017. godine bio prof. dr. sc. Veljko Dorđević. U CEPAMET-u su pokrenute brojne edukacije vezane uz komunikacijske vještine, a prof. dr. sc. Nada Čikeš je sa skupinom entuzijasta pokrenula i provela velike promjene u edukaciji iz komunikacijskih vještina na diplomskom i poslijediplomskom studiju. To je između ostalog imalo za posljedicu da sada imamo longitudinalni šestogodišnji predmet „Temelj liječničkog umijeća“ koji se sastoji od učenja o kliničkim i komunikacijskim vještina, a za sve specijalizante na poslijediplomskim studijima predmet „Opće kompetencije liječnika specijalista“. Najljepše je što komunikacijske vještine podučava oko 230 nastavnika.

► Hrvatska je prošla rat, kakve su posljedice među braniteljskom populacijom?

Zemlje koje su prošle rat imaju značajno više osoba s psihičkim poremećajima od onih koje nisu imale rat i upravo zbog toga trebamo uložiti puno više pozornosti zaštititi i unaprijediti duševnog zdravlja, osobito zbog činjenice što je Hrvatska uz višegodišnji rat istovremeno prolazila i proces tranzicije. Pri tome je jako važna i uloga medija, koji često nameću negativne vijesti. Kada svi stalno ponavljamo crne i negativističke misli, to postaje trend, i posljedično se i sami loše osjećamo. Imamo prekrasnu zemlju, po meni jednu od najljepših na svijetu, i pitam se ne bi li bilo i manje iseljavanja mladih kada ne bi stalno bili preplavljeni negativističkim vijestima i podacima. Mislim da se općenito trebamo svi više pogledati iznutra. U tom kontekstu želim naglasiti da se i u medicini usmjerenoj prema osobi značajna pozornost pridaje duhovnim dimenzijama, koje

**Ponovno se vraćamo onom
što je govorio Hipokrat
i oni i prije njega, jer
je unatoč svoj visokoj
tehnologiji odnos liječnika
i pacijenta izrazito važan
i o njemu mogu ovisiti i
ishodi liječenja.**

**» U centrima za bol u svijetu
psihijatri i psiholozi su
obavezan dio tima. Imala sam
zadovoljstvo boraviti u više
takvih centara i puno toga
naučiti od najvećih svjetskih
eksperata. «**

ne treba miješati s religioznošću. Tko sam, što sam, kuda idem, koje su moje životne vrijednosti, koji je smisao života pa i smisao patnje, i što možemo naučiti i od svoje bolesti. Medicina usmjerena prema osobi stalno naglašava taj „četverolist“ – biološko, psihološko, socijalno i duhovno, a mi još uvijek stalno spominjemo Engelov biopsihosocijalni model iz sedamdesetih, tako da treba dosta uložiti u edukaciju zdravstvenih profesionalaca na tom području. Kada mi, na primjer, dođe osoba koja boluje od depresije, ne smijem je nikada promatrati kao dijagnozu, već razumjeti koji su sve uzroci doveli do tog poremećaja i koje će terapijske intervencije sukladno tome najbolje pomoći. Puno sam naučila u pokretu medicine usmjerene prema osobi, jer sam imala priliku posljednjih desetak godina učiti od vodećih svjetskih stručnjaka ne samo o najsuvremenijim spoznajama iz psihijatrije, već iz svih dijelova medicine. Zadovoljna sam što sam s nekoliko poglavlja i osobno sudjelovala u izdanju knjige o psihijatriji usmjerenoj prema osobi u Springerovom izdanju. Isto tako, možemo biti ponosni da su od šest svjetskih kongresa ovog pokreta dva održana u Hrvatskoj, prvi i peti, te da su rezultat dvije Zagrebačke deklaracije koje se citiraju širom svijeta, jedna o edukaciji profesionalaca, a druga o onkologiji. Sigurna sam da još puno naših kolega u Hrvatskoj o tome nije dovoljno informirano.

► Što je s PTSP-om kao posljedicom sudjelovanja u Domovinskom ratu?

PTSP je iznimno ozbiljno javnozdravstveno pitanje kojim su se među liječnicima do sada uglavnom bavili psihijatri i podnijeli golem teret skrbi o oboljelima od početka rata sve do danas. Međutim, kronični PTSP je itekako povezan i s tjelesnim zdravljem, a da i ne govorimo o sekundarnoj traumatizaciji i transgeneracijskom prijenosu traume. Dobro je da su u tijeku preventivni sistematski pregledi braniteljske populacije, iako su po meni počeli prekasno, ali bolje ikad nego nikad. Dobro je što je počeo s radom Dom hrvatskih veterana u Lipiku i što je u izgradnji još nekoliko središta. Zalažem se za izradu Nacionalne strategije zdravlja braniteljske populacije, ali i bolje edukacije svih koji rade s oboljelima o međupovezanosti PTSP-a i tjelesnih bolesti te najboljim terapijskim opcijama i kvalitetnoj komunikaciji. Istovremeno ta populacija ni po čemu ne smije biti getoizirana i zato se ne slažem s osnivanjem posebnih veteranskih bolnica.

»»

■ S prof. V. Đorđevićem izdali ste knjigu o palijativnoj medicini.

Sretna sam što se bavim i palijativnom medicinom jer psihijatri kao i drugi članovi tima mogu puno pomoći i oboljelom i članovima obitelji. Osim toga, volim raditi u multidisciplinarnom timu i pratiti dostignuća medicine i na ovom teškom području. Palijativna medicina počinje od dijagnoze neizlječive bolesti sa smrtonosnim ishodom i ne smije je se miješati s medicinom na kraju života, koja je samo njezin dio. Cilj joj je nadzor nad brojnim simptomima i psihosocijalna podrška oboljelomu i obitelji. Stručnjaci koji se njome bave moraju puno znati jer im dolaze pacijenti s bolestima iz svih područja medicine i zato se divim znanju specijalista palijativne medicine iz svijeta s kojima surađujem. U tom području Hrvatska je u nekoliko posljednjih godina napravila velike korake pa danas imamo oko 350 palijativnih postelja i preko 50 mobilnih timova ugovorenih s HZZO-om. No, još uvijek nemamo specijalizaciju niti subspecijalizaciju iz palijative, niti je jasno utvrđeno koji liječnik može za sebe reći da je educiran na specijalističkoj razini iz ovog područja.

S kolegom psihijatrom prof. dr. sc. Veljkom Đorđevićem izdala sam knjigu

Zalažem se za izradu NACIONALNE STRATEGIJE ZDRAVLJA BRANITELJSKE POPULACIJE, ali i bolju edukaciju svih koji rade s oboljelima, međupovezanosti PTSP-a i tjelesnih bolesti te najboljim terapijskim opcijama i kvalitetnoj komunikaciji. Ta populacija ne smije biti getoizirana i zato se ne slažem s osnivanjem posebnih veteranskih bolnica.

“Služiti čovjeku – putokaz humanosti u medicini” koja je nastala kao zajednički plod učenja i rasta nekoliko tisuća zdravstvenih profesionalaca, članova nevladinih udruga i bolesnika koji su tragali za odgovorom na pitanje što zapravo znači medicinsko umijeće (ars medica), kako u preventivnoj i kurativnoj, tako i u palijativnoj medicini. U knjizi je naglasak na odnosu čovjeka i čovjeka u medicini, u kojem treba negovati empatiju, nadu, povjerenje, služenje i čovječnost. U knjizi su na skoro 600 stranica sadržana iskustva zdravstvenih profesionalaca, liječnika i medicinskih sestara, duhovnika, ljekarnika i psihologa koji u svom svakodnevnom poslu skrbe o bolesnicima s različitim teškim bolestima. Knjiga opisuje njihove osobne doživljaje, na primjer kako se osjeća liječnik koji 30 godina radi s bolesnicima od neizlječivih bolesti, kako se osjeća medicinska sestra koja je u nekoj bolnici skoro cijeli radni vijek ili tek na početku, a uglavnom okružena ljudima koji odlaze. U knjizi su opisana i iskustva 20 bolesnika kojima je bolest bila učiteljica života. Opisano je i 25 ustanova i udruga koje su primjer dobre prakse razvoja palijativne medicine u Hrvatskoj. Bolesnom čovjeku treba pristupiti kao osobi, a ne kao dijagnozi, uvažavajući biološke, psihološke, socijalne i duhovne čimbenike koji sudjeluju u zdravlju i bolesti te razumijevajući kontekst u kojemu se neka bolest javlja. Imali su, kažu, sreću biti učiteljima ne samo studentima medicine nego i stotinama zdravstvenih profesionalaca i volontera koji su željeli razvijati svoje kompetencije, a osobito u pristupu bolesnicima s teškim i neizlječivim bolestima. Za knjigu smo izabrali oko 200 priča, koje pokazuju koliko u Hrvatskoj ima empatičnih, kvalitetnih i dobro educiranih profesionalaca koji sebe nesebično daju u brizi za potrebite, ali su i svojevrsan “urlik” struke koja traži da se još bolje i kvalitetnije razvije taj – palijativni dio medicine.

MEDICINA USMJERENA PREMA OSOBI STALNO NAGLAŠAVA TAJ „ČETVEROLIST“ – BIOLOŠKO, PSIHOLOŠKO, SOCIJALNO I DUHOVNO, A MI JOŠ UVIJEK STALNO SPOMINJEMO ENGELOV BIOPSIHOSOCIJALNI MODEL IZ SEDAMDESETIH, TAKO DA TREBA DOSTA ULOŽITI U EDUKACIJU ZDRAVSTVENIH PROFESIONALACA NA TOM PODRUČJU.

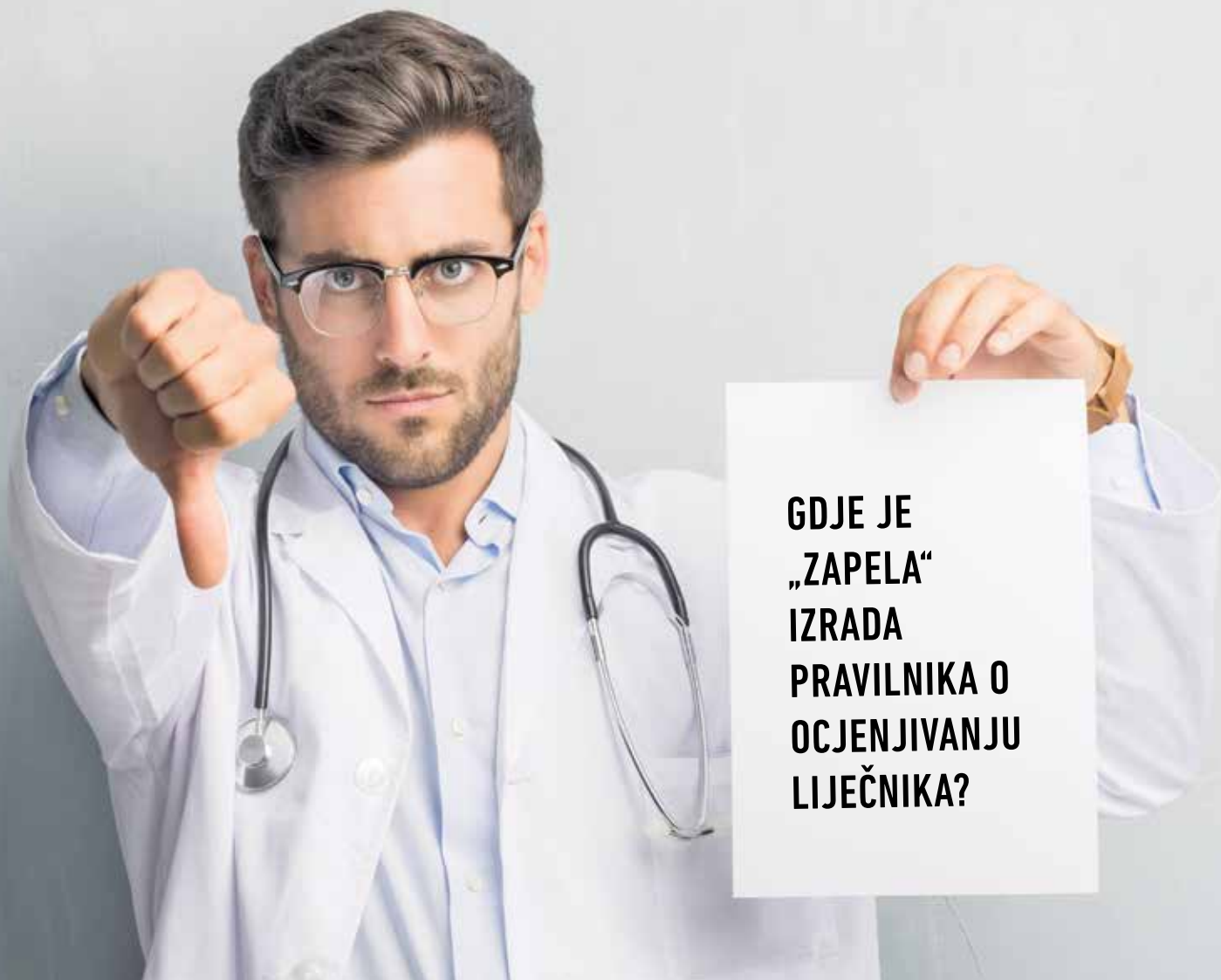
> KAKO SE RIJEŠITI URAVNILOVKE U ODREĐIVANJU LIJEČNIČKIH PLAĆA?

✍ Pripremila: SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Malokoja struka kao liječnička ima svoje utvrđene protokole i postupke na koji način pristupati pacijentu s određenom dijagnozom, kako zadovoljiti tri latinske riječi na kojima počiva liječnički poziv - curam, curate, auscultate ili, u prijevodu, brinuti, liječiti, slušati.

Iupravo zbog tih brojnih postupaka i protokola, svojevrsnoga reda utvrđenog poput stroge vojne hijerarhije zemlje u ratu, nameće se pitanje kako su se slični protokoli i postupci u Hrvatskoj izgubili kada je riječ o radno-pravnom statusu liječnika koji već godinama nemaju svoj strukovni ugovor, ne sudjeluju u pregovorima o svojim plaćama, a važeći dokumenti po kojima im se izračunava plaća najsličniji su uravnilovki koja je, kako joj i sama definicija kaže, podjednaka raspodjela proizvedenih dobara ili ostvarenoga dohotka među sudionicima proizvodnje, bez obzira na njihov individualni prinos ili položaj i odgovornost za postignute rezultate. Uravnilovku su početkom 20. stoljeća zagovarali radi-

kalni socijalisti kao ispunjenje apsolutne pravde, no kroz vrijeme je pokazala negativne efekte kao što su gubitak motivacije, gušenje inicijative, inovacije i stjecanja znanja, a kao važnih činitelja društvenoga razvoja. Upravo je ovo potonje postalo svakodnevna jadikovka hrvatskih liječnika koji za sada, u utakmici sa zdravstvenom administracijom, gube na domaćem terenu s kojega svakodnevno zbog izdašnjijeg transfera, u inozemstvo odlaze mladi, ali sada već i iskusni liječnici. Kažu, ne smeta ih toliko ni visina plaće već upravo to neprepoznavanje kvalitete rada, izvrsnosti, osobnog angažmana i znanja. Liječnici u Hrvatskoj, mišljenja su brojni kritičari, ali sve više i oni dobronamjerni, imat će sve manje budućnosti ako se ne razbije upravo ta uravnilovka i ako se što prije ne uvede vred-



GDJE JE „ZAPELA“ IZRADA PRAVILNIKA O OCJENJIVANJU LIJEČNIKA?

novanje po osobnom učinku i kvaliteti, a izvrsnost ne postane prednost, a ne mana. U protivnom, u današnjem integralnom svijetu za Hrvatsku otvorenih granica, neminovno će uslijediti još masovnije iseljavanje liječnika, a rezervnu klupu na domaćem terenu neće imati tko popuniti.

Radna skupina za izradu Pravilnika o ocjenjivanju liječnika za sada „radi u tišini“

A kako urediti nagrađivanje liječnika, za što je po novom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Ministarstvo zdravstva prije tri mjeseca osnovalo radnu skupinu, koja do danas „radi u tišini“. Kako vrednovati rad liječnika koji se mjeri obavljenim DTP-ovima (dijagnostičko terapijskim postupcima) na

temelju kojih se fakture ispostavljaju HZZO-u?

Liječnici ističu da vrednovanje njihova rada po sadašnjim DTP-ovima nije realno jer se jednako ocjenjuje komplicirana dugotrajna operacija i one kraće, rutinske. Neki se liječnici ubijaju od posla, dok drugi rade manje. Može li neki novi Pravilnik o ocjenjivanju, o kojem će ovisiti plaća pojedinog liječnika, urediti ta pitanja, odnosno utvrditi postupak što se i kako ocjenjuje?

Dakle, logično bi bilo da se sustav ocjenjivanja utvrdi prema složenosti zahvata i njihovu broju. Međutim, u razgovoru s liječnicima o toj temi iskristaliziralo se i sljedeće pitanje: kako ocijeniti liječnike čiji raspored

rada ovisi o uputi voditelja, slobodnim radilištima i, na koncu, broju pacijenata? To potkrepljuju primjerom iz jedne zagrebačke bolnice, a stanje je slično u mnogima gdje rade vrhunski plastični kirurzi koji zbog nedovoljnog broja operacijskih sala danima čekaju da operiraju svoje pacijente. U tako deficitarnim prostornim uvjetima naravno da je operacija životno ugroženog pacijenta s moždanim udarom, ili infarktom, u prednosti pred operacijom nosnog septuma ili očnog kapka. Upravo zbog toga mnogi liječnici ističu kako bi operacijske dvorane i ostala radilišta u bolnicama trebala biti otvorena i poslije 16 sati. Na taj način liječnici ne bi čekali da im se oslobodi radilište, imali bi bolji učinak, a smanjile bi se i liste čekanja.

Posebno su složene prilike kod obiteljskih liječnika koncesionara jer im je HZZO limitirao broj DTP-a koje će im platiti. To znači da zbog povećanja broja pacijenata, a što je sve češći slučaj zbog manjka liječnika u PZZ-u, liječnicima nakon dosegnutog limita HZZO neće platiti niti jedan DTP, ma koliko ih imali.

Nužno je utvrditi normative rada, kontrolu učinka i ishode liječenja

Zbog svega toga trebalo bi, prije uspostave kriterija za ocjenjivanje liječnika, a pri čemu glavni kriterij mora biti kvaliteta rada i ishodi liječenja, po objektivnim kriterijima utvrditi normative rada i kontrolu učinka. To bi značilo ući u borbu s uravnilovkom i pokrenuti mehanizme stimuliranja, ali i destimuliranja za one koji - ne zbog objektivnih razloga kao do sada, već osobnih - ne ispune svoje radne zadatke.

Drugi je problem koji muči hrvatske liječnike što za njih nema strukovnoga kolektivnog ugovora. Naime, središnom ožujka Vlada RH je produljila

primjenu Kolektivnog ugovora za zdravstvo i zdravstveno osiguranje do 31. srpnja jer, kako je obrazložio ministar zdravstva Milan Kujundžić, još nisu stvorene zakonske pretpostavke kojima bi i Hrvatski liječnički sindikat (HLS) ostvario reprezentativnost za pregovore i sudjelovao u pregovaračkom odboru sindikata. Sadašnji KU za sve djelatnike u zdravstvu zaključen je na godinu dana kako bi se u tom razdoblju stvorile zakonske pretpostavke da i HLS ostvari reprezentativnost za pregovore. Pravo na izravno pregovaranje HLS nema još od 2012. kada je izbačen iz Zakona o reprezentativnosti - koji je donesen za vrijeme Vlade Zorana Milanovića dok je ministar rada bio dr. Mirando Mrsić. HLS je pravo pregovora o Kolektivnom ugovoru izgubio jer nema 20 posto članova od ukupnog broja sindikalno organiziranih radnika u zdravstvu. Tih je radnika oko 80 tisuća, pa čak kada bi se gotovo svi liječnici uključili u HLS, teško bi ispunili tu odredbu.

Nakon višegodišnje upornosti, ponajviše HLK-a i HLS-a, izgleda da

su se stvari pokrenule s mrtve točke te je početkom ožujka Ministarstvo rada i mirovinskog sustava u javno savjetovanje uputilo Obrazac prethodne procjene za Nacrt prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o reprezentativnosti udruga poslodavaca i sindikata, s ciljem, kako je navedeno, da se novo zakonsko rješenje krene primjenjivati od jeseni ove godine. Prevedeno to znači da je i ova godina što se uređivanja liječničkih plaća i ostalih materijalnih prava tiče, otišla nepovratno.

Praksa utvrđivanja liječničke plaće i nagrađivanja u zemljama EU-a

Po podacima koje je prikupilo Povjerenstvo za međunarodnu suradnju HLK-a, različiti su oblici pregovaranja o plaćama kao i o dodatnom nagrađivanju liječnika u europskim državama. Negdje je kao i u Hrvatskoj sve u rukama zdravstvene administracije, no u nekima su se liječnici ipak izborili za nagrađivanje.

U **Velikoj Britaniji** o plaćama liječnika u javnom zdravstvenom



Važeći dokumenti po kojima se hrvatskim liječnicima izračunava plaća najbližnji su uravnilovki koja je, kako joj i sama definicija kaže, podjednaka raspodjela proizvedenih dobara ili ostvarenoga dohotka među sudionicima proizvodnje bez obzira na njihov individualni prinos ili položaj i odgovornost za postignute rezultate.

sustavu i kriterijima za njihovo utvrđivanje pregovaraju BMA, institucija koja okuplja liječnike i ima slične ovlasti kao i Hrvatska liječnička komora, nadležni zdravstveni fond (NHS) i ministarstvo zdravstva.

Iznimka su liječnici opće prakse, koji imaju ugovor s Vladom koji osigurava sredstva za njihovu praksu po pacijentu. U britanskom sustavu postoje i utvrđene nagrade za postizanje „iznadprosječnih rezultata“. Namijenjene su liječnicima seniorima (konzultantima) koji su pridonijeli unapređenju sigurnosti i izvršenju zdravstvenih usluga koje određuje NHS. Riječ je o 12 razina nagrade za kliničku izvrsnost na nacionalnoj i lokalnoj razini. Lokalne su od 1 do 9, a nacionalne od 9 do 12, a godišnje se kreću u rasponu od 3.000 do 77,550 funti. O nagradama odlučuju poslodavci na lokalnoj razini ili Savjetodavni odbor za (nacionalne)

KAKO OCIJENITI LIJEČNIKE ČIJI RASPORED RADA OVISI O UPUTI VODITELJA, SLOBODNIM RADILIŠTIMA I, NA KONCU, BROJU PACIJENATA?

nagrade za kliničku izvrsnost (ACCEA). Podnositelji zahtjeva prezentiraju dokaze, a ocjenjuje ih se u pet kategorija – izvršenje, razvijanje visokokvalitetne usluge, vođenje i upravljanje tom uslugom, istraživanje i inovacije te poučavanje i obučavanje. To se vrednuje svakih pet godina i samo manji broj prijavljenih nagradu ne ostvari. Po dostupnim podacima iz 2016. u Engleskoj i Welsu odobreno je gotovo 28.000 lokalnih ili nacionalnih nagrada za što je izdvojeno više od 300 milijuna funti.

U **Njemačkoj** o plaćama liječnika u bolničkom sektoru računa vodi i njihova prava zastupa liječnički savez Marburger Bund. s bolničkim organizacijama od javnih, privatnih i sveučilišnih. Dok u privatnoj praksi ne postoji dodatak na plaću, u bolnicama više rangirani liječnici to mogu dogovoriti s poslodavcem. Dodatak se obično temelji na broju operacija. Njemački liječnički savez izrazio je zabrinutost zbog takvog dogovora smatrajući da bi se moglo dogoditi da ekonomski ciljevi prevagnu, odnosno da bi ostvarivanje dodatka na plaću moglo prevagnuti nad stvarnim potrebama pacijenata.

Liječnici u **Grčkoj** podijeljeni su u tri kategorije - liječnici punog i ekskluzivnog zaposlenja u javnom sektoru, oni koji rade isključivo kao samozaposleni (privatna praksa) i plaćeni liječnici koji rade kao freelanceri i uz to mogu raditi i u vlastitoj praksi. U kategoriji liječnika u javnom sektoru su liječnici u bolnicama čije plaće jednostrano određuje država po posebno utvrđenoj osnovici za plaće. Imaju i naknadu za obavljanje prekovremenih poslova na temelju programa poziva u bolnici. U takvim uvjetima jednakih mogućnosti za sve, nema velike razlike u plaćama. Za tu kategoriju uvedena je dodatna naknada za takozvane „popodne redovne ambulate“. To znači da pacijent ima mogućnost odabrati bolničkog liječnika, te sam snosi troškove naknade čiji najveći dio zadržava bolnica.

Samozaposleni liječnici održavaju privatnu praksu (liječničke ordinacije) i laboratorije i plaćaju ih pacijenti prema slučaju, na temelju računa koji jednostrano određuje liječnik sam. Iznos medicinskih naknada nije definiran tržišnom odredbom, niti je rezultat općih pregovora. Pojedini imaju ugovor s nacionalnim zdravstvenim fondom i obavljaju uslugu po njegovim cijenama koje utvrđuje Vlada.

Treća kategorija uključuje vojne doktore i sveučilišne medicinske profesore koji mogu odrađivati paralelne samostalne djelatnosti i privatnu praksu, primajući naknade izravno od svog pacijenta.

Slijedom toga je autonomija liječnika u Grčkoj ograničena i ovisi o raznim vladinim opcijama.

Na **Malti** liječnici rade u tzv. sesijama, u bloku od po četiri sata, a za koje je točno utvrđeno što je sve liječnik dužan obaviti, koliko postupaka ili tzv. slotova. Sve to planiraju i određuju uprave. Broj operacija koje se tjedno izvode

OPERACIJSKE DVORANE I OSTALA RADILIŠTA U BOLNICAMA TREBALA BI BITI OTVORENA I POSLIJE 16 SATI. NA TAJ NAČIN LIJEČNICI NE BI ČEKALI DA IM SE OSLOBODI RADILIŠTE, POSTIGLI BI BOLJI UČINAK, A SMANJILE BI SE I LISTE ČEKANJA.

utvrđen je po „hernijskom ekvivalentu“. Takav izračun utemeljen je na međunarodnoj klasifikaciji kirurškog zahvata koju osiguravajuća društva koriste za plaćanja. Uprava mora isplanirati program za svaki odjel i kontrolirati izlazne rezultate, a liječnici za učinjeno dobivaju plaću. Svi liječnici o svojoj plaći pregovaraju individualno svake godine i. ako su postigli bolje rezultate od planiranih, mogu postići i bolji ugovor. Ako pak neki liječnik ne uspije postići zadane brojke, ta se sesija neće obnoviti sljedeće godine. Ostaje mu mogućnost da kroz arbitražni odbor uloži žalbu na odluku uprave. Valja napomenuti da je s tim sustavom, odnosno organizacijom i vrednovanjem, Malta uspjela preokrenuti trend i od zemlje iz koje liječnici odlaze i uspostaviti stabilan sustav u koji sada dolaze raditi i liječnici iz inozemstva.

Liječnici u **Estoniji** nisu državni službenici. Estonska liječnička asocijacija pregovara o plaćanju minimalnog radnog vremena s udruhom estonskih bolnica u kojoj sudjeluje predstavnik javnog zdravstvenog osiguranja. Rezultat pregovaranja uzima se u obzir kod određivanja cijena zdravstvenih usluga. Nakon

utvrđivanja minimalne plaće, ostali iznosi ovise o poslodavcu (lokalno pregovaranje).

Liječnici u **Italiji** imaju nacionalni kolektivni ugovor, ali i pravilnik o ocjenjivanju. Svake godine načelnik odjela dodjeljuje liječnicima ocjenu od 0 do 5 vezanu uz stručno obrazovanje i razvoj, timski rad i profesionalne vještine. Ako liječnik postigne najmanje 4 boda u svakoj kategoriji, dobiva dodatan iznos plaće, koji se naziva „plaća rezultata“.

U **Irskoj** liječnici za svoje plaće pregovaraju kroz Kolektivni ugovor. Nema dodatka na plaću temeljem ocjenjivanja, a tako je i u Portugalu.

Iako su se liječnici u **Sloveniji** kroz svoj sindikat FIDES još početkom 90-ih izborili za samostalnost u pregovaranju s Vladom o svom statusu i plaćama, to se u praksi nije poštivalo pa im se plaće utvrđuju po platnim razredima koji vrijede za državne službenike i namještenike. Nezadovoljni time štrajkali su prije nešto više od dvije godine. Prije mjesec dana aktualizirali su svoje zahtjeve i ako se stanje ne promijeni, za svibanj su najavili generalni štrajk. Glavni su im zahtjevi objektivno

utvrđivanje liječničkih normi i standarda te izdvajanje liječničkih plaća iz sustava plaća za državne službenike, primjerice političare, direktore javnih institucija koji su po tim platnim razredima razvrstani iznad njih. Taj sistem, kažu, ne daje poslodavcima mogućnost za nagrađivanje učinkovitosti i kvalitetnog rada. Zbog stanja u zdravstvu su u zadnje dvije godine dva slovenska ministra zdravstva dala ostavke. Novi, tek instalirani ministar Aleš Šebeder ovih dana razgovorima pokušava riješiti problem s otkazima koje su zbog prevelikog broja pacijenata najavili liječnici u nekoliko domova zdravlja, zbog čega bi potencijalno bez osobnog liječnika moglo ostati oko 40 tisuća ljudi. Slično kao i u Hrvatskoj, liječnici u PZZ-u protive se utvrđenom broju pacijenata s obrazloženjem da im se drastično skraćuje vremenska norma za pregled pacijenata koja sada iznosi između 7 do 8 minuta. Liječnici u **Austriji** plaćeni su po satnici. Imaju utvrđen raspored i točno znaju što i kada rade.

Prof. dr. sc. **Tomislav Mihaljević**, koji je na čelu Cleveland klinike u SAD-u, kaže da se učinkovitost njihovih liječnika mjeri svake godine u više segmenata - kvaliteti usluge, produktivnosti, uslužnosti prema pacijentima, kvaliteti edukacije specijaliziranih i studenata, akademskom radu te doprinosu organizaciji u ostalim djelatnostima (administracija i sl.). Evaluacija se obavlja za svakog liječnika svake godine (annual performance review). Svi su liječnici na jednogodišnjem ugovoru, bez iznimke.

Posebno je složeno stanje obiteljskih liječnika koncesionara kojima je HZZO limitirao broj plaćenih DTP-a. To znači da tim liječnicima kod povećanja broja pacijenata, a što je sve češći slučaj zbog manjka liječnika u PZZ-u, nakon dosegnutog limita HZZO neće platiti niti jedan DTP, ma koliko ih odradili.

Glavni naglasci s

1. KONGRESA KOKOZ-a i

3. HRVATSKOG KONGRESA

MEDICINSKOG PRAVA

Hrvatska liječnička komora i Pravni fakultet u Splitu u organizirali su od 22. do 24. ožujka u Rapcu 1. Kongres KOKOZ-a (Koordinacija komora u zdravstvu) i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, na kojima su održana brojna predavanja, okrugli stol i rasprave o temama posvećenima zakonskoj regulativi čitavoga zdravstvenog sustava i statusa zdravstvenih djelatnika, a sve radi ostvarivanja funkcionalnijeg zdravstvenog sustava i prava na zdravstvenu zaštitu svih hrvatskih građana.

Otvarajući kongrese, prvi dopredsjednik/v.d. predsjednika dr. sc. **Krešimir Luetić** istaknuo je da HLK

ulaže velike napore u osnaživanju položaja liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika te općenito u jasnijem artikuliranju stavova struke o svim važnim pitanjima u zdravstvu. U svjetlu činjenice da djelatnici okupljeni u KOKOZ-u rade u istom zdravstvenom sustavu sa sličnim organizacijskim, stručnim i pravnim problemima s kojima se susreću svakodnevno, sinkroni kongres KOKOZ-a i medicinskog prava predstavlja iskorak u izgradnji boljeg i funkcionalnijega zdravstvenog sustava, rekao je dr. Luetić, posebno ističući potporu Ministarstva znanosti i obrazovanja i Ministarstva zdravstva kao dva ključna

resora u izradi zakonskih akata i pravilnika za bolje funkcioniranje zdravstvenog sustava.

Liječnici i drugi djelatnici u zdravstvenom sustavu često rade u vrlo teškim uvjetima i preko svih standarda i normativa, a sve zato da pruže i osiguraju što bolju zdravstvenu zaštitu svim hrvatskim građanima, istakao je dr. Luetić, uz nadu da će okupljanje komora pridonijeti da se počnu rješavati problemi hrvatskog zdravstva koje je u financijskoj, kadrovskoj, infrastrukturnoj i organizacijskoj krizi.

Rektor splitskog sveučilišta prof. **Dragan Ljutić** drži vrlo pozitivnim okupljanje zdravstvenih djelatnika, ocijenivši kako



jedni bez drugih ne mogu i da se samo sinergijom svih i u kvalitetnim razgovorima može doći do napretka.

Dekan pravnog fakulteta u Splitu, koji je uz HLK suorganizator 3. Međunarodnog hrvatskog kongresa medicinskog prava, izv. prof. **Mirko Klarić**, ocijenio je da je Kongres izrazito poticajan instrument za prožimanje pravne i medicinske znanosti koji je podloga za posve novu dimenziju interdisciplinarnosti i suradnje.

U ime Ministarstva zdravstva je državni tajnik prim. dr. **Željko Plazonić** istaknuo da su komore bitni kreatori zdravstvenog sustava, ali i dodao da u svemu moraju biti uključeni građani i pacijenti, čije prijedloge treba slušati. Samo dobrim razumijevanjem njihovih potreba možemo zajednički kreirati dobre mjere, poručio je.

U ime hrvatske predsjednice Kolinde Grabar Kitarović skup je pozdravio general **Boris Zdilar**. Rabac je danas važno mjesto jer nije lako na jednom mjestu okupiti predstavnike svih zdravstvenih struka. Upravo ta sinergija može donijeti rješenja, rekao je i prenio stav hrvatske predsjednice koja visoko cijeni zdravstvene djelatnike i smatra ih stupom hrvatske države.

Na dnevnom redu Kongresa bile su teme o izazovima u provedbi novih zakona iz područja zdravstvene zaštite, pravima i obvezama pacijenata u zdravstvenom sustavu, odgovornosti ustanova i liječnika za stručnu pogrešku, o cjeloživotnom obrazovanju zdravstvenih radnika, implementaciji *task shiftinga* (prijenosu znanja i kompetencija) u medicini i priznavanju inozemnih kvalifikacija. Bilo je riječi i o razlici između medicin-



ske komplikacije i pogreške, o čemu su izlagali pravni stručnjaci, a razgovaralo se i o primjeni uredbe GDPR, pravnoj zaštiti liječnika i djelatnika u zdravstvu, kao i o brojnim drugim aktualnim temama u vezi s medicinskim pravom.

Sudac Vrhovnog suda **Marin Mrčela**, koji je s izvanrednim profesorom osječkog Pravnog fakulteta Igorom Vuletićem napisao knjigu „Liječnik i kazneno pravo“, održao je predavanje o kaznenom djelu nesavjesnog liječenja. To je kazneno djelo značajno jer se njime štiti zdravlje bolesnika od nestručnih zahvata, ali istodobno i prijeporno, zato što postojanje opasnosti od kaznenog progona može utjecati na pojave poput defenzivne medicine pa tako posebno može izazvati opasnost za zdravlje pacijenta.

Medicinsko pravo moramo uvrstiti u pravni sustav jer je to uvjet bez kojega se ne može, rekao je pravni stručnjak dr. sc. **Branko Brkić** u izlaganju o pravu pacijenta na suodlučivanje. Odvjetnik **Josip Mađarić** govorio je o odgovornosti liječnika i zdravstvenih ustanova za liječničku pogrešku s komparativnim prikazom u SAD-u i Hrvatskoj.

Pod naslovom „Kućni red stacionarnih zdravstvenih ustanova – prava i obveze pacijenata“ iznio je prof. dr. sc. **Jozo Čizmić** niz propisa o kućnom redu koji su autonomni za svaku zdravstvenu ustanovu. Tim se pravilnicima propisuju razne sigurnosne mjere za zaštitu osoblja i imovine u vidu zabrana, naloga i ishođenja dozvola. S tim je u vezi upozorio na nelogičnost da Zakon o zaštiti prava pacijenata ne sadrži izrijekom odredbe o obvezama i odgovornostima, dok ih pravilnici o kućnom redu sadrže, štoviše propisuju i sankcije za njihovo nepridržavanje. Možda bi se i na taj način mogao smanjiti rizik za nasilje nad liječnicima i drugim medicinskim osobljem. Na skupu je u raspravama o liječničkoj tajni iznesen i podatak da zakonske odredbe

U PREDAVANJIMA I RASPRAVAMA O LIJEČNIČKOJ TAJNI
IZNESEN JE I PODATAK DA ZAKONSKE ODREDBE NE PRIJEČE
PACIJENTU JAVNO IZNOŠENJE PODATAKA O POSTUPKU
SVOG LIJEČENJA, DOK JE S DRUGE STRANE TO LIJEČNICIMA
ZABRANJENO, OSIM KAD ZA TO IMAJU PACIJENTOVU
PRETHODNO PRIBAVLJENU PISANU DOZVOLU.



ZDRAVSTVENI
DJELATNICI JEDNI
BEZ DRUGIH NE
MOGU I NAPREDAK
SE MOŽE POSTIĆI
SAMO ZAJEDNIŠTVOM
I KVALITETNIM
RAZGOVORIMA S
PREDSTAVNICIMA
ZDRAVSTVENE
ADMINISTRACIJE

ne priječe pacijentu da javno iznosi podatke o postupku svog liječenja, dok je s druge strane to liječnicima zabranjeno, osim kad za to imaju prethodno pribavljenu pacijentovu pisanu dozvolu. Predavanja su bila posvećena i zakonskim odredbama o zaštiti osobnih podataka pacijenata u novim uvjetima uredbe GDBR, prisili prema zdravstvenom radniku kao i kaznoj odgovornosti medicinskih sestara. Sudac **Ivica Veselić** održao je predavanje o disciplinskim postupcima pred tijelima HLK-a i zastupanju pred časnim sudom HLK-a. Naveo je da je na hrvat-

skim sudovima malo predmeta protiv liječnika, što se po brojnim objavama u medijima ne bi moglo zaključiti. Predsjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb Hrvatskog sabora dr. sc. **Ines Strenja** govorila je o zakonodavnoj proceduri u teoriji i praksi, naglasivši kako je za vrijeme zastupničkog mandata predložila Saboru donošenje dva zakonska prijedloga, no da, nažalost, nisu prihvaćeni. Naime, prvi zakonski prijedlog bio u vezi s napadima na liječnike, odnosno da se to tretira kao kazneno djelo, a drugi, koji je još uvijek na dnevnom redu, je prijedlog

da se izmjeni Zakon o reprezentativnosti prema kojemu bi Hrvatski liječnički sindikat kao nositelj djelatnosti postao reprezentativan i mogao pregovarati s Vladom o Kolektivnom ugovoru. Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a prof. dr. **Lada Zibar** održala je predavanje o etičkim problemima u darovanju organa nakon cirkulacijske smrti, zamisli koju bi za budućnost trebali predvidjeti pravni i etički propisi. Predavanje „*Task shifting* – prenošenje ovlasti unutar zdravstvenog sustava“ održao je prof. dr. sc. **Goran Hauser** koji





je tu temu u zajedničkom radu obradio s prof. dr. sc. **Alanom Šustićem**. *Task shifting* je proces u kojem se specifične zadaće premještaju, kada je to prikladno na zdravstvene djelatnike koji imaju kraće obrazovanje i manje kvalifikacije, ali koje su još uvijek dovoljne da usluga za pacijenta prikladno objavi, rekao je prof. Hauser, zalažući se za taj pristup koji bi pridonio boljoj organizaciji, smanjivanju troškova te većim plaćama i liječnika i medicinskih sestara.

> Izlaganja predstavnika komora

Uz organizatore Pravni fakultet u Splitu i HLK, suorganizatori Kongresa bili su **Hrvatska komora dentalne medicine**, **Hrvatska ljekarnička komora**, **Hrvatska komora medicinskih sestara**, **Hrvatska komora primalja**, **Hrvatska komora fizioterapeuta**, **Hrvatska komora medicinskih biokemičara** i **Hrvatska komora zdravstvenih radnika**. Njihovi predstavnici su samostalnim izlaganjima i na okruglom

stolu iznijeli glavne poteškoće s kojima se susreću, od manjka zdravstvenih djelatnika koji muči gotovo sve, kako uskladiti propise o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, o statusu visokoobrazovanih medicinskih sestara kojima zvanja još nisu priznata, pa do problema s kojima se susreću biokemičari, primalje i laboranti.

Predsjednica Hrvatske komore fizioterapeuta **Mirjana Grubišić**, mag. physioth., izlagala je o temeljnim pravima pacijenata/korisnika u fizikalnoj terapiji. Predsjednica Hrvatske komore primalja **Barbara Finderle**, bac. obs., održala je predavanje o usporedbama primaljske djelatnosti kroz zakonske okvire i praksu, dok je **Kristina Mikulčić**, također iz HKP-a, govorila o prizivu savjesti u primaljstvu. Predsjednica Hrvatske ljekarničke komore **Ana Soldo**, mag. Pharm., govorila je o liberalizaciji tržišta lijekova i utjecaja na javno zdravlje, a **Ruža Evačić**, magistra

sestrinstva, iz Hrvatske komore medicinskih sestara o evidentiranju sestrinskog rada – sestrinska dokumentacija. Doc.dr. sc. **Marijana Neuberg**, magistra sestrinstva, izlagala o neželjenim ishodima u sestrinstvu. U ime Hrvatske komore dentalne medicine, o tome je su li pravo i dentalna medicina u Hrvatskoj u „dobrim odnosima“, govorio je prof. dr. sc. **Zvonimir Kajić**, dr. med. dent, a iz Hrvatske komore medicinskih biokemičara dr. sc. **Ljiljana Majer**, **Ivana Delić**, mag. med. biochem, doc. dr. sc. **Lorena Honović** i dr. sc. **Ines Vukasović** o Pravilniku o načinu obavljanja medicinsko-biokemijske djelatnosti u liječničkim ordinacijama te o nadzoru nad tim pretragama. **Bruno Cvetković**, dipl. sanit. ing iz Hrvatske komore zdravstvenih radnika izlagao je o Zakonu o sanitarnoj inspekciji, dok je **Mirjana Kučina** govorila o promociji i poduzetništvu u razvoju radnoterapijske djelatnosti.

Smiljana Škugor-Hrnčević

REDOVITE TRIBINE HLK-A

Od polovice ožujka vodstvo Hrvatske liječničke komore održalo je ukupno jedanaest tribina na kojima su kolegama liječnicima predstavili programe i aktivnosti Komore usmjerene podizanju kvalitete liječničke struke i standarda liječnika. Tribine su održane u Slavonskom Brodu, Koprivnici, Puli, Zaboku, Vinkovcima, Virovitici, Gospiću, Osijeku i Rijeci. U Zagrebu su održane u Hrvatskoj udruzi poslodavaca gdje su nazočili liječnici zaposleni u privatnom sektoru, te u Županijskoj podružnici HLK-a za HZZO.



Prvi dopredsjednik/v.d. predsjednika dr. sc. Krešimir Luetić sa suradnicima izvijestio je kolege o programima Komore među kojima je i stipendiranje liječnika za inozemno stručno usavršavanje. Bilo je govora i o pogodnostima u vezi s dopunskim zdravstvenim osiguranjem, polici pravne zaštite u vezi s tužbama za pogrešno obračunate prekovremene sate. Također je bilo riječi i o novom ugovoru između Komore i PBZ-a o još povoljnijoj kamatnoj stopi na stambene kredite od 2,18 posto što je na snazi od početka ove godine, te o akciji koju će PBZ članovima Komore nuditi nekoliko puta godišnje kroz ograničenu akciju za ugovaranje vrlo povoljnih nenamjenskih kredita po kamati od 3,80 posto.

Na tribini u HUP koju je organizirala Udruga privatnih poliklinika, bolnica, lječilišta i ustanova za zdravstvenu skrb iznijeti su prijedlozi i očekivanja predstavnika privatnog zdravstvenog sektora od HLK, te je istaknuta važnost suradnje HUP-a i Komore.

U organizaciji Županijskog povjerenstva HLK-a za HZZO programe i aktivnosti Komore predstavili su voditelj Ureda stručno-medicinskih i međunarodnih poslova HLK-a Ivan Bekavac dr. med i predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a prof. dr. sc. Lada Zibar. Prije tribine

održana je skupština Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja (HDMVZO) HLZ-a. Na prigodnoj svečanosti članovima društva, liječnicima Strahimiru Banoviću i Zoranu Božiću uručene su zahvalnice za dugogodišnji doprinos ugledu i radu HDMVZO.



LIJEČNIČKA ISKAZNICA PREDUVJET ZA PRVE ELEKTRONIČKE IZBORE U HLK-u

U prvoj polovici ove godine održat će se prvi elektronički izbori za članove tijela Hrvatske liječničke komore, a glavni preduvjet za elektroničko glasovanje je aktivirana liječnička iskaznica.

Ukoliko još niste, liječničku iskaznicu:

- > **IZRADITE**
- > **PREUZMITE**
- > **AKTIVIRAJTE**



> **UPUTE SU DOSTUPNE NA:**

www.hlk.hr / Naslovnica / Članovi / Liječnička iskaznica

Sve upite o liječničkoj iskaznici dostavite na e-adresu: hlk@hlk.hr

Za izdavanje novog inicijalnog PIN-a možete se obratiti Središnjem uredu, regionalnim uredima u Splitu, Rijeci i Osijeku ili putem e-pošte hlk@hlk.hr

Cjelovite informacije o izbornom procesu koji će se prvi puta u Komori, a i u Hrvatskoj održati i elektroničkim putem, uskoro će biti objavljene na službenim mrežnim stranicama i u glasilu HLK-a.

Doc. DOLIĆ IZABRAN ZA ZAMJENIKA RAVNATELJA KBC-a SPLIT

Doc. dr. sc. Krešimir Dolić, predstojnik Kliničkog zavoda za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju, izabran je za zamjenika ravnatelja KBC-a Split. Na tu ga je funkciju izabralo Upravno vijeće bolnice na sjednici održanoj 21. ožujka. Doc.Dolić predsjednik je Vijeća Hrvatske liječničke komore.

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA ZGROŽENA PRITISCIMA MINISTRA KUJUNDŽIĆA NA PRAVOSUĐE

Hrvatska liječnička komora zgrožena je pritiscima ministra zdravstva prof. dr. Milana Kujundžića na pravosuđe. Postupak Ministra zdravstva da predsjedniku Općinskog suda u Bjelovaru šalje dopis u kojem ga upozorava na tužbe liječnika zbog neisplaćenih prekovremenih sati te mu daje upute o stavu Vlade o tom problemu i navodi popis svih tužbi liječnika za prekovremene sate, Hrvatska liječnička komora smatra teškim kršenjem temeljnog načela pravne države - odvojenosti sudbene i izvršne vlasti.

„Takvo postupanje ministra zdravstva smatramo duboko neprihvatljivim i u cijelosti nedopustivim. Komora je čvrstog stava da takvi postupci mogu dovesti do gubljenja povjerenja kako liječnika tako i svih građana,

u demokratske institucije i u instituciju pravne države u Hrvatskoj, što zasigurno nitko ne želi. Kao i uvijek do sada, tako jasno i u budućem razdoblju Komora neće odustati od zastupanja prava liječnika. A u ovom slučaju očuvanje pravne države je i interes svih liječnika, kao i građana“, istaknuo je prvi dopredsjednik/v.d. predsjednika HLK-a dr. sc. Krešimir Luetić.

U ovoj neugodnoj situaciji, ohrabrujuće po pravnu državu je pismo koje je predsjednik Vrhovnog suda Đuro Sessa uputio ministru Kujundžiću nakon njegovog dopisa i u kojem ga Sessa upozorava da „dobri običaji nalažu da izvršna i zakonodavna vlast čuvaju i štite autonomnost i nepristranost sudbene vlasti.“

U svom pismu predsjednik Vrhovnog suda jasno ukazuje da je odvjetnik Ministarstva zdravstva ministrove argumente trebao dostaviti direktno u sudski spis, a ne ministar pisati upravi Suda, koja ne smije imati nikakve veze sa samim sudskim sporom. Podsjećamo, pred hrvatskim je sudovima, prema dostupnim procjenama, oko 4.000 liječnika pokrenulo tužbe protiv poslodavaca zbog neispravnog obračunavanja prekovremenih sati. Do sada je u oko 400-injak slučajeva donesena prvostupanjska presuda u korist liječnika i oko 150 pravomoćnih presuda također u korist liječnika, kojima su im priznata potraživanja.

KAKO JE PRESUĐENO ZA VIŠE OD 180 PREKOVREMENIH SATI GODIŠNJE

Prekršajni sud je koncem prošle godine na temelju članka 183. Prekršajnog zakona ("Narodne novine" broj 107/07, 39/13, 157/13, 110/15 i 70/17) presudio da su okrivljena pravna osoba (bolnica) i 6 okrivljenih osoba (voditelji zavoda i klinika bolnice) krivi jer je prekovremeni rad pojedinih radnika klinika i zavoda bio dulji od dopuštenih 180 sati godišnje. Navedeno je da 6 okrivljenih osoba "nije radilo po nalogu poslodavca već su organizirali rad po vlastitom nahođenju i da su rasporede rada dostavljali upravi naknadno."

Prekršajni sud je zaključio da su okrivljena pravna osoba i sve

okrivljene osobe krive, ali su oslobođene kazne, jer su "radeći na opisani način (uz prekovremeni rad dulji od dozvoljenoga) otklonili i umanjili štetu koja bi bila prouzročena nečinjenjem tih prekršaja. Sud je u odabiru prekršajnopravne sankcije sve okrivljenike oslobodio od kazne smatrajući da kažnjavanjem ne bi bila ostvarena svrha kažnjavanja." No, na temelju članka 139. st. 3. u svezi članka 138. st. 2., toč. 3. Prekršajnog zakona okrivljena pravna osoba i 6 okrivljenih odgovornih osoba obvezuju se platiti paušalne troškove sudskog postupka u iznosu od 500 kuna svaka.

(Podaci o autoru poznati uredništvu)

Izniman odaziv na Natječaj za dodjelu novčanih sredstava za inozemno stručno usavršavanje članova HLK-a



Na Natječaj za dodjelu novčanih sredstava za inozemno stručno usavršavanje članova HLK-a koji je bio otvoren od 18. veljače do 18. ožujka 2019. godine javio se izniman broj liječnika zainteresiranih za mogućnost dobivanja financijske potpore u iznosu do

maksimalno 20.000 kuna po članu.

U tijeku je obrada pristiglih prijava nakon čega će biti objavljeni rezultati.

Ovo je treći u nizu natječaja iz Programa poticanja stručnog usavršavanja kojim Komora svojim članovima osigurava

potporu za unaprjeđivanje postojećih i usvajanje novih znanja i vještina.

Svjesni iznimne važnosti stručnog usavršavanja liječnika, Komora je za tu namjenu u 2019. godini osigurala 1,5 milijuna kuna.

Od 6. do 24. svibnja 2019. u PBZ-u druga ograničena akcija za ugovaranje povoljnih nenamjenskih kredita za članove HLK-a

Komora obavještava članove da će se od 6. do 24. svibnja 2019. u PBZ-u održati druga po redu **ograničena akcija** za vrijeme koje mogu ugovoriti nenamjenski kredit u maksimalnom iznosu do 300.000 kuna ili u protuvrijednosti EUR-a po vrlo povoljnoj **fiksnoj kamati od 3,80% i 3,98%**, ovisno ugovara li se kredit na pet ili 10 godina.

Ponudene pogodnosti članovi Komore **moći će ostvariti u PBZ poslovnica**ma kod **osobnih bankara**.

Podsjećamo da je HLK s PBZ-om od 1. siječnja 2019. za svoje članove ugovorila kamate na **stambene kredite od 2,18 %** fiksno na 7 godina ovisno o omjeru iznosa kredita i procijenjenoj vrijednosti nekretnine.

VODSTVO KOMORE SA ŽUPANIMA

KORENOM I FLEGOM O MJERAMA ZA OSTANAK I DOLAZAK MLADIH LIJEČNIKA

Na temu kako osigurati dovoljan broj liječnika, koje konkretne mjere uvesti kako bi se zadržali oni koji rade i privukli mladi liječnici vodstvo Hrvatske liječničke komore održalo je sastanke sa županom koprivničko-križevačkim Darkom Korenom u Koprivnici i u Puli s istarskim županom Valterom Flegom, te zamjenicom gradonačelnika Pule Elenom Puh Belci.

Jedna od konkretnih mjera u županiji Koprivničko-križevačkoj je subvencioniranje kamatnih stopa na stambene kredite liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika. Naime, na temelju ankete koju je provela HLK oko 50-ak liječnika koji rade u toj županiji izjavilo je kako putem kredita želi riješiti svoje stambeno pitanje. Komora je za sve svoje članove od početka ove godine s PBZ-om osigurala stambene kredite od 2,18 posto kamate, a konkretnim mjerama župan Koren izvijestio je da će županija s oko milijun kuna koji je već osiguran u županijskom proračunu, tu kamatnu stopu dodatno subvencionirati na način da ona za liječnike u konačnici bude u iznosu od 0,5 do 0,8 posto. Uz sufinanciranje kamata na stambene kredite, županija je spremna surađivati i po pitanju edukacija liječnika, a sve su to konkretne mjere kojima se želi utjecati na dolazak, odnosno ostanak liječnika na području županije. Županija je ove godine osigurala 35 stipendija, što je najviše do sada, a najzastupljeniji je studij medicine. Vaše su nam informacije dragocjene, istaknuo je župan Koren dodajući da su u župa-

niji svoj zadatak shvatili zaista ozbiljno te da imaju i volju i mogućnosti da ga ostvare.

Svjesni smo poteškoća s kojima se suočava zdravstveni sustav, a jedan od većih problema je što je zakonski decentraliziran, a financijski centraliziran. Županije ne mogu utjecati na rješavanje problema svih dijelova tog sustava, no mogu u kadrovskom i organizacijskom smislu, odnosno lokalna se zajednica, a to se vidi i na vašem primjeru, može uključiti u stambeno zbrinjavanje liječnika i edukaciju, rekao je prvi dopredsjednik/v.d. predsjednika HLK dr.sc. Krešimir Luetić. Zadovoljstvo mjerama izrazio je i predsjednik županijskog povjerenstva HLK-a dr. Dubravko Mišić.

I u Istarskoj županiji poticajne mjere vrijedne više od milijun kuna

Istarski župan Valter Flego izvijestio je vodstvo Komore da su nakon detektiranja problema donijeli konkretne mjere za koje je i u 2019. osigurano više od milijun kuna. Ukupno je 13 mjera podijeljenih u četiri područja, a među kojima su pomoć u rješavanju stambenog pitanja i povećanje dostupnosti školovanja i edukacije. Župan je naglasio da su gradovi za potrebe gradnje stanova za medicinske kadrove već počeli nuditi vrlo povoljna zemljišta. Županija za svako deficitarno zanimanje subvencionira mjesečni najam stana u iznosu od 1.500 kuna, a s još toliko to radi i grad Pula. Župan je izrazio nadu da će dovršetak gradnje nove suvremene bolnice u Puli privući

mlade liječnike te da će za njihov dolazak županija izdvojiti potrebna sredstva, ma koliko iznosila. Novac za deficitarne kadrove uvijek ćemo moći izdvojiti, rekao je župan Flego.

Ravnateljica OB Pula doc. dr. sc. Irena Hrstić istaknula je kako su županija i grad i dosada iznalazili načina pomoći liječnicima, medicinskim sestrama, zdravstvenim djelatnicima. Također je izrazila nadu da će dovršetkom nove suvremene bolnice što se očekuje do ovoga ljeta, zapuhati novi vjetrovi i Pula postati mjesto gdje će mladi liječnici poželjeti doći na specijalizaciju, a tomu će, istaknula je, pridonijeti i otvaranje medicinskog fakulteta za što je u tijeku pribavljanje potrebnih akreditacija.

Istarska županija bilježi porast stanovništva, raste i broj studenata koji upisuju medicinu, a sve su to znaci da se po pitanju zdravstvene skrbi i onih koji tu skrb pružaju treba temeljito planirati. S tim u vezi u planu je i reorganizacija, odnosno prilagodba novim potrebama i nastave u srednjoj školi za medicinske sestre u Puli.

Ističući kako je HLK svjesna svih slabosti i poteškoća u hrvatskom zdravstvu dr. Luetić je istaknuo da se ipak sinergijom i zajedničkim naporima te razmjenom informacija mogu postići rezultati, a što svjedoče i poduzete mjere u Istarskoj županiji i Puli. Na sastanku je nazočio i predsjednik županijskog povjerenstva dr. Marino Derossi.

S. Škugor-Hrnčević

Među dobitnicama nagrada

UTJECAJNE HRVATSKE ŽENE I BUDUĆE LIDERICE

četiri liječnice, članice HLK-a

Croatian Women's Network/Mreža hrvatskih žena (CWN/MHŽ) sa sjedištem u Kanadi i za ovogodišnji je Dan žena, četvrti puta zaredom u Zagrebu održala međunarodnu konferenciju "Napredak žena" na kojoj su uručene i nagrade "Utjecajne hrvatske žene" "Buduće liderice".

Među nagrađenim ženama iz Hrvatske, Švicarske, SAD-a, Australije i BIH su četiri liječnice, članice Hrvatske liječničke komore akademkinja Mirna Šitum, , doc. prim. dr.sc. Spomenka Tomek – Roksandić, doc. prim.dr.sc., Vanja Slijepčević Saftić i primarijus dr. sc. Ulla Marton . Vrijednost projekta je u umrežavanju žena hrvatskoga podrijetla diljem svijeta iz svih područja djelovanja.

Akademkinja Mirna Šitum ugledna je specijalistica iz dermatovenerologije i dermatološke onkologije. Predstojnica je Klinike za kožne i spolne bolesti KBC-a "Sestre milosrdnice i pročelnica Katedre za dermatovenerologiju Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Objavila 437 različitih znanstvenih i stručnih publikacija. Dobitnica je niza visokih nagrada te odličja vezanim za sudjelovanje u Domovinskom ratu.

Doc.prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić, specijalistica socijalne medicine s organizacijom zdravstvene zaštite – gerontologinja, stvorila je u Hrvatskoj novu paradigmu primjenjivog modela uspješne prakse programa aktivnog zdravog starenja. te uspostavila novo zani-

manje gerontodomaćica. Ostvarila je prvi sveučilišni udžbenik o ranom prepoznavanju Alzheimerove bolesti. Sa suradnicima je izradila europski projekt inovacijskog informatizacijskog sustava u sinergiji zdravstvene i socijalne skrbi za starije.

Doc.prim.dr.sc., Vanja Slijepčević Saftić specijalist pedijatar, sa subspecializacijom iz dječje neurologije provodi edukaciju vezanu uz potrebu uvođenja probira na toksični stres u djece, koji je American Academy of Pediatrics 2012. etablirala kao dijagnozu. Primarno se bavi holističkim pristupom u dijagnozi neurorazvojnih odstupanja, ali i znanstvenim aspektima zlostavljanja i zanemarivanja djece. Radi u Poliklinici za zaštitu djece i mladih grada Zagreba, na Hrvatskom katoličkom sveučilištu te na doktorskom studiju Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Prim. dr. sc. Ulla Marton specijalistica iz ginekologije i opstetricije članica je tima u Poliklinici "Dr. Marton". Autorica je 23 znanstvene publikacije i 11 poglavlja u stručnim knjigama. Recenzent je knjiga o ženskom zdravlju Christiane Nortrup „Žensko tijelo, ženska mudrost“, „Mudrost menopauze“, „Majke i kćeri“ i „Tajni užici zrelosti“. Sudjeluje u izvođenju nastave poslijediplomskog studija. Izuzetnu važnost poklanja stalnoj stručnoj izobrazbi i holističkom pristupu svakom pacijentu.

S. Škugor-Hrnčević

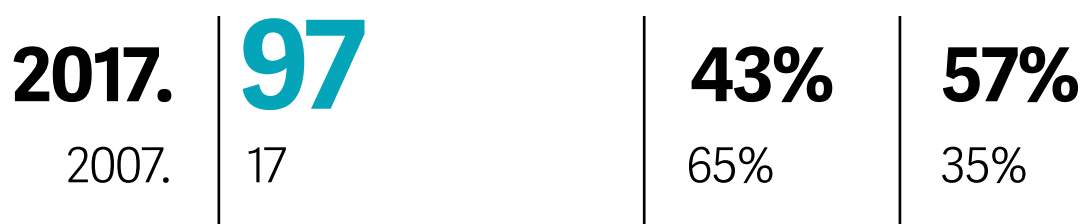


NEFROLOGIJA

trajanje specijalizacije	zajedničko internističko „deblo“	nefrologija	godišnji odmor
60 mjeseci (5 godina)	22 mjeseca	33 mjeseca	5 mjeseci

Nefrolog je liječnik koji liječi poremećaje u radu bubrega, visoki krvni tlak, poremećaje ravnoteže tekućine i minerala u tijelu. U slučaju zatajenja bubrežne funkcije pod nadzorom nefrologa se provodi dijaliza.

Nefrologija je prije bila samo uža specijalizacija interne medicine, a danas je i samostalna specijalizacija.



prosječna
starost

2017.
2007.

55,6
50,6

50,4
51,5



Početak 2017. (stanje 1. 1. 2017.) u hrvatskom zdravstvenom sustavu (javnom i privatnom) bilo je zaposleno 97 nefrologa, što je činilo 1 % svih liječnika specijalista zaposlenih u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj.

U odnosu na broj stanovnika, bilo je 2,3 specijalista ove specijalnosti na 100.000 stanovnika.

U ovoj medicinskoj specijalnosti danas ima više žena, premda je prije 10 godina bilo znatno više muškaraca. Prosječna starost nefrologa iznosi 52,6 godina (55,6 M i 50,4 Ž), što je povećanje za oko 1,5 godina u odnosu na stanje prije 10 godina (50,9 godina). Liječnici u struci su za oko 5 godina stariji od liječnica, a prosječno najstarije nefrologe nalazimo u istočnoj regiji.

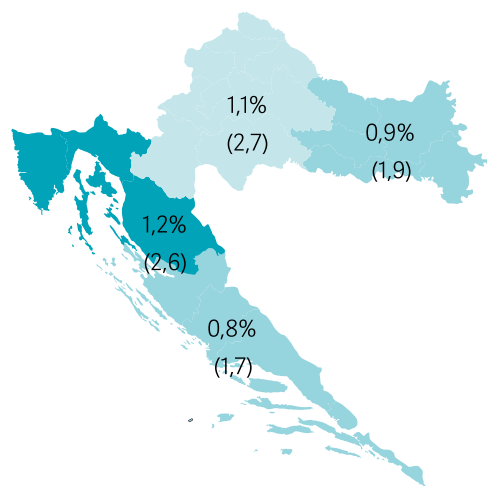
11,3 % nefrologa radi u privatnom sektoru, što je oko prosječnog broja za sve medicinske specijalnosti zajedno.

41 % nefrologa zaposleno je u kliničkim bolničkim centrima i njihovim dislociranim odjelima, 30 % radi u općim bolnicama i njihovim dislociranim odjelima, a 15 % u kliničkim bolnicama. Prije je nefrologija bila samo uža specijalizacija interne medicine pa brojke prikazane u Atlasu još ne sadrže „nove“ specijaliste nefrologe.

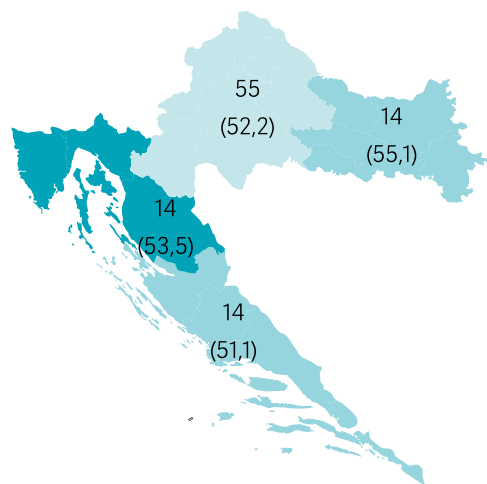
9 % liječnika ove specijalnosti radi u drugoj županiji u odnosu na županiju prebivališta. 53 % ovih specijalista rođeno je u drugoj županiji u odnosu na županiju rada ili je doselilo iz inozemstva, dok je 14 % specijalista iz ove specijalističke kategorije rođeno u inozemstvu.

Osnovne demografske informacije

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.



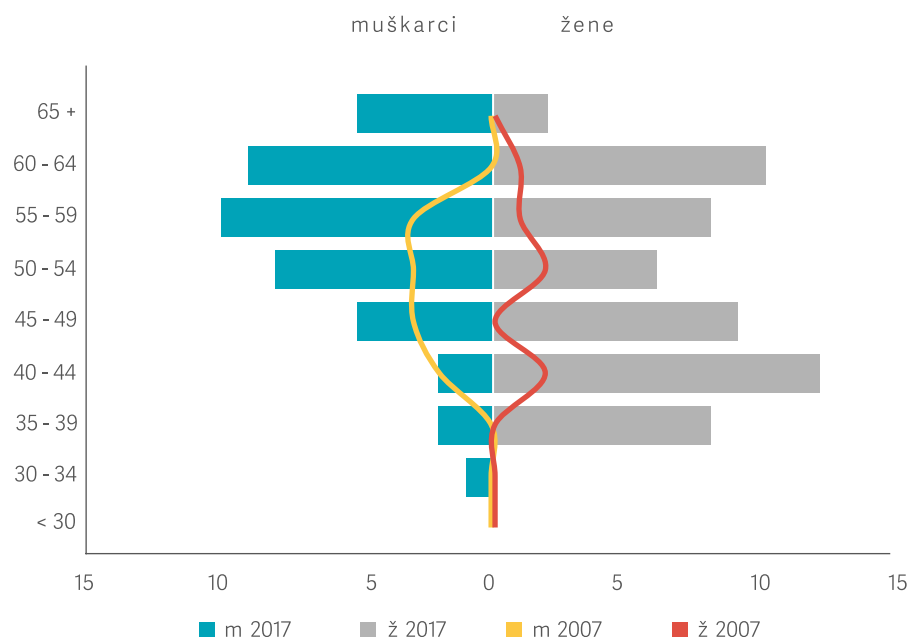
Prije 10 godina bilo je 0,4 nefrologa na 100.000 stanovnika.

Dobno-spolna struktura

PROMJENE PO ZDRAVSTVENIM REGIJAMA, 2007. U ODNOSU NA 2017.

SJEVERNA I SREDIŠNJA 13 - 55
JUŽNA 2 - 14
ISTOČNA 0 - 14
ZAPADNA 2 - 14

Broj liječnika nefrologa od 2007. do 2017. povećao se sa 17 na 97. Dobno-spolna piramida (slika dolje), osim znatnog povećanja broja, pokazuje i kako su se muški nefrolozi u posljednjih 10 godina pomaknuli u starije dobne skupine, dok je kod žena porast zabilježen i u mlađim dobim grupama.



Tablica u nastavku pokazuje da se broj nefrologa u promatranom deseto-godišnjem razdoblju povećao gotovo 9 puta u dobnoj skupini 55+.

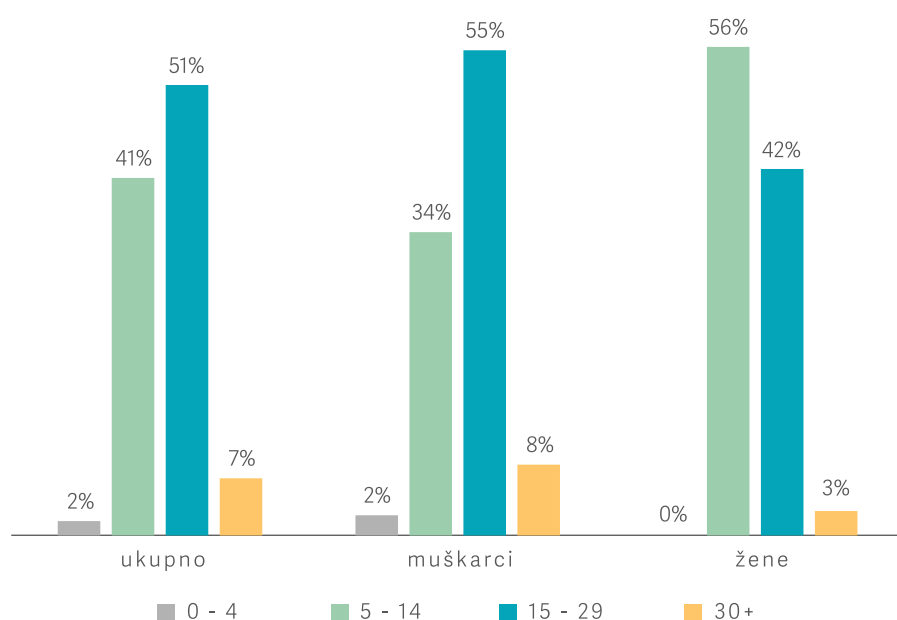
PROMJENA U BROJU SPECIJALISTA PO DOBI, 2007. U ODNOSU NA 2017.

	2007.	2017.	% promjena
<35	0	1	-
35-54	12	52	+333 %
55+	5	44	+780 %

Radno iskustvo

Polovica nefrologa ima od 15 do 29 godina rada u struci, dok su kod žena najbrojnije liječnice s 5 do 15 godina rada od stjecanja specijalizacije.

Prosječna dob pri diplomiranju nefrologa iznosila je 25,2 godine (25,4 M i 25,0 Ž). Prosječna dob pri stjecanju specijalizacije bila je 34,4 godine (34,8 M i 34,1 Ž). Prosječna dob kod ostvarivanja uže specijalizacije bila je 45,9 godina (47,9 M i 44,3 Ž).



prosječna
dob pri
diplomiranju

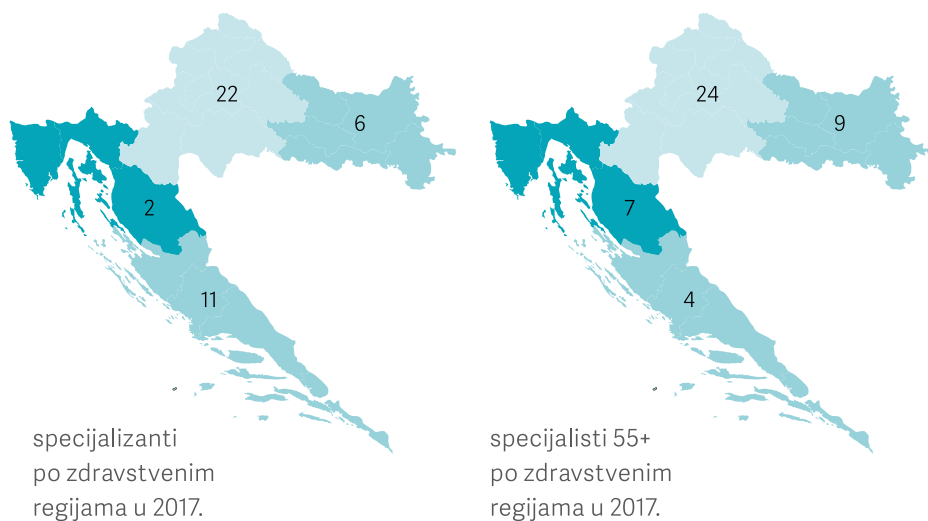
25,2

prosječna
dob pri
stjecanju
specijalizacije

34,4

Što se tiče pomlatka odnosno specijalizanata, 1. 1. 2017. u Hrvatskoj je na specijalizaciji iz nefrologije bio 41 specijalizant, i to više žena (26) nego muškaraca (15). Istovremeno je u dobi od 55 i više godina aktivno radilo 44 nefrologa, 24 muških i 20 ženskih. U sustavu je radilo i 7 specijalista starijih od 65 godina, od toga 3 u javnom zdravstvenom sustavu.

Specijalizanti i stariji specijalisti



Prema podacima Hrvatske liječničke komore (HLK), u razdoblju od ulaska u Europsku uniju 2013. do kraja 2016., 5 nefrologa otišlo je u inozemstvo, sve žene prosječne starosti 39 godina.

Emigracija i umirovljenje

Prema dostupnim podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje (HZMO), u posljednjih 10 godina samo je 1 specijalist iz ove specijalističke kategorije umirovljen i nije nastavio s aktivnim radom.

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U OŽUJKU 2019.

2. ožujka	Promocija udžbenika Tranzicijska medicina i priručnika Racionalna dijagnostika i liječenje u pedijatriji, Šibenik (dr. J. Markić)
5. ožujka	Tribina HLK, Dubrovnik
5. ožujka	Svečanost povodom početka rada MR uređaja 3T Siemens Magnetom Skyra u Poliklinici Medikol, Zagreb (dr. A. Barić Grgurević)
6. ožujka	Tribina HLK, Bjelovar
7. ožujka	Otvaranje 10. međunarodnog kongresa Društva nastavnika opće/obiteljske medicine, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
8. ožujka	Konferencija za novinare HLK-a o novom Zakonu o nabavi i posjedovanju oružja, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, dr. V. Krolo)
8. ožujka	Otvaranje 1. hrvatske konferencije o ponašajnim ovisnostima „PIK – PUŠENJE, INTERNET, KOČKA“, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
12. ožujka	Tribina HLK, Split
14. ožujka	Tribina HLK, Hrvatska udruga poslodavaca, Zagreb
18. ožujka	Tribina HLK, Slavonski Brod
19. ožujka	Sastanak sa županom Koprivničko-križevačke županije, Koprivnica (dr.sc. K. Luetić, dr. I. Bekavac, dr. D. Mišić)
19. ožujka	Tribina HLK, Koprivnica
20. ožujka	Sastanak sa županom Istarske županije, Pula (dr.sc. K. Luetić, dr.sc. J. Pavičić Šarić, dr. I. Raguž, dr. M. Derossi)
20. ožujka	Tribina HLK, Pula
22. – 24. ožujka	1. kongres KoKoZ-a i 3. hrvatski kongres medicinskog prava, Rabac
22. ožujka	Otvaranje 9. Croatian Esthetic Medicine Symposium, Opatija (dr.sc. K. Luetić)
22. ožujka	Koncert za život- sjećanje na Anu Rukavinu i maestra Vjekoslava Šuteja, Zagreb (prof.dr. D. Vagić)
23. ožujka	Obilježavanje Dana narcisa, Zagreb (prim.dr.sc. I. Pejnović Franelić)
25. ožujka	Tribina HLK, Zabok
25. ožujka	Konferencija „e-biz 2019“ o digitalnom poslovanju u gospodarstvu, javnom sektoru i upravi, Zagreb (dr. I. Bekavac)
26. ožujka	Tribina HLK, Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba
26. ožujka	Predavanje studentima 6. godine studija medicine iz organizacije zdravstvene zaštite, Zagreb (dr. I. Bekavac)
27. ožujka	Tribina HLK, Vinkovci
30. ožujka	Tribina HLK, Povjerenstvo HZZO-a

> SASTANCI TIJELA KOMORE U OŽUJKU 2019.

5. ožujka	Sjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika
6. ožujka	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
7. ožujka	Sjednica Izvršnog odbora
7. ožujka	Sjednica Središnjeg izbornog povjerenstva
8. ožujka	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
13. ožujka	Sjednica Središnjeg izbornog povjerenstva
18. ožujka	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
20. ožujka	Sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti
27. ožujka	Sjednica Središnjeg izbornog povjerenstva
28. ožujka	Sjednica Vijeća
1. – 31. ožujka	2 rasprave na Časnom sudu



NORA PFAFF, dr. med. – pedijatar (rođ. u Zagrebu 1989.)
UCSF Benioff Children's Hospital, San Francisco, SAD

PREPORUKE ZA CIJEPLJENJE PROTIV GRIPE U SJEDINJENIM AMERIČKIM DRŽAVAMA

Iz godine u godinu su u SAD-u bolesti izazvane virusom gripe sve veći i ozbiljniji problem. Samo je u prošloj sezoni tijekom 2017. – 2018. (sezona 2018. – 2019. još nije završila) rekordan broj Amerikanaca, njih 80 000, umrlo od gripe, a čak je 900 000 bilo hospitalizirano.

I dok su prije liječnici preporučivali cijepljenje protiv gripe većinom za malu djecu, starije i oboljele od kroničnih bolesti, ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) sada preporučuje cijepljenje za svakoga u životnoj dobi starijoj od 6 mjeseci. Populacije koje su pod posebnim rizikom za komplikacije od gripe osobito se potiču na cijepljenje. To su djeca mlađa od 5 godina (a osobito mlađa od 2 godine), odrasli stariji od 65 godina, trudnice, korisnici mirovnih domova i oboljeli od kroničnih bolesti, poput astme, šećerne bolesti, srčanih bolesti, imunosuprimirani i dr.

Posljednjih godina vidimo mlade, prethodno zdrave Amerikance kako umiru od gripe. To je dovelo do promjene u stavu društva prema cjepivu, gdje cjepivo više nije samo opcija, nego imperativ. Izuzetno je važno cijepiti se

svake godine! Kao pedijatrica sam svjedočila smrti dvoje prethodno zdrave djece od komplikacija gripe. **Zbog toga smatram da je cjepivo protiv gripe jedno od najvažnijih cjepiva koje kao pedijatri primjenjujemo.** Još uvijek postoji stigma oko cijepljenja protiv gripe pa ga mnogi roditelji doživljavaju potencijalno opasnim za njihovo dijete. Mnogo su me puta pitali: „Može li cjepivo protiv gripe zapravo izazvati gripu u moga djeteta?“ ili bi mi rekli: „Lani se moje dijete razboljelo nakon cijepljenja protiv gripe...“ Uvijek nađem vremena da objasnim da je cjepivo protiv gripe inaktivirani virus i ne može izazvati gripu. Ako dijete oboli nakon cijepljenja, vjerojatno je riječ o koincidenciji cijepljenja i istodobnog ili prethodnog stjecanja infekcije. Možda se dijete zarazilo baš tada u ambulanti, od drugog pacijenta, svakako infekcija nije bila posljedica cijepljenja. Istina je da je nakon cijepljenja moguća osjetljivost ubodenog mjesta, kao i blag porast tjelesne temperature, ali ne i infekcija. Ovakva blaga febrilna reakcija znak je dobrog odgovora na cjepivo i vjerojatnosti da će cjepivo biti učinkovito. Kad govorimo o učinkovitosti, roditelji također spominju da su čuli da cjepivo

ne pruža 100 %-tnu zaštitu, pa zašto bi onda cijepili dijete? Istina je da učinkovitost cjepiva varira od sezone do sezone i da se može dobiti gripa unatoč cjepivu. Međutim, tada je klinička slika blaža, a težih komplikacija u cijepljenih nema. Posljedično je u cijepljenih, a inficiranih, značajno manji rizik od pobola i smrti.^{1 2} Gripa nije samo prehlada i nije poput drugih virusa, ona je stvarno ozbiljna infekcija koja se komplicira pneumonijom, encefalopatijom, komom i čak smrću, i to i u zdrave djece. Još se sjećam djeteta u našoj skrbi koje je razvilo komu od gripe. Na pitanje je li dijete te sezone bilo cijepljeno majka je odgovorila: „Nije!“. Riječi ne mogu opisati koliko se vidjelo žaljenja na njezinom licu. Ne želim ni jednom roditelju da prolazi kroz tu vrstu agonije.

Ne zaboravite se cijepiti svake godine, jer je virus različit iz sezone u sezonu! Cijepite se već do konca listopada jer cjepivu treba i do dva tjedna da pruži zaštitu od gripe! Poručuje vam iz Kalifornije rođena Zagrepčanka Nora Pfaff.

1* <https://www.cdc.gov/flu/spotlights/vaccine-reduces-severe-outcomes.htm>

2* <https://www.cdc.gov/media/releases/2017/p0403-flu-vaccine.html>

LIJEČNICI KAO DIO MEDIJSKOG CIRKUSA



 **Dr. sc. LUKA VUČEMIĆ, dr. med.,**
Povjerenstvo za mlade liječnike,
mladi@hlk.hr

Nedavno smo svjedočili neprimjerenom izvješćivanju u medijima o događaju s Paga i zdravstvenom stanju i zdravstvenom zbrinjavanju maloljetne pacijentice, kad su je kamere snimale, a javni servisi prikazivali unutar kruga zdravstvenih ustanova kako se na kolicima stavlja u i izvlači iz vozila hitne medicinske pomoći, prikazujući njezino nezamagljeno lice dok ju

zdravstveni radnici zbrinjavanju. Bili smo svjedoci i tragedije u Vinkovcima i ponovnog nedozvoljenog izvješćivanja u medijima, kad je javnosti pruženo previše osobnih i medicinskih podataka o maloljetnoj pacijentici. Izvješćavano je i o nesretnom slučaju iz Pule, u kojemu je također nastradao maloljetnik. Uz to što su novinari kršili propise, to su radili i liječnici. U svega desetak dana slušali smo izjave liječnika iz Zadra, Zagreba, Osijeka i Pule, koji su u svojim izjavama iznosili zdravstvene podatke pacijenata. Najčešće su to bili rukovoditelji zdravstvenih ustanova, hitnih prijema ili dežurni ili ordinirajući liječnici.

Zašto liječnici običavaju u medijskim istupima kršiti pravila struke i zakone Republike Hrvatske? Zašto javno iznose nečije medicinske podatke, kad nas na fakultetu uče da niti u tramvaju ne pričamo o pacijentima koje smo imali priliku susresti u zdravstvenim ustanovama? Je li to zbog interesa javnosti? U svim prethodno spomenutim slučajevima nije interes javnosti znati nalazi li se netko u zdravstvenoj ustanovi na liječenju, a pogotovo nije interes javnosti znati kakvi su se dijagnostički i terapijski postupci provodili tijekom liječenja, koje

su se ozljede dogodile, je li netko sediran ili ne, koliko je trajala operacija,...

Zakonom o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04) u članku 25. definirano je pravo na povjerljivost: *“Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka. Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijmu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju. Pacijent može imenovati i osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka.”*

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) u članku 163. definirana je profesionalna tajna: *“Zdravstveni radnici dužni su čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta. Na čuvanje profesionalne tajne obvezni su i drugi radnici u zdravstvu koji za nju saznaju u obavljanju svojih dužnosti te studenti i učenici škola zdravstvenog usmjerenja. Na čuvanje profesionalne tajne obvezne su i sve druge osobe koje u obavljanju svojih dužnosti dođu do podataka o zdravstvenom stanju pacijenta.”*

Zakonom o liječništvu (NN 121/03, 117/08) u članku 21. definirana je liječnička tajna: *"Sve što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć, a u vezi s njegovim zdravstvenim stanjem, mora čuvati kao liječničku tajnu i može je otkriti, ako posebnim zakonom nije drukčije propisano, samo uz odobrenje pacijenta, roditelja ili skrbnika za malodobne osobe, a u slučaju njegove psihičke nesposobnosti ili smrti, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika."*

U Kodeksu medicinske etike i deontologije (NN 88/08, 139/15) u članku 2. navedeno je: *"Sve ono što je liječnik saznao obavljajući 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."*

U spomenutim slučajevima radilo se o maloljetnim pacijentima, koji su bili i žrtve zlostavljanja, na koje se dodatno primjenjuje i članak 3. Pravilnika o zaštiti maloljetnika u elektroničkim medijima (NN 88/15): *"U informaciji o bilo kojem obliku nasilja u kojem kao svjedok, žrtva ili počinitelj sudjeluje maloljetnik, ili je maloljetnik pokušao ili izvršio samoubojstvo, njegov se identitet uvijek mora zaštititi zamagljenom, kvantiziranom ili maskiranom slikom i moduliranim tonom tako da se maloljetnik ne može prepoznati. U takvim se informacijama ne smiju iznositi ni pojedinosti iz obiteljskih odnosa i privatnog života, navoditi ime, prezime, niti druge informacije koje bi mogle dovesti do prepoznavanja maloljetnika i/ili ugrožavanje njegove dobrobiti."* i *"Osobni podaci maloljetnika te pojedinosti iz obiteljskih odnosa i njegova privatnog života ne smiju se objavljivati u slučajevima u kojima bi objavljivanje ovih informacija dovelo do ugrožavanja dobrobiti maloljetnika."*

U nastavku je samo dio izjava liječnika izrečenih u javnim medijima koje smo imali priliku čuti ili pročitati:

- liječnik iz OB-a Zadar o zdravstvenom stanju maloljetne pacijentice i lokaciji liječenja: *"...djevojčica koja je bila doista teško ozlijeđena, koja ima ozljede glave, prsnoga koša i trbuha, je upravo sada premještena u KBC Rebro."*

- liječnik iz KBC-a Zagreb o zdravstvenom stanju maloljetne pacijentice: *"Djevojčica je u induciranoj komi, ima povrede glave, prsnog koša, trbuha i kostiju lica. Intubirana je i ne diše samostalno. U ovom trenutku možemo procijeniti da je njezino stanje stabilno. Na aparatu je za disanje. Nadamo se da će biti sve dobro, a osnovni problem je glava. Sada je najvažnije sačuvati mozak, dobiva lijekove za smanjenje otoka mozga. Za par dana ćemo znati hoće li se izaći iz kritičnog stanja."*

- liječnica iz OB-a Pula o zdravstvenom stanju maloljetnog pacijenta i 18-godišnjeg pacijenta: *"Leže u bolnici, hospitalizirani jesu, životno nisu ugroženi. Za sada se liječe samo simptomatskim mjerama, naravno da im se kupiraju boli koje imaju."*, *"Ono što do sada znamo po dijagnostičkoj obradi radi se i koštanim prijelomima donjeg dijela abdomena."*

- liječnik iz KBC-a Osijek o zdravstvenom stanju maloljetne pacijentice: *"Imala je prijelom potkoljeničnih kostiju iznad desnog gležnja s malim pomakom ulomaka. To je zatvoreni prijelom, što znači da nije kompliciran i omogućio nam je da s najmanjim mogućim kirurškim upletanjem dijete operiramo."*

- liječnik koji je ujedno i političar na najvišoj funkciji u zdravstvenom sustavu: *"... kod jedne curice u posljednjim satima razvija se krvarenje u mozgu i oko jetre te smo pripremili Klaićevu i Rebro da su je spremni preuzeti. Sada će početi konzilij na kojem će liječnici u Zadru donijeti prosudbu koliki je rizik od transporta..."*

A sljedeću izjavu iznosim ne zato što ju je izrekao liječnik, nego zato što se u izjavi spominje liječnik. Radi se o objavi na društvenoj mreži političarke na najvišem državnom položaju: *"Zgrožena sam i potresena jutrošnjom tragedijom na otoku Pagu i iznimno tužna zbog nesretne sudbine četvero djece. O zdravstvenom stanju djece u stalnom smo kontaktu s ravnateljem zadarske bolnice..."*

Ovo su samo neki primjeri u kojima se u javnost iznose medicinski podaci pacijenata tijekom liječenja, navodeći vrstu liječenja i lokaciju liječenja, uz skandalozno snimanje pacijenata (u ovom slučaju maloljetne pacijentice) unutar kruga zdravstvenih ustanova, uz prikazivanje lica intubirane maloljetne pacijentice na kolicima tijekom transporta, bez zamagljivanja lica. Je li ovo samo izvješćivanje javnosti, 5 minuta slave ispred kamera ili pak kršenje pravila struke i propisa Republike Hrvatske? U onim trenucima kad smo mi pacijenti ponekad ne kažemo niti svojim najbližima da idemo na određene medicinske postupke, često svojim bližnjima ne kažemo niti svoju dijagnozu, a naj sretniji bi bili kad bi u BIS-u imali VIP status da drugi kolege ne mogu vidjeti naše nalaze. Na početku liječničke edukacije kao studente nas uče o povjerljivosti onoga što saznamo u obavljanju svog posla, zašto onda ispred kamera zaboravimo naučene lekcije? Što mogu učiniti zdravstvene ustanove da televizijske kamere ne snimaju pacijente unutar kruga zdravstvenih ustanova? U čijem je interesu, i je li uopće primjereno, da zdravstvene ustanove sazivaju konferencije za medije vezano za stanje sedmogodišnje pacijentice dok je ona hospitalizirana? Je li članica državnog vrha član obitelji unesrećene maloljetne pacijentice da ju ravnatelj zdravstvene ustanove izvještava o zdravstvenom stanju?

U svibnju 2016. godine Hrvatska liječnika komora provela je istraživanje među 1418 svojih članova o stavovima liječnika o medijskoj slici liječnika i

zdravstvenog sustava. Čak 95 % liječnika smatra da mediji vijesti o liječnicima obrađuju senzacionalistički, a njih 93 % smatra da su vijesti o liječničkim pogreškama novinarski neprofesionalno obrađene. Devet od deset liječnika (94 %) smatra da mediji ne štite njihovu privatnost kad je u pitanju objavljivanje imena i prezimena liječnika tijekom istrage, u fazi dok još nije podignuta optužnica. Ako liječnici imaju takvo mišljenje o medijima zašto onda liječnici u svojim medijskim istupima krše privatnost pacijenata? Ako većina liječnika smatra da mediji senzacionalistički obrađuju vijesti o liječnicima zašto onda sami liječnici zajedno s medijima sudjeluju u stvaranju senzacionalističkih vijesti o pacijentima?

U ovakvim slučajevima od strane liječnika prema "vani" trebala bi ići samo prijava policiji ili socijalnoj službi kako bi navedene službe mogle odraditi svoj posao. Liječnici bi se trebali othrvati od medija i ne davati javne izjave o pacijentima i njihovom zdravstvenom stanju, makar ne bez suglasnosti pacijenta ili skrbnika, bez obzira koliko medijima bio zanimljiv pojedini slučaj. Pacijenti su osobe koje se moraju vratiti u svoju sredinu i nakon završetka vijesti i nakon završetka liječenja, a njihove fizičke i psihičke traume ne moramo dodatno produbljivati izjavama i slikama koje su sada na internetu i trajno pohranjene. Pravobraniteljica za djecu dala je izjavu o medijskom praćenju tragičnog događaja s Paga, dok je Vijeće za elektroničke medije zatražilo očitovanje nakladnika televizija i pružatelja elektroničkih publikacija koju su sudjelovali u izvještavanju spomenutog događaja.

Izjava pučke pravobraniteljice za djecu: *"Mediji mogu biti iznimno moćno sredstvo u borbi za ljudska prava i protiv nasilja. Mediji imaju snagu pokrenuti našu savjest i potaknuti institucije da djeluju brže i učinkovitije. Ali oni, nažalost, mogu pridonijeti i povećanju patnje žrtava, ako zanemare profesionalne standarde medijskog izvještavanja, osobito one koji se odnose na*

izvještavanje o nasilju nad posebno ranjivim žrtvama, kao što su djeca.

U medijskom praćenju niza zabrinjavajućih i tragičnih slučajeva nasilja nad djecom, koji su se dogodili u proteklom mjesecu, mnogi su mediji potpuno zaboravili na svoje etičke i zakonske obveze. U brojnim slučajevima otkrili su identitet žrtva nasilja, najčešće tako što su otkrili identitet njihovih roditelja. S time su povećali njihovu ranjivost, izložili ih znatiželji čitatelja i, pod izlikom da rade u interesu javnosti, zapravo su tek udovoljavali znatiželji publike.

Također su mnogi i prekršili Zakon o elektroničkim medijima koji (u članku 12.) izričito zabranjuje objavljivanje informacije kojom se otkriva identitet djeteta uključenog u slučajeve nasilja, bilo kao žrtva, počinitelj ili svjedok. Vjerujem da će Vijeće za elektroničke medije utvrditi koji su nakladnici prekršili tu odredbu i da će reagirati u skladu sa zakonom. Međutim, doista zabrinjava da je toliko mnogo urednika jednostavno zaboravilo na zakon. Mnogi su, nažalost, zaboravili i na etički kodeks novinara, koji upravo ističe odgovornost za zaštitu žrtve.

Valja priznati da je ipak bilo i novinara koji nisu zaboravili na profesionalnu etiku pa i onih koji su svoju društvenu i moralnu misiju odlučili i objasniti javnosti. Učinio je to glavni urednik portala Slobodne Dalmacije Marin Katušić u tekstu pod naslovom "Slobodna Dalmacija neće objaviti fotografije i identitet monstruma s Paga, važno je da razumijete zašto", za koji mislim da bi ga trebao pročitati svaki novinar i urednik. Objašnjavajući zašto ne treba objaviti imena osoba koji su počinitelji nasilja nad vlastitom djecom, napisao je:

"Njihova imena ne trebate znati, a provlačenje fotografija onog koji im je učinio ovo nezamislivo zlo po medijima (internet sve pamti) jednog dana samo će im otežati proces oporavka. Neobjavlivanjem njegova identiteta ne štitimo nasilnika, već njegove žrtve.

S druge strane, itekako je bitno da o slučaju pišemo te da se istraži svaki njegov detalj. Vrijednost tekstova koje objavljujemo nije u tome da vidite lice nasilnika ili balkon s kojeg je bacao djecu. Oni će imati smisla samo ako stvore javni pritisak na institucije da urede bolji sustav, potaknu centre za socijalnu skrb da vrše bolju kontrolu, inspekcije da pronađu odgovorne, a građane da na nasilje i nebrigu za djecu reagiraju prijavama, a ne okretanjem glave."

Svakako podržavamo nastojanja medija da izvještavaju o obiteljskome nasilju i odlučno se zalažu za pravovremeno sprečavanje nasilja, odgovorno i žurno postupanje institucija, primjereno kažnjavanje nasilnika te za zaštitu i pružanje podrške žrtvama nasilja. No, pritom i nakladnici, i urednici, i novinari moraju biti svjesni da je riječ o vrlo osjetljivim slučajevima koji mogu dodatno izložiti žrtve, osobito djecu, sekundarnoj viktimizaciji te ozbiljno ugroziti njihovu dobrobit.

Zato pozivam sve novinare, urednike i nakladnike da razmisle kako će njihove objave utjecati na djecu – danas i nakon što ih godinama budu pratile i vezivale se uz njihova imena na internetu – i da uvijek vode računa o zaštiti privatnosti i dostojanstva djece. Pozivam ih da koriste svoju moć kao doprinos podizanju svjesnosti o pogubnosti nasilja i svijesti o mogućnostima sprečavanja svakog nasilja te o obvezama države i društva u tome. Tako će doista biti vrijedna podrška ostvarivanju ljudskih prava djece."

Objava Agencije za elektroničke medije:

"Vijeće za elektroničke medije na svojoj današnjoj sjednici raspravljalo je o medijskom izvještavanju o slučaju kaznenog djela, pokušaja ubojstva djece u Pagu. Vijeće će zatražiti očitovanje od nakladnika televizija i pružatelja elektroničkih publikacija za koje je utvrđena sumnja da su pri izvještavanju o navedenom slučaju prekršili odredbe Zakona o elektroničkim medijima i Pravilnika o zaštiti maloljetnika."

NEKOLIKO SAVJETA LIJEČNICIMA KAKO ISTUPATI U JAVNOSTI I MEDIJIMA

Gotovo svi liječnici mogu doći u priliku za javni nastup, a neki i za nastup u sredstvima ili „medijima“ javnog priopćavanja, odnosno masovnih komunikacija kao što su tisak, radio, televizija, razne publikacije, internet. Vještina javnog nastupa može se uvježbati i poboljšati, a u tome mogu pomoći činjenice i savjeti u ovom članku prikupljeni iz iskustava, predavanja na poslijediplomskom studiju iz epidemiologije, publikacije „Liječnici i javnost“ HLZ-a i američke knjižice Odjela za zdravlje i ljudske resurse „Komuniciranje u kriznom stanju – smjernice za kriznu komunikaciju za javne dužnosnike“.

Za istupe medicinara u medijima mogu biti dva glavna razloga: u svrhu informiranja, zdravstvenog odgoja i preventive, ili u svrhu informiranja javnosti prilikom nekog incidenta ili neželjenog događaja. Govor u ovu drugu svrhu može imati i značajke krizne komunikacije. Za dobru komunikaciju između liječnika i novinara, odnosno medija, dobro je da liječnici znaju osnovna pravila njihovog funkcioniranja i, obrnuto, kako bi se uspostavila suradnja i izbjegle nesuglasice. Uspostavljanje pozitivnih odnosa s novinarima ključno je za uspjeh komunikacije. Treba znati i razumjeti da novinari obično teže atraktivnosti i senzacionalizmu. S druge strane, publiku i javnost zanima senzacija, a malo koga ne interesiraju zdravstvo, medicina i liječnici. Liječnici teže priopćavanju i edukaciji publike i javnosti. Kada je u pitanju nastup u medijima, postoje dva moralna „zakona“ – jedan je interes pravovremenog (ranog) informiranja javnosti koji je za novinara često (naj)važniji, a drugi uključuje stručnost i struku, zaštitu povjerljivih podataka, etiku. U medicinskim temama treba paziti na

zaštitu liječničke tajne te ugleda i dostojanstva liječnika i medicine.

Savjeti za javni nastup i nastup u medijima

Javni govor se razlikuje od privatnoga govora, ima određene zakonitosti i zahtijeva određene pripreme. Svi govornici imaju više-manje tremu prije javnog nastupa ili nastupa u medijima, koja se može stjecanjem znanja i vještina, iskustvom i pripremom umanjiti na razinu da ne ometa niti umanjuje kvalitetu izvedbe.

Svaki javni govor, ma koliko trajao, prolazi kroz ove faze:

- Prikupljanje podataka i argumenata, formuliranje stava, sadržaja - činjenice, podaci, istraživanja – znanstvena i javnog mišljenja, primjeri, usporedbe, argumenti stručnjaka (*Inventio*)
- Raspoređivanje, distribucija, struktura govora i poruka – uvod, glavni dio, zaključak, ključne poruke (*Dispositio*)
- Odabir stila primjerenog temi i publici, formuliranje riječi, način govora – jezična ispravnost, metafore, slikovitost ili doslovno; treba govoriti

standardnim jezikom, a izbjegavati dijalekt i žargon, objasniti stručne pojmove i kratice; umjesto negativnih riječi bolje je rabiti pozitivne ili neutralne izraze, a ako se pak koristi humor, on treba biti umjeren i primjeren, a potpuno ga treba izbjegavati u vezi sa sigurnošću, zdravljem ili prikazom opasnosti (*Elocutio*)

- Zapamćivanje, uvježbavanje, važnost održavanja kontakta s publikom, čitanje i bilješke samo za dijelove (*Memoria*)

- Akcija, govorna izvedba - boja glasa, izgovor (dikcija), intonacija, tempo, stanke (interpretacija), naglasni sustav – standardni jezik, neverbalni znakovi: mimika i geste, kontakt sa slušačima; javni govor je glasniji, preciznijeg izgovora, sporiji, sa stankama, usmjeren prema slušačima (*Actio, Pronuntiatio*)

Činjenice o medijskoj perspektivi – važne za suradnja s medijima

Novinari i urednici medija:

- ne vole da im netko drugi definira „vijesti“
- nastoje odgovoriti na šest pitanja u svojim tekstovima: tko, kada, gdje, što, kako i zašto (ključna pitanja za sastavljanje obavijesti ili izvještaja)
- činjenice do neke mjere relativiziraju slijedeći načelo informiranja iz više izvora i sučeljavanja dva skupa činjenica ili mišljenja; ponekad je ono što kažete sučeljeno s mišljenjima različitima od Vašega
- ne uvrštavaju uvijek (sve) ono što vi kažete/napišete u konačan tekst/prilog
- imaju određene zadatke i ograničenja

vezana uz popunjavanje prostora i vremena svog medija te rokove objave, što ponekad onemogućuje da kažete/napišete sve što ste željeli ili da autorizirate svoj tekst prije objave

- žele prikupiti što više bitnih informacija za spomenutih šest ključnih pitanja i rano ih objaviti; budite strpljivi, otvoreni, iskreni i suradljivi u odgovaranju; ne uzimajte izravna pitanja osobno i ne prepirite se (možda su ih zbunile informacije koje ste rekli, ili su ih pogrešno shvatili, sjetite se da oni često rade na više tema pa ne mogu sve znati)
- isključivo gledaju na interes za objavu informacije, a i njihov je interes uvijek stvarati vijest.

Savjeti za davanje intervju, izjave i gostovanje u emisiji

- zauzmite stav pomaganja novinaru u obavljanju njegove zadaće
- držite se dogovora - oko javljanja povratne informacije, odgovora, dogovora za emisiju...
- nikad nemojte biti preležerni niti reći/napisati nešto što ne želite da se objavi; izbjegavajte informacije „u povjerenju“ – novinari Vam nisu neprijatelji, ali ni prijatelji, stoga se ne upuštajte u neslužbene razgovore
- ako se dogodi neka hitna i ozbiljna situacija i novinar traži od Vas izjavu, sjetite se da uvijek imate 10-15 minuta za pripremu (ne morate iste sekunde odgovoriti).

Što činiti prije nastupa

pitajte:

- tko će voditi intervju/emisiju
- koje će teme biti obuhvaćene (upozorite koje je vaše područje rada, ako ne odgovara temi ili nemate informacije koje ih zanimaju)
- kakav je format (snima li se ili ide uživo, javljaju li se gledatelji/slušatelji s pitanjima) emisije i koliko će trajati

Kodeks medicinske etike i deontologije NN 139/15

LIJEČNIČKA TAJNA

2. Obveze prema pacijentu/bolesniku

Članak 2.

14. Sve ono što je liječnik saznao obavljajući svoj posao, smatra se liječničkom tajnom. Liječnik ju je obavezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, ako to pacijent/bolesnik zatraži, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi. Čuvanje liječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o pacijentu prenose, obrađuju i pohranjuju.

Sapienti sat!

- koliko će biti sugovornika i tko su drugi sugovornici
- možete predložiti i druge osobe za sugovornike
- dobro se pripremite i uvježbajte
- za televizijski nastup odaberite odgovarajuću odjeću i obuću, primjereno temi i tipu emisije (općenito se za TV nastup preporuča izbjegavati uzorke poput prugica ili točkica koje na ekranu „titraju“ i zamaraju oči, prevelik ili prenatravan nakit, jer se skreće pozornost na nakit s onoga što govorite); informirajte se o načinu snimanja radio emisije – neke radijske emisije imaju i TV prijenos.

Što činiti za vrijeme nastupa na radiju ili televiziji

- budite iskreni i točni; iznesite i ponavljajte ključnu poruku, ali najviše tri glavnih poruka
- navedite razlog kad ne možete govoriti o nekoj temi
- ako neke podatke/odgovore nemate, ponudite da ćete ih potražiti
- na osjetljiva pitanja i teme o kojima ne želite razgovarati, upotrijebite „premoštavanje“ – primjerice „Ovo je odlično pitanje, no dopustite da Vam, prije nego odgovorim, kažem nešto o ...“ ili „Prije nego odgovorim na ovo pitanje želio/ljela bih skrenuti pozornost na/naglasiti...“

- ako u TV emisiji sjedite, pazite kako sjedite i držite noge (ne preležerno i pazite kako vam odjeća „stoji“ kod sjedenja...).

Što ne treba činiti

- nemojte govoriti o temi izvan Vaše struke ili koja nije bila najavljena – ne dajte se navesti na druga područja rasprave
- nemojte zahtijevati određenog novinara/voditelja prilikom nastupa u medijima (ne određujete vi raspored)
- ne zahtijevajte da Vam se postavljaju određena pitanja (no možete davati prijedloge za izmjene, s obrazloženjem zašto je to važno)
- nemojte reći da o nekim pitanjima ili temama ne želite razgovarati ili pisati (ne govorite ili ne pišite „bez komentara“ ili „nemam komentara“)
- ne zahtijevajte da se vaše izjave ne dotjeruju niti da se objavi sve što ste rekli, a niti da pregledate članak prije objave (često nema vremena ni mogućnosti za autorizaciju teksta ili priloga); ne zahtijevajte da se odgovor koji ste dali ne objavi, možete to samo zamoliti i objasniti zašto
- ne govorite u ime drugih, nego samo u svoje ime.

 Prim. TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr.med., spec. epidemiologije

KAMPANJA POVODOM SVJETSKOG TJEDNA GLAUKOMA 2019.



Hrvatska oftalmološka zajednica priključila se Svjetskoj glaukomoj organizaciji, od 2008. godine, u obilježavanju Svjetskog tjedna glaukoma i borbi protiv glaukoma čiji je krajnji ishod – sljepoća. Zbog nedostataka simptoma ova bolest poznata je u svijetu kao „tihi ubojica vida“. Nositelj ovog projekta za Hrvatsku je Referentni centar za glaukom Ministarstva zdravstva RH koji se nalazi na Klinici za očne bolesti KBC Sestre milosrdnice.

Kampanje u Hrvatskoj, koje su ocijenjene među najboljima u svijetu od strane krovnih organizacija, temeljile su se na otvorenim vratima klinika i oftalmoloških ambulanti uglavnom u javnozdravstvenim ustanovama, dok se u kasnijim godinama priključio i privatni dio zdravstva. Proširenjem aktivnosti i na javne površine pregledano više od 7.000 građana. Medijske kampanje, koje su uključivale jumbo plakate, tekstove u dnevnom tisku, 100.000 edukativnih brošura svake godine, video materijal, gostova-

nje oftalmologa u emisijama radija i televizije te potporu poznatih osoba iz javnog života, približile su glaukomsku bolest hrvatskoj javnosti i ukazale na važnost ranog otkrivanja i pravovremenog liječenja. Svake godine Svjetski tjedan glaukoma završava okupljanjem liječnika na međunarodnom simpoziju „Glaucoma Codes“ koji se sastoji od predavanja eminentnih međunarodnih i hrvatskih stručnjaka na temu glaukoma, stručnih rasprava, tečajeva i radionica.

Na temelju dosadašnjeg modela od 10. do 16. ožujka ove godine obilježen je

tjedan glaukoma u 24 hrvatska grada. Više od 100 oftalmologa aktivno je sudjelovalo u Bjelovaru, Dubrovniku, Čakovcu, Gospiću, Karlovcu, Kninu, Koprivnici, Našicama, Novoj Gradiški, Ogulinu, Osijeku, Požegi, Puli, Rijeci, Sisku, Slavonskom Brodu, Splitu, Šibeniku, Varaždinu, Vinkovcima, Virovitici, Zadru, Zagrebu i Županji.

4. međunarodni simpozij „Glaucoma Codes“ održan je u Zagrebu, gdje su uz međunarodne i domaće stručnjake iz područja glaukoma sudjelovali i oftalmolozi drugih subspecijalnosti raspravljajući o temi sekundarnih glaukoma.

Višegodišnja suradnja oftalmološke zajednice rezultirala je podizanjem razine svijesti među građanima i liječnicima. U oftalmološkim središtima zabilježen je porast za između 30 i 40 % preventivnih pregleda rizičnih skupina, pa je tako i veći broj novootkrivenih bolesnika u ranoj fazi glaukomskog oštećenja.

Doc. dr. sc. Mia Zorić Geber,

voditeljica Referentnog centra za glaukom Ministarstva zdravstva RH

“1956. godine na Klinici za očne bolesti KBC-a Sestara milosrdnica započinje s radom Kabinet za glaukom, kojega je osnovala doc. dr. sc. Sonja Jurković Pagon. U to vrijeme bio je jedini oftalmološki kabinet te vrste u zemlji. 50 godina poslije, kao rezultat dugogodišnjeg napornog i nesebičnog rada generacija oftalmologa ove klinike, u svom znanstvenom i stručnom radu Ministarstvo zdravstva je 30. lipnja 2006. godine Klinici za očne bolesti KBC-a Sestara milosrdnica dodijelilo naslov Referentnog centra za glaukom Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske.”

U ŠIBENIKU O NOVIM IZAZOVIMA U PEDIJATRIJI I TRANZICIJSKOJ MEDICINI

U Šibeniku je od 1. do 3. ožujka održan 5. Tečaj «Novi izazovi u prevenciji bolesti dječje dobi: racionalna dijagnostika i liječenje». Organizator Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a, voditeljica doc. prim. dr. sc. **Irena Bralić**, sudionika oko 250. Održana su četiri masterclassa na kojim su prezentirane najnovije svjetske smjernice, a u pratećim radionicama interaktivno su obrađivane opcije racionalne dijagnostike i liječenja te vještine postupanja. Na Tečaju su predstavljene i dvije knjige urednice Irene Bralić i suradnika (izdavač Medicinska naklada); priručnik «Racionalna dijagnostika i liječenje u pedijatriji» i sveučilišni udžbenik "Tranzicijska medicina", kojemu je MEF u Splitu dodijelilo nagradu za **najbolje nastavno štivo** u 2018.

U «jedinstvenom i vizionarskom djelu», kako je istaknuto u recenziji i na promociji, tranzicija zdravstvene skrbi multidisciplinarno je i holistički analizirana. Razumijevanje zdravstvenih potreba zdrave i kronično bolesne djece u fokusu su uspješne tranzicije. Naime, prelazak iz pedijatrijske zdravstvene zaštite fokusirane na dijete u adultnu zdravstvenu skrb u praksi često rezultira lošijim početnim nadzorom same bolesti te stresom za kronično bolesno dijete i njegovu obitelj, ali i za zdravstvene djelatnike. Hrvatska, kao i mnoge druge zemlje, nema sustavno riješen proces tranzicije, već se uglavnom u praksi svjedoči jednokratnom transferu iz jedne u drugu zdravstvenu djelatnost. U udžbeniku 30 vodećih hrvatskih stručnjaka iznosi recentne naputke i smjernice temeljene na znanstvenim dokazima. Tranzicija je prijelomno razdoblje i za kirurške kronične bolesnike, a udžbenik daje uvid kako i njima pomoći da se spriječi invalidnost i da se dosegne najveća moguća kvaliteta života.

Tranzicija na djelu je na osebujan način prikazana i na ovom Tečaju predavanjem "Pediatric kidney transplantation through the world" koje je održao prof. **Pierre Cochat** iz Lyona, i iznošenjem iskustva prim. **Jasne Slaviček** iz Zavoda za pedijatrijsku nefrologiju KBC-a Zagreb.



Na Tečaju je održan i sastanak Sekcije specijalizirane pedijatrije, što ohrabruje u vremenu čestog odlaska mladih liječnika u inozemstvo. Na seminaru specijalizantskih vještina, oni su prikazali vlastite radove, za što su nagrađeni gratis kotizacijama za Tečaj 2020.

Osebnim «Podnevnim divertimentom» Šibenska narodna glazba, koja je upravo proslavila 171. godinu neprekidnog djelovanja, podsjetila je pedijatre na neke od najvećih glazbenih hitova. Idući, 6. Tečaj, najavljen je za početak ožujka 2020. godine.

Doc. prim. dr. sc. **Joško Markić**, predsjednik Ogranka Split Hrvatskog pedijatrijskog društva



ULOGA REFERENTNIH LABORATORIJA U DIJAGNOSTICI I PRAĆENJU INFEKCIJE VIRUSOM ZAPADNOG NILA

Hrvatska je 2018. godine zabilježila do sada najveću epidemiju bolesti uzrokovane virusom Zapadnog Nila (WNV, od eng. West Nile virus). Prvi klinički slučajevi ove bolesti opisani su 2012. godine u istočnim županijama, nakon čega se bolest stalno pojavljuje sporadično ili epidemijski na području cijele kontinentalne Hrvatske. Osim u ljudi, protutijela na WNV dokazana su i u sentinel životinja (konji i perad), a 2018. godine je WNV infekcija prvi put potvrđena i u divljih ptica.

WNV infekcija je tipična zoonoza čiji su prirodni domaćini različite vrste ptica, a prenositelji komarci roda *Culex*. Iako većina infekcija prolazi bez simptoma (80 %), u oko 20 % zaraženih osoba se infekcija očituje vrućicom, ponekad praćenom osipom (groznica West Nile), a manje od 1 % oboljelih, većinom starijih i imunokompromitiranih osoba, razvije infekciju središnjeg živčanog sustava (meningitis, encefalitis, mielitis). Smrtnost kod ovog oblika bolesti može iznositi do 10 %.

Javnozdravstveni značaj WNV-a prepoznat je u cijelom svijetu kroz suradnju različitih stručnjaka u okviru koncepta "Jedno zdravlje". Na području Hrvatske se prisutnost WNV-a prati dulji niz godina, no sustavno aktivno praćenje započelo je osnutkom Referentnog centra (RC) Ministarstva zdravstva za dijagnostiku i praćenje virusnih zoonoza pri Odjelu za virologiju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), unutar kojeg se nalazi i Nacionalni referentni laboratorij za arbovire. Voditeljica RC-a je doc. dr. sc. Tatjana Vilibić Čavlek. S obzirom da se radi o virusnoj zoonozi, Programom kontrole flavivirusa prati se infekcija WNV-om i u životinja (konji, perad i ptice). Epizootička istraživanja provode se u ustanovama za veterinarsku medicinu koje su i suradne ustanove RC-a: u Veterinarskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (prof. dr. sc. Ljubo Barbić, doc. dr. sc. Vladimir Stevanović) i Hrvatskom veterinarskom institutu (doc. dr. sc. Vladimir Savić).

HZJZ je nositelj i četverogodišnjeg projekta koji financira Hrvatska zaklada za znanost: "Prevalencija i molekularna epidemiologija emergentnih i re-emergentnih neuroinvazivnih arbovirusnih infekcija na području Hrvatske"; CRONEUROARBO (voditeljica: doc. dr. sc. Tatjana Vilibić Čavlek), koji je započeo u ožujku 2017. U ovom interdisciplinarnom projektu sudjeluje 11 suradnih ustanova te 30 stručnjaka različitih struka kao što su mikrobiolozi, infektolozi, epidemi-



Referentni centar Ministarstva zdravstva za dijagnostiku i praćenje virusnih zoonoza, HZJZ

Slijeva: Ljiljana Antolašić, med.lab.inž.; Snježana Artl, med.lab.inž.; dr.sc. Irena Tabain, dr.med.; Vesna Šeperić, lab.tehn.; Mirela Josipović, lab.tehn.; doc.dr.sc. Tatjana Vilibić Čavlek, dr.med.; Ljiljana Mišić, med.lab.inž.; Nataša Bauk, mag.mol.biol.; Maja Bogdanić, dr.med.

olozi, veterinari, biolozi i šumari. Cilj je projekta odrediti proširenost i klinički značaj infekcija koje prenose člankonošci (komarci i krpelji) na području Hrvatske kao što su infekcija WNV-om, krpeljni encefalitis, infekcije uzrokovane virusima Usutu, Toscana i Tahyna, kao i praćenje unesenih infekcija u putnika povratnika iz endemskih područja (dengue, chikungunya i Zika virusna infekcija). Uz dokaz virusa u ljudi i životinja, kako bi se odredila rasprostranjenost virusa u vektorima, prikupljaju se komaraci i krpelji koji se pretražuju na prisutnost spomenutih virusa.

Osim sa suradnim ustanovama u Hrvatskoj, naš Referentni centar za dijagnostiku i praćenje virusnih zoonoza više godina uspješno surađuje i s ustanovama u inozemstvu kao što su Referentni centar za arbovire i virusne hemoragijske groznice pri Institutu za mikrobiologiju i imunologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Ljubljani Svjetske zdravstvene organizacije (akad. Tatjana Avšič-Županc, dr. sc. Miša Korva), Veterinarski fakultet Sveučilišta u Ljubljani (prof. dr. sc. Ivan Toplak) te Naučni institut za veterinarstvo u Novom Sadu (dr. sc. Tamaš Petrović). U suradnji s Hrvatskim veterinarskim institutom (dr. sc. Eddy Listeš, Veterinarski zavod Split) - uspostavljena je i suradnja s OIE Referentnim centrom za West Nile virus u Teramu, Italija (dr. sc. Giovanni Savini).

doc. dr. sc. Tatjana Vilibić Čavlek,
e-mail: tatjana.vilibic-cavlek@hzjz.hr

Budite **doktor** **nove generacije** koji će graditi **zdravstvo** **budućnosti!**



Ekskluzivna radionica uspješne komunikacije 2 dana, 2 predavača

14.-15.5.2019.

17.30 - 20.30

- Timski rad
- Efikasna komunikacija s kolegama
- Empatična komunikacija s pacijentima

Edukatori:



Matej Sakoman

Magistar i profesor psihologije,
HR konzultant



Fran Mikulić

MBA, konzultant i mentor

Kotizacija 970 kn + PDV

Mjesto održavanja: Edukacijski centar Bagatin Akademije, Ulica grada Vukovara 269G/II kat

Info@bagatinakademija.hr • www.bagatinakademija.hr

NA OVOGODIŠNJOJ E-BIZ KONFERENCIJI I O DIGITALNOM ZDRAVSTVU

U okviru ovogodišnje E-Biz konferencije posvećene digitalnom društvu predavanje u okviru teme digitalno poslovanje i zdravstvo pod naslovom „Broj i struktura liječnika u RH, prijedlozi za unapređenje stanja“ održao je voditelj Ureda za stručno-medicinske i međunarodne poslove Hrvatske liječničke komore Ivan Bekavac dr. med.

Na konferenciji koja je održana u Zagrebu od 25.-27. ožujka 2019., sudjelovalo je oko 150 polaznika, stranih i domaćih stručnjaka koji si održali brojna predavanja, radionice i panel rasprave.

Predavanje Ivana Bekavca, dr. med.

Svakodnevno svjedočimo interesu javnosti za brojem liječnika dostupnih pacijentima u zdravstvenoj zaštiti. Svakolika javnost prepoznaje značaj takvog interesa. Pacijenti osjećaju nedostatak liječnika, kao i drugih zdravstvenih radnika. Prati li interes države ranije spomenuti interes građana? Suvremena Europa, ali i razvijene zemlje svijeta s radošću dočekuju stotine hrvatskih kolegica i kolega liječnika koji su privremeno ili trajno napustili domovinu. Kolegice i kolege odlaze s osjećajem gorčine jer društvo prepoznaje nedostatak liječnika, a istodobno liječnici ne prepoznaju mjere kojima to isto društvo želi potaknuti liječnike na ostanak.

Koliko je Hrvatska zanimljivo odredište za poslovni nastan i život govori statistika Hrvatske liječničke komore. Redovito ažuriranje digitaliziranih podataka o članovima liječnicima



unazad dvije godine omogućuje nam precizno praćenje liječničkih migracija, kao i slojevitom analizu zbivanja po razinama zdravstvene zaštite, regijama zdravstvenog planiranja, raznim specijalnostima, te dobno-spolne različitosti. Zbir navedenih podataka, kao i ukupnost brojnih drugih poput karakteristika radnog opterećenja, te unutarnjih migracija na dnevnoj i trajnoj bazi prikazan je promotivno na Saboru hrvatskog liječništva krajem prethodne godine u Rovinju predstavljanjem prvog Demografskog atlasa hrvatskog liječništva, kapitalnog i antologijskog djela u izdanju Hrvatske liječničke komore koje je udarilo neizbrisiv pečat tekućem mandatu uprave Hrvatske liječničke komore. Demografski atlas hrvatskog liječništva ostao je pisani temelj podatkovnog upravljanja u svrhu praćenja trendova u našem liječništvu. Spomenuti digitalni i pisani napor Hrvatske liječ-

ničke komore i danas početkom 2019. godine nema konkurencije na domaćem terenu, te je neizostavni alat svake ozbiljne namjere planiranja zdravstvenih potreba našeg pučanstva. Nalazeći u digitalnoj bazi podataka o liječnicima potrebne informacije o interesu i kretanju naših liječnika, ali i stranaca za obavljanjem liječničkog zvanja u Hrvatskoj može se pretpostaviti trend migracija u nadolazećem razdoblju, te jedino tako moguće ispravno planirati donošenje i provedbu mjera u okviru nacionalnog plana zdravstvene zaštite. Trend migracija bit će svakako uvjetovan i pripremom i provedbom poticajnih mjera za ostanak liječnika, gdje je Hrvatska liječnička komora u proteklom razdoblju zdravstvenoj administraciji ponudila novu paradigmu razmišljanja i shvaćanja zdravstvene stvarnosti s naglaskom na pitanje o(p)stanka i razvitka djelatnosti liječništva, te isto planiramo činiti i u godinama pred nama.

55 godina Zavoda za nuklearnu medicinu KBC-a SESTRE MILOSRDNICE



Pozdravni govor doc. dr. MAJE FRANCESCHI

Zavod je 19. listopada 2018. obilježio 55. obljetnicu svog osnutka i rada. Svečani skup održan je u Palači HAZU-a u Zagrebu u organizaciji Klinike za onkologiju i nuklearnu medicinu KBC-a Sestre milosrdnice, Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Hrvatskog društva za nuklearnu medicinu i Hrvatskog društva za štitnjaču HLZ-a, a pod pokroviteljstvom HAZU-a.

Skup su otvorili akademik Zvonko Kusić, tadašnji predsjednik HAZU-a, akademik Marko Pećina, tajnik Razreda za medicinske znanosti HAZU-a i doc. dr. Maja Franceschi, pročelnica Zavoda i predsjednica Organizacijskog odbora. Na skupu je sudjelovalo oko 200 sudionika iz Hrvatske i inozemstva. Nakon svečanog dijela Skupa održan je "Peti sastanak Hrvatskog društva za nuklearnu medicinu s međunarodnim sudjelova-

njem". Pozvana predavanja održali su istaknuti znanstvenici iz inozemstva: prof. dr. Peter Bartenstein (München), prof. dr. Sergej Hojker (Ljubljana) te prijašnji djelatnici Klinike, prof. dr. Dinko Franceschi (New York) i prof. dr. Karin Knešauerek (New York).

Razvoja nuklearne medicine u KBC-u Sestre milosrdnice predstavila je doc. dr. Maja Franceschi, a potom su dodijeljena priznanja dugogodišnjim djelatnicima Zavoda, suradnim ustanovama i znanstvenicima.

Zavod je nastao 1963. iz Odsjeka za primjenu radioizotopa Zavoda za radiologiju MEF-a u Zagrebu. Osnivač Klinike i dugogodišnji predstojnik bio je akademik Šime Spaventi. Naslijedio ga je 1990. akademik Zvonko Kusić i pod njegovim vodstvom Klinika se nastavila razvijati uvođenjem nove opreme i zapošljavanjem novih djelatnika raznih specijalnosti.

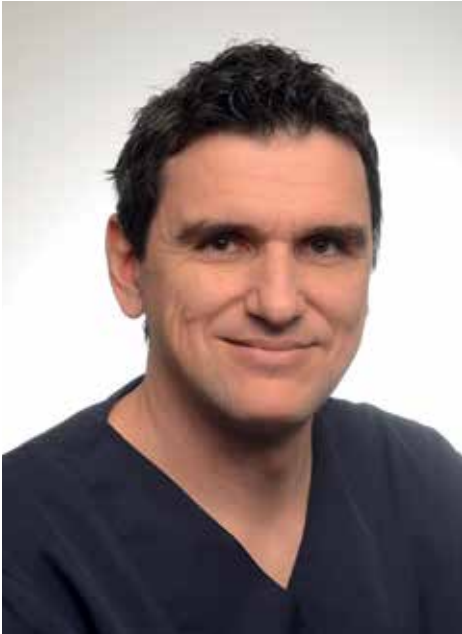
U Zavodu se obavljaju najsloženiji postupci nuklearno-medicinske dijagnostike svih organskih sustava, liječenje, znanstveno istraživački rad i sveučilišna nastava, a na Klinici djeluju Katedra za nuklearnu medicinu i Katedra za kliničku onkologiju MEF-a u Zagrebu, Katedra za imunologiju i Katedra za onkologiju Stomatološkog fakulteta u Zagrebu. U Klinici rade 22 doktora znanosti, 3 sveučilišna profesora, 3 docenta i 5 primariusa. Klinika je Referentni centar za bolesti štitnjače, Referentni centar za melanom uz Kliniku za kožne i spolne bolesti i Referentni centar Ministarstva zdravlja za imunodijagnostiku i imunoterapiju solidnih zloćudnih tumora. Klinika usko surađuje s brojnim institucijama u zemlji kao i prestižnim znanstvenim i medicinskim centrima u Europi i svijetu. U Klinici se održava cjelokupni program specijalizacije iz nuklearne medicine i specijalizacije iz radioterapije i onkologije, provodi više od 10 domaćih i međunarodnih projekata i kliničkih studija. Godišnje djelatnici Klinike objave više od 50 znanstvenih radova u domaćim i stranim časopisima te priređuju brojne znanstvene i stručne skupove. Djelatnosti nuklearne medicine i onkologije u jednoj Klinici dovelo je do multidisciplinarnog pristupa dijagnostici, liječenju, praćenju i istraživanju malignih bolesti i omogućilo cjelokupnu skrb za onkološke bolesnike, po uzoru na suvremene ustanove u svijetu.

 Dr. MATIJA ROMIĆ

romicmatija1@gmail.com

Dr. sc. Miro Šimun Alebić

o stručnom radu za koji je nagrađen „medicinskim Oscarom“



Uloga zdravstvenih djelatnika bi bilo da vlastitim aktivnostima u populaciji govore o fiziološkim zadanostima reprodukcije, tj. da produljavanje života za žene, barem još za sada, ne znači i produljavanje reproduktivnog razdoblja.

Specijalist ginekologije i porodništva, subspecijalist humane reprodukcije dr. sc. Miro Šimun Alebić iz poliklinike „Podobnik“ dobio je koncem prošle godine International Medis Awards for Medical Research, svojevrsnog Oscara u medicini kojega svake godine dodjeljuje stručni žiri istoimene međunarodne institucije za najbolja aplikativna medicinska postignuća. Priznanja Medis Awardsa postala su tijekom pet godina sinonim za izvrsnost u zdravstvu jer se njima nagrađuju najbolji liječnici i farmaceuti srednje i jugoistočne Europe. Dr. Alebić se u svom radu za koji je nagrađen bavio liječe-

njem neplodnosti kod pacijentica i istraživanjem odnosa razine antiMüllerovog hormona i broja antralnih folikula.

Ta dva, danas najšire prihvaćena biljega ovarijske rezerve, tj. broja preostalih jajnih stanica, u većine pacijentica slično procjenjuju stanje njihove zalihe. Okolnost nesuglasja tih dvaju biljega u procjeni zalihe jajnih stanica do sada je objašnjavana razlikama u metodama određivanja hormona, ultrazvučnoj opremi kojom se određuje broj antralnih folikula, *inter-observer* razlikama i slično. Svojim smo istraživanjem na više od 1000 pacijentica, koje je pregle-

dao jedan istraživač i uz kontrolirane laboratorijske uvjete, ustanovili da se ova nesuglasja javljaju i u takvim uvjetima i to u pacijentica s određenim kliničkim i biokemijskim značajkama. U kliničkom radu to može olakšati odabir terapijskog smjera i u konačnici skratiti put do željenog cilja, objašnjava dr. Alebić.

Na tvrdnju kako je trend u svijetu, pa tako i u Hrvatskoj, da se žene što kasnije odlučuju za majčinstvo, dr. Alebić odgovara kako živimo u društvenim okolnostima koje favoriziraju odgađanje majčinstva. Uzroci tome su brojni, dugo prisutni i suprotno uvriježenom mišljenju globalni, tj. nisu ograničeni samo na razvijene zemlje. Pomaci u suprotnom smjeru traže uključivanje društva u cjelini i neće se dogoditi preko noći. Uloga zdravstvenih djelatnika bila bi da vlastitim aktivnostima populaciji objašnjavaju fiziološke zadatosti reprodukcije, tj. da produljavanje života za žene, barem još za sada, ne znači i produžavanje reproduktivnog razdoblja. U tom smislu potrebno je sagledavati i prezentirati tehnološke mogućnosti u realnim okvirima, odnosno, ukazivati na tehnološke mogućnosti koje su svakim danom sve veće, ali i na njihova ograničenja. Life style mediji neosporno utječu na kreiranje mišljenja, a u njima ćete naći vijesti o poznatim osobama koje su u poznoj reproduktivnoj dobi ostvarile želju

REZULTATI NAŠIH ISTRAŽIVANJA NA VIŠE OD 1000 PACIJENTICA U KLINIČKOM RADU OLAKŠAVAJU ODABIR TERAPIJSKOG SMJERA I U KONAČNICI SKRAĆUJU PUT DO ŽELJENOG CILJA – TRUDNOĆE.

za majčinstvom. Međutim, rijetko se naglašava činjenica da je to već time što je to vijest, po definiciji, rijetko. S obzirom na vrijeme u kojem živimo, u kojem uglavnom prolaze samo kratke vijesti, možda bih mogao savjetovati sloganom - bolje ikad nego nikad, ali i bolje prije nego kasnije, ističe dr. Alebić.

Govoreći o radu u privatnoj klinici i o suradnji s kolegama u javnim zdravstvenim ustanovama i onima u inozemstvu, navodi da je u ustanovi u kojoj radi naišao na razumijevanje i znanstveni interes. Ljude s kojima surađujem biram po njihovim sposobnostima i vlastitim znanstvenim i stručnim ostvarenjima te strasti koju pokazuju za zajedničke projekte, a ne prema mjestu ili zemlji otkuda su ili instituciji gdje rade. Zahvalan sam da je taj broj širok i što raste pa se nadam da ćemo i ubuduće realizirati neki od projekata koji su sada u fazi ideje. Istovremeno, bio bih i sretniji kada bi na isti način djelovali i formalni znanstveni sustavi.

Za izvrsna postignuća potrebni su dobar tim i oprema

Po njegovoj ocjeni, Hrvatska u borbi protiv neplodnosti, u odnosu na razvijene zemlje, zaslužuje pozitivnu ocjenu.

Legislatura osigurava okvir u kojem struka može raditi, što kod nažalost nije uvijek tako. Osiguranici javnog zdravstvenog osiguranja imaju prava koja su u usporedbi s drugim zemljama iz bližeg i daljeg okruženja na zavidnoj razini. Postoji sustav nadzora nad klinikama koje se bave ovom djelatnošću, a rezultati koji se postižu su usporedivi s inozemnim okruženjem, s obzirom na to da donacijski program tek treba razviti.

Trenutak kad ugledam trudnoću u maternici i registriram cirkulaciju u plodu svakako je poseban i svaki put me iznova ispuni zahvalnošću i osjećajem postignuća, odgovara na pitanje kako se osjeća kada pacijentici koja je dugo pokušavala zatrudnjati priopći radosnu vijest. No, nisam baš sklon patetici i zato što znam da reprodukcijski selekcijski mehanizam ne zavr-

šava samim nastupom trudnoće. Zato smo svi na oprezu, sve dok se trudnoća ne završi porodom zdravog djeteta. Tada možemo reći da smo pomogli našim pacijentima jer im cilj nije trudnoća nego dijete.

Za izvrsna postignuća potrebni su dobar tim i oprema i mogu reći da smo spremni odgovoriti svim izazovima. Pratimo znanstvene i tehnološke smjernice, stalno usvajamo nove spoznaje i metode kako bismo zajedno s pacijenticama došli do željenog cilja. Ako ne uspijemo, sve nas zajedno barem donekle tješi spoznaja da smo pokušali sve što je bilo moguće, ističe dr. sc. Miro Šimun Alebić.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

SVI SMO NA OPREZU SVE DOK SE TRUDNOĆA NE ZAVRŠI PORODOM ZDRAVOG DJETETA. TADA MOŽEMO REĆI DA SMO POMOGLI NAŠIM PACIJENTICAMA, JER IM CILJ NIJE TRUDNOĆA NEGO DIJETE.

U KBC-U OSIJEK USAVRŠAVANJE LIJEČNIKA IZ CIJELE HRVATSKE O ANASTOMOZI ŽILA

Nakon što su nabavljene sonde za laser, od rujna prošle godine u KBC-u Osijek se na uputnicu obiteljskog liječnika obavlja laserska ablacija vena, što se do sada na uputnicu obavljalo samo u KBC-u Zagreb.

Zahvat se u KBC-u Osijek obavlja svakog ponedjeljka kada se u operacijskoj dvorani nađu i do četiri pacijenta, a specijalisti koji su posebno obučeni upravo za te zahvate, mladi su osječki vaskularni kirurzi

Vedran Ivković i Vedran Vrgoč. Rezultati zahvata laserom bolji su nego klasičnim načinom rješavanja vena i radi se u lokalnoj anesteziji, a već se drugi dan pacijent otpušta iz bolnice. Zahvat se obavlja na uputnicu HZZO-a nakon što liječnici doplerom utvrde dijagnozu i indiciraju zahvat. Lista čekanja u KBC-u Osijek je trenutačno do dva mjeseca, a među pacijentima je sve više mlađih osoba, i to oba spola.

Osječki kardijalni i vaskularni kirurzi udružili su se u udrugu koja je krajem ožujka u osječkoj bolnici organizirala radionicu anastomoza žila. Riječ je o prvoj takvoj radionici u Hrvatskoj, na kojoj mladi specijalizanti i specijalisti imati prilike vježbati spajanje krvnih žila i to na protezama, ali i na svinjskim srcima. Okupilo se petnaestak sudionika i osam predavača.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Nastava i programi na medicinskim fakultetima prilagođeni zakonskoj regulativi, Direktivi EU i zajedničkom Katalogu znanja i vještina

Ostalo je manje od dva mjeseca kada će s hrvatskih medicinskih fakulteta izaći prva generacija diplomiranih doktora medicine koji nemaju obvezu pripravničkog staža ni stručnog ispita, te se ponovo aktualizira tema je su li tijekom školovanja studenti stekli potrebna znanja i vještine kako bi bili spremni samostalno obavljati liječnički posao. Ukidanje pripravničkog staža posljedica je ulaska Hrvatske u EU i prilagođavanje europskoj regulativi, a sve je bilo s ciljem da se mladim liječnicima olakša i ubrza ulazak na tržište rada. Od 2013. kada je Hrvatska i ušla u punopravno članstvo EU-a četiri hrvatska medicinska fakulteta imala su obvezu prilagoditi nastavni program upravo na način da studenti steknu što više stručnih i praktičnih znanja i vještina. Svi fakulteti sveučilišni studijski program medicine uskladili su sa Zakonom o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija i s Direktivom 2005/36/EC o priznavanju stručnih kvalifikacija. No, ipak u anketi provedenoj prije nešto manje od dvije godine studenti završnih godina medicinskih fakulteta u zagrebu, Rijeci i Osijeku, u velikoj većini, gotovo njih 95 posto izjasnili su se da tijekom studija nisu stekli dovoljno praktičnih znanja i vještina i da im je pripravnički staž neophodan. Ministarstvo zdravstva poziva se na potpisane obveze i kaže da se to ne može mijenjati, no ipak radi na izradi Pravilnika kojim bi se regulirao rad pod nadzorom doktora medicine bez specijalizacije, ali samo za one koji to žele. Pod nadzorom mentora mogli bi na određeno vrijeme raditi u djelatnosti obiteljske (opće) medicine, u djelatnosti hitne medicine i u gradovima i u djelatnosti hitne medicine koju obavlja bolnička zdravstvena ustanova u okviru objedinjenog hitnog bolničkog prijma.

Pravilnik bi uskoro trebao biti upućen na e-savjetovanje.

U javnosti su se čule i kritike i na račun medicinskih fakulteta po kojima se nisu uspjeli reorganizirati i tijekom šestogodišnjeg studija studentima osigurati više programa za stjecanje potrebnog stručnog znanja i vještina. No, s fakulteta poručuju da takve ocjene ne stoje jer da su nastavu prilagodili zakonima i europskoj Direktivi, bez čega, kažu, ne bi ni mogli dobiti dopusnice za rad. Tako na zagrebačkom MEF-u studenti svih šest godina imaju obavezan predmet „Temelji liječničkih umijeća“ kao i stručnu praksu. Na trećoj godini je obavezan predmet „Klinička propedeutika“, a na 6. godini obvezno je dežurstvo u hitnom prijemu, odlazak na teren....

Dakle, program smo prilagodili, kaže u razgovoru za Liječničke novine prodekan za nastavu MEF-a Zagreb prof. dr. sc. **Sven Seiwerth**, navodeći da su dodani sati za praktičnu nastavu, za obiteljsku medicinu, praksu na terenu što ukupno iznosi 6000 sati godišnje ili 30 sati po studentu. Generalni problem je u tome što pojedinci koji kritiziraju nastavni program ne razumiju da nastava na fakultetu nikako ne može biti zamjena za pripravnički staž. Niti jedna država u Europi „ne pušta tek diplomirane liječnike u samostalni kontakt s pacijentima“ već imaju različite oblike organiziranja i stjecanja stručnih znanja i vještina, kaže prof. Seiwerth. Osvrćući se na organizaciju nastavnog programa kojega su morali uvesti, napominje da im novouvedenih 6000 sati godišnje nitko ne plaća već da to nekako uspijevaju pokriti iz vlastitih sredstava.

Osnovna zadaća medicinskih studija je osposobiti studente da kao budući liječ-

nici mogu samostalno djelovati u sustavu primarne zdravstvene zaštite. Raspored predmeta po semestrima omogućuje optimalno usvajanje propisanih znanja i vještina sukladno Katalogu znanja i vještina usvojenome od svih medicinskih fakulteta u RH, a tome su prilagođeni i oblici nastave (predavanja, seminari, vježbe, demonstracije). Konkretno se primjenjuju preporuke iz članka 27. Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija Republike Hrvatske, kako bi osposobljavanje doktora medicine dalo jamstvo da je osoba stekla sljedeća znanja i vještine. Plan i program MEF-a Split zasniva se na shvaćanju medicinske edukacije kao izvora znanja (*knowledge*), vještina (*skills*) i stavova (*attitudes*). Znanja i vještine stječu se postupno u tijeku studija da bi se integrirale u kliničkim rotacijama, koje studentu omogućuju samostalan liječnički rad uz primjeren nadzor. U kliničkim rotacijama na 6. godini student integrira stečena znanja i vještine i primjenjuje ih u svakodnevnom radu, na konkretnim pacijentima. Kliničke rotacije odnose se na četiri medicinske grane: Internističke struke, Kirurške struke, Porodiljstvo i pedijatriju i Obiteljsku medicinu. Kliničke rotacije su nov i suvremen oblik izobrazbe koji u načelu zamjenjuje nekadašnji pripravnički staž s ciljem da student završne godine studija stekne iskustvo samostalnoga liječničkoga rada, navodi se u planu rada MEF-a Split. Nastava na riječkom i osječkom MEF-u organizirana je slično kao i na zagrebačkom.

 **SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ**

OBILJEŽEN 23. DAN NARCISA

STRUČNJACI NAJAVILI PLANOVE ZA JOŠ BOLJU BUDUĆNOST

Edukacijom i podizanjem svijesti o životnoj važnosti prevencije raka dojke obilježen je prvi proljetni vikend koji je protekao u znaku 23. po redu javnozdravstvene akcije Dan narcisa. Brojni liječnici, osobe iz javnog života te stotine građana okupili su se na središnjem događaju na Trgu bana Josipa Jelačića i zajedno poslali poruku ohrabrenja o padu smrtnosti od ove zloćudne bolesti sa 990 na 853 preminulih žena godišnje ali i upozorenje o važnosti prevencije koja može spasiti još više života. Stručnjaci su naglasili i važnost Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka čiji podaci pokazuju da se na mamografski pregled ove godine odazvalo 64 % žena što je najveći odaziv do sada i dodatan vjetar u leđa za još bolje rezultate. Ciljevi ovog programa su smanjiti mortalitet od raka dojke za 15-25%, otkriti rak dojke u početnom stadiju u što većem postotku te poboljšati kvalitetu življenja bolesnica s rakom dojke. "Do pada smrtnosti je došlo zbog opetovanih ciklusa programa ranog otkrivanja raka dojke zato što smo u relativno kratkom vremenu pregledali jako puno žena i samim time povećali vjerojatnost otkrivanja raka dojke u onoj najranijoj fazi. U idućim godinama očekujemo da ćemo skupiti plodove truda i da će smrtnost i dalje padati. U pitanju je i bolja skrb. Naši liječnici, brinu da pacijenti dobiju najbolju terapiju i pravovremeno. Tako se povećava mogućnost da se i otkriveni karcinom izliječi." – zaključila je dopredsjednica Hrvatske lige protiv raka Ilona Sušac dr. med., specijalistica onkologije i radioterapije. Dan narcisa održao se u organizaciji Grada Zagreba, Hrvatske lige protiv raka i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, a pod visokim pokroviteljstvom Predsjednice Republike Hrvatske



Anka Jurišić Kvesić, dr. stom.; prof. dr. Milan Kujundžić, ministar zdravstva RH; Marija Bubaš, dr. med., HZJZ; dr.sc. Iva Franelić Pejnović, predstavnik HLK; prof. dr. Damir Eljuga, predsjednik Hrvatske lige protiv raka

Kolinde Grabar – Kitarović, Hrvatskog sabora, Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, Gradonačelnika Grada Zagreba Milana Bandića i Gradske skup-

štine Grada Zagreba.

Neda Ferenčić Vrbanić, dr.med.,

glavna tajnica Hrvatske lige protiv raka

**Zahvaljujemo se svim partnerima i sudionicima
1. kongresa KOKOZ-a i 3. hrvatskog kongresa
medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem**



KoKoZ
koordinacija komora
u zdravstvu



Blato 1902 d.d.

Jana
VODA S PORUKOM

SVJETSKI DAN BUBREGA I ODABRANE TEME IZ DIJALIZE

✍ KSENIJA VUČUR, LADA ZIBAR

U ožujku, mjesecu obilježavanja Svjetskog dana bubrega, u nas su, kao i u svijetu, pod krilaticom Zdravlje bubrega za svakoga svugdje promovirani načini traganja za podmuklim bubrežnim bolestima koje asimptomatski nerijetko dovode do potrebe za dijalizom i transplantacijom. Program je uključivao animiranje građana na gradskom trgu i predavanja održana tijekom dva dana u prostorijama HLZ-a u Šubićevoj u Zagrebu. Predstavljen je Akcijski plan za rano otkrivanje i sprječavanje kronične bubrežne bolesti u Republici Hrvatskoj, projekt

kojega „nose“ obiteljski liječnici, a koji su imali važnu riječ na ovom simpoziju. Ono što je najvažnije za izdvojiti je da je bubrežna bolest često dio sustavnih ili višeorganskih bolesti pa su i predavanja bila timska, odnosno, o istoj su temi zajednički govorili npr. nefrolozi i hematolog, endokrinolog ili reumatolog. Iako se sve više subspecializiramo, integrativni pristup je ipak najčešće poželjan. Iako svjedočimo sve većoj potrebi za nadomještanjem bubrežne funkcije, raduje činjenica da je bubrežno presađivanje u našoj zemlji zavidno dostupno, osobito u odnosu na ostatak svijeta. Cehovski gledano, ovo je svakako i mjera izvrsnosti brojnih liječnika



mnogih specijalizacija uključenih u transplantacijske programe.

„Odabrane teme iz dijalize“, u organizaciji Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Poliklinike za internu medicinu i dijalizu B. Braun Avitum i Kliničke bolnice Merkur, i ove su godine obogatile repertoar nefroloških događanja. Voditelji Simpozija bili su prof. dr. sc. Mladen Knotek, prim. dr. med. Boris Kudumija i prof. dr. sc. Draško Pavlović. I ovdje su, osim nefrologa (domaćih - prof. Draško Pavlović, Željka Jureković, dr.med., Ivana Kovačević Vojtušek, dr.med., doc. Karmela Altabas, i stranih - prof. Claudia Barth, prof. David Wheeler), predavači bili i iz drugih specijalnosti (doc. Anna Mrzljak; prof. Ines Panjkota Krbavčić) kao i medicinske sestre (Dubravka Mandić, bacc.med.techn.; Ljiljana Peter, back.med.techn.). Za izdvojiti su podijeljena saznanja o novim lijekovima koji „ulaze na vrata“ u liječenju anemije, tzv. peroralni HIF (eng. *hypoxia-inducible factor*) stabilizatori.



Fotografiju ustupio magazin Medix

Prof. Mladen Knotek, predsjednik Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju (sjedi) i David Wheeler, UK (predavač).

MLADI LIJEČNICI SA STAŽEM I ONI BEZ NJEGA

Iako svaki novi životni početak predstavlja izazov i priliku za učenje, istovremeno je i izlet u nepoznato. Bez obzira na to što mladi liječnici po završetku studija imaju za sobom šest godina intenzivnog učenja i proživljavanja medicine, prijelaz iz studentskih klupa u život liječnika predstavlja golem korak u nepoznato i nedovoljno istraženo područje. Postajemo svjesni činjenice da je doba isključivog prikupljanja medicinskog znanja iza nas, a vrijeme našega svakodnevnog stručnog i profesionalnog djelovanja pred nama. Poznato je da je medicina prvenstveno zvanje, poziv kojem se odazovu oni humani koji žele napraviti bolji svijet. Sada shvaćamo da je biti liječnik stvarno zanimanje s radnim vremenom, kolegama, dobrim i lošim stranama, zanimanje koje osigurava egzistenciju i koje nadilazi medicinu.

U jesen 2018., nekoliko mjeseci nakon stjecanja diplome, generacija mladih liječnika koja je u akademskoj godini 2012./2013. upisala fakultet, krenula je s pripravničkim stažem doktora medicine. Taj je staž ustrojen po načelima rekapitulacije znanja i vještina stečenih u dosadašnjem dijelu školovanja te pripreme za samostalan liječnički rad koji slijedi nakon polaganja stručnog ispita. Sada znamo da smo mi posljednja generacija koja nakon završenog medicinskog fakulteta ima obvezu odradivanja petomjesečnog staža. Moramo biti pošten i reći da staž u ovom obliku u kojem se trenutno provodi nije savršen. Možda bi primjerenija bila duža i ponešto drugačije ustrojena izobrazba diplomiranih doktora medicine, kao što je to bilo nekoć. Ipak mislim da se većina kolega slaže da je bilo kakav staž

bolji od nikakvog staža i da se možemo smatrati sretnima što smo izbjegli neizvjesnu budućnost kakva čeka mlade kolege.

Za razliku od kliničkih vježbi, koje se odvijaju prema propisanom planu i programu, na stažu imamo priliku iz prvog reda sudjelovati u svakodnevnom aktivnostima na odjelu, okušati se u administrativnim poslovima, izbliza uočiti međuljudske odnose i vidjeti snalaženje u nepredviđenim situacijama... opet s maksimalnom šansom za iskustveno učenje a minimalnom odgovornošću. Prednost u smislu stjecanja šire slike o stvarnim zahtjevima svake pojedine specijalnosti predstavlja važno iskustvo koje pripravnicima često pomaže pri odabiru buduće specijalizacije. Staž nam također pruža priliku da se praktično upoznamo s onim što ćemo raditi u bliskoj budućnosti, uz prisutnost iskusnog liječnika koji nadgleda sve naše poteze. Još jedna činjenica koja mnogima postane jasna tek tijekom staža jest koliko mi, tek diplomirani liječnici, zapravo znamo. Svi su svjesni svoga neznanja, no potrebno je osvijestiti činjenicu da znamo dovoljno. Potrebno je neo vrijeme da bismo otklonili ideju kako su liječnici nadljudi sa super-sposobnostima. Upravo tijekom staža uviđamo da su liječnici normalni ljudi koji dijagnosticiraju i liječe bolesnike. Oni znaju onoliko koliko su naučili na fakultetu (koji smo i mi završili) te pohađajući stalna usavršavanja, seminare i kongrese (koje ćemo i mi pohađati). Jedina velika razlika između nas, mladih liječnika, i liječnika koje susrećemo u bolnicama i koji nam se s punim pravom nameću kao uzori, jest iskustvo. Savršen način kako započeti stjecanje iskustva jest pripravnički staž.

Jasno je da nitko od nas nije doživio ono što čeka mlade generacije, koje uz diplomu



 **MATEA MRČELIĆ, dr.med.**
mateamrcelic@hotmail.com

dobivaju i licencu i koje ravno iz studentskih klupa moraju obavljati posao s velikom moralnom i zakonskom odgovornošću. Isto tako je jasno da će posljednja generacija stažista i prva generacija liječnika bez staža u isto vrijeme preplaviti tržište rada, tj. natječaje za specijalizaciju. Sve bi to trebalo biti jasno i onima koji mogu u tom pogledu nešto poduzeti, pogotovo uzmemo li u obzir odlazanje mladih liječnika iz Hrvatske u potrazi za prosperitetnijim životom u inozemstvu.

Povremeni i privremeni odlasci u inozemstvo radi edukacije i prikupljanja iskustva dio su profesionalnog života liječnika. No, ako emigracija postane trajno rješenje za sve više mladih ljudi, očito je potreban dijalog o tome kako sustav prilagoditi potrebama onih koji unutar zadanih okvira tek trebaju započeti svoj profesionalni život. Kad se, na kraju, sve zbroji i oduzme, svima nam je najljepše kod kuće, u domovini. Stoga u budućnosti treba mlade liječnike formirati u stručnjake na čijem će se entuzijazmu i predanosti temeljiti daljnji razvoj Republike Hrvatske.

PERCEPCIJA

Percepcija zna biti vrlo zanimljiva. Bolnički doktori misle da obiteljski doktori dobro zarađuju, a ne rade ništa osim propisivanja recepata i uputnica. S druge strane, primarci smatraju da bolnički doktori imaju vrlo malo izvršenje na poslu jer npr. samo jedan dan u tjednu operiraju, jedan dan drže ambulantu, svako jutro obave vizitu i ostalo vrijeme rade u nekoj privatnoj poliklinici. Hitnjaci su uvjereni da imaju toliko posla jer izabrani doktori PZZ-a ne rade ništa, a većina percipira hitnjake kao taksiste koji sve pacijente bez potrebe prevoze u bolnice.

Iako u razgovoru s mnogim kolegama stječem dojam da naše nadležno Ministarstvo nema nikakvu viziju niti strategiju razvoja hrvatskog zdravstva, zasigurno se i tu radi o pogrešnoj percepciji (?). Zdravstvena administracija tvrdi se da su učinjeni veliki pomaci u kvaliteti pružanja zdravstvene zaštite. Tako je npr. izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti krajem prošle godine najavljeno rješenje glavnog problema hrvatskog zdravstva, tj. dosadašnji koncesionari (sada jednostavno „zdravstveni radnik kojem je rješenjem Ministarstva dano odobrenje za obavljanje privatne prakse u ordinaciji“) obvezni su dežurati vikendom i blagdanima (!). Iako su i do sada vikendom i praznicima u tim ordinacijama radili kolege zaposlenici domova zdravlja, sigurno će sada biti puno bolje i značajno će biti smanjen priliv pacijenata na hitne prijeme bolnica (!). Svakom kolegi koji poznaje taj sustav jasno je da neće, jer će na istim mjestima u neopremljenim ordinacijama raditi isti broj kolega kao i do sada. Gdje je tu poboljšanje? Ili ja pogrešno percipiram?

S druge strane, Ministarstvo zasigurno nema pogrešnu percepciju o tome kako će „funkcionalna integracija“ domova zdravlja (čitaj obiteljskih doktora), hitne medicinske pomoći (HMP) i bolnica značajno poboljšati

dostupnost HMP-a. A tko će izvući najveći teret toga? Naravno, zaposlenici domova zdravlja i „zdravstveni radnici kojima je rješenjem Ministarstva dano odobrenje za obavljanje privatne prakse u ordinaciji“ s obzirom na to da svi oni ionako ništa ne rade. Ako kojim slučajem ne vidite, ova ideja reforme nefunkcionalnog HMP-a doslovce je revolucionarna. Pa tako, primarci mogu skoknuti u prostor HMP-a kad je njihova ekipa zauzeta, mogu uskočiti u kombi i odjuriti na hitnu intervenciju, na terenu defibrilirati aparatom za koji nisu obučeni, primarci sa 60-ak godina mogu izvlačiti stradalnike iz smrskanih automobila ili pak pijance iz grabe uz cestu. Sve stoga što „zdravstveni radnik kojem je rješenjem Ministarstva dano odobrenje za obavljanje privatne prakse u ordinaciji“ neopravdano ima velika primanja i slobodnog vremena napretek jer ništa ne radi. To sigurno nije pogrešna percepcija Ministarstva! Pronađen je „dežurni krivac“ jer ako se nešto i dogodi, pa opet HMP neće stići na vrijeme ili je neće biti dovoljno, kriv je obiteljski doktor koji nije na vrijeme ostavio svoje pacijente u ordinaciji i izašao na teren u kombiju. Administracija nije ni u kom slučaju kriva jer je pokazala odlučnost u rješavanju ovoga vitalnog problema. Možda je moja percepcija pogrešna jer mislim da to nije rješenje?

Zamišljam hrvatsko zdravstvo za 7-8 godina. Oko trećine doktora PZZ-a steći će uvjete za mirovinu (oko 800 OM, 100-tinjak pedijatar i isto toliko ginekologa), a budući da mlade gotovo nimalo ne zanima rad u PZZ-u, vrlo sam skeptičan u pogledu zamjene tih kolega. Ako svaki obiteljski doktor/ica ima u skrbi najmanje 1500 osiguranika, ako svaki pedijatar/rica više od 1000 djece u skrbi, a ginekolog/ica i do 6000 žena u skrbi, tko će tada skrbiti o toj masi osiguranika? Naravno, bolnički doktori! Ali, ne lezi vraže, pa i tamo će neki kolege otići u mirovinu, a mladi će, kad vide tu navalu pacijenata na bolnicu, vrlo vjerojatno otići u neki uređeniji sustav i na bolje uvjete rada u neku od zapadnoeuropskih zemalja. Je li to moja pogrešna percepcija?

I tko će onda mene liječiti? Tko će vas liječiti?

Posljednjih godina nisam vidio niti jedan konkretan i promišljen potez zdravstvene administracije kojom bi preduhitрила takvu katastrofu. Možda će ministar i mene tužiti DORH-u zbog obmanjivanja i zastrašivanja javnosti, a od Komore tražiti oduzimanje licence, ne znam, ali netko treba napokon iznijeti činjenice.

Svaka ozbiljna država iz strateških razloga očuvanja zdravlja svojih stanovnika donosi kratkoročne i

dugoročne mjere kojima se to rješava. Ja ih ne vidim. Svaka ozbiljna država zna da je bez primarne zdravstvene zaštite osuđena na kaos i ozbiljne probleme. Kod nas se javnost zaokuplja brojnim problemima i aferama, a oni važni guraju se pod tepih. Floskula da javno zdravstvo treba biti u rukama domova zdravlja i u nadležnosti županija, izra-
van je put u propast hrvatskoga zdravstva. Kad se dogodi nekakva tragedija, naša administracija odlučno gasi požar, a dok političari na svim razinama vlasti (ne)planiraju budućnost našeg zdravlja, dok bivša sindikalistica straši javnost s privatizacijom PZZ-a i dok novinarkе koje „prate zdravstvo“ formiraju stavove javnosti, vrijeme prolazi, a ništa se konkretno ne dešava. Ili je i to moja pogrešna percepcija?

Ulaskom u Europsku zajednicu neke države (Poljska, Rumunjska...) suočile su se sa sličnim nedostatkom liječnika na svim razinama. Kad su shvatile neminovnost propasti svojih zdravstvenih sustava zbog nedostatka zdravstvenoga kadra, značajno su podigle plaće i vratile ljude iz inozemstva, a mladima dale perspektivu ostanka u svojoj zemlji.

Naša država navodno za to nema novce. Koja je onda strategija zadržavanja kolega u našem sustavu? Ja je ne vidim, a vi? Ili svi imamo pogrešnu percepciju?

Koliko je točna percepcija da je vrlo malo doktora praktičara zadovoljno svojim položajem i da s voljom idu na posao? Već se dulje vrijeme govori o stalnom svakodnevnom pritisku na doktore PZZ-a, a Ministarstvo će im kao rasterećenje omogućiti dodatni rad u HMP-u. Sigurno je pogrešna percepcija da će vrlo malo doktora PZZ-a ostati raditi nakon 65. godine života? Ili će ipak biti prisiljeni raditi

zbog niske mirovine? Je li to ideja kako osigurati funkcioniranje sustava?

Je li došlo vrijeme da zajedno sjednu kolege praktičari iz PZZ-a i bolnički doktori, dakle oni koji svakodnevno svjedoče stanju našega zdravstvenog sustava? Je li došlo vrijeme da se napokon sluša „struka“ koja najbolje zna probleme? Je li došlo vrijeme da se smanji pritisak, smanji *burn out*, omogući psihička stabilnost i intelektualni mir te da se osigura financijska sigurnost svakom doktoru u zdravstvenom sustavu? Naravno, zdravstvena bi administracija trebala doktore praktičare prihvatiti kao sugovornike i trebala bi željeti učiniti odlučne i brze zahvate u naš zdravstveni sustav.

Prema izvješću Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, 31. ožujka ove godine tamo je bilo prijavljeno 11 mladih kolega s položenim stručnim ispitom (mjesec prije 10). Tražio sam jednog za zamjenu, ali od njih četvero u gradu Zagrebu niti jedan nije bio slobodan, tj. formalno su bili prijavljeni na Zavodu zbog natječaja za specijalizaciju. Tu nema percepcije, to su činjenice.

Tko će za nekoliko godina mene liječiti? Tko će vas liječiti?

Moja je percepcija da među kolegama praktičarima ima dosta onih s boljom vizijom zdravstvenog sustava, želio bih vjerovati kako će ih ovaj članak potaknuti da na svim razinama preuzmu odgovornost i pokušaju donijeti kvalitetnija rješenja od onih koje sada imamo/nemamo.

✉ SENAD MUSLIĆ, dr. med., spec. OM
Samobor, soom.muslic@gmail.com



PROF. ŠTIMAC IZ RIJEKE PREDSJEDNIK EAGEN-a

European Association of Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition (EAGEN) odnosno u prijevodu Europsko društvo za gastroenterologiju, endoskopiju i nutriciju za novog je predsjednika od ove godine, a u dvogodišnjem mandatu izabralo prof. dr. Davora Štimca, gastroenterologa iz Rijeke, inače i ravnatelja KBC-a Rijeka. EAGEN iduće godine slavi 50 godiš-

njicu svog osnutka i prati sve promjene koje su se u tom vremenskom razdoblju dogodile u gastroenterologiji, jednoj od najpropulzivnijih medicinskih struka u suvremenoj medicini. Izuzetna čast da naš predstavnik bude izabran na ovako uglednu poziciju u Europi priznanje je za hrvatsku gastroenterologiju, a trebala bi dodatno otvoriti priliku našim gastroenterolozima za boljom prepoznatljivošću u Europi.

ŠTO ŽELIMO, A ŠTO NAS ČEKA?

Studenti prve generacije koja za dva mjeseca završava studij medicine i odmah time postaju licencirani doktori medicine odgovaraju na pitanja o tome znaju li što žele, što to žele, misle li da će to moći ostvariti, u domovini ili drugdje, gdje se vide za desetak godina i hoće li im nedostajati pripravnički staž. Trenutačno je još neizvjesna opcija rada „pod nadzorom“, nešto poput sekundarijata, o čemu se govori, a kao o zamjeni za pripravnički staž.



Maja Kožul, Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku:

Nakon diplome planiram ostati u Hrvatskoj, najvjerojatnije u Osijeku u kojemu živim i studiram. Nadam se da ću što prije dobiti specijalizaciju u KBC-u iz područja koje me zanima, a do tada ću vjerojatno tražiti posao u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Također, u skorije vrijeme planiram upisati poslijediplomski studij. S obzirom da izlazimo kao prva generacija mladih liječnika bez pripravničkog staža, smatram da će nam svima nedostajati stručnog znanja, ali pitanje je bismo li bili spremniji na samostalan rad i nakon nekoliko mjeseci provedenih bez mentora koji bi nam se u potpunosti posvetio, što je bio slučaj kod prošlih generacija. Iskustvo je majka znanja, a u medicini učimo cijeli život i potrebno je puno

više vremena provedenog u radu s pacijentima od "staža" kako bi se osjećali spremno na samostalan rad. Najveći problem trenutačno vidim u nedostatku kvalitetnih kliničkih vježbi i kliničkih primjera tijekom fakultetskog obrazovanja, pogotovo na šestoj godini studija na kojoj praktički nemamo doticaja s pacijentima, kojima ćemo biti prva ruka pomoći u vrlo skoro vrijeme. Tijekom šestogodišnjeg obrazovanja za doktora medicine nedostaje nam znanje bazičnih kliničkih vještina. Bilo bi vrlo korisno kada bi barem zadnja godina studija bila ta koja će nas pripremiti za inicijalan rad s pacijentima, pogotovo nakon ukidanja staža. Za 10 godina se profesionalno vidim kao specijalicu, nadam se ginekologinju, te u radu na fakultetu s budućim mladim liječnicima. Također se privatno vidim kao suprugu i majku. Vjerujem da je sve ostvarivo uz puno rada, truda i odricanja i ponajprije ljubavi prema pozivu liječnika o kojemu sam maštala još kao djevojčica.

Igor Radanović, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu:

Razdoblje neposredno nakon diplomiranja na Medicinskom fakultetu bit će ponešto drukčije za našu generaciju u usporedbi s prijašnjima. Naime, dok su naši stariji kolege i kolegice nakon diplomiranja očekivali raspisivanje natječaja za početak obavljanja pripravničkog staža, nas očekuje licenca za samostalan rad te



moгуćnost obavljanja rada pod nadzorom koji je zamišljen kao opcija dana na izbor svakome pojedinačno, od čega je puno toga u cijelom procesu još trenutačno neizvjesno. Samim time, i moja budućnost nakon diplome je prilično neodređena te ovisi o puno vanjskih čimbenika. S obzirom na to da sam fakultet upisao i završit ću ga u Zagrebu, prvenstveno se vidim tamo, ali postoji i realna opcija odlaska na dodatnu edukaciju i rad, zasad u Njemačku ili Nizozemsku, vezano za područje kojim se želim baviti, a to je farmakologija te klinička farmakologija i epidemiologija. Smatram i da su naši stariji kolege imali prednost iskusiti neke dijelove posla, pa ako im već staž i nije bio presudan za znanje i iskustvo, sigurno su makar tada donijeli neke važne odluke čime se u životu baviti, a poučeni onime

što su iskusili. Vrijeme će pokazati koliko će to za nas biti presudno i kako ćemo se snaći u ovakvim novouspostavljenim pravilima igre.

Smatram da ću moći realizirati prvenstveno jedno razdoblje odmora od fakulteta te posložiti prioritete kako bih lakše donio odluku u kojem smjeru bih krenuo, ostao u Zagrebu i Hrvatskoj ili potražio privremeno boravište negdje dalje. Vjerujem da ću na kraju uspjeti ostvariti upravo onu opciju koja se u tom trenutku ponudi i učini najlogičnijom sljedećom stepenicom u mom profesionalnom razvoju. Bila to specijalizacija odmah na ljeto ili jesen, odmor pa nastavak školovanja, rad pod nadzorom neko vrijeme ili nešto četvrto, to su stvari koje će se, vjerujem, posložiti kako vrijeme bude odmicalo. (Ne)iskustvo pripravničkog staža koštat će našu generaciju prvenstveno u nedostatku sigurnosti u svakodnevnom radu, manjku upoznatosti s realnim sustavom rada te će onemogućiti jedno iskustvo koje bismo inače obvezno imali u tom razdoblju, a tim više što trenutačnim kurikulumom fakulteta nije prikladno nadoknađen taj nedostatak. Iako ne smatram da će se dugoročno gledajući taj nedostatak odraziti na moju karijeru, ipak se taj problem mogao izbjeći pravovremenim planiranjem i uvođenjem izmjena u trenutačni sustav.

Teško mi je reći gdje se vidim profesionalno za 10 godina, budući da mi je teško govoriti i o tome gdje se vidim za manje od godinu dana. Svakako je istina da je ovo najneizvjesnije razdoblje u životu do sada. No, ono što je zajedničko svim mogućnostima koje stoje ispred mene jest nastavak bavljenja znanstvenim radom, planiranjem i pisanjem istraživačkih projekata, prenošenjem znanja drugim mladim kolegama, kao i konstantnim učenjem od izvrsnih mentora u području kojim se budem bavio. Također smatram da se neizmjereno iskustvo može steći radom i edukacijom u drugim zemljama Europske unije i svijeta, barem na određeno vrijeme te se toga planiram i držati. Mislim da je u životu ostvarivo jako puno toga što nam

se u ovom trenutku čini nedostižnim. S obzirom na to da sam tijekom dosadašnjeg školovanja postigao većinu toga što sam htio, kako na fakultetu tako i u dodatnom angažmanu (neću reći sve jer to nije niti moguće), mislim da daljnjim trudom i konstantom željom za znanjem i radom mogu postići svoje zadane ciljeve. S vremenom će se ti ciljevi i postupno mijenjati, ali učimo dok smo živi.



Valentina Kršić, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci:

Nakon diplome bih htjela raditi u turističkoj ambulanti na nekom od naših hrvatskih otoka. Pretpostavljam da to neće biti moguće jer od ove godine po završetku studija možemo ili raditi u sekundarijatu (pod nadzorom starijeg liječnika) ili se prijaviti na natječaj za specijalizaciju. Na specijalizaciju ne bih htjela odmah kako bih se imala prilike više posvetiti osnovama liječenja i hitnim stanjima. Ne znam što ću moći realizirati, niti ne razmišljam o tome. Nemam prevelika očekivanja, što je dobro jer što god mi život donese, ako je dobro će me oduševiti, a ako je loše, neću se toliko razočarati. Staž je definitivno super stvar koju bi, ako je nemoguće izvesti na kraju šeste godine medicine, trebalo uvrstiti u studij umjesto predmeta koji su nam suvišni i nepotrebni. Ne razmišljam toliko daleko, odnosno gdje bih se vidjela za 10 godina. Vidjet ćemo.



Luka Minarik, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu:

Neposredno nakon završenog faksa volio bih upotpuniti svoje teorijsko znanje i praktičnim vještinama. Zamišljam se u radu na jedinici hitne pomoći u izoliranijim sredinama poput Lošinja, Korčule ili Hvara, kako bih kvalitetno usvojio pravilno upravljanje vremenom u hitnim situacijama i ispravno razlikovanje životno ugrožavajućih stanja od manje akutnih slika. Nastojim realizirati sve svoje ciljeve korak po korak, trudeći se da sav taj rad bude kvalitetno obavljen. Odabrao sam liječničku profesiju i njoj se planiram posvetiti. Trudim se raditi na onome na što mogu utjecati, a sve ostalo što život donese. Svako iskustvo u medicini dobro je došlo i nužno za kvalitetnu izobrazbu zdravstvenih djelatnika, ali mislim da će pripravnički staž biti lijepo zamijenjen novim konceptom sekundarijata. Sekundarijatom studentima i mladim liječnicima omogućeno je više opcija nakon fakulteta, mentorirani rad, mogućnost ranijeg započinjanja specijalizacije, a i novčani prihodi bi trebali biti veći nego do sada. Za deset godina zamišljam se kao specijalist otorinolaringolog. Otorinolaringologija bila mi je "ljubav na prvo čišćenje ušiju". :) Osobito me zanima rad s onkološkim bolesnicima te rekonstrukcija glave i vrata. Također bih u budućnosti htio javnozdravstveno djelovati i promicati važnost oralnog zdravlja i pravilnog pregleda usne šupljine. Mislim da se sve može postići uz adekvatan trud! Pripremila Lada Zibar

“Non bene pro toto libertas venditur auro”

RATNA BOLNICA SV. VLAHO

u 13 mjeseci dubrovačkog pakla stožerna točka zbrinjavanja, liječenja i nade

Početak agresije na Dubrovnik koji je krenuo

1. listopada 1991. tadašnja bolnica dočekala je u staroj zgradi u gradskom predjelu Šiško, a već treći dan sveopćeg granatiranja grada pružanje pomoći u njoj je bilo gotovo nemoguće.

Nestalo je struje i vode, a u zdanju starom više od 100 godina nisu postojali ni prostori za skloništa. Zbog svega toga Krizni stožer donosi odluku da se bolnica premjesti u prostore bolnice u izgradnji na Lapadu gdje su već neko vrijeme funkcionirali ginekološki, porođajni, dječji i dermatološki odjeli tadašnjega Medicinskog centra (MC) Dubrovnik. Djelatnici bolnice, svi do jednoga, od liječnika, medicinskih sestara, tehničkog osoblja, odlučni suprotstaviti se pobješnjelom neprijatelju i pomoći hrvatskim braniteljima i stanovništvu, prijateljima i susjedima, čitavu su bolnicu, svu iskoristivu opremu preselili u samo 24 sata, prisjećaju se u razgovoru za Liječničke novine liječnici kojih većina i danas rade u Općoj bolnici Dubrovnik i nekolicina kolega koji su otišli u mirovinu ili su zaposleni u privatnim zdravstvenim ustanovama u Dubrovniku. Nije ih omela kiša granata, strah, i već su 3. listopada na novoj lokaciji na kojoj je i danas OB Dubrovnik počeli pružati zdravstvenu pomoć. Svi kirurški zahvati počeli su se obavljati istog

dana. U novoj bolnici bila su izgrađena i atomska skloništa u koja su smješteni dječji i ginekološki odjel, priča ratni ravnatelj MC Dubrovnik dr. Zoran Cikatić.

Dok je tzv. JNA bjesomučno napadala grad, od Saveznog izvršnog vijeća (SIV) došao pisani nalog da joj se vrate dvije pukovnijske bolnice

Svaki dan je bio pun stresa. Samo je s predstavnicima međunarodnog Crvenog križa šest, sedam puta obilazio bolnicu koja je tada već nosila ime Ratna bolnica sv. Vlaho kako bih "dokazao" da u bolnici nema oružja, o čemu su laži plasirali onih preko brda, prisjećaju se dr. Cikatić.

Koliko je bilo teško, toliko je bilo i lako, što se organizacije posla u bolnici tiče. Znalo se tko je vrhovni zapovjednik i koga se za sve pita, tko raspoređuje snage i tko mora znati za svaki potez. Svako jutro u 7 sati bio bi kratki dogovor, nakon toga više nije bilo nikakvih zabuna. Problemi s manjkom liječnika i osoblja, nadoknađeni su dodatnim radom, no opreme i lijekova je nedostajalo.

Nakon što su hrabri branitelji iz mora „povadili“ nekoliko mina 6. listopada u luku je uplovio prvi brod „Slavija“, a na njemu i liječnici bez granica. Donijeli su, prisjećaju se dr. Cikatić, najbolju donaciju koju je ikada vidio. To su bile kutije na kojima je pisalo za što služe i sve je bilo novo, plus lijekovi, plus konzerve hrane. Imali smo i dvije pukovnijske bolnice bivše JNA s operacijskim salama koje smo rastavili i njima opremili naše ambulante. Kakvi su to bili dani bezbrojnih apsurdna, dr. Cikatić se prisjećaju da je u studenome te 1991., dok je tzv. JNA svom žestinom napadala Dubrovnik od Saveznog izvršnog vijeća (SIV-a) došao pismeni nalog da im vratimo te bolnice.

Nova je bolnica imala dobro zaštićeni tehničko-ekonomski blok povezan podzemnim tunelom s glavnom zgradom bolnice koja se tim putem napajala električnom energijom pomoću dva veća agregata i jednoga pomoćnog. Istim načinom potrebni operativni prostori bolnice imali su i napajanje centralnim plinovima, a zaštićeni spremnik vode na brdu Velika Petka iznad bolnice popunjavali su ograničenim količinama vode vatrogasci. U vrlo kratkom vremenu zahvaljujući naporima Tehničke službe, svi prostori u bolnici, u koju su se smjestili brojni pacijenti i ranjenici, bili su prenamijenjeni pa je tako npr. suterenski hodnik postao stacionarom kirurških službi. U danima



Slika 1: dr. Stjepo Bogdanović i dr. Jure Burić

najtežeg granatiranja, dobro zaštićeni podrumski hodnici i prostori, služili su i kao sklonište za brojno stanovništvo i prognanike iz gradske četvrti Lapad. U funkciji su bile dvije operacijske dvorane te jedna manja ambulantna operacijska dvorana u prizemlju zgrade kao i jedna pričuvna u podrumu ako strada prizemlje. Zbog inače malog broja specijalista dežurstvo liječnika kirurga, posebno do kraja prosinca 1991., provodilo se praktično stalnim boravkom šefa kirurgije i Ratne bolnice prim. dr. sc. Stjepa Bogdanovića (slika 1) i njegova zamjenika prim. dr. Jakše Šegedina, te tadašnjeg specijalizanta kirurgije, a sada specijalista opće i plastične kirurgije, prof. dr. sc. Marka Margaritoni, koji je mjesec dana prije početka napada na Dubrovnik odgodio već dogovoreni odlazak na specijalizaciju u Zagreb i stavio se na raspolaganje šefu službe. Cijeli kirurško-traumatski tim imao je još dvojicu specijalista kirurga, dvojicu urologa, trojicu specijalista ortopedije i četiri anesteziologa koji su se u dežurstvima izmjenjivali svaki drugi dan. Broj medicinskih sestara je bio reduciran, jer ih je dio evakuiran zajedno s njihovom malodobnom djecom, pa su one preostale najčešće također dežurale svaki drugi dan. Svi smo u hodu stjecali iskustvo i usvajali vještine iz trijaže i kirurškog zbrinjavanja ratnih ozljeda. Kadrovsku pomoć sa strane nismo niti tražili, niti mogli očekivati, pa se kirurški tim bavio i operacijskim zahvatima iz drugih područja poput neurokirurgije, dječje kirurgije ili maksilofacijalne kirurgije. Prisjećajući se najtežih dana Ratne bolnice Sv. Vlaha, prof. dr. sc. Marko Margaritoni ističe kako su svi bili svjesni koliko je sama činjenica postojanja ovakve građevine kao i kontinuirani naporni i savjesni rad kirurškog i ostalog osoblja silno pomagao moralu branitelja i svih stanovnika i prognanika u okruženom Gradu. (slika 2. – kirurško-urološki tim)

Stalna terenska liječnička ekipa u Stonu

Nakon što je agresor odsjekao komunikaciju Dubrovnika sa zapadne strane, odnosno nakon što je palo Slano, na slobodnom teritoriju na području Stona uspostavljena je nova linija obrane na zapadnoj dubrovačkoj bojišnici, gdje je do veljače 1992. stalno djelovala jedna terenska liječnička ekipa – mobilna kirurška ekipa čiju su jezgru činili liječnici kirurško-urološkog odjela te medicinske sestre, tehničari, vozači i liječnici opće prakse okupljeni oko domicilnog tima na čelu s doc. dr. sc. prim. Antonom Gverović-Antunica, sadašnjom šeficom dubrovačke oftalmologije. Iz Zagreba se sa specijalizacije urologije uputio dr. Damir Šimunović, braniti svoj grad i svoju obitelj. Do Stona sam putovao četiri dana. Prvo sam došao u Rijeku, no brodski je promet bio prekinut, pa sam se uputio autobusom preko Paga gdje sam na mostu doživio teško granatiranje, prisjeća se. Po dolasku u Ston postao je zapovjednikom sanitetske ekipe. Nakon dramatičnog pada Slanog među pet poginulih bio je i vozač saniteta Vicko Runje te uz desetke ranjenih, branitelji i stanovništvo su se povukli prema Stonu. Pošto je suprugu i djecu odveo u Imotski, primarius Srećko Ljubičić se vratio na zapadno dubrovačko ratište i priključio kao treći član liječničkoj ekipi u Stonu. Iz Dubrovnika su na zapadno-dubrovačko ratište došli još kirurg Hrvoje Jelavić i dr. Ivan Šućur. (slika 4.). U radu te mobilne kirurške ekipe zabilježeni su podaci o 38 poginulih i više od 100 teških ranjenika. Taj relativno veliki broj poginulih u odnosu na broj ranjenih govori o silini borbi. Liječnička ekipa i, naravno, branitelji puno su značili stanovništvu koje se koliko toliko osjećalo sigurno. No, jednog dana, prisjeća se dr. Šimunović, čuo je da je stigla zapovijed da se sanitet i kuhinja trebaju povući iz Stona. Znao je da bi to značilo masovni odlazak stanovnika, a u konačnici i pad Pelješca, te se u ime stalne sanitetske postrojbe zapadnog dubro-

Slika 2: kirurško-urološki tim - Jurica Bačić, Marko Margaritoni, Ilija Šoša, Hrvoje Jelavić, Luko Dalmatin, Teo Depolo i Jakša Šegedin



vačkog bojišta zaputio zapovjedniku tog područja i uvjerio ga da to nije pametna odluka te je istog dana ta zapovijed povučena.

U tri mjeseca od prvog napada u bolnici zbrinut 451 ranjenik

U prva tri mjeseca rata u dežurstvu u bolnici su uvijek bila najmanje četiri kirurga, dva ortopeda i jedan urolog te dva do četiri specijalista anesteziologa. Rad je organiziran u dežurstvima. Svima je poznato da je Dubrovnik tada trpio blokadu s kopna, mora i iz zraka. Grad je bio bez struje i vode, a u njega je iz okolnih mjesta pred agresorima pobjeglo 15.000 stanovnika koji su smješteni u hotele. Za to vrijeme u bolnici je zbrinut 451 ranjenik, uglavnom na kirurškom odjelu. Među ranjenicima bilo je 62 posto branitelja. Prosječna dob im je bila 32 godine. Najviše ranjenika, njih 61, u jednom je danu bolnica primila na blagdan Sv. Nikole, 6. prosinca 1991. Tada je poginulo 20 osoba. Taj dan proglašen je danom dubrovačkih branitelja i danom njihove 163. brigade koja je ime dobila po broju branitelja koji

su se sačinjavali. Zbog indirektnih ratnih zbivanja, primjerice vožnje u otežanim uvjetima i uopće kretanja ljudi povećan je bio i broj ostalih oblika trauma.

Osobita uloga Hitne, Vojnog saniteta i odreda naoružanih brodova

Unatoč užasnom stanju i stalnom granatiranju grada s neprijateljskih položaja tzv. JNA i srbo-crnogorskih dobrovoljaca koji su se zlokobno razmjestili na okolnim brdima, dobro je funkcionirala služba Hitne pomoći, a osobito značajnu ulogu imao je vojni Sanitet Zapovjedništva obrane Dubrovnika na čijem čelu je bio dr. Vicko Mihaljević. Branitelji su znali da ih kući čekaju roditelji, supruge, djeca. To im je bila dodatna snaga. Priznanje treba odati svima, svim ljudima koji su ostali braniti grad, svim civilnim službama koje su nam pomagale u nabavci goriva, lijekova, drugih potrepština. Ratni Sanitet počeo je s pripremama već u ljeto 1991. Nije brojio puno pripadnika i upravo zbog te raritetnosti dobili smo naziv „Pande“, kao rijetke

životinje. Krenuli smo od nule, a na kraju blokade bilo nas je do 50. U Kuparima je bilo vojno odmaralište gdje smo imali ambulantu pa smo od tamo izvukli jedno sanitetsko vozilo kako bismo barem od nečega počeli. Od ljekarne Dubrovnik sam uzimao sve što mi je bilo potrebno i to nas je spasilo, navodi dr. Mihaljević i ističe kako ne treba zaboraviti da su dubrovački branitelji protiv sebe imali petu vojnu silu u Europi.

Liječnici su u ratnoj bolnici odradili ogroman posao, no ranjenike je do njih, a kasnije ako je trebalo i dalje, prevezio Sanitet. Velika potpora bolnici, čitavom gradu, ali i okolnim otocima bio je i legendarni Odred naoružanih brodova kojem se kao dragovoljac priključio specijalist ginekologije, tada tek diplomirani liječnik, dr. Mladen Miović. Onako kako se ponekad i u najtmurnijem danu zna pojaviti tračak svjetlosti, tako je i u najgorem vremenu opsade Dubrovnika tijekom Domovinskog rata postojao tračak nade, žila kucavica koja je vrijedno radila i onda kad se sve činilo beznadežnim. Ta žila kucavica, koja je najaktivnije djelovala od rujna 1991. do svibnja 1992. godine bio je Odred naoružanih brodova Dubrovnik, samonikla, dragovoljna postrojba koja je označavala jedan od najvažnijih čimbenika uspješne obrane zahvaljujući tome što je probijala pomorsku blokadu, ali i uspostavljala morski koridor dopremanja hrane, lijekova, streljiva, plina i svega onoga što je bilo neophodno. Imali smo 28 brodica, a kroz sam Odred je prošlo 117 ljudi, kaže dr. Miović.

Vrlo aktivna i učinkovita bila je i Civilna zaštita u čijem je sastavu bila Jedinica za asanaciju terena, a zapovjednik je bio dugogodišnji ravnatelj Doma zdravlja Dubrovnik Stjepo Raguž dr. dent. med., ujedno i višegodišnji predsjednik županijskog ogranka Udruge hrvatskih liječnika dragovoljaca Domovinskog rata.



Slika 3. - Sjednica Hrvatskog liječničkog zbora u ožujku 1992. u u dvorani dubrovačke bolnice



Slika 4 - pripadnici saniteta MOMP-a Pelješac i Korčula nakon svečane prisege 6. siječnja 1992.

Identifikacija i zbrinjavanje poginulih civila rađena je na odjelu patologije u staroj bolnici, gdje se radilo u teškim uvjetima bez struje i vode. Teški su to bili dani. Tužno je bilo sretati ljude koji su došli vidjeti poginule članove svojih obitelji. Nikada neću zaboraviti kada mi je došao prijatelj na patologiju vidjeti svoje poginulo dijete, priča dr. Raguž.

Koga je tzv. JNA s crnogorskim dobrovoljcima došla „braniti i od koga“? Dubrovački liječnici, ratnici ni danas kažu, ne mogu objasniti čime se neprijatelj rukovodio kada je tako bjesomučno napao Dubrovnik. Koga su „došli braniti i od koga“? Ovdje u gradu Dubrovniku, na Pelješcu, otocima uvijek su Hrvati činili oko 95 % stanovništva. Dakle, koliko je to bilo stanovnika po nacionalnosti Srba. Dakle tko je to protjeran, kome je kuća spaljena da ga je JNA s crnogorskim agresorima došla braniti, pitaju se?

Medicinski centar Dubrovnik imao je brojne ambulante na području bivše Općine Dubrovnik. Nakon okupacije dubrovačkih prigradskih naselja, mnogi liječnici i medicinske sestre su ostali sa svojim narodom u tim mjestima, posebno u Cavtatu. Dr. Marko Baća stomatolog iz Cavtata odveden je u logor i mučen. Poznati kirurg prim. Antuna



M. Margaritoni, S. Raguž, M. Miović, S. Ljubičić i V. Mihaljević

Rakigija ostao je zatočen u Zatonu – Štikovici. Poslije su okupacijske vlasti liječnicima i sestrama u okupiranim Konavlima, Župi i Mokošici dozvolili pružanje medicinske zaštite tamošnjem stanovništvu. Istovremeno, bolnica je funkcionirala kao vojnički stožer, svatko je znao što treba i kada raditi i bila je najsigurnije mjesto u gradu gdje se rađalo, umiralo, plakalo i molilo. U opkoljenom Dubrovniku u ožujku 1992. održana je Skupština dubrovačke podružnice HLZ-a. (slika 3.)

U znak zahvalnosti i sjećanja na sve djelatnike Medicinskog centra Dubrovnik koji su tijekom Domovinskog rata i agresije na Dubrovačko područje hrabrim i požrtvovanim radom omogućili uspješan rad Ratne bolnice Sv. Vlaho ispred Opće bolnice Dubrovnik podignut je spomenik kojeg krasi ploča s riječima zahvalnosti i uklesanom porukom „Non bene pro toto libertas venditur auro“, a što znači „Sloboda se ne prodaje ni za svo zlato svijeta“.

Zahvala je to za svih 1.206 djelatnika koji su danonoćno spašavali branitelje i civile. No u tome ne bi uspjeli da nisu imali podršku i logistiku brojnih ljudi, svojih sugrađana koji su ostali braniti svoj grad unutar prostora Belvedere - Srđ - Sustjepan, što je bila tadašnja granica Dubrovnika unutar kojeg prostora je jedno vrijeme bilo i 60 tisuća građana. U samoj bolnici je i spomen ploča medicinskim sestrama i tehničarima sudionicima Domovinskog rata grada Dubrovnika.

Bolnica je bila gotovo na prvoj crti bojišnice, kažu naši sugovornici, koji bi i danas stali u obranu grada i svojih obitelji, u obranu doma i Domovine. To vrijeme visoke profesionalnosti, savjesnosti, discipline i požrtvornosti dubrovačkih liječnika, svog medicinskog osoblja i brojnih drugih, sadržana je i u monografiji „Zdravstvo u Domovinskom ratu na širem dubrovačkom području 1991. - 1992.“ koju su sa suradnicima kao trajan zapis na to teško, ali i ponosno vrijeme, napisali Stjepo Raguž dr. dent. med, prof. dr. sc. Marko Margaritoni i prim. mr. Srećko Ljubičić.

✉ SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ



Srećko Ljubičić, Stjepan Raguž, Zoran Cikatić i Damir Šimunović

LIJEČENJE UPALNIH REUMATSKIH BOLESTI U REPRODUKTIVNOJ DOBI



 **Prof. dr. sc. MARIJA GLASNOVIĆ**
KBC Osijek, Medicinski fakultet u Osijeku

Jedna od značajnijih tema s kojima se liječnici specijalisti mogu susresti je trudnoća oboljele osobe, odnosno planiranje obitelji. Pri liječenju upalnih reumatskih bolesti potrebno je, uz praćenje aktivnosti bolesti i adekvatnu terapiju, redovito savjetovanje bolesnika na temu planiranja obitelji. Kod žena oboljelih od upalnih reumatskih bolesti, a posebno kod oboljelih od reumatoidnog artritisa (RA), aktivnost bolesti važna je značajka, koja može biti uzrokom teže koncepcije i lošeg ishoda trudnoće. Obzirom na visoku incidenciju upalnih reumatskih bolesti, ova problematika postaje vrlo aktualna kada su u pitanju žene generativne dobi.

Smanjena plodnost ili neplodnost te gubitak ploda mogu biti povezani s imunološkim mehanizmima osnovne bolesti, a razumijevanje i liječenje osnovnih mehanizama subfertilnosti u upalnim reumatskim bolestima u takvim je situacijama iznimno važno.¹

Istraživanja su pokazala da loša kontrola bolesti te visoka aktivnost upalnih

reumatskih bolesti mogu izazvati povećani rizik za razvoj preeklampsije, intrauterine smrti ploda, nisku porođajnu masu, intrauterini zastoj rasta ploda i druge komplikacije, stoga trudnoću treba planirati nakon duljeg razdoblja remisije ili niske razine aktivnosti bolesti.^{2,3}

Adekvatna kontrola bolesti prije i tijekom trudnoće ključna je u osiguravanju najboljeg zdravlja majke i fetusa.⁴ Značaj provjere plodnosti muškog partnera u ranoj fazi bolesti također valja istaknuti.⁵

Unatoč percepciji da se bolest može poboljšati tijekom trudnoće, oko 50% pacijentica s reumatskim bolestima i dalje treba terapijsku intervenciju za kontrolu svoje bolesti, stoga je iznimno važno izabrati prikladnu terapiju.⁶

Rana trudnoća

Trenutačna klinička praksa nedovoljno ističe potrebu za pomnijim planiranjem obitelji i trudnoće. Većina liječnika, pri razgovoru s reumatološkim bolesnicama, ne otvara proaktivno temu planiranja obitelji. Bolesnice su često zabrinute o ishodu trudnoće i mogućim komplikacijama u trudnoći. Rezultati, temeljeni na istraživanju, pokazali su da većina pacijenata vjeruje da se njihovi problemi, vezani uz planiranje obitelji, nisu adekvatno riješili tijekom njihovih posjeta liječniku. Žene s kroničnim reumatskim bolestima imaju mnoge prepreke pri planiranju obitelji. Samo 30–40% oboljelih razgovara o planiranju obitelji. Oko 60% žena strahuje da će zbog artritisa imati manji, u odnosu na željeni, broj djece. Zabrinutost nastaje oko toga hoće li trudnoća biti normalna i je li dijete izloženo riziku od bilo kakvog nepovoljnog ishoda trudnoće, kao posljedice bolesti majke.

Neke žene prekidaju liječenje, navodeći zabrinutost zbog njegova utjecaja na dijete. Čak 60% žena strahuje da će lijek protiv artritisa naškoditi djetetu tijekom trudnoće. Žene koje prestanu s uzimanjem

terapije u ranoj trudnoći mogu dovesti do nekontrolirane bolesti u trećem tromjesečju i tijekom rađanja.⁷

Planiranje obitelji i trudnoće važna je strategija u upravljanju upalnim/reumatskim bolestima reproduktivne dobi. U tom segmentu pomažu EULAR preporuke.⁸

Faktori koje treba uzeti u obzir kod primjene antireumatika prije trudnoće te tijekom trudnoće i dojenja (prema EULAR-u) - Temeljna načela

- A** Sa svakom bolesnicom reproduktivne dobi treba razgovarati o planiranju obitelji te razmotriti prilagodbu terapije prije planirane trudnoće.
- B** Cilj liječenja bolesnica s reumatskom bolešću prije/tijekom trudnoće i dojenja treba biti prevencija ili supresija aktivnosti bolesti kod majke te izbjegavanje izlaganja ploda/djeteta štetnim učincima.
- C** Rizik od farmakoterapije za dijete treba odvagati u odnosu na rizik koji majčina neliječena bolest predstavlja za bolesnicu i plod odnosno dijete.
- D** Odluka o farmakoterapiji tijekom trudnoće i dojenja treba se temeljiti na dogovoru između internista/reumatologa, ginekologa/porodničara i bolesnice, a po potrebi treba uključiti i druge zdravstvene radnike.

Strategija uspješnog ishoda trudnoće je težiti ka remisiji ili ostvariti dobru kontrolu bolesti. Kod većine RA bolesnica, bolest zahtijeva *prilagodbu antireumatske terapije* prije pokušaja koncepcije, budući da dulji *vremenski period* do nastupanja *trudnoće*, odnosno "time to pregnancy" (TTP), rezultira otežanom kontrolom same bolesti i povećanim rizikom za trajno oštećenje zglobova.

Veća aktivnost bolesti kod RA povezana je s dužim vremenom do začeća – TTP-om.

Istraživanja pokazuju da kod 67% bolesnica s visokom aktivnosti bolesti (DAS28 > 5.1) TTP prelazi 1 godinu. Dulji TTP vezan je uz dob, nuliparitet, aktivnosti bolesti (DAS28) i prijemkonceptijsko korištenje NSAR i prednizona. Utjecaj prednizona ovisan je o dozi, sa značajno dužim TTP-om u slučajevima kada dnevna doza prelazi > 7.5 mg.⁹

Aktivnost RA, AS i PsA tijekom trudnoće

Nekada se smatralo da trudnoća u otprilike 75% slučajeva pomaže u kontroliranju RA.

Međutim, dobar učinak trudnoće na aktivnost upalne bolesti je manje impresivan nego što se često pretpostavlja.¹⁰ Recentne, prospektivne studije pokazale su da pacijentice s RA postižu remisiju bolesti tijekom trudnoće u manjem broju slučajeva (16-27%) od prethodno zamišljenog.

U prospektivnoj studiji, provedenoj u sklopu PARA studije (*Pregnancy-induced Amelioration of Rheumatoid Arthritis*), multivarijantne regresijske analize aktivnosti bolesti u 190 trudnoća pokazale su da bi žene oboljele od RA, koje imaju nisku aktivnost (DAS 28) u prvom tromjesečju, mogle imati nisku aktivnost ili remisiju bolesti u trećem tromjesečju. DAS28-CRP3, upotreba prednizona u prvom tromjesečju i prisutnost autoantitijela negativno su povezani s niskom aktivnošću bolesti u trećem tromjesečju. DAS28-CRP3 i prisutnost autoantitijela su, pak, negativno povezani s remisijom bolesti.¹²

Polovina svih bolesnica s RA ima objektivno poboljšanje aktivnosti bolesti tijekom trudnoće i sličan postotak postpartalnog relapsa.

Suprotno tome, bolesnice s ankilozantnim spondilitisom (AS) tijekom trudnoće imaju manju vjerojatnost poboljšanja stanja bolesti i višu vjerojatnost za postpartalni relaps. Pacijentice s AS-om imaju manje izgleda da će se njihovi simptomi poboljšati tijekom trudnoće od pacijentica s RA. Istraživanja su pokazala da kod bolesnica s AS-om aktivnost bolesti ostaje nepromijenjena ili se pogorša tijekom trudnoće, s tendencijom da, generalno, aktivnost bude najviša u drugom tromjesečju, kada se javljaju simptomi poput

jutarnje ukočenosti, spinalne osjetljivosti, noćnih bolova i potrebe za NSAR).¹³

Oko 90% žena oboljelih od AS-a prijavilo je postpartalno pogoršanje.¹⁴

Tijek psorijatičnog artritisa (PsA) obično je povoljan tijekom trudnoće, ali kod značajnog broja žena zglobne manifestacije bolesti se pogoršavaju tijekom trudnoće.

Rezultati istraživanja procjene aktivnosti zglobne i kožne bolesti tijekom trudnoće i prve godine nakon poroda, kod bolesnica s PsA-om (Toronto baze podataka o PsA), pokazuju da od 41 trudnice s PsA-om, poboljšana ili niska aktivnost zglobne bolesti vidljiva je kod 59% bolesnica, dok je 32% imalo pogoršanje ili kontinuiranu bolest tijekom trudnoće. Od 41 trudnice s PsA-om, 88% ih je imalo poboljšanje ili nisku aktivnost kožne bolesti, dok je 9% imalo pogoršanje ili trajnu aktivnost kožne bolesti tijekom trudnoće. Zaključeno je da u PsA trudnoća ima pozitivan učinak na kožu, no ne i na zglobove.^{15,16}

Unatoč percepciji da se bolest može poboljšati tijekom trudnoće, oko 50% reumatskih pacijenata i dalje će trebati terapijsku intervenciju za kontrolu svoje bolesti.¹⁷

Liječenje tijekom trudnoće

Uporaba lijekova za vrijeme začeća i u trudnoći svakodnevni je problem, kako bolesnicama, tako i liječnicima. Vječito je pitanje kako odabrati adekvatnu terapiju, a pritom ne naškoditi reproduktivnom zdravlju. Uz pažljivo liječenje, žene s imunološki uzrokovanim upalnim bolestima mogu imati uspješnu trudnoću.¹⁸

U zapadnoj Europi oko 20-30% trudnoća nije planirano, radi čega se postavlja pitanje učinka ekspozicije lijekovima u ranom i najosjetljivijem razdoblju još neotkrivene trudnoće. Najvažnija zadaća liječnika je procijeniti je li korist uporabe lijeka za majku veća od rizika koji lijek predstavlja za fetus.¹⁹



Radna skupina Europske lige protiv reumatizma (EULAR) kreirala je ciljeve (točke) za razmatranje uporabe antireumatskih lijekova prije trudnoće i tijekom trudnoće i dojenja:

1. csDMARD-ovi koji se dokazano mogu primjenjivati u trudnoći su hidroksiklorokin, klorokin, sulfasalazin, azatioprin, ciklosporin, takrolimus i kolhicin. Njihovu primjenu treba nastaviti u trudnoći radi održavanja remisije ili liječenja relapsa bolesti.

2. csDMARD-ovi **Metotreksat**, mofetil-mikofenolat i ciklofosfamid su teratogeni, pa njihovu primjenu treba prekinuti prije trudnoće.

3. Primjenu neselektivnih COX inhibitora (nesteroidni protuupalni lijekovi, NSAR) i prednizona u trudnoći treba razmotriti ako je to potrebno za kontroliranje simptoma aktivne bolesti. Primjenu NSAID-ova treba ograničiti na prvo i drugo tromjesečje

4. Kod teške, refraktorne majčine bolesti tijekom trudnoće treba razmotriti pulsnu terapiju **metilprednizolonom**, primjenu intravenskog imunoglobulina ili čak primjenu ciklofosfamida u drugom ili trećem tromjesečju

5. csDMARD-ove, tsDMARD-ove i protuupalne lijekove čija primjena u trudnoći nije dovoljno dobro dokumentirana treba izbjegavati dok ne bude dostupno više dokaza. To se odnosi na **Leflunomid**, mepakrin, tofacitinib i selektivne COX-2 inhibitore.

6. Od bDMARD-ova treba razmotriti nastavak liječenja inhibitorima faktora tumorske nekroze (TNF) tijekom prvog dijela trudnoće. Etanercept i certolizumab mogu se razmatrati za primjenu tijekom cijele trudnoće jer ih odlikuje niska stopa prolaska kroz posteljicu

7. Ograničeni su podaci o sigurnosti primjene bDMARD-ova rituksimaba, anakinre, tocilizumaba, abatacepta, belimumaba i ustekinumaba tijekom trudnoće, pa te lijekove treba zamijeniti drugima prije začeća. Navedene lijekove tijekom trudnoće treba koristiti samo ako se majčina bolest ne može učinkovito kontrolirati nijednim drugim lijekom koji je prikladan za primjenu u trudnoći.

Biolška terapija i trudnoća

Biolška, anti-TNF terapija važna je za postizanje remisije ili najmanje moguće niske aktivnosti bolesti. Objavljeni rezultati pružaju umirujuće podatke ženama s imunološki posredovanim upalnim bolestima kojima je potrebno liječenje s anti-TNF terapijom.

Rizik za rađanje djece s urođenim manama, čije su majke liječene anti-TNF terapijom tijekom trudnoće, je nizak.^{20,21} Prema EULAR-ovim smjernicama, nastavak liječenja bDMARDs -TNF-om potrebno je razmotriti u prvom tromjesečju. IFX i ADA bi trebalo prekinuti u 20. tjednu i ETA između 30-32. tjedna trudnoće, a, ukoliko je indicirano, mogu se koristiti kroz cijelu trudnoću. Certolizumab se može koristiti tijekom cijele trudnoće zbog niskog prolaza kroz posteljicu.²²

Prekid liječenja s anti-TNF-om povećava rizik od razbuktavanja RA tijekom trudnoće.

U Istraživanju od 75 bolesnica s RA, kod 15 bolesnica bilo je prekinuto liječenje TNF inhibitorom i u vrijeme pozitivnog testa trudnoće. Nakon prekida liječenja TNF-om povećala se aktivnost bolesti, što se odrazilo na povišene razine CRP u prvom tromjesečju. Relativni rizik pogoršanja bolesti u bolesnica s RA, zaustavljanjem liječenja TNF-om, bio je 3,33 (95% CI 1,8-6,1). Pokretanje liječenja TNF-om ili glukokortikosteroidom (GC) u 60% ovih bolesnica rezultiralo je poboljšanjem bolesti u drugom i trećem tromjesečju.

Aktivna bolest i prekid anti-TNF terapije u ranoj trudnoći bili su čimbenici rizika za pogoršanje bolesti tijekom trudnoće.¹³ Prekid liječenja anti-TNF-om povećava rizik i od razbuktavanja aksijalnog spon-

diloartritisa (axSpA) tijekom trudnoće. Od 61 bolesnice s axSpA, u slučajevima 24 bolesnica liječenje je bilo prekinuto u vrijeme pozitivnog testa trudnoće. U bolesnica s axSpA prekidom liječenja TNF inhibitorom nastalo je pogoršanje bolesti u drugom tromjesečju. Relativni rizik za pogoršanje bolesti u ovoj skupini bio je 3,08 (95% CI 1,2-7,9). Unatoč iniciranom tretmanu TNF-om ili GC-om u 62,5% tih bolesnica, aktivnost bolesti ostala je povišena tijekom trudnoće. Pacijentice s axSpA bez TNF inhibitora u razdoblju pretkonceptije pokazali su perzistentno povišenu aktivnost bolesti od prije trudnoće do postporođajnog razdoblja.

Stopa pogoršanja tijekom trudnoće u bolesnika s RA i axSpA povezana je s aktivnom bolešću i prekidom liječenja TNF-om u ranoj trudnoći.¹⁴ Podaci o djelovanju anti-TNF terapije još se istražuju. U ispitivanjima s adekvatno velikim kontrolnim skupinama liječenje anti-TNF lijekovima nije bilo uzrok smanjenog broja trudnoća ili djece.²³

Zaključak

Visoka aktivnost upalnih reumatskih bolesti povezana je s više komplikacija tijekom trudnoće, stoga je u bolesnica koje žele zanjati neophodna stroga kontrola bolesti. Bolest mora biti pod kontrolom tijekom svakog stadija trudnoće te nakon poroda. Remisija ili niska aktivnost bolesti za vrijeme začeća i trudnoće prediktori su dobrog ishoda. Tema planiranja obitelji i trudnoće važna je pacijenticama. Važno je osigurati odgovarajuće savjetovanje, važno je podržati i muškarce i žene tijekom tog vremena. Potrebno je razgovarati o trudnoći i planiranju obitelji najmanje jednom godišnje ili kada se liječenje mijenja, a iniciranjem razgovora o planiranju trudnoće i obitelji s bolesnicom s kroničnim reumatskim bolestima, bit će moguće utvrditi i njezina očekivanja. Također, valjalo bi uskladiti savjete koji se daju oboljelim ženama sa savjetima drugih liječnika koji ih liječe. Potrebno je učinkovito savjetovanje o planiranju obitelji i mogućnostima liječenja. Tako je ženama s kroničnim reumatskim bolestima moguće olakšati planiranje obitelji te osigurati bolje ishode trudnoće.^{24,25,26}

Literatura:

- Ostensen M, et al. *Autoimmun Rev.* 2015;14:376-86. Bazzani C. et al. **2015**, RMD Open; **1**:e000048. doi:10.1136. Brouwer J. et al. **2015**, *Ann Rheum Dis*; **74**(10):1836-1841. Ince-Askan H. and Dolhain R.J.E.M. **2015**, *Best Pract Res Clin Rheumatol*; **29**(4-5):580-596
- Garip Y. Use of biologic agents for rheumatic diseases in pregnancy. *World J Rheumatol* 2015 July 12; 5(2): 50-58. Ostensen et al, *Rheumatology* 2011;50:657-64. Swan SH.
- Intrauterine exposure to diethylstilbestrol: long-term effects in humans. *APMIS* 2000; 108: 793-804 [PMID: 11252812]. Ince-Askan H and Dolhain RJ. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2015;29:580-96.
- de Man YA et al. *Curr Opin Rheumatol* **2014**; **26**:329-333. Gaillard AL et al. *Arthritis Rheumatol.* 2016; 68 (suppl 10). Mouyis AM et al. *J Rheumatol* 2017;44(1):128-129.
- Sedgh G. et al. **2014**, *Stud Fam Plann*; **45**(3): 301-314
- Jethwa H et al. *Arthritis Rheumatol.* **2016**; **68** suppl **10**. Abstract 1517.
- Chakravarty E et al. *BMJ Open.* **2014**; **4**:e004081. doi: **10.1136/bmjopen-2013-004081**. Kavanaugh A et al. *Arthritis Care Res.* **2015**; **67**(3):313-325.
- Götestam Skorpen C, et al. *Ann Rheum Dis* 2016;75:795-81. doi:10.1136/annrheum-dis-2015-208840
- Ince-Askan H. and Dolhain R.J.E.M. **2015**, *Best Pract Res Clin Rheumatol*; **29**(4-5):580-596
- Jethwa H et al. *Arthritis Rheumatol.* 2016; 68 (suppl 10). Abstract 1517.
- Ince-Askan H. and Dolhain R.J.E.M. **2015**, *Best Pract Res Clin Rheumatol*; **29**(4-5):580-596
- Ince-Askan H et al. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017 Sep;69(9):1297-1303.
- Mitchell K et al. *Scand J Rheumatol.* 2010;39:99-108. Zbinden A. et al. **2018**, *Rheumatology*, doi: 10.1093/rheumatology/key053 Zbinden A. et al. **2018**, *Rheumatology*, Issue 7, 1 July 2018, Pages 1235-1242.
- Jethwa H et al. *Arthritis Rheumatol.* 2016; 68 (suppl 10). Abstract 1517.
- Mouyis AM et al. *J Rheumatol* 2017;44(1):128-129.
- Polachek A et al. *Semin Arthritis Rheum.* 2017;46(6):740-745. ePublication ahead of print.
- Jethwa H et al. *Arthritis Rheumatol.* 2016; 68 (suppl 10). Abstract 1517.
- Ostensen et al. *Rheumatology* 2011;50:657-64
- Sedgh G. et al. **2014**, *Stud Fam Plann*; **45**(3): 301-314
- Baldwin C, et al. *Clin Exp Rheum* **2016**; **34**:172-83. Bazzani C, et al. *Clin Exp Rheum* **2016**; **33**:688-93.
- Kiely CJ, et al. *Intern Med J* **2016**; **46**:616-9. Broms G et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* **2016**; **14**:234-41.
- Götestam Skorpen C, et al. *Ann Rheum Dis* 2016;75:795-810. doi:10.1136/annrheum-dis-2015-208840
- van den Brandt S et al. *Arthritis Res Ther.* 2017;19:64.
- van den Brandt S et al. *Arthritis Res Ther.* 2017;19:64.
- Ostensen M. *Nat Rev Rheumatol* **2017**; **13**:485-93. Perrier d'Hauterive S et al. *EULAR* **2012**. Poster FR10160.
- Götestam Skorpen C. et al. **2016**, *Ann Rheum Dis*; **75**(5):795-810

ŠTO ZAPRAVO ZNAČI „FAMOZNO STATISTIČKI ZNAČAJNO“ *P*?

P vrijednost potječe od engleske riječi *probability*, što znači vjerojatnost. *P* kvantificira vjerojatnost da je, na primjer, razlika između postupaka ili skupina koje istražujemo i koju smo dobili slučajna tj., da razlika ne postoji. Drugim riječima, *P* vrijednost izražava vjerojatnost da je tzv. nulta hipoteza (*H₀*) istinita. Nulta hipoteza je statistički pojam i kaže da razlike nema, npr., u istraživanju razlike između postupaka ili između različitih skupina. (Je li smrtnost godinu dana nakon srčanog udara uz Aspirin manja u odnosu na placebo?). Radna istraživačka hipoteza (koja je najčešće suprotna nultoj hipotezi) pretpostavlja da razlike između te dvije skupine zapravo ima (i da je smrtnost manja uz Aspirin nego bez njega). Budući da se nekakva razlika gotovo uvijek nađe (npr. u skupini s Aspirinom je nakon 1 godine umrlo 50 od 1000 ispitanika, a u skupini na placebo 30 od 1000 ispitanika), potrebno je znati je li ta razlika statistički značajna (odnosno što ćemo zaključiti: je li uzimanje Aspirina godinu dana nakon srčanog udara povezano s manjom smrtnošću?). No, je li ta razlika statistički značajna nije samo po sebi uvijek vidljivo. *P* je mjera značajnosti te razlike s obzirom na unaprijed odabran stupanj rizika ili prag značajnosti (najčešće $P < 0,05$). $P < 0,05$ znači da smatramo da postoji razlika ako je vjerojatnost da smo pogriješili manja od 5 %. Razina značajnosti $P < 0,05$ je najčešći odabir i obično je stvar konvencije, izbora ili dogovora, premda nije uvijek najbolji odabir, s obzirom na to što konkretno znači stupanj rizika koji se preuzima i mogućnost pogreške.

Vjerojatnost da su Aspirin i placebo jednako učinkoviti u sprječavanju smrti je uz prethodno navedene smrtnosti bila 2% ($P = 0,02$). Ovaj *P* je dobiven u rezultatima statističke analize, a matematički je povezan s vrijednosti rezultata statističkog testa (npr. vrijednost hi-kskvadrata u slučaju hi-kvadrat testa, ili vrijednost *t*-a u slučaju Studentovog *t*-testa, ili vrijednost *z* u slučaju Mann-Whitneyevog testa

itd.) Što je razlika u rezultatu između skupina veća, to je vjerojatnost da razlika stvarno postoji veća pa je i vrijednost testa (hi-kvadrat, *t* ili *z*) veća, a *P* manji. Istraživanje se obično vrši na istraživačkom uzorku ispitanika, a dobiveni se rezultat želi moći poopćiti na cijelu populaciju sličnih osoba (npr. svih koji su imali srčani udar).

Statistički software kojega koristimo za statističku analizu i primjenu određenog statističkog testa izračunava *P*. Sam izbor statističkog testa ovisi o vrsti podataka, odnosno varijabli (nominalne ili numeričke), veličini uzorka (mali ili veliki), normalnosti raspodjele za numeričke varijable (normalna ili asimetrična) i broju skupina. U ovom primjeru s Aspirinom u prevenciji smrti nakon srčanog

udara podaci su nominalni (DA ili NE je moguća vrijednost varijabli – Uzimanje Aspirina, kao i varijable Smrt). Prikladan test za ovo istraživanje je hi-kvadrat test. Svakako, postoje i drugi mogući načini analize ovih varijabli, poput analize preživljenja. Većina statističkih testova u rezultatu sadrži i vrijednost *P* kao mjeru statističke značajnosti. Neki testovi pak daju 95 %-tne intervale pouzdanosti kao mjeru statističke značajnosti.

Ne zaboravimo da izbor razine statističke značajnosti samo dogovorno umanjuje relativnost rezultata. Stoga neki zagovaraju napuštanje uporabe *P*-a.

I konačno, koliki su općenito izgledi za pojedinačnu osobu koja uzima Aspirin da umre godinu dana nakon srčanog udara?

✍ TOMISLAV LETILOVIĆ, LADA ZIBAR

ZDRAVI HUMOR



ILUSTIRALA TISJA KLJAKOVIĆ BRAIĆ

Iskustva dr. JEANNETTE GJURIĆ nakon povratka u Hrvatsku

Nakon dugogodišnjeg rada u inozemstvu odlučila sam se prije 12 godina vratiti u Hrvatsku i sa suprugom, profesorom Mislavom Gjurićem, u Zagrebu osnovati privatnu polikliniku koja će uz vrhunsku uslugu i kvalitetnu opremu nuditi multidisciplinarni pristup pacijentu, kaže nam direktorica poliklinike „Sinteza“, anesteziologinja Jeannette Gjurić, osvrćući se na to razdoblje, ali i na odlazak u inozemstvo na specijalizaciju odmah po završetku studija medicine u Zagrebu.



Iz iskustva govori o hrvatskom zdravstvenom sustavu i onomu u Njemačkoj, gdje je 20 godina radila u javnom i privatnom sektoru.

Na pitanje o razlogu povratka ističe da su u tih dvadesetak godina u inozemstvu ona i suprug ostvarili sve što su zacrtali. Kad čovjek to postigne onda se počne orijentirati na druge stvari. To se prvenstveno dogodilo meni i zato sam bila inicijator povratka. Sve mi je odjed-

nom počelo nedostajati: obitelj koja je dijelom živjela u Hrvatskoj, prijatelji, društvo. Nekako sam mislila da je stigao trenutak za taj korak i iskreno sam vjerovala da će se u Hrvatskoj stvari brže mijenjati. Htjela sam biti dio tih promjena i to me motiviralo na povratak, no nije išlo kako sam očekivala i još uvijek dosta teško idu te promjene, ističe dr. Gjurić.

Danas je malo lakše nego kada smo osnivali polikliniku. Mislila sam da

ću to učiniti za godinu dana, jer sam sličnu situaciju imala u Njemačkoj kada sam nakon završene specijalizacije s jednim kolegom otvorila centar za ambulantne operacije, za što mi je trebalo šest mjeseci. A onda se ovdje sve otegnulo na dvije i pol godine. Trebala sam pronaći nekretninu, riješiti papirologiju i pronaći banku koja će nas financijski podržati. Naime, banke tada nisu davale zajam novim poduzetnicima, a ja sam to za njih

bila bez obzira na iskustvo iz Njemačke. Problem je bila i zakonska regulativa za zapošljavanje anesteziologa. Sve je to trebalo posložiti, a još uvijek stvari nisu sređene. Vrlo važna bi nam bila zakonska regulativa o angažiranju liječnika pojedinih specijalizacija koji bi radili u našoj klinici, koja je i dnevna bolnica, odnosno da bez obzira koje specijalizacije imamo prijavljene, možemo izvoditi i ostale operacije. Naime, za sve specijalizacije koje imamo prijavljene moramo imati i ambulantu i minimalne tehničke uvjete. Dakle, k meni ne može doći urolog operirati mokraćni mjehur jer to nemam prijavljeno. U inozemstvu je to riješeno na način da centri za ambulantne operacije i dnevnu kirurgiju sklapaju međusobne ugovore o pružanju usluge, tzv. *sharing* ili, ako neki postupak ne obavljaju, to dogovore s nekom drugom ustanovom, a pacijent im se vraća na skrb. To pojeftinjuje troškove, jer su za suvremeno opremljene operacijske blokove potrebna velika ulaganja. U razvijenim zemljama u Europi i svijetu uobičajeno je da jedan liječnik radi na više mjesta. Mislim da neka manja bolnica ne bi trebala imati aparaturu, a nema kadar koji bi s tom sofisticiranom opremom radio. Držim da treba imati jako dobru preventivu, privatnu zaštitu, edukacije o tjelovježbi, prehrani. Djeci bih uvela svakog dana tjelovježbu u školu, i predavanja o zdravoj prehrani. Ne bi trebalo težiti egzotici u rješavanju kompliciranih i teških zdravstvenih slučajeva. To bi stvarno prepustila centrima izvrsnosti u kojima rade visoko educirani iiskusni liječnici, ističe dr. Gjurić.

U Hrvatskoj nema suradnje javnog i privatnog i to nije dobro

O suradnji privatnog i javnog zdravstva, koje u Hrvatskoj još ne funkcionira, ističe kako se nažalost još uvijek ne priznaje ni jedan nalaz privatnog liječnika. Bilo bi mi drago da pravilnik o minimalno-tehničkim uvjetima vrijedi za sve jednako. Sada je je 'jedan metar' za nas privatnike, a drugi za bolnice i javne zdravstvene institucije. Kriteriji prema nama su puno stroži nego prema bolnicama. Rastužuje me kad u medijima vidim kako izgledaju neki prostori u javnom sustavu. Nasuprot našem primjeru navodi Švicarsku u kojoj oko 25 posto zdravstva drži privatni sektor bez kojega ne bi moglo funkcionirati. U Njemačkoj građani imaju zdravstvenu iskaznicu i uz osnovno osiguranje mogu odabrati razne košarice. Smatram da pacijent sa svojom osobnom iskaznicom može ići na liječenje kamo hoće. Najbolje bi

bilo da i mi imamo sličan sustav pa da pacijent kada ga boli uho može doći, evo, recimo i ovamo do nas. Jednostavnija i primarna dijagnostika trebala bi se odvijati izvan bolničkih sustava, koji bi trebali ostati dostupni za kompleksnije slučajeve, ističe dr. Gjurić.

Navodi kako kroz sekciju u HUP-u koja okuplja privatne poslodavce u zdravstvu pokušavaju poboljšati sadašnje stanje, no još uvijek bez uspjeha, a misli da se to ni neće dogoditi bez pomnoga dugoročnog planiranja zdravstvenog programa. Morat ćemo kad-tad zdravstvo reformirati. Neke se stvari moraju presjeći. Problemi se rješavaju dok su još mali, a ne kada narastu. Ako se u skorije vrijeme ne prihvatimo generalne reforme, problem će rasti, ocjenjuje dr. Gjurić.

Na pitanje što bi savjetovala mladim liječnicima da li da ostanu u Hrvatskoj odgovara da je za mladog čovjeka dok je u intenzivnoj fazi učenja dobro otići u inozemstvo i steći nova znanja. No, ipak bi mi bilo drago da se vraćaju, a preduvjet toga je osigurati im odgovarajuće uvjete i pri tom nije riječ samo o novcu. Na specijalizaciji sam imala mentora koji je prvih nekoliko mjeseci brinuo o meni, sa mnom radio. U to vrijeme postojale su već redovite edukacije unutar klinike. Jedanput tjedno smo obvezno imali i stručna usavršavanja. Imala sam prilike odlaziti i na kongrese i seminare. Bilo mi je to na dohvat ruke. Osim toga ono što mislim da je jako bitno, je što sam to sama plaćala, ali sam imala i poreske olakšice, tako da sam sredstva koja sam uložila u edukaciju dobila natrag kroz povrat poreza. Podržavam inicijativu Komore da stipendijama mladim liječnicima omogući usavršavanje u inozemstvu. Europa traži medicinsko osoblje i tu bi nam se stvarno mogao dogoditi egzodus. Toga trebamo biti svjesni i početi mijenjati stvari i to na temelju dugoročnih planova. Deset godina unaprijed se mora znati što će se raditi, a ne da se skače iz jednog programa u drugi, navodi dr. Gjurić i poručuje kako bi je radovali programi povoljnijeg financiranja privatnog sektora, pojednostavljivanje zakonske regulative koja bi trebala biti objedinjena na jednom mjestu kako bi se mogli što bolje informirati što se mijenja, te da u izradi regulative sudjeluje struka. Tu vidim nužnu suradnju između Ministarstva zdravstva i HLK-a, zaključuje dr. Gjurić.

 SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

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

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

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

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

- od 5 do 7 godina: od 2,18% (EKS od 2,47%)*
- od 7 do 10 godina: od 2,78% (EKS od 3,07%)*

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

- od 5 do 7 godina: od 2,18% (EKS od 2,48%)*
- od 7 do 10 godina: od 2,78% (EKS od 3,07%)*

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

Dodatne informacije o ponudi PBZ-a za članove Hrvatske liječničke komore, možete pronaći na web adresi www.hlk.hr ili kontaktirajte Magnifica tim.

*EKS je izračunat na iznos kredita 525.000,00 HRK/70.000,00 EUR i rok otplate 7 ili 10 godina, uz trošak godišnje premije police osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK/27,44 EUR, te godišnje premije police osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK/61,74 EUR. U izračun EKS uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

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

Kamatne stope za kredite u HRK u visini do 90 - 100% iznosa procijenjene vrijednosti založene nekretnine iznose od 2,28% do 2,99% ovisno o roku otplate.

Prethodno navedene fiksne kamatne stope mogu se dodatno uvećati za 0,10 p.p. ovisno o procjeni kreditnog rizika klijenta sukladno Općim uvjetima poslovanja Privredne banke Zagreb d.d., Zagreb u kreditnom poslovanju s fizičkim osobama. Vrsta kamatne stope isključivo ovisi o izboru klijenta.



REPREZENTATIVNI PRIMJERI UKUPNIH TROŠKOVA

STAMBENI KREDITI U HRK UZ ZALOG NA STAMBENOJ NEKRETNINI

	PROMJENJIVA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (10 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA NA RAZDOBLJE OD 5 GODINA I PROMJENJIVA ZA PREOSTALO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRSI za HRK)	
	Parametar promjenjivosti: 6M NRSI za HRK					
Status klijenta ¹	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita	HRK					
Traženi iznos kredita	525.000,00 HRK					
Rok otplate	20 godina		10 godina		5 godina fiksna kamatna stopa + 15 godina promjenjiva kamatna stopa	
Naknadu za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade					
Fiksna kamatna stopa	-		3,08%	2,78%	2,48%	2,18%
Promjenjiva kamatna stopa ²	2,90%	2,60%	-		2,90%	2,60%
Efektivna kamatna stopa ³	3,19%	2,89%	3,38%	3,07%	2,99%	2,69%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	168.770,78 HRK	149.970,26 HRK	87.009,44 HRK	78.172,07 HRK	157.499,77 HRK	138.838,96 HRK
Mjesečni anuitet uz primjenu fiksne kamatne stope	-	-	5.088,85 HRK	5.016,30 HRK	2.776,88 HRK	2.700,87 HRK
Mjesečni anuitet uz primjenu promjenjive kamatne stope	2.885,43 HRK	2.807,64 HRK	-	-	2.860,01 HRK	2.782,40 HRK
Ukupan iznos za otplatu ⁴	708.631,58 HRK	689.831,06 HRK	618.599,84 HRK	609.762,47 HRK	697.360,57 HRK	678.699,76 HRK

STAMBENI KREDITI U EUR UZ ZALOG NA STAMBENOJ NEKRETNINI

	PROMJENJIVA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE		FIKSNA KAMATNA STOPA ZA CIJELO RAZDOBLJE OTPLATE (10 godina)		FIKSNA KAMATNA STOPA NA RAZDOBLJE OD 5 GODINA I PROMJENJIVA ZA PREOSTALO RAZDOBLJE OTPLATE (Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za EUR)	
	Parametar promjenjivosti: 6M NRS1 za EUR					
Status klijenta ¹	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta	bez statusa klijenta	uz status klijenta
Valuta kredita	EUR					
Traženi iznos kredita	70.000,00 EUR					
Rok otplate	20 godina		10 godina		5 godina fiksna kamatna stopa + 15 godina promjenjiva kamatna stopa	
Naknadu za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade					
Fiksna kamatna stopa	-		3,08%	2,78%	2,48%	2,18%
Promjenjiva kamatna stopa ²	2,90%	2,60%	-		2,90%	2,60%
Efektivna kamatna stopa ³	3,20%	2,89%	3,38%	3,07%	2,99%	2,69%
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	22.503,09 EUR	19.996,25 EUR	11.601,32 EUR	10.422,97 EUR	20.999,78 EUR	18.511,70 EUR
Mjesečni anuitet uz primjenu fiksne kamatne stope	-	-	678,51 EUR	668,84 EUR	370,25 EUR	360,12 EUR
Mjesečni anuitet uz primjenu promjenjive kamatne stope	384,72 EUR	374,35 EUR	-	-	381,34 EUR	370,99 EUR
Ukupan iznos za otplatu ⁴	94.512,29 EUR	92.006,45 EUR	82.493,12 EUR	81314,77 EUR	93.008,98 EUR	90.520,90 EUR

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

²Promjenjiva kamatna stopa definira se kao zbroj fiksnog dijela u visini 2,38 p.p. i 6M NRSI za HRK, odnosno 2,45 p.p. i 6M NRSI za EUR, koja je za kredite uz status klijenta dodatno umanjena za 0,30 p.p.

³EKS je izračunat na navedeni iznos kredita uz navedeni rok otplate, godišnju premiju za policu osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK / 27,44 EUR, godišnju premiju za policu osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK / 61,74 EUR te mjesečnu naknadu za vođenje transakcijskog računa u iznosu od 7,00 HRK izuzev za kredite uz fiksnu kamatnu stopu. U izračun EKS uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

⁴Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do dospijeća uvećane za iznos interkalarne kamate za razdoblje od mjesec dana, a koju bi korisnik kredita plaćao do konačne otplate kredita, uz pretpostavku da je do kraja otplate kredita važeća navedena promjenjiva kamatna stopa, godišnju premiju za policu osiguranja imovine u iznosu od 202,78 HRK / 27,44 EUR, godišnju premiju za policu osiguranja od nezgode u iznosu od 456,26 HRK / 61,74 EUR te mjesečnu naknadu za vođenje transakcijskog računa u iznosu od 7,00 HRK izuzev za kredite uz fiksnu kamatnu stopu.

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

SVIJET MOGUĆEG.



PRIVREDNA BANKA ZAGREB



www.pbz.hr

Bank of INTESA SANPAOLO

Ovaj oglas je informativnog karaktera i ne predstavlja obvezujuću ponudu za PBZ.

UČINAK PREKIDA ANTITROMBOTIČKE TERAPIJE NAKON ZATVARANJA FORAMENA OVALE U BOLESNIKA S KRIPTOGENIM EMBOLIJSKIM DOGAĐAJIMA

PORUKA ČLANKA

Privremena antitrombotička terapija nakon zatvaranja foramena ovale mogla bi biti razumna strategija u bolesnika ako nemaju komorbiditete koji povećavaju rizik od moždanog udara.

Do sada nije bilo podataka o optimalnom trajanju antitrombotičke terapije u bolesnika kojima je zatvoren foramen ovale. Istraživači su ovim istraživanjem htjeli procijeniti sigurnost prekida antitrombotičke terapije nakon zatvaranja foramena ovale u bolesnika s prethodnim kriptogenim embolijskim događajem.

Ukupno su uključena 453 bolesnika (srednje dobi 48 ± 13 godina, 51 % muškarci) kojima je zatvoren foramen ovale jer su doživjeli kriptogeni ishemijski događaj. Svi su bolesnici bili na antitrombotičkoj terapiji nakon zatvaranja foramena ovale (antiagregacijska terapija 92,7 %, antikoagulacijska 7,3 %). Ishemijski i hemoragijski događaji te antitrombotička terapija procijenjeni su praćenjem koje je prosječno trajalo osam godina (interkvartilni raspon od 4 do 11). 96 % bolesnika bilo je potpuno praćeno. Moždani udar zabilježen je u 4 (0,9 %) bolesnika, dok je prolazni ishemijski atak bio zabilježen u 12 (2,6 %) bolesnika.

27 bolesnika imao je hemoragijske događaje (veća krvarenja zabilježena su u 6 bolesnika [1,3 %] uključujući 4 epizode intrakranijskog krvarenja). Sva veća krvarenja dogodila su se dok su bolesnici bili na terapiji acetilsalicilnom kiselinom.

Ukupno su 82 (18 %) bolesnika prestala uzimati antitrombotičku terapiju u prosjeku 7 mjeseci nakon zatvaranja foramena ovale zbog hemoragijskog događaja ili probavnih simptoma. Nijedan od njih nije imao ishemijski događaj nakon 7 godina praćenja (intertartilni raspon od 3 do 10) unatoč prestanku uzimanja antitrombotičke terapije.

Analizom 46 bolesnika koji su prestali uzimati antitrombotičku terapiju u prvoj godini nakon zatvaranja foramena ovale i 120 bolesnika koji su nastavili koristiti antitrombotičku terapiju, nije utvrđena razlika u pojavnosti ishemijskih događaja (0 vs 0,2 moždani udar/prolazni ishemijski

ski atak na 100 bolesničkih godina u skupinama s antitrombotičkom terapijom i bez nje).

Zaključno, u mlađih bolesnika kojima je zatvoren foramen ovale, hemoragijski događaji su nastali u oko 6 % tijekom praćenja od prosječno 8 godina. Antitrombotička terapija je prekinuta u oko petine bolesnika (u većine tijekom prve godine nakon zatvaranja foramena ovale) te prekid terapije nije povezan s povećanjem pojavnosti ishemijskih događaja tijekom njihova dugotrajnog praćenja. Rezultati sugeriraju da bi samo privremena antitrombotička terapija nakon zatvaranja foramena ovale bila razumna strategija u bolesnika koji nemaju komorbiditete koji povećavaju rizik od moždanog udara.

(Am J Cardiol. 2019 Feb 8. pii: S0002-9149(19)30173-0. doi: 10.1016/j.amjcard.2019.01.043.)

 PETRA RADIĆ, dr. med.

KOMBINIRANA FOTODINAMIČKA TERAPIJA I SUSTAVNA KEMOTERAPIJA ZA NEOPERABILNI KOLANGIOKARCINOM

PORUKA ČLANKA

Fotodinamička terapija u kombinaciji sa sustavnom kemoterapijom gemcitabinom i cisplatinom poboljšava preživljenje bolesnika s neoperabilnim ekstrahepatičnim kolangiokarcinomom.

Kemoterapija gemcitabinom i cisplatinom trenutačno je standardna terapija za bolesnike s neoperabilnim kolangiokarcinomom. Lokalna fotodinamička terapija također je učinkovita u bolesnika s ekstrahepatičnim kolangiokarcinomom.

Gonzalez-Carmona MA iz Njemačke (Department of Internal Medicine I, University Hospital Bonn, Bonn) u suradnji s kolegama iz Španjolske (European Foundation for Study of Chronic Liver Failure, Barcelona) publicirao je rezultate kliničkog istra-

živanja procjene učinkovitosti fotodinamičke terapije u kombinaciji sa sustavnom kemoterapijom kod uznapredovalog stupnja ekstrahepatičnog kolangiokarcinoma. U istraživanje su uključena 353 ispitanika kojima je dijagnosticiran kolangiokarcinom od 2004. do 2016. godine; svi su liječeni u Sveučilišnoj bolnici u Bonnu u Njemačkoj. U istraživanje su uključeni bolesnici s neoperabilnim ekstrahepatičnim kolangiokarcinomom, a kriterije je zadovoljilo 96 bolesnika. Ispitanici su podijeljeni u tri skupine ovisno o načinu liječenja:

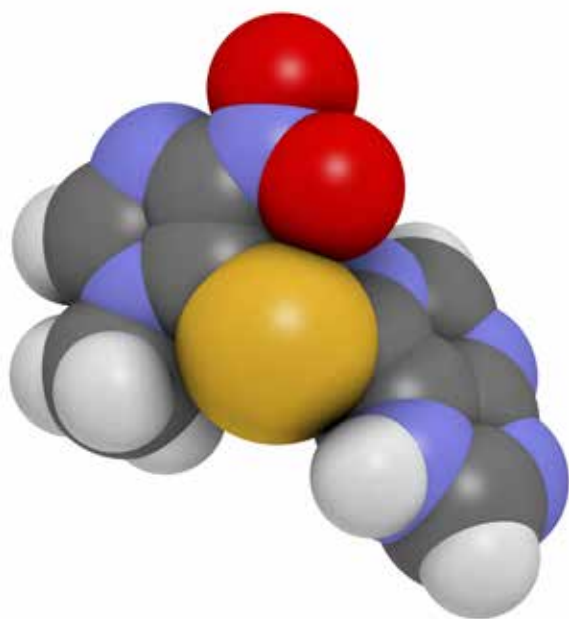
- prva skupina: kombinacija fotodinamičke terapije i kemoterapije (36 ispitanika);

- druga skupina: samo fotodinamička terapija (34 ispitanika);

- treća skupina: samo kemoterapija (26 ispitanika).

Rezultati istraživanja su pokazali kako se kombinacijom fotodinamičke terapije s kemoterapijom postiže značajno bolje preživljenje negoli isključivo kemoterapijom ($P = 0,022$). Medijan preživljenja bio je 20 mjeseci u prvoj skupini ispitanika liječenih kombiniranom terapijom, 15 mjeseci u drugoj skupini ispitanika liječenih fotodinamičkom terapijom te 10 mjeseci trećoj skupini ispitanika samo s kemoterapijom. Multivarijatna analiza je pokazala kako su nezavisni predznaci duljeg preživljenja kombinacija terapija, postavljanje metalnih stentova te radiofrekventna ablacija. Autori zaključuju kako kombinacija fotodinamičke terapije i kemoterapije rezultira boljim preživljenjem te je dobro podnose bolesnici s uznapredovalim ekstrahepatičnim kolangiokarcinomom. Fotodinamičku terapiju trebalo bi uključiti kao terapijsku opciju kod neoperabilnog kolangiokarcinoma.

(Aliment Pharmacol Ther. 2019 Jan 13. doi: 10.1111/apt.15050. [Epub ahead of print])



 **IVANA JUKIĆ, dr. med., specijalist
interne medicine, uži specijalist
gastroenterologije**

Poboljšano preživljenje nakon neoadjuvantne terapije i operacije uznapredovalog raka gušterače

PORUKA ČLANKA

Razvojem naprednih sustavnih terapija (kemoterapija i radioterapija) u odabranih bolesnika s lokalno uznapredovalim nemetastatskim rakom gušterače postoji povećana vjerojatnost za uspješnu operativnu resekciju i stoga za bolje preživljenje. Trenutačno postoji problem kako precizno prijeoperacijski odrediti te skupine bolesnika.

Gemenetzis i sur. (Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, SAD) tvrde da niti jednom bolesniku s uznapredovalim lokaliziranim rakom gušterače (LAPC, od engl. *locally advanced pancreatic cancer*) ne bi trebalo standardno pristupiti palijativno. Smatra se da je LAPC, koji čini 30 % svih novodijagnosticiranih karcinoma gušterače, neoperabilan zbog infiltracije okolnih većih krvnih žila. Trenutačne smjernice preporučuju neoperativno liječenje uz dobar opći status. Retrospektivna istraživanja pokazuju da u bolesnika s LAPC-om resekcija nakon indukcijske kemoterapije može biti kurativna. Autori su retrospektivno analizirali podatke 415 bolesnika s LAPC-om radi utvrđivanja je li kirurška resekcija nakon neoadjuvantne terapije doista povezana s poboljšanim preživljavanjem u uspo-

redbi s agresivnim neoperativnim liječenjem. Kirurška eksploracija bila je indicirana u 13 bolesnika na temelju odgovora tumora na neoadjuvantnu terapiju i 103 bolesnika bez znakova lokalnog napredovanja bolesti ili metastaza nakon završetka neoadjuvantne terapije koja je trajala najmanje četiri mjeseca. Resekcija primarnog tumora postignuta je u 84 bolesnika (20 % svih bolesnika s LAPC-om i 72 % prihvatljivih za eksploraciju). Resekcija nije učinjena u 12 bolesnika zbog okolne metastatske bolesti u trbuhu i u 20 bolesnika zbog lokalne proširenosti tumora. Resekcijski rubovi bili su negativni (R0) u 89 % slučajeva. Nakon resekcije je 40 bolesnika razvilo recidiv bolesti, najčešće lokalni (13 bolesnika), ili udaljene metastaze u jetri (9 bolesnika). Medijan preživljenja od postavljanja dijagnoze iznosio je 35,3 mjeseci za reseciranu skupinu i 16,2 mjeseca (331 bolesnik) za skupinu samo s kemoterapijom i zračenjem. Ukupna stopa preživljenja nakon 1 i 3 godine bila je značajno veća u reseciranoj skupini (96 %, odnosno 50 %) nego u skupini bez resekcije (74 %, odnosno 11 %). Iako će samo 20 % biti podvrgnuto uspješnoj operaciji, njihovo preživljenje bit će značajno dulje nego s adjuvantnom terapijom. U ovom trenutku ne mogu se identificirati bolesnici s LAPC-om koji će postati potencijalno resektabilni. Međutim, može se reći da bolesnike s LAPC-om podvrgnute neoadjuvantnoj terapiji treba pratiti i ocjenjivati u multidisciplinarnom okruženju, u velikim sredi-

štima za kirurgiju gušterače, kako bi se što točnije utvrdili oni koji su potencijalno operabilni. Dr. Marc Besselink iz Akademskog medicinskog središta u Amsterdamu, Nizozemska, koji proučava rak gušterače i njegovo liječenje, kaže da ovo istraživanje također jasno pokazuje problem odabira bolesnika s LAPC-om za kiruršku eksploraciju. Skupina s John Hopkinsa, skupina dr. Basselinka u Amsterdamu i nekoliko drugih skupina u svijetu rade na boljem odabiru bolesnika za resekciju, što uključuje biomarkerski odgovor (npr. CA 19-9), serijski MRI i PET CT te intraoperativni ultrazvuk. Također su utvrdili da će to uvelike poboljšati kliničku praksu, ali svi ovi postupci se razvijaju i zahtijevaju daljnje proučavanje i iskusne (interventne) radiologe. Ovi rezultati, po Basselinku, upozoravaju na važnost razgovora o svim bolesnicima s LAPC-om s vrlo iskusnim timom za rak gušterače. Mora se krenuti prema većim mrežama bolnica, u kojima se može jamčiti svim bolesnicima u mreži da će njihovo stanje ocijeniti stručnjaci. Basselink kaže da 80 % bolesnika s LAPC-om ne bi trebalo dobiti lažnu nadu, ali se također ne smije propustiti 20 % bolesnika kojima se može preživljenje kirurški produljiti.

(Ann Surg 2018. Jun 18. doi: 10.1097/

SLA.00000000000002753. [Epub ahead of print])

 **Doc. prim. dr. sc. Goran Augustin, dr. med.**
Specijalist opće, subspecijalist abdominalne i
onkološke kirurgije

ISHODI TRUDNOĆE UZ CERTOLIZUMABPEGOL

► PORUKA ČLANKA

Analiza podataka najveće kohorte trudnica liječenih inhibitorima čimbenika tumorske nekroze alfa ne ukazuje na teratogeni učinak certolizumabpegola niti na povećan rizik fetalne smrti te daje novu nadu bolesnicama s upalnim kroničnim bolestima koje planiraju trudnoću.

Inhibitori čimbenika tumorske nekroze alfa (inhibitori TNF- α) djelotvorni su u nadzoru kroničnih upalnih bolesti, ali su podaci o njihovoj uporabi i sigurnosti tijekom trudnoće ograničeni. Prema tome, terapija inhibitorima TNF- α često se prekida rano u trudnoći. Certolizumabpegol (CZP) je rekombinantni Fab fragment humaniziranog protutijela protiv TNF- α konjugiran s polietilenglikolom (PEG) te ne sadrži dio, kristalizirajući fragment (Fc) koji veže komplement ili uzrokuje staničnu citotoksičnost *in vitro* ovisnu o protutijelima. Europska agencija za lijekove (EMA, engl. *European Medicines Agency*) je centraliziranim postupkom odobrila CZP za liječenje reumatoidnog artritisa, aksijalnog spondiloartritisa, psorijatičnog artritisa i plak psorijaze, dok je Američka agencija za lijekove (FDA, engl. *Food and Drug Administration*) odobrila CZP i za liječenje Crohnove bolesti. Analizom rezultata prethodnog kliničkog istraživanja CRIB (multicentrično postmar-

ketinško istraživanje koje procjenjuje transplacentarni prijenos Cimzie s majke na dijete putem posteljice) u 16 žena liječenih CZP-om tijekom trudnoće i uz praćene koncentracije CZP-a u novorođenčadi, ustanovljeno je da je placentarni prijenos CZP-a minimalan. Od 14 novorođenčadi (analiza prema protokolu istraživanja) bile su pri rođenju koncentracije CZP-a ispod granice kvantifikacije u 13 uzoraka, dok je jedna iznosila 0,042 $\mu\text{g/ml}$ uz omjer koncentracije u plazmi dojenčadi/majke pri rođenju od 0,09 %. Clowse i sur. su 2015. objavili analizu 625 trudnoća zabilježenih do 1. rujna 2014. s namjerom da se procijene ishodi trudnoće u žena koje su primale CZP do 6. ožujka 2017., osobito onih koje su liječene CZP-om tijekom rane trudnoće.

Analiza je bila ograničena na prospektivne podatke sigurnosne baze

podataka UCB Pharmer o majčinskoj izloženosti CZP-u, kako bi se izbjegla mogućnost pristranosti povezane s retrospektivnim podnescima. Utvrđen je broj živorođenih, spontanijh pobačaja, induciranih pobačaja, mrtvorodenih i većih urođenih malformacija.

Od 1.137 prospektivno prijavljenih trudnoća u bolesnica liječenih CZP-om, 528 je imalo poznat ishod (uključujući 10 blizanaca, te je time ukupan broj poznatih ishoda 538): 459 živorođenih (85,3 %), 47 spontanijh pobačaja (8,7 %), 27 induciranih pobačaja (5 %) i 5 mrtvorodenih (0,9 %). Među 459 dojenčadi bilo je 8 velikih urođenih malformacija (1,7 %). Izloženost CZP-u tijekom barem prvog tromjesečja dogodila se u 81,2 % (367 od 452 trudnoće), što je rezultiralo s 459 živorođenih, dok se izloženost tijekom sva tri tromjesečja dogodila u 201 (44,5 %) trudnoći.

Ova analiza obuhvaća najveću skupinu trudnica liječenih inhibitorima TNF- α zbog kroničnih upalnih bolesti. Analiza ishoda trudnoće ne ukazuje na teratogeni učinak CZP-a, u usporedbi s općom populacijom, niti na povećan rizik od smrti fetusa. Podaci su ohrabrujući za žene reproduktivne dobi koje razmišljaju o liječenju CZP-om.

(*Arthritis Rheumatol.* 2018;70(9):1399-407.)

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

LIJEK PROTIV RASTAPANJA ROŽNICE U KONTAKTNIM LEĆAMA

► PORUKA ČLANKA

Istraživači su ugradili inhibitore metaloproteinaza u hidrogel kontaktnih leća kako bi eliminirali cink iz rožnice oka bez utjecaja na druge organe.

Trenutačno ne postoji lijek koji može sigurno i učinkovito zaustaviti jednom pokrenut proces keratolize, poznate i kao sindrom rastapanja rožnice ili "corneal melt syndrome". U podlozi ovog sindroma česte su autoimunosne bolesti poput reumatoidnog artritisa ili lupusa, a mogu ga pokrenuti i nesteroidne protuupalne kapi te jednostavni zahvati poput operacije mrežnice ili laserskih zahvata na rožnici.

Dosadašnji pokušaji liječenja sustavnim primjenom inhibitora matriksnih metaloproteinaza, koje na sebe vežu cinkove ione, nisu bili uspješni dobrim dijelom i zbog toksičnog djelovanja na mišićno-koštani sustav. Zbog toga su istraživači sa Sveučilišta u Coloradu i New Hampshireu

u SAD-u, pod vodstvom profesora **Kyung Jae Jeonga**, odlučili ugraditi ove inhibitore u hidrogel kontaktnih leća kako bi eliminirali cink iz rožnice oka bez utjecaja na druge organe. Prednost je ovakvog načina primjene inhibitora i mogućnost njihova jednostavnog uklanjanja s površine oka u slučaju pojave nuspojava.

Istraživači su u standardni pHEMA materijal za mekane kontaktne leće ugradili dipikoliamin ili DPA koji ima visok afinitet prema cinkovim ionima. U istraživanjima *in vitro* i *ex vivo* na izvađenim svinjskim rožnicama dokazali su kako ovaj materijal selektivno uklanja cinkove ione i deaktivira metaloproteinaze MMP-1, MMP-2 i MMP-9 te učinkovito sprečava kola-

genazu A da razgrađuje rožnicu. Pritom novi materijal s dipikoliaminom nije negativno utjecao na keratocite i stanice epitela rožnice. Dosadašnja klinička istraživanja inhibitora metaloproteinaza uglavnom nisu bila uspješna zbog njihovog slabog učinka u ljudi i sustavne toksičnosti. Autori očekuju kako bi ovakav način primjene lijeka mogao označiti novo doba u liječenju keratolize, što su potvrdili i podnošenjem zahtjeva za priznanje patenta.

(ACS Biomater Sci Eng. 2019;5(3):1195-1199.)

✍ Dr. sc. ADRIAN LUKENDA,
specijalist oftalmolog

Planirani način porođaja blizanaca prije termina, neonatalni ishod, te ishod u dobi od 2 godine

► PORUKA ČLANKA

Planirani carski rez kod prijevremenog porođaja blizanaca (prvi blizanac u stavu glavom) koji je započeo spontanom kontrakcijama ili prsnućem vodenjaka nije poboljšao neonatalni ishod niti ishod u dobi od 2 godine.

Loïc Sentilhes i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Bordeaux University Hospital, Bordeaux, Francuska, istražili su naslovnu temu tako da su iz nacionalnog prospektivnog kohortnog istraživanja izabrali trudnice

NOVO CJEPIVO PROTIV PNUMOKOKA BOLJE ŠTITI OD UPALE UHA

PORUKA ČLANKA

Trinaestvalentno konjugirano cjepivo protiv pneumokoka u usporedbi sa sedmovalentnim cjepivom dodatno smanjuje učestalost upale uha i potrebu ventilacijskih cjevčica.

Upala srednjeg uha jedan je od vodećih uzroka odlaska liječniku i uporabe antibiotika u djece mlađe od pet godina, s više od 350 milijuna slučajeva u svijetu godišnje. Ta bolest samo u SAD-u uzrokuje gubitak od oko milijardu dolara. Najčešći je bakterijski uzročnik ove bolesti *Streptococcus pneumoniae*, a slijede ga *Haemophilus influenzae* i *Moraxella catarrhalis*. Nakon uvođenja sedmovalentnog konjugiranog cjepiva protiv pneumokoka (PCV 7) u kalendar cijepljenja dojenčadi 2000. godine u SAD-u značajno je smanjena učestalost upale srednjeg uha uzrokovane bilo kojim uzročnikom i potreba za ventila-

cijskim cjevčicama. Liječnici iz američke savezne države Tennessee istraživali su je li početak upotrebe novog trinaestvalentnog konjugiranog cjepiva (PCV 13) 2010. godine smanjio učestalost ove bolesti i terapijski postupak.

U istraživanju su prikupljeni podaci o 368.063 djeteta mlađih od dvije godine, koja su od 2006. do 2014. bila osigurana kod državnog osiguravajućeg društva Tennessee Medicaid. Rezultati su pokazali kako se učestalost epizoda upale uha po 100 bolesničkih godina povećavala u vrijeme uporabe PCV-a 7 (s 88,6 u razdoblju 2006. - 2007. na 98,6 u razdoblju 2009. - 2010.), dok se nakon prelaska na PCV 13 smanjila (s 98,1 u razdoblju 2011. - 2012. na 89,3 u razdoblju 2013. - 2014.). Slično je bilo i s brojem ugrađenih ventilacijskih cjevčica te s rizikom od recidiva.

Uzevši u obzir i ostale čimbenike, izračunat rizik za upalu srednjeg uha bio je 8 % niži u skupini dojenčadi koja je cjepivo PCV 13 primila od 2013. do 2014. godine, nego u posljednjoj skupini dojenčadi cijepljenoj cjepivom PCV 7

od 2009. do 2010. godine. Poboljšanje je bilo podjednako u dječaka i djevojčica, no pokazalo se da su tijekom trajanja ovog istraživanja dječaci stalno imali češće upale uha i češće su trebali ventilacijske cjevčice.

Autori zaključuju kako je cijepljenje cjepivom PCV 13 učinkovita i važna strategija za prevenciju upale srednjeg uha u male djece, što je, uz prevenciju invazivne pneumokokne bolesti i hospitalizacija zbog pneumonije, još jedan od razloga za cijepljenje navedenim cjepivom.

Na kraju, ipak treba spomenuti kako je u financiranju ovog istraživanja sudjelovao i Sanofi-Pasteur, farmaceutska tvrtka koja proizvodi razna cjepiva, uključujući i cjepivo protiv pneumokoka.

(Clin Infect Dis. 2019 Feb 16. pii: ciz142. doi: 10.1093/cid/ciz142) .

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

koje su prijevremeno rodile blizance (prvi blizanac u stavu glavom) od 24^{0/7} do 34^{6/7} tjedana, a nakon planiranoga: 1) vaginalnog porođaja ili 2) carskog reza. Ishodi koji su analizirani odvojeno za prvog i drugog blizanca bili su: 1) preživljenje kod otpusta, 2) preživljenje kod otpusta bez težeg pobola, 3) preživljenje u dobi od 2 godine bez neurosenzornog oštećenja.

Od 932 trudnice s blizancima 549 ih je isključeno zbog stava prvog blizanca

koji nije bio glavom, prijevremenog porođaja čiji uzrok nisu bile spontane kontrakcije ili prsnuće vodenjaka, te smrti najmanje jednog blizanca prije porođaja. Bilo je 276 trudnica u prvoj skupini za planirani vaginalni porođaj i 107 trudnica u drugoj skupini za planirani carski rez. Za prvog i drugog blizanca preživljenje kod otpusta (97,7 % vs 98,3 % i 95,6 % vs 97,1 %, redom), preživljenje kod otpusta bez težeg pobola (91,6 % vs 88,8 % i 90,3

% vs 84,5 %, redom), te preživljenje u dobi od 2 godine bez neurosenzornog oštećenja (96 % vs 95,4 % i 92,9 % vs 90,8 %, redom), nije se statistički značajno razlikovalo između prve i druge istraživane skupine.

(Obstet Gynecol 2019 Jan;133(1):71-80.)

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

RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA

OBJAVLJENI U INOZEMNIM ČASOPISIMA
INDEKSIRANIM U CC, SCI ILI SSCI

U suradnji s časopisom *Croatian Medical Journal* donosimo popis recentnih publikacija hrvatskih autora objavljenih u uglednim inozemnim znanstvenim i stručnim medicinskim časopisima indeksiranim u CC, SCI ili SSCI. Zainteresirani kolege mogu poslati svoje radove objavljene u aktualnoj kalendarskoj godini uz potvrdu središnje medicinske knjižnice da su indeksirani u CC, SCI ili SSCI.

Ostojic A¹, Markotic A², Kelava T^{3,4}, Mrzljak A¹. Implementation of quality assurance program in radiography-2-year experience of collaboration with public health institutions in west region of Croatia. *Medicine* (Baltimore). 2019 Feb;98(8):e14612. doi: 10.1097/MD.00000000000014612.

¹Department of Gastroenterology, Merkur University Hospital, Zagreb, Croatia; ²Center for Clinical Pharmacology, University Clinical Hospital Mostar, Mostar, Bosnia and Herzegovina; ³University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia; ⁴Laboratory for Molecular Immunology, Croatian Institute for Brain Research, Zagreb, Croatia. Faculty of Medicine

Gawish R¹, Bulat T¹, Biaggio M¹, Lassnig C², Bago-Horvath Z³, Macho-Maschler S², Poelzl A¹, Simonović N¹, Prchal-Murphy M⁴, Rom R¹, Amenitsch L¹, Ferrarese L¹, Kornhoff J¹, Lederer T¹, Svinka J⁵, Eferl R⁵, Bosmann M⁶, Kalinke U⁷, Stoiber D⁸, Sexl V⁹, Krmpotic A⁹, Jonjic S⁹, Müller M¹⁰, Strobl B¹¹. Myeloid Cells Restrict MCMV and Drive Stress-Induced Extramedullary Hematopoiesis through STAT1. *Cell Rep*. 2019 Feb 26;26(9):2394-2406.e5. doi: 10.1016/j.celrep.2019.02.017.

¹Institute of Animal Breeding and Genetics, Department of Biomedical Science, University of Veterinary Medicine Vienna, 1210 Vienna, Austria; ²Institute of Animal Breeding and Genetics, Department of Biomedical Science, University of Veterinary Medicine Vienna, 1210 Vienna, Austria; ³Biomodels Austria, Department of Biomedical Science, University of Veterinary Medicine Vienna, 1210 Vienna, Austria; ⁴Clinical Institute for Pathology, Medical University of Vienna, 1090 Vienna, Austria; ⁵Institute of Pharmacology and Toxicology, Department of Biomedical Science, University of Veterinary Medicine Vienna, 1210 Vienna, Austria; ⁶Institute of Cancer Research, Medical University of Vienna, 1090 Vienna, Austria; ⁷Pulmonary Center, Department of Medicine, Boston University School of Medicine, Boston, MA 02118, USA; ⁸Center for Thrombosis and Hemostasis, University Medical Center, Johannes Gutenberg University Mainz, 55131 Mainz, Germany; ⁹Institute for Experimental Infection Research, TWINCORE, Centre for Experimental and Clinical Infection Research, a joint venture between the Hanover Medical School and the Helmholtz Centre for Infection Research, 30625 Hannover, Germany; ¹⁰Ludwig Boltzmann Institute for Cancer Research, Vienna and Institute of Pharmacology, Center for Physiology and Pharmacology, Medical University of Vienna, 1090 Vienna, Austria; ¹¹Department of Histology and Embryology, Faculty of

Medicine, University of Rijeka, 51000 Rijeka, Croatia; ¹⁰Institute of Animal Breeding and Genetics, Department of Biomedical Science, University of Veterinary Medicine Vienna, 1210 Vienna, Austria; ¹¹Biomodels Austria, Department of Biomedical Science, University of Veterinary Medicine Vienna, 1210 Vienna, Austria; ¹²Institute of Animal Breeding and Genetics, Department of Biomedical Science, University of Veterinary Medicine Vienna, 1210 Vienna.

Mészner Z¹, Wysocki J², Richter D³, Zavadzka D⁴, Ivaskeviciene I^{5,6}, Usonis V⁵, Pokorn M⁷, Mangarov A⁸, Jancoriene L⁹, Man SC¹⁰, Kristufkova Z¹¹, Jesenak M¹², Tešović G¹³, Pluta J¹⁴, Wolfson LJ¹⁵. Burden of varicella in Central and Eastern Europe: findings from a systematic literature review. *Expert Rev Vaccines*. 2019 Feb 27:1-13. doi: 10.1080/14760584.2019.1573145.

¹Heim Pal National Paediatric Institute, Budapest, Hungary; ²Department of Preventive Medicine, Poznan University of Medical Sciences, Poznan, Poland; ³Department of Paediatrics, University Hospital Centre, Zagreb, Croatia; ⁴Department of Paediatrics, Riga Stradins University, Riga, Latvia; ⁵Clinic of Children's Diseases, Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania; ⁶Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Vilnius, Lithuania; ⁷Department of Infectious Diseases, University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, Slovenia; ⁸Hospital for Infectious Diseases, Medical University of Sofia, Sofia, Bulgaria; ⁹Clinic of Infectious Diseases and Dermatovenereology, Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania; ¹⁰Mother and Child Care Department, University of Medicine and Pharmacy 'Iuliu Hațieganu', Cluj-Napoca, Romania; ¹¹Faculty of Public Health, Slovak Medical University, Bratislava, Slovakia; ¹²Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Comenius University, Bratislava, Slovakia; ¹³University Hospital for Infectious Diseases, University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia; ¹⁴Global Medical Affairs, MSD Polska Sp. z o.o., Warsaw, Poland; ¹⁵Center for Observational and Real-World Evidence (CORE), Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA.

Gorup D¹, Škokić S¹, Kriz J², Gajović S¹. Tlr2 Deficiency is Associated with Enhanced Elements of Neuronal Repair and Caspase 3 Activation Following Brain Ischemia. *Sci Rep*. 2019 Feb 26;9(1):2821. doi:10.1038/s41598-019-39541-3.

¹Croatian Institute for Brain Research, University of Zagreb School of Medicine, Salata 12, Zagreb, HR-10000, Croatia. ²Department of Psychiatry and

Neuroscience, Faculty of Medicine Laval University, CERVO Brain Research Center, 2601, de la Canardière, Québec (QC), G1J 2G3, Canada;

Mulac-Jeričević B¹, Šučurović S¹, Gulic T¹, Szekeres-Bartho J^{2,3,4,5}. The involvement of the progesterone receptor in PIBF and Gal-1 expression in the mouse endometrium. *Am J Reprod Immunol*. 2019 Feb 25:e13104. doi: 10.1111/aji.13104.

¹Department of Physiology and Immunology, Faculty of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia; ²Department of Medical Biology, and Central Electron Microscope Laboratory, Medical School, Pecs University, Pecs, Hungary; ³János Szentágothai Research Centre, Pecs University, Pecs, Hungary; ⁴Endocrine Studies, Centre of Excellence, Pecs University, Pecs, Hungary; ⁵MTA - PTE Human Reproduction Research Group, Pecs, Hungary.

Civiljak R¹, Tot T², Falsey AR³, Huljev E¹, Vranes J^{4,5}, Ljubin-Sternak S^{4,5}. Viral pathogens associated with acute respiratory illness in hospitalized adults and elderly from Zagreb, Croatia, 2016 to 2018. *J Med Virol*. 2019 Feb 22. doi: 10.1002/jmv.25437.

¹Department of Respiratory Tract Infections, Dr. Fran Mihaljević University Hospital for Infectious Diseases, University of Zagreb School of Medicine, Mirogojska 8, Zagreb, Croatia; ²Department of Microbiology, General Hospital Karlovac, A. Stampara 3, Karlovac, Croatia; ³Department of Medicine, Rochester General Hospital and University of Rochester School of Medicine and Dentistry, 425 Portland Avenue, Rochester, NY, USA; ⁴Clinical Microbiology Department, Dr. Andrija Stampar Teaching Institute of Public Health, Mirogojska 16, Zagreb, Croatia; ⁵Department of Medical Microbiology, University of Zagreb School of Medicine, Rockefellerova 4, Zagreb, Croatia.

Sartelli M, Di Bella S, McFarland LV, Khanna S, Furuya-Kanamori L, Abuzaid N, Abu-Zidan FM, Ansaloni L, Augustin G*, et al. 2019 update of the WSES guidelines for management of Clostridioides (Clostridium) difficile infection in surgical patients.

World J Emerg Surg. 2019;14:8.

*Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb and University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.

VALAMAR
HOTELS & RESORTS

★ ★ ★ ★

DIAMANT
HOTEL



NENADMAŠAN IZBOR ZA AKTIVAN I OPUŠTAJUĆI ODMOR U POREČU

Ako tražite savršenu kombinaciju sporta, wellnessa i gourmet doživljaja, nema boljeg mjesta od Valamar Diamant Hotel & Residencea.

Smješten usred predivne borove šume i samo desetak minuta šetnje od stare jezgre grada Poreča, Valamar Diamant nudi vrhunski buffet restoran, uređene plaže, moderni wellness centar, bazene, profesionalne sportske sadržaje kao i raznovrsne sadržaje za obiteljsku zabavu.

T +385 52 465 000
E reservations@valamar.com
www.valamar.com

 **VALAMAR**
All you can holiday

> Bojimo li se robota?

Suvremena tehnika u medicini

✍ Prof.dr.sc. GOJKO NIKOLIĆ, dipl. ing. strojarstva

U medicini se stalno usavršavaju medicinski postupci, koriste se sve složeniji tehnički uređaji koji omogućavaju liječnicima kvalitetniju dijagnostiku, operacije i liječenje. To je nezaustavljiv proces, na koji se privikavaju i liječnici i pacijenti. Doprinosi kvaliteti života kao i njegovu produljenju.

Poznati kirurg dr. Richard Satava sa Sveučilišta u Washingtonu predviđa da će u sljedećih 40 do 50 godina operacije biti potpuno robotizirane. Smatra da će se uloga kirurga svesti na uključivanje i upravljanje informacijskim sustavom koji će biti sastavni dio kirurškog okoliša. Slikovito je svoje mišljenje izrazio riječima da „*budućnost medicine nije u krvi i crijevima, već u bitovima i bajtovima*“.

Zdravstveni sustavi sa suvremenom opremom mogu liječiti više bolesti nego ikada prije. Nova tehnologija donosi inovacije i kod postojećih tretmana. Različiti su odnosi pacijenata prema tim tehničkim novostima poput kirurških robota i inteligentnih softverskih programe koji pomažu u dijagnozi i terapiji. Ove novosti u zdravstvu izazivaju u nekih pacijenata razumljivo nepovjerenje i strah. Njihovo prihvaćanje ili odbijanje takvog liječenja razlikuje se ovisno o stupnju obrazovanja, dobi, razvijenom zdravstvenom sustavu, tradiciji i zemljopisnom području.

Kirurški roboti

Razvojem robota i postizavanjem visoke sigurnosti rada stekli su se uvjeti njihove primjene u medicini. To se događalo posljednjih dvadesetak godina i roboti su našli svoju primjenu u svim područjima medicine, u oftamologiji, urologiji, ginekologiji, kardiologiji, neurologiji i ortopediji. Primjenom robota u nekim područjima medicine nastaju i mnoga etička pitanja, posebno je osjetljivo pitanje u robotskoj neurokirurgiji. Te etičke dileme sigurno su posljedica dviju značajki robota: vizualna „sličnost“ s čovjekom kod nekih izaziva nerealna očekivanja, a kod drugih strah da ta „stvar“ može donositi samostalno odluke koje mogu biti pogrešne. Unatoč tom

početnom skepticizmu i tim etičkim pitanjima, primjena robota u kirurgiji sve je veća, jer su sada već vrlo sigurni u radu, uz nadzor nekoliko paralelnih sigurnosnih sustava. Može se reći da su čak sigurniji u radu od drugih medicinskih uređaja koji su svakodnevno u uporabi. Činjenica je da razvojem inteligentnih upravljačkih softvera, kao i senzorskih sustava, robot može zamijeniti dio liječnikovih aktivnosti i biti u toj zamjeni znatno učinkovitiji, doprinoseći kvaliteti zahvata, smanjenju traumatičnih posljedica za pacijenta i ubrzanju njegova oporavka.

Primjena robota u kirurgiji naziva se robotskom kirurgijom ili računalno asistiranom kirurgijom. Njihovo uključivanje u medicinske postupke moguće je na različite načine i s razli-



Slika 1. Laparoskopski robot *Da Vinci*



Slika 2. Neurokirurška operacija s pomoću robotom RONNA u KB-u Dubrava (2016.)

čitim stupnjem samostalnosti, odnosno interakcije s kirurgom. Asistentski ili nesamostalan rad robota je kada on pomaže kirurgu pri operaciji. Rad s robotom omogućuje veću preciznost i eliminira mogući tremor kirurgove ruke zbog finih pomaka ili pak zbog umora. Autonomni roboti mogu samostalno obavljati operacije ili neki zahvat bez kirurgovog vođenja. Iako su za taj način rada tehnički problemi uglavnom riješeni, nisu još našli široku primjenu prije svega iz etičkih ili neriješenih proceduralnih razloga.

Od prve primjene robota u kirurgiji 1985. g. (robot Puma 560) do danas razvijeno je mnogo raznih robota za kirurgiju, ali njihova primjena u praksi nije bila značajna. Evo samo nekih: robot *PROBOT* 1988. g. (Imperial College London) za operaciju prostate; robotski sustav *EZOP* 1990. g., prvi sustav koji je odobrila američka FDA (Food and Drug Administration) za endoskopske kirurške zahvate; *ROBODOC* tvrtke Integrated Surgical Systems, s kojim je obavljena prva operacija kuka 1992. g. To je bio prvi kirurški robot u ortopediji koji je odobrila FDA.

Danas se u bolnicama najviše koristi teleoperacijski sustav (robotski sustav) *da Vinci*, slika 1. Prototip je izrađen 1997. Primjenu je u SAD-u odobrila FDA 2000., a u Europi se primjenjuje od 2001. godine. Razvila ga je tvrtka SRI International, s velikom podrškom agencija DARPA (Defense Advanced Research Projects Agency) i NASA (*National Aeronautics and Space Administration*). Laparaskopski robot *da Vinci* razvijen je kao kirurški robot za operacije na daljinu i izvorno je bio namijenjen kirurškim zahvatima na udaljenim ratištima i drugim opasnim okruženjima. Danas se isključivo koristi za minimalno invazivnu kirurgiju na licu mjesta, u operacijskoj dvorani. Njegova primjena je velika te ih u bolnicama diljem svijeta ima više od 4000 (podatak iz siječnja 2016.), a njime je samo u SAD-u obavljeno više od 1,745.000 operacija od 2000. do 2013. godine (Akalin M. - 2014.). Godišnje se u svijetu njime obavi oko milijun operacija, iako je ukupan kapacitet instaliranih robota *da Vinci* četiri puta veći (Tobe F. - 2017.). Koristi se za različite kirur-

ške zahvate u ginekologiji, urologiji, abdominalnoj kirurgiji, ortopediji, na kralježnici, u kardiologiji, torakalnoj kirurgiji i dr. Sve više se koristi i za transplantaciju organa.

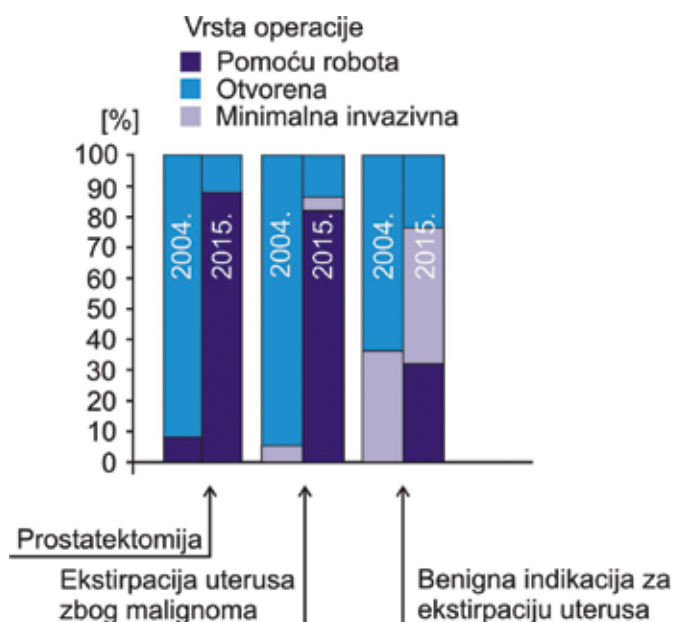
Među značajnije kirurške robotske sustave nekoliko ih je namijenjeno neurokirurgiji. To su *NeuroMate* i *ROSA* tvrtke Medtech S.A.S., razvijeni u Francuskoj, te *Prosurge Path-finder* tvrtke Prosurge Ltd. High Wyc iz Engleske. S ponosom ističemo da je među najznačajnije neurokirurške robote svakako i robot *RONNA* razvijen na Fakultetu strojarstva i brodogradnje u Zagrebu, u suradnji s KB-om Dubrava, čiji je jedan od inicijatora i na čijem je razvoju radio i pisac ovog članka; slika 2. To je za sada, koliko je poznato, jedini robot koji može ne samo pomagati kirurgu kod neurokirurške operacije, već može i samostalno raditi neke zahvate, poput trepanacije, postavljanja katetera, biopsije i sličnih zahvata. Ta mogućnost nije do sada bila korištena, ali će se uskoro početi primjenjivati.

U ovu skupinu spadaju i novi roboti koji se razvijaju, a namijenjeni su operacijama u oftamologiji, za punktiranje prostate, šivanje rana, vađenje krvi i niz sličnih poslova.

Danas je u kirurgiji dominantna primjena robota *da Vinci*. Iako su operacije s *da Vincijem* više od 4000 US dolara skuplje, njihova je primjena sve češća, o čemu govori i dijagram na slici 3 (Collins S. -2016.). Za neke vrste operacija u SAD-u postaje operacija robotom dominantan način rada (slika 3). Razlog tome je preciznost i manja operacijska trauma. Robotom se upravlja pokretima kirurgovih ruku (i nogu), pri čemu on promatra unutrašnjost tijela s 3D uvećanom slikom (10x), a pokretljivost laparaskopskih instrumenata je mnogo veća i preciznija od kirurgovih ručnih zglobova i prstiju. Zbog mnogo većeg stupnja slobode kretanja laparaskopskih instrumenata koji slijede pokrete

>>

ruke, operacijom robotom *da Vinci*jem ostvaruje se ono što s rukom nije moguće u malom i skućenom prostoru ili u teško dostupnim dijelovima tijela (Piesing M. - 2014.). Prednost je ujedno što je operacija manje invazivna i stoga oporavak brži.



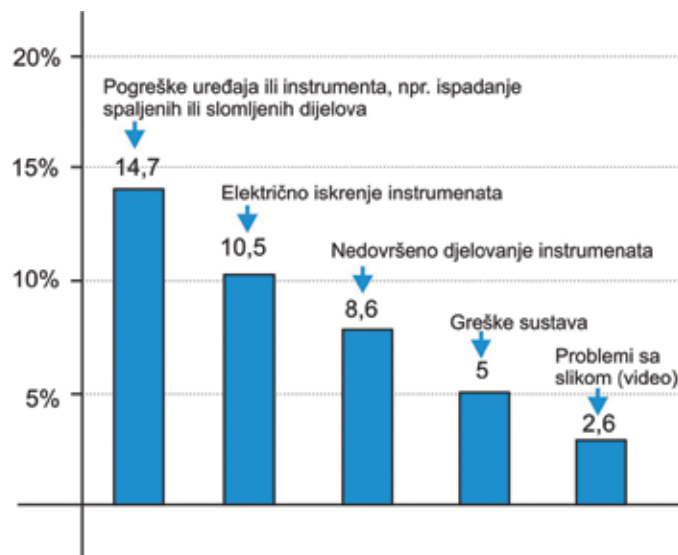
Slika 3. Postotak izvršenih operacija kod raznih zahvata robotom *da Vinci* te drugim uobičajenim operacijskim postupcima

U tijeku su istraživanja što pacijenti misle o tim novim tehnologijama u medicini. Pacijente sigurno zanima jesu li operacije uz pomoć robota preciznije, sigurnije i manje traumatične, a oporavak brži, te ima li s njima pogrešaka i jesu li češće nego kad operiraju liječnici. Pogreške su rijetke, ali se ipak događaju kao posljedica nedovoljne obučenosti kirurga ili kvara na uređaju. Iz već dugotrajne prakse kod raznih vrsta operacija robotom *da Vinci*jem postoje statistički podaci o greškama. Iako postoje dostupni podaci, oni nisu sasvim potpuni ni točni. Uz te manjkavosti može se ipak stvoriti slika o pouzdanosti sustava. Za razdoblje od 2000. do 2013. godine, za koje postoji izvještaji, bilo je više od 1,745.000 robotskih medicinskih postupaka u SAD-u, a procijenjeni broj štetnih događaja po postupku je bio manji od 0,6 %. Na 100.000 operacija bilo je 550 registriranih nezgoda, od kojih je 60 % uzrokovano tehničkim kvarom, a 40 % liječničkom pogreškom. Druga istraživanja navode podatke koji variraju između 0,4 – 8 % i 0,1 – 2,7 %, odnosno oko 3 %. Broj najtežih slučajeva, kada je nastupila ozbiljna ozljeda ili smrt, ostao je razmjerno stalan od 2007. godine, tj. 83,4 slučaja na 100.000 postupaka (Alemzadeh H. i dr. - 2016.).

Svaka operacija sa sobom nosi rizik bez obzira na to izvodi li je kirurg sam ili uz pomoć robota. Analize su pokazale da oko 50 % smrtnih slučajeva nije uzrokovano samo komplikacijama kod operacije, već dio proizlazi i iz pacijentove povijesti bolesti i njegova zdravstvenog stanja. Ukazuje se da se samo oko 17,4 % smrtnih ishoda dogodilo na samoj operaciji, a ostali nakon nje. Najviše izvješća pokazuje da su postupci bili uspješni i nisu se događali nikakvi problemi (Alemzadeh H. i dr. - 2016.).

Iako neki liječnici misle da je vrijednost robotske kirurgije prenapuhana, postoje i suprotna mišljenja, tako vrhunski urolozi navode da su s robotom *da Vinci* proveli više operacija, te brže i uspješnije nego bez njega. Pacijenti su otpušteni već tri do četiri dana nakon operacije s robotom, što je znatno ranije negoli je bilo do tada (Piesing M. - 2014.).

Kako je rečeno, pogreške u radu s robotom mogu se svesti na nedovoljno iskustvo, nedovoljnu obuku u radu s robotom i na tehničke pogreške robota. Pod nedovoljnim iskustvom ili nedovoljnom obukom podrazumijevaju se i pogreške nastale kao posljedica neodgovarajućeg rješavanja tehničkih problema, neodgovarajuća provjera sustava, odnosno instrumenta prije postupka, netočni položaji priključaka, pogrešno postavljanje elektro-zaštite, nepravilni kabelski priključci, neodgovarajuće rukovanje glavnim upravljačkim sustavom robota, neodgovarajuća koordinacija između pokreta kirurgovih ruku i nogu tijekom operacije, pogrešna manipulacija, zamjena instrumenata i sl. Najčešće pogreške uređaja vezane su za uništene dijelove i instrumente, iskretnje i lomljenje vrha instrumenta, a najmanje su pogreške sustava i optike (vidi dijagram na slici 4).



Slika 4. Prijavljeni najčešći kvarovi uređaja koji su uzrokovali ozljede kod operacija s robotom *da Vinci*jem

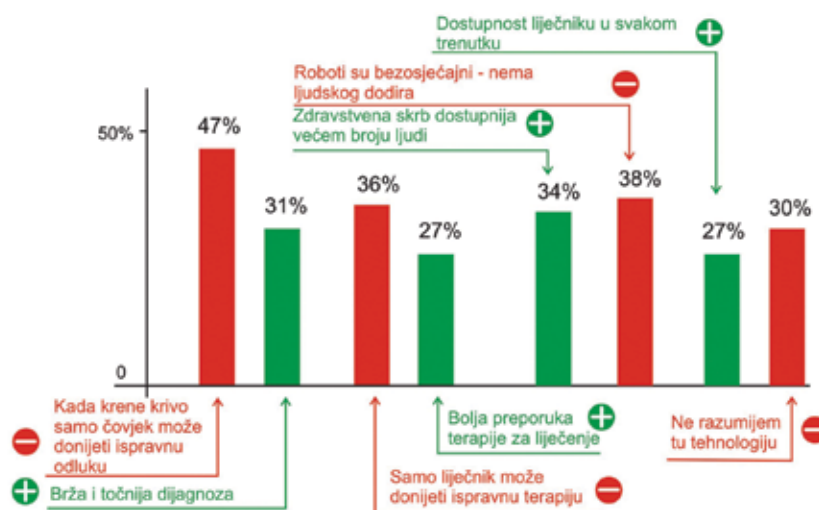
Šira primjena robota ograničena je visokom cijenom od oko 1,5 - 2 milijuna USD pa i više. Većina studija i istraživača smatra da će poboljšanja i šira primjena doći tek kada druge tvrtke svojim proizvodima elimini- raju monopol koji ima tvrtka Intuitive Surgical s robotom *da Vinci*, što neće biti lako jer ona ima mnogo patenata (Kimballi W., Norman A.).

Mišljenje ljudi o robotima u medicini

U literaturi se sve više pojavljuje naziv *inteligentna automatika* kojim se želi obuhvatiti sve uređaje koji rade i obavljaju poslove za čovjeka i umjesto njega bez njegovog izravnog upravljanja. Ta inteligentna automatika koristi se umjetnom inteligencijom i može donositi neke zaključke na temelju raspoloživih činjenica i „naučenog“ ponašanja. Suvremen pametni robot tipičan je primjer inteligentne automati- ke.

Zbog sve prisutnije inteligentne auto- matizacije u medicini posljednjih su nekoliko godina provedena istraživa- nja u nizu zemalja i traže se odgovori anketiranih koliko su spremni prihva- titi kod liječenja mogućnost da oni ili njihovi najbliži budu u izravnom doti- caju s robotima. U studenome 2016. ovo je pitanje istražio YouGov (PwC UK Economic UK) u javnosti diljem Europe, Bliskog Istoka i Afrike. Ispi- tano je više od 12.000 ljudi u 12 zema- lja, a odgovori pokazuju da postoji spremnost većine korisnika da u medicini prihvate korištenje novih tehnologija poput robota i umjetne inteligencije (Hawksworth J. i dr. - 2018.).

Osim robota, u medicini su prisutna i računala s umjetnom inteligenci- jom koja mogu dati dijagnozu bolesti. Sva su ona u neposrednom kontaktu s pacijentom i svatko ih ne doživ- ljava i ne prihvaća na isti način. Zato nije hipotetičko pitanje i ono će se sve više postavljati: biste li izabrali čovjeka liječnika ili robota liječnika

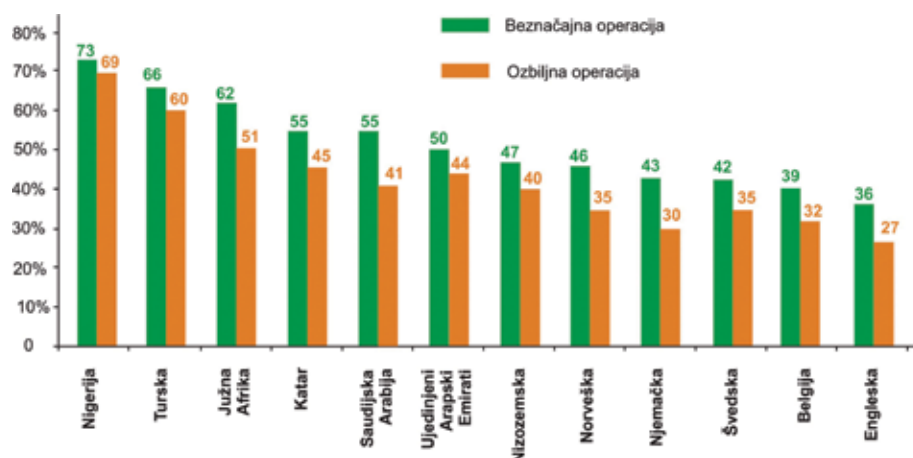


Slika 5. Odgovori za (+) i protiv (-) primjene robota i umjetne inteligencije u zdravstvu

i biste li dopustili da vas ili najbližeg člana vaše obitelji bolesnog od teške bolesti pregleda medicinski robot s umjetnom inteligencijom te da dija- gnosticira i planira liječenje. Biste li prihvatili robota kao svog kirurga? Odgovori na ta pitanja nisu jedno- stavni i često su uvjetni, ovisno o vrsti liječenja i vrsti operacije. Različiti su i po razvijenim i manje razvijenim sredinama, jednako tako i po život- noj dobi. Sigurno na to utječu razli- čiti čimbenici. Ljudi nisu ni svjesni da svugdje oko nas postoji automati-

zacija koja samostalno radi i na koju smo se navikli. Zašto onda postavljaju pitanja u vezi s primjenom robota u medicini?

U navedenoj anketi 61,5 % ukupno anketiranih prihvaća medicinske robote i primijenjenu umjetnu inte- ligenciju (UI), a 31,1 % ne prihvaća. Anketirani u Nigeriji i Južnoafričkoj republici svesrdno prihvaćaju robote i umjetnu inteligenciju u zdravstvu (88 %), a nizak je postotak onih koji ne prihvaćaju (11 %). Kod anketiranih u



Slika 6. Potvrdni odgovori u raznim državama na anketno pitanje biste li dozvolili da vas operira robot

>>

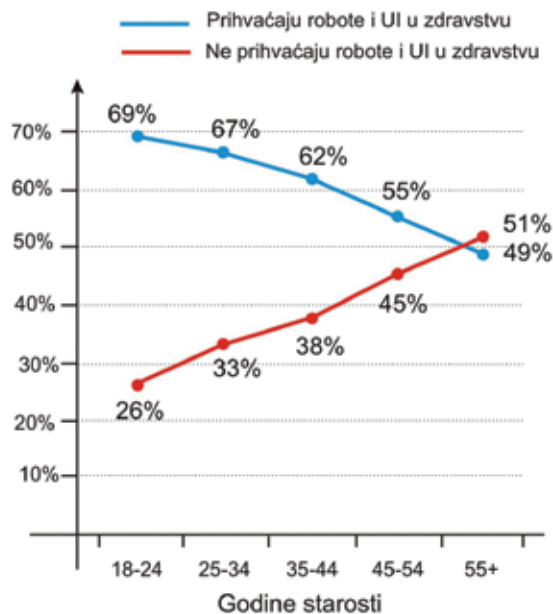
Bliskom Istoku (Turska, Saudijska Arabija, Ujedinjeni Arapski Emirati i Katar) također je značajno prihvaćanje robota i umjetne inteligencije u zdravstvu (69,5 %), a ne prihvaćanje još uvijek nisko (21,3 %). Među anketiranim u Europi (Nizozemska, Belgija, Švedska, Norveška, Njemačka, Engleska) gotovo je podjednak postotak onih koji prihvaćaju nove tehnologije u zdravstvu (47,3 %), prema onima koji ih ne prihvaćaju (44,3 %). Odskaču odgovori u Njemačkoj i Engleskoj. U Njemačkoj ih 41 % prihvaća, a 51 % ne prihvaća, a kod Engleza razlika je još veća i iznosi 39 % za i 50 % protiv prihvaćanja. Razlozi za takvu distribuciju odgovora nisu nelogični.

Anketirani su se izjasnili i o tome zašto ih prihvaćaju ili ne prihvaćaju, što je pregledno prikazano slikom 5.

Na pitanje o prihvaćanju manje ili veće operacije robotima značajne su razlike u odgovorima stanovnika različitih država. Razumljivo je veće prihvaćanje manjih nego većih operacija; slika 6.

Mlađi rado prihvaćaju nove tehnologije i spremni su da ih operira robot ili da dobiju dijagnozu temeljem računalnih programa s UI, dok stariji imaju dvojbe oko prihvaćanja tih novih tehnologija u zdravstvu; slika 7.

Druga je anketa provedena je 2015. u SAD-u, gdje je robotska kirurgija značajno prisutna u bolnicama. Anketirano je 789 ispitanika radi ustanovljavanja percepcije javnosti o operacijama potpomognutim robotom. Od ukupno anketiranih 13 % bili su liječnici. Rezultati ankete su pokazali da 78 % anketiranih neliječnika drži da je operacija potpomognuta robotom bolja od klasične, a isto to misli samo 30 % anketiranih liječnika.



Slika 7. Prihvaćanje ili ne prihvaćanje robota i umjetne inteligencije (UI) u zdravstvu s obzirom na dob anketiranih

Ako se za nekoliko godina anketa ponovo provede, vjerojatno će prihvaćanje tih tehničkih novosti u medicini biti znatno veće. Povjerenje je bitno i većina pacijenata prihvaća mišljenje liječnika jer smatra da on predlaže ono što je za njih najbolje. U to me je uvjerio i prvi pacijent koji je pristao da ga u Zagrebu operira neurokirurg uz pomoć robota RONNA.

Privatna ginekološka ordinacija

Prodaje se potpuno Privatna ginekološka ordinacija u Šibeniku, Jerka Machieda 18, površine 85 m², zbog odlaska u mirovinu.

Oprema ordinacije je vidljiva na internetskoj stranici: www.w.ginekologija-kimer.hr

Privatna ginekološka ordinacija dr. Marija Kimer.

Ordinacija uspješno radi više od 12 godina uz evidentan prikaz godišnjeg prometa i stalno rastući broj upisanih pacijenata.

Ordinaciju sam voljna prodati isključivo liječniku koji ima želju nastaviti već uhodani posao, a najam ili prodaja poslovnog prostora prema posebnom dogovoru.

Molim zainteresirane da se jave na e mail adresu: marija@ginekologija-kimer.hr

Kada će postojati korupcija u obavljanju liječničkog poziva?



dr. sc. IGOR VULETIĆ, izvanredni profesor
Katedra kaznenopravnih znanosti, Pravni
fakultet Osijek
Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
ivuletic@pravos.hr

Korupcija je nepoželjan društveni fenomen, koji zaokuplja pozornost stručnjaka različitih disciplina (pravnika, kriminologa, sociologa, etičara, ekonomista i sl.). U kriminološkom smislu, korupcija se definira kao „*svaka zloraba javnih ovlasti radi ostvarivanja privatnih probitaka*“. Ova pojava ima višestruke negativne učinke. Može se s pravom reći da prisutnost korupcije u određenom društvu negativno utječe na ekonomsku stabilnost i investicije, a kod građana stvara nepovjerenje u

funkcioniranje pravne države i vladavine prava. Zato mnogi pravni sustavi, osobito u novije vrijeme, uspostavljaju stroge kaznenopravne okvire kojima nastoje suzbiti korupciju i za koruptivna kaznena djela propisuju i izriču razmjerno visoke zatvorske kazne, uz obvezno oduzimanje imovinske koristi. U nastavku ovog teksta ćemo se potruditi razjasniti kaznenopravni pojam korupcije u hrvatskom kaznenom pravu u kontekstu obavljanja liječničkog poziva. Pritom ćemo prikazati i neka od značajnijih stajališta Vrhovnog suda Republike Hrvatske (dalje. **VSRH**), kako bismo približili čitateljima ovu materiju kroz praktične primjere.

U hrvatskom Kaznenom zakonu ne postoji definicija korupcije (u tom smislu, može se reći da je navedeni pojam više kriminološke, a manje pravne naravi), nego postoji više kaznenih djela kojima se nastoji spriječiti i sankcionirati različite oblike koruptivnih ponašanja. Također, KZ/11. ne predviđa posebnu glavu u kojoj bi bila cjelovito uređena sva takva kaznena djela, nego su ona razmještena u različitim glavama. U ovom tekstu se, dakako, neće govoriti o svim koruptivnim kaznenim djelima u hrvatskom zakonodavstvu, nego samo o onima koja mogu biti potencijalno zanimljiva u kontekstu obavljanja zdravstvene djelatnosti.

U tom smislu, najvažnija koruptivna djela koja se mogu dovesti u kontekst sa zdravstvenom djelatnošću i obavljanjem liječničkog poziva su ona iz glave

kaznenih djela protiv službene dužnosti (Glava XXVIII.), poput zlorabe položaja i ovlasti (čl. 291. KZ/11), primanja mita (čl. 293. KZ/11), davanja mita (čl. 294. KZ/11), trgovanja utjecajem (čl. 295. KZ/11) itd. Razumno je očekivati da će ta djela u praksi imati najveći značaj kada su u pitanju možebitni slučajevi korupcije u različitim segmentima zdravstvenog sektora. Naime, po svom pravnom značaju, zdravstvena djelatnost tretira se kao javna djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku. Kao takva, ona pripada u tzv. javne službe, što u kaznenopravnom smislu ima za posljedicu da se zdravstveni radnici smatraju i tretiraju kao „*službene ili odgovorne osobe*“ koje obnašaju javne ovlasti. To je stajalište izričito potvrđeno u novijoj hrvatskoj sudskoj praksi. Primjerice, liječnik – ginekolog osuđen je za stjecaj više kaznenih djela zlorabe položaja i ovlasti na bezuvjetnu zatvorsku kaznu, zato što je primao odgovarajuće novčane iznose kako bi obavljao prekinute trudnoće u situacijama u kojima oni nisu bili zakonski dopušteni. Iako se liječnik pozivao, među ostalim, na okolnost da on, kao specijalist-ginekolog, nema status službene ili odgovorne osobe osobe te da ne obnaša javne ovlasti, VSRH je takvu obranu otklonio i potvrdio niže izneseno stajalište (odluka br. **VSRH III Kr 81/2013**). U nastavku ćemo ukratko opisati u čemu se sastoje kaznena djela zlorabe položaja i ovlasti te primanja mita, jer se upravo ta djela najčešće susreću u sudskoj praksi pa je ujedno i najizglednije da se i zdravstveni djelat-

>>



nici u obavljanju svog posla nađu u takvim okolnostima u kojima je važno da imaju svijest o tome što bi trebali izbjegavati u opisanom kontekstu.

Zloupotreba položaja i ovlasti (čl. 291. KZ/11.) je jedno od najčešćih kaznenih djela u sudskoj praksi. Za postojanje ovog kaznenog djela potrebno je najprije utvrditi da počinitelj ima status službene ili odgovorne osobe, a potom je potrebno utvrditi da je takav počinitelj ispunjava najmanje jedan od uvjeta od a) do c) te svakako uvjet pod d), kako slijedi:

a) iskoristio svoj položaj ili ovlast – što znači da je ostao u granicama ovlasti ali ih nije koristio u skladu s potrebama službe (npr. kao ovlašten i osposobljeni ginekolog izveo je prekid neželjene uredne trudnoće u osmom tjednu i u ovlaštenoj bolnici, ali to nije unio u knjigu arteficialnih (namjernih) pobačaja te je za to od pacijentice primio određen novčani iznos, *Općinski sud u Varaždinu br. K. 787/10-206*); ili je

b) prekoračio granice svoje ovlasti – što znači da je poduzeo radnje koje nije bio ovlašten poduzeti (npr. kao zatvor-

ski liječnik je, u zamjenu za novac, zatvorske bonove i dionice, zadržavao pojedine zatvorenike na bolničkom odjelu onda kada to nije bilo potrebno te im je propisivao lijekove bez indikacija, *VSRH I Kž 129/2008*); ili

c) nije obavio dužnost koju je morao obaviti (ovaj oblik će se rjeđe susresti u zdravstvu, on se najčešće susreće u situacijama kada prometni policajci ne napišu kaznu za prometni prekršaj u zamjenu za određenu korist. Ipak je zamisliv i ovaj oblik, ako liječnik npr. ne prijavi kazneno djelo za koje je doznao u obavljanju posla i sl.); **te na jedan od ta tri načina**

d) pribavi sebi ili drugoj osobi korist ili drugome prouzroči štetu. Ovdje je jako važno upozoriti da, dakle, nije nužno da počinitelj sam ostvaruje korist te da „korist“ nije nužno i imovinski pojam (ne mora se sastojati u novcu ili drugim materijalnim dobrima). Primjerice, korist u smislu zakonskog teksta može predstavljati i pružanje spolne usluge u zamjenu za obavljanje radnje i sl. Ako se radi o imovinskoj koristi, tada je važno znati da će se raditi o težem obliku ovog kaznenog djela (s propisanom kaznom od jedne do dvanaest godina zatvora), ako iznos koristi prelazi 60.000,00 kuna. Šteta se, pak, drugome može prouzročiti npr. neosnovanim prisilnim zadržavanjem na psihijatrijskom odjelu ili davanjem specijalizacije drugom, slabijem kandidatu.

Sljedeće kazneno djelo koje je važno u ovom kontekstu je primanje mita (čl. 293. KZ/11.). Ono je u osnovi dosta slično zloupotrebi položaja i ovlasti pa u hrvatskoj teoriji i praksi ponekad postoje prijepori o tome je li moguće osuditi za oba djela istovremeno (tj. je li moguć *stjecaj* tih kaznenih djela), no u ovom tekstu se nećemo upuštati u analizu tog problema. Prije nego se objasni u čemu se sastoji primanje mita, potrebno je razumijeti kaznenopravni pojam mita, koji je u hrvat-

skom kaznenom pravu postavljen vrlo široko (sukladno zahtjevima čl. 7. Kaznenopravne konvencije o korupciji). Taj pojam je definiran u čl. 87. st. 23. KZ/11., koji kaže da je mito „*svaka nepripadna nagrada, dar ili druga imovinska ili neimovinska korist bez obzira na vrijednost*“. To znači da i razmjeno sitne vrijednosti mogu biti tumačene kao mito u određenim okolnostima (teoretski, 1 kn se može smatrati mitom). Tako su hrvatski sudovi uzeli npr. da je davanje ručnog sata, bez obzira na njegovu neznatnu tržišnu vrijednost, mito (*VSRH I Kž 324/2008*); 400 kn predstavlja mito, dostatno za bezuvjetnu zatvorsku kaznu (*VSRH I Kž 174/2007*) itd. Rečeno se mora dovesti u svezu s odredbom o kaznenom djelu primanja mita iz čl. 293. pa treba upozoriti da je zakonodavac otišao još jedan korak dalje time što je propisao kažnjivost, ne samo primanja mita nego i **primanja ponude ili obećanja mita**, što znači da će kažnjivost postojati i ako do konkretnog davanja/primanja neke koristi u konačnici i ne dođe (i pritom je važno znati da je propisana kazna jednaka, bez obzira na to radi li se o situaciji u kojoj je primljeno mito ili situaciji u kojoj je primljena samo ponuda ili obećanje mita). Kazne su i ovdje dosta stroge pa je za najteži oblik primanja mita propisano od jedne do deset godina zatvora (čl. 293. st. 1.). Nakon ovog pojašnjenja, može se prijeći na prikaz obilježja ovog kaznenog djela. Tako primanje mita čini službena ili odgovorna osoba koja za sebe ili drugoga zahtijeva ili primi mito, odnosno prihvati ponudu ili obećanje mita da učini nešto od sljedećeg:

a) unutar ili izvan granica svoje ovlasti **obavi radnju koju ne smije** (npr. traumatolog koji uzima mito da bi izvršio operaciju želuca koju ne smije izvršiti jer ona prelazi granice njegove specijalizacije, *VSRH I Kž 741/2007*); ili

b) unutar ili izvan granica svoje ovlasti **ne obavi radnju koju je dužan** obaviti (npr. ne prijavi kazneno djelo za koje je doznao kada je, kao dežurni liječnik, zaprimio i pregledao pacijenta s prostrjelnom ranom; patolog ne unese u patološki nalaz podatak koji ukazuje na pogrešku u liječenju); ili

c) unutar ili izvan granica svoje ovlasti **obavi radnju koju je dužan** obaviti (npr. u zamjenu za obećanje novčanog iznosa, izvrši pregled ili operaciju za koju je kompetentan ali u bržem vremenskom razdoblju ili preko reda čekanja); ili

d) unutar ili izvan granica svoje ovlasti **ne obavi (propusti obaviti) radnju koja se ionako ne bi smjela obaviti** (npr. odbije pacijenta staviti na bolovanje za koje nema opravdanja, i to odbije zato što je od poslodavca primio obećanje nekakve koristi).

Iz ovoga se može vidjeti da kazneno djelo postoji, ne samo onda kada se u zamjenu za mito poduzimaju radnje koje se ne smiju poduzeti (ili propuštaju radnje koje bi se morale obaviti), nego i onda kada se poduzimaju radnje koje se smiju (ili propuštaju one koje su zabranjene) ali se to čini u zamjenu za mito. Taj oblik se u teoriji još naziva i nepravno pasivno podmićivanje i za njega je propisan nešto povoljniji kazneni okvir (od jedne do osam godina zatvora) nego za oblike pod a i b. Konačno, postoji i još jedan oblik ovog kaznenog djela (čl. 293. st. 3. KZ/11.), koji sadržajno odgovara navedenim oblicima navedenim od a) do d) ali se od njih razlikuje po tome što službena ili odgovorna osoba u tom slučaju zahtijeva ili prima mito nakon što je određenu radnju već obavila ili propustila obaviti (tzv. naknadno pasivno podmićivanje). Ono će biti kažnjivo kaznom zatvora do jedne godine (iz toga se vidi da je riječ o najblažem obliku primanja mita) ako se dokaže da je bilo poduzeto u svezi s određenom radnjom (VSRH I Kž Us 106/2010).

Već je istaknuto da, osim zlouporabe položaja i ovlasti i primanja mita, postoji i niz drugih kaznenih djela koja se mogu označiti kao koruptivna ali o njima u ovom tekstu neće biti riječi (jer, ili nisu toliko česta u sudskoj praksi, ili se više vežu za obavljanje drugih vrsta profesija, osobito za gospodarske djelatnosti).

Zaključno, treba upozoriti kako su hrvatski sudovi razmjerno strogi u kažnjavanju kada je u pitanju korupcija u društveno značajnim sektorima, poput zdravstvenog. Tako se u nizu sudskih odluka može vidjeti da sud, prilikom odmjeravanja kazne, kao posebno otegotnu okolnost vrednuje činjenicu da se radi o radu s bolesnicima koji su u osjetljivom (slabijem, ranjivijem) položaju. U više odluka, VSRH naglašava npr. da je „*primanje mita u medicini, zbog humane i etičke prirode profesije, pogibelnije od primanja mita u drugim profesijama koje nemaju element humanosti*“ (VSRH I Kž 741/2007; VSRH I Kr 144/2011; itd.) te na taj način opravdava strože kažnjavanje liječnika koji prime mito. Nadalje, treba naglasiti da je kod osude za jedno od koruptivnih djela počinjenih u svezi s obavljanjem posla liječnika moguće izreći i posebnu kaznenopravnu sankciju koja nosi naziv zabrane obavljanja određene dužnosti ili djelatnosti (čl. 71. KZ/11.) u višegodišnjem trajanju, koja počinje vrijediti tek nakon izlaska s odsluženja zatvorske kazne (npr. u ranije iznesenom primjeru zatvorskog liječnika, sud mu je izrekao takvu mjeru u trajanju od deset godina, VSRH I Kž 129/2008). Nadalje, nepovoljniji položaj počinitelja ovakvih kaznenih djela očituje se i u tome što je za postupanje u većini situacija nadležan Ured za suzbijanje korupcije i organiziranog kriminaliteta (tzv. „USKOK“), što za sobom povlači stroži režim u pogledu nekih instituta kaznenog procesnog prava (npr. maksimalne duljine trajanja istrage, duljine rokova trajanja istražnog zatvora i mogućnosti njihovog produljivanja i sl.).

Imajući u vidu opisan strogi režim hrvatskog kaznenog prava (kako materijalnog, tako i procesnog) spram korupcije, ali uzimajući istodobno u obzir i postojanje određenog sociološkog fenomena u Hrvatskoj, koji se sastoji u tzv. „kulturi“ darivanja liječnika za obavljene radnje (svakodnevica većine liječnika uključuje situacije u kojima im pacijenti ili bivši pacijenti donose različite poklone kao znak zahvalnosti; to se ne odnosi samo na liječnike nego je prisutno i u mnogim drugim profesijama, od javne uprave na dalje), treba preporučiti da se u budućnosti takva „kultura“ nastoji iskorijeniti. Treba uvijek imati na umu da skupo alkoholno piće ili slika, ako se dovedu u kontekst s obavljenim liječničkim zahvatom ili drugim postupkom, nisu dar i mogu imati pravni značaj korupcije (kako je napomenuto, takav značaj mogu imati i posve tržišno jeftini darovi). Zato je nužno promijeniti svijest, kako korisnika, tako i pružatelja zdravstvenih usluga te takve običaje iskorijeniti (pravilnicima, etičkim kodeksima i nepisanom dobrom praksom, tj. stvaranjem novih običaja). U suprotnom, moguće su pod određenim okolnostima vrlo negativne pravne posljedice koje se mogu odraziti na daljnu karijeru liječnika.

1. D. Derenčinović u L. Cvitanović i dr., Kazneno pravo – posebni dio, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2018., str. 407.

2. Kazneni zakon, Narodne novine 125/2011, 144/2012, 56/2015, 61/2015, 101/2017, 118/2018 (dalje: KZ/11.).

3. Riječ je o sintagmi koju KZ/11. uobičajeno rabi kada opisuje obilježja spomenutih koruptivnih kaznenih djela.

4. Za komentar odluke v. M. Mrčela i I. Vuletić, Liječnik i kazneno pravo, Narodne novine, 2019., str. 11.

5. Iscrpno o tome v. npr. D. Derenčinović u P. Novoselec (ur.), Posebni dio kaznenog prava, Prvo izdanje, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2007., str. 403 – 404.

6. Usp. K. Turković i dr., Komentar Kaznenog zakona, Narodne novine, 2013., str. 130.

7. D. Derenčinović u L. Cvitanović i dr., Kazneno pravo. Posebni dio, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2018., str. 415.

Dulce cum utili!

Novotvorenice u hrvatskome jeziku

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



Već godinama u vrijeme obilježavanja *Dana hrvatskoga jezika*, od 11. do 17. ožujka, jezikoslovni časopis *Jezik* dodjeljuje nagradu *Dr. Ivan Šreter* za najbolju novu hrvatsku riječ. Natječaj je pokrenuo 1993. godine danas počasni član Uredništva časopisa *Jezik* akademik Stjepan Babić želeći, ponajprije, upozoriti na poplavu nepotrebnih anglicizama u hrvatskome jeziku. Nagrada nosi ime pakračkoga i lipičkoga liječnika Ivana Šretera kojega su četnici mučki ubili 1991. godine.

Tragičan svršetak njegova života može se naslutiti iz događaja koji su prethodili 1991. godini. Naime, doktor Šreter bio je 1984. osuđen na zatvorsku kaznu od 50 dana jer je u otpusnici bolesnika upotrijebio hrvatske riječi koje su tadašnje vlasti zabranjivale. Upisao je „penzioniranom oficiru JNA“ u rubriku zanimanje hrvatskim jezikom „umirovljeni časnik“. Ali ljubav prema hrvatskome jeziku bila je jača od straha za vlastiti život. Kako bi ta ljubav ostala zapamćena i prenesena generacijama koje dolaze, Zaklada *Dr. Ivan Šreter* svake godine dodjeljuje nagrade za tri najbolje nove hrvatske riječi. Osnovna namjera je da se prema pravilima tvorbe hrvatskih riječi osmisle riječi kojima bi se imenovali pojmovi za koje još nema domaće riječi. Polazi se od prvoga i osnovnoga načela prihvaćanja

stranih riječi u hrvatski jezični sustav koje kaže da, kad god je to moguće, riječ stranoga podrijetla treba zamijeniti hrvatskom riječju ili riječima ista značenja. Strana riječ je dobrodošla jedino ako u hrvatskome jeziku nemamo primjerenu zamjenu za stranu riječ.

I ove su godine prošli mjesec u Lipiku dodijeljene tri nagrade. Najboljom novom hrvatskom riječju proglašena je riječ *zapozorje* kojom bismo mogli zamijeniti anglicizam *backstage*. Drago Štambuk, liječnik, pjesnik, esejist i diplomat, odnedavno veleposlanik u Iranu, predložio je riječ *oznak* umjesto strane riječi *brend*, a *oznakovljenje* umjesto *brendiranja*. Riječju *bilješkinja*, kao što kaže autorica koja ju je predložila, mogli bismo zamijeniti dvočlani izraz *javna bilježnica*. Nitko ne može predvidjeti hoće li koja novotvorenica biti prihvaćena ili neće. Nekim riječima treba duže da ih ljudi prihvate, a nekima kraće vrijeme. U upotrebi su mnoge riječi koje su pobijedile na natječaju za najbolju novu hrvatsku riječ. Takve su riječi: *uspornik* umjesto *ležećeg policajca*, *ocjeđivač* za stalak za oprane tanjure, čaše i pribor za jelo, *udomitelj* za osobu ili obitelj koja uzme dijete bez roditelja u dom i brine se za njega, *zatipak* umjesto *tipfelera*, *dočitnica*, *straničnik* ili *štionik* umjesto engleske riječi *bookmark*.



Bolje je hrvatski!

Institut za hrvatski jezik i jezikoslovlje pokrenuo je mrežnu stranicu *Bolje je hrvatski!* na kojoj se predlažu hrvatske zamjene za strane riječi i tuđice koje su neprilagođene ušle u upotrebu u hrvatskome jeziku.

Tako se za engleski naziv *impact factor*, koji označuje omjer broja citata iz članaka objavljenih u određenome znanstvenom časopisu u određenoj godini i ukupnoga broja članaka objavljenih u tome časopisu u prethodne dvije godine (ili drugome određenom razdoblju) u istome časopisu, predlaže hrvatski prijevod *čimbenik utjecaja* ili *čimbenik odjeka*. Oba su se predložena hrvatska naziva lijepo uklopila u sustav hrvatskoga jezika i govornici ih upotrebljavaju u komunikaciji. U hrvatskome se još upotrebljavaju i manje prilagođeni nazivi: *faktor impakta*, *impaktni faktor*, *faktor relevantnosti*, *faktor izvrsnosti*, *faktor utjecaja*, *faktor odjeka*.

Et, pri, monkey

Često se dogodi da kada nekome želimo izreći adresu elektroničke pošte, zastanemo pred znakom koji

se piše kao pisano slovo *a* sa zavintom crtom iznad slova kolebajući se kako taj znak izgovoriti.

U dalekoj su prošlosti taj znak upotrebljavali latinski književnici kako bi skratili latinsku riječ *ad* koja znači *pri/na*, a trgovci da bi označili količinu robe, najčešće broj amfora koje su bile prevožene brodovima. U suvremene pravopise čija pravila nalažu da se prilikom njegova pisanja u adresi elektroničke pošte ne ostavljaju bjeline s njegove lijeve i desne strane.

U skladu s latinskom riječju *ad*, čije se pisanje time znakom kratilo, u hrvatskome se jeziku taj znak čita *pri*, a može se čuti, iako nešto rjeđe, da se čita *na*, čime se označava da se adresa pojedinoga primatelja nalazi *pri/na* tom i tom poslužitelju i domeni. Taj se znak ipak, iako imamo pravilnu hrvatsku riječ, najčešće čita prema engleskome *et* ili *monkey*, iako se u njemu taj znak drugačije naziva, a najčešće se upotrebljava u ekonomiji kao kratica za sintagmu *po cijeni od*.

Drugi su jezici razvili zanimljive riječi za taj maleni znak. Većinom se temelje na sličnosti njegova oblika pojedinim životinjama. Tako se u njemačkome naziva *viseći majmun* ili *uho*, u talijanskome i korejskome *puž*, u ruskome *psić*, u nizozemskome *majmunov rep*, u mađarskome *kukac*, u srpskome *ludo a*, *majmun*, *majmunsko a* i sl.

U tablicu ćemo radi preglednosti staviti već objašnjene strane riječi ili izraze, njihovu zamjenu s hrvatskom riječju ili izrazom te dodati još neke riječi ili izraze koji su često u upotrebi.

Kada god je to moguće, stranu riječ treba zamijeniti hrvatskom riječju. Naravno, nemoguće je i nepotrebno prevoditi sve strane riječi u hrvatski jezik, pogotovo ne po svaku cijenu jer u tome slučaju dobivamo riječi koje nisu primjerene hrvatskome jeziku i koje se zato teško prihvaćaju.

Svoje prijedloge i pitanja šaljite na adresu elektroničke pošte:

hrvatski.jezik@hlk.hr.

Sva pitanja u vezi s hrvatskim jezikom struke uvijek su dobrodošla!

Strana riječ ili izraz	Hrvatska riječ ili izraz
<i>backstage</i>	zapozorje
<i>brend; brendiranje</i>	oznak; oznakovanje
javna bilježnica	bilješkinja
<i>impact factor</i>	čimbenik utjecaja ili čimbenik odjeka
@ – <i>et, monkey</i>	<i>pri/na</i> tom i tom poslužitelju i domeni
<i>causality; cause-effect</i>	uzročnost; uzrok – posljedica
<i>blinding</i>	zasljepljivanje

MOJE RADNO ISKUSTVO U ENGLESKOM NHS-u

Uloga zdravstvene ekonomije iz perspektive upravo završenog magisterija iz zdravstvene ekonomije



Dr. HRVOJKA MARIJA ZELJKO, MSc, PhD, FESC, MRCP,
specijalist kardiologije i aritmologije/
elektrofiziologije

Iako sam u svojoj profesionalnoj karijeri nakon završetka studija na Medicinskom fakultetu u Zagrebu radila i usavršavala se u raznim zdrav-

stvenim sustavima, od njemačkoga, austrijskog, španjolskog te hrvatskog, ipak je boravak u National Health System England (NHS) predstavljao možda najveću prekretnicu u mojoj dosadašnjoj karijeri. Sustavi poput njemačkog i austrijskog vrlo su slični hrvatskom, s jasnom hijerarhijom i individualnim postavkama funkcioniranja.

Za razliku od njih NHS England, osnovan sada već davne 1948. godine, predstavlja najveći svjetski sustav zdravstvene zaštite koji financiraju svi poreznici obveznici koji žive i rade u Engleskoj. Osnovala ga je Laburistička vlada radi pružanja zdravstvene zaštite svim stanovnicima Engleske. NHS England predstavlja sustav koji nastoji jasno pokazati težnju prema solidarnosti, jednakosti i jednakopravnosti na liječenje svih engleskih stanovnika, neovisno o mjestu stanovanja ili poštanskom kodu.

Dakako, svaki zdravstveni sustav ima svoje osobitosti i jedinstvenosti, ali je vjerojatno najveća razlika između NHS-a England i ostalih naglasak i važnost koju NHS stavlja na tzv. "cost-effectiveness", tj. na vrijednost kvalitete zdravstvene usluge

za novac na temelju upotrebe National Institute for Clinical Excellence (NICE) smjernica. Sve bolnice koje su u sklopu NHS-a England obvezne su na godišnjoj razini izraditi izvješća koja pokazuju u kojoj se mjeri pridržavaju NICE smjernica i kakve mjere poduzimaju u slučaju da se tih smjernica ne pridržavaju, da bi postigle stanje u kojemu bi to mogle.

Druga je važna osobitost NHS-a England standardizacija postupnika edukacije i rada ukupnog medicinskog i nemedicinskog osoblja, koja se provodi na razini svih bolnica, bez obzira je li riječ o sekundarnom ili tercijarnom medicinskom središtu. Taj oblik edukacije, koji se naziva "mandatory training", obvezan je za sve djelatnike i propisan je na razini NHS-a, kao i vrijeme kada se znanja moraju obnavljati. Na temelju toga se sustav osigurava od pogrešaka koje nastaju nepoznavanjem jasnih pravila koja su unaprijed postavljena i standardizirana za sve bolnice NHS-a.

Treća je osobitost NHS-a England mogućnost rada liječnika u više bolnica. Takav način rada omogućuje koncentraciju složenih medicinskih zahvata u nekoliko vrhunskih tercijarnih središta. Ovaj se pristup temelji

na istraživanjima koja su pokazala da je ekspertnost centra povezana s boljim rezultatima i manjim brojem komplikacija. To znaci da će vrhunski stručnjak koji radi u manjoj ustanovi, ma koliko bio dobar, imati veći broj komplikacija i lošije rezultate nego prosječan stručnjak u vrhunskoj ustanovi s velikim iskustvom i brojnim postupcima. Tako, mnogi liječnici rade jedan do dva dana u tercijarnom središtu, a ostale dane u općoj bolnici, pružajući vrhunsku skrb stanovništvu.

Premda postoje i mnoge druge osobitosti NHS-a England, mislim da su ove tri najvažnije jer su usmjerile moje daljnje obrazovanje nakon dolaska u Englesku, prije sada već više od četiri godine.

Spoznaja o važnosti smjernica NICE i uloga zdravstvene ekonomije u NHS-u England usmjerila me na upis i usavršavanje magisterijem iz zdravstvene ekonomije i menadžmenta na London School of Economics, a osobito jer je s njom u to doba i Europsko Kardiološko Društvo (ESC) uspostavilo suradnju. Na dvogodišnjem magisteriju stjecala su se znanja iz mjerenja kvalitete zdravstvene usluge, načinu evaluacije literature uporabom sustavnih preglednika i meta-analizama, upravljanja zdravstvenim sustavima, osnovama menadžmenta i financiranja zdravstvenih sustava. Teme su bile podijeljene svake godine u 4 modula, ukupno 8 modula tijekom dvije godine. Ocjenjivanje se temeljilo na završnim esejima iz svakog modula po strogim pravilima i kriterijima engleskog visokoškolskog obrazovanja u zadanom vremenskom roku. Završni rad ili disertacija bila je osobno odabrana tema pod vodstvom profesora škole kao mentora. Tema moje disertacije bio je



učinak spajanja bolnica u engleskom NHS-u na kvalitetu zdravstvene skrbi u obliku sustavnog preglednika.

Premda smo mi kao liječnici primarno okrenuti prema liječenju i stoga mu je usmjereno naše cjelokupno obrazovanje tijekom brojnih godina studija i specijalizacije, zdravstvena ekonomija, upravljanje i financiranje zdravstvenim sustavom postaju, i u budućnosti će biti, bitne sastavnice života svakog kliničara. Ta nas spoznaja dovodi do zaključka da je vjerojatno došlo vrijeme da i liječnici počnu što prije stjecati znanja i razumijevanje osnova zdravstvene

ekonomije i politike. To će nam omogućiti da postanemo što aktivniji sudionici zdravstvene politike, a ne samo pasivni promatrači ovog bitnog segmenta koji osigurava temelje za pružanje zdravstvene skrbi.

Razumijevanje osnova zdravstvene politike i ekonomije liječnicima omogućava da liječnicima ne samo da pružaju najbolju zdravstvenu skrb jer imaju, uz medicinsko znanje, razumijevanje zdravstvenog stanja stanovništva jedne države, kakvo ne posjeduje niti jedna druga struka koja sudjeluje u stvaranju i provođenju zdravstvene politike u državi.

LJEPOTA KAO LIJEK?



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

Kada su ga upitali zašto ljudi vole biti u društvu lijepih ljudi, Aristotel je odgovorio da je to pitanje za slijepce. Na sličnom tragu, Oscar Wilde rekao je da je ljepota savršenija od genijalnosti jer joj ne treba nikakvo objašnjenje.

Uistinu, povijesno gledano, premda su se kanoni ljepote donekle mijenjali, njezino isticanje i poštivanje bilo je prisutno u svakoj epohi, štoviše, unatoč stigmatu površnosti, ona je izazivala strahopoštovanje i kod najvećih umova. Suvremena komercijalizacija života učinila je i ljepotu isplativim

i dostupnim proizvodom pa je biti lijep gotovo postalo pitanje pristojnosti. Tako danas pripadnici imućnijeg sloja koji se oko svoje pojavnosti, uključujući i prirodne nedostatke kao što su, primjerice, klempave uši ili povećani nos, nisu „potrudili“, izazivaju negodovanje okoline kao da su izašli na ulicu nepočašćani ili s vikle-rima u kosi. Estetski kirurzi postali su medijske *Reality* zvijezde, a da je taj trend stigao i u Hrvatsku svjedoči sve veći broj domaćih glumica koje se trse da postanu ambasadorice poznatih ordinacija koje nude usluge uljepšavanja.

Promoviranje estetskih zahvata kao dijela svakodnevne higijene izaziva ambivalentne reakcije. Dok je nekima laknulo što je ljepota sada nadohvat ruke svima onima koji si je mogu priuštiti, a ne samo onima koje je prirodna lutrija nepravedno selektirala, drugi su zgroženi količinom vremena koja se troši na izgled i našom opsesijom bijegom od bilo kakve genske determiniranosti. U tom smislu, kako bismo promotрили što se nalazi u pozadini i koje su posljedice modernog tržišta ljepotom, potrebno je postaviti pitanje zašto uopće ljudi žele (ili moraju) biti lijepi te što nam to govori o društvu u kojem se nalazimo.

Ako želimo razumjeti zašto je oduvijek bilo važno biti lijep, onda treba znati da se tumačenje ljepote nikad nije zaustavljalo na našem vanjskom izgledu. Naime, još je antička filozofija povukla znak jednakosti između istinitog, lijepog i dobrog. Platonu je ružnoća bila nedostatak prave

mjere, bolest „velikog i svakojakog neznanja“, a za Plotina ona je predstavljala materiju koja nije svladana oblikom i koja je stoga bila izjednačena sa zlom. Dakle, vanjska ljepota bila je shvaćena kao oku dohvatljivi odraz unutarnje ljepote, što je, najjednostavnije rečeno, značilo da su oni koji su ružni ujedno i zli. Američki povjesničar Sander L. Gilman piše o tome kako je tradicionalni kršćanski moral definirao pravila ljepote, zbog čega je nakaznost, odnosno razorena nosna pregrada koja je bila posljedica sifilisa koji je harao Europom u 16. stoljeću, prihvaćena s odobravanjem, dok se medicinska intervencija u vidu njezinog popravljivanja smatrala neprimjerenom jer se „božjoj kazni“ nije smjelo uteći. Jednako tako, kao što ističe Ana Maskalan, u našem vremenu brojni biolozi i evolucionisti ljepoti pridodaju daleko veće značenje od banalne fiksacije na izgled. Oni argumentiraju kako su lijepi ljudi i biološki zdraviji, plodniji, ali i da lakše prenose kvalitetne gene na buduće generacije. Sve navedeno pokazuje nam da je breme nepripadanja proskribiranim kanonima ljepote oduvijek nepravedno proširivano na cjelokupnu ljudsku osobnost što je onima koji su proglašeni „nelijepima“ predstavljalo velik, često i nepremostiv, problem. Tako je već Sigmund Freud uočio kako bi mnogi njegovi pacijenti to odavno prestali biti da su otišli na operaciju nosa. No, diskriminacija na temelju izgleda nije bila samo individualna nevolja, nego je ponekad obuhvaćala i čitave kolektive, pa su svojevremeno Židovi učestalo korigirali svoje nosove kako



bi prikrili kojem narodu pripadaju i time izbjegli predrasude svoje okoline.

Moderni procvat estetske kirurgije u prvom redu omogućila je redefinicija zdravlja u kojoj ono više nije shvaćeno (samo) kao odsutnost bolesti, nego uključuje i psihičko blagostanje. Ona je ujedno i zamutila razliku između estetske i rekonstruktivne kirurgije. Naime, ako mene moj izgled čini nesretnom, zbog čega se odlučujem povećati grudi ili usta, opravdano je pitanje je li u tom slučaju riječ o pukom estetskom zahtjevu ili obraćanju medicini kako bi me „izliječila“ od (ne)opravdanog nezadovoljstva samom sobom. Na tom tragu Karmen Lončarek ističe kako se medicina sve više okreće liječenju „zdravih“ ljudi. Osim što se to pokazuje isplativim jer se polje pacijenata, koji su i kupci usluge, proširuje, sa zdravima je lakše raditi, manje su skloni tužbama te su općenito zadovoljniji pruženim uslugama. No, u pozadini takvog pristupa krije se ozbiljan društveni problem koji pred nas postavlja dilemu jesu li danas liječnici zaduženi i da ispravljaju socijalne nepravde. Ako ja ne uspijevam biti društveno prihvatljiva zato što moj izgled odskaka od prosjeka, trebamo li mijenjati društvo, proširiti polje inkluzivnosti i time smanjiti diskriminaciju, ili krivnja

leži na asimetričnim nesretnicima čija je zadaća stoga pohrliti liječniku da ispravi tu „prirođenu“ grešku? Tko je odgovoran za naše „nedostatke“? Zla majka priroda ili ljudi koji su ih takvima proglasili? U traženju odgovora na ta pitanja vrijedi se podsjetiti da je ljepota uvelike kulturno uvjetovana, odnosno različite kulture nude različite standarde ljepote. Iz europske perspektive, od poznatijih i ekstravagantnijih primjera dijapazona privlačnog su pleme Kayan čiji pripadnici produljuju vrat pomoću metalnih ogrlica, zatim malena kineska stopala, ali i na zapadu nepoželjna debljina koja se na Fijiju slavi kao znak plodnosti.

No, premda je zahtjev ljepote svestremski, suvremena estetika ružnog obrnula je klasičnu poveznicu između istinitog i lijepog te ponudila interpretaciju u kojoj upravo ružno skriva autentičnu egzistenciju. Zato se estetskoj kirurgiji i dalje najviše zamjera njezina obmana pa je tako antologijski primjer kineskog supruga iz 2004. godine koji je tužio svoju lijepu suprugu jer mu nije rekla da je posjećivala estetskog kirurga. Problem je naime nastao kada se rodila njihova kćer čija genska ekspresija nije odgovarala njegovim očekivanjima, iako je njegovo uzrujavanje vjerojatno

neopravdano u vremenu u kojem je ljepota ionako komercijalna kategorija pa kćer lako može poći majčinim stopama i „srediti stvar“.

U tom smislu, ako se već danas možemo poigravati s vlastitim izgledom do razine neprepoznatljivosti, trebamo li strepiti pred onim što nam budućnost donosi i hoće li u njoj uopće biti „ružnih“ ljudi? Estetska kirurgija često se u progresivnim krugovima, baš kao i kiborgizacija, promovira kao izraz slobode jer nam omogućava da uteknemo „omraženoj“ prirodi i postanemo što god želimo. No, ako pogledamo koje obličje većinom odabiremo, čiji su nos ili jagodice „hit“, razotkriva se naličje takvih trendova, koje nam pokazuje da mi sebe ne izmišljamo nanovo, kreativno iskoračujući iz prosjeka, nego upravo prema kanoanima koje su nam nametnuli „torovi“ kolektiva. Stoga je ključno pitanje može li nas svođenje estetske kirurgije na odlazak zubaru emancipirati i time nam omogućiti da ostvarimo sve svoje potencijale ili jer riječ o još jednom, skupom, bolnom i, paradoksalno, dobrovoljnom podvrgavanju, i podcjenjivanju, vlastite osobnosti?

Prof. dr. Vlado Jukić

predsjednik Skupštine Hrvatske liječnike komore 2011. - 2015.

Umro je Vlado Jukić. Naglo i iznenadno. Te riječi zvuče nestvarno, a ta se činjenica čini nevjerovatnom. No ipak je to stvarno i to se dogodilo. Zauvijek nas je napustio prof. dr. sc. Vlado Jukić. Otišao je onako kako je i živio, radio, razmišljao – žestoko i brzo. A nas je sve ostavio u nevjerici i šoku.

Vlado Jukić rođen je 23. lipnja 1951. godine u malom hercegovačkom selu Osoje pokraj Posušja, od petero djece, kao 3. dijete majke Jage i oca Dominika. U obližnjem Posušju završio je osnovnu školu i gimnaziju.

Godine 1970. upisao se na Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, na kojemu je diplomirao 1976. Nakon završenog obveznog liječničkog staža u Medicinskom centru Koprivnica, kratkotrajno je radio u Domu zdravlja Poreč i Medicinskom centru Sisak.

Godine 1978. zaposlio se u Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači, gdje je 1979. započeo, a 1982. završio specijalizaciju iz psihijatrije. Psihijatrija ga je zanimala još od studentskih dana. Želio je pomagati osobama s duševnim smetnjama ne samo kao liječnik. Znao je reći: „za te ljude treba se boriti, jer često oni to sami ne mogu“. Poznate su njegove borbe s administracijama i sustavima u kojima je izvojevao i mnoge pobjede. Tako je „vratio“ na posao shizofrenog bolesnika koji je dobio otkaz, a kasnije ga i „umirovio“. Omogućio je promjenu oporuka kojima su duševni bolesnici izostavljeni iz nasljeđivanja. I još mnogo, mnogo toga.

U Kliniku za psihijatriju KBC-a Zagreb prelazi 1986., najprije u Centar za krizna stanja, a potom na Odjel muške psihijatrije. Godine 1994. prelazi u Psihijatrijsku bolnicu Vrapče i postaje njezin ravnatelj. Pod njegovim vodstvom Bolnica se obnavlja i mijenja nazive, prvo u Klinička psihijatrijska bolnica Vrapče, a zatim u Kliniku za psihijatriju Vrapče. Po riječima njegove zamjenice, doc. dr. sc. Petrane Brečić, ali i svih kolega u toj ustanovi, bio

je „najuspješniji i najdugovječniji vrapčanski ravnatelj“.

U 25 godina on je izgradnjom, dogradnjom i adaptacijom zgrada u potpunosti izmijenio arhitektonsku sliku Bolnice. Obnovio ju je iz temelja i izgradio nove zgrade.

Posljednji sagrađen Zavod za forenzičku psihijatriju otvoren je potkraj 2018. godine. Uz njegovo je otvaranje prof. Jukić organizirao međunarodni simpozij na temu forenzičke psihijatrije na početku 21. stoljeća, u okviru kojega je održan i okrugli stol o forenzičkoj psihijatriji u Hrvatskoj. To je smatrao „vrhuncem svoje stručne karijere“.

Da je samo obnovio i izgradio Bolnicu, bio bi uspješan. Ali, on je bio veliki ravnatelj jer je unaprijedio sve aktivnosti Bolnice, profilirao ju je kao u mnogočemu najznačajniju psihijatrijsku ustanovu u nas. Zapošljavao je mlade, omogućavao im specijalizacije, usavršavanja, edukacije.

Poticao je stručni i znanstveni rad. Završio je poslijediplomski studij iz Forenzičke psihijatrije (1980.-1981.) Završio je edukaciju iz grupne psihoterapije (kod prof. E. Klaina, 1978.-1986.) te obiteljsku psihoterapiju (kod doc. Vlatković, 1986.-1989.).

Magistrirao je 1989. god., a doktorirao 1997. god.

Na Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu primljen je kao asistent 1990. Docent je postao 1998., izvanredni profesor 2004., redoviti profesor 2010., a redoviti profesor u trajnom zvanju 2016.

Na Medicinskom fakultetu u Zagrebu sudjelovao je u dodiplomskoj nastavi predmeta „Psihijatrija“, „Medicinska etika“, „Ratna medicina“, „Forenzička psihijatrija“. Bio je voditelj predmeta „Psihologija sestrinstva“ na Studiju sestrinstva.

U poslijediplomskoj nastavi sudjelovao je u više predmeta poslijediplomskih studija „Psihijatrija“, „Forenzična psihijatrija,

„Psihoterapija“, „Socijalna psihijatrija“, „Menadžment u zdravstvu“, „Klinička farmakologija“, „Opće kompetencije liječnika specijalista“.

Sudjelovao je i u nastavi na Pravnom fakultetu, na Studiju socijalnog rada, na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu, na Filozofskom fakultetu, Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu, Hrvatskim studijima te Zdravstvenom veleučilištu Zagreb. S osobitim ponosom držao je predavanja na fakultetima Sveučilišta u Mostaru.

Na matičnom je fakultetu bio tajnik Katedre za psihijatriju i psihološku medicinu, član Fakultetskog vijeća, član Odbora za studentski standard, član Etičkog povjerenstva, član Odbora za sudska mišljenja, član Povjerenstva za stegovni postupak, pomoćnik pročelnika Katedre i voditelj nastave za predmet „Psihijatrija“ u Klinici za psihijatriju Vrapče.

Bio je mentor u brojnim studentskim diplomskim radovima, magisterijima i doktoratima. Smrt ga je prekinula u mentorstvu tri doktorska rada.

Publicistička je aktivnost prof. Jukića impresivna. Iza sebe je ostavio više od 250 stručnih i znanstvenih radova, u domaćim i međunarodnim časopisima, zbornicima i knjigama, više od 100 priopćenja na stručnim skupovima i kongresima te 24 poglavlja u udžbenicima. Objavljene su mu tri monografske knjige: Hrvatska psihijatrijska publicistika (2014.), Izgradnja, dogradnje i adaptacije zgrada i drugih infrastrukturnih objekata bolnice Vrapče od 1977. do 2014. godine (2015.) i Psihijatrijske teme za nepsihijatre (2018.). Urednik je 16 stručnih knjiga (među njima i nekoliko temeljnih udžbenika) te 5 popularnoznanstvenih knjiga. Bio je član Uredničkog vijeća Leksikona odgojno-obrazovnih znanosti (2017.).

Jedan je od urednika i prijevoda Jaspersove „Opće psihopatologije“ (2015.), Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne

poremećaje, peto izdanje (DSM-5, 2014.) te Priručnika MMSE-2 (2011.). Neposredno prije nego što je otišao na operaciju uspio je završiti tri rukopisa i uputiti ih u Medicinsku nakladu, kao da je slutio da je smrt toliko blizu.

Napisao je recenzije za više od 30 knjiga i udžbenika.

Bio je član uredništava časopisa „Socijalna psihijatrija“, „Farmaka“, „Klinička psihologija“, PLIVAMED.net, „Psychiatria Danubina“ i „Psihoterapija“.

Za „Socijalnu psihijatriju“ bio je posebno vezan. Godine 1994. postao je član uredništva i bio među najaktivnijima u tom društvu. U dvadesetogodišnjem razdoblju objavio je najviše članaka u „Socijalnoj psihijatriji“, a vrlo je vjerojatno da je to časopis u kojemu je najčešće i objavljivao svoje radove. Njegovi su rukopisi bili prepoznatljivi, detaljni, s puno podataka, dodataka i fusnota. Zalagao da „Socijalna psihijatrija“ postane službeno glasilo Hrvatskog psihijatrijskog društva te je s pozicije njegova predsjednika pomagao tiskanje časopisa. Bez te pomoći časopis bi se u jednom razdoblju vjerojatno „ugasio“.

Bavio se svakodnevnim kliničkim radom psihijatra praktičara (bio je supspecijalist iz biologijske psihijatrije) i forenzičara (bio je dugogodišnji sudski vještak i supspecijalist iz forenzičke psihijatrije). Zalagao se za destigmatizaciju psihičkih smetnji, duševnih bolesnika i članova njihovih obitelji. Bio je pokretač ideje o proglašenju 6. lipnja Danom prava osoba s duševnim smetnjama.

Organizirao je brojne skupove i kongrese. Najvažniji su „Ratna psihologija“ i „Zdravstveni problemi žrtava zlostavljanja u zatvorima i koncentracijskim logorima agresora u ratu protiv Hrvatske 1991./92. godine“. Sudjelovao je u organizaciji svih nacionalnih psihijatrijskih dana te skupova Hrvatski psihijatrijski dani i Mostarske psihijatrijske subote.

Bio je član Hrvatskog liječničkog zbora, član stručnih društava HLZ-a (za kliničku psihijatriju, psihoterapiju, forenzičku psihijatriju, biologijsku psihijatriju i kliničku psihofarmakologiju, za alkoholizam i druge ovisnosti, za Alzheimerovu bolest), član Hrvatskog katoličkog liječničkog društva, član *European Psychiatrists Asso-*

ciation (EPA), *International Society for the Investigation of Stress* (ISIS), član Svjetskog društva za biologijsku psihijatriju, predsjednik Crvenog križa Grada Zagreba, član Odbora za neuroznanost i bolesti mozga pri Razredu za medicinske znanosti HAZU, redoviti član Akademije odgojno obrazovnih znanosti Hrvatske, redoviti član Akademije medicinskih znanosti Hrvatske.

Za psihijatre i sve druge djelatnike u psihijatriji učinio je mnogo, a osobito kada je obnašao dužnost predsjednika Hrvatskog psihijatrijskog društva (od 2010. do 2018.). Bio je i član Povjerenstva za reorganizaciju psihijatrijske službe u Hrvatskoj, Državnog povjerenstva za zaštitu osoba s duševnim smetnjama, član Komisije za stručni nadzor Hrvatske liječničke komore, član povjerenstva Gradskog ureda za zdravstvo (i socijalnu skrb) za programe prevencije ovisnosti, član Savjeta za zdravlje Gradske skupštine Grada Zagreba, član Povjerenstva za psihijatriju Ministarstva zdravstva (u svim mandatima, od 1996. do 2018.), član povjerenstva Ministarstva zdravstva za dodjelu zvanja primarijus, član povjerenstva Ministarstva zdravstva za izradu strategije razvoja zdravstva od 2012. do 2020., član i predsjednik povjerenstva za izradu i praćenje provedbe strategije za zaštitu mentalnog zdravlja Ministarstva zdravstva, predsjednik povjerenstva za izradu i praćenje provedbe Nacionalne strategije zaštite mentalnog zdravlja od 2018. do 2030. Bio je član Povjerenstva za lijekove HZZO-a, član upravnog odbora HLZ-a i predsjednik Zagrebačke podružnice HLZ-a, član Glavnog odbora predsjedništva HLZ-a te predsjednik Suda časti HLZ-a, predsjednik Skupštine Hrvatske liječničke komore od 2011. do 2015. god., član predsjedništva Udruge poslodavaca u zdravstvu, njezin predsjednik od 2003. do 2013., dopredsjednik od 2013. Bio je jedan od osnivača i prvi predsjednik „Hrvatskog društva za psihijatriju i pravo“.

Tijekom Domovinskog rata bio je jedan od glavnih organizatora psihijatrijske službe. Od 1991. do 1992. bio je zamjenik, a od 1992. pročelnik Odjela za duševno zdravlje Glavnog stožera Ministarstva zdravstva RH. Od 1995. bio je član kriznog stožera Ministarstva zdravstva RH.

Zaslužio je mnoga priznanja: Spomenica domovinskog rata 1991., pohvala Predsjednika Republike dr. Franje Tuđmana



za doprinos u obrani Domovine, medalja „Bljesak“, medalja „Oluja“, medalja „Ljeto 95“, odlikovanje Redom Danice Hrvatske s likom Katarine Zrinske (1996.), povlja, diploma, zahvalnica Ladislav Rakovac HLZ-a, Nagrada Grada Zagreba 2008. godine.

Jedino što mu je bilo važnije od njegova posla, bila je njegova obitelj. Supruga Branka, djeca Katarina, Mislav i Matija, unuci Juraj i Jona bili su mu radost i podrška. S njima je živio u skladu sa svojim vrijednostima. Nikad nije zaboravio od kuda potječe i uvijek je znao kamo ide. Krasila ga je nacionalna osviještenost, vjera, empatija i briga za bližnjega. Brinuo je za one koji pate, zalagao se za svakoga – i za psihijatra i za psihijatrijskog bolesnika.

Vlado Jukić je bio prije svega Čovjek. Bio je on i liječnik, psihijatar, forenzičar, primarijus, doktor znanosti, redoviti profesor u trajnom zvanju, ravnatelj, predsjednik Hrvatskog psihijatrijskog društva, autor i urednik knjiga, mentor i voditelj projekata. Ali, prije svega bio je dobar čovjek. I pošten čovjek. I velik.

Koliko god je sada teško svima koji smo ga poznavali i s njim surađivali, koliko god smo sada tužni, možemo biti nadasve ponosni što smo živjeli s njim. On je svoj san ostvario, a mnogo je njegovih suradnika, bolesnika, prijatelja, bilo dijelom toga sna.

Neki ljudi ne mogu umrijeti jer su ostavili toliko dubok trag u srcima onih s kojima su živjeli, jer su ostavili toliko velika i snažna djela kroz koja će i dalje živjeti. Profesor Jukić je jedan od tih besmrtnih ljudi.

Anda Raić i Dražen Begić

PRIČA O OSMIJEHU I NJEGOVOJ VLASNICI



Dobar dan, dragi ljudi, dopustite mi da se predstavim. Ja sam osmijeh i živim u vama. Još davnih dana kada je Bog stvarao svijet, raširio nas je po svijetu sa zadaćom da se uselimo u ljudske duše i uveseljavamo vlasnike. U većine ljudi to odlično funkcionira, iako poznajem mnogo osmijeha koji čame kao zatvorenici u gulagu bez mogućnosti izlaska. A potrebno je tako malo da izađemo i obasjamo lice. Lice tada postaje svjetlije kao da ga osvjetljava neko unutrašnje svjetlo i kao da dobiva neku dubinu. Zato za nas kažu da smo ogledalo duše. Iako živimo u unutrašnjosti, vrlo lako izlazimo. Obično po nas dođu endorfini i zajedno dođemo do lica gdje se rastegnu parni mišići. Endorfini su jako važni jer se pojavljuju uvijek kada je ljudima ugodno i kad uživaju. Pri tom ne mislim samo na hranu već i... hm,hm. Moram biti pristojan pa neću govoriti dalje, da me čuje moja vlasnica mogla bi se i zacrvnjeti. Kad bih se htio praviti važan rekao bih vam da se mišić smijeha latinski zove *musculus risorius*. No to je ionako

mrtav jezik kojim nitko normalan ne govori. Draži su mi živi jezici. Zahvaljujući mojoj vlasnici volim brbljati na talijanskom. Melodiozan je, što ne? Tako se ja na talijanskom zovem *il sorriso* a kad se jako smijem to je *la risata*. Najviše volim kad se smije cijelo tijelo. Tada oči plaču. Moja vlasnica nema ništa protiv iako joj se zna zamrljati maskara s trepavica. Otkad je otkrila vodonepropusne maskare to više nije pitanje. Ponekad imam neprilika s trbušnim mišićima. Zamislite, molim vas, kad se smijem oni se grče pa cvile da ih boli. No tako cvile i u teretani pa se ne obazirem na njih. Samo vi plačite, a poslije kada dobijete pločice glavni ste frajeri. Neki ljudi nas često puštaju van i po nekoliko puta u danu. Takve ljude najviše volimo, a i drugi ljudi najviše vole takve ljude. Eto, na primjer moja vlasnica. Ona i ja smo najbolji prijatelji. Tako često sam na njenom licu da kad me nema, na poslu je pitaju je li bolesna ili tužna. Ona veli ne, samo se ne smijem. Njenoj sestri strašno znam ići na živce kad gleda slike. Kaže - opet si nabacila osmijeh br. 5 kao reklamu za zubnu pastu. Moja vlasnica se samo smije i pokušava joj objasniti da je njoj to sasvim prirodno. Moja vlasnica voli putovati i planinariti. Nemam ništa protiv, čak vidim da joj puno puta pomažem kad se ne može sporazumijeti. Nekako je shvatala da je osmijeh najbolji put do ljudskog srca i da može zamijeniti riječi. Zahvaljujući njoj, bio sam na svim kontinentima i vidio razne narode. Naravno, upoznao sam mnogo osmijeha, male, široke, bezube, stidljive... Osmijehe djece, starih ljudi, djevojaka i odraslih žena. Kunem

se, nekada mi se čini da mi se i životinje smiješe, no nisam siguran. Bio sam u zanimljivim gradovima i prelijepim zemljama, no posljednjih nekoliko godina moja me vlasnica vodi na čudna mjesta. Sunčane obale i tirkizna mora zamijenila je sa snježnim planinama, dubokim kanjonima i hladnim rijekama. Negdje je toliko hladno da se smrznem na licu i jedva se rastegnem u neku vrstu grimase. Zbog rijetkog zraka zna imati mučninu pa joj uopće nije do smijeha. Baš je ne razumijem, no vidim da je u sebi mirna i zadovoljna. Ponekad se i brinem za nju. Tek se vratila iz Nepala i ponovno planira neku ludost. Kad je ljudi pitaju kamo ide sada, uvjeren sam da mnogi nisu nikada čuli za Ladakh, a kamoli za zaleđenu rijeku Zanskar. Neki pristojno pitaju gdje bi to moglo biti, a neki samo kimaju glavom iako bih rekao da nemaju blage veze. Zamislite, kao da joj nije bilo dosta snijega i hladnoće na Annapurni, sada ide hodati po zaleđenoj rijeci gdje će spavati u šatoru a noćna temperatura može ići i do minus 25°C. Valjda će sve biti u redu. Prije sam pokušavao utjecati na nju preko sestre i mame, no kad sam vidio da je tvrdoglava i da se ne da odgovoriti, odustao sam. Možda je tako i bolje. Možda je zato i mirna, jer sanja i ostvaruje svoje snove. Možda zato što je mirna stalno me pušta vani i smije se. I tako hodam s njom, ona i ja, nasmiješeni i sretni.

Nadam se da se i vi lijepo družite sa svojim osmijehom i da ostvarujete svoje snove.

Denis Guštin

STUPIDARIUM — CROATICUM

Najbolji liječnik u Hrvatskoj

I ove su godine hrvatski pacijenti organizirali suludi natječaj za titulu „Naj-liječnik“. Osvajač titule izazvao je buru u hrvatskim medijima jer da je ne zaslužuje. Nitko od kolega nije mu čestitao.

Suludost pokušaja da se izabere naj-liječnik lijepo može ilustrirati ocjena kojom su pacijenti ocijenili jednog liječnika otprilike ovim riječima: „Srdačan je, profinjen, elegantan i toliko nježan da sestre umjesto njega moraju davati injekcije – bile smo zaljubljene u njega.“ Tako su dr. Jozefa Mengelea ocijenile žene iz nacističkog logora na kojima je radio smrtonosne eksperimente.

Pacijenti ne mogu ocijeniti liječnikovu stručnost, nego samo njegove „komunikacijske vještine“, a u tome liječnici nisu dorasli nadriječnicima, kojima je to glavni alat. Pitanje: Zašto najslabiji kirurg statistički obično ima najbolje uspjehe? Zato što mu se povjeravaju najlakši slučajevi. **Kod liječnika se najviše treba diviti savjesti**, no ona se može ocijeniti tek nakon vremenskog odmaka. S toga stanovišta nominirao bih dvojicu hrvatskih liječnika koji su brigu za pacijente platili glavom – Đuru Vranešića i Ivana Šretera.

Prim. dr. Đuro Vranešić (1897. - 1946.), nekadašnji predsjednik Hrvatske liječničke komore, glumio je za NDH srdačnost prema vlastima zato da bi u svom sanatoriju mogao spašavati Židove i komuniste. Spasio je i Krležu, kojemu je nakon toga Josip Broz obećao da će Vranešiću život biti pošteđen. Vranešić je strijeljan 1946. na opskuran način. Tko je dao nalog nije uspio otkriti ni istraživački novinar Milan Gavrović u svojoj knjizi „Čovjek iz Krležine mape. Život i smrt dr. Đure Vranešića“ (Novi Liber, Zagreb 2011., 283 str.). On sumnja u podatak koji je iznio povjesničar Vladimir Dedijer u knjizi „Novi prilozi za biografiju J. B. Tita“ (Rijeka, 1981.). Na str. 723. Dedijer piše: „U razgovoru vođenom 8. juna 1981. Vladimir Bakarić mi je ispričao kako je 1945. godine Moša Pijade, zajedno sa Duškom Brkićem, naredio da se na brzinu strelja dr. Đuro Vranešić, psihijatar iz Zagreba, koji je na Mirogoju imao svoj sanatorijum. Za vreme rata dr. Vranešić je lečio i štitio hrvatskog pisca

Miroslava Krležu, a posle oslobođenja, kada je Vranešić bio uhapšen, Krleža je intervenisao kod druga Tita i molio da se Vranešićev život poštedi. To su saznali Duško Brkić i Moša Pijade, koji su naredili da se Vranešić odmah strelja, pre nego što je stigao Titov odgovor.“ Usput, Liječnička komora je 1947. raspuštena i oduzeta joj je sva imovina, među ostalim i dio Hrvatskog liječničkog doma u Šubićevoj ulici (i nije joj ni do danas vraćen!). Vranešićev sin Krešo, inače kolega otorinolaringolog, žalio mi se da nikada nije uspio doznati gdje mu je otac sahranjen.

Dr. Ivan Šreter (1951. – 1991.), liječnik u Lipiku, poštujući liječničku etiku liječio je za vrijeme Hrvatsko-srpskog rata jednako bolesnike u srpskim i hrvatskim selima, sve dok ga nisu zarobili u srpskom selu Bučju. Prema dogovoru sa Srbima, Hrvatska je dala u zamjenu za Šretera dva zarobljena srpska liječnika, a u to vrijeme on je već bio likvidiran. Ni njemu se grob ne zna.

Manimo se jalova posla tražiti naj-liječnika među živima!



KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a Hrvatska liječnička komora
HLZ, genitiv HLZ-a Hrvatski liječnički zbor
HZJZ 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
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, gđi Fulvii Akrap, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr.

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije. Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

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

Detaljan i dnevno ažuriran raspored stručnih skupova nalazi se na web stranici www.hlk.hr – „Raspored stručnih skupova“.

TRAVANJ

Komunikacijske vještine u onkologiji i palijativnoj medicini

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 24.04.2019.
Barbara Kalenić, mob.: 099/4520-222,
e-mail: barbara@zikz.hr
500,00 kn

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – Titracijom do cilja

Novartis Hrvatska d.o.o.
Varaždin, 24.04.2019.
Josipa Kudić, tel.: 01/6274-220,
e-mail: josipa.kodic@novartis.com

Multidisciplinarni pristup pacijentu s KVB-om

Sandoz d.o.o.
Sisak, 24.04.2019.
Ante Matijević, tel.: 01/2353-111,
e-mail: ante.matijevic@sandoz.com

South-East European Forum on Orthopaedics and Traumatology (SEFORT)

FORTH (Forum ortopeda i traumatologa Hrvatske) te suorganizator HD HLZ-a
Dubrovnik, 24.-26.04.2019.
Robert Kolundžić, mob.: 098/382-519,
e-mail: robert.kolundzic@zg.t-com.hr
Od 16.03. do 15.04. – specijalisti 2.250,00 kn,
specijalizanti 1.125,00 kn; Od 16.04. –
specijalisti 2.600,00 kn, specijalizanti 1.300,00 kn

Edukacijska vježba za doktore medicine

Zavod za hitnu medicinu Varaždinske županije
Ludbreg, 24.-26.04.2019.
Mario Matoc, med.teh., mob.: 091/4900-112,
e-mail: hitnaslužba94@gmail.com

Biostatika za nestatičare: Osnove epidemioloških i statističkih metoda – Modul I

HZJZ
Zagreb, 25.04.2019.
Jelena Dimnjaković, dr.med.,
mob.: 098/1671-454,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr

Simpozij o cijepljenju 2019. godine

NZJZ Primorsko-goranske županije
Rijeka, 25.04.2019.
Edita Turinski, tel.: 051/358-721,
e-mail: epidemiologija@zjzpgz.hr

Multidisciplinarni pristup pacijentu s KVB-om

Sandoz d.o.o.
Dubrovnik, 25.04.2019.
Slavko Žužul, tel.: 01/2353-111,
e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

7. simpozij o praktičnoj primjeni 3D UZV u ginekologiji i opstetriciji

HD za ultrazvuk u medicini i biologiji
Vodice, 25.-26.04.2019.
Contres projekti d.o.o., Maja Orsag,
mob.: 091/3330-734,
e-mail: maja@contres.hr
1.760,00 kn

XXVI. Kongres obiteljske medicine

Hrvatska udružba obiteljske medicine
Split, 25.-27.04.2019.
Dr. Marion Tomić, mob.: 091/5429-293,
e-mail: marion.tomicic@gmail.com
Rana kotizacija 2.000,00 kn;
Kasna kotizacija 2.300,00 kn;
Kotizacija od 01.04. 2.500,00 kn;
Studenti, umirovljenici, dodatne akreditacije,
osobe u pratnji 50% trenutne cijene u trenutku
plaćanja

Nutrition challenges in gastrointestinal diseases

HLZ, Društvo za kliničku prehranu
Zagreb, 26.04.2019.
Prof.dr.sc. Željko Krznarić, tel.: 01/4693-300,
e-mail: zeljko.krznaric1@zg.ht.hr
O tours PCO d.o.o., Tatjana Koprtla,
tel.: 01/4831-444,
e-mail: tatjana.koprtla@otours.hr

Up-to-date Ophthalmology

KB „Sveti Duh“
Zagreb, 26.-27.04.2019.
BTM Global d.o.o., Nataša Basta, mob.:
091/5792-686, e-mail: info@btmglobal.hr
Specijalizanti i umirovljenici 900,00 kn,
specijalisti 1.200,00 kn

Skup o cijepljenju

HZJZ
Zagreb, 27.04.2019.
Vesna Višekruna Vučina, tel.: 01/4683-004,
e-mail: vesna.visekruna@hzjz.hr

Pčelinji propolis – prirodni antibiotik

Udruga Medikus
Zagreb, 27.04.2019.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766,
e-mail: info@medikus.hr

Radionica za liječnike obiteljske medicine: Multidisciplinarni pristup kardiološkom bolesniku

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Sisak, 27.04.2019.
Dr.sc. Mercedes Vidas, dr.med.,
mob.: 091/3707-021,
e-mail: mvidas@berlin-chemie.com

SANDOZ akademija

Sandoz d.o.o.
Osijek, 27.04.2019.
Maša Nekić, tel.: 01/2353-111,
e-mail: masa.nekic@sandoz.com

Radionica za liječnike obiteljske medicine: Multidisciplinarni pristup kardiološkom bolesniku

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Sisak, 27.04.2019.
Dr.sc. Mercedes Vidas, dr.med.,
mob.: 091/3707-021,
e-mail: mvidas@berlin-chemie.com

SANDOZ akademija

Sandoz d.o.o.
Osijek, 27.04.2019.
Maša Nekić, tel.: 01/2353-111,
e-mail: masa.nekic@sandoz.com

Tematska edukacija iz područja suzbijanja zlouporabe droga

HZJZ
Stubičke Toplice, 29.-30.04.2019.
Josipa Lovorka Andreić, tel.: 01/4878-123,
e-mail: josipa.lovorka.andreic@uredzadroge.hr

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

Klinika za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“
Zagreb, 29.04.-24.05.2019.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317,
e-mail: bmilic@kbsd.hr
10.000,00 kn

SVIBANJ

CT/MR tijela – aktualne teme

HD radiologa (HDR) i MEF Sveučilišta u Rijeci
Opatija, 02.-04.05.2019.
Turistička agencija Dariva d.o.o., Cvetka Puljić,
tel.: 051/703-594, e-mail: cvetka@da-riva.hr
Liječnici članovi HDR 1.400,00 kn;
Liječnici nečlanovi HDR 1.600,00 kn;
Specijalizanti članovi HDR 1.000,00 kn;
Specijalizanti nečlanovi HDR 1.200,00 kn;
Osobe u pratnji 300,00 kn

Četvrti hrvatski neuroimunološki kongres s međ.sud.

HD za neuroimunologiju i neurogenetiku
Opatija, 02.-05.05.2019.
Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, mob.: 099/3103-058,
e-mail: kesvanja@gmail.com
3.500,00 kn

XII susret intervencijskih radiologa Zagreb s međ.sud.

HLZ, HD radiologa
Vodice, 02.-05.05.2019.
Filida – putnička agencija d.o.o.,
Dragan Antunović, mob.: 098/9828-478,
e-mail: tatjana@filidatravel.hr
1.900,00 kn

Holistički pristup zdravlju djeteta – prehrana rekreacija i slobodno vrijeme

Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske
Zabok, 03.05.2019.
Ana Kolobarić i Lana Kassim, tel.: 01/4922-959,
e-mail: lana@savez-dnd.hr

XXII. simpozij Hrvatskog društva za pedijatrijsku pulmologiju: Imunosne bolesti pluća u djece

HLZ, HD za pedijatrijsku pulmologiju, Klinika za dječje bolesti KBC Split, Odjel za pedijatriju
OB Zadar
Zadar, 03.-05.05.2019.
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 01/4821-193,
fax.: 01/3700-495,
e-mail: pavlov.neven@gmail.com
400,00 kn

Skup u spomen na Božidara Špišića

Klinika za ortopediju KBC Zagreb i MEF
Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 04.05.2019.
Dr.sc. Ana Aljinović, tel.: 01/2368-911,
e-mail: ortopedija@kbc-zagreb.hr

Dan obiteljske medicine: Dijabetes, KOPB i antikoagulacija u fokusu

HLZ, Podružnica Split
Primošten, 04.05.2019.
Marija Radman Livaja, tel.: 021/348-033,
mob.: 091/4570-057,
e-mail: hlz-split@st.t-com.hr

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Vodice, 04.-07.05.2019.
Marija Stivičić, tel.: 01/5496-080,
e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Multidisciplinarni pristup pacijentu s komorbiditetima

Sandoz d.o.o.
Vinkovci, 07.05.2019.
Bernard Kresić, tel.: 01/2353-111,
e-mail: bernard.kresic@sandoz.com

Osnove holter EKG-a za liječnike obiteljske medicine

Alkaloid d.o.o.
Varaždin, 07.05.2019.
Petra Martinjak, mob.: 099/2561-085,
e-mail: petra.martinjak@alkaloid.hr

Predavanje sa vježbama

Udruga, Centar za edukaciju, trening i konzultacije – CETIK, Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba
Zagreb, 07.05.2019.
Izv.prof.prim.dr.sc. Branka Maldini, dr.med.,
mob.: 098/9000-040,
e-mail: branka.maldini@gmail.com

Dani zdravstvenih karijera u RH

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 08.-09.05.2019.
Dr. Danko Relić, mob.: 091/4596-801,
e-mail: danko.relic@mef.hr

XXIV School of Psychotherapy of Psychosis

HD za kliničku psihijatriju HLZ-a
Dubrovnik, 08.-11.05.2019.
Dr. Marija Kušan Jukić, tel.: 01/4696-107,
mob.: 098/799-244,
e-mail: mkjukic45@gmail.com
1.300,00 kn

Konferencija: Iskustva prošlosti kao odgovor na izazove budućnosti

Dnevni centar za rehabilitaciju „Mali dom – Zagreb“
Zagreb, 09.05.2019.
Martina Celizić, mob.: 091/4181-110,
e-mail: martina@malidom.hr
300,00 kn

Kronična venska insuficijencija-ljeto je pred vratima – Možemo li reći zbogom hemoroidima zauvijek

Servier Pharma d.o.o.
Zagreb, 09.05.2019.
Mirjana Golenja, mob.: 091/6551-556,
e-mail: mirjana.golenja@servier.com

2. dani koagulacije s međ.sud.

HLZ, HD za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu (HDARIM)
Zagreb, 09.-10.05.2019.
Jadranka Radnić Salijevski,
mob.: 091/5097-154,
e-mail: jradnic@kbc-zagreb.hr
1.000,00 kn specijalisti,
500,00 kn specijalizanti

Kako napraviti sustavni pregled literature:

Osnovne metodologije i praktični koraci
MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 09.-10.05.2019.
Anita Režić, tel.: 021/557-923,
e-mail: anita.rezic@mefst.hr
1.500,00 kn

11. kongres Hrvatskog društva za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata

HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata
Mali Lošinj, 09.-11.05.2019.
Dr.sc. Lana Kovač Bilić, mob.: 099/2262-355,
tel.: 01/2376-371,
e-mail: lana.k.bilic@gmail.com
Filida – Putnička agencija d.o.o., Ivan Kaselj,
tel.: 01/4616-522, 4616-520, 4616-521,
e-mail: ana.filidatravel.hr
Rana – specijalisti 1.500,00-2.000,00 kn,
specijalizanti 1.000,00-1.500,00 kn;
Kasna – specijalisti 1.800,00-2.300,00 kn,
specijalizanti 1.300,00-1.800,00 kn

XLIII. simpozij Hrvatske udruge za promicanje primaljstva „Primalja u zajednici“

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva
Vukovar, 09.-11.05.2019.
Biserka Matok Glavaš, mob.: 091/2763-207,
e-mail: biba.matok@gmail.com
700,00 kn

18. Tečaj trajnog medicinskog usavršavanja „Šećerna bolest u djece i odabrane teme iz pedijatrijske endokrinologije – edukacija timova“

HD za pedijatrijsku endokrinologiju i dijabetes
Šibenik, 09.-11.05.2019.
Maja Vinković, mob.: 091/7346-619,
e-mail: maja.vinkovic22@gmail.com

6. hrvatsko-slovenski ultrazvučni kongres

HD za ultrazvuk u medicini i biologiji i Združenje za rabo ultrazvoka u medicini SZD
Vodice, 09.-11.05.2019.
Doc.dr. Gordana Ivanac, mob.: 091/5187-176,

e-mail: gordana.augustan@gmail.com
Članovi – 1.887,50 kn; Nečlanovi – 2.415,00 kn;
Specijalizanti – 1.285,00 kn;
Studenti – 980,00 kn;
Izlagači – 980,00 kn;
Osobe u pratnji – 980,00 kn;
Na licu mjesta: Članovi – 2.190,00 kn;
Nečlanovi – 2.720,00 kn; Specijalizanti – 1.510,00 kn; Studenti – 1.210,00 kn;
Izlagači – 1.210,00 kn;
Osobe u pratnji – 1.210,00 kn;
Jednodnevna kotizacija (plativa samo u gotovini na licu mjesta) 1.135,00 kn

Salmonella – prevencija uzimanje uzoraka i laboratorijska dijagnostika

ZJZ Istarske županije
Pula, 10.05.2019.
Nada Barišić, mob.: 098/1634-677,
e-mail: nada.barisic@zzjz.hr

Melanocitne kožne promjene nejasnog malignog potencijala (SAMPUS, MELTUMP, THIMUMP) – Dileme u dijagnozi i terapiji

AMZH
Zagreb, 10.05.2019.
Prof.dr.sc. Jasna Lipozenčić, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

7. međunarodni simpozij „Zdravlje za sve?! – Društveno uključivanje i samoupravljanje zdravljem i kroničnim bolestima

MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 10.05.2019.
Meri Cucančić, tel.: 051/651-155,
e-mail: meri.cucancic@medri.uniri.hr

Poboljšanje ishoda u hitnoj službi i jedinici intenzivnog liječenja – CERTAIN pristup (Checklist for Early Recognition and Treatment of Acute Illness and Injury)

HD za infektivne bolesti
Zagreb, 10.05.2019.
Jasminka Blaha, mob.: 091/1871-952,
e-mail: jblaha@bfm.hr
800,00 kn za specijaliste, 600,00 kn za specijalizante

Integrativni pristup u psihijatriji

KB Osijek, Zavod za integrativnu psihijatriju, Hrvatsko psihijatrijsko društvo
Osijek, 10.05.2019.
Prof.prim.dr.sc. Dunja Degmečić, dr.med.,
tel.: 031/511-511,
e-mail: degmecic.dunja@kbco.hr

11. hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama s međ.sud.

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a
Opatija, 10.-12.05.2019.
Spektar putovanja d.o.o., Jelena Krmić,
tel.: 01/4862-607,
e-mail: jelena@spektar-holidays.hr
2.150,00/1.000,00 kn

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Tečaj naprednog održavanja života – ALS

HD za reanimatologiju
Zagreb, 10.-12.05.2019.
Mirna Šehović, mob.: 091/5787-300,
e-mail: mirna.sehovic@gmail.com
3.000,00 kn liječnici, 2.500,00 kn stažisti, med.
sestre/tehničari, studenti

International Conference on Neurological Disorders and Neurorestoration

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Dubrovnik, 10.-13.05.2019.
Btravel d.o.o., Ivana Šabanović –
Uzelac, mob.: 098/438-768,
e-mail: ivana.sabanovic-uzelac@btravel.pro
2.800,00 kn

Menisk

Specijalna bolnica Akromion
Krapinske Toplice, 11.05.2019.
Elvira Gospočić Pavetić, mob.: 095/2587-489,
e-mail: elvira.gospocic@akromion.hr

Škola infiltrativnih tehnika: Drugi stupanj – rehabilitacija proleterapijom

Mr.sc. Dunja Barak-Smešny, dr.med.
Rijeka, 11.05.2019.
Aleksandra Dermić, mob.: 091/9545-280,
e-mail: ale.dermic@gmail.com
800,00 kn

Vaskularni pacijent – suradnja LOM i kirurga

Udruga vaskularnih i kardijalnih kirurga
Slavonije i Baranje
Osijek, 11.05.2019.
Vedran Ivković, dr.med., mob.: 098/9279-956,
e-mail: vedivk@gmail.com

Kardiološki mozaik

Belupo d.d. i KBC Sestre milosrdnice, Klinika za
bolesti srca i krvnih žila
Zagreb, 11.05.2019.
Štefica Vrščak, tel.: 01/2481-203,
e-mail: stefica.vrsacak@belupo.hr

Čimbenici rizika stresa kod KV bolesnika

Sandoz d.o.o.
Osijek, 11.05.2019.
Ivana Šimunović, tel.: 01/2353-111,
e-mail: ivana.simunovic@sandoz.com

Znanost o laboratorijskim životinjama

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 13.-18.05.2019.
Tihana Repić, tel.: 021/557-810,
e-mail: repic.tihana@gmail.com
4.000,00 kn

Osnovni tečaj iz zrakoplovne medicine

Zavod za zrakoplovnu medicinu VZS-a (HR AeMC
01) i HD zrakoplovne medicine HLZ-a
Zagreb, 13.-19.05.2019.
Ljiljana Belošević, dr.med., mob.: 098/620-486,
e-mail: zzm@morh.hr
7.500,00 kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za
traumatologiju
Zagreb, 13.-17.05.2019.
Dr. Dina Miklič, dr. Vera Rakić-Eršec, mob.:
098/235-713, 098/235-718,
e-mail: dmiklic@hotmail.com
Spektar putovanja, Petra Miškulin Štefek,
mob.: 099/4768-934, e-mail: petra@holidays.hr
3.500,00 kn

Proljetna konferencija Udruge poslodavaca u zdravstvu Hrvatske

Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske
Opatija, 14.-15.05.2019.
Ivan-Kristijan Baričević, mob.: 095/8552-878,
e-mail: ivan.kristijan.baricevic@upuz.hr
1.550,00 kn

13. kongres HD za digestivnu kirurgiju s međ.sud. i 2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije

HD za digestivnu kirurgiju HLZ-a i Društvo
medicinskih sestara/tehničara digestivne
kirurgije
Opatija, 15.-18.05.2019.
Prof.dr.sc. Marko Zelić, dr.med.,
e-mail: hddk.kongres@gmail.com
Btravel d.o.o., Goran Grbić,
mob.: 099/4926-679,
e-mail: goran.grbic@btravel.pro,
www.digestive-surgery2019.com
Rana kotizacija – za doktore medicine,
specijaliste – 2.500,00 kn;
specijalizanti oslobođeni plaćanja kotizacije;
za medicinske sestre-tehničare – 900,00 kn;
Kasna kotizacija – za doktore medicine,
specijaliste – 2.800,00 kn;
specijalizanti oslobođeni plaćanja kotizacije;
za medicinske sestre-tehničare – 1.100,00 kn;

XXIII. Simpozij Sekcije za neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu

HLZ, HD za perinatalnu medicinu, Sekcija za
neonatologiju i neonatalnu intenzivnu medicinu
Zagreb, 16.05.2019.
Prof.dr.sc. Boris Filipović-Grčić,
mob.: 098/1759-087,
e-mail: borisfilipovicgrcic@gmail.com

Neonatologija 2019.

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 16.-17.05.2019.
Prof.dr.sc. Boris Filipović-Grčić,
mob.: 098/1759-087,
e-mail: borisfilipovicgrcic@gmail.com
1.500,00, 700,00 kn

4. hrvatski epidemiološki kongres s međ.sud.

HLZ, Hrvatsko epidemiološko društvo
Opatija, 16.-18.05.2019.
Prim.mr.sc. Miroslav Venus, dr.med.,
tel.: 033/727-031,
e-mail: ravnatelj@zzjzvpz.hr
Conventus Credo d.o.o., Danijela Glamuzina,
e-mail: danijela@conventuscredo.hr
1.700,00 kn;
specijalizanti 1.200,00 kn

7. hrvatski parodontološki dani 2019. s međ.sud.

Hrvatsko parodontološko društvo HLZ-a
Pula, 16.-18.05.2019.
Izv.prof.dr.sc. Darko Božić, tel.: 01/4802-111,
e-mail: bozic@sfz.hr
Conventus Credo d.o.o., Petra Barto,
mob.: 095/8824-382,
e-mail: petra@conventuscredo.hr
Kotizacija za članove HPD-a – predavanja –
1.500,00 kn
Kotizacija za članove HPD-a – predavanja +
radionice – 2.000,00 kn
Kotizacija za ne članove HPD-a – predavanja –
1.900,00 kn
Kotizacija za ne članove HPD-a – predavanja +
radionice – 2.400,00 kn
Kotizacija za studente 350,00 kn

12. hrvatski kongres o aterosklerozi s međ.sud.

HLZ, HD za aterosklerozi
Crikvenica, 16.-18.05.2019.
Dr. Ivan Pećin, tel.: 01/2388-772,
e-mail: 2019aterokongres@gmail.com;
Simultana d.o.o., Željko Pokasić,
mob.: 098/279-266,
e-mail: simultana@simultana.com
500,00 kn

8. hrvatski kongres ginekologa i opstetričara s međ.sud.

HD za ginekologiju i opstetriciju HLZ-a
Vodice, 16.-19.05.2019.
Btravel d.o.o., Iva Šimunić, mob.: 091/3330-733,
e-mail: iva.simunic@btravel.pro
1.280,00 kn

Ultrazvuk abdominalnih organa

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, 16.05.-29.07.2019.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154,
e-mail: info@senologija.com,
edukacija@drinkovic.hr
9.500,00 kn

Boli ju/ga glava, što ću? Mala škola glavobolje kroz prikaze slučajeva

Klinika i katedra za neurologiju MEF Sveučilišta
u Zagrebu i KBC Zagreb
Zagreb, 17.05.2019.
Prof.dr.sc. Darija Mahović Lakušić,
mob.: 098/9044-369,
e-mail: darija.mahovic@mef.hr
650,00 kn

Ultrazvučna dijagnostika sustava za kretanje u djece i adolescenata

HD za dječju ortopediju HLZ-a
Zagreb, 17.-18.05.2019.
Dr.sc. Igor Šmigovec, dr.med.,
mob.: 095/9043-165,
ortopedija@yahoo.com, dr. Krešimir Crnogača,
mob.: 091/7617-717,
e-mail: kcrnogac@gmail.com
3.000,00 kn

1. simpozij Hrvatskog društva morfologa HD morfologa

Split, 17.-18.05.2019.
Prof. Ivica Grković, mob.: 098/9798-315,
e-mail: ivica.grkovic@mefst.hr
200,00 kn

6. Osječki nefrološki dani

HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
HLZ-a
Osijek, 17.-19.05.2019.
Conventus Credo d.o.o., Anja Aleksić,
mob.: 099/4406-728,
e-mail: anja@conventuscredo.hr
1.500,00 kn

Liječenje Qia i Krvi

HLZ, HD za akupunkturu
Zagreb, 18.05.2019.
Maja Mustač, dr.med., mob.: 091/4748-492,
e-mail: info@akupunktura.hr

Hitna kardiološka stanja u ordinaciji obiteljske medicine: praktični individualni tečaj na simulatorima

Hrvatsko kardiološko društvo – Radna skupina
za aritmije i elektrostimulaciju srca
Zagreb, 18.05.2019.
Maja Šegota, mob.: 091/3866-300,
e-mail: maja@fargo.hr

Split live endoscopy 2019

Hrvatsko gastroenterološko društvo, MEF
Sveučilišta u Splitu
Split, 18.05.2019.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398, e-mail:
jduvnjak@hgd.hr
Antonio Meštrović, mob.: 098/9123-462, e-mail:
antonio.mestrovic1@gmail.com

18. Lošinjski dani bioetike

Hrvatsko filozofsko društvo
Mali Lošinj, 19.-22.05.2019.
Hrvoje Jurić, tel.: 01/6111-808,
e-mail: hjuric@yahoo.com
1.600,00 kn

MR rektuma

HLZ, HD radiologa
Split, 20.05.2019.
Dr. Ana Marinović, tel.: 021/556-243,
e-mail: marinovicana27@gmail.com

Liječenje KVB u ordinaciji LOM

Servier pharma d.o.o.
Vukovar, 20.05.2019.
Ksenija Kovač Petrinović, mob.: 091/6551-557,
e-mail: ksenija.kovac-petrinovic@servier.com

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraći naziv: DDD Trajna edukacija)

Korunić d.o.o. Zagreb
Zagreb, 20.05.-20.06.2019.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341,
mob.: 098/261-432, e-mail: info@korunic.hr
560,00 kn

Prva medicinska pomoć u ronjenju za liječnike i medicinske sestre/tehničare u Oružanim snagama RH

Zavod za pomorsku medicinu
Split, 20.-24.05.2019.
Mario Dadić, dr.med., mob.: 091/5963-430,
e-mail: mario.dadic@yahoo.com

Godišnji kongres Hrvatskog društva za vaskularnu kirurgiju HLZ-a s međ.sud. i Kongres Hrvatskog društva medicinskih sestara i tehničara vaskularne kirurgije

HD za vaskularnu kirurgiju HLZ-a i HD medicinskih sestara i tehničara vaskularne kirurgije
Opatija, 23.-25.05.2019.
Prof.dr.sc. Miljenko Kovačević, dr.med.,
e-mail: crosocvasc@gmail.com
Btravel d.o.o., Goran Grbić,
mob.: 099/4926-679,
e-mail: goran.grbic@btravel.pro,
www.vascular-surgery2019.com
Rana kotizacija – za doktore medicine, specijaliste – 2.200,00 kn;
za specijalizante – 1.100,00 kn;
za medicinske sestre-tehničare – 900,00 kn;
Rana kotizacija – za doktore medicine, specijaliste – 2.500,00 kn;
za specijalizante – 1.250,00 kn;
za medicinske sestre-tehničare – 1.100,00 kn;

10. kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Šibenik, 23.-26.05.2019.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696,
fax.: 01/4854-580,
e-mail: anja@conventuscredo.hr
Kasna kotizacija za članove KOHOM-a
1.900,00 kn;
Kasna kotizacija za ne članove KOHOM-a
2.100,00 kn;
Kasna kotizacija za specijalizante članove KOHOM-a 600,00 kn;
Kasna kotizacija za specijalizante ne članove KOHOM-a 700,00 kn;
Kasna kotizacija za medicinske sestre 700,00 kn;
Kasna kotizacija za fizioterapeute i radne terapeute 500,00 kn;
Kasna kotizacija za studente 400,00 kn

XVth International Congress of Auxology Growth and health-a life course perspective

Institut za antropologiju
Šibenik, 27.-31.05.2020.
Dr.sc. Luka Bočkor, tel.: 01/5535-118,
e-mail: lbockor@inantro.hr
Conventus Credo, Adrian Kozonić,
tel.: 01/4854-696,
e-mail: adrian@conventuscredo.hr
450,00 EUR

Mind & Brain 59th International Neuropsychiatric Congress

Međunarodni institut za zdravlje mozga
Pula, 30.05.-02.06.2019.
Hrvoje Budinčević, mob.: 091/3712-310,
e-mail: mind.and.brain.congress@gmail.com
750,00 kn; 1.125,00 kn; 2.175,00 kn

CSP International Conference on Pelvic Health

HD za pelvipereineologiju – HDP / Croatian Society for Pelvipereineology – CSP
Primošten, 31.05.-02.06.2019.
Dr.sc. Damir Hodžić, prim.dr.med.,
mob.: 091/5121-335,
e-mail: dhodzic2003@gmail.com
Specijalisti 1.250,00 kn, specijalizanti 750,00 kn

LIPANJ

Prvi kongres mladih kardiologa Hrvatske – CRO COT's CardioStart

Hrvatsko kardiološko društvo
Makarska, 01.-02.06.2019.
Moment events d.o.o., Veronika Jurić,
mob.: 098/594-281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr

30th summer stroke school Healthy lifestyle and prevention of stroke and other brain impairments

Međunarodni institut za zdravlje mozga
Dubrovnik, 03.-07.06.2019.
Dr. Hrvoje Budinčević, mob.: 091/3712-310,
e-mail: summer.stroke.school@gmail.com
Anhu d.o.o., Zorica Lukačin,
mob.: 091/6191-378,
e-mail: summer.stroke.school@gmail.com
750,00 kn

Medical Information Conference Croatia (MICC)

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Središnja medicinska knjižnica
Zagreb, 04.06.2019.
Marijan Šember, tel.: 01/4566-743,
e-mail: sember@mef.hr

7. hrvatski kongres regionalne anestezije i analgezije s međ.sud.

HD za regionalnu anesteziju i analgeziju HLZ-a, MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 14.-15.06.2019.
Prof.dr.sc. Kata Šakić, tel.: 01/4648-120,
mob.: 097/318-317, e-mail: ksakic@mef.hr
1.500,00 kn, specijalizanti 1.000,00 kn

Svjetlosno onečišćenje – Prvi znanstveno stručni kongres Rab 2019

NZJZ Primorsko-goranske županije
Rab, 14.-16.06.2019.
Mr.sc. Albert Cattunar, mob.: 091/2030-731,
e-mail: a.cattunar@yahoo.com
300,00 kn

Drugi kongres estetske medicine sa međ.sud.

Hrvatska udruga estetske medicine i unione internationale de medicine esthetique
Opatija, 15.-16.06.2019.
Dr. Elma Bunar, mob.: 092/1707-322,
e-mail: drbunar@gmail.com
2.500,00 kn

11th ISABS Conference on Forensic and Anthropologic Genetics and Mayo Clinic Lectures in Individualized Medicine

Međunarodno društvo primijenjenih bioloških znanosti (ISABS)
Split, 17.-22.06.2019.
Doc.dr.sc. Petar Projić, tel.: 01/2352-663,
e-mail: pproji@genosdna.hr
Spektar putovanja d.o.o., Marina Štefanec, tel.: 01/4862-600,
e-mail: marina.stefanac@spektar-holidays.hr
80,00/400,00 EUR

KOLOVOZ

Lječilišni turizam i prirodni ljekoviti činitelji – Drugi znanstveno stručni kongres Rab 2019

NZJZ Primorsko-goranske županije
Rab, 30.08.-01.09.2019.
Mr.sc. Albert Cattunar,
mob.: 091/2030-731,
e-mail: a.cattunar@yahoo.com
600,00 kn

RUJAN

2. hrvatski kongres psihosomatske medicine i psihoterapije s međ.sud.

Zagrebački institut za kulturu zdravlja (ZIKZ)
Karlovac, 19.-21.09.2019.
Prof.dr.sc. Marijana Braš, dr.med.,
e-mail: info@zikz.hr,
www.psihosomatika2019.com
Btravel d.o.o., Goran Grbić,
goran.grbic@btravel.pro
Rana kotizacija za doktore medicine, specijaliste 1.700,00 kn,
za specijalizante 1.000,00 kn,
za ostale zdravstvene djelatnike i sudionike u zdravstvu (psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti, medicinske sestre/tehničari) 800,00 kn
Kasna kotizacija za doktore medicine, specijaliste 1.900,00 kn, za specijalizante 1.200,00 kn, za ostale zdravstvene djelatnike i sudionike u zdravstvu (psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti, medicinske sestre/tehničari) 1.000,00 kn

LISTOPAD

Međunarodni kongres estetske medicine (The Aesthetic Medicine Congress, TAMC 2019)

Poliklinika Mitojević i British College of Aesthetic Medicine
Dubrovnik, 11.-13.10.2019.
Nikola Mitojević, dr.med.,
tel.: 01/4854-441, e-mail: info@mitojevic.hr
Conventus Credo d.o.o., Danijela Glamuzina,
tel.: 01/4854-697,
e-mail: danijela@conventuscredo.hr
VIP PASS – 4 radionice – 7.000,00 kn
Sudionik – 2 radionice – 5.000,00 kn
Specijalizant VIP PASS – 5.600,00 kn
Specijalizant – 2 radionice – 4.000,00 kn
Studenti gratis

5. hrvatski kongres o nuspojavama psihofarmaka s međ.sud.

HD za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi, HLZ
Vinkovci, 16.-19.10.2019.
Prof.dr.sc. Ninoslav Mimica, dr.med., e-mail: ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr, www.nuspojavepsihofarmaka2019.com
Rana kotizacija za doktore medicine, specijaliste 1.100,00 kn, za specijalizante, psihologe, socijalne radnike, socijalne pedagoge, farmaceute, neuroznanstvenike 900,00 kn, za medicinske sestre i tehničare 700,00 kn
Kasna kotizacija za doktore medicine, specijaliste 1.300,00 kn, za specijalizante, psihologe, socijalne radnike, socijalne pedagoge, farmaceute, neuroznanstvenike 1.100,00 kn, za medicinske sestre i tehničare 800,00 kn

STUDENI

1. Konferencija: Različita lica Dravet sindroma

Udruga Dravet sindrom Hrvatska
Split, 07.-09.11.2019.
Irena Bibić, mob.: 095/9080-428, e-mail: dravetsindrom.hr@mail.inet.hr
Rana 1.600,00 kn + PDV, Kasna 2.000,00 kn + PDV, na licu mjesta 2.400,00 kn + PDV

PROSINAC

Hrvatski kongres jednodnevne kirurgije s međ.sud.

HD za jednodnevnu kirurgiju HLZ-a
Zagreb, 06.12.2019.
Ana Bosak Vešić, mob.: 098/536-246, e-mail: anabosak@yahoo.com
1.000,00; 1.300,00; 1.500,00 kn

