GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE GODINA XIX BR. 182 RUJAN 2019.

LIJEČNIČKE novine

RAZGOVOR >

Prof. dr. sc. ŽELJKO GARAČA

U HRVATSKOJ GORI

jedan liječnik - jedno stablo

TEMA BROJA >

POGREŠAN OBRAČUN NAKNADA I DODATAKA U PREKOVREMENOM RADU

LIJEČNIČKE NOVINE Broj 182
ISSN 1333-2775

NOVA ZVIJEZDA NA KARTIČNOM NEBU.

Tražite li karticu koja će Vam omogućiti fleksibilnost prilikom kupnje, na putovanjima i u svim svakodnevnim situacijama? Odaberite Premium Visa Platinum karticu i zakoračite u svijet platinum pogodnosti.

Nova i jedinstvena Premium Visa Platinum kartica za Magnifica klijente pruža sigurnost i prepoznatljivost te osigurava vrhunsku uslugu u svako vrijeme, gdje god se nalazili.

OTKRIJTE KLJUČNE ZNAČAJKE KARTICE:

- obročna otplata do 24 rate bez kamata i naknada
- mogućnost beskontaktnog plaćanja
- posebne Visa usluge za premium iskustvo
- program nagrađivanja za Vašu vjernost Premium Rewards - godišnje 30.000 bodova na dar
- Gold Assist usluga i paket putnog osiguranja
- 24 - satno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja
- online usluge (e-račun, e-info usluga)
- podizanje gotovine

PREMIUM VISA PLATINUM KARTICA ZA ČLANOVE HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE

- **bez upisnine i članarine** - za osnovne i dodatne* korisnike za prvu godinu korištenja
- za naredne godine - godišnja članarina u visini članarine za Premium Visa Gold karticu (trenutno 250,00 kuna za osnovne i 125,00 kuna za dodatne korisnike)

*Dodatni korisnik mora također biti član Hrvatske liječničke komore.

Mogućnost akcijskih pogodnosti vezanih uz plaćanje Premium Visa karticom na pojedinim prodajnim mjestima u dogovoru s Hrvatskom liječničkom komorom.

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

Više informacija možete pronaći na **www.hlk.hr**.

magnifica

SVIJET MOGUĆEG.

PREMIUM | VISA | PBZ CARD PRIVREDNA BANKA ZAGREB

www.pbz.hr www.pbzcard-premium.hr

Bank of INTESA SANPAOLO

Ovaj oglas je informativnog karaktera i nije obvezujući za PBZ i PBZ Card.

IMPRESSUM

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
Alen Babacanli, dr. med.. • Prim. dr. Ines Balint, dr. med. • Ivan Lerotić, dr. med. • Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med. • Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med. • Marija Rogoznica, dr. med. • Prim. dr. Boris Ujević, dr. med. Vesna Štefančić, 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. • Izv. prof. 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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 9. rujna 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

KAZALO

4 IZJAVA O HRVATSKOM LIJEČNIŠTVU I ZDRAVSTVU

6 RIJEČ GLAVNE UREDNICE
Liječnička tajna, mikromenadžment i vrt divnih liječnika

8 RAZGOVOR
Prof. Garača: 50 % veće plaće liječnicima

16 TEMA BROJA
POGREŠAN OBRAČUN NAKNADA
Što će presuditi Vrhovni sud?

20 IN MEDIAS RES
Da sam ja ministar...

24 IZ KOMORE
Obveza obavještavanja MUP-a o promjeni zdravstvenog stanja pacijenta • Park dr. Šretera • Zakon o plaćama ili KU • HLS nije „reprezentativan" • Novi članovi povjerenstava, vijeća i časnih sudova • Drugi pub kviz • Pregled aktivnosti

35 REAGIRANJA
Dječja ortopedija u Hrvatskoj

44 IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA
Bolnica u Puli • Stupidarium croaticum • Integracija HMP-a u županijama • U KBC-u Zagreb replantirano 5 prstiju
Veći porez na šećer? • HD za akupunkturu • Plaća u užim specijalizacijama • Pravilnici o pretragama u ordinaciji i o potvrdama za dječji vrtić

54 IZ SVIJETA
Na sastanku japanskog društva za dijalizu

58 IZ JAVNOGA ZDRAVSTVA
Jesu li komarci opasne životinje?

61 PRIMARCI
Provedba Zakona o zdravstvenoj zaštiti

62 EPIDEMIOLOGIJA

64 MLADI LIJEČNICI

67 USAVRŠAVANJE U INOZEMSTVU

70 MEDICINSKA STATISTIKE

73 PRIČA

74 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE

78 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

84 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE

86 MEDICINA I PRAVO

88 BIOETIKA

90 HRVATSKI LIJEČNICI U SVIJETU

94 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

RUJANSKA IZJAVA O HRVATSKOM LIJEČNIŠTVU I SUSTAVU ZDRAVSTVA

Polazeći od odredbe Ustava RH da se svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom,

polazeći od zakonske odredbe da se zdravstvena zaštita stanovništva provodi na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti, supsidijarnosti i funkcionalne integracije,

polazeći od zakonske odredbe da je zdravstvena djelatnost od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku, koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj te

polazeći od zakonske definicije liječnika kao temeljnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti,

Hrvatska liječnička komora (HLK), Hrvatski liječnički sindikat (HLS) i Hrvatski liječnički zbor (HLZ) donijeli su:

Rujansku izjavu o hrvatskom liječništvu i sustavu zdravstvu

Uvažavajući činjenice:

- da je hrvatski zdravstveni sustav već dulje vrijeme u kadrovskoj, financijskoj, infrastrukturnoj i organizacijskoj krizi, s tendencijom produbljivanja,
- da je kadrovska situacija u hrvatskom zdravstvenom sustavu sve teža, bez znakova oporavka,
- da u zdravstvenom sustavu nedostaje najmanje 2.000 liječnika,
- da oko 4.000 liječnika u idućih deset godina odlazi u mirovinu,
- da je u proteklih šest godina više od 800 liječnika napustilo Hrvatsku i otišlo raditi u inozemstvo, što je istovjetno kao da pet županijskih bolnica ostane bez ijednog liječnika,
- da je više bolnica ostalo u potpunosti bez specijalista određenih specijalnosti, a nije učinjena nužna reorganizacija djelatnosti unutar sustava,
- da su brojne ambulante obiteljske medicine ostale bez liječnika,
- da više od 10 % predškolske djece nema dostupnu skrb primarnog pedijatra,
- da se manjak liječnika počeo pojavljivati i u najvećim kliničkim centrima,
- da manjak liječnika sve više izravno utječe na pružanje zdravstvene zaštite građanima,
- da su liste čekanja za pojedine procedure sve dulje,
- da hrvatski liječnici zbog promjene zakona 2014. godine, jedini u EU, već pet godina uopće nemaju mogućnost izravno pregovarati s Vladom o svojim radnim pravima i obvezama, već za njih to čine predstavnici drugih profesija,
- da aktualna Vlada već tri godine nije riješila problem reprezentativnosti Hrvatskog liječničkog sindikata, čak niti za gransko kolektivno pregovaranje,

HLK, HLS i HLZ izražavaju ozbiljnu i duboku zabrinutost zbog stanja hrvatskog liječništva i održivosti hrvatskog zdravstvenog sustava.

Uzimajući u obzir:

- da hrvatski liječnici godišnje imaju oko tri milijuna prekovremenih sati, odnosno da svaki liječnik koji radi prekovremeno godišnje prosječno odradi skoro 500 prekovremenih sati, a nerijetko i više od 1000,
- da je prekovremeni rad hrvatskih liječnika već godinama protuzakonit, jer liječnici ostvaruju višestruko veću prekovremenu satnicu od zakonski dozvoljenog maksimuma,
- da Vlada RH potpuno ignorira temeljnu svrhu Direktive EU o radnom vremenu (zaštita zdravlja i sigurnost radnika/liječnika), čime pokazuje ravnodušnost prema zdravlju i radnoj sposobnosti samih liječnika,
- da je na prekršajnim sudovima doneseno više osuđujućih presuda zbog zakonski nedopustivo velikog broja prekovremenih sati liječnika,
- da je pokrenuto oko 4.000 radnih sporova liječnika protiv njihovih poslodavaca zbog pogrešnog obračuna prekovremenih sati koji je materijalno zakinuo liječnike,
- da je u korist liječnika u tim sporovima doneseno već nekoliko stotina pravomoćnih presuda,
- da je zabilježen nedopustiv pritisak na sudstvo da se takvi sporovi presude protiv liječnika,
- da liječnicima država nije osigurala nikakvu pravnu zaštitu u mogućem slučaju liječničke pogreške ili propusta zbog premorenosti tijekom prekovremenog rada, a osobito u prekovremenim satima iznad zakonski dozvoljenog limita,
- da u Hrvatskoj zakon još uvijek propisuje tzv. robovlasničke ugovore za specijalizante, koji su u suprotnosti s europskim pravom i standardima u državama EU,
- da su liječnici izloženi rastućem verbalnom i fizičkom nasilju, s podatkom da je čak 82 % liječnika doživjelo nekakav oblik nasilja na radnom mjestu,
- da liječnici svojim predanim i odgovornim radom, žrtvom, odricanjem i isključivo zbog ekstremno velike prekovremene satnice uspijevaju još donekle održati dostupnost i kvalitetu zdravstvenog sustava,

tri krovne institucije hrvatskog liječništva upozoravaju hrvatsku Vladu: **vrijeme nečinjenja je isteklo!**

Ovakav zdravstveni sustav i položaj hrvatskih liječnika u njemu su neodrživi i nužne su konkretne promjene. Sadašnja situacija neprihvatljiva je kako za liječnike i druge zaposlene u zdravstvu, tako i za one zbog kojih postoji zdravstveni sustav - pacijente.

Izrazito nezadovoljni aktualnim položajem i statusom liječnika, duboko zabrinuti za budućnost hrvatskog liječništva, zbog krajnje neizvjesnog kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite hrvatskim građanima, kao i njezine vrlo upitne ujednačene dostupnosti i kvalitete,

Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički sindikat i Hrvatski liječnički zbor, kao krovne liječničke asocijacije, s iznimnim osjećajem odgovornosti prema cijelom društvu, pozivaju hrvatsku Vladu da, u dijalogu s predstavnicima liječničke struke, žurno prione rješavanju problema liječništva i s tim usko povezanim nastavkom pružanja kvalitetne i dostupne zdravstvene skrbi pučanstvu te stvaranju zakonodavnog okvira koji će to omogućiti.

HLK, HLS i HLZ traže od Vlade Republike Hrvatske da odmah započne proces izrade i donošenja Zakona o plaćama liječnika ili strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike, podsjećajući da bez liječnika, kao nositelja zdravstvene djelatnosti, nema niti zdravstvenog sustava.

Jedino donošenje posebnog zakona ili strukovnog kolektivnog ugovora, koji će uređivati rad, status i položaj liječnika i u čijoj izradi će sudjelovati i/ili pregovarati isključivo legitimni predstavnici liječnika, bit će stvaran pokazatelj ozbiljnosti namjere Vlade da zadrži liječnike u Hrvatskoj i sačuva hrvatski zdravstveni sustav, na dobrobit pacijenata i svih hrvatskih građana.

Hrvatski liječnički sindikat

Mr. sc. Renata Čukinović Čaić, predsjednica

Hrvatski liječnički zbor

Prof. dr. sc. Željko Krznarić, predsjednik

Hrvatska liječnička komora

Dr. sc. Krešimir Luetić, predsjednik

Liječnička tajna, mikromenadžment i vrt divnih liječnika

Nije GDPR (General Data Protection Regulation) presudan za zdrav razum koji je neodvojiv od etičnosti, i nisu zemaljske pisane propise stvorili Marsovci. Propisi su živi i promjenjivi, ne slažemo se uvijek s njima, no trebali bi počivati na filozofiji koja teži vrlinama – pravdi i pravednosti, ljudskosti i dobru. Dakle, neovlašteno otkrivanje liječničke tajne, iako zabranjeno i podložno sankcijama, trebalo bi biti *a priori* neprihvatljivo liječniku zbog toga što je liječnička tajna ne samo obvezujući nego i humani i humanistički institut razborit i imanentan liječničkom zvanju. Tko bi rekao?! Prema medijskim istupima se nerijetko čini da na to zaboravljamo. A ne bismo smjeli.

U nedostatku rješavanja važnih problema, u nedostatku konstruktivnosti prema procjenjivom napretku, izloženi smo mikromenadžerima na brojnim razinama rukovodećih funkcija. Podsjećam da je mikromenadžment negativno konotiran jer se bavi treniranjem strogoće unutar raznoraznih trivija, s posljedičnim nepotrebnim frustracijama i izvedbenim podbačajima. Treba li što slikovitije od čipiranih kartica za evidenciju vremena odlazaka i dolazaka na posao?! I to u profesiji koja u jednom životu odradi nekoliko prosječnih radnih vjekova unutar zidova i dvorišta zdravstvene ustanove i još poneki u vlastitom domu kroz razne oblike učenja, priprema i poslovnih telekomunikacija.

Prije nekoliko sam godina provela nekoliko mjeseci na vrhunskoj klinici svjetske medicinske velesile. Do prije kraja boravka nisam znala tko im je šef. Nisam se niti pitala. Nisam ga upoznala prvih mjeseci. Nije bilo ni bitno. Svatko je radio svoj posao, i to izvrsno. Poslije sam svjedočila da toga šefa svi zovu imenom i da se kao jednaki dogovaraju o budućim strategijama klinike. Ne, ovaj hijerarhijski položaj ne bi trebao biti ni u nas nužno autoritaran, samo kad bismo osigurali prikladne uvjete za naš rad. Pripremimo se na promjenu mentalnog sklopa težnje za vlasti i za moći nad suradnicima! Jer se baš planiramo konačno izboriti za prikladnije uvjete našega rada. Ostajte tu da se osvjedočite! Pravilan obračun plaća je na putu etabliranja u svojoj nedvojbenosti, a pravosuđe je na ispitu zrelosti vrlo uskoro. Hoće li se konačno mijenjati scenarij ostvarenja naših prava na odrađenu i zarađenu plaću i hoće li barem ovaj korak biti znak da je onima koji donose presudne odluke stalo, ne do liječnika bez granica, nego do liječnika unutar hrvatskih granica?

Gdje su sada naši najmlađi kolege? Kako su se snašli u ovoljetnoj sadašnjosti koja je još donedavno bila neizvjesna budućnost? „Neka ode tko želi!“ - bio je komentar rukovodećeg kadra jedne hrvatske bolnice. Onoga kadra koji smo izabrali, ne baš izravno, ali ipak. Da upravlja našim novcima i našim životima, no svakako ne kao da svijet počinje i završava samo njihovom (šefovskom) foteljom. U tom i takvom sustavu hrvatskog zdravstva ipak vrijedno cvjeta vrt divnih liječnika, redovitih uspjeha i izvanrednih pothvata, svemu usprkos. Strani studenti na praksi katkad nas svojim divljenjem osvijeste, pa nam je još žalije zbog ponižavajućeg tretmana naših beskonačnih radnih sati sa strane službene politike. Nismo, dakle, dobri samo u inozemstvu, i ovdje je izvrstan svatko od nas tko se sa svakim radnim i drugim, „neradnim“, danom (i noći), redovitim i prekovremenim satom, plaćenim i neplaćenim, hvata u koštac s bolestima i bolesnima, pretpostavljajući drugoga sebi i tuđe potrebe svojima. Čini mi se da se mlade i nadolazeće generacije neće prepustiti uigranome neredu, dinamičkoj ravnoteži društvene kemije s previše pogrešnih sastojaka, a starije su generacije tu da ih podrže i da priznaju da baš nisu bile ogledan primjer društvenog revolta. *Allons enfants!*

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

Specijalna bolnica

RADIO**CHIRURGIA**
ZAGREB

01 400 8050 / 01 400 8080 / info@radiochirurgia.hr
www.radiochirurgiazagreb.com

Traže se specijalist radioterapeut onkolog i prvostupnik radiološke tehnologije!

Zbog povećanog opsega posla, Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb traži jednog specijalista radioterapije i onkologije i jednog prvostupnika radiološke tehnologije.

Uvjet za specijalista radioterapeuta je položen ispit iz radioterapije i onkologije, a za prvostupnika radiološke tehnologije položen stručni ispit i godina dana radnog iskustva.

Zaposlenje za oba radna mjesta je na neodređeno vrijeme.

Email za slanje životopisa: **bozica.kovacic@radiochirurgia.hr**

EKONOMSKI STRUČNJAK I ANALITIČAR PROF. GARAČA IZRAČUNAO: NA POTEZU SU VLADA I SABOR

Povećanje plaća liječnicima za 50 posto moguć je i isplativ potez koji nikome neće oduzeti dio dohotka

Razgovor vodila Smiljana Škugor Hrnčević

Polazeći od teze da je "najskuplji liječnik onaj kojega nema", koncem lipnja u javnost ste izašli s tvrdnjom da bi povećanjem plaća liječnicima za 50 posto država u pet godina zaradila tri milijarde kuna. Možete li nam ukratko objasniti kako?

Uz navedenu tezu možemo se spomenuti i jedne stare narodne mudrosti: zdrav čovjek ima tisuće želja, a bolestan samo jednu. Veliki sam zagovornik socijalne države i protivnik neoliberalnih načela o privatizaciji, deregulaciji i smanjenju javnih rashoda. Činjenica je da se javnim sustavima u Hrvatskoj loše upravlja, ali to za mene nije razlog za njihovo dokidanje. Reforme su nužne, ali se postavlja pitanje kakve. Već sam puno pisao o promašenoj i vrlo štetnoj reformi mirovinskog sustava koja je uvela drugi mirovinski stup. Potrebna je reforma i zdravstvenog sustava, ali priče da će se svođenjem troškova zdravstva u okvire prikupljenih doprinosa istovremeno dobiti dostupnija i kvalitetnija zdravstvena zaštita jednostavno su besmislica. Najprije trebamo demokratski i transparentno definirati kakvo zdravstvo kao društvo želimo. Možemo postaviti pitanje imamo li možda već zdravstvo koje je bolje od onoga koliko ga plaćamo. Predlažem da reforma financiranja zdravstvenog sustava ide od financiranja doprinosima ka financiranju općim, indirektnim porezima, prije svega PDV-om i trošarinama. Koncept da trošak zdravstva pada samo na teret zaposlenih jest neodrživ.

Za povećanje plaća liječnicima od predloženih 50 posto potrebna je politička volja koju nažalost ne vidim kod glavnih političkih opcija koje su sklone smanjenju javne potrošnje prema željama Svjetske banke, MMF-a i EK. Kad bi volja postojala, dovoljne bi bile odluke Vlade i Sabora. Obrazloženje da je to isplativ potez koji neće nikome oduzeti dio dohotka, već naprotiv, je sljedeće. Za oko 15.000 liječnika s prosječnom neto plaćom od 12.000 kuna država godišnje za njihove bruto plaće izdvoji oko 3,6 milijardi kuna. Povećanje plaća za 50 posto bi značilo dodatni rashod konsolidiranog proračuna za 1,8 milijardi kuna u prvoj godini. Na prvi pogled to je deficit od 0,5 posto BDP-a, ali samo na prvi pogled. Sukladno postojećem poreznom sustavu država će istovremeno ostvariti prihod od 0,9 milijardi kuna jer za tu razinu plaća doprinosi i porez na dohodak za predloženo povećanje iznose oko 50 posto. Neto povećanje plaća će otići u potrošnju pa će država temeljem PDV-a i trošarina uprihoditi dodatnih 200 milijuna kuna. Preostali dio će se pojaviti kao nečiji dodatni dohodak ili novo zapošljavanje, a

dio će otići na uvoz, te će uz sklonost uvozu od 37 posto pri potrošnji to donijeti novih 150 milijuna državnih prihoda zbog multiplikatora fiskalne potrošnje. To je ukupno oko 1,25 milijardi kuna, a stvarni deficit će biti oko 550 milijuna kuna ili 0,15 posto u prvoj godini. Kako će istovremeno, ali brže od javnog duga, rasti i BDP, udio javnog duga u BDP-u će se smanjiti. Na istim ekonomskim procesima će deficit u drugoj godini nestati, a u trećoj i četvrtoj godini će suficit pokriti raniji deficit. U petoj godini očekujem čisti suficit od 2,4 milijarde kuna. To se može tumačiti kao zarada države, ali smisao države nije da zarađuje na građanima te se taj iznos može iskoristi za pametnu državnu potrošnju, za stimuliranje gospodarskog rasta ili pak porezno rasterećenje gospodarstva. Ovi su brojevi nešto manji od onih koje su prethodno prezentirani jer u ovom izračunu je 15.000 liječnika, a ne 20.000 kako je izvorno uzeto u obzir, ali su omjeri i načelo isti.

Brojni liječnici koji rade, a gotovo ih je 15.000 Vašu metodu odobravaju, no kritičari kažu da je to nemoguće i da bi za takvo što nekomu trebalo uzeti novac. Kako ćete im odgovoriti?

Ne iznenađuje me činjenica da prevladava stav da novac koji bi se preusmjerio liječnicima treba najprije nekome oduzeti. To je posljedica različitih gledanja na nacionalnu ekonomiju temeljenih na različitim ekonomskim školama. Radi se od razlici u računovodstvenom i sustavnom pristupu. Ima tu i ideologije. Već desetljećima u javnim politikama i među *mainstream* ekonomistima, analitičarima i novinarima dominira neoliberalni pristup, zastupanje takozvanog zdravog, uravnoteženog državnog proračuna nasuprot funkcionalnom proračunu, nastojanju da se javna potrošnja prikaže kao zapreka bržem gospodarskom ratu.

Što se tiče odgovora kritičarima ja sam ga već dao iako ne znam da je itko javno i argumentirano osporio moju analizu. S ovim prijedlogom sam izašao u javnost tek kada sam ga kvantitativno provjerio na vlastitom sistem-dinamičkom modelu nacionalne ekonomije s vrlo konkretnim brojčanim pokazateljima. Sljedeći potez je na kritičarima.

Priče da će se svođenjem troškova zdravstva u okvire prikupljenih doprinosa istovremeno dobiti dostupnija i kvalitetnija zdravstvena zaštita jednostavno su besmislica.

Mogu predstaviti svoj model i projekcije pojedinih makroekonomskih veličina i pokazatelja ili pak argumentirano s konkretnim vrijednostima osporiti moju analizu. Naravno, uvijek postoji mogućnost da se i pri primjeni znanstvenog pristupa napravi pogreška te uvijek pozivam kolege da daju bar komentare na moje prijedloge prije nego s njima izađem u javnost. Nažalost, to se gotovo nikada ne događa.

Jedan od načina da se dođe do pravog odgovora na ovaj problem je analiza što se stvarno dogodilo pri smanjivanju plaća u javnom sektoru na početku ekonomske krize prije 10 godina. Opet će velika većina tvrditi da je to bio dobar potez, ali nedovoljno oštar, ali opet bez kvalitetne kvantitativne analize. Vrijedilo bi je napraviti. Prema mojim analizama to je bilo pogrešno, dodatno je smanjilo BDP, produbilo i produljilo krizu i nije stvorilo prostor za smanjenje poreznog opterećenja.

Ne bi li to izazvalo inflaciju?

Teorijski gledano ovo bi trebalo utjecati na inflaciju i vjerojatno hoće. No, makroekonomski sustav je vrlo složen te pojednostavljen pristup *ceteris paribus (lat. ako je sve*

>>

ostalo isto, odn. uz uvjet da se ništa drugo nije promijenilo) ne vodi do pravih zaključaka u realnim situacijama. Ova mjera bi povećala potrošnju kućanstava za oko 0,4 posto. Kada bi količina dobara i usluga ostala nepromijenjena onda bi toliko porasla i inflacija do kraja prve godine. U narednim godinama tog utjecaja više nema. Toliki prirast inflacije ipak se neće dogoditi. Više je razloga. Sigurno će doći do domaćeg povećanja proizvodnje dobara i usluga što će negativno djelovati na inflaciju, dio potrošnje će otići na uvoz roba čije cijene su pod utjecajem vanjske inflacije, prije svega one u eurozoni. Dio potrošnje će otići u nekretnine čija cijena se ne računa za inflaciju i tako dalje. Postoji među ekonomistima gotovo suglasje da je za gospodarstvo optimalna razina inflacije 2 posto. Europska središnja banka muku muči da podigne inflaciju na tu razinu te emitira tisuće milijardi eura ni iz čega, ali inflacija se ne da. Treba ipak posebno naglasiti da moj prijedlog nema veze s tiskanjem novca. Uz našu sadašnju inflaciju od oko 1 posto, ovih 0,1 bio bi korak u dobrom smjeru. Na kraju, Vlada je obećala smanjiti PDV, a ta bi mjera potpuno anulirala ovaj utjecaj. Da ne bude nesporazuma, protivim se smanjivanju opće stope PDV-a.

Vidimo da je Vlada do jeseni zastala i s odlukom da se plaće u zdravstvu povećaju za nekih 7 %. Dakle, ni za to nema novca u Državnom proračunu, a kamoli zaVaš prijedlog. Kako to tumačite?

To je posljedica već spomenutog računovodstvenog pristupa sagledavanju nacionalne ekonomije pa onda i proračuna. Često se država poistovjećuje s poduzećem ili čak kućanstvom, ali ona to definitivno nije. Kada osobno na nešto trošimo moramo se odreći nečega drugog. To je ljudima vrlo razumljivo i lako prihvaćaju da to vrijedi i za državnu potrošnju. Međutim državna potrošnja uvijek znači i državni prihod jer širi poresku osnovicu preko povećanja BDP-a . Ključno je pitanje koliko će to povećanje biti za određeni oblik proračunske potrošnje te koliko će se dodatnih poreza prikupiti uz isto porezno opterećenje. Mjera za to se stručno zove multiplikator fiskalne potrošnje. O njemu pak postoje čak dijametralno suprotna mišljenja iako sva temeljena ne nekim znanstvenim istraživanjima. Neki su čak tvrdili da njegova vrijednost može biti negativna te da bi to pokazali čak su u formule za izračunavanje vrijednosti fiskalnog multiplikatora uvrštavali matematički nedopuštene vrijednosti. Možda je to bilo iz neznanja ili svjesne manipulacije, ali sam siguran da je bilo ideološki motivirano.

Kada kažete da se ne treba bojati deficita pozivate se na primjer Rumunjske i zagovarate napuštanje politike uravnoteženoga proračuna i vođenja države po načelu kućanstva. To bi po Vama potaknulo i gospodarski rast?

» Prof. dr. sc. Željko Garača diplomirani je inženjer elektrotehnike, a na Ekonomskom fakultetu u Splitu je zaposlen od 1987., gdje je napredovao do najvišega znanstveno-nastavnog statusa – redovitog profesora u trajnom zvanju. Obnašao je i funkciju dekana Ekonomskog fakulteta u Splitu u dva mandata. Član je Hrvatskog društva ekonomista i ujedno član Glavnog odbora Hrvatskog društva ekonomista i Znanstvenog društva ekonomista. Tijekom 2015. i 2016. godine bio je član Vijeća za gospodarska pitanja Predsjednice Republike Hrvatske. «

U konkretnom slučaju bi sigurno došlo do poticanja gospodarskog rasta. Kad kažem da se ne treba bojati deficita ne znači da je svaki deficit dobrodošao. Svaki oblik državne potrošnje financiran deficitom treba podvrći detaljnoj analizi što će ta potrošnja značiti za BDP i proračun. Tvrdim da postoje oblici proračunske potrošnje koji će potaknuti gospodarski rast i u srednjem roku državi donijeti više prihoda od onoga što je unaprijed potrošila. Ovo je takva situacija. Rumunjska inače vodi monetarnu i fiskalnu politiku koja je vrlo slična onima koje sam svojevremeno predlagao za brzi izlazak Hrvatske iz krize. Odnos struke prema tim mojim prijedlozima tada je bio sličan ovome što imamo danas oko prijedloga za povećanje plaća liječnicima. Nema stručnih argumentiranih polemika. Uglavnom ignoriranje. Rumunjska ostvaruje znatno veće stope rasta od Hrvatske i smatram to potvrdom da su moji prijedlozi bili dobri. Protekla su 2 kvartala od drastičnog povećanja plaća u javnom sektoru u Rumunjskoj. Imamo na raspolaganju laboratorij uživo na kome možemo promatrati učinak takvih mjera. Za sada nema naznaka da će one ugroziti rumunjski proračun i visok rast BDP-a, naprotiv.

Moja procjena je da bi zbog ovakvog povećanja plaća liječnicima ostvarili kumulativno oko 1,5 posto dodatnog rasta BDP-a u narednih 5 godina, a radi se samo o liječnicima .

Ne bi li vaš prijedlog otvorio Pandorinu kutiju i potaknuo zahtjeve i drugih javnih službi za osjetnim povećanjem plaća? Primjerice zaposlenih u policiji, učitelja i nastavnika? Što nakon toga?

To je uz ekonomsko vrlo ozbiljno političko pitanje. Moj prijedlog o povećanju plaća liječnicima je reducirani dio šireg koncepta koji uključuje i neka druga zanimanja, prije svega medicinske sestre i ostalo zdravstveno osoblje. Ograničio sam se na plaće liječnika zbog jednostavnosti prikaza što takva odluka znači u ekonomskom smislu. Za ostala zanimanja bi trebalo provesti sličnu analizu utjecaja povećanja plaća na BDP i proračun konsolidirane države, ne samo proračun središnje države.

Ipak moramo biti svjesni da ova povećanja ne mogu biti proizvoljna jer bi netko mogao pitati ako može 50 posto zašto ne i 100 posto ili zašto jednima, a ne drugima. Prva stvar o kojoj treba voditi računa je utvrđivanje nacionalnih prioriteta. Prema mom sudu zdravstvo je sigurno jedno od njih. Tu je svakako i obrazovanje. Zatim treba voditi računa da se pri izboru zanimanja ne zadire u bazen potencijalne radne snage za privatni sektor. Sljedeće je uspostavljanje primjerenijih odnosa u plaćama pojedinih zanimanja pri čemu je prosječna plaća dobra referentna točka. U Hrvatskoj je omjer plaće liječnika specijalista i prosječne plaće manji od 1,9. Predloženo povećanje prosječne bruto liječničke plaće za 50 posto bi taj omjer dovelo na donju granicu onoga što imamo u EU, odnosno u Njemačkoj, a to je oko 2,7. U drugim državama stare EU taj omjer je 4, 5 ili čak 6. Malo je neobično, ali i zapravo očekivano da je u Njemačkoj taj omjer tako malen pa i oni imaju odljev liječnika u zemlje s većim omjerom. Kažem očekivano, jer je Njemačka nositelj politike štednje pa tako i na plaćama liječnika.

Govorimo o prosječnom povećanju plaća za 50 posto. To bi ostvario i najveći broj liječnika. U praksi bi se to moglo i trebalo kretati u rasponu od 0 do 100 posto za one najbolje i najvrijednije, njih 10 posto. Povećanje bi trebalo ovisiti o opsegu, zahtjevnosti i kvaliteti obavljenog posla. Pri tome je statistička normalna raspodjela dobar okvir. Prostor za uštede, racionalizaciju i povećanje učinkovitosti sustava uvijek postoji i to treba kontinuirano činiti, ali je to puno lakše sa zadovoljnim i motiviranim osobljem. Vjerujem da bi ova mjera to potakla i da bi se u sustavu zdravstva lakše ostvarile uštede koje bi pokrile bar dio početnog deficita koji prijedlog predviđa.

SKUDEXA®

tramadolklorid + deksketoprofen

75 mg/25 mg

MULTIMODALNA UČINKOVITA ANALGEZIJA I BRZO OLAKŠANJE AKUTNE BOLI[1, 2]

Opioidni analgetik / NSAIL[3]

Oralna fiksna kombinacija[3]

Za umjerenu do tešku akutnu bol[3]

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Prilagođeno iz:

[1] Moore R.A. i sur. J Headache Pain. 2015; 16:60

[2] McQuay H.J. i sur. Br J Anaesth. 2016; 116(2):269-76

[3] Sažetak opisa svojstava lijeka Skudexa 75 mg/25 mg granule za oralnu otopinu u vrećici (kolovoz 2018.)

TERAPIJSKE INDIKACIJE: Simptomatsko kratkotrajno liječenje umjerene do teške akutne boli u odraslih bolesnika kod kojih se smatra da liječenje boli zahtijeva primjenu kombinacije tramadola i deksketoprofena.[3]

***DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE: Preporučena doza: 1 vrećica. Prema potrebi se mogu uzeti dodatne doze, s najmanjim intervalom između doza od 8 sati. Ukupna dnevna doza ne smije biti viša od 3 vrećice na dan. Samo za kratkotrajnu primjenu. Liječenje treba strogo ograničiti na razdoblje u kojem su prisutni simptomi, a u svakom slučaju ne duže od 5 dana.[3]**

Multicentrično, randomizirano, dvostruko slijepo, dvostruko maskirano ispitivanje na usporednim skupinama, placebom i aktivnim komparatorom kontrolirano, ispitivanje određivanja doze faze II jednokratnom dozom u ukupno 10 ispitivanih skupina koje uključuju deksketoprofentrometamol (DKP [12,5 mg i 25 mg]) i tramadolklorid (TRAM [37,5 mg i 75 mg]), danih pojedinačno i u četiri različite fiksne kombinacije. Aktivni komparator (ibuprofen 400 mg) je uključen kako bi se pokazala osjetljivost modela boli. 606 bolesnika s umjerenom do teškom boli (vizualna analogna skala (VAS) ≥ 40 mm i verbalna skala u četiri stupnja (VRS) ≥ 2) randomizirani su i primili su jednu pojedinačnu dozu dodijeljenog liječenja unutar 4 sata nakon operacije (ambulantno kirurško odstranjivanje jednog ili više umnjaka koji su u potpunosti ili djelomično impaktirani u mandibulamu kosti). Cilj ispitivanja bio je procijeniti superiorni analgetski učinak i sigurnost svake pojedine djelatne tvari i svake fiksne kombinacije u usporedbi s placebom. Primarni ishod bio je udio bolesnika s najmanje 50% potpunog ublažavanja boli lijekom šest sati.[1]

Multicentrično, randomizirano, dvostruko slijepo, dvostruko maskirano ispitivanje na usporednim skupinama, placebom i aktivnim komparatorom kontrolirano, jednokratno i višekratno doziranje, ispitivanje faze III koje je uključivalo 641 bolesnika podvrgnutih kliničkoj primarnoj jednostranoj totalnoj artroplastici kuka zbog osteoartritisa i koji su doživljavali bol u mirovanju barem umjerenog intenziteta (VAS ≥ 40) dan nakon operacije. Ispitivani lijek je primijenjen oralno svakih 8 sati lijekom perioda od pet dana. Primarni ishod djelotvornosti bila je srednja vrijednost zbroja razlika intenziteta boli lijekom 8 sati nakon prve doze (SPID8). Faza višekratnih doza bila je namijenjena za potvrdu kontinuirane učinkovitosti lijeka Skudexa® lijekom 48 sati nakon faze jednokratne doze. Smatralo se da evaluacija djelotvornosti izvan tog perioda ne bi mogla osigurati isti stupanj osjetljivosti za ispitivanje zbog svojstvene povećane varijabilnosti i zato što se postoperativna bol obično smanjuje s vremenom zbog normalnog tijeka cijeljenja.[2]

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

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

NAZIV LIJEKA: Skudexa 75 mg/25 mg granule za oralnu otopinu u vrećici (tramadolklorid, deksketoprofen). **TERAPIJSKE INDIKACIJE:** Simptomatsko kratkotrajno liječenje umjerene do teške akutne boli u odraslih bolesnika kod kojih se smatra da liječenje boli zahtijeva primjenu kombinacije tramadola i deksketoprofena. ***DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE:** Preporučena doza: 1 vrećica (75 mg tramadolklorida i 25 mg deksketoprofena). Prema potrebi se mogu uzeti dodatne doze, s najmanjim intervalom između doza od 8 sati. Ukupna dnevna doza ne smije biti viša od 3 vrećice na dan. Samo za kratkotrajnu primjenu. Liječenje treba strogo ograničiti na razdoblje u kojem su prisutni simptomi, a u svakom slučaju ne dulje od 5 dana. Treba razmotriti prijelaz na analgeziju jednom komponentom lijeka, u skladu s jačinom boli i odgovorom bolesnika na liječenje. Nuspojave se mogu minimizirati primjenom najniže učinkovite doze tijekom najkraćeg vremena potrebnog za kontrolu simptoma. Starije osobe: Preporučena početna doza: 1 vrećica; prema potrebi se mogu uzeti dodatne doze (najmanji interval između doza 8 sati, ukupna dnevna doza do 2 vrećice), maksimalno 3 vrećice dnevno samo nakon što je utvrđena dobra opća podnošljivost. Dostupni podaci za bolesnike starije od 75 godina su ograničeni, stoga Skudexu kod tih bolesnika treba uzimati s oprezom. Blaga do umjerena disfunkcija jetre: započeti liječenje smanjenim brojem doza (ukupna dnevna doza od 2 vrećice Skudexe), pozorno pratiti. Blago oštećena bubrežna funkcija (klirens kreatinina 60-89 ml/min): početna ukupna dnevna doza: 2 vrećice Skudexe. Skudexa se ne smije primjenjivati u djece i adolescenata. Način primjene: kroz usta. Otopiti cijeli sadržaj vrećice u čaši vode; dobro promućkati/ promiješati kako bi se olakšalo otapanje, popiti odmah nakon pripreme. Uzimanje istodobno s hranom usporava brzinu apsorpcije lijeka te se za brže djelovanje Skudexa može uzimati najmanje 30 minuta prije obroka. **KONTRAINDIKACIJE**: preosjetljivost na deksketoprofen, na bilo koji drugi nesteroidni protuupalni lijek (NSAIL), na tramadol ili neku od pomoćnih tvari; bolesnici kojima tvari sličnog djelovanja (npr. acetilsalicilatna kiselina ili drugi NSAIL-i) pospješuju napadaje astme, bronhospazam, akutni rinitis, ili uzrokuju polipe u nosu, urtikariju ili angioneurotski edem; poznate fotoalergijske ili fototoksične reakcije tijekom liječenja ketoprofenom ili fibratima; aktivni peptički ulkus/gastrointestinalno (GI) krvarenje ili anamneza GI krvarenja, ulceracije ili perforacije; GI krvarenje ili perforacija u anamnezi, povezanima s prethodnim liječenjem NSAIL-ima; kronična dispepsija; druga aktivna krvarenja ili hemoragijski poremećaji; bolesnici s Crohnovom bolešću ili ulceroznim kolitisom; bolesnici s teškim zatajenjem srca; bolesnici s umjerenom do teškom disfunkcija bubrega (klirens kreatinina <59 ml/min); teško oštećena funkcija jetre (Child-Pugh C); hemoragijska dijateza i drugi poremećaji koagulacije; teška dehidracija (uzrokovana povraćanjem, proljevom ili nedostatnim unosom tekućine); kod akutne intoksikacije alkoholom, hipnoticima, analgeticima, opioidima ili psihotropnim lijekovima; kod bolesnika koji primaju MAO inhibitore ili su ih uzimali unutar posljednjih 14 dana; kod bolesnika s epilepsijom koja nije primjereno kontrolirana liječenjem; teška respiratorna depresija. Skudexa je kontraindicirana tijekom trudnoće i dojenja. **POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI: Deksketoprofen**: Oprezno primjenjivati kod bolesnika s alergijskim stanjima u anamnezi. Izbjegavati istodobnu primjenu s drugim NSAIL-ima, uključujući selektivne inhibitore ciklooksigenaze-2. *Gastrointestinalni sustav:* Kod svih NSAIL-a zabilježena su gastrointestinalna (GI) krvarenja, ulceracije ili perforacije koje mogu biti fatalne, s ili bez upozoravajućih simptoma ili prethodnih ozbiljnih GI događaja u anamnezi. Rizik je veći pri višim dozama NSAIL-a, u bolesnika s ulkusom u anamnezi, osobito ako je bio zakompliciran krvarenjem ili perforacijom, te u starijih osoba. Ako se pojavi GI krvarenje ili ulceracija, liječenje treba prekinuti. Treba utvrditi postoji li ezofagitis, gastritis i/ili peptički ulkus u anamnezi, osigurati da su u potpunosti izliječeni prije početka liječenja deksketoprofenom. Bolesnicima s GI bolestima u anamnezi (ulcerozni kolitis, Chronova bolest) NSAIL-e treba davati s oprezom, jer se njihovo stanje može pogoršati. Potrebno je razmotriti kombinirano liječenje zaštitnim lijekovima (npr. misoprostol ili inhibitori protonske pumpe). Preporučuje se oprez u bolesnika koji istodobno primaju lijekove koji bi mogli povećati rizik od ulceracija ili krvarenja, poput oralnih kortikosteroida, antikoagulansa, kao što je varfarin, selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina ili antitrombocitnih lijekova poput acetilsalicilatne kiseline. *Bubrezi:* Potreban je oprez u bolesnika s poremećenom funkcijom bubrega, u bolesnika koji primaju diuretike ili kod kojih može doći do hipovolemije, (povećan rizik od nefrotoksičnosti, potrebno osigurati primjereni unos tekućine). Ovaj lijek može povećati ureu u plazmi i kreatinin, može biti povezan s nuspojavama u bubrežnom sustavu, koje mogu dovesti do glomerularnog nefritisa, intersicijskog nefritisa, renalne papilarne nekroze, nefrotskog sindroma i akutnog zatajenja bubrega. *Jetra:* Potreban je oprez u bolesnika s poremećenom funkcijom jetre. Kao i drugi NSAIL-i, ovaj lijek može uzrokovati prolazan blagi porast nekih jetrenih parametara, te značajno povećanje AST-a i ALT-a. U tom slučaju, liječenje se mora prekinuti. *Kardiovaskularni i cerebrovaskularni sustav*: U bolesnika s hipertenzijom i/ili blagim do umjerenim kongestivnim zatajenjem srca u anamnezi potrebni su odgovarajući nadzor i savjetovanje, jer su zabilježeni zadržavanje tekućine i edem povezani s liječenjem NSAIL-ima. Poseban oprez potreban je u bolesnika sa srčanim bolestima u anamnezi, osobito onih koji su već imali epizode zatajenja srca (povećan rizik od nastanka zatajenja srca). Uporaba nekih NSAIL-a (osobito kod visokih doza i dugotrajne primjene) može biti povezana s blago povećanim rizikom od arterijskih trombotskih događaja (npr. infarkta miokarda ili moždanog udara). Bolesnike s nekontroliranom hipertenzijom, kongestivnim zatajenjem srca, utvrđenom ishemijskom bolesti srca, bolesti perifernih arterija i/ili cerebrovaskularnom bolešću smije se liječiti deksketoprofenom samo nakon pažljivog razmatranja. Temeljito razmatranje također je potrebno prije započinjanja dugotrajnog liječenja bolesnika s čimbenicima rizika za kardiovaskularne bolesti (npr. hipertenzijom, hiperlipidemijom, šećernom bolesti, pušenjem) U bolesnika koji primaju lijekove koji remete hemostazu, poput varfarina ili drugih kumarina ili heparina, ne preporučuje se primjena deksketoprofena. *Kožne reakcije:* Vrlo rijetko su uz primjenu NSAIL-a zabilježene ozbiljne kožne reakcije, od kojih neke sa smrtnim ishodom, uključujući eksfolijativni dermatitis, Stevens-Johnsonov sindrom i toksičnu epidermalnu nekrozu. Čini se da je najveći rizik od takvih reakcija za bolesnika na samom početku liječenja. Pri prvoj pojavi kožnog osipa, oštećenja sluznice ili bilo kojega drugog znaka preosjetljivosti mora se prekinuti primjena deksketoprofena. *Starije osobe:* Postoji veća učestalost nuspojava kod primjene NSAIL-a, osobito gastrointestinalnog krvarenja i perforacije, koji mogu imati smrtni ishod. Treba započeti liječenje najnižom dostupnom dozom. *Ostale informacije:* Poseban oprez potreban je kod bolesnika: s kongenitalnim poremećajem metabolizma porfirina (npr. akutna intermitentna porfirija), s dehidracijom, odmah nakon velikog operativnog zahvata. U vrlo rijetkim slučajevima su zabilježene teške akutne reakcije preosjetljivosti (npr. anafilaktički šok). Liječenje se mora prekinuti na prve znakove teških reakcija preosjetljivosti nakon uzimanja deksketoprofena. Bolesnici s astmom u kombinaciji s kroničnim rinitisom, kroničnim sinusitisom i/ili nosnom polipozom imaju viši rizik od alergije na acetilsalicilatnu kiselinu i/ili NSAIL-e u odnosu na ostalu populaciju. Primjena ovog lijeka može uzrokovati napade astme ili bronhospazam, osobito kod osoba koje su alergične na acetilsalicilatnu kiselinu ili NSAIL-e. Savjetuje se izbjegavati primjenu deksketoprofena u slučaju varičele. Lijek davati uz oprez bolesnicima koji boluju od hematopoetskih poremećaja, sistemskog eritemskog lupusa i miješane bolesti vezivnog tkiva. Kao i drugi NSAIL-i, deksketoprofen može prikriti simptome zarazne bolesti. Ovaj lijek sadrži 2,7 g saharoze po dozi, što treba uzeti u obzir u bolesnika s dijabetesom mellitusom. Bolesnici s rijetkim nasljednim poremećajem nepodnošenja fruktoze, malapsorpcijom glukoze i galaktoze ili insuficijencijom sukraza-izomaltaza ne bi smjeli uzimati ovaj lijek. **Tramadol:** nipra se davati s osobitim oprezom ovisnicima, bolesnicima s ozljedama glave, šokom, smanjenjem razinom svijesti nepoznatog uzroka, poremećajima respiratornog centra ili funkcije disanja ili povišenim intrakranijalnim tlakom, bolesnicima osjetljivima na opijate. Potreban je oprez pri liječenju bolesnika s respiratornom depresijom, kod istodobnog davanja depresora SŽS-a, pri znatnom prekoračenju preporučene doze (u tim situacijama se ne može isključiti mogućnost pojave respiratorne depresije). Zabilježeni su slučajevi pojave konvulzija uz tramadol u preporučenim dozama, a rizik je veći kod doza tramadola iznad gornje granice maksimalne dnevne doze (400 mg). Tramadol može povećati rizik pojave napadaja u bolesnika koji uzimaju druge lijekove koji snižavaju prag za pojavu napadaja. Bolesnici s epilepsijom ili bolesnici skloni napadajima, smiju se liječiti tramadolom samo u iznimnim okolnostima. Može se razviti tolerancija, psihička i fizička ovisnost, osobito nakon dugotrajne primjene. Bolesnicima koji su skloni zlouporabi ili ovisnosti o lijekovima, liječenje tramadolom se smije provoditi samo kratkotrajno, pod strogim liječničkim nadzorom. Ako bolesniku više nije potrebna terapija tramadolom, savjetuje se postepeno smanjivanje doze kako bi se spriječili simptomi ustezanja. *Rizik istodobne primjene sedativnih lijekova poput benzodiazepina ili srodnih lijekova:* Istodobna primjena može rezultirati sedacijom, respiratornom depresijom, komom i smrću stoga to treba biti rezervirano za bolesnike kod kojih nisu moguće alternativne mogućnosti liječenja (treba primijeniti najnižu učinkovitu dozu, trajanje liječenja treba biti što kraće moguće, bolesnike strogo nadzirati zbog pojave znakova i simptoma respiratorne depresije i sedacije). *Metabolizam putem CYP2D6:* Tramadol se metabolizira putem jetrenog enzima CYP2D6. Ako bolesnik ima manjak ili potpuni nedostatak ovog enzima, možda neće biti moguće postići odgovarajući analgetski učinak. Ako je bolesnik vrlo brzi metabolizator, postoji rizik od razvoja opioidne toksičnosti (opći simptomi: konfuzija, somnolencija, plitko disanje, sužene zjenice, mučnina, povraćanje, konstipacija, gubitak apetita). U teškim slučajevima to može uključivati cirkulatornu i respiratornu depresiju koje mogu ugrožavati život i u vrlo rijetkom slučajevima biti smrtonosne. *Postoperativna primjena u djece:* Potreban je izniman oprez pri primjeni tramadola, treba pomno pratiti pojavu simptoma opioidne toksičnosti, uključujući respiratornu depresiju. *Djeca s kompromitiranom respiratornom funkcijom:* Ne preporučuje se primjena tramadola (uključujući neuromuskularne poremećaje, teška srčana ili respiratorna stanja, infekcije gornjih dišnih putova ili pluća, višestruke traume ili opsežne kirurške zahvate). Ovi čimbenici mogu pogoršati simptome opioidne toksičnosti. **NUSPOJAVE: Deksketoprofen**: Često: bol u abdomenu, proljev, dispepsija, mučnina, povraćanje. *Manje često*: anksioznost, nesanica, omaglica, glavobolja, somnolencija, vrtoglavica, palpitacije, crvenilo uz osjećaj vrućine, konstipacija, suha usta, flatulencija, gastritis, iritacija probavnog sustava, osip, zimica, umor, malaksalost, bol. **Tramadol**: *Vrlo često:* omaglica; mučnina. Često: glavobolja, somnolencija, konstipacija, suha usta, povraćanje, hiperhidroza, umor. *Manje često*: palpitacije, tahikardija, cirkulatorni kolaps, ortostatska hipotenzija, nelagoda u abdomenu, distenzija abdomena, proljev, dizanje želuca, pruritus, osip, urtikarija, astenija. **Skudexa**: Često: omaglica; mučnina, povraćanje. *Manje često:* trombocitoza, laringealni edem, hipokalemija, psihotični poremećaji, glavobolja, somnolencija, periorbitalni edem, vrtoglavica, tahikardija, hipertenzivna kriza, hipotenzija, respiratorna depresija, distenzija abdomena, konstipacija, dispepsija, povišene vrijednosti jetrenih enzima uključujući abnormalne nalaze jetrene funkcije i povišene vrijednosti gama glutamil transferaze, edem lica, hiperhidroza, urtikarija, hematurija, astenija, zimica, nelagoda, abnormalni osjećaj, povišeni krvni tlak, povišena alkalna fosfataza u krvi, povišena laktat dehidrogenaza u krvi.Mogu se javiti simptomi reakcije ustezanja: agitacija, anksioznost, nervoza, nesanica, hiperkinezija, tremor i gastrointestinalni simptomi. **Način izdavanja:** na recept. **Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** Menarini International Operations Luxembourg SA, 1, Avenue de la Gare 1611 Luksemburg, Luksemburg. **Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** HR-H-649118396. **Datum revizije teksta:** 08/2018. **Ovaj skraćeni sažetak sadrži bitne podatke o lijeku istovjetne onima iz Sažetka opisa svojstava lijeka, sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine“ broj 43/2015). Prije propisivanja ovog lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku, dostupne na www.halmed.hr. SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE. Datum pripreme materijala:** 03.07.2019.

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Horvatova 80/A, 10020 Zagreb
Tel.: 01 4821 361
www.berlin-chemie.hr

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

HR-SKI-45/2019

POGREŠAN OBRAČUN NAKNADA I DODATAKA U PREKOVREMENOM RADU

> HOĆE LI VRHOVNI SUD KAO U SLUČAJU PETORICE SLUŽBENIKA IZ 2014. PRESUDITI U KORIST LIJEČNIKA?

SMILJANA ŠKUGOR-HRNČEVIĆ

Nakon što su županijski sudovi donijeli stotinjak pravomoćnih presuda prema kojima su bolnice liječnicima koji su ih tužili dužne isplatiti iznos nastao pogrešnim obračunom naknada i dodataka za vrijeme prekovremenog rada još od 2013., predsjednik Građanskog odjela Vrhovnog suda Damir Kontrec izjavio je početkom ožujka (2. ožujka,Večernji list) kako je „neformalno od županijskih sudova doznao za velik broj takvih predmeta, da su na Vrhovnom sudu revizijski zahtjevi KBC-a Osijek te da se s obzirom na te okolnosti, do ljeta očekuje revizijska odluka“.

Ljeto je na izmaku, a s Vrhovnog suda još nema te revizijske odluke prema kojoj će se „udariti“ smjer – tko je u pravu, odnosno jesu li županijski sudovi ispravno presudili priznajući liječnicima pogrešan obračun prekovremenih sati i na temelju toga naložiti bolnicama da im se dug isplati, ili će pak u „pretresanju“ zakona i drugih pravnih propisa odlučiti da su liječnicima naknade i dodaci za vrijeme prekovremenoga rada uredno plaćeni u skladu s važećim zakonskim odredbama.

S obzirom na količinu novca koju bi bolnice prema podignutim tužbama liječnicima trebale isplatiti, a koja po neslužbenom izračunu Hrvatskog liječničkog sindikata (HLS) iznosi oko 2,5 milijarde kuna, pesimisti su skloni opciji da će Vrhovni sud u revizijskom postupku, osim zakonske regulative, pred očima imati i svojevrsnu „političku“ poruku da novca za takvo što u državnom proračunu nema i da će slijedom toga dosadašnje odluke županijskih sudova u korist liječnika pasti u vodu.

Optimisti pak vjeruju da će Vrhovni sud ipak donijeti pozitivnu odluku, a pri tome kao glavni argument navode revizijsku odluku toga suda iz 2014. u korist pravosudnih policajaca koji su podnosili masovne tužbe zbog neprikladno plaćenog prekovremenog rada. Vrhovni sud tom je revizijskom odlukom utvrdio da imaju pravo na dodatak na posebne uvjete rada i kad rade prekovremeno i u redovitoj satnici te da se za sve slične predmete primje-

njuje taj stav. I Ustavni sud izjasnio se da treba primjenjivati tu odluku Vrhovnog suda.

Naime, upravo se sutkinja jednog županijskog suda u presudi o obračunu prekovremenih sati liječnika pozvala na tu odluku Vrhovnog suda (Revr 206/12) od 2. travnja 2014. u kojoj je odbijena revizija protiv pravomoćne presude u korist petorice službenika kojima su dosuđeni dodaci i za prekovremeni rad prema kolektivnom ugovoru (KU) za državne službenike i namještenike. U toj odluci Vrhovni sud obrazlaže: "Ako tužitelj po KU ima pravo na određene dodatke na plaću, a prema zadanom mu rješenju, ima pravo i na druge dodatke, ta se prava kumuliraju, a dodaci na plaću odnose se kako na plaću za redovito radno vrijeme, tako i na plaću za prekovremeni rad."

Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja iz 2013., koji je 31. srpnja ove godine produljen na tri mjeseca, jasno su definirani dodaci u prekovremenom radu. Članak 51. kaže: "Osnovna plaća radniku uvećat će se: – za rad noću 40 % – za rad subotom 25 % – za rad nedjeljom 35 % – za prekovremeni rad 50 % – za rad u drugoj smjeni 10 %, ako radnik radi u smjenskom radu ili u turnusima (...) - za rad u dane blagdana, neradnih dana utvrđenih zakonom i rad na dan Uskrsa, radnik ima pravo na plaću uvećanu za 150 % (...) - dodaci iz ovoga članka (...) međusobno se ne isključuju." U člancima 57. i 58. uređuje se i kojim radnicima i na kojim radnim mjestima i poslovima u djelatnosti zdravstva i zdravstvenog osiguranja kod kojih postoje posebni uvjeti rada pripada pravo na dodatak na plaću, te kome će se i u kojem postupku osnovna plaća uvećati po osnovi položajnog dodatka. Članak 59. uređuje i da zbog iznimne odgovornosti za život i zdravlje ljudi doktori medicine i doktori dentalne medicine ostvaruju dodatak na plaću u iznosu od 12 % od osnovne plaće (do rujna 2015. iznosio je 10 %).

Dodaci na plaću nekim čudom „ispare" u prekovremenom radu u 24-satnom dežurstvu

U slučaju liječničkih tužbi i suci općinskih sudova tumače da i Kolektivni ugovor za zdravstvo nema odredbe prema kojoj bi se moglo tumačiti da dodaci na osnovnu plaću pripadaju samo u odnosu na redovitu satnicu, odnosno da se uvećanje plaće po osnovi prekovremenog rada i po osnovi posebnih uvjeta rada međusobno isključuju. KU daje istodobno pravo na isplatu više različitih dodataka kumulativno. A riječ je o raznim dodacima za prekovremeni rad u 24-satnom dežurstvu - za noćni rad, za rad u otežanim uvjetima, za iznimnu odgovornost za život i zdravlje ljudi, pa i za znanstveno znanje koje im, kažu liječnici, nekim čudom „ispari" za vrijeme prekovremenog rada.

U revizijskoj odluci (Revr 206/12) od 2. travnja 2014. Vrhovni sud obrazlaže: "Ako tužitelj prema KU ima pravo na određene dodatke na plaću, a prema zadanom mu rješenju, ima pravo i na druge dodatke, ta se prava kumuliraju, a dodaci na plaću odnose se kako na plaću za redovo radno vrijeme, tako i na plaću za prekovremeni rad."

Iako je već poznato, valja još jednom podsjetiti da se liječnicima osobni dohodak pogrešno obračunava od 25. listopada 2013., odnosno od potpisanog Ugovora Vlade RH i FINA-e da se taj obračun obavlja putem COP-a. Vlada RH i FINA taj su ugovor potpisale na temelju odluke Vlade od 10. lipnja 2010.

Iako su od tada strukovne liječničke udruge i institucije nebrojeno puta upozoravale resorno Ministarstvo zdravstva, Ministarstvo pravosuđa i Vladu RH da COP pogrešno obračunava njihove prekovremene, odnosno osobni dohodak, odgovor nisu dobili.

S obzirom na „vruću zdravstvenu jesen" koja se očekuje i u Hrvatskom saboru za prvo jesensko aktualno prijepodne, valja ponoviti pitanje nadležnima – poduzima li Vlada radnje u vezi s ispravljanjem pogrešnog obračuna plaća liječnicima i kada će takav pogrešni obračun prestati?

Jer, sve da i Vrhovni sud donese revizijsku odluku kojom će potvrditi drugostupanjske presude u korist liječnika, time stvar nije riješena, jer će se plaće pogrešno obračunavati sve dok se to ne promijeni u COP-u.

Već sada svjedočimo apsurdu da se onim liječnicima koji imaju pravosudne presude i koji su novčano obeštećeni i dalje prekovremeni sati, a time i plaća, pogrešno obračunavaju te su prisiljeni ponovo tužiti svoga poslodavca, odnosno bolnicu u kojoj rade.

Iako u pravu, iako su to pravo konzumirali i kroz pravomoćnu sudsku presudu, sigurno im ponovno podizanje tužbi iziskuje dodatan angažman i napor. Nije zanemariva niti neugodnost koju neki od njih doživljavaju od svojih nadređenih, ravnatelja bolnica koji im, kako svjedoče, primjerice uskraćuju odobrenja za rad kod privatnika i tome slično. Narodski rečeno „stvara se zla krv“ među onima koji su, pa gotovo u istom problemu, samo na različitim radnim mjestima (odnosno položajima).

Zakon o radu, Kolektivni ugovor i dosadašnja sudska praksa daju za pravo liječnicima

Zakon o radu, Temeljni kolektivni ugovor, Kolektivni ugovor i dosadašnja sudska praksa daju za pravo liječnicima potraživati dodatke na plaću za prekovremeni rad jednako kao za redoviti rad.

U Zakonu o radu (Narodne novine broj 93/14 i 127/17), članak 94, stoji: „Za otežane uvjete rada, prekovremeni i noćni rad te za rad nedjeljom, blagdanom ili nekim drugim danom za koji je zakonom određeno da se ne radi, radnik ima pravo na povećanu plaću.“ Člankom 9. st. 3. propisano je da se „ako je neko pravo iz radnog odnosa različito uređeno ugovorom o radu, pravilnikom o radu, sporazumom sklopljenim između radničkog vijeća i poslodavca, kolektivnim ugovorom ili zakonom, primjenjuje se za radnika najpovoljnije pravo“.

Glavni krivac sustav Centralnog obračuna plaća (COP)

Postavlja se pitanje kako i zašto onda dolazi do pogrešnog obračuna raznih dodataka na liječničke plaće. Iz svega navedenoga proizlazi da je glavni „krivac“ neusklađenost COP-a i isplatnih lista liječnika s njihovim ugovorima o radu, Kolektivnim ugovorima, odnosno važećim zakonima i propisima.

Liječnici kažu da im iz isplatnih lista iz COP-a nije uvijek moguće razaznati radi li se o pogrešnom izračunu plaća, ili i o pogrešnom izračunu dodataka na prekovremeni rad, ili čak i o pogrešnom izračunu osnovne plaće. Također se pitaju je li tako teško uskladiti taj COP ili je posrijedi nešto drugo?

Naime, kada je krajem 2013. sklopljen novi Kolektivni ugovor i kada je došlo do promjene propisa o obračunu dežurstava liječnika i medicinskog osoblja, u COP-u se pogrešno počelo obračunavati njihov prekovremeni rad. Stručnjaci kažu da je problem nastao pogrešnim tumačenjem pojma ”osnovna plaća”. Osnovna plaća u Zakonu o plaćama u javnom službama (ZPJS) definirana je kao umnožak osnovice s koeficijentom složenosti posla, čemu još valja dodati uvećanje na temelju ostvarenog radnog staža, pola postotka za svaku punu godinu staža koju je radnik ostvario. Prema ZPJS-u dodaci na plaću (među koje spada i

S obzirom na „vruću zdravstvenu jesen“ koja se očekuje i u Hrvatskom saboru za prvo jesensko aktualno prijepodne valja ponoviti pitanje nadležnima – poduzima li Vlada radnje u vezi s ispravljanjem pogrešnog obračuna plaća liječnicima i kada će takav pogrešni obračun prestati?

>>

Odvjetnica SANJA MIŠEVIĆ:

Liječnici dolaze u apsurdne situacije

Sama logika nalaže da ako netko radi u otežanim uvjetima rada, on radi u takvim uvjetima i u redovitom i u prekovremenom radu, kaže Sanja Mišević, odvjetnica koja u brojnim sudskim sporovima zastupa liječnike i medicinske sestre.

Dakle, u sudstvu Republike Hrvatske nema dvojbe - prekovremeni sati pogrešno se obračunavaju, i tako već šestu godinu. Kako dakle pravnih nejasnoća očito nema, preostaje mi zaključiti kako se radi o financijskim teškoćama (ili barem želji da se to prikaže za teškoće). U problematici nedavno propalih kolektivnih pregovora, a vezanoj za plaće u zdravstvu, moglo se čuti kako Vlada jednako drži do svih djelatnika u zdravstvenom, obrazovnom sustavu, policiji, državnim službama...U tom svjetlu podsjećam da su državni službenici, dakle svi ovi s kojima su zdravstveni radnici ravnopravni, još davne 2008. godine, dakle prije jedanaest godina, u svom kolektivnom ugovoru izrijekom naveli (doduše, nakon pravosudnog epiloga!) da se na sate prekovremenog rada plaćaju i svi dodaci na osnovnu plaću, dakle, da se dodaci kumuliraju. Na žalost, zdravstveni radnici i dalje kod identične situacije moraju ovo svoje pravo ishoditi sudskim putem.

prekovremeni rad) obračunavaju se na osnovnu plaću. Centralnim obračunom plaća, međutim, liječnicima i medicinskim sestrama ti su dodaci obračunati na osnovnu plaću koja im se isplaćuje u redovitom, ali ne i na osnovnu plaću koja im se isplaćuje u prekovremenom radu.

I sudske presude u korist liječnika

Kao što smo već naveli, Zakon o radu, Kolektivni ugovor i dosadašnja sudska praksa daju za pravo liječnicima potraživati dodatke na plaću za prekovremeni rad jednako kao za redoviti rad. Upravo tomu u prilog svjedoče i nepravomoćne, ali i pravomoćne sudske presude, od kojih smo dijelove nekih od njih objavili u Liječničkim novinama u veljači prošle godine te ih ovdje ponavljamo.

Tako je primjerice Županijski sud u Bjelovaru u presudi iz veljače 2017., u odnosu na primjenu Kolektivnog ugovora, zaključio da je prvostupanjski sud pravilno primijenio materijalno pravo ocijenivši da liječnik, u slučaju kada mu KU daje istodobno pravo na isplatu više različitih dodataka, ima pravo na isplatu kumulativno svih dodataka po osnovama čl. 57. zajedno s dodatkom za prekovremeni rad. Naime, u konkretnom predmetu sud je zauzeo stav da isplata dodataka za prekovremeni rad ne isključuje pravo liječnika na isplatu dodataka po osnovama čl. 57. Kolektivnog ugovora budući da liječnik, i kad radi prekovremeno, također radi u svojstvu radnika koji radi u otežanim uvjetima rada.

Županijski sud u Zagrebu zaključio da je prvostupanjski sud pravilno primijenio materijalno pravo ocijenivši da liječnik, kada mu KU daje istodobno pravo na isplatu više različitih dodataka, ima pravo na isplatu kumulativno svih dodataka po osnovama članaka 57. i 59. zajedno s dodatkom za prekovremeni rad. Naime, i u ovom slučaju Županijski je sud zaključio da isplata dodataka za prekovremeni rad ne isključuje pravo tužitelja/liječnika na isplatu dodataka budući da tužitelj/liječnik i kad radi prekovremeno također radi u svojstvu radnika koji radi u otežanim uvjetima rada i u svojstvu radnika s položajnim dodatkom.

Iznos glavnice po devet nepravomoćnih presuda zagrebačkog Općinskog suda kreće se od 4.651 kune do čak 110.354 kune. Uz to još idu i troškovi parničnog postupka od 7.750 do 17.000 kuna po predmetu. Prema podacima HLS-a u tih devet predmeta liječnicima i medicinskoj sestri dosuđeno je ukupno 341.615 kuna te parnični trošak od 90.000 kuna. Tomu još treba pribrojiti i zatezne kamate.

Već sada svjedočimo apsurdu da se onim liječnicima koji imaju pravosudne presude i koji su novčano obeštećeni, prekovremeni sati, a time i plaća i dalje pogrešno obračunavaju, te su prisiljeni ponovo tužiti svoga poslodavca, odnosno bolnicu u kojoj rade.

Do polovice ove godine devet presuda u Zagrebu donijeli su različiti suci na Općinskom sudu. U presudama su naveli da su liječnicima i medicinskoj sestri umanjene plaće isplaćivane od 1. prosinca 2013. Iznos glavnice po pojedinim predmetima kreće se od 4.651 kune do čak 110.354 kune. Uz to još idu i troškovi parničnog postupka od 7.750 do 17.000 kuna po predmetu. Prema podacima HLS-a u tih devet predmeta liječnicima i medicinskoj sestri dosuđeno je ukupno 341.615 kuna te parnični trošak od 90.000 kuna. Tomu još treba pribrojiti i zatezne kamate.

Hrvatski liječnički sindikat predlagao je Vladi i Ministarstvu zdravstva da dug isplati u ratama

Svjesni da će sudski sporovi povećati iznos novaca koji će trebati vratiti liječnicima, HLS je s Ministarstvom zdravstva pokušao dogovoriti da im dugovanja isplate u ratama, no takav dogovor nije postignut. Prosječan iznos koji se potražuje po liječniku iznosi oko 80.000 kuna. Samo je na temelju stotinjak pravomoćnih presuda KBC Osijek već isplatio približno 6 milijuna kuna, a još je u postupku 30-ak tužbi.

Be my guest!
HOTEL LONE – POSLOVNI HOTEL NOVIJE GENERACIJE U ROVINJU
Hotel Lone mjesto je koje inspirira. Smješten je uz morsku obalu na samom ulazu stoljetne park šume i tek desetak minuta šetnje do živopisnog istarskog grada, Rovinja.
Kao hotel s posebnim standardom – Kongresni hotel, Lone spada u sam vrh regionalne MICE ponude. S 248 prostranih soba i suiteva, gastronomskom ponudom vrhunske kvalitete, stručnim hotelskim osobljem, 7 višenamjenskih konferencijskih dvorana, od kojih najveća ima 650 sjedećih mjesta, ovaj hotel suvremenog dizajna predstavlja atraktivan višenamjenski poslovni centar.
Pošaljite upit na MICE@MAISTRA.HR
lone
UNIQUE
DESIGN HOTEL
ROVINJ
CROATIA
MAISTRA Collection
A MEMBER OF DESIGN HOTELS

DA SAM JA MINISTAR...

Godina je Gospodnja 2019. Na Ksaveru 200a i dalje stoluje Ministar zdravstva Republike Hrvatske. Sjećanje me vraća u ne tako davnu 2013. godinu kada počinjem drukčije sagledavati sustav zdravstva u kojemu radim... ne više samo kao poslušnik, akademski obrazovan građanin koji je uplovio u doživotnu službu, nego kao čovjek koji pomalo uviđa sve njegove mane i slabosti... vrijeme je štrajka... liječnici su ispred bolnica, traže, demokratskim i Ustavom RH zajamčenim pravom na štrajk, bolje uvjete rada i veće plaće. Odlukom Vlade RH liječnicima je uvedena radna obaveza, što će se poslije pokazati protuzakonitim potezom kojim je jednoj skupini ljudi onemogućeno korištenje Ustavom zajamčenog prava, no nitko nije odgovarao za ovaj sramotni čin... a mi liječnici ušli smo u novu eru svijesti o tome da konačno glasnije progovaramo o svemu što u sustavu nije dobro.

Od rujna 2013. do danas sustav zdravstva nastavlja put propasti kojim je odavno krenuo. Kadrovski, infrastrukturno, financijski... Vrata Europske unije otvorila su se 1. srpnja 2013. i pokazala put kojim su do danas pošli brojni hrvatski liječnici tražeći bolje sutra, svjesni više nego ikada da budućnost u hrvatskom zdravstvu nije svijetla. Oni koji su ostali gomilaju godišnje 3.5 milijuna registriranih prekovremenih sati (realni su puno veći jer COP ne broji one sate koje liječnici rade na temelju ugovora o djelu), a ti isti prekovremeni sati ne obračunavaju se pravilno, radi čega je podignuto oko 4000 tužbi liječnika protiv ustanova. Kako vrijeme prolazi, nigdje se pomakli s mjesta nismo da stvorimo barem temelj za onu pravu reformu sustava, koja će ga izvući iz ponora. Gotovo da više nema liječnika koji će reći: da, bit će bolje.

Praznih obećanja smo se naslušali. Dugovi se gomilaju, veledrogerije prijete blokadom i tužbama, uvjeti rada sve su gori, nasilje nad medicinskim djelatnicima je u porastu, gotovo da nema segmenta u sustavu koji ne vapi za promjenom. Nedavni pamflet s potpisivanjem Kolektivnog ugovora za zdravstvo nam je to potvrdio. Sramotna je činjenica da u pregovorima nema liječnika, što je suludo jer smo nositelji djelatnosti- bez liječnika nema sustava zdravstva, a parafirani Kolektivni ugovor Vlada je odbila potvrditi. Ovo nam potvrđuje još jednu gorku istinu: liječnici neće puno toga riješiti čak niti promjenom Zakona o reprezentativnosti, jer ostajemo s našim problemima gdje smo i bili: u beskonačnim pregovorima, natezanjima, donošenjima polurješenja s dvojbenim zakonskim člancima, koji će se poslije tumačiti onako kako bude nepovoljnije za liječnike, što smo imali prilike okušati na obračunu prekovremenih sati. A politika će nam samo reći: eto, dobili ste što ste htjeli, sjeli ste za pregovarački stol, a naše su mogućnosti iste, s vama ili bez vas. To su već prokušane dobrobiti zajedničkih kolektivnih ugovora u kojima nisu prepoznate sve specifičnosti našeg posla, radnog vremena, kao niti jasna činjenica da aktualne plaće ne mogu konkurirati onima koje naši kolege, uz uređene radne uvjete, te niz životnih benefita dobivaju iz aktualno atraktivnih odredišta u Europskoj uniji.

I dolazimo do pitanja: a gdje je u tome svemu Ministar zadužen za zdravstvo?

Stoluje na onom spomenutom Ksaveru i uporno nas uvjerava da „sustav nikad nije bolje funkcionirao" – (N1 16. 8. 2019.).

Uporno pokušavam samoj sebi odgovoriti na samo jedno pitanje: u kojem to paralelnom svemiru živi naš Ministar? Gdje da kupim ružičaste naočale kroz koje on promatra sustav zdravstva kojemu je na čelu a koji, budimo realni, nikad nije imao više problema.

Ministar - liječnik, uvjerava svoje kolege liječnike da trebaju imati veće plaće i pokazuje razumijevanje za one koji odlaze. A što ministar radi po tom pitanju? Čime će se na kraju mandata aktualni ministar zdravstva moći pohvaliti kao svojim postignućima?

Time da je riješio pitanje pogrešnog obračuna prekovremenih sati? Možda, ako u to uračunamo nekoliko pokušaja da se utječe na dugo očekivano mišljenje Vrhovnog suda o ujednačenosti sudske prakse u postupcima u tijeku. Usput, Ministre, za liječnike i hrvatske suce praksa je vrlo ujednačena. Gotovo sve presude, od kojih je nemali broj pravomoćan, za sada su u korist liječnika. Bit će vrlo zanimljivo saznati da gotovo svi suci koji su sudili u ovim postupcima ne znaju svoj posao ako se mišljenje Vrhovnog suda bude razlikovalo od trenutačne prakse. Možda će netko tada i zaključiti da nije bilo utjecaja na pravosuđe. Možda. Nama liječnicima će sve biti jasno.

Možda će se Ministar pohvaliti da je rješio pitanje Strukovnog kolektivnog ugovora ili Zakona o plaćama liječnika kojima bi se zauvijek rješilo pitanje radnih prava i plaća liječnika po uzoru na suce? Možda naš Ministar misli da bi bilo dobro da su hrvatski liječnici izjednačeni sa županijskim sucima prema visini plaće pa će se barem oko ovoga potruditi. Da nas više nitko ne zakida za prikladno plaćanje prekovremenih sati kojima, usput, Ministre, spašavamo sustav od propasti.

A možda će Ministar biti zadovoljan da je riješio javnu nabavu u sustavu zdravstva i jednom zauvijek onemogućio manipulacije s natječajima na kojima zdravstveni sustav godišnje ostaje bez silnih novaca?

Ili možda Ministar smatra da će mu najveće postignuće biti izgradnja Dnevne bolnice u Metkoviću u kojoj isto kao niti u Dubrovniku i Splitu, koji joj „posuđuju" premorene liječnike u neprikladno plaćenim prekovremenim satima, uskoro neće imati tko raditi. Možda Ministar smatra da će prazne zgrade koje ostavi iza sebe, uz sliku na zidu na onom Ksaveru 200 a, svjedočiti veličini njegovog obavljenog posla kada ga jednom netko zamijeni?

Da sam ja Ministar zdravstva, voljela bih da me netko pamti po potezima koji će vratiti sustav u kolosjek iz kojega je izletio. Da sam ja Ministar... čovjek bi bio u središtu zanimanja mog rada... za početak kolega, liječnik, koji nosi sustav i bez kojeg nema niti jedne zdravstvene ustanove koju novac može sagraditi. Jer prazne zgrade ne liječe pacijente.

Ali ja nisam Ministar. Možda da si ipak kupim naočale s ružičastim staklima...

Ivana Šmit, dr. med., dopredsjednica Hrvatske liječničke komore

RESPIMAT®
nudi Vašim bolesnicima više

NOVO!

SADA
S NAPREDNIM
KARAKTERISTIKAMA

Jednostavno rukovanje[1]
Još lakše rukovanje u svakodnevnim primjeni

Jednostavno očitanje[1]
Jasan pokazatelj kad treba zamijeniti uložak

Stvoren da se uz **1 inhalator** može koristiti do **6 uložaka**[1,2]

ISTA NJEŽNA MAGLICA (tzv. SOFT MIST)
Jednostavan lijek stvoren za depoziciju duboko u pluća[3–8]

DOSTUPAN ZA SVE LIJEKOVE U RESPIMATU®[2,9]

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Boehringer Ingelheim

SPIOLTO® RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL

SKRAĆENI SAŽETAK

Spiolto Respimat 2,5µg /2,5µg, otopina inhalata (INN: tiotropiii bromidum, olodaterolum) **Indikacije** Spiolto Respimat je indiciran kao bronhodilatator u terapiji održavanja za ublažavanje simptoma u odraslih bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću (KOPB). **Kontraindikacije** Preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari lijeka. Anamneza preosjetljivosti na atropin ili njegove derivate, npr. ipratropij ili oksitropij. **Doziranje** Isključivo za inhalacijsku primjenu. Uložak se može umetnuti i upotrebljavati isključivo u Respimat inhalatoru. Dva potiska iz Respimat inhalatora sadrže jednu terapijsku dozu. ***Odrasli*** Preporučena doza je 5µg tiotropija i 5µg olodaterola primijenjenih u obliku dvaju potisaka iz Respimat inhalatora jedanput dnevno, u isto doba svakog dana. Preporučena doza se ne smije prekoračiti. **Stariji bolesnici** mogu primjenjivati Spiolto Respimat u preporučenoj dozi. ***Oštećenje jetre i oštećenje bubrega*** Spiolto Respimat sadrži tiotropij koji se uglavnom izlučuje putem bubrega te olodaterol koji se uglavnom metabolizira u jetri. Bolesnici s blagim i umj. ***oštećenjem jetrene funkcije*** mogu primjenjivati Spiolto Respimat u preporučenoj dozi. Nisu dostupni podaci o primjeni olodaterola u bolesnika s teškim oštećenjem jetrene funkcije. Bolesnici s ***oštećenjem bubrežne funkcije*** mogu primjenjivati Spiolto Respimat u preporučenoj dozi. Za bolesnike s umj. do teškim oštećenjem (klirens kreatinina ≤ 50 ml/min), vidjeti dio „Bolesnici s oštećenjem bubrega". Iskustvo s primjenom olodaterola u bolesnika s teško oštećenom bubrežnom funkcijom je ograničeno. Ne postoji relevantna primjena Spiolto Respimata u ***pedijatrijskoj populaciji*** (ispod 18g. starosti). **Način primjene** Kako bi se osigurala ispravna primjena lijeka, potrebno je da liječnik ili drugi zdr. djelatnik pokaže bolesniku kako primjenjivati inhalator. **Posebna upozorenja i mjere opreza** - ***Astma*** Ne smije se primjenjivati u astmi. Djelotvornost i sigurnost u astmi nisu ispitivane. ***Nije namijenjen akutnoj primjeni*** Nije indiciran za liječenje akutnih epizoda bronhospazma, tj. kao terapija za hitno olakšavanje simptoma („rescue therapy"). ***Paradoksalni bronhospazam*** Poput drugih inhalacijskih lijekova, Spiolto Respimat može rezultirati paradoksalnim bronhospazmom koji može biti opasan po život. Ako se pojavi paradoksalni bronhospazam, potrebno je smjesta prekinuti primjenu Spiolto Respimata te početi s alternativnim liječenjem. U skladu s ***antikolinergičkom aktivnošću tiotropija***, Spiolto Respimat se mora primjenjivati s oprezom u bolesnika s ***glaukomom uskog kuta, hiperplazijom prostate ili opstrukcijom vrata mokraćnog mjehura***. ***Simptomi oka*** Potrebno je upozoriti bolesnike da sprej ne smije doći u dodir s očima. Potrebno ih je savjetovati da ovo može rezultirati precipitacijom ili pogoršanjem stanja glaukoma uskog kuta, boli ili nelagodom u očima, privremenim zamućenjem vida, viđanjem kolobara oko izvora svjetlosti ili obojenih slika s crvenilom očiju zbog kongestije spojnice i edema rožnice. Ukoliko dođe do razvoja bilo koje kombinacije ovih simptoma na očima, bolesnik mora prekinuti primjenu Spiolto Respimata te se odmah obratiti liječniku specijalistu. Suhoća usta, koja je primijećena u liječenju antikolinergicima, može pri dugotrajnoj primjeni biti povezana s razvojem ***zubnog karijesa***. ***Bolesnici s oštećenjem bubrega*** - Budući da se koncentracija tiotropija u plazmi povećava sa smanjenjem bubrežne funkcije, u bolesnika s umj. do teškim oštećenjem funkcije bubrega (klirens kreatinina ≤50ml/min), Spiolto Respimat se smije primijeniti samo ako očekivani korist nadilazi potencijalni rizik. Nema podataka o dugotrajnoj primjeni lijeka u bol. s teškim oštećenjem bubrežne funkcije. ***Kardiovaskularni učinci*** Iskustvo je ograničeno u bolesnika s anamnezom infarkta miokarda u posljednjoj godini, kod bilo kakve nestabilne ili po život opasne srčane aritmije, u bolesnika koji su bili hospitalizirani zbog zatajenja srca u posljednjoj godini, te u bolesnika s dijagnozom paroksizmalne tahikardije (>100 otkucaja u minuti), s obzirom da su spomenuti bolesnici bili isključeni iz kliničkih ispitivanja. Spiolto Respimat se mora primjenjivati s oprezom u ovim skupinama bolesnika. Poput drugih β2-agonista, olodaterol može dovesti do klinički značajnog kardiovaskularnog učinka u pojedinih bolesnika što se može mjeriti povećanjima u brzini pulsa, krvnom tlaku i /ili drugim simptomima. U slučaju pojave takvih učinaka možda će biti potrebno prekinuti liječenje. Nadalje, prijavljeno je da β-agonisti dovode do promjena u EKG kao što je izravnanje T vala i depresija ST segmenta, iako klinički značaj spomenutih opažanja nije poznat. Dugodjelujući β2-adrenergički agonisti trebaju biti primjenjivani s oprezom u bolesnika s kardiovaskularnim poremećajima, osobito ishemijskom bolešću srca, teškom dekompenzacijom srca, srčanim aritmijama, hipertrofičnom opstruktivnom kardiomiopatijom, hipertenzijom i aneurizmom, zatim u bolesnika s konvulzivnim poremećajima ili tirotoksikozom, u bolesnika s poznatim ili suspektnim produljenjem QT intervala (npr. QT>0,44 s), te u bolesnika koji su neobično reaktivni na simpatomimetičke amine. U pojedinih bolesnika β 2-agonisti mogu dovesti do značajne ***hipokalemije***, što može izazvati kardiovaskularne nuspojave. Snižene vrijednosti kalija u serumu obično su prolazne te nisu potrebne nadopune u liječenju. U bolesnika s teškim KOPB, hipokalemija može biti potencirana hipoksijom te konkomitantnim lijekovima, što može povećati sklonost k srčanim aritmijama. ***Hiperglikemija*** Inhalacija visokih doza β2-agonista može dovesti do povišenih vrijednosti glukoze u plazmi. ***Anestezija*** Potreban je oprez u slučaju planirane operacije uz halogenirane ugljikovodične anestetike zbog povećane sklonosti nastanku nuspojava bronhodilatacijskih β-agonista koje zahvaćaju srce. Spiolto Respimat se ne smije primjenjivati niti s jednim drugom lijekom koji sadrži β2-agoniste dugog djelovanja. Bolesnici koji redovno uzimaju inhalacijske β2-agoniste kratkog djelovanja (npr.4xdnevno) moraju biti upućeni da ih primjenjuju samo za simptomatsko ublažavanje akutnih respiratornih simptoma. Spiolto Respimat se ne smije primjenjivati češće od jedanput dnevno. ***Preosjetljivost*** Kao i sa svim lijekovima, može doći do pojave trenutnih reakcija preosjetljivosti nakon primjene Spiolto Respimata. ***Pomoćne tvari*** Benzalkonijev klorid može uzrokovati piskanje i poteškoće s disanjem. Pacijenti s astmom imaju povećani rizik od navedenih štetnih događaja. **Nuspojave** Učestalost je definirana uz uporabu sljedećih kategorija: manje često (≥1/1000 i <1/100) – omaglica, glavobolja, tahikardija, kašalj, disfonija, suhoća usta. Spiolto Respimat kombinira antikolinergička i β2-adrenergička svojstva zbog svojih komponenata, tiotropija i olodaterola. ***Profil antikolinergičkih nuspojava*** U dugotrajnim kliničkim ispitivanjima u trajanju od 52 tjedna, najčešće primijećena antikolinergička nuspojava bila je suhoća usta koja se pojavila u oko 1,3% bol.liječenih Spiolto Respimatom, te 1,7% u skupini na 5µg tiotropija i 1% u skupini na 5µg olodaterola. Suhoća usta dovela je do prekida u 2 od 4968 bol.(0,4%) liječenih Spiolto Respimatom. Ozbiljne nuspojave u vezi s antikolinergičkim učincima su glaukom, konstipacija, opstrukcija crijeva uključujući paralitički ileus, kao i retencija urina. ***Profil ß-adrenergičkih nuspojava*** Zbog olodaterola je potrebno uzeti u obzir pojavnost drugih štetnih učinaka povezanih sa skupinom β-agonista koji prethodno nisu navedeni, kao što su aritmija, ishemija miokarda, angina pektoris, hipotenzija, tremor, nervoza, grčevi mišića, umor, slabost, hipokalemija, hiperglikemija i metabolička acidoza. ***Druge posebne skupine*** Postoji mogućnost povećanja antikolinergičkih učinaka sa starenjem. **Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet**: HR-H-852053792. **Način izdavanja**: na recept, u ljekarni. Za više informacija molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka. http://www.halmed.hr/Lijekovi/Baza-lijekova/Spiolto-Respimat-25-mikrograma-25-mikrograma-otopina-inhalata/11586/

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

Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi o lijeku sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja lijekovima i homeopatskim proizvodima (NN 43/2015). Datum sastavljanja: kolovoz 2019. Šifra: PC-HR-100342.

Samo za zdravstvene radnike.

U slučaju potrebe za medicinskom informacijom molimo nazovite Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o. na tel. 01/2444-600 ili pošaljite e-mail na: medinfo@boehringer-ingelheim.com.

1) Dhand R et al. Improving usability and maintaining performance: Human factor and aerosol performance studies evaluating the new reusable Respimat inhaler. Int J COPD 2019. DOI 10.2147.COPD.S190639 2) SPIOLTO® RESPIMAT® Sažetak opisa svojstava lijeka, siječanj 2019. 3) Anderson P. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2006;1(3):251-259. 4) Ciciliani AM et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:1565-1577. 5) Dalby R et al. Int J Pharm. 2004;283(1-2):1-9. 6) Dalby RN et al. Med Devices (Auckl). 2011;4:145-155. 7) Pitcairn G et al. J Aerosol Med. 2005;18(3):264-272. 8) Zierenberg B. J Aerosol Med. 1999;12(suppl 1):S19-S24. 9) SPIRIVA® RESPIMAT® Sažetak opisa svojstava lijeka, siječanj 2019.

OBVEZA OBAVJEŠTAVANJA O PROMJENI ZDRAVSTVENOG STANJA PACIJENTA KOJE JE ZAPREKA ZA SIGURNO UPRAVLJANJE VOZILOM

FRANCISKA DOMINKOVIĆ, dipl. iur.

1. UVOD

Tijekom kolovoza ove godine medijski prostor u Hrvatskoj bio je ispunjen brojnim tekstovima, izvještajima i raspravama vezanima za obvezu obavještavanja o promjeni zdravstvenog stanja pacijenta koje je zapreka za sigurno upravljanje vozilom.

Iako sama obveza obavještavanja i zakonom predviđeno prekršajnopravno sankcioniranje za postupanje protivno toj obvezi u našem pravnom sustavu postoji već niz godina, ova tematika aktualizirala se povodom dva, za liječnike općenito, zasigurno vrlo neugodna slučaja.

Kao što je iz medijskih napisa poznato, u prvom slučaju radilo se o navodnom prekršaju jedne liječnice. Nakon prometne nesreće koju je skrivio njezin pacijent kod izabrane liječnice obavljen je pretres liječničke ordinacije s ciljem izuzimanja medicinske dokumentacije vezane za tog pacijenta i protiv nje je pokrenut prekršajni postupak.[1] Nekoliko dana nakon toga u medijima je odjeknuo novi slučaj – pacijent je prijetio liječnici nakon što je liječnica proslijedila obavijest policiji o promjeni zdravstvenog stanja tog pacijenta. Budući da sve činjenice dva prethodno navedena slučaja nisu poznate te da se radi o postupcima koji su u tijeku, oni se neće analizirati ni dodatno komentirati u ovom tekstu. Usprkos tome, ove slučajeve bilo je nužno spomenuti jer su otvorili pitanja vezana za obavljanje liječničke djelatnosti na načelnoj razni – koji liječnik treba, kada i točno o čemu, koga i na koji način obavijestiti, ali i koji su mogući učinci i posljedice obavještavanja, odnosno neobavještavanja.

U ovom tekstu pokušat će se dati odgovor na prethodno navedena pitanja u okviru pozitivnih propisa, odnosno dati prikaz mjerodavnih odredaba za ovu tematiku, ali i ukazati na pojedine nedoumice koje proizlaze iz trenutačnog normativnog uređenja.

Zbog isprepletenosti s ovom temom, potrebno se prvenstveno kratko podsjetiti na obvezu poštivanja prava pacijenata, institut liječničke tajne te obvezu vođenja i čuvanja medicinske dokumentacije.

2. VOĐENJE I ČUVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

Prema odredbama članka 23. stavka 1. Zakona o liječništvu („Narodne novine“, br. 121/03. i 117/08., dalje u tekstu: Zakon o liječništvu), **liječnik je dužan voditi točnu, iscrpnu i datiranu medicinsku dokumentaciju u skladu s propisima o evidencijama na području zdravstva, koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke o zdravstvenom stanju pacijenta i njegovu liječenju. Liječnik je obvezan tu dokumentaciju na zahtjev predočiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti.**

Odredbom članka 23. stavka 2. Zakona o liječništvu propisano je da su liječnik ili odgovorna osoba zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost obvezni dokumentaciju koja se čuva na elektroničkom mediju osigurati od mijenjanja, prijevremenog uništenja ili nedopuštenog korištenja.[2]

Prema odredbi članka 23. stavka 5. Zakona o liječništvu, kada ovlaštena osoba sukladno posebnome zakonu preuzme medicinsku dokumentaciju obvezna je izdati liječniku, odgovornoj osobi zdravstvene ustanove, trgovačkog društva, odnosno pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost, službenu potpisanu potvrdu o preuzimanju s popisom preuzete dokumentacije.

3. LIJEČNIČKA TAJNA

Iz prethodno navedenoga vidljivo je da je liječnik dužan čuvati medicinsku dokumetaciju te da je istu ovlašten dati samo u određenim slučajevima. Međutim, pored podataka o zdravstvenom stanju pacijenta i njegovu liječenju koji su navedeni u samoj medicinskoj dokumetaciji, liječnik je dužan čuvati i sve ostale podatke o pacijentu.

Obveza čuvanja podataka uređena je brojnim pravnim propisima, od kojih za potrebe ove teme treba izdvojiti Zakon o liječništvu, Zakon o zaštiti prava pacijenata („Narodne novine“, br. 169/04. i 37/08., dalje u tekstu: Zakon o zaštiti prava pacijenata) i Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18., dalje u tekstu: Zakon o zdravstvenoj zaštiti). Osim o navedenim zakonima iz područja zdravstva, bitno je voditi računa i o drugim propisima koji uređuju pitanje čuvanja profesionalne tajne i zaštite osobnih podataka, a pri tome i o onim odredbama koje propisuju izuzetke od obveze čuvanja.

Kada se govori o obvezi čuvanja podataka od strane liječnika, najbitni pojam je svakako liječnika tajna. Što se smatra liječničkom tajnom definirano je odredbom članka 21. Zakona o liječništvu, i to na sljedeći način: „**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.**“.[3]

Osim ove zakonske definicije, i u Kodeksu medicinske etike i deontologije („Narodne novine“, br. 55/08. i 139/15., dalje u tekstu: Kodeks medicinske etike i deontologije) također je sadržana definicija liječničke tajne. Ta definicija šira je od definicije

iz Zakona o liječništvu. Naime, prema odredbama članka 2. točke 14. Kodeksa medicinske etike i deontologije, **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.[4]

Odredbom članka 19. stavka 2. Zakona o liječništvu propisano je da je liječnik dužan u odnosu prema pacijentima postupati primjenjujući i poštujući odredbe posebnih zakona koji reguliraju prava pacijenata te odredbe Kodeksa Hrvatske liječničke komore.

Prema odredbi članka 25. stavka 1. Zakona o zaštiti prava pacijenata, pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka.[5]

Osim toga, i odredbom članka 163. stavka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisano je da su zdravstveni radnici dužni čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta.[6]

Dakle, **liječnik je dužan čuvati liječničku tajnu i može je otkriti samo ako su za to ispunjenje propisane pretpostavke**.[7] U suprotnom, liječnik se izlaže kaznenoj[8], prekršajnoj, disciplinskoj i građanskoj odgovornosti (naknada štete), ali i povredi iz radnog odnosa.

4. OBVEZA OBAVJEŠTAVANJA – NORMATIVNI OKVIR

Prema odredbi članka 233. stavka 3. Zakona o sigurnosti prometa na cestama („Narodne novine“, br. 67/08., 48/10., 74/11., 80/13., 158/13., 92/14., 64/15., 108/17. i 70/19., dalje u tekstu: Zakon o sigurnosti prometa na cestama), **ako se na liječničkom pregledu ili u tijeku liječenja utvrdi da vozač boluje od bolesti ili ima invalidnost radi koje nije više sposoban sigurno upravljati vozilom, liječnik koji je obavio pregled ili je liječio vozača te izabrani liječnik dužan je uz upozorenje bolesniku o tome obavijestiti policijsku upravu ili postaju u kojoj osoba ima prijavljeno prebivalište odnosno privremeno ili stalno boravište.**

Postupanje suprotno odredbi članka 233. stavka 3. Zakona o sigurnosti prometa na cestama smatra se prekršajem za koji je propisana novčana kazna:

- u iznosu od 5.000,00 do 15.000,00 kuna za pravnu osobu
- u iznosu 1.500,00 do 5.000,00 kuna za fizičku osobu i odgovornu osobu u pravnoj osobi i u tijelu državne vlasti ili tijelu jedinice lokalne (područne) samouprave.[9]

Odredbom članka 235. stavka 1. Zakona o sigurnosti prometa na cestama ministar nadležan za zdravstvo ovlašten je, u suglasnosti s ministrom nadležnim za unutarnje poslove, propisati uvjete za obavljanje zdravstvenih pregleda, vrstu i opseg pregleda, način vođenja evidencije i medicinske dokumentacije, izdavanje uvjerenja i izvještavanja o zdravstvenoj sposobnosti vozača i kandidata za vozače.

Pozivom na ovlaštenje iz članka 235. točke 1. donesen je Pravilnik o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače, a trenutno je na snazi **Pravilnik o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače („Narodne novine“, br. 137/15. i 132/17.,** dalje u tekstu: Pravilnik). Njime je, između ostaloga, odredbom članka 10. propisano da **liječnik, koji je u skladu sa člankom 233. Zakona o sigurnosti prometa na cestama dužan obavijestiti policijsku upravu ili postaju u kojoj osoba ima prijavljeno prebivalište o promjeni zdravstvenog stanja koje je zapreka za sigurno upravljanje vozilom, ispunjava obrazac Izvješća o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeka liječenja vozača ili kandidata za vozača**.

Ovo izvješće nalazi u Prilogu II. koji je otisnut uz taj pravilnik i čini njegov sastavni dio.

5. NEDOUMICE VEZANE ZA OBVEZU OBAVJEŠTAVANJA

Tko je dužan obavijestiti?

- liječnik koji je obavio pregled
- liječnik koji je liječio
- izabrani liječnik

Obveza obavještavanja, osim na izabranog liječnika koji je u najnezavidnijoj situaciji, odnosi se i na liječnika koji je obavio pregled ili liječio vozača u slučaju kada na liječničkom pregledu ili u tijeku liječenja utvrdi ...

S obzirom na navedeno, u praksi bi se u pojedinim situacijama moglo dogoditi da zapravo nekoliko različitih liječnika u gotovo isto vrijeme, svaki pojedinačno trebaju obavijestiti policijsku upravu ili postaju u odnosu na istog pacijenta.

Izgled izvješća o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeka liječenja vozača ili kandidata za vozača

_____

(zdravstvena ustanova/privatna praksa)

Na temelju članka 233. stavka 1., 2. i 3. Zakona o sigurnosti prometa na cestama (»Narodne novine«, broj 67/08) izdaje se

IZVJEŠĆE O PROMJENI ZDRAVSTVENOG STANJA ILI TIJEKU LIJEČENJA VOZAČA I KANDIDATA ZA VOZAČA

Ime, prezime:_____ Ime oca/majke: _____

Datum rođenja (dan/mjesec/godina): /___/___/_____/

Prebivalište i adresa stanovanja:_____

Izvještavam Vas da je kod imenovanog/e nastupila promjena zdravstvenog stanja/u tijeku je liječenje, koje prema Pravilniku o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače predstavlja zdravstvenu zapreku za sigurno upravljanje vozilom.

U_____, _____ g _____

Potpis i faksimil liječnika

Kada je liječnik dužan obavijestiti?

- uvijek kada na liječničkom pregledu ili u tijeku liječenja utvrdi da pacijent koji je vozač boluje od bolesti ili ima invalidnost zbog koje nije više sposoban sigurno upravljati vozilom, ali i kada utvrdi da se pacijent vozač nalazi u zdravstvenom stanju koje predstavlja zapreku za sigurno upravljanje vozilom.

Zakon o sigurnosti prometa na cestama propisuje samo da liječnik mora obavijestiti ako se na liječničkom pregledu ili u tijeku liječenja utvrdi da vozač boluje od bolesti ili ima invalidnost zbog koje nije više sposoban sigurno upravljati vozilom.

Pored ove zakonske obveze Pravilnikom je propisano da liječnik, koji je prema članku 233. Zakona o sigurnosti prometa na cestama dužan obavijestiti policijsku upravu ili postaju u kojoj osoba ima prijavljeno prebivalište o promjeni zdravstvenog stanja koje je zapreka za sigurno upravljanje vozilom, ispunjava obrazac Izvješća o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeka liječenja vozača ili kandidata za vozača. U obrascu izvješća navedeno je da liječnik izvještava da je kod pacijenta nastupila promjena zdravstvenog stanja/u tijeku je liječenje, koje prema Pravilniku predstavlja zdravstvenu zapreku za sigurno upravljanje vozilom.

Međutim, Pravilnik izričito ne propisuje koje bi to točno promjene zdravstvenog stanja predstavljale zapreku za sigurno upravljanje vozilom. Naime, u Pravilniku su samo nabrojane određene bolesti i stanja zbog kojih se vozači i kandidati za vozače prve i druge skupine na redovitom ili izvanrednom zdravstvenom pregledu trebaju ocijeniti nesposobnima ili privremeno nesposobnima. Ove bolesti i stanja mogle bi služiti kao orijentir i za ocjenjivanje što se smatra zdravstvenom zaprekom za sigurno upravljanje vozilom jer bi bilo logično da se obavještava upravo o istim onim bolestima i stanjima zbog kojih se vozači na zdravstvenom pregledu ocjenjuju nesposobnima ili privremeno nesposobnima.

Bitno je istaknuti i da su bolesti i stanja Pravilniku u velikom dijelu navedena opisno zbog čega su podložna tumačenju, a i u samom Pravilniku izričito su kao razlog navedene „i sve ostale bolesti i stanja koja imaju utjecaj na sigurno upravljanje vozilom“. Radi pravne sigurnosti liječnika, njihove obveze morale bi biti jasno i nedvosmisleno propisane, odnosno ne bi smjele biti podložne tumačenju.

Tijekom proteklih dana u javnosti su isticane teze da problematika uređenja nije sadržana u zakonu, već u Pravilniku, i da se postojeći „problem“ može riješiti i samo izmjenom Pravilnika. Međutim, pored ovako široke i neodređene pravne norme iz Zakona o sigurnosti prometa na cestama, upitno je bi li se bilo kakvim izmjenama samog Pravilnika bez izmjene zakona moglo postići da se jasno definiraju apsolutno sve bolesti i invalidnosti zbog kojih vozač više nije sposoban sigurno upravljati vozilom. Osim toga, nameće se pitanje i bi li se postojeće zakonsko ovlaštenje moglo tumačiti na način da bi se to pitanje moglo urediti Pravilnikom. Ovo iz razloga jer odredba članka 235. stavka 1. Zakona o sigurnosti prometa na cestama daje ovlaštenje, između ostaloga, za propisivanje načina izvještavanja o zdravstvenoj sposobnosti vozača, ali upitno je bi li se mogla tumačiti na način da se njome izrijekom daje ovlaštenje i da se pravilnikom propiše „zatvorena lista“ bolesti ili invalidnosti.

Prethodno navedeno za sobom povlači i pitanje razlikovanja pojmova „bolest“ i „stanje“. Što se tiče obveze obavještavanja kada se radi o vozačima, odredba članka 233. stavka 3. Zakona o sigurnosti prometa na cestama propisuje obvezu obavještavanja kada liječnik utvrdi da vozač boluje od bolesti ili ima invalidnost zbog koje nije više sposoban sigurno upravljati vozilom, ali ova ni bilo koja druga odredba tog zakona obvezu obavještavanja ne propisuje i za sama stanja. Navedeno stoga dovodi do dvojbe bi li se neobavještavanje o stanjima koja se ne smatraju bolešću, ali mogu utjecati na sposobnost sigurnog upravljanja vozilom, moglo prekršajnopravno sankcionirati s obzirom da nije navedeno u samom zakonu, uzme li se u obzir odredba članka 2. stavka 3. Prekršajnog zakona („Narodne novine“, br. 107/07., 39/13., 157/13., 110/15., 70/17. i 118/18., dalje u tekstu: Prekršajni zakon).[10]

Za odgovor na ovo pitanje, bitno je imati na umu i da bi liječnik trebao utvrditi i je li pojedini pacijent vozač, ali da liječnici ne raspolažu službenom evidencijom o vozačima. Dakle, liječnik pacijenta treba pitati je li vozač kako bi mogao ispuniti svoju obvezu, a pacijent može, ali i ne mora dati točan podatak. Liječniku bi stoga, neovisno o pacijentovom izjašnjavanju, morala biti dostupna točna informacija službenog tijela koje vodi tu evidenciju kako bi mogao ispuniti svoju obvezu.

Koga je liječnik dužan obavijestiti?

- policijsku upravu ili postaju u kojoj pacijent koji je vozač ima prijavljeno prebivalište odnosno privremeno ili stalno boravište

Područja, sjedišta i kategorije policijskih uprava te područja, sjedišta, vrste i kategorije policijskih postaja u Republici Hrvatskoj utvrđeni su Uredbom o područjima, sjedištima, vrstama i kategorijama policijskih uprava i policijskih postaja („Narodne novine“, br. 117/11., 50/14., 32/15. 11/17., 66/18. i 24/19.). Napominje se da su popis, kontakti policijskih uprava te naznake nad kojim su gradovima i općinama nadležni, kao i popis i kontakti policijskih postaja dostupni i na službenoj mrežnoj stranici Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske.[11]

Ovdje bi se moglo postaviti pitanje je li liječnik dužan obavještavati samo policijske uprave ili postaje u Republici Hrvatskoj ili i tijela istoga naziva, pa čak i odgovarajuća tijela u inozemstvu, i pronaći argumente za različita tumačenja. Ovo pitanje posebice je zanimljivo u kontekstu turističke sezone kada liječnici u Republici Hrvatskoj pregledavaju i liječe brojne vozače čije je prijavljeno prebivalište odnosno privremeno ili stalno boravište izvan Hrvatske. S jedne strane, zakon ovu obvezu obavještavanja izričito ne ograničava samo na pacijente s prijavljenim prebivalištem odnosno privremenim ili stalnim boravištem u Hrvatskoj. S druge strane, uzme li se u obzir da sve države nemaju propisanu ovakvu obvezu, da imaju različit ustroj i postupak kod zdravstvenih pregleda vozača, kao i da je posljedica slanja ovakvog izvješća da se vozač uputi na izvanredni zdravstveni pregled u skladu s našim propisima, ova obveza mogla bi se i restriktivno tumačiti.

Na koji način je liječnik dužan obavijestiti?

- liječnik treba ispuniti i poslati nadležnoj policijskoj upravi ili postaji obrazac Izvješća o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeka liječenja vozača ili kandidata za vozača.

Obrazac izvješća nalazi se u Prilogu II. koji je otisnut uz Pravilnik i čini njegov sastavni dio. Liječnik je dužan popuniti samo tražene podatke.

Presliku poslanog izvješća i dokaz o slanju trebalo bi pohraniti za slučaj potrebe dokazivanja ispunjavanja obveze obavještavanja.

Je li liječnik dužan ispuniti još koju obvezu uz obvezu slanja izvješća?

- liječnik treba upozoriti pacijenta vozača da je na liječničkom pregledu ili u tijeku liječenja utvrdio da pacijent boluje od bolesti, ima invalidnost ili da se nalazi u stanju zbog kojega nije više sposoban sigurno upravljati vozilom te da je on kao liječnik dužan o tome obavijestiti policijsku upravu ili postaju.

Nakon utvrđenja da pacijent vozač boluje od bolesti, ima invalidnost ili da se nalazi u stanju zbog kojega nije više sposoban sigurno upravljati vozilom, potrebno je voditi računa o tome da svaki pacijent, u skladu s odredbama članka 8. Zakona o zaštiti prava pacijenata, ima pravo na potpunu obaviještenost o svom zdravstvenom stanju te da tu obavijest ima pravo dobiti na način koji mu je razumljiv s obzirom na njegovu dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti. Pri tome se može očekivati da će dijelu pacijenata takva novost zasigurno biti neočekivana, zbog čega bi bilo poželjno:

- pacijenta detaljno upoznati s utvrđenim razlozima i odgovoriti na sve pacijentove upite kako bi se minimalizirale neugodne i konfliktne situacije
- pojasniti da je slanje izvješća zakonska dužnost liječnika i da bi u suprotnom liječnik počinio prekršaj i bio novčano kažnjen
- pojasniti da se vozačka dozvola ne oduzima automatski slanjem izvješća, već da nadležna policijska uprava, odnosno policijska postaja nakon zaprimanja izvješća vozača upućuje na izvanredni zdravstveni pregled kako bi se na tom pregledu utvrdilo je li sposoban sigurno upravljati vozilom.

Koji su učinci (moguće) posljedice obavještavanja?

- ispunjena je zakonska obveza obavještavanja
- slanjem izvješća nije povrijeđena liječnička tajna
- dužnost upozoravanja pacijenta može biti neugodna, neovisno o tome je liječnik siguran u svoje utvrđenje radi li se kod tog pacijenta o bolesti, invalidnosti ili stanju zbog kojeg pacijent nije više sposoban sigurno upravljati vozilom
- policijska uprava pacijenta mora poslati na izvanredni zdravstveni pregled
- ako se na izvanrednom nadzornom zdravstvenom pregledu utvrdi da je vozač sposoban za upravljanje motornim vozilom, naknadu za pregled plaća policijska uprava, odnosno policijska postaja koja ga je uputila na pregled
- ako se na izvanrednom nadzornom zdravstvenom pregledu utvrdi da vozač nije sposoban ili da je ograničeno sposoban – pridonosi se sigurnosti prometa na cestama
- nekritičkim slanjem izvješća za sve pacijente koji su vozači bespotrebno bi se zatrpale policijske uprave, odnosno policijske postaje, inicirao velik broj izvanrednih pregleda i dodatno opteretili liječnici koji su ovlašteni za obavljanje zdravstvenih pregleda za vozače, a na što ni pacijenti ne bi blagonaklono reagirali

Koji su učinci i (moguće) posljedice neobavještavanja?

- vozač je osoba koja nije sposobna sigurno upravljati vozilom – ugrožavanje dobrobiti tog pacijenta vozača i sigurnosti drugih sudionika prometa na cestama
- neispunjavanje zakonske obveze obavještavanja
- kažnjavanje za prekršaj i novčana kazna
- građanskopravna odgovornost za naknadu štete

6. PRETRAGA LIJEČNIČKE ORDINACIJE

Prema odredbama članka 26. Zakona o liječništvu, pretragu liječničke ordinacije može odrediti samo nadležni sud pisanim nalogom ako su za to ispunjeni uvjeti propisani zakonom.

Kada se odredi pretraga liječničke ordinacije, sud o tome mora odmah obavijestiti Hrvatsku liječničku komoru, odnosno njezino povjerenstvo na čijem se području nalazi ordinacija u kojoj treba obaviti pretragu.

Pravo je liječnika da on ili njegov zastupnik i obvezatno dva svjedoka, od kojih jedan može biti i predstavnik Hrvatske liječničke komore, prisustvuje pretrazi liječničke ordinacije.

Kod pretrage liječničke ordinacije ne smije biti povrijeđena tajnost liječničke dokumentacije i predmeta na štetu pacijenata.

Pregled liječničke ordinacije mora biti ograničen na pregled samo onih dokumenata i predmeta koji su u izravnoj vezi s kaznenim djelom zbog kojega se vodi postupak.

Dokazi pribavljeni u protivnosti s odredbama članka 26. Zakona o liječništvu ne mogu se upotrijebiti u postupku protiv liječnika i njegovih pacijenata.

7. VAŽNOST PREVENTIVOG DJELOVANJA I POSTUPANJA U SKLADU S VAŽEĆIM PROPISIMA

Liječnička djelatnost, osim pregleda kojim se utvrđuje postojanje ili nepostojanje tjelesnih, odnosno psihičkih bolesti, tjelesnih oštećenja ili anomalija; liječenja; propisivanja lijekova, medicinskih proizvoda i pomagala i dr., obuhvaća i druge radnje koje su propisane općim i posebnim propisima.

Dakle, neovisno tome što je primarna svrha liječničke djelatnosti zaštita zdravlja pojedinca i cjelokupnog pučanstva, ne treba zanemariti da su se liječnici ipak, s obzirom na svoje zvanje, dužni upoznati i sa svim propisima koji su mjerodavni za obavljanje liječničke djelatnosti.

Ono što se na prvi pogled prosječnom liječniku, pored svih izuzetno bitnih i hitnih liječničkih djelatnosti, čini kao nepotrebna administracija i kompliciranje, sa sobom nažalost može povući jako ozbiljne štetne posljedice - kaznenu, prekršajnu, disciplinsku i građansku odgovornost (naknadu štete), ali i povredu iz radnog odnosa.

Kao što je uvodno navedeno, kod obveze obavještavanja prema Zakonu o sigurnosti na cestama (i Pravilniku) ne radi se o novoj obvezi pa bi stoga ove slučajeve trebalo iskoristiti na najbolji mogući način kako bi se liječnici na vrijeme zaštitili od svih budućih neželjenih ishoda. Naime, **neovisno o tome je li trenutačno normativno uređenje „dobro“ ili „loše“, sve dok je ono na snazi svi liječnici u Republici Hrvatskoj dužni su postupati u skladu s njime**.

Kako bi se liječnici na vrijeme pokušali zaštititi i izbjeći neugodne situacije u kojima su se našle spomenute liječnice s početka teksta, u nastavku se daje nekoliko savjeta:

- odvojite vrijeme i upoznajte se sa propisima koji reguliraju ovu materiju
- razmislite s utvrđivanjem kojih bolesti, stanja ili invalidnosti zbog koje pacijent više ne bi bio sposoban sigurno upravljati vozilom se susrećete u obavljanju svoje djelatnosti - u slučaju nedoumice konzultirajte se s kolegama jer i drugi liječnici vjerojatno imaju slične nedoumice

- sastavite podsjetnik za sebe i za druge osobe s kojima surađujete i koje Vam pomažu u obavljanju djelatnosti
- isprintajte i pohranite na vidljivo mjesto primjerke Izvješća o promjeni zdravstvenog stanja ili tijeku liječenja vozača i kandidata za vozača kako bi Vam bili lako dostupni radi popunjavanja u slučaju potrebe
- zabilježite na koji način možete provjeriti koja bi policijska uprava ili postaja bila nadležna
- evidentirajte da ste nakon utvrđenja bolesti, stanja ili invalidnosti zbog koje pacijent više ne bi bio sposoban sigurno upravljati vozilom upozorili pacijenta
- za slučaj eventualne pretrage, informirajte se o odvjetnicima, po mogućnosti iz svoje blizine, koji se bave kaznenim i/ili prekršajnim pravom kako bi ih u slučaju potrebe mogli angažirati u vrlo kratkom roku
- u slučaju pretrage, imajte razumijevanja jer i policijski službenici samo obavljaju svoj posao na temelju naloga nadležnog tijela i pokušajte maksimalno surađivati, ali pri tome vodite računa o svojim pravima i interesima te o pravima i interesima svih svojih pacijenata
- zatražite da Vam se prije početka preda nalog – u nalogu mora biti navedena svrha pretrage
- inzistirajte na svom pravu na branitelja i da predstavnik Hrvatske liječničke komore prisustvuje pretrazi liječničke ordinacije – u takvoj situaciji jako je korisno pored sebe imati kvalificirane osobe koje se češće nalaze u takvim situacijama i mogu pomoći svojim prisustvom i savjetima
- pažljivo pročitajte zapisnik prije potpisivanja, posebice jesu li točno opisani predmeti i isprave koji se oduzimaju, a ako navedeni sadržaj ne odgovara stvarnom stanju, istaknite prigovor - ako se Vaš prigovor ne unese, a smatrate da je bitan za kasnije dokazivanje, nemojte potpisati zapisnik
- najbitnije, ostanite mirni i nemojte dopustiti da ovakve situacije utječu na kvalitetno obavljanje Vaše djelatnosti - svatko je nedužan i nitko ga ne može smatrati krivim dok mu se pravomoćnom odlukom ne utvrdi krivnja – u postupku tek treba utvrditi jeste li trebali poslati izvješće, odnosno jeste li baš Vi konkretno prilikom pregleda ili liječenja utvrdili ili uopće mogli utvrditi da je pojedini pacijent vozač i da boluje od bolesti, ima invalidnost ili se nalazi u stanju zbog kojega nije više sposoban sigurno upravljati vozilom
- ako je i došlo do počinjenja prekršaja, određujući vrstu i mjeru kazne koju će primijeniti, sud mora uzeti u obzir sve okolnosti koje utječu da kazna po vrsti i mjeri bude lakša ili teža za počinitelja prekršaja (olakotne i otegotne okolnosti), odnosno ukupnost društvenih i osobnih uzroka koji su pridonijeli počinjenju prekršaja.

[1] U trenutku pisanja ovog teksta, nisu dostupni podaci o tome da bi postojala pravomoćna odluka kojom bi ta liječnica bila proglašena krivom.

[2] Postupanje protivno odredbama članka 23. smatra se prekršajem za koji je propisana novčana kazna. Prema odredbi članka 59. točke 5. Zakona o liječništvu, novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj liječnik ako ne vodi i čuva medicinsku dokumentaciju u skladu sa člankom 23. tog zakona.

[3] Prema odredbi članka 59. točke 3. Zakona o liječništvu, novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj liječnik ako ne poštuje obvezu čuvanja liječničke tajne (članak 21.).

[4] Prema odredbama članka 10. stavaka 1. i 2. Kodeksa medicinske etike i deontologije, poštivanje odredaba ovoga Kodeksa obvezno je za sve liječnike, a povrede njegovih odredaba disciplinske su povrede.

[5] Povreda prava na povjerljivost podataka iz članka 25. Zakona o zaštiti prava pacijenata smatra se prekršajem za koji su tim istim zakonom u članku 41. propisane novčane kazne.

[6] Prema odredbi članka 164. stavka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, povreda čuvanja profesionalne tajne teža je povreda obveze iz radnog odnosa. Iznimno od odredbe članka 164. stavka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, osobe iz članka 163. tog zakona obvezne su podatke o zdravstvenom stanju pacijenta priopćiti na zahtjev Ministarstva, drugih tijela državne uprave u skladu s posebnim propisima, nadležne komore ili sudbene vlasti (st. 2.).

[7] Liječnici su u određenim slučajevima ovlašteni otkriti liječničku tajnu, odnosno čak i dužni podnijeti prijavu koja sadrži određene informacije o pacijentovom zdravstvenom stanju. Tako je primjerice, odredbama članka 22. Zakona o liječništvu propisano da je liječnik obvezan podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja da je smrt ili tjelesna ozljeda osobe nastala nasilnim putem (st. 1.). Liječnik je prijavu iz stavka 1. ovog članka obvezan podnijeti i kada posumnja da je malodobnoj ili nemoćnoj osobi zdravstveno stanje ozbiljno ugroženo zapuštanjem ili zlostavljanjem (st. 2.).

Vrlo bitna obveza prijavljivanja propisana je odredbama Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti („Narodne novine“, br. 79/07., 113/08., 43/09., 130/17. i 114/18.) - odredbama tog zakona propisana je obveza prijavljivanja određenih zaraznih bolesti kako bi se moglo osigurati provođenje mjera za zaštitu pučanstva od tih zaraznih bolesti.

[8] Primjerice, Kazneni zakon („Narodne novine“, r. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15., 101/17. i 118/18.) kao kazneno djelo propisuje neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne.

„Članak 145.

(1) Odvjetnik, javni bilježnik, zdravstveni radnik, psiholog, djelatnik ustanove socijalne skrbi, vjerski ispovjednik ili druga osoba koja neovlašteno otkrije podatak o osobnom ili obiteljskom životu koji joj je povjeren u obavljanju njezinog zvanja,

kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine.

(2) Nema kaznenog djela iz stavka 1. ovoga članka ako je otkrivanje tajne počinjeno u javnom interesu ili interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne.

(3) Kazneno djelo iz stavka 1. ovoga članka progoni se po prijedlogu.“

[9] Čl. 233. st. 4. i 5. Zakona o sigurnosti prometa na cestama.

[10] Odredbom članka 2. stavka 3. Prekršajnog zakona propisano je da nitko ne može biti kažnjen niti se prema njemu može primijeniti druga prekršajnopravna sankcija za djelo koje prije nego je bilo počinjeno nije bilo zakonom ili međunarodnim pravom ili odlukom jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave određeno kao prekršaj i za koji zakonom ili odlukom jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave nije bilo propisano koja se vrsta i mjera prekršajnopravne sankcije počinitelju može izreći, odnosno primijeniti.

[11] https://mup.gov.hr/kontakt-281975/281975

U spomen na herojstvo i humanizam dr. Ivana Šretera zagrebački park nosit će njegovo ime

Odbor za imenovanje naselja, ulica i trgova Grada Zagreba jednoglasno je podržao prijedlog da se javna površina, park omeđen Ulicom Mije Kišpatića, Gorjanićevom ulicom te Gornjim prečacem (u neposrednoj blizini KBC-a Zagreb) nazove imenom dr. Ivana Šretera, liječnika i humanista, ravnatelja bolnice u Lipiku kojeg je srpski agresor u kolovozu 1991. nasilno odveo i nakon mučenja ubio.

Odbor je od Gradskog ureda za katastar i geodetske poslove zatražio da za Gradsku skupštinu Grada Zagreba pripremi potrebnu dokumentaciju za utvrđivanje prijedloga zaključka o imenovanju Parka Ivana Šretera. Inicijativu za imenovanje javne površine imenom dr. Ivana Šretera podnijela je Hrvatska liječnička komora u proljeće 2018. godine.

Dr. Šreter, heroj i mučenik, ravnatelj bolnice u Lipiku i predsjednik Kriznog štaba za zapadnu Slavoniju nasilno je odveden 18. kolovoza 1991. Zarobljen je na barikadama u selu Kukunjevac., a potom su ga četnici prebacili u jednu kuću u blizini zloglasnog logora Bučje gdje je prema izjavama rijetkih očevidaca mučen i ubijen. Mrtvim je proglašen 1993., a do danas nije utvrđeno kada je i gdje ubijen niti gdje se nalaze njegovi posmrtni ostaci.

O životu pakračkog mučenika Dražen Bušić je 2009. snimio dokumentarac „Časnik mirotvorac".

Ivan Šreter je rođen 21. prosinca 1951. u Pakracu. Nakon srednje fizioterapeutske škole uputio se u Zagreb na studij medicine nakon kojega se vratio u rodni kraj gdje mu se ispunila mladenačka želja. Zaposlio se kao liječnik opće prakse u lipičkoj bolnici. Specijalizirao je fizikalnu medicinu, a tijekom 1987. je upisao poslijediplomski studij iz reumatologije. Bio je predavač u fizioterapeutskoj školi u Pakracu, konzilijarni liječnik u bolnicama u Pakracu, Novoj Gradišci, ambulanti Garešnica i u Podravskoj Slatini.

Sredinom osamdesetih godina dr. Šreter je dospio u medije zbog slučaja "časnik". Naime, nekom oficiru JNA je u karton umjesto "penzionirani oficir" napisao "umirovljeni časnik". Kazna za to je bila pedeset dana zatvora, ali je poslije promijenjena u deset koje je Šreter proveo štrajkajući glađu. Od brojnih osoba kojima se tada obratio za podršku odgovorio mu je samo kardinal Franjo Kuharić. Poručio mu je da mora misliti na svoje zdravlje. Nakon izvršenja kazne vraća se na radno mjesto te uskoro postaje i ravnateljem bolnice. Uoči demokratskih promjena učlanjuje se u HDZ, a početkom srpske agresije dragovoljno je prihvatio biti predsjednikom Kriznog štaba za zapadnu Slavoniju. Dr. Šreter najviši je državni dužnosnik stradao u Domovinskom ratu.

S. Škugor-Hrnčević.

Priopćenje Komore za javnost

TRAŽIMO OD VLADE ZAKON O PLAĆAMA LIJEČNIKA ILI STRUKOVNI KOLEKTIVNI UGOVOR

Hrvatska liječnička komora traži od Vlade Republike Hrvatske da žurno riješi problem definiranja liječničkih plaća. Liječnici, koji su nositelj zdravstvenog sustava, još uvijek ne sudjeluju u kolektivnom pregovaranju jer je zakon odredio da Hrvatski liječnički sindikat nije reprezentativan te stoga ne može sudjelovati u sindikalnim pregovorima. Kadrovsko stanje u hrvatskom zdravstvu svakim danom je sve teže, a najnoviji razvoj događaja u sindikalnim pregovorima u kojem je Vlada odbila potvrditi povećanje plaća od 4 % dogovoreno s ministrom zdravstva, nažalost pokazuje da Vlada ne prepoznaje dubinu problema u zdravstvenom sustavu.

„Liječnici mogu samo kao statisti promatrati još jednu epizodu neuspješnog kolektivnog pregovaranja Vlade RH i reprezentativnih sindikata u zdravstvenom sustavu. Hrvatska liječnička komora već godinama upozorava da najvažniji i najodgovorniji dionici zdravstvenog sustava – liječnici - uopće nemaju mogućnost sudjelovanja u izravnim pregovorima s hrvatskom Vladom i tako ugovarati svoja radna prava i obveze“ podsjeća predsjednik Hrvatske liječničke komore, dr. sc. Krešimir Luetić.

Nereprezentativnost, uporno ignoriranje liječničkih zahtjeva za samostalnim pregovaranjem, nepravilan obračun prekovremenih sati, nedopustiv pritisak na sudstvo da se brojni radni sporovi o obračunu plaće presude protiv liječnika, rastuće nasilje u zdravstvenim ustanovama, nejasna provedba rada pod nadzorom za mlade kolege te tzv. robovlasnički ugovori za specijalizante, dio su složenog problema zbog kojih naši liječnici napuštaju Hrvatsku i odlaze u inozemstvo, poručuju iz Liječničke komore.

Sve dosadašnje hrvatske vlade odbijale su promijeniti zakon kojim bi se liječnicima omogućilo izravno pregovaranje s poslodavcem, tj. državom, o njihovim materijalnim pravima, što je u Europskoj uniji standard.

„Uporno odbijanje hrvatskih vlada da se liječnicima omogući strukovni kolektivni ugovor za liječnike je degradirajuće, a posebno je demotivirajuće za ostanak liječnika u Hrvatskoj. Liječnička komora stoga predlaže Vladi RH drukčiji model rješenja: donošenje posebnog Zakona o plaćama liječnika koji će, po uzoru na Zakon o plaćama sudaca, osnovnu plaću liječnika specijalista propisati na razini plaće županijskog suca. Kroz taj zakon bi se mogle definirati sve specifičnosti liječničke djelatnosti. Snažno zagovaranje donošenja Zakona o plaćama liječnika bit će prioritet Komore u mjesecima koji su pred nama.

Ovakav odnos vladajućih prema ljudima koji svojim predanim i odgovornim radom, žrtvom, odricanjem i ekstremno velikom prekovremenom satnicom održavaju dostupnost i kvalitetu našega zdravstvenog sustava, dodatno srozava ionako već značajno narušen status liječnika u našem društvu, a mladim kolegama, nažalost, jasno pokazuje da svoju profesionalnu budućnost potraže preko granice“ ističe dr. Luetić.

Hrvatska liječnička komora još jednom upozorava da je manjak liječnika i drugog zdravstvenog osoblja dosegnuo zabrinjavajuću razinu koja utječe na pružanje prikladne, pravovremene i učinkovite zdravstvene zaštite našim građanima.

Stoga Hrvatska liječnička komora poziva hrvatsku Vladu, odnosno resorna ministarstva, da u dijalogu s predstavnicima liječničke struke žurno prionu rješavanju problema liječništva, a da prvi i najvažniji korak u tome bude donošenje posebnog Zakona o plaćama liječnika ili strukovnog kolektivnog ugovora.

Uporno odbijanje hrvatskih vlada da se liječnicima omogući strukovni kolektivni ugovor za liječnike je degradirajuće, a posebno je demotivirajuće za ostanak liječnika u Hrvatskoj. Liječnička komora stoga predlaže Vladi RH drukčiji model rješenja: donošenje posebnog Zakona o plaćama liječnika koji će, po uzoru na Zakon o plaćama sudaca, osnovnu plaću liječnika specijalista propisati na razini plaće županijskog suca. Kroz taj zakon bi se mogle definirati sve specifičnosti liječničke djelatnosti. Snažno zagovaranje donošenja Zakona o plaćama liječnika bit će prioritet Komore u mjesecima koji su pred nama“, poručio je predsjednik Komore dr. sc. Krešimir Luetić.

Produljen Kolektivni ugovor u zdravstvu, zasad ništa od povišica

Hrvatski liječnički sindikat i dalje nije „reprezentativan“

Iako su predstavnici sindikata djelatnika u zdravstvu i ministar zdravstva Milan Kujundžić sredinom srpnja parafirali sporazum o povećanju plaća zdravstvenim djelatnicima, Vlada RH to nije prihvatila već su 31. srpnja Ministarstvo zdravstva i predstavnici sindikata potpisali produljenje Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja do 31. listopada 2019. Dogovoreno je da se o zahtjevima za povećanje plaća za 72 tisuće radnika u sustavu nastave pregovori nakon 20. kolovoza. U pregovorima su sudjelovali Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara – medicinskih tehničara (HSSMS) i Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske (SSZSSH), te predstavnica Hrvatske liječničke komore bez prava reprezentativnosti. Sindikati su načelno uspjeli dogovoriti povećanje plaća od 1. kolovoza za 3 posto za sve radnike u zdravstvu i zdravstvenom osiguranju, te povećanje od 4 posto počevši od 1. listopada za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike koji sudjeluju u dijagnostičkim postupcima. Tekst takvog dogovora je ministar Kujundžić parafirao sredinom srpnja, a nakon što ga Vlada nije prihvatila izjavio je kako se nada da će se za tri mjeseca pronaći sredstva kojima bi se moglo zadovoljiti povećanje plaća.

Tim je povodom u Dnevniku Nove TV gostovala dopredsjednica HLK-a dr. Ivana Šmit

Na pitanje razmišljaju li i liječnici možda o štrajku kao što to najavljuju drugi zdravstveni djelatnici, dr. Šmit je pojasnila da Hrvatski liječnički sindikat nažalost zbog zakonskih odredaba nije reprezentativan i stoga ne može organizirati štrajk. Međutim, postoje izgledi da ako bilo koji drugi reprezentativni sindikat u zdravstvu organizira štrajk, da mu se liječnici pridruže. Teoretski je moguće da sudjelujemo u štrajku. Ali, dodala je, imamo drugog oružja u rukama za prisiljavanje Vlade da konačno ispoštuje dugogodišnje obećanje da liječnici samostalno pregovaraju o svojim radnim pravima, a ne da to umjesto njih čine sindikati koji su reprezentativni, ali koji s liječnicima ne dijele profesionalnu odgovornost. Liječnici mogu potpisati odluku da neće raditi dulje od 48 sati te da stoga kompletan zdravstveni sustav, koji zapravo počiva na radu liječnika i prekovremenim satima, padne u vodu. Za tako nešto trebalo bi prema procjenama nekoliko dana. Sustav se bez takvog rada, koji počiva na minimalno tri milijuna prekovremenih sati godišnje, ne može pokriti. Za razumjeti je situaciju s obzirom na to da smo u posljednje vrijeme bili dosta pasivni i nismo potezali nekakve radikalnije mjere, odgovorila je na pitanje iznenađuje li liječnike odnos države prema njima, posebno stoga što svakodnevno odlaze u inozemstvo. Stanje na terenu je kritično. Ljudima je stvarno pregorjelo. Više ne vide apsolutno nikakav smisao u teškim obećanjima koja dolaze iz vladajuće strukture, jer se ona nažalost ne obistine pa sve češće realiziraju svoje prijetnje i odlaze van. Najnoviji su primjer dva mlada bračna para koja su procijenila da im život i rad u hrvatskom zdravstvenom sustavu više ne pruža nikakve profesionalne niti bilo kakve moralne i materijalne satisfakcije pa su odlučili svoju profesionalnu sudbinu nastaviti u zemljama EU-a, konkretno u Švedskoj, navela je dopredsjednica HLK-a Ivana Šmit.

Liječnici mogu potpisati odluku da neće raditi dulje od 48 sati te da stoga kompletan zdravstveni sustav, koji zapravo počiva na radu liječnika i prekovremenim satima, padne u vodu. Za tako nešto trebalo bi po procjenama nekoliko dana.

NOVI ČLANOVI POVJERENSTAVA, VIJEĆA I ČASNIH SUDOVA

POVJERENSTVO ZA MEDICINSKU ETIKU I DEONTOLOGIJU

predsjednica Povjerenstva

prof. prim. dr. sc. LADA ZIBAR, dr. med., Zagreb

članovi Povjerenstva:

doc. prim. dr. sc. TOMISLAV FRANIĆ, dr. med., Split - zamjenik predsjednice

izv. prof. prim. dr. sc. IGOR FILIPČIĆ, dr. med., Zagreb

mr. sc. DRAGUTIN PETKOVIĆ, dr. med., Dubrovnik

doc. dr. sc. TEA ŠTIMAC, dr. med., Rijeka

VESNA TABAK, dr. med., Zagreb

prim. dr. sc. IVAN ŽOKALJ, dr. med., Čakovec

POVJERENSTVO ZA STRUČNA PITANJA I STRUČNI NADZOR

predsjednica Povjerenstva

dr. sc. JADRANKA PAVIČIĆ ŠARIĆ, dr.med., Zagreb

članovi Povjerenstva:

doc. prim. dr. sc. JOŠKO MARKIĆ, dr. med., Split - zamjenik predsjednice

SONJA BARAČ, dr. med., Metković

doc. dr. sc. DRŽISLAV KALAFATIĆ, dr. med., Zagreb

doc. dr. sc. MARKO KUTLEŠA, dr. med., Zagreb

prim. MARIO MALOVIĆ, dr. med., Zagreb

dr. sc. TEA MIROŠEVIĆ ZUBONJA, dr. med., Osijek

doc. dr. sc. ANNA MRZLJAK, dr. med., Zagreb

izv. prof. prim. dr. sc. KLEMENTINA RUŽIĆ, dr. med., Rijeka

POVJERENSTVO ZA MEDICINSKU IZOBRAZBU LIJEČNIKA

predsjednik Povjerenstva

IVAN LEROTIĆ, dr. med., Zagreb

članovi Povjerenstva:

ŽELJKO BLAŽINKOV, dr. med., Slavonski Brod - zamjenik predsjednika

doc. prim. dr. sc. IVICA BILIĆ, dr. med., Split

doc. prim. dr. sc. DRAŽAN BUTORAC, dr. med., Zagreb

ŽELJKA GRĐAN, dr. med., Varaždin

BORIS LOVRIĆ, dr. med., Nova Gradiška

VEDRAN TOMAŠIĆ, dr. med., Zagreb

POVJERENSTVO ZA PRIMARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

predsjednica Povjerenstva

prim. INES BALINT, dr. med., Strmec

članovi Povjerenstva:

LJILJANA ĆENAN, dr. med., Ivankovo - zamjenica predsjednice

ILONKA ARTUKOVIĆ, dr. med., Samobor

DIANA KRALJ, dr. med., Draganić

LJUBICA PAVELIN, dr. med., Kaštel Gomilica

SANJA SCARPA-BUGARIĆ, dr. med., Osijek

MIRJANA SEMENIĆ RUTKO, dr. med., Vukovar

POVJERENSTVO ZA BOLNIČKU DJELATNOST

predsjednik Povjerenstva

prof. dr. sc. DAVOR VAGIĆ, dr. med., Zagreb

članovi Povjerenstva:

dr. sc. MIRO BAKULA, dr. med., Zagreb - zamjenik predsjednika

doc. prim. dr. sc. MARIJO BEKIĆ, dr. med., Dubrovnik

prim. mr. sc. NEVEN ČAČE, dr. med., Rijeka

NEDILJKO JOVIĆ, dr. med., Zadar

LJUBICA LUETIĆ CAVOR, dr. med., Zagreb

dr. sc. IVAN MILAS, dr. med., Zagreb

POVJERENSTVO ZA PRIVATNU PRAKSU I UGOVORNU SPECIJALISTIČKU IZVANBOLNIČKU DJELATNOST

predsjednik Povjerenstva

prim. BORIS UJEVIĆ, dr. med., Zagreb

članovi Povjerenstva:

ANTE BARIŠIĆ, dr. med., Zagreb - zamjenik predsjednika

DINKO BAGATIN, dr. med., Zagreb

doc. dr. sc. GORAN GEBER, dr. med., Zagreb

JOSIP GLAVIĆ, dr. med., Dubrovnik

NATAŠA POLDAN GRABAR, dr. med., Rijeka

prim. dr. sc. VLADIMIR ŠPARAC, dr. med., Split

POVJERENSTVO ZA JAVNOZDRAVSTVENU DJELATNOST

predsjednica Povjerenstva

VESNA ŠTEFANČIĆ, dr. med., Zagreb

članovi Povjerenstva:

prim. ŽELJKA KARIN, dr. med., Split - zamjenica predsjednice

NATAŠA DRAGAŠ ZUBALJ, dr. med., Rijeka

prim. MARINA PAYERL PAL, dr. med., Čakovec

VEDRAN ŠĆURIC, dr. med., Bjelovar

MAJA VAJAGIĆ, dr. med., Zagreb

DUBRAVKA VUKOVIĆ, dr. med., Osijek

POVJERENSTVO ZA OSTALE LIJEČNIČKE DJELATNOSTI

predsjednik Povjerenstva

ALEN BABACANLI, dr.med., Zagreb

članovi Povjerenstva:

dr. sc. LANA VIDEC PENAVIĆ, dr. med., Zagreb - zamjenica predsjednika

DENIS KULJANIĆ, dr. med., Vinkovci

doc. dr. sc. SUZANA MIMICA MATANOVIĆ, dr. med., Osijek

PATRICIJA TOPIĆ ŠESTAN, dr. med., Zagreb

ANDREJA VINEK, dr. med., Zagreb

POVJERENSTVO ZA MEĐUNARODNU SURADNJU

predsjednik Povjerenstva

IVAN RAGUŽ, dr. med., Zagreb

članovi Povjerenstva:

dr. sc. MARIJA PERIĆ, dr. med., Osijek - zamjenica predsjednika

prim. dr. sc. TAJANA PAVIĆ, dr. med., Zagreb

LINDA ROSSINI GAJŠAK, dr. med., Popovača

doc. prim. dr. sc. SANDA STOJANOVIĆ STIPIĆ, dr. med., Split

DALIBOR ZDENČAR, dr. med., Zagreb

ŽANA ŽEGARAC, dr. med., Zagreb

POVJERENSTVO ZA MLADE LIJEČNIKE

predsjednica Povjerenstva:

MARIJA ROGOZNICA, dr. med., Opatija

članovi Povjerenstva:

dr. sc. DAVOR KUST, dr. med., Zagreb - zamjenik predsjednice

FILIP ĐERKE, dr. med., Zagreb

VUK PRICA, dr. med., Rijeka

IGOR SALOPEK, dr. med., Karlovac

KSENIJA VUČUR, dr. med., Zagreb

ČASNI SUD KOMORE

predsjednik Časnog suda Komore

IVICA VESELIĆ, dipl. iur., Zagreb

zamjenica predsjednika Časnog suda Komore

TANJA PAVELIN, dipl. iur., Zagreb

članovi:

SVJETLANA AZENIĆ MITROVIĆ, dr. med., Vukovar

prof. prim. dr. sc. DUBRAVKO HABEK, dr. med., Zagreb

MILJENKO KOVAČIĆ, dr. med., Zagreb

SANJA PAVIČIĆ PERKOVIĆ, dr. med., Split

prof. dr. sc. VINKO VIDJAK, dr. med., Zagreb

zamjenici članova:

ALEN BIŠĆANIN, dr. med., Zagreb

BERNARD BUDIMIR, dr. med., Zagreb

MARINO DEROSSI, dr. med., Pula

prof. dr. sc. ILIJA KUZMAN, dr. med., Zagreb

mr. sc. GORAN SAMARDŽIJA, dr. med., Osijek

VISOKI ČASNI SUD KOMORE

predsjednik Visokog časnog suda Komore

IVAN TURUDIĆ, dipl. iur., Zagreb

zamjenica predsjednika Visokog časnog suda Komore

IVANA BUJAS, dipl. iur., Zagreb

članovi:

prof. dr. sc. ANTE BILIĆ, dr. med., Zagreb

prim. BRANISLAV KOCMAN, dr. med., Zagreb

prof. prim. dr. sc. MIROSLAV KOPJAR, dr. med., Zlatar

prim. SLAVKO LOVASIĆ, dr. med., Samobor

prof. dr. sc. MARIO ZOVAK, dr. med., Zagreb

zamjenici članova:

prim. dr. sc. MARINKO ARTUKOVIĆ, dr. med., Zagreb

prof. dr. sc. BRUNO BARŠIĆ, dr. med., Zagrb

dr. sc. SANJA KOVAČIĆ, dr. med., Zabok

JELENKO LAZIĆ, dr. med., Karlovac

SANJA ZEMBER, dr. med., Varaždin

VIJEĆE:

BJELOVARSKO-BILOGORSKA

Goran Povh, dr. med., Bjelovar

BRODSKO-POSAVSKA

prim. Ninoslav Leko, dr. med., Slavonski Brod

DUBROVAČKO-NERETVANSKA

prim. mr. sc. Srećko Ljubičić, dr. med., Dubrovnik

GRAD ZAGREB

Ivan Bekavac, dr. med., Zagreb

ISTARSKA

Marin Petrinović, dr. med., Pula

KARLOVAČKA

Petar Mišković, dr. med., Karlovac

KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA

Nenad Teufel, dr. med., Koprivnica

KRAPINSKO-ZAGORSKA

Vanja Đukić, dr. med., Zabok

LIČKO-SENJSKA

Mirjana Vrkljan Radošević, dr. med., Gospić

MEĐIMURSKA

prim. dr. sc. Ivan Žokalj, dr. med., Čakovec

OSJEČKO-BARANJSKA

Vedran Zubčić, dr. med., Osijek

POŽEŠKO-SLAVONSKA

Milan Gojo, dr. med., Požega

PRIMORSKO-GORANSKA

prof. dr. sc. Goran Hauser, dr. med., Rijeka

SISAČKO-MOSLAVAČKA

Marlena Ljubičić, dr. med., Sisak

SPLITSKO-DALMATINSKA

doc. dr. sc. Ljubo Znaor, dr. med., Split

ŠIBENSKO-KNINSKA

Nino Brajković, dr. med., Šibenik

VARAŽDINSKA

dr. sc. Goran Benko, dr. med., Varaždin

VIROVITIČKO-PODRAVSKA

Berislav Bulat, dr. med., Virovitica

VUKOVARSKO-SRIJEMSKA

Domagoj Marinić, dr. med., Vinkovci

ZADARSKA

Tomislav Dominis, dr. med., Zadar

ZAGREBAČKA

Senad Muslić, dr. med., Samobor

POVJERENSTVO HZZO-a

Marica Roginić, dr. med., Zagreb

POVJERENSTVO MORH-a

general Boris Zdilar, dr. med., Zagreb

NATJEČAJ ZA STIPENDIJE ISTRAŽIVAČIMA

Hrvatska zaklada za znanost objavila je novi natječaj u okviru programa „Potpora istraživačima za prijavu na programe Europskog istraživačkog vijeća". Programom se financiraju posjeti hrvatskih znanstvenika voditeljima tekućih projekata ERC. Trajanje posjeta je od 1 do 6 mjeseci. Nakon povratka gostujući istraživač obvezan je prijaviti se na sljedeći dostupan natječaj ERC (*Starting Grant, Consolidator Grant, Advanced Grant, Synergy Grant*). Natječaj je otvoren do 2. listopada 2019. Sve informacije o natječaju dostupne su na sljedećoj poveznici: https://www.hrzz.hr/default.aspx?id=53

Privatna ginekološka ordinacija

Prodaje se potpuno Privatna ginekološka ordinacija u Šibeniku, Jerka Machieda 18, površine 85 m^2, zbog odlaska u mirovinu.

Oprema ordinacije je vidljiva na internetskoj stranici: **w.w.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 pacijentica.

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

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

Obavijest o izgubljenim licencama

Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Iti Jelić Pranjić**, dr. med. dana 21.12.2015. godine za samostalno obavljanje poslova liječnika opće medicine na vremensko razdoblje od 21.12.2015. do 21.12.2021., serijski broj: 025292, proglašava se nevažećim.

Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano prof. dr. sc. **Josipu Paladinu**, dr. med. dana 20.12.2014. godine za samostalno obavljanje poslova specijalista neurokirurgije na vremensko razdoblje od 20.12.2014.. do 20.12.2020., serijski broj: 0035362, proglašava se nevažećim.

Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Stjepanu Radiću**, dr. med. dana 15.5.2019. godine za samostalno obavljanje poslova liječnika opće medicine na vremensko razdoblje od 15.4.2019. do 15.4.2025., serijski broj: 0053927, proglašava se nevažećim.

Odobrenje za samostalan rad (licenca) izdano **Igoru Vlašičeku**, dr. med. dana 26.5.2017. godine za samostalno obavljanje poslova liječnika opće medicine na vremensko razdoblje od 26.5.2017. do 26.5.2023., serijski broj: 0040248, proglašava se nevažećim.

Za koje potvrde i radnje u nadležnosti Komore članovi (ne)plaćaju naknade

Odlukom Izvršnog odbora Komore od ožujka ove godine članovi Komore koji uredno plaćaju članarinu, odnosno oni koji nemaju nepodmirenih financijskih obveza, oslobođeni su plaćanja naknade za:

- izdavanje potvrde o sukladnosti obrazovanja doktora medicine s Direktivom 2005/36;

- izdavanje potvrde o stvarnom i zakonitom Obavljanju djelatnosti (stečena prava);

- izdavanje potvrde za potrebe liječnika koji odlaze u inozemstvo radi zaposlenja ili edukacije;

- izdavanje potvrde o stupnju obrazovanja.

Od travnja ove godine izrada prve liječničke iskaznice koja se izdaje na zahtjev člana je također besplatna. U slučaju drugog, kao i svakog daljnjeg izdavanja, troškove podmiruje član Komore u iznosu od 100 kuna.

Članovi Komore, ali i oni koji to više nisu, također ne plaćaju naknadu za izdavanje potvrde o dobrom ugledu (Certificate of Good Standing).

Obvezna upisnina u Komoru iznosi 400 kuna i plaća se jednokratno. U slučaju ponovnog upisa, nakon što je liječniku na osobni zahtjev prestalo članstvo u Komori, obvezan je platiti 2.000 kuna upisnine, a u slučaju trećeg upisa 3.000 kuna. Upisnina u slučaju svakog daljnjeg upisa povisuje se za 1.000 kuna.

Troškovi ispita pred ispitnom komisijom Komore radi provjere stručnosti kandidata iznose 2.500 kuna (prema novoj odluci koja stupa na snagu 12. rujna 2019.).

Članarina za liječnike koji rade iznosi 125 kuna, a za umirovljenike 60 kuna mjesečno.

Plaćanja članarine oslobođeni su nezaposleni liječnici, liječnici za vrijeme privremene nesposobnosti za rad (bolovanja) duljeg od 42 dana na teret HZZO-a, za vrijeme rodiljnog i roditeljskog, odnosno posvojiteljskog dopusta. Član je dužan obavijestiti Komoru o svakoj promjeni statusa koja utječe na oslobađanje od plaćanja članarine u roku od mjesec dana od nastanka okolnosti na temelju kojih ostvaruje to pravo.

OSVRT NA RAZVOJ DJEČJE ORTOPEDIJE U EUROPI I HRVATSKOJ

Poštovani kolegice i kolege, dužnost mi je reagirati na članak koji je pod tim naslovom objavljen u srpanjskom broju LN 2019.

Izvještavati kako je ugroženo liječenje najmanjih ortopedskih bolesnika te kako se neopravdano upućuju na liječenje u inozemstvo nije točno, a navod da vrhunska dječja ortopedija neće biti zadržana u Hrvatskoj u najmanju ruku je neozbiljno. Dječja ortopedija je uža specijalnost područja ortopedije koja se brine o bolesnicima od bolesti i ozljeda lokomotornog sustava od prvog dana života do njihove 18. godine. U tri velike ortopedske kuće u Hrvatskoj - KBC Zagreb, Klinika za ortopediju i traumatologiju Lovran te KBC Osijek - omogućene su dječje ortopedske ambulante svakodnevno u redovito radno vrijeme, a u manjim ustanovama ortopedi također djeluju i liječe naše najmlađe bolesnike. Neću se osvrtati na druge ustanove jer točne podatke nemam, no u KBC-u Osijek raspolažemo sa svim potrebnim ugradbenim materijalima za operacijsko liječenje naših bolesnika, a posebno je opremljena i dječja soba u Zavodu za ortopediju i traumatologiju KBC-a Osijek. U pravilu ne bavimo se konačnim liječenjem malignih koštanih tumora u djece i operacijskim liječenjem skolioza, zbog čega se bolesnici upućuju u pravilu na Kliniku za ortopediju KBC-a Zagreb. Izrazito su rijetke situacije kada se traži liječenje u inozemstvu, no tada to moraju odobriti drugi ortopedi iz Hrvatske, a prema HZZO-om postupku za liječenje u inozemstvu.

Budućnost dječje ortopedije nije ugrožena, ostaje na nama, najmlađim dječjim ortopedima koji euntuzijastično kroče nove putove dječje ortopedije. Učili su nas najbolji stručnjaci, poput prof. dr. Antičevića, tako da straha za vrhunsku dječju ortopediju nema.

univ. mag. VJEKOSLAV WERTHEIMER, dr. med., specijalist ortoped, subspecijalist dječje ortopedije, Zavod za ortopediju i traumatologiju KBC-a Osijek

NA DRUGOM PUB KVIZU HLK-a

SNAGE *ODMJERILO* DESET EKIPA

Između deset ekipa pobjednici 2. pub kviza Hrvatske liječničke komore bila je ekipa Schwarzwald Klinik. Ovaj put su se ekipe pripetavale za drugo mjesto, i to Hipokratova kletva i Tres docentes, a bolji su bili natjecatelji Hipokratove kletve (jer su znali da je pasmina pasa imena kuvas podrijetlom iz Mađarske). No, sudeći po odličnoj atmosferi, svi natjecatelji dali su sve od sebe i naravno onom poznatom „natjecateljskom“ - vidjet ćemo se ponovo, najavili sudjelovanje na sljedećem 3. pub kvizu. Uz tri najbolje, u 2. pub kvizu natjecale su se i ekipe: Arminovi anđeli, Cezih, Black&white, Outsideri, Antivakseri, Tratinčica i Dr. Oetker.

Pobjednici drugog pub kviza Schwarzwald Klinik

U ugodnom prostoru Kluba hrvatskih književnika na zagrebačkom Jelačić placu atmosferu su dodatno „zagrijali“ liječnici glazbenici predvođeni prof. Brunom Baršićem, specijalistom infektologom, poznatim pijanistom, trubačem i voditeljem The Greenhill Boys banda.

Bila je to jedna lijepa večer u kojoj su snage odmjerile gotovo sve liječničke generacije (uz sudjelovanje i ne-liječnika, čak iz Kalifornije) te je gotovo sigurno da će se dobar glas brzo proširiti i da će broj ekipa i dalje rasti. Veselimo se ponovnom susretu! (sšh)

Voditelji prim. Ivica Vučak i dr. Ksenija Vučur

Ekipa Tratinčica i dio drugih ekipa

Gužva, u pozadini drugonagrađena ekipa Hipokratova kletva

Profesor Baršić i njegov band

NAJBOLJA FOTOGRAFIJA
KOJA PRIKAZUJE PRIZOR VEZAN UZ LJETO

Autorica najbolje fotografije: DRAGICA KRAMARIĆ

Pozivamo liječnike **da nam za sljedeći broj Liječničkih novina (do konca rujna) pošalju tematsku fotografiju čiji su oni autori, a koja prikazuje PRIZOR VEZAN UZ LJUDSKO LICE. Najbolju fotografiju (prema izboru uredništva) nagradit ćemo objavom u Liječničkim novinama.**

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

Morena Debogović

Miljenko Marotti

Damir Vukušić

Zora Zakanj

Ivan Šimundić

Gordana Županić

Sanja Brnić

Siniša Maslovara

Dražen Oršulić

Morana Tomljenović

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U SRPNJU I KOLOVOZU 2019.

2. srpnja	Gostovanje u emisiji HRT-a „Otvoreno“ (dr.sc. K. Luetić)
3. srpnja	Zajednička konferencija za novinare KoHOM-a i HLK-a vezano za otežanu provedbu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pojedinim županijama RH, Zagreb
3. srpnja	Sastanak Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora u vezi izrade izvješća za potrebe Odbora za jednakost i nediskriminaciju Parlamentarne skupštine Vijeća Europe, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
4. srpnja	Simpozij „Zdravstveni sustav i zdravstvena politika - Zdravstvo u Hrvatskoj 2019. – '29.“, Motovun (dr. I. Bekavac)
9. srpnja	Sastanak u Ministarstvu zdravstva vezano uz problematiku provedbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti u sustavu primarne zdravstvene zaštite, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, dr. V. Krolo)
15. srpnja	HPV Healthcare Policy Brunch “Hrvatska bez raka vrata maternice - Od Nacionalnog plana do globalne akcije!”, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
16. srpnja	Gostovanje u emisiji Hrvatskog radija (dr.sc. K. Luetić)
19. srpnja	Svečano potpisivanje memoranduma o suradnji s Vladom RH na projektu Personalizirana medicina u onkologiji s ciljem poboljšanja ishoda, Zagreb (dr. I. Šmit)
19. srpnja	Sportsko-edukativni projekt „Aktivna Hrvatska“, Petrčane
26. srpnja	Sastanak u Ministarstvu zdravstva vezano uz problematiku provedbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti u sustavu primarne zdravstvene zaštite, Zagreb (dr. V. Krolo)
27. srpnja	Sportsko-edukativni projekt „Aktivna Hrvatska“, Šibenik
23. kolovoza	Sastanak predsjednika Hrvatskog liječničkog sindikata, Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore o aktualnom položaju, statusu i izazovima hrvatskog liječništva, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
24. kolovoza	Humanitarno-sportska akcija „RUN4FUN“, Osijek (dr. J. Milas-Ahić)
28. kolovoza	Sastanak s ministrom unutarnjih poslova g. Božinovićem vezano za provedbu Zakona o sigurnosti prometa na cestama, Zagreb (dr.sc. K. Luetić, dr. V. Krolo, prim.dr. I. Balint)
28. kolovoza	Stručni skup o iskustvima programa unapređenja oralnog zdravlja, Zagreb (prof.dr. D. Vagić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U SRPNJU I KOLOVOZU 2019.

3. srpnja	Sjednica Središnjeg izbornog povjerenstva
11. srpnja	Sjednica Izvršnog odbora
15. srpnja	Sjednica Vijeća
15. srpnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
7. kolovoza	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
26. kolovoza	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
26. kolovoza	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
1. srpnja – 31. kolovoza	3 rasprave na Časnom sudu

AKTIVNA HRVATSKA: VJEŽBANJEM DO ZDRAVLJA I U LJETNIM MJESECIMA

Aktivna Hrvatska i ljetne je mjesece provela radno vježbajući na treninzima u Korčuli, Petrčanima i Šibeniku

Iako je za 15. lipnja bio najavljen vrhunac toplinskog vala brojni Korčulani i njihovi gosti nisu odustali od vježbanja. Ispred Hrvatske liječničke komore ravnatelj Doma zdravlja Korčula dr. Sebastijan Fabris educirao je vježbače o važnosti redovitog bavljenja tjelesnom aktivnošću te načinima zaštite tijekom ljetnih vrućina, a sve kako bi svaka aktivnost bila pravo uživanje.

Samopoštovanje i samopouzdanje kao temelj zdravog života, bila je tema treninga Aktivne Hrvatske održanoga 19. srpnja u Petrčanima koji je poseban naglasak imamo na zdravlju žena. Koliko su samopoštovanje i samopouzdanje važni u životu svake žene i koliko su zapravo kamen temeljac sretne, emancipirane i uspješne svakodnevice, istaknule su psihologinja Laura Kuhar i kineziologinja Ana Kuhanec Brašnović koje su sve rečeno na predavanju približile sudionicama kroz zajedničku novu tehniku vježbanja Body empathy.

I velik broj Šibenčana odazvao se na jutarnji trening koji je 27. srpnja održan na najljepšem gradskom trgu uz katedralu sv. Jakova. Dolaskom je trening podržao i predsjednik Hrvatske liječničke komore dr. sc. Krešimir Luetić kojemu su se pridružili šibenski kolege dr. Nino Brajković, predsjednik Županijskog povjerenstva HLK-a Šibensko-kninske županije te njegova zamjenica dr. Branka Birkić Plavčić. U obraćanju prisutnima, dr. Birkić Plavčić, specijalistica fizikalne medicine i rehabilitacije posebno je istaknula brojne prednosti treninga u jutarnjim satima.

"Jutarnji trening poboljšava koncentraciju, koordinaciju i ravnotežu organizma tijekom cijelog dana. U jutarnjim satima najvažnije je vježbati upravo tijekom ljetnih mjeseci kada nam prijeti opasnost od dehidracije. Također je vrlo važno zaštititi se od sunca, ne vježbati između 10 i 15 sati, a prilikom vježbanja unositi dovoljno tekućine," navela je.

Finale ovogodišnje sezone Aktivne Hrvatske održat će se 14. rujna u Zagrebu na platou Gradec.

(sšh)

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

ANORO ELLIPTA

umeklidinij/vilanterol

Superiorna djelotvornost na plućnu funkciju* u odnosu na drugi LAMA/LABA lijek za primjenu jedanput na dan[1]

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

gsk

LAMA, dugodjelujući antagonist muskarinskih receptora; LABA, dugodjelujući β_2-agonist
ANORO ELLIPTA razvijen je u suradnji s društvom INNOVIVA

* ANORO ELLIPTA je pokazao superiornu djelotvornost na promjenu najniže FEV_1 od početne vrijednosti u 8. tjednu u ITT *(eng. intention to treat)* populaciji (p<0,001) u odnosu na tiotropijev bromidhidrat/olodaterolklorid 5/5 µg primjenjen jednom dnevno.[1]
Prospektivno, aktivno kontrolirano, randomizirano, otvoreno, ukriženo ispitivanje s 2 razdoblja i bloknim rasporedom, multicentrično, multinacionalno ispitivanje koje je uspoređivalo djelotvornost i sigurnost/podnošljivost umeklidinijeva bromida/vilanterol trifenetata 74.2/25 µg inhaliranog jednom dnevno putem *Ellipta* inhalera s tiotropijevim bromidhidratom/olodaterol kloridom 5/5 µg inhaliranog jednom dnevno putem *Respimat #* inhalera u ambulantnih bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolesti u dobi ≥40 godina i s mMRC≥2 (n=236) tijekom osmotjednih razdoblja liječenja odvojenih trotjednim periodom ispiranja. Primarna mjera ishoda ispitivanja bila je promjena najniže vrijednosti FEV_1 do 8. tjedna, u populaciji liječenoj prema protokolu (PP). ANORO ELLIPTA je značajno povećao primarnu mjeru ishoda u odnosu na tiotropij bromidhidrat/olodaterol klorid 5/5 µg jednom dnevno pri čemu su zadovoljeni kriteriji za neinferiornost (p<0,001).[1]

 # Respimat je zaštitni znak kompanije Boehringer Ingelheim.

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

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

NAZIV LIJEKA: ANORO ELLIPTA 55 mikrograma/22 mikrograma prašak inhalata, dozirani

KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV: Jedna pojedinačna inhalacija osigurava primijenjenu dozu (doza koja izlazi iz nastavka za usta) od 65 mikrograma umeklidinijeva bromida, što odgovara količini od 55 mikrograma umeklidinija i 22 mikrograma vilanterola (u obliku trifenatata). To odgovara odmjerenoj dozi od 74,2 mikrograma umeklidinijeva bromida, što odgovara količini od 62,5 mikrograma umeklidinija i 25 mikrograma vilanterola (u obliku trifenatata).

TERAPIJSKE INDIKACIJE: ANORO ELLIPTA je indiciran kao bronhodilatator u terapiji održavanja u odraslih bolesnika s kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću (KOPB) s ciljem ublažavanja simptoma.

DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE:

Odrasli: Preporučena doza je jedna inhalacija lijeka ANORO ELLIPTA od 55/22 mikrograma jedanput na dan.
ANORO ELLIPTA treba primjenjivati svakoga dana u isto vrijeme, kako bi se održao bronhodilatacijski učinak. Maksimalna doza je jedna inhalacija lijeka ANORO ELLIPTA od 55/22 mikrograma jedanput na dan. Primjena lijeka ANORO ELLIPTA nije ispitivana u bolesnika s teškim oštećenjem jetrene funkcije pa se mora primjenjivati uz oprez.
Pedijatrijska populacija: Nema relevantne primjene lijeka ANORO ELLIPTA u pedijatrijskoj populaciji (bolesnici mlađi od 18 godina) za indikaciju KOPB-a.
Način primjene: ANORO ELLIPTA se primjenjuje isključivo putem inhalacije.

KONTRAINDIKACIJE: Preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari.

POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA: Umeklidinij/vilanterol se ne smije primjenjivati u bolesnika s astmom jer lijek nije ispitivan u toj populaciji bolesnika. Primjena umeklidinija/vilanterola može uzrokovati paradoksalni bronhospazam, koji može biti opasan po život. U tom slučaju treba odmah prekinuti liječenje umeklidinijem/vilanterolom te po potrebi uvesti drugu terapiju. Nije za akutnu primjenu. Umeklidinij/vilanterol nije indiciran za liječenje akutnih epizoda bronhospazma. Pojačano korištenje kratkodjelujućih bronhodilatatora za ublažavanje simptoma ukazuje na slabiju kontrolu bolesti. U slučaju pogoršanja KOPB-a tijekom liječenja umeklidinijem/vilanterolom, treba ponovno procijeniti stanje bolesnika i režim liječenja KOPB-a. Nakon primjene antagonista muskarinskih receptora i simpatomimetika mogu nastupiti kardiovaskularni učinci poput srčanih aritmija, npr. fibrilacije atrija i tahikardije. Ovaj lijek treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s teškom kardiovaskularnom bolešću. Zbog antimuskarinskog djelovanja, umeklidinij/vilanterol treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s urinarnom retencijom ili glaukomom uskog kuta. β_2-adrenergički agonisti mogu u nekih bolesnika izazvati značajnu hipokalijemiju, koja može uzrokovati kardiovaskularne nuspojave. Smanjenje razine kalija u serumu obično je prolazno i ne zahtijeva nadomjesno liječenje. Potreban je oprez kada se umeklidinij/vilanterol primjenjuje s drugim lijekovima koji također mogu uzrokovati hipokalijemiju. β_2-adrenergički agonisti mogu izazvati prolaznu hiperglikemiju u nekih bolesnika. Nakon uvođenja liječenja umeklidinijem/vilanterolom razine glukoze u plazmi treba pobliže nadzirati u bolesnika sa šećernom bolešću. Umeklidinij/vilanterol treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s konvulzivnim poremećajima ili tireotoksikozom te u bolesnika s neuobičajeno dobrim odgovorom na β_2-adrenergičke agoniste. Bolesnici s rijetkim nasljednim poremećajem nepodnošenja galaktoze, potpunim nedostatkom laktaze ili malapsorpcijom glukoze i galaktoze ne bi smjeli primjenjivati ovaj lijek.

NUSPOJAVE: ***Često:*** infekcija mokraćnog sustava, sinusitis, nazofaringitis, faringitis, infekcija gornjeg dišnog sustava, glavobolja, kašalj, bol u orofarinksu, konstipacija, suha usta. ***Manje često:*** osip, tremor, disgeuzija, fibrilacija atrija, supraventrikularna tahikardija, idioventrikularni ritam, tahikardija, supraventrikularne ekstrasistole, palpitacije, disfonija.

NAČIN IZDAVANJA: u ljekarni, na recept.

NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: GlaxoSmithKline (Ireland) Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irska.

BROJEVI ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: EU/1/14/898/001, EU/1/14/898/002, EU/1/14/898/003

DATUM REVIZIJE TEKSTA: 15.01.2019.

Ovaj skraćeni sažetak sadrži bitne podatke o lijeku istovjetne onima iz Sažetka opisa svojstava lijeka, sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine“ broj 43/2015). Prije propisivanja ovog lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku, dostupne na www.ema.europa.eu. **SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE.**

GSK zaštitni znakovi u vlasništvu su ili licencirani GSK grupi društava.
Prilagođeno iz: 1. Feldman G.J i sur. Adv Ther 2017; 34:2518–33

Ova informacija se odnosi na lijek koji se izdaje samo na recept i **SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE**. Prije uporabe, molimo pogledajte cjelokupni Sažetak opisa svojstava lijeka dobiven od nositelja odobrenja te ga pažljivo pročitajte. Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o. ne preporučuje korištenje ovog lijeka na drugi način nego što je opisano u Sažetku opisa svojstava lijeka.

Datum pripreme materijala: 19.08.2019.

HR-ANO-53-2019

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Horvatova 80/A, 10020 Zagreb
Tel.: 01 4821 361
www.berlin-chemie.hr

BERLIN-CHEMIE MENARINI

NOVA BOLNICA U PULI

Nova bolnica u Puli nije projekt koji se dogodio tijekom noći

Autor: ravnateljica OB Pula, doc. dr. sc. IRENA HRSTIĆ, dr. med.

Aktivnosti za potrebe gradnje Nove bolnice u Puli datiraju još iz davne 2003. godine kada je između Ministarstva zdravstva, Istarske županije i Opće bolnice Pula potpisan Sporazum o sufinanciranju izgradnje nove bolnice u Puli. Uslijedile su godine izrade Programskih smjernica i kapaciteta gradnje i opremanja nove bolnice, izrada idejnih a potom i glavnih projekata koji su godine 2011. prihvaćeni od strane Ministarstva zdravstva te se ušlo u drugu fazu izrade izvedbene dokumentacije. U srpnju 2011. godine Vlada republike Hrvatske, Istarska županija i Opća bolnica Pula potpisuju Sporazum o sufinanciranju izgradnje i opremanja nove bolnice u Puli te se odobravaju kreditna sredstva u iznosu od 600 milijuna kuna za potrebe gradnje (300 milijuna kreditnih sredstava komercijalne banke i 300 milijuna kuna kreditnih sredstava Hrvatske banke za obnovu i razvoj) te 200 milijuna za potrebe opremanja. Nakon svih završenih administrativnih postupaka projekt ulazi u završnu fazu realizacije, odnosno aktivnu implementaciju.

Funkcionalno tehnološke cjeline nove bolnice u Puli prostorno će biti smještene u dva međusobno povezana, toplim vezama, objekta. U Objektu 1 bit će smješteni bolnički odjeli svih specijalnosti; jedinice dijagnostičko specijalističkih djelatnosti (citologija, patologija i transfuzija) te zajedničke jedinice (hitni bolnički prijem, operacijski blok, centralna sterilizacija, bolnička ljekarna, bolnička prehrana, tehnička služba i uprava bolnice). U objektu 2 bit će smještene jedinice specijalističko-konzilijarnog liječenja svih specijalnosti (poliklinika, dnevne bolnice, dnevna kirurgija) i centar za dijalizu. Uz ova dva objekta uredit će se okoliš koji se sastoji od parkirališta i prometnica.

Gradilište je otvoreno 19. siječnja 2015. godine, a radovi su još u tijeku. Recentno je završen tehnički pregled Objekta 2 te se očekuje puštanje u funkciju nakon provedenog uvida inspekcije Ministarstva zdravstva u ispunjenje minimalnih uvjeta u pogledu prostora i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. U slijedeća dva mjeseca očekuje se i tehnički pregled novoizgrađenog dijela Objekta 1. Po ishodovanju uporabne dozvole i suglasnosti na uvjete za rad Ministarstva zdravstva očekuje se kompletno preseljenje svih medicinskih odjela za rad na jednoj lokaciji, nakon punih 20 godina rada na 2 lokacije međusobno udaljene 3,5 kilometara.

Projekt nove bolnice u Puli ne bi bilo moguće realizirati bez entuzijazma i podrške svih zaposlenika Opće bolnice Pula.

Projekt nove bolnice u Puli ne bi bilo moguće početi, provoditi a nadamo se uskoro i završiti bez odobrenih financijskih jamstava Vlade Republike Hrvatske te je u kolovozu ove godine ishodovana suglasnost i za završnih 150 milijuna kuna. U konačnici, gradnja, adaptacija i rekonstrukcija 45.000 kvadrata nove bolnice u Puli s kompletnim opremanjem medicinskom i nemedicinskom opremom bit će vrijedna 750 milijuna kuna.

Ginekologinja na čelu Europske komisije

Ursula Albrecht je zanimljiva osoba. Rođena je 1958. u Belgiji, ali je njemačko-američkog podrijetla. Udajom za Heiko von der Leyena Ixellesa stekla je plemićki naslov *von*. Diplomirala je na medicinskom fakultetu i specijalizirala ginekologiju, ali joj je, kao i mnogim našim liječnicima, bila milija politika. Izgleda da joj je odlika vjernost – jedina je koja je ostala uz Angelu Merkel doslovno otpočetka do kraja. A Merkelica bila je jedina od 28 šefova država učlanjenih u EU koja joj nije dala svoj glas za čelnicu Europske komisije – ucijenili su je socijaldemokratski partneri u vlastitoj vladi. Osim tih SDP-ovaca, Ursulu ne voli ni većina Nijemaca, kao što je pokazala vjerodostojna anketa (*Nemo propheta in patria*). Čak su je, među ostalim, optužili da je plagirala svoju disertaciju. Ali je zato potajno voli Trump (NATO!), koji isto tako, malo manje potajno, voli Brexit. A ona pak voli našega Plenkovića (po partijskoj liniji) pa je nakon svog izbora među prvima baš njega posjetila u Zagrebu. Rođena je za diplomaciju i nije ratoborna makar se zove Ursula (hrv. Medvjedica) i makar je kao ministrica obrane bila šefica Bundeswehra. Uz to je bila i četiri godine ministrica rada i socijalne skrbi te kao takva plivala u novcu jer je raspolagala sa 40 posto njemačkog proračuna. A kao ministrica obitelji dala je lekciju našim borcima za demografsku obnovu. Za razliku od njih, pokazala je na djelu da ozbiljno misli i rodila je sedmero djece, dva sina i pet kćeri - Egmont, David, Johana, Sofija, Viktorija, Marija, Donata. Dodajmo na kraju da je riječ o liječničkoj obitelji: doktori medicine su i Ursula, i njen suprug Heiko (Hajko je hipokoristik od Heinrich), i njegov otac Ulrich.

Prof. ŽELJKO POLJAK

STUPIDARIUM CROATICUM

POLJAKOV SATIRIČKI KUTAK

Trideset posto „prekomjernih“ bolovanja

Naše zakonodavstvo ne pozna termin lažno bolovanje

Svaki dan je na bolovanju više od 50 tisuća ljudi

To je godišnji trošak od 6 milijardi kuna

Na zahtjev poslodavaca HZZO je lani ukinuo 28 % bolovanja

Odgovornost za „prekomjerno“ bolovanje snosi samo liječnik

Ministar zdravstva obećao je da će zbog toga formirati komisiju

(Izvor: HRT, Vijesti 14. lipnja)

Narodna uzrečica:

Ako nešto ne želiš riješiti, formiraj komisiju!

Zdravi bili pa vidjeli!

Hoćete se kladiti?

„Da, koljeno me više ne boli, ali sam već pol godine na listi čekanja za CD, EFG i PM!“

Odluku o funkcionalnoj integraciji zdravstvenih ustanova radi obavljanja djelatnosti hitne medicine donijele dvije trećine županija

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti koji je na snazi od početka ove godine uz ostalo je propisano da se djelatnost hitne medicine, sukladno odluci osnivača, organizira na temelju sklopljenog ugovora o funkcionalnoj integraciji. Taj ugovor sklapaju zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba, bolnička zdravstvena ustanova koja ima objedinjeni hitni bolnički prijam i dom zdravlja. Slijedom te zakonske odredbe Ministarstvo zdravstva je početkom siječnja uputilo dopis županijama i Gradu Zagrebu kojim ih podsjeća da njihove skupštine trebaju donijeti i "odluku o funkcionalnoj integraciji zdravstvenih ustanova radi obavljanja djelatnosti hitne medicine", a sve s ciljem povećanja njene djelotvornosti.

Kako je propisano, funkcionalna integracija osigurala bi se suradnjom zdravstvenih ustanova pojedine županije na način da se ljudski resursi jedne ustanove koriste za potrebe druge, zatim funkcionalnim povezivanjem poslovnih prostora ustanova i korištenjem medicinsko-tehničke i druge opreme ustanove za potrebe druge ustanove.

Do sada je takvu odluku donijelo oko dvije trećine županija.

Opravdano protivljenje iskazali brojni obiteljski liječnici

U trenutku velike opterećenosti obiteljskih liječnika prevelikim brojem upisanih pacijenata po timu, odrađivanjem trostrukog EU-standarda (umjesto 25 - 30 pacijenata dnevno, prosječno više od 80) te nedostatka liječnika i drugog medicinskog osoblja, funkcionalna integracija "ljudskih resursa" izazvala je opravdano protivljenje brojnih obiteljskih liječnika.

Daljnje opterećenje jednog dijela sustava, u ovom slučaju obiteljske medicine, kako bi se stvorio privid boljeg funkcioniranja nekog drugog dijela zdravstvenog sustava, nije rješenje problema nego samo ukazuje na neuspješnu reorganizaciju ("reformu") hitne medicinske pomoći.

Doktori zaposleni u domovima zdravlja koji prvi podliježu toj funkcionalnoj integraciji "ljudskih resursa" trebali bi prije raspoređivanja na drugo mjesto rada, a koje im nije u ugovoru o radu, dobrovoljno potpisati aneks tog ugovora.

Posebno su važan problem koeficijenti za plaću koji su veći za bolničke doktore nego za one koji rade u domovima zdravlja, te bi u slučaju raspoređivanja zaposlenika domova zdravlja na rad u bolnice (na hitne objedinjene bolničke prijeme) bili manje plaćeni za isti posao od bolničkih kolega, kao i od doktora zaposlenika hitne pomoći. To bi trebalo izjednačiti novim aneksom ugovora.

Također bi trebalo voditi računa o različitim načinima rada na koje su navikli doktori obiteljske medicine u svojim ordinacijama, a koji se razlikuju od rada u hitnoj službi koji zahtijeva posebnu edukaciju.

VIKICA KROLO, dr. med

Presretna sam!

Vele da će nas "funkcionalno integrirati". Odlično!

Budući da je u nas malo što funkcionalno, a još manje funkcionira.

Koliko znam, integrirati možeš nešto s nečim. A mi niti imamo to "nešto", niti imamo s "čim". I to "neimanje" postaje tim katastrofalnije što je sredina manja.

Vidim, neće biti druge, morat će me integrirati sa mnom samom.

Možda postanem funkcionalnija?!

I takva, funkcionalno integrirana, svakim ću danom i u svakom pogledu sve više napredovati u bespućima zdravstvene zbiljnosti.

A zbilja, zbilja, ozbiljna!

Lijepi vam pozdrav iz Slavonije, jadom, čemerom i tugom pritrujene.

Dr. Željka Perić iz „KBC-a Zdenci“

U KBC-u Zagreb pacijentu replantirali svih pet prstiju jedne ruke

Početkom srpnja o.g. je liječnički tim KBC-a Zagreb izveo zahtjevnu operaciju: na šaku lijeve ruke replantirao je svih pet prstiju koje je 42-godišnjem muškarcu odrezala kosilica u koju se zaglavila žica. Liječnici Zavoda za plastičnu i rekonstruktivnu kirurgiju KBC-a Zagreb su u 16-satnoj operaciji uspjeli vratiti sve prste na svoje mjesto. Čak se šest plastičnih kirurga mijenjalo tijekom toga velikog zahvata. Stanje pacijenta je dobro i sada je na fizikalnoj terapiji.

Nakon nesreće pacijenta je u KBC Zagreb dovezla obitelj koja je donijela i prste. Po dolasku je procijenjeno da su svi prsti pogodni za replantaciju. Odmah po dolasku pacijenta započeo je dežurni plastični kirurg dr. Nino Fuchs pripreme za operaciju i o pristiglom pacijentu obavijestio šefa, pročelnika Zavoda, prof. Davora Mijatovića, koji je dalje organizirao timove. U njih su bili pozvani plastični kirurzi dr. sc. Anto Dujmović, dr. Hrvoje Kisić i dr. Marko Mance koji su, uz dežurne dr. Fuchsa i dr. Dinu Papeša, izveli tu vrlo složenu operaciju.

U čitavom postupku, ističe dr. Dujmović, bitno je što prije započeti s replantacijom. Operirala su dva tima. Jedan je pripremao odrezane prste za replantaciju, a drugi bataljke prstiju na šaci. Pripremanje znači ispiranje, odstranjenje trave i prljavštine koja se u njima nalazila te prikazivanje digitalnih arterija, vena, živaca, tetiva i kosti. U tom se razdoblju procjenjuje mogu li se i kojim će se redom prsti replantirati. Prste koji su previše oštećeni ili kontaminirani traumom ne pokušava spojiti, objašnjava dr. Dujmović i dodaje da su kolege procijenili da je moguće pokušati replantirati svih pet prstiju.

Nakon što su na svim prstima pripremljene sve potrebne strukture, krenuli smo s replantacijom. Kod toga se započinje s najvažnijim prstima, koji su redom od palca prema malom prstu. Započelo se s osteosintezama, zatim je slijedio popravak tetiva, potom spajanje arterija i vena te na kraju živaca. Za svaki prst pojedinačno bilo nam je potrebno otprilike 2 do 3 sata. Priprema prstiju te popravak kosti i tetiva rade se kirurški, a neurovaskularne strukture se spajaju pod kirurškim mikroskopom posebnim tankim koncima i mikroinstrumentima.

Čim je vaskularizacija prstiju bila osigurana i kost počela cijeliti, nužno je što prije započeti fizikalnu terapiju. Bez primjerene i obično dugotrajne fizikalne terapije funkcija prsta neće biti zadovoljavajuća, najčešće kao posljedica priraslica oko tetiva. Pacijent je psihički jako dobro podnio traumu i zahvat te bio spreman na daljnje dugotrajno liječenje koje uključuje fizikalnu terapiju i više dodatnih operacija, ističe dr. Dujmović.

U organizacijskim pripremama i poslije u operacijskoj sali sudjelovali su: prof. dr. sc. Davor Mijatović, doc. dr. sc. Krešimir Bulić, dr. sc. Anto Dujmović, dr. Hrvoje Kisić, dr. Nino Fuchs, dr. Marko Mance i dr. Dino Papeš. (Škugor-Hrnčević)

Primijenite **JARDIANCE®** što ranije
kod vaših **ŠBT2** bolesnika s
HIPERTENZIJOM i **KORONARNOM BOLEŠĆU**[1-5]

SMANJITE KV SMRTNOST I SPRIJEČITE KV DOGAĐAJE

Prvi oralni antidijabetik odobren od strane EMA za učinak na kontrolu glikemije i smanjenje KV smrtnosti.[1]

Jardiance®
(empagliflozin)
10 mg filmom obložene tablete
25 mg filmom obložene tablete

Synjardy®
(empagliflozin+metforminklorid)
5 mg/850 mg; 12,5 mg/850 mg;
5 mg/1000 mg; 12,5 mg/1000 mg
filmom obložene tablete

KV = kardiovaskularni

Reference: 1. Sažetak opisa svojstava lijeka Jardiance, 2019. **2.** Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME® Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. **3.** Zinman B, Inzucchi SE, Lachin JM, et al. Rationale, design, and baseline characteristics of a randomized, placebo-controlled cardiovascular outcome trial of empagliflozin (EMPA-REG OUTCOMER). Cardiovasc Diabetol. 2014;13(102). doi:10.1186/1475-2840-13-102. **4.** Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2016;37(29):2315-2381. **5.** Davies MJ et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A Consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2018 Oct 5. doi:10.1007/s00125-018-4729-5. Epub ahead of print.

Boehringer Ingelheim

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

SKRAĆENI SAŽETAK

Jardiance 10mg ili 25mg filmom obložene tablete (INN: empagliflozin) **Indikacije** Za liječenje odraslih osoba s nedostatno kontroliranom šećernom bolesti (ŠB) tipa 2 kao dodatak dijeti i tjelovježbi - kao monoterapija kada se metformin ne smatra prikladnim zbog nepodnošljivosti; - kao dodatak drugim lijekovima za liječenje ŠB. **Kontraindikacije** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Doziranje** Preporučena početna doza je 10mg empagliflozina (empa) 1x dnevno za monoterapiju i za dodatak kombiniranoj terapiji s drugim lijekovima za liječenje ŠB. U bolesnika koji podnose empagliflozin 10mg 1x dnevno, imaju eGFR ≥60 ml/min/1,73 m^2 i trebaju jaču kontrolu glikemije, doza se može povećati na 25mg 1x dnevno. Maksimalna dnevna doza iznosi 25mg. Kada se primjenjuje u kombinaciji sa sulfonilurejom (SU) ili inzulinom, moguće je razmotriti nižu dozu SU ili inzulina, kako bi se smanjio rizik od hipoglikemije. Posebne populacije *Oštećenje bubrežne funkcije* Zbog mehanizma djelovanja, glikemijska djelotvornost empa je ovisna o funkciji bubrega. Nije potrebno prilagođavanje doze u bolesnika s eGFR ≥60 ml/min/1,73 m^2 ili klirensom kreatinina ≥60ml/min. *Oštećenje jetrene funkcije* Nije potrebno prilagođavanje doze. Izloženost empagliflozinu je povećana u bolesnika s teškim oštećenjem jetre. Terapijsko iskustvo je ograničeno i stoga se ne preporučuje za uporabu u ovoj populaciji. *Starije osobe* Nije preporučeno prilagođavanje doze prema dobi. U bolesnika u dobi od 75+ godina treba uzeti u obzir povećani rizik od deplecije volumena. Zbog ograničenog terapijskog iskustva u bolesnika u dobi od 85+ godina, ne preporučuje se započinjanje terapije empa. **Način primjene** Tablete se mogu uzeti sa ili bez hrane, progutane cijele s vodom. U slučaju propuštene doze, doza se treba uzeti čim se bolesnik sjeti; međutim, ne smije se uzeti dvostruka doza u istom danu. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi** Dijabetička ketoacidoza (DKA) U bolesnika liječenih SGLT2 inhibitorima (SGLT2i), uključujući empa, prijavljeni su rijetki slučajevi DKA, uključujući i slučajeve opasne po život te slučajeve sa smrtnim ishodom. U brojnim slučajevima stanje se očitovalo atipično, uz samo umjereno povišenu vrijednosti glukoze u krvi (GUK), ispod 14mmol/l (250mg/dl). Nije poznato je li vjerojatnost pojave DKA veća pri višim dozama empa. U slučaju pojave nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, anoreksije, boli u abdomenu, prekomjerne žeđi, otežanog disanja, konfuzije, neuobičajenog umora ili pospanosti mora se razmotriti rizik od DKA. Ako se pojave ovi simptomi, potrebno je ustvrditi radi li se u bolesnika o ketoacidozi, neovisno o razini GUK. U bolesnika u kojih se sumnja na DKA ili je ista dijagnosticirana, liječenje empa treba odmah prekinuti. Liječenje treba privremeno prekinuti u bolesnika koji su hospitalizirani zbog velikih kirurških zahvata ili akutnih ozbiljnih bolesti. U oba slučaja, liječenje empa može se ponovno započeti nakon što se bolesnikovo stanje stabiliziralo. Prije početka liječenja empa, potrebno je u anamnezi bolesnika razmotriti moguće predisponirajuće čimbenike za ketoacidozu. Oštećenje bubrežne funkcije - terapija se ne smije započeti u bolesnika s eGFR ispod 60 ml/min/1,73 m^2 ili klirensom kreatinina <60 ml/min. U bolesnika koji podnose empa i čiji je eGFR perzistentno ispod 60 ml/min/1,73 m^2 ili klirens kreatinina <60 ml/min, potrebno je prilagoditi ili zadržati dozu empa na 10 mg jedanput dnevno. Terapija empa mora se prekinuti kada je eGFR perzistentno ispod 45 ml/min/1,73 m^2 ili klirens kreatinina perzistentno ispod 45 ml/min. Empa se ne smije koristiti u bolesnika u završnom stadiju bolesti bubrega ili u bolesnika na dijalizi budući se ne očekuje da empa bude učinkovit u tih bolesnika. Praćenje funkcije bubrega: preporučuje se procjena funkcije bubrega kako slijedi: - Prije započinjanja terapije empa i periodično tijekom liječenja, tj. barem jedanput godišnje; - Prije započinjanja istodobne terapije bilo kojim lijekom koji može imati negativan učinak na funkciju bubrega. Oštećenje jetre Prijavljeni su slučajevi oštećenja jetre tijekom primjene empa u klin.ispitivanjima. Uzročno-posljedični odnos između empa i oštećenja jetre nije ustanovljen. Povišeni hematokrit (Ht) Pri liječenju empa uočeno je povećanje Ht. Rizik od deplecije volumena Na temelju načina djelovanja SGLT-2i, osmotska diureza, koja prati terapijsku glukozuriju, može dovesti do blagog sniženja krvnog tlaka. Stoga treba biti oprezan u bolesnika u kojih bi empagliflozinom inducirani pad krvnog tlaka mogao predstavljati rizik, poput bolesnika s poznatom KV bolešću, bolesnika na antihipertenzivnoj terapiji s hipotenzijom u anamnezi ili bolesnika u dobi od 75 i više godina. U slučaju stanja koja mogu dovesti do gubitka tekućine, u bolesnika koji primaju empa preporučuje se pažljivo praćenje statusa volumena i elektrolita. Potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja empa dok se gubitak tekućine ne korigira. Infekcije mokraćnog sustava (MS) U združenim placebom kontroliranim, dvostruko slijepim ispitivanjima u trajanju 18-24 tj. sveukupna učestalost infekcija MS prijavljenih kao štetni događaj bila je slična u bolesnika koji su liječeni empa 25mg i placebom, te viša u bolesnika liječenih empa 10mg. Nakon stavljanja lijeka u promet, u bolesnika liječenih empa zabilježeni su slučajevi komplificiranih infekcija MS uključujući pijelonefritis i urosepsu. U bolesnika s komplificiranim infekcijama MS potrebno je razmotriti privremeni prekid terapije empa. Nekrotizirajući fasciitis perineuma (Fournierova gangrena) - nakon stavljanja lijeka u promet prijavljeni su slučajevi nekrotizirajućeg fasciitisa perineuma u bolesnika koji uzimaju SGLT2i. To je rijedak, no ozbiljan i potencijalno po život opasan događaj koji zahtijeva hitnu kirurško intervenciju i liječenje antibioticima. Bolesnicima je potrebno savjetovati da potraže med. pomoć ako uoče kombinaciju simptoma bol, osjetljivosti (na dodir), eritema ili oticanja u području genitalija ili perinealnom području, s vrućicom ili malaksalosti. Potrebno je imati na umu da nekrotizirajućem fasciitisu mogu prethoditi urogenitalna infekcija ili perinealni apsces. Ako se sumnja na Fournierovu gangrenu, potrebno je prekinuti uzimanje lijeka te hitno započeti s liječenjem (uključujući antibiotike i kirurški debridman). Amputacije donjih ekstremiteta U dugoročnim klin.ispitivanjima s drugim SGLT2i, opaženo je povećanje broja slučajeva amputacije donjih ekstremiteta (prvenstveno nožnog prsta). Nije poznato spada li taj događaj u učinak skupine lijekova (engl. *class effect*). Kao i kod svih bolesnika sa ŠB važno je savjetovati bolesnike o rutinskoj, preventivnoj njezi stopala. Zatajenje srca Iskustvo s bolesnicima klase I-II NYHA je ograničeno, a ne postoje iskustva iz klin.ispitivanja primjene empa u bolesnika klase III-IV NYHA. U ispitivanju EMPA-REG OUTCOME, 10,1% bolesnika je bilo prijavljeno sa zatajenjem srca na početku ispitivanja. Smanjenje kardiovaskularne smrti u ovih bolesnika bilo je konzistentno sa sveukupnom populacijom. **Nuspojave** Navedene prema apsolutnoj učestalosti: Vrlo često - hipoglikemija (kada je primjena bila sa SU ili inzulinom). Često - vaginalna moniliijaza, vulvovaginitis, balanitis i druge genitalne infekcije; infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu); žeđ; svrbež (generalizirani), osip; pojačano mokrenje; povišene razine lipida u serumu. Manje često - deplecija volumena; dizurija; povišena razina kreatinina u krvi/snižena brzina glomerularne filtracije, povišena vrijednost Ht. **Predstavnik nositelja odobrenja:** Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o., Radnička 40-5, Zagreb. **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni. **Broj(evi) odobrenja:** EU/1/14/930/001-018. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima (NN43/2015). **Za više informacija molimo pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobreno od EMA-e 2019. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/jardiance**

Synjardy 5 mg/850mg (5mg/1000mg; 12,5mg/850mg; 12,5mg/1000mg) filmom obložene tablete (INN: empagliflozin/metformin hidrklorid) **Indikacije** Synjardy je indiciran za liječenje odraslih osoba sa šećernom bolešću (ŠB) tipa 2 kao dodatak dijeti i tjelovježbi: - u bolesnika u kojih nije postignuta dostatna regulacija uz njihovu maksimalnu podnošljivu dozu metformina (MET) kao monoterapiju; - u kombinaciji s drugim lijekovima za liječenje ŠB u bolesnika u kojih nije postignuta dostatna regulacija MET i tim drugim lijekovima; - u bolesnika koji se već liječe kombinacijom empagliflozina (empa) i MET kao odvojenim tabletama. **Kontraindikacije** -Preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari. –Bilo koja vrsta akutne metaboličke acidoze (kao što je laktacidoza, dijabetička ketoacidoza). -Dijabetička pretkoma. –Teško zatajenje bubrega (GFR<30 ml/min.). -Akutna stanja koja mogu promijeniti funkciju bubrega poput: dehidracije, teške infekcije, šoka. -Bolest koja može uzrokovati hipoksiju tkiva (naročito akutna bolest ili pogoršanje kronične bolesti) poput: dekompenziranog srčanog zatajenja, respiratornog zatajenja, nedavnog infarkta miokarda, šoka. -Oštećenje jetre, akutno trovanje alkoholom, alkoholizam. **Doziranje** *Odrasli s normalnom funkcijom bubrega (GFR≥ 90 ml/min)* - preporučena doza je 1 tableta 2x dnevno. Doziranje je potrebno prilagoditi pojedinom bolesniku na temelju trenutnog režima, učinkovitosti i podnošljivosti liječenja primjenjujući preporučenu dnevnu dozu od 10mg ili 25mg empa, pri čemu se ne smije prekoračiti maksimalna preporučena dnevna doza MET. *U bolesnika u kojih nije postignuta dostatna regulacija MET (bilo u monoterapiji ili u kombinaciji s drugim lijekovima za liječenje ŠB)* - preporučena početna doza lijeka Synjardy mora osigurati 5mg empa 2x dnevno (dnevna doza 10mg) i dozu MET sličnu dozi koja se već uzima. U bolesnika koji podnose ukupnu dnevnu dozu empa 10mg i koji trebaju bolju regulaciju glikemije, doza se može povećati na ukupnu dnevnu dozu empa 25mg. Kada se Synjardy primjenjuje u kombinaciji sa sulfonilurejom (SU) i/ili inzulinom, može biti potrebna niža doza SU i/ili inzulina kako bi se smanjio rizik od hipoglikemije. *Za bolesnike koji prelaze s odvojenih tableta empa i MET*- moraju primiti jednaku dnevnu dozu empa i MET koju su već uzimali ili najbližu terapijski odgovarajuću dozu METa. Posebne populacije *Oštećenje bubrežne funkcije* Nije potrebno prilagođavanje doze u bolesnika s blagim oštećenjem bubrega. GFR treba procijeniti prije početka liječenja lijekovima koji sadrže MET te najmanje jedanput godišnje nakon toga. U bolesnika s povećanim rizikom od daljnje progresije oštećenja funkcije bubrega i u starijih osoba, funkciju bubrega treba procjenjivati češće, npr. svakih 3-6 mjeseci. Ako nije dostupna odgovarajuća jačina lijeka Synjardy, potrebno je primijeniti pojedinačne komponente zasebno umjesto fiksne kombinacije.

Doziranje za bolesnike s oštećenjem bubrega

GFR ml/min	MET	Empa
60-89	Maksimalna dnevna doza je 3000 mg. Može se razmotriti sniženje doze s obzirom na slabljenje funkcije bubrega.	Maksimalna dnevna doza je 25mg.
45-59	Maksimalna dnevna doza je 2000 mg. Početna doza iznosi najviše polovicu maksimalne doze.	Primjena empa ne smije se započeti. Dozu je potrebno prilagoditi ili održavati na maksimalnoj dnevnoj dozi od 10mg.
30-44	Maksimalna dnevna doza je 1000 mg. Početna doza iznosi najviše polovicu maksimalne doze.	Empa se ne preporučuje.
<30	MET je kontraindiciran.	Empa se ne preporučuje.

Oštećenje jetrene funkcije Ne smije se primjenjivati u bolesnika s oštećenjem jetre. *Starije osobe* Zbog mehanizma djelovanja empa, smanjena funkcija bubrega rezultirat će smanjenom glikemijskom djelotvornošću empa. Budući da se MET izlučuje putem bubrega, a stariji bolesnici su podložniji smanjenoj funkciji bubrega, Synjardy je potrebno primjenjivati s oprezom u tih bolesnika. Praćenje funkcije bubrega je nužno kako bi se spriječila laktacidoza povezana s METom, naročito u starijih bolesnika. U bolesnika u dobi od 75+ godina potrebno je uzeti u obzir povećani rizik od deplecije volumena. Zbog ograničenog terapijskog iskustva s empa u bolesnika u dobi od 85+ godina, ne preporučuje se započinjanje terapije u ovoj populaciji. *Pediatrijska populacija* Sigurnost i djelotvornost lijeka Synjardy u djece i adolescenata u dobi 0-18 godina nisu jos ustanovljene. Nema podataka o primjeni u djece. **Način primjene** - potrebno uzimati 2x dnevno s obrocima kako bi se smanjile GI nuspojave povezane s MET. Svi bolesnici moraju nastaviti svoj režim prehrane s odgovarajućom raspodjelom unosa ugljikohidrata tijekom dana. Bolesnici s prekomjernom TT moraju nastaviti svoj režim prehrane s ograničenim energetskim unosom. Ako se doza propusti, potrebno je je uzeti čim se bolesnik sjeti. Međutim, ne smije se uzeti dvostruka doza odjednom. U tom slučaju potrebno je preskočiti propuštenu dozu. Posebna upozorenja i mjere opreza Dijabetička ketoacidoza (DKA) U bolesnika liječenih SGLT2 inhibitorima (SGLT2i), uključujući empa, prijavljeni su rijetki slučajevi DKA, uključujući i slučajeve opasne po život te slučajeve sa smrtnim ishodom. U brojnim slučajevima, stanje se očitovalo atipično, uz samo umjereno povišene vrijednosti GUK, ispod 14 mmol/l (250 mg/dl). Nije poznato je li vjerojatnost pojave DKA veća pri višim dozama empa. U slučaju pojave nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, anoreksije, boli u abdomenu, prekomjerne žeđi, otežanog disanja, konfuzije, neuobičajenog umora ili pospanosti mora se razmotriti rizik od DKA. Ako se pojave ovi simptomi, potrebno je ustvrditi radi li se u bolesnika o ketoacidozi, neovisno o razini GUK. U bolesnika u kojih se sumnja na DKA ili je ista dijagnosticirana, liječenje empa treba odmah prekinuti. Liječenje treba privremeno prekinuti u bolesnika koji su hospitalizirani zbog velikih kirurških zahvata ili akutnih ozbiljnih bolesti. U oba slučaja, liječenje empa može se ponovno započeti nakon što se bolesnikovo stanje stabiliziralo. Prije početka liječenja empa, potrebno je u anamnezi bolesnika razmotriti moguće predisponirajuće čimbenike za ketoacidozu. Sigurnost i djelotvornost empa u bolesnika sa ŠB tipa 1 nisu ustanovljene te se empa ne smije primjenjivati u liječenju bolesnika sa ŠB tipa 1. Ograničeni podaci iz klin.ispitivanja ukazuju da se DKA javlja s čestom učestalošću u bolesnika sa ŠB tipa 1 koji se liječe SGLT2i. Laktacidoza - vrlo rijetka, ali ozbiljna metabolička komplikacija, najčešće nastaje pri akutnom pogoršanju funkcije bubrega ili kardiorespiratorne bolesti ili sepsi. Pri akutnom pogoršanju funkcije bubrega dolazi do nakupljanja MET, što povećava rizik od laktacidoze. U slučaju dehidracije (teški proljev ili povraćanje, vrućica ili smanjen unos tekućine), potrebno je privremeno prekinuti primjenu MET. U bolesnika liječenih MET potreban je oprez kad se započinje s primjenom lijekova koji mogu akutno oštetiti funkciju bubrega (kao što su antihipertenzivi, diuretici i NSAIL-ovi). Značajke laktacidoze su acidozna dispneja, bol u abdomenu, grčevi u mišićima, astenija i hipotermija nakon koje slijedi koma. U slučaju sumnje na simptome, bolesnik treba prestati uzimati MET i odmah potražiti pomoć liječnika. Rizik od deplecije volumena Na temelju načina djelovanja SGLT2i, osmotska diureza, koja prati terapijsku glukozuriju, može dovesti do blagog sniženja krvnog tlaka. Stoga je potreban oprez u bolesnika u kojih bi empa inducirani pad krvnog tlaka mogao predstavljati rizik, poput bolesnika s poznatom KV bolešću, bolesnika na antihipertenzivnoj terapiji s hipotenzijom u anamnezi ili bolesnika u dobi od 75+ godina. U bolesnika koji primaju Synjardy u slučaju stanja koja mogu dovesti do gubitka tekućine preporučuje se pažljivo praćenje volumnog statusa i elektrolita. Potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja Synjardyem sve dok se gubitak tekućine ne korigira. Infekcije mokraćnog sustava (MS) U združenim, placebom kontroliranim, dvostruko slijepim ispitivanjima u trajanju 18 do 24 tjedana, sveukupna učestalost infekcija MS prijavljenih kao štetni događaj bila je veća u bolesnika koji su liječeni empa 10mg uz osnovnu terapiju MET u usporedbi s bolesnicima koji su primali placebo ili liječeni empa 25mg uz osnovnu terapiju MET. Nakon stavljanja lijeka u promet, u bolesnika liječenih empa zabilježeni su slučajevi komplificiranih infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu). U bolesnika s komplificiranim infekcijama MS potrebno je razmotriti privremeni prekid liječenja. Nekrotizirajući fasciitis perineuma (Fournierova gangrena) - nakon stavljanja lijeka u promet prijavljeni su slučajevi nekrotizirajućeg fasciitisa perineuma u bolesnika koji uzimaju SGLT2i. To je rijedak, no ozbiljan i potencijalno po život opasan događaj koji zahtijeva hitnu kirurško intervenciju i liječenje antibioticima. Bolesnicima je potrebno savjetovati da potraže med. pomoć ako uoče kombinaciju simptoma bol, osjetljivosti (na dodir), eritema ili oticanja u području genitalija ili perinealnom području, s vrućicom ili malaksalosti. Potrebno je imati na umu da nekrotizirajućem fasciitisu mogu prethoditi urogenitalna infekcija ili perinealni apsces. Ako se sumnja na Fournierovu gangrenu, potrebno je prekinuti uzimanje lijeka te hitno započeti s liječenjem (uključujući antibiotike i kirurški debridman). Amputacije donjih ekstremiteta (ADE) U dugoročnim klin.ispitivanjima s drugim SGLT2i, koja su u tijeku, opaženo je povećanje broja slučajeva ADE (prvenstveno nožnog prsta). Nije poznato spada li taj događaj u učinak skupine lijekova (engl.*class effect*). Kao i kod svih bolesnika s dijebetesom važno je savjetovati bolesnike o rutinskoj, preventivnoj njezi stopala. Zatajenje srca Iskustvo s I-II stupnjem NYHA je ograničeno, te u klin.ispitivanjima ne postoje iskustva primjene empa u bolesnika III-IV stupnja NYHA. U ispitivanju EMPA-REG OUTCOME, 10,1 % bolesnika je bilo prijavljeno sa zatajenjem srca na početku ispitivanja. Smanjenje kardiovaskularne smrti u ovih bolesnika bilo je u skladu sa sveukupnom populacijom u ispitivanju. **Nuspojave** Vrlo česte - hipoglikemija (u kombiniranoj primjeni sa SU ili inzulinom); GI simptomi. Česte - vaginalna moniliijaza, vulvovaginitis, balanitis i druge genitalne infekcije; infekcija MS (uključujući pijelonefritis i urosepsu); žeđ; poremećaj osjeta okusa; svrbež (generalizirani), osip; pojačano mokrenje; povišene razine lipida u serumu. Manje česte - deplecija volumena; urtikarija; dizurija; povišena razina kreatinina u krvi/snižena brzina glomerularne filtracije, povišena vrijednost hematokrita. **Predstavnik nositelja odobrenja:** Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o., Radnička 40-5,Zagreb. **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni. **Broj(evi) odobrenja:** EU/1/15/1003/001-040. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom sažetku opisa svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima (NN43/2015). **Za više informacija molimo pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku odobreno od EMA-e 2019. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/synjardy**

▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje dostupne su na www.halmed.hr. **U slučaju potrebe za medicinskom informacijom molimo nazovite Boehringer Ingelheim Zagreb d.o.o. na tel. 01/2444-600 ili pošaljite e-mail na:** medinfo@boehringer-ingelheim.com

Datum sastavljanja/posljednje izmjene: kolovoz **2019. Šifra: PC-HR-100341. Samo za zdravstvene radnike.**

Razgovor o Vladinoj najavi novog poreza

VEĆI POREZ NA ŠEĆER DODAN U OSVJEŽAVAJUĆA BEZALKOHOLNA PIĆA NEĆE PRIDONIJETI BOLJEM ZDRAVSTVENOM STANJU NACIJE

Dipl. ing. Marijan Katalenić, stručnjak za kvalitetu i sigurnost hrane

Diplomirani inženjer biotehnologije Marijan Katalenić je stručnjak za kvalitetu i sigurnost hrane. Prije umirovljenja bio je dugogodišnji zaposlenik u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, Službi za zdravstvenu ekologiju, te vodio Odjel za ispitivanje zdravstvene ispravnosti i kvalitete hrane. Sudjelovao je u pregovorima za ulazak Hrvatske u EU, sudjelovao u zakonodavstvu za područje hrane te postavio temelje gradacije krivotvorenja hrane. Cijeli svoj radni vijek radio je na unapređenju sigurnosti i kvalitete hrane zbog njezinog utjecaja na ljudsko zdravlje.

U kolovozu je pozornost javnosti izazvala najava Vlade RH o korigiranju poreza na šećer u sokovima koji se više ne bi oporezivao sa 40 kuna na sto litara nego ovisno o postotku šećera u tim pićima, a što su mnogi ocijenili kao „lažnu brigu o zdravlju“ i još veći porezni namet. Koje je Vaše mišljenje o toj najavi?

Da bismo razumjeli problem prvo se trebamo upoznati s definicijama. Porez se misli primijeniti na osvježavajuća bezalkoholna pića (soft drink) u koje je dodan šećer. To su pića koja sadrže do 11 % dodanog šećera, aromu, bojila, moguće malo voćnog soka, sa CO2 ili bez njega, a mogu biti i instant (u prahu). Kako ne postoji pravilnik koji bi definirao što su osvježavajuća bezalkoholna pića dolazimo do prve prepreke razumijevanja. Iz prijedloga Ministarstva financija nije jasno jesu li u primjenu poreza uključeni sirupi (sadrže oko 60 % šećera) za pripravu osvježavajućih bezalkoholnih pića i jesu li i drugi sirupi s dodanom voćnom bazom isto tako na meti poreza? Osim toga postoji i skupina nektara koji nisu svrstani u kategoriju osvježavajućih bezalkoholnih pića nego u kategoriju voćnih sokova i nektara. U nektare je dopušteno dodavati šećer, a i nektari i voćni sokovi imaju količinu šećera do 11 %. Upravo to selektivno nerazumijevanje problema povlači za sobom niz pitanja o pravednosti primjene poreza. Naime, organizam ne raspoznaje dodane od prirodnih šećera nego ih metabolizira kako stigne. Malo se muči s dodanim šećerima, ali u konačnici i dodani šećer i prirodni šećeri završavaju jednako. Neka ispitivanja dokazuju da nema metaboličkih razlika između osvježavajućih bezalkoholnih pića, nektara i voćnih sokova. Ako se piju u većim količinama organizam će na oba reagirati jednako - debljat će se sa svim posljedicama koje debljina nosi.

Iako se misli da je prihod od tog poreza namijenjen Ministarstvu zdravstva, a podržava ga i ministar Kujundžić, ministar financija Zdravko Marić pojasnio je da prihodi od tog poreza nisu namjenski već služe za podmirenje općih potreba iz državnog proračuna. Vaš komentar?

U obrazloženju prijedloga povećanja poreza stoje objašnjenje i referencije na koje se poziva, a isključivo su vezane uz zdravstvo. Ostalo je teško komentirati. Ako se višak ne prelije u zdravstvo za specifične programe prevencije, onda to nije fer.

Kako komentirate činjenicu da bi se korigirao samo porez na šećer u sokovima, a ne i u drugim pićima, slatkišima, hrani općenito? Je li zaista stvar o skrbi za zdravlje ljudi ili je, kako se već u javnosti može čuti, o još jednom poreznom povećanju na račun građana?

Teško da se može očekivati sveobuhvatno rješenje bez javne rasprave i sudjelovanja stručnjaka i, posebno, industrije. Tko poznaje način rada in-

dustrije zna da se sve odluke donose za razdoblje od dvije godine i da se svaka promjena u opterećivanju proizvodnje može negativno odraziti na likvidnost industrije, a time i na radna mjesta. No, u svemu ovome zaboravljena je kava koja se nalazi u paketu. O njoj niti riječi u medijima, iako je jedna od naših jačih industrijskih proizvoda.

Kakva su iskustva drugih država s tim pitanjem?

Učinci nisu spektakularni, a neke države su odustale ubrzo nakon uvođenja poreza jer je negativan financijski učinak bio vrlo brzo vidljiv i poništio je altruistički pristup koji bi rezultirao zdravstvenim učinkom. Novac je taj koji diktira zakone, a zdravlje - ma što god se pisalo ili obrazlagalo - nije na prvomu mjestu.

Kako bi po Vama trebalo riješiti to pitanje?

Nepopularnom mjerom uvođenja većih zdravstvenih davanja za ljude koji se ne brinu za svoje zdravlje. To mora biti njihov, a ne problem svih nas.

No ovo je i problem EU-a pa bi se sljedeće godine kada predsjedamo Vijećem Europe moglo postaviti pitanje zajedničkog rješenja za povećanu pretilost u zemljama EU-a u svrhu smanjenja rizika za zdravlje građana. Možda utopija, ali ako se ne kaže, kao da nije niti bilo.

Znate li na temelju koje je stručne analize Vlada to predložila i jesu li konzultirani stručnjaci i nadležne institucije?

Treba pozdraviti pristup Ministarstva financija da se pitanje zdravlja poveže s hranom koja se konzumira i posljedicama na zdravlje čovjeka. Rad autorske skupine objavljen u International Journal of Epidemiology navodi da je debljina dvostruko veći rizik za rak bubrega, jajnika, maternice i adenokarcinom jednjaka, a četiri puta veći rizik za rak gušterače i debelog crijeva. Rezultati su dobiveni specifičnom metodom Mendelove randomizacije i analizom akumulirane izloženosti višku kilograma tijekom godine. U tom epidemiološkom istraživanju jasna je povezanost hrane, pretilosti i najtežih bolesti. Upravo te bolesti znatno opterećuju i zdravstveni sustav, dakle, jasan je razlog uvođenja poreza. No mjera očito nije razmatrana sa stručnjacima i donesena je ad hoc. Da je prošla recenziju stručnjaka i da je prihvaćen agresivan akcijski plan borbe protiv pretilosti, morale bi biti uključene i druge mjere, ali i više sudionika. Prva je edukacija svih uzrasta o ispravnoj prehrani koju bi trebali podržati mediji pro bono, i suzbijanje mitova kao "tako su jeli naši stari", zato što je danas način života sasvim drukčiji, ili "to su moji zubi natukli". Treba jasno naučiti naciju da je debljina bolest koja nastaje nebrigom, neselektivnim prežderavanjem, ali i zbog nekih drugih čimbenika koji se moraju liječiti. Osim toga mora se ukazati i na druge prekursore pretilosti kao što su zasićene masnoće, loš balans hranjivih sastojaka u hrani kao i prevelika količina hrane koja se unosi u organizam. U Hrvatskoj postoje ljudski kapaciteti i znanja na području prehrane koji bi taj akcijski plan ostvarili. Oni se nalaze u zavodima za javno zdravstvo, fakultetima, ali i kod privatnika koji se bave savjetima u pogledu prehrane. Već se provode akcije koje podržava Ministarstvo poljoprivrede s ciljem smanjivanja šećera u hrani, ali su mlake i bez učinka.

Mislite li da će povećanje poreza na određene sokove pridonijeti boljem zdravstvenom stanju nacije, pogotovo djece?

Iz svega navedenoga jasno je da neće, a posebno ne u djece. Djecu hrane roditelji, bake i djedovi, pa ako oni nisu svjesni posljedica, teško je vjerovati u uspjeh. Jedina je pravedna, ali nepopularna mjera koja bi mogla pomoći zdravstvenom sustavu, da se nakon svih provedenih akcija edukacije populacije uvede selektivno plaćanje zdravstvenih doprinosa za ljude koji imaju povećanu tjelesnu masu ili koji su pretili, i to u razdoblju dok još nisu bolesni. Tako bi sve bilo svedeno na zdravog pojedinca koji je svjesno zanemario brigu o svom zdravlju.

Smiljana Škugor-Hrnčević

Selektivno nerazumijevanje problema povlači za sobom niz pitanja o pravednosti primjene poreza. Naime, organizam ne raspoznaje dodane od prirodnih šećera, nego ih metabolizira kako mu stignu. Ako i jedne i druge piješ u većim količinama, organizam će reagirati jednako. Debljat će se sa svim posljedicama koje debljina nosi.

IZ HRVATSKOG DRUŠTVA ZA AKUPUNKTURU HLZ-a

Predstavnici Hrvatskog društva za akupunkturu (HDA), članovi upravnog odbora dr. Ines Bolješić, dr. Mario Franolić, dr. Maja Mustač i dr. Nataša Šemnički, na čelu s predsjednikom dr. Krunoslavom Reljanovićem, sudjelovali su od 9. do 12. svibnja na 14. Međunarodnim danima akupunkture u Münchenu. Organizator je Njemačko liječničko udruženje za akupunkturu (DÄGfA), u suradnji s Interdisciplinarnom klinikom za bol, Odjel za anesteziologiju, Sveučilište u Münchenu, pri Sveučilišnoj klinici Ludwig – Maximilian (LMU), koje je jedno je od vodećih istraživačkih sveučilišta u Europi s tradicijom dugom više od 500 godina, a posvećeno najvišim internacionalnim standardima izvrsnosti u istraživanju i podučavanju. Sadržaj je bio edukacijsko-praktičnog tipa, učenje uz bolesnički krevet. Sastojao se od kraćih predavanja o specifičnostima pristupa bolnom pacijentu na njihovoj Klinici, razmjene znanja i iskustava profesora iz Europe i Amerike te praktičnog dijela tijekom kojeg je više od 40 pacijenata svakodnevno liječeno u manjim skupinama prema načelu individualnog pristupa na kolegijalnoj razmjeni i pod nadzorom iskusnih predavača različitih specijalnosti. Cijeli spektar akupunkture s trigger točkama, dijagnostikom jezika i pulsa, ESA, laserskom tehnikom, palpacijskim stilom, aurikulodijagnozom i aurikulomedicinom ispitan je i raspravljen, a pacijenti su liječeni u opuštenom radnom ugođaju. Slijedile su žive rasprave i intenzivna razmjena znanja, a svemu je ujutro prethodila relaksirajuća vježba qigonga.

U sklopu Međunarodnih dana održavaju se i ispiti iz akupunkture te je i ove godine 9 njemačkih liječnika steklo titulu "Master of Acupuncture DÄGfA". Boravak na LMU-u značio je za naše Društvo i svojevrsnu prekretnicu u daljnjem radu. Tijekom boravka imali smo radni sastanak s doc. Dominikom Irnichem, voditeljem Interdisciplinarne ambulante za bol LMU-a München i predsjednikom DÄGfA-e, gdje smo dogovorili nastavak i intenziviranje međunarodne suradnje HDA-a s Interdisciplinarnom klinikom za bol, Odjel za anesteziologiju, Sveučilište u Münchenu, i DÄGfA-om, koju je započeo dr. Reljanović prije desetak godina. Suradnja će se sastojati od razmjene predavača naših društava, a trebala bi započeti sljedeće godine. Međunarodna suradnja s DÄGf A-om dio je nastojanja HDA-a da se uspostavi državna legislativa za okvire akupunkturne prakse u Hrvatskoj, edukacije i rada liječnika.

MAJA MUSTAČ, dr. med, tajnica HDA-a

UŽE SPECIJALIZACIJE I KOEFICIJENTI PLAĆE

Godine 2011. donesen je „novi“ pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, usklađen s EU-om. Najveća novina bile su takozvane usmjerene specijalizacije. Naime, prema tom pravilniku mnoge dotadašnje uže specijalizacije postale su samostalne. Do tada je liječnik trebao završiti specijalizaciju iz interne medicine, te nakon toga užu specijalizaciju iz gastroenterologije da bi postao gastroenterolog. Prema novomu se od početka specijalizacije specijalizira gastroenterologija. Ipak, prve dvije godine se specijalizira takozvano „zajedničko deblo“, odnosno opća interna medicina. Treba napomenuti da su neke zemlje, kao npr. Švedska, zaključile da dvije godine zajedničkog debla nisu dovoljne da bi dobili kompetentnog specijalista, tako da Švedska ima zajedničko deblo u trajanju od tri godine. Nakon zajedničkog debla obavlja se „usmjerena“ specijalizacija. Nakon što su prvi usmjereni specijalisti završili specijalizaciju pojavilo se nekoliko pitanja.

Za liječnike je najvažnije pitanje plaće. Specijalist internist koji je i uži specijalist gastroenterolog ima koeficijent užeg specijalista. Specijalist gastroenterolog ima koeficijent specijalista. Za isti posao različita plaća. Osim toga, mnoge specijalizacije koje nemaju uže specijalizacije upućuju zamolbe da im se odobre nove uže specijalizacije. Najveći broj takvih užih specijalizacija koje se žele uvesti ne postoje u EU-u. Ministarstvo (makar deklarativno) prepoznalo je problem i odlučilo svim specijalistima i užim specijalistima izjednačiti koeficijente, naravno na veću koeficijent – užeg specijalista. No neki uži specijalisti se s tim ne slažu. Misle da veći broj godina edukacije zaslužuje i veću plaću.

Najvažnije je pitanje za zdravstveni sustav stav „užih“ specijalista da ne mogu dežurati na hitnom internom prijamu jer su gastroenterolozi. Stav Ministarstva je da zajedničko deblo osigurava dovoljno kompetencija za dežuranje na hitnom prijamu.

Treći problem je hrvatski pravosudni sustav. U tijeku je sudski postupak u kome pacijent tuži abdominalnog kirurga koji mu je u hitnoj službi zbrinuo traumatsku ozljedu. Osnova tužbe nije pogrešno postupanje kirurga nego nekompetencija. Naime, pacijent tvrdi da abdominalni kirurg nije kompetentan da u hitnoj službi zbrinjava traumatsku ozljedu te da je to morao učiniti traumatolog. Takve tužbe trebale bi biti odbačene prije suđenja.

BORIS UJEVIĆ

ZDRAVI HUMOR

Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

Sa 64. sastanka JAPANSKOG DRUŠTVA ZA LIJEČENJE DIJALIZOM

Kao što i kolege u Japanu sami ističu, godišnji sastanak Japanskog društva za liječenje dijalizom (Japanese Society for Dialysis Therapy) jedan je od najznačajnijih stručnih i znanstvenih medicinskih skupova u Japanu. Ove godine bilo je registrirano više od 20 tisuća sudionika, oko 10 tisuća liječnika te isto toliko ostalih zdravstvenih djelatnika: medicinskih sestara, nutricionista, farmaceuta, biokemičara itd.

Ovogodišnji sastanak održan je pod naslovom „Japan svijetu, svijet Japanu". Glavne teme međunarodne sekcije bile su akutno bubrežno oštećenje te nadomještanje bubrežne funkcije u kroničnoj bubrežnoj bolesti. Predavači su bili sa svih kontinenata. Hrvatska se može ponositi uspjesima u nadomještanju bubrežne funkcije, ne samo transplantacijom nego i dijalizom, te se može mjeriti s najrazvijenijim i najbogatijim zemljama svijeta. Nažalost, u nekim dijelovima svijeta nadomještanje bubrežne funkcije može se okarakterizirati samo jednom riječju: tragično. Neke zemlje Južne Amerike, npr. Čile, Urugvaj i Argentina, mogu se u incidenciji, prevalenciji i dostupnosti raznih postupaka nadomještanja bubrežne funkcije mjeriti s razvijenim zemljama svijeta, u drugim je zemljama stanje lošije. Potpuno drukčije su prilike u Africi. Nadomještanje bubrežne funkcije dostupno je samo za 10 % bolesnika kojima je to nužno. Glavni su razlozi nedovoljan broj nefrologa, nedostatak opreme te loša organizacija zdravstvene skrbi. U nekim afričkim zemljama bolesnici sami plaćaju dijalizu, tako da se umjesto tri dijalize tjedno, ovisno o mogućnostima, dijaliza provodi jedanput ili dvaput. I u Južnoafričkoj Republici, koja pripada najrazvijenijim afričkim zemljama, dijaliza nije dostupna svima. U bolnicama još postoje povjerenstva koja prednost za dijalizu daju mlađima i onima s manje postojećih komplikacija. U dinamičnoj raspravi čulo se nekoliko ideja kako nadomještanje bubrežne funkcije dijalizom učiniti dostupnim i bolesnicima u manje razvijenim zemljama. Jedan od načina je višekratna upotreba dijalizatora (eng. reuse). Postupak koji je zaboravljen i zabranjen, posebno u Europi, mogao bi učiniti dijalizu dostupnom i bolesnicima u siromašnijim zemljama. Mi bismo rekli bolje išta nego ništa, ili kako je na skupu rečeno „better reuse than no use". Spomenuta je mogućnost da farmaceutske tvrtke iskorištene uređaja za hemodijalizu servisiraju te jeftino prodaju u siromašnim zemljama. Ne treba, kako je rečeno, zaboraviti ni

na konstrukciju i proizvodnju jeftinih uređaja za kućnu dijalizu. Tu je inicijativu u Australiji pokrenuo prof. dr. Vlado Perković, nefrolog podrijetlom iz Hrvatske (https://www.georgeinstitute.org/projects/the-affordable-dialysis-project).

Akutno bubrežno oštećenje velik je javno zdravstveni problem širom svijeta. Postoje velike razlike u incidenciji i prevalenciji, ali i uzrocima. U razvijenom dijelu sepsa je najčešći uzrok akutnog bubrežnog oštećenja i najčešće je riječ o hospitaliziranim bolesnicima. U nekim dijelovima svijeta, primjerice u Africi i Aziji, akutno bubrežno oštećenje posljedica je nama već zaboravljenih bolesti. U Africi su mu česti uzroci malarija, infekcija HIV-om i akutni enterokolitis. Za nas koji živimo u drugim uvjetima, zanimljiv je podatak kako je ugriz otrovnih zmija među najčešćim uzrocima u Mianmaru. Velik je problem u mnogim zemljama nedostupnost dijalize, a pogotovo novih postupaka kao što su kontinuirani postupci nadomještanja bubrežne funkcije. U Africi su novi postupci dostupne uglavnom u Južnoafričkoj Republici. Bilo je lijepo čuti kako su japanski nefrolozi pomogli kolegama u Mianmaru i donacijom uređaja i uvođenjem novih dijalitičkih postupaka.

Bilo je zanimljivo, ali žalosno slušati o doista teškom stanju mnogih bubrežnih bolesnika diljem svijeta. Mi u Hrvatskoj možemo biti ne samo zadovoljni nego i ponosni učinjenim na području nadomještanja bubrežne funkcije. S druge strane, ne smijemo zaboraviti na današnju veliku migraciju stanovništva i na to kako se na našim prostorima možemo susresti s nekim zaboravljenim bolestima.

Prof. dr. sc. DRAŠKO PAVLOVIĆ,
Poliklinika za internu medicinu i dijalizu,
B. Braun Avitum, Zagreb

POLIKLINIKA BAGATIN

Poliklinika Bagatin u Splitu

Prepustite se sigurnim rukama naših stručnjaka

- Anti Age tretmani
- Laserska epilacija
- Tretmani lica
- Centar za oblikovanje tijela

DIOKLECIJAN HOTEL & RESIDENCE
Kranjčevićeva 45/1
21000 Split

+385 1 46 10 225
www.poliklinikabagatin.hr
info@bagatin.hr

GREEN GOLD TOWER
Grada Vukovara 269a/10
10000 Zagreb

DONJI GRAD - CENTAR
Frana Folnegovića 1c/1
10000 Zagreb

RAZVIJAMO LJUDE

KOJI SVOJOM ANGAŽIRANOŠĆU RAZVIJAJU NAŠU ORGANIZACIJU I TO JE KLJUČ NAŠEG USPJEHA

Mnoge analize na svjetskoj razini svrstavaju Hrvatsku u donji dio tablice angažiranosti, među njima i najpoznatiji Gallupov upitnik o angažiranosti (Gallup Q12), koji kaže da je prosječna angažiranost u Hrvata tek 3%. U Poliklinici Bagatin osim Gallup Q12 pitanja koristimo i druge alate mjerenja angažiranosti te nam je zadnja analiza (svibanj 2019. godine) pokazala rezultat angažiranosti od 75%. Čak 58% angažiranosti čine tri stavke: Imam li prilike napredovati (razvijati se, učiti, napredovati hijerarhijski, novčano)? Kakav je moj nadređeni? Kakav je sam posao (imam li prilike učiti i rasti kroz posao)?

U području ljudskih potencijala zadnjih 20 godina velika važnost stavljena je na pojam angažiranosti zaposlenika – koliko je zaposlenik produktivan na svom radnom mjestu, predan svom poslu, poslodavcu, koliko osjeća da pripada organizaciji. Mnoge analize na svjetskoj razini svrstavaju Hrvatsku u donji dio tablice angažiranosti, među njima i najpoznatiji Gallupov upitnik o angažiranosti (Gallup Q12), koji kaže da je prosječna angažiranost u Hrvatskoj tek 3%. U Poliklinici Bagatin osim Gallup Q12 pitanja koristimo i druge alate mjerenja angažiranosti te nam je zadnja analiza (svibanj 2019. godine) pokazala rezultat angažiranosti od 75%.

Prije nego što je postojao sam odjel HR-a aktivnosti poticanja angažiranosti radila je Uprava, na kojoj i dalje ostaje veliki dio aktivnosti, ali veći dio spušta se na voditelje koji su stup razvoja svake organizacije. **Koje su glavne aktivnosti i područja rada unutar našeg današnjeg upravljanja ljudskim potencijalima?**

1. Detaljan postupak zapošljavanja / upoznavanja

Većina naših kandidata za posao iznenadi se sveobuhvatnošću našeg selekcijskog postupka: razgovor sa psihologicom, psihometrijsko testiranje, razgovor s voditeljem odjela, upoznavanje članova tima za koji osoba aplicira te razgovor s Upravom – postupak je isti za sve. Bitno nam je da vrlo dobro upoznamo kandidata, kao i on nas, prije nego dođe raditi u Polikliniku, jer kao i s klijentima, s našim zaposlenicima želimo graditi dugoročne odnose i želimo biti sigurni da je to „to“. U procesu selekcije kandidati mogu saznati više o Poliklinici, na koji način se kod nas radi, upoznaju svoje potencijalne buduće kolege i dobivaju iskustvo iz prve ruke što se tiče interne komunikacije, raspodjele rada i načina organizacije posla. Isto tako, kroz testiranje i intervju, mi pomno odabiremo kandidate koji će se, prije svega, uklopiti u našu organizacijsku kulturu, koji su otvoreni za cjeloživotno učenje i osobni razvoj, koji žele biti angažirani, a ne samo kotačić u sustavu i naravno, koji su stručni za tu poziciju.

2. Organizacijska kultura i vrijednosti

Ukoliko bi sutra netko kopirao sve što radimo, napravio potpuno identičnu zgradu, dao svojim zaposlenicima sve naše radne protokole da ih slijede, sigurno ne bi mogao napraviti istu Polikliniku. Zašto? Jer ne može kopirati naše ljude. Ljudi su jedinstveni. Ljudi su oni koji klijentima ostaju u sjećanju. Ljudi su oni koji grade odnos s klijentom. Stoga je prije svega važno ulagati u organizacijsku kulturu. Što je kultura? To je sve ono što ljudi rade kad ih nitko ne gleda – izjava je koju ćete često čuti u Poliklinici Bagatin. Upravo ono što radimo kad nitko ne gleda, pokazuje naše pravo lice. I uloga HR-a je da zajedno s Upravom i menadžmentom učini da to lice uvijek bude jednako. Stoga smo mi u Poliklinici Bagatin mnogo energije uložili u kreiranje naših pet vrijednosti, zvijezde vodilje našeg ponašanja: osobna odgovornost, kontinuirano unaprjeđenje, leadership, timski rad i vrhunska usluga. Ove vrijednosti nije Uprava zadala zaposlenicima da ih slijepo slijede, već su ih zaposlenici sami kreirali na susretima naše Bagatin Akademije. Bagatin Akademija sastoji se od pet edukacijskih modula godišnje, a na njima

se obrađuju teme od izrazite važnosti za razvoj organizacije. Uključivanjem zaposlenika u stvaranje nečeg tako važnog kao što su naše vrijednosti, stvaramo kulturu angažiranosti i nastojimo svakom zaposleniku poslati poruku: Važan si! Osim toga, bitno je stvoriti kulturu u kojoj feedback više nije „nešto što je lijepo imati" nego sastavni dio posla i poslovnih odnosa. Naši zaposlenici imaju redovite kvartalne razgovore sa svojim voditeljima na kojima imaju priliku dobiti povratnu informaciju, ali i dati voditelju na znanje nešto što se u svakodnevici ne stigne komunicirati. Interno prakticiramo transparentnost poslovanja kroz komunikaciju poslovnih ciljeva, rezultata i planova za budućnost putem mobilne aplikacije za dijeljenje informacija te direktno kroz prezentaciju Uprave tih informacija djelatnicima na godišnjoj skupštini.

3. Razvoj i edukacija zaposlenika

Još jedna važna stavka za dugoročni razvoj zdrave organizacije je ulaganje u zaposlenike i njihov razvoj. Poslovni razvoj naravno obuhvaća sve medicinske kongrese, seminare i konferencije, stjecanje novih znanja kroz tečajeve, dijeljenje znanja na tjednim konzilijima unutar i između timova. Taj se dio već podrazumijeva. Jednako važan, a često zaboravljen, jest osobni razvoj zaposlenika: upravljanje vlastitim emocionalnim stanjima, konfliktnim situacijama, rješavanje nesuglasica u timu, pristupanje nezadovoljstvu klijenata, vlastita organizacija rada i efikasnost, organizacija poslova unutar tima, iskrenost u odnosima (bez ogovaranja, razgovora iza leđa, direktna komunikacija), pomoć kolegama kada je potrebno, učenje opraštanja i usmjeravanja na zajednički cilj, te inspiriranje i motiviranje sebe i kolega. Osim službenih edukacija, zaposlenicima je na raspolaganju i naš stručni tim koji se sastoji od psihologice i coacha, a kojima se mogu obratiti kad je to potrebno.

4. Voditeljski tim

Neka istraživanja kažu da zaposlenici ne napuštaju organizacije, već voditelje. W.E. Deming, stručnjak za menadžment i upravljanje, rekao je da je sustav taj koji je odgovoran za 94% problema u poslovanju, a samo 6% pojedinci. Slagali se s prvom ili drugom izjavom, činjenica jest da voditelji jesu dio sustava jer oni u svojim rukama imaju moć da ga grade i određuju smjer za budućnost. Tko su voditelji u zdravstvenoj organizaciji? Svaki liječnik, jer vodi doktorski tim, svaka medicinska sestra, jer vodi klijenta. Novi principi upravljanja (uključivanje zaposlenika u odluke, suradnja umjesto naređivanja, „mi" umjesto „ja", razvoj umjesto kažnjavanja) u sve više organizacija zauzimaju svoj prostor i svjesni smo da je to jedina moguća opcija za budućnost: svakom voditelju omogućen je redoviti individualni coaching na dvotjednoj bazi, a svaki mjesec imaju edukaciju na temu razvoja leadershipa.

Zbog svega gore navedenog, 75%-tna angažiranost nije slučajnost već posljedica dugogodišnjeg ulaganja u naše ljude, ljudske potencijale. Upravo naziv HR (eng. Human Resources) u svojoj biti znači upravljanje potencijalima ljudi, a to iz menadžerske perspektive znači složiti poslovni sustav na način da svi vidljivi i nevidljivi potencijali svakog zaposlenika dođu na vidjelo i kao takvi, budu razvijani i poticani na rast, jer samo rastom naših zaposlenika zajedno s rastom organizacije, ostvarujemo napredak. Često ljudi gledaju na to dvoje kao nešto odvojeno, zaboravljajući pritom da je organizacija skup pojedinaca koji su okupljeni oko zajedničkog cilja. A naš je cilj jedan, stvoriti organizaciju u kojoj svaki zaposlenik može postati najbolja verzija sebe.

Od početka srpnja na snazi Pravilnik koji omogućuje brze pretrage krvi u liječničkim ordinacijama

Početkom srpnja o.g. na snagu je stupio Pravilnik o načinu obavljanja medicinsko-biokemijske djelatnosti u liječničkim ordinacijama prema kojemu će se moći napraviti brze pretrage krvi, uključujući i CRP. Pravilnikom koji je donio ministar zdravstva na temelju Zakona o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti utvrđuje se, uz ostalo, da su to pretrage od vitalnog značenja za zdravlje pacijenata koje će se koristiti za radnu dijagnozu i usmjeravanje za daljnju dijagnostiku i liječenje pacijenta.

Pretragama uz pacijenta (POCT, Point of care testing) podrazumijevaju se one koje su obavili zdravstveni djelatnici kojima to nije osnovna djelatnost, i to u liječničkim ordinacijama, punktovima dežurstava primarne zdravstvene zaštite, domovima zdravlja te zavodima za hitnu medicinu. Pravilnik je donesen na prijedlog Hrvatske komore medicinskih biokemičara i uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatske liječničke komore.

Popis pretraga koje se mogu izvoditi uz pacijenta u liječničkim ordinacijama

1. C reaktivni protein (CRP)
2. Hemoglobin (Hb)
3. Protrombinsko vrijeme (PV)
4. Kalij (K)
5. Kreatinin
6. D-dimeri
7. Troponin
8. N-terminalni-pro-B-tip natriuretskog peptida (NTproBNP)
9. Glukoza

Izmijenjen Pravilnik: liječnik u potvrdu unosi ispunjava li dijete ili ne ispunjava zdravstvene uvjete za upis u dječji vrtić

Ministarstvo zdravstva izmijenilo je Pravilnik o obrascima zdravstvene dokumentacije djece predškolske dobi i evidencije u dječjem vrtiću na način da je zamijenjen Prilog I. dosadašnjega Pravilnika koji je na snazi od kolovoza 2002. U novom prilogu, odnosno potvrdi o obavljenom sistematskom zdravstvenom pregledu predškolskog djeteta, liječnik upisuje ispunjava li dijete ili ne ispunjava zdravstvene uvjete za upis u dječji vrtić (što uključuje i propisano cijepljenje). Novina je sadržana u tome da je po dosadašnjem Prilogu I. liječnik u potvrdu upisivao „je li dijete sposobno za pohađanje dječjeg vrtića ili nije“. (sšh)

HZZO objavio Javni natječaj za financiranje rada mladih liječnika pod nadzorom

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) objavio je 26. srpnja Javni natječaj za financiranje rada pod nadzorom doktora medicine bez specijalizacije u 2019. godini, koji imaju odobrenje za samostalan rad, a studij medicine su upisali nakon 1. srpnja 2013.

Zahtjevi za financiranje rada pod nadzorom mogli su se predati do 31. kolovoza. Način provedbe rada pod nadzorom doktora medicine bez specijalizacije s izdanim odobrenjem za samostalan rad uređen je Pravilnikom o načinu provođenja rada pod nadzorom doktora medicine bez specijalizacije koji je na snagu stupio početkom srpnja ove godine.

Rad pod nadzorom provodit će se u pravilu tijekom prvih šest mjeseci rada, u djelatnosti hitne medicine koju obavlja zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba, u djelatnosti hitne medicine koju obavlja bolnička zdravstvena ustanova te u djelatnosti obiteljske (opće) medicine. Javni natječaj bio je raspisan za 451 radno mjesto. (sšh)

JESU LI KOMARCI OPASNE ŽIVOTINJE?

Doc. dr. sc. NATAŠA JANEV HOLCER, dipl. ing. biol.

PAVLE JELIČIĆ, dr. med. univ., mag. admin. sanit., specijalist epidemiologije i zdravstvene ekologije,
Služba za zdravstvenu ekologiju, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

S pojavom toplijih dana pojavljuju se i komarci koji nam ne daju spavati, a njihov ubod uzrokuje svrbež, a ponekad i alergijske reakcije. Zbog intenzivnog svrbeža i posljedičnog češanja može se razviti sekundarna bakterijska infekcija. S pojavom invazivnih vrsta komaraca koji su aktivni tijekom cijelog dana, produljuje se i naše nastojanje da se zaštitimo od njih.

Iako je u svijetu opisano oko 3300 vrsta komaraca, u Hrvatskoj su prema najnovijim podacima pronađene 52 vrste, od kojih samo manji broj može prenositi bolesti, dok većina njih predstavlja molestante koji ometaju i uznemiravaju, čime narušavaju kvalitetu života građana.

Svjetski dan komaraca obilježava se 20. kolovoza, u spomen na engleskog liječnika Ronalda Rossa, koji je 1897. utvrdio kako su ženke komarca *Anopheles* vektor za parazita iz roda *Plasmodium*, odgovorne za prijenos uzročnika malarije među ljudima. Već gotovo sto godina svake se godine na taj datum održavaju događanja u londonskoj Školi higijene i tropske medicine. Malarija je u Hrvatskoj iskorijenjena još 1964. godine i danas se bilježe samo tzv. importirani slučajevi.

Jesu li komarci opasne životinje?

Sposobnost prijenosa zaraznih bolesti svrstava komarce među najsmrtonosnije životinje na globalnoj razini. U današnje vrijeme klimatskih promjena, porasta temperatura, urbanizacije, intenzivne migracije ljudi i transporta, globalizacije te povećanja populacije, kako ljudske tako i komaraca, važno je istaknuti komarce kao potencijalne vektore za prijenos zaraznih bolesti u ljudi.

U Hrvatskoj su od potencijalnih prenosioca arbovirusnih infekcija rasprostranjeni *Culex pipiens* complex, kućni komarac (kao potencijalni prijenosnici virusa Zapadnog Nila i Usutu virusa), *Aedes albopictus*, poznatiji i kao azijski tigrasti komarac (potencijalni prijenosnik virusa dengue, chikungunye i Zike) i *Anopheles*. *Aedes albopictus* je invazivna vrsta komarca prvi put otkrivena 2004. godine u Zagrebu, a danas je rasprostranjena na području cijele države; 2013. godine otkrivena je nova invazivna vrsta, *Aedes japonicus*, koja je danas prisutna u čak 14 hrvatskih županija, no njezin je vektorski potencijal za prijenos zaraznih bolesti manje važan.

Kakve sve bolesti prenose komarci?

Komarci su zbog svoga vektorskog potencijala za prijenos bolesti zdravstveno najvažnija skupina prijenosnika zaraznih bolesti u svijetu. Najčešće bolesti koje u svijetu prenose jesu malarija, dengue groznica, žuta groznica, groznica Zapadnog Nila, Chikungunya groznica, Zika virusna infekcija i različiti tipovi encefalitisa.

Neke od tih bolesti su zabilježene i u našoj zemlji od proljeća do jeseni, ovisno o životnom ciklusu komarca te o temperaturi i količini oborina. No, samo optimalni uvjeti, s postojećim vektorskim potencijalom određenih komaraca i mogućom pojavom patogena omogućuju prijenos i širenje bolesti.

Prvo pojavljivanje autohtone denga groznice 2010. godine na poluotoku Pelješcu te autohtone groznice Zapadnog Nila tijekom 2012., 2014., 2015. i 2016. godine u Hrvatskoj, pokazalo je ranjivost za prijenos tih bolesti na onim područjima na kojima su vektorske vrste prisutne i aktivne. Za smanjenje navedene ranjivosti potrebno je stalno praćenje vrsta komaraca i procjena rizika utjecaja vektora i vektorskih bolesti na ljudsko zdravlje, kroz prikupljanje podataka u programima praćenja potencijalnih vektora. U Hrvatskoj se temeljem inicijative HZJZ-a, kroz mrežu županijskih zavoda za javno zdravstvo, od 2016. stalno provodi nacionalni monitoring invazivnih vrsta komaraca i prikupljanja podataka u svrhu izrade karte rasprostranjenosti žarišta i izrade nacionalne baze podataka koja bi omogućila procjene rizika za vektorske zarazne bolesti.

Izazovi u transfuzijskoj medicini

Prisutnost komaraca pridonosi pojavnosti zoonoza koje oni prenose i tako između ostalog, predstavljaju izazov za sigurno transfuzijsko liječenje. U svrhu sprječavanja prijenosa uzročnika virusa Zapadnog Nila s čovjeka na čovjeka transfuzijama krvnih pripravaka i transplantacijom organa poduzimaju se od 2018. godine pri Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu mjere testiranja s rutinskim probirom u pojedinačnoj donaciji za darivatelje krvi iz zahvaćenih područja te za darivatelje organa, tkiva i matičnih stanica u razdoblju pojavnosti komaraca i ovisno o procjeni epidemiološke službe.

Mjere za suzbijanje komaraca

Voda je nužno stanište za razvoj komaraca i stoga je najbolji način borbe protiv komaraca u razdoblju od travnja do listopada uklanjanje svih stajaćih izvora vode koji im omogućuju stanište i razmnožavanje. Hrvatska ima dugogodišnju tradiciju suzbijanja komaraca, koja podrazumijeva složene, pažljivo planirane cjelovite mjere, s ciljem smanjenja, zaustavljanja rasta i razmnožavanja ili potpunog uklanjanja prisutnosti komaraca. Provodi se na četiri razine koje obuhvaćaju: a) sanacijske postupke za uklanjanje ili smanjivanje uvjeta za razvoj i razmnožavanje; b) provođenje edukacije lokalnog stanovništva putem informativno – edukativnih letaka, medija te neposrednom komunikacijom na terenu; c) biološke mjere suzbijanja uvođenjem predatora ličinki komaraca, ribice *Gambusia holbrooki* za što je potrebno prethodno ishoditi dopuštenje ministarstva nadležnog za poslove zaštite prirode ili primjena biocidnih pripravaka na bazi *Bacillus thurigiensis* var. *israelensis* u obliku tekućine, granula, prašiva, bez ikakve štete za neciljane vrste u čistim ili obraslim vodama; d) kemijske mjere suzbijanja koje obuhvaćaju primjenu regulatora rasta i insekticidnih larvicida.

Mjere za suzbijanje komaraca mogu biti larvicidne (suzbijanje ličinki) i adulticidne (suzbijanje odraslih komaraca). Da bi bile

učinkovite, potrebno je na vrijeme obavljati larvicidne postupke koji predstavljaju suzbijanje razvojnih oblika (ličinki i kukuljica) komaraca u stajaćoj vodi, i to već u 3. i 4. mjesecu. Organizirano i plansko suzbijanje ličinki komaraca, sukladno pravilima struke predstavlja postupak koja postiže maksimalan učinak, a minimalnu štetu po okoliš.

Adulticidni tretman samo je nadopuna larvicidnog tretmana i ne smije biti osnovni i jedini način.

U stručnim krugovima se adulticidni tretmani smatraju najmanje učinkovitim, jer tako primijenjeni insekticid djeluje samo na odrasle komarce. Rezultati adulticidne obrade sa zemlje (akcije suzbijanja komaraca samo tijekom pojave velikog broja krilatica) uvijek su privremeni i imaju iznimno kratkotrajno djelovanje.

Dodatna prednost vremenski kraćeg adulticidnog postupka je i kraći negativan utjecaj na izložene ljude i okoliš, budući da aerosol koji sadrži kemikalije može u osjetljivih ljudi uzrokovati dišne smetnje.

Upitna činkovitost primjene aviotretmana u suzbijanju komaraca

U Hrvatskoj je od 1992. zabranjeno suzbijanje komaraca avionom iz zraka nad naseljenim područjima, nacionalnim parkovima i ostalim zaštićenim područjima. Iznimno je dozvoljeno ako je područje minirano, poplavljeno ili nedostupno iz drugog objektivnog razloga te ako se mjere dezinsekcije ne mogu provesti na neki drugi svrsishodan način.

Premda su aviotretmani najvidljiviji oblik suzbijanja komaraca i može se reći da kod stanovništva izazivaju dojam najpozitivnijeg učinka u suzbijanju odraslih komaraca, među mjerama za suzbijanje su **najmanje učinkoviti, bez dugoročnog učinka, a često i pogubni za neciljane vrste i štetni za okoliš, jer se tretiranjem insekticidom iz zraka na velikim površinama neselektivno primjenjuje kemikalija.**

Biocidni pripravci koji se koriste za adulticidne tretmane mogu kod osjetljivih pojedinaca izazvati glavobolje, umor, proljev, grčeve i poteškoće disanja. Najosjetljivije skupine uključuju djecu, trudnice, kronične bolesnike, starije osobe, imunosuprimirane bolesnike, dakle upravo one koje najviše želimo štititi od bolesti koje prenose komarci. Sigurne i

Adulticidni tretman suzbijanja zamagljivanjem iz vozila i ručnim uređajima

dozvoljene doze pesticida ne uzimaju u obzir moguće sinergistično djelovanje s štetnim supstancijama prisutnim u okolišu što može dovesti do neočekivanih štetnih učinaka na zdravlje ljudi i neciljanih vrsta životinja.

Dodatan problem u provedbi tretmana suzbijanja komaraca aviotretmanima je što avioni koji se koriste u tu namjenu moraju zadovoljiti i određene tehničke zahtjeve stvaranja određene veličine insekticidnih kapljica kako bi kapljice aerosola što dulje lebdjele u zraku, a ne da brzo padaju na tlo, jer tada ne dopiru do komaraca koji se nalaze ispod lišća raslinja i nisu ciljano aktivne protiv komaraca. Insekticidni aerosol djeluje samo na komarce koje lete, stoga suzbijanje komaraca treba vrednovati prema ostvarenom ukupnom učinku na smanjenje broja komaraca, a ne prema vidljivim provedenim mjerama.

Stoga u prilikama kada komarci nisu vektori bolesti, adulticidni tretmani nemaju pozitivnih, ali imaju negativne učinke na zdravlje ljudi. To tim više što za suzbijanje komaraca kao molestanata na raspolaganju stoje druge, znatno učinkovitije mjere.

Osijek i komarci

Ove je godine na širem osječkom području bilo osobito mnogo poplavnih komaraca, više nego ranijih godina, zbog obilnih količina oborina i istovremenog porasta temperature zraka. Grad Osijek ima „tradicionalni" problem s komarcima zbog poplavnih područja koja s njim graniče, među kojima je i područje Parka prirode Kopački rit. Prema podacima ZJZ Osječko-baranjske županije, udio poplavnih komaraca u samom gradu Osijeku je više od 70 %, a kućnog komarca oko 5 %. No, s javnozdravstvenog stajališta, važan je kućni komarac jer je on, prema smjernicama Europskog centra za sprječavanje i kontrolu bolesti (ECDC), jedan od glavnih prijenosnika virusa zapadnog Nila na ljude. U Županiji se zbog toga intenzivno radi na koordiniranom modelu u kojem bi sudjelovale Županija, država i sve jedinice lokalne samouprave u skladu s brojem svojih stanovnika. Jedno od mogućih rješenja za područje Osijeka, koje daje najveći učinak na tako velikim površinama gdje pristup nije moguć je korištenje ledenih granula koje prolaze kroz svaki oblik vegetacije. To bi bilo i u interesu stanovnika osječkog područja, jer bi se pravovremenim larvicidnim tretmanima moglo spriječiti razvijanje komaraca, umjesto da se koriste financijski skuplje te dugoročno manje učinkovite adulticidne mjere kada se komarci već razviju u krilatice.

Zašto komarci pojedince bodu više, dok druge zaobilaze?

Bodu i sišu krv samo ženke komaraca jer im je potreban krvni obrok koji sadrži proteine potrebne za razvoj jajašaca. Mužjaci se hrane samo biljnim sokovima i ne bodu.

Poznato je da je najvažnija tvar koju receptori ženke komaraca prepoznaju i tako pronalaze žrtvu za ubod ugljikov dioksid koji ljudi

izdišu ili oslobađaju preko kože. Osjete ga čak do 35 metara udaljenosti, a budući da ga izdišemo kroz nos i usta, obično napadaju glavu, što objašnjava iritantno zujanje oko naših glava tijekom noći. Komarce privlače i neke druge tvari, ali u znatno manjoj mjeri: mliječna i mokraćna kiselina, amonijak i drugi spojeve koji se oslobađaju znojem, toplina, vlažnost i dr. Boja prema kojoj komarci imaju afinitet je tamna jer se u takvom okružju bolje kamufliraju, a podsjeća ih mjesta pogodna za polaganje jajašaca, pa se zbog tog razloga preporuča nošenje odjeće svjetlijih boja.

Primjena repelenata odnosno sredstava za odbijanja komaraca

Korištenje repelenata je važna preventivna mjera za zaštitu od komaraca kao i bolesti koje se oni mogu prenositi. Na tržištu postoje brojni proizvodi, no u svima njima se nalaze određene aktivne supstancije čija je upotreba za korištenje dozvoljena.

Klasične repelente dijelimo na konvencionalne na bazi aktivne tvari DEET (N,N-diethyl-meta-toluamide (20-50%) koji su u upotrebi od pedesetih godina prošlog stoljeća ili icaridin (hidroksietil izobutil piperidin karboksilat u uporabi od osamdesetih godina prošlog stoljeća. U uporabi su i repelenti koji sadrže IR 3535 (etil 3-(acetil(butil)aminopropanoat), a upotrebljava se u Europi posljednjih dvadesetak godina. Djelovanje mu je kraće od DEET-a, a nema neugodan miris. Za sve repelente vrijedi da se obvezno treba pridržavati uputa za njihovu uporabu.

Pojedini građani preferiraju prirodne proizvode repelentnog učinka koji kao aktivne sastojke imaju mješavine različitih eteričnih ulja: lavande, geranija, limunske trave, mentola, eukalptusa, ružmarina, melise, timijana, komorača, pačulija, cedra, čajevca, cimeta, klinčića, neema, a dolaze u obliku ulja, losiona i hidrolata, no njihov učinak je kraći, potrebno je češće obnavljati zaštitu, a u pojedinaca može doći do iritacije kože te je potrebno obratiti pažnju na koncentracije eteričnog ulja.

U nastojanjima da se obranimo od uboda komaraca posegnut će se i za proizvodima koji nisu dovoljno djelotvorni, poput narukvica koje će zaštititi samo dio kože koji prekrivaju, zatim različiti utrazvučni uređaji koji šalju visokofrekventni zvuk koji bi ih trebao odbiti, no istraživanja to ne podupiru.

Nove spoznaje

U okviru europskog projekta COST je prošle godine započet projekt koji je usmjeren mjerenju učinaka tehnoloških procesa u industriji tekstila, koje uključuju nove tehnologije u tekstilnim proizvodima na temelju nano- i mikro-čestica koje otpuštaju repelente ili pesticide u doziranoj dozi, pa u sljedećih nekoliko godina očekujemo i rezultate tih inovativnih tehnologija.

Uključimo se aktivno u sprječavanju uvjeta za razvoj komaraca!

Osobito je važna uloga svakog pojedinog građana koji svojim odgovornim ponašanjem i aktivnim uključivanjem u svojem domaćinstvu i okolini može značajno pridonijeti sprječavanju širenja komaraca. Zdravstveno najznačajniji su kućni i tigrasti komarac, koji su vezani uz naseljena područja, odnosno mjesta gdje boravi čovjek. Kako pri provedbi mjera nije moguće tretmanima obuhvatiti i područja privatnih okućnica i dvorišta, komarci se mogu i nadalje zadržavati i razmnožavati.

Razvojni ciklus komaraca na ljetnim temperaturama traje 5 do 7 dana, što znači da se u okolišu stalno razvijaju nove jedinke komaraca. Česte kiše uz visoke temperature pogoduju stvaraju brojnih legla komaraca u okolišu, a važnu ulogu imaju brojni građani koji vrlo često radi nepažnje, nemara i neznanja svojim svakodnevnim aktivnostima stvaraju legla komaraca u dvorištima i vrtovima.

Budući da za većinu bolesti prenosivih komarcima nema cjepiva, potrebno je educirati i senzibilizirati pučanstvo o javnozdravstvenom značenju komaraca i bolestima koje mogu prenijeti te o potrebnim mjerama osobne zaštite i mjerama u okolišu, kako bi se rizik zaražavanja smanjio na najmanju moguću mjeru.

Tri koraka u osobnoj zaštiti od uboda komaraca jesu:

- Zaštitite prozore i vrata mrežama protiv insekata, postaviti mreže iznad kreveta i dječjih kolica
- Nosite svijetlu odjeću dugih rukava i nogavica na području s puno komaraca
- Upotrebljavajte sredstva koja odbijaju komarce, tzv. repelente, i koristite ih prema uputama proizvođača

Sanacijske mjere za uklanjanje uvjeta u okolišu za razvoj komaraca obuhvaćaju održavanje ulica, trgova, javnih i privatnih dvorišta, kuća i njihovih okućnica na način da oborinske vode ili vode drugog podrijetla mogu otjecati bez mogućnosti zadržavanja. U okruženjima gdje žive i borave ljudi (terase, vrtovi, parkovi i dr.) treba izbjegavati nakupljanje vode (npr. u kantama, bačvama, posudama itd.). U vrtovima treba pregledavati mjesta gdje se nakuplja kišnica, a posude u kojima se nakuplja voda, kao što su tanjurići ispod vaza za cvijeće, treba periodički prazniti i čistiti svakih 7 dana u razdoblju od travnja do studenoga. Predmete u kojima se može zadržavati voda, npr. kade, bačve i posude za zalijevanje vrtova, treba osigurati pokrovima od plastike ili sličnog nepromočivog materijala ili mrežom protiv komaraca. Sve vlažne površine dobro je isušiti, a u tanjuriće cvjetnih posuda preporuča se usipati pijesak ili zemlju.

Problemi i izazovi u suzbijanju komaraca

Sukladno Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti važno je pravovremeno, na razini jedinica lokalne samouprave, planirati i provoditi preventivne mjere suzbijanja komaraca. Iako je praćenje i suzbijanje štetnika u Hrvatskoj zakonski odlično regulirano, u praksi se i dalje primjećuju nedostaci jer pojedine jedinice lokalne samouprave ne provode obvezatne preventivne mjere za suzbijanja komaraca kako to nalažu Zakon i struka. Za uspješno integrirano (cjelovito) suzbijanje vektora zaraznih bolesti te drugih štetnika vrlo je važna kontinuirana edukacija i međusobna suradnja svih dionika, sa zajedničkim ciljem: vektore zaraznih bolesti u Hrvatskoj smanjiti na biološki minimum.

Provedbom mjera suzbijanja komaraca kako to nalaže zakon i struka postići će se racionalno i učinkovito korištenje resursa u skladu sa svjetskim znanstvenim spoznajama i dugogodišnjim iskustvom domaćih i stranih stručnjaka te nema racionalnog razloga sumnjati u njihovu opravdanost.

HRVATSKI EPIDEMIOLOŠKI KONGRES S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

prim. BORISLAV ALERAJ

Četvrti po redu Hrvatski epidemiološki kongres „Epidemiologija jučer, danas, sutra...“ koji je obuhvaćao teme iz davnije i bliže prošlosti, sadašnjeg vremena, te osvrte na razvoj epidemiološke djelatnosti u budućnosti, održan je u Opatiji od 16. do 18. svibnja, s oko 150 sudionika. Na njemu su uz domaće, sudjelovali i strani stručnjaci iz Europskog središta za sprječavanje i nadzor zaraznih bolesti (ECDC), te gosti iz Sjeverne Makedonije, Bosne i Hercegovine i Crne Gore.

Zanimljivo je bilo predavanje prim. mr. sc. Borislava Aleraja, koji je prije pet godina otišao u mirovinu i koji je iznio svoja profesionalna iskustva. Možda će netko od kolega naći sličnosti sa svojim iskustvima, a mlađim liječnicima mogla bi koristiti u njihovom radu. Dr. Aleraj je svoj epidemiološki radni vijek odradio u Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, tijekom kojega je, kako je rekao, uživao radeći sa svojim kolegama u poslovima sprečavanja i suzbijanja bolesti i nije niti jedan dan bio na bolovanju. I sada u mirovini lijepo mu je, jedino mu se javlja poznat umirovljenički problem - nedostatak vremena. S vremenom su mu dodiri s kolegama i strukom sve rjeđi, no s veseljem se odaziva na sastanke i skupove stručnog društva, kao i na ovaj kongres. Ističe kako je imao dobro dodiplomsko i specijalističko obrazovanje na MEF-u u Zagrebu te da su mu željeni dobri rezultati u provedbi mjera zaštite zdravlja ljudi pružali veliko zadovoljstvo i učvršćenje samopouzdanja za buduće zadaće. Prisjetio se kako je tijekom desetak i više godina, u sedamdesetim i osamdesetim godinama prošlog stoljeća, istraživajući endemsku nefropatiju i primjenjujući epidemiološke metode case-control i kohortne studije, obradio mnogo laboratorijskih, kliničkih i epidemioloških podataka, no kako unatoč tom velikom radu nije otkrio uzrok bolesti niti ništa drugo senzacionalno. Stoga, iako je sudjelovao u više znanstvenih istraživanja, prvenstveno se osjećao kao liječnik praktičar koji nastoji što bolje primijeniti naučenu medicinu, a manje kao kreator i otkrivač medicinskog znanja, odnosno znanstvenik. Ipak je tijekom svoga profesionalnog rada, koji je do nedavne mirovine potrajao gotovo 40 godina, stekao mnoga iskustva i uočio nekoliko činjenica i prirodnih zakonitosti iz medicine o kojima nismo učili na fakultetu, a također, naučio je i ponešto o ljudima. Evo ih nekoliko!

Prirodni tijek bolesti

- Opis prirodnog tijeka bolesti u udžbenicima u stvari je školski opis i ne mora uvijek biti takav i u stvarnom životu; neka bolest, ne mora se nužno razvijati i pogoršavati prema sve težem obliku u patofiziološkom uzročno posljedičnom lancu, sve do najtežeg oblika ili smrti, nego može biti stacionarna, pa i regredirati. Primjerice, tijekom praćenja bolesnika od nefropatije u endemskim selima moglo se uočiti da su u pojedinaca jasni znakovi oštećenja bubrega i znatno povišen serumski kreatinin perzistirali na istoj razini godinama bez kliničkih smetnji i bez napredovanja u uremiju. Zaključak: tijekom školovanja uči se u stvari teorijski model bolesti, u kojem su ugrađene, logičkim slijedom, sve faze prirodnog tijeka, no nije bilo (dovoljno) naglašeno da to ne mora uvijek biti baš prema tom fiktivnom modelu konstruiranom prvenstveno za učenje.
- Pitanje na koje za sada nema cijeli razrađeni odgovor je zašto bolest ne mora uvijek napredovati. Vjerojatno je razlog u postojanju mnogih vrlo složenih kompenzacijskih mehanizama u složenom čovječjem

Na slici (s lijeva): Morana Tomljenović, Mario Harapin, Vlasta Hrabak Žerjavić, Natalia Jadrijević, Vjekoslav Bakašun, Ira Gjenero Margan, Diana Nonković, Bernard Kaić, Renata Kutnjak Kiš i Gordan Sarajlić

organizmu, uz moguće promjene u izloženosti štetnim/rizičnim čimbenicima. Na tom pitanju slijedi nepregledno polje rada za sadašnje i buduće liječnike, istraživače i znanstvenike.

Imunost i prirodni buster

- U slučaju cijepljenja protiv nekih bolesti stečena imunost se prirodnim dodirom s oboljelima ili uzročnikom (prirodni buster) neprimjetno obnavlja ili busterira, a bez razbolijevanja.

Ljudi moraju piti

- Ako se dogodi epidemija bolesti koja se prenosi vodom, tek kad se osigura druga zdravstveno ispravna voda može se iz uporabe isključiti neispravan izvor, npr. bunar. To je uočeno na primjeru suzbijanja epidemije trbušnog tifusa, kada su ljudi unatoč obavijesti s natpisom o zabrani vode za piće iz neispravnog izvora vode i dalje uzimali nesigurnu i za zdravlje opasnu vodu iz bunara, čak i kad je postavljen poklopac s lokotom jer, kao što je poznato (ali mnogi toga nisu svjesni), ljudi moraju piti.

Ljudi imaju i drugog posla

- Ponekad, ako se neka javnozdravstvena preporuka za sprečavanje bolesti (npr. o nužnosti osiguranja zamjenske vode, prokuhavanja voda prije uporabe za jelo i piće...) daje odgovornim ljudima u nekom mjestu, gradu, ustanovi, i oni preuzmu tu zadaću te obećaju njeno izvršenje, nakon nekoliko dana, čak i telefonske izjave da je zadatak izvršen, često u stvarnosti i na licu mjesta ničega toga nema. To je vrlo čest i uobičajen način ljudskog ponašanja, bez nekih loših namjera, već jednostavno zbog drugih važnih životnih poslova i obaveza, inercije i slično. Rješenje je da se preporuka, nakon što je jasno predstavljena i ljudima koji trebaju sudjelovati u njenoj provedbi, provjeri je li i provedena, a ako nije provedena, da se strpljivo ponovi i nekoliko puta, ili da se u izvedbi sudjeluje zajedno s tim ljudima, a ponekad i da sve obavite sami, jer važno je da se preventivna mjera provede.

Okrugli stol pod nazivom **„Epidemiologija jučer, danas, sutra...“** moderirao je Mario Harapin, a sudjelovali su epidemiolozi koji su u mirovini, neki koji su još uvijek aktivni, te specijalizanti. Od umirovljenih kolegica i kolega su nas prof. Ira Gjenero Margan, prim. Vlasta Hrabak Žerjavić i doc. Vjekoslav Bakašun podsjetili na rješavanje nekih kriznih stanja iz prošlosti, poput slučaja Baxter povezanog s neispravnim dijalizatorima. Dr. Renata Kutnjak Kiš iz ZJZ-a Međimurske županije, mr. sc. Diana Nonković iz Nastavnog ZJZ-a Splitsko-dalmatinske županije i prim. dr. sc. Bernard Kaić HZJZ-a govorili su o aktualnim izazovima na svojim radnim mjestima, poput nedostatka vremena i ljudskih resursa zbog velikog i sve većeg opsega posla, pojave protucjepnih pokreta, informatizacije. Specijalizanti dr. sc. Morana Tomljenović iz MEF-a u Rijeci, Natalia Jadrijević i Gordan Sarajlić iz HZJZ-a iznijeli su svoje viđenje rada u epidemiološkoj djelatnosti te spremnost na izazove novijeg doba, posebice one povezane s novijim tehnologijama prikupljanja i obrade zdravstvenih i statističkih podataka.

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

S FAKULTETA *U NEIZVJESNOST*

PERINA GRGINOVIĆ, dr. med.
KSENIJA VUČUR, dr. med.

Studenti medicine koji su 2013. godine upisali fakultet prva su generacija koja ne mora imati pripravnički staž niti polagati stručni ispit prije dobivanja odobrenja (licencije) za samostalno obavljanje liječničke djelatnosti. Odluka o ukidanju pripravničkog staža donesena je tijekom pregovora o ulasku Republike Hrvatske u Europsku uniju. Prema tome, najkasnije od 2013. godine medicinski fakulteti u Hrvatskoj znali su da su potrebne korjenite promjene u nastavi kako bismo nakon šest godina studija dobili prvu generaciju primjereno educiranih doktora medicine spremnih da samostalno rade. Među provedenim reformama bio je predmet „Temelji liječničkog umijeća“ (TLU), koji se na MEF-u u Zagrebu proteže od prve do šeste godine. U njemu mlađi i stariji liječnici podučavaju studente o komunikacijskim i praktičnim vještinama poput mjerenja tlaka, vađenja krvi na lutki, pranja ruku, kardiopulmonalne reanimacije i sl. Taj je predmet uveden kao djelomična zamjena za staž, no i dalje u nastavi općenito nedostaje učenje kako rješavati stvarne, svakodnevne situacije u budućoj radnoj okolini, npr. kako bolesniku priopćiti lošu vijest, i to tako da studenti glume liječnika i bolesnika. U stvarnosti je posve drukčije - emocije su stvarne, bolesnici i rodbina imaju mnoga pitanja koja nisu isključivo medicinska i ne događaju se prema „uigranom scenariju“. Realnost iz koje studenti trebaju učiti tijekom školovanja jednako je važna kao i činjenice naučene iz knjiga. Bez praktičnog učenja u stvarnoj radnoj okolini (bolnice, ordinacije obiteljske medicine, na terenu hitne službe) nema kompetentnog doktora. Nadalje, broj sati vježbi na kliničkim predmetima nije značajno povećan nakon 2013. godine. Ukidanjem pripravničkog staža, odnosno vremena provedenoga na radnom mjestu u trajanju 8 ili 12 sati dnevno, mladi liječnici prije negoli počnu raditi neće proživjeti niti jedan radni dan bilo u bolnici, ordinaciji liječnika obiteljske medicine ili kolima HMP-a. Neki će se natjecati za tzv. željenu specijalizaciju, npr. neurologiju, a da niti jedan cjelokupni radni dan nisu proveli na takvome radnome mjestu. Posljednji put su se susreli s neurologijom na četvrtoj godini studija na kolegiju od tri tjedna. Posljedica može biti odustajanje od specijalizacije jer na njoj nisu našli ono što su očekivati.

Nažalost, sa stajališta studenata medicine naši medicinski fakulteti u proteklih šest godina nisu uspjeli ostvariti uvjete u kojima bi studenti u dovoljnoj mjeri stekli praktična znanja i vještine kako bi po stjecanju diplome bili kompetentni za liječničku praksu bez pripravničkog staža. Praktična nastava je i dalje nedovoljna. Jedan od razloga nedovoljnog stjecanja vještina je i nedostatak liječnika u bolnicama, premalo ih je da bi se stigli „posvetiti“ studentima u mjeri u kojoj bi trebali. S druge strane, svakim danom liječnici koji bi kao nastavnici trebali studente educirati odlaze iz Hrvatske te se time stvara začarani krug. Nastaje sustav bez liječnika i nastavnika, a što hrvatsko zdravstvo vodi u propast.

Većina studenata imala je prilike iskazati svoje mišljenje o ukidanju staža u anketi provedenoj 2018. godine, više ih se od 90 % izjasnilo nedovoljno spremnima za samostalan rad nakon završetka studija. Izrazili su želju da odrade staž nakon završetka studija kao potrebno tranzicijsko razdoblje. Anketi je pristupilo 1638 studenata, dakle radi se o mišljenju većine. Zanimljivo, svi studenti koji su upisali medicinski fakultet prije 2013. godine, a završit će ga 2019. i kasnije, ipak moraju na staž i tako, za razliku od kolega kojima staž nije obvezan, na neki način prikraćeni jer ovi posljednji mogu na specijalizaciju odmah nakon diplomiranja, bez staža. Bitno je naglasiti da studenti na zadnjoj godini studija uče pretežito nekliničke predmete poput zdravstvene ekologije, epidemiologije i medicinske etike. Ne poričući vrijednost tih predmeta, postavlja se pitanje preraspodjele predmeta kako bi se na zadnjoj godini studenti više mogli posvetiti praksi i temeljnim kliničkim predmetima, pogotovo sada kada je staž ukinut.

Bez praktičnog učenja u stvarnoj radnoj okolini (bolnice, ordinacije obiteljske medicine, terenska hitna služba) nema kompetentnog doktora.

Nakon završenih šest godina medicinskog fakulteta, od 1. srpnja do 4. rujna 2019. godine, 448 diplomiranih liječnika zatražilo je licenciju od Hrvatske liječničke komore i dobilo ju je. Sada im se nude tri mogućnosti:

1. rad pod nadzorom mentora u ordinaciji obiteljske/opće medicine, u zavodima za hitnu medicine jedinice područne samouprave, odnosno Grada Zagreba, ili u hitnoj medicini koju obavlja bolnička zdravstvena ustanova
2. specijalizacija
3. samostalan rad u zavodima za hitnu medicinu ili zamjena u obiteljskoj medicini.

HZZO je za financiranje rada pod nadzorom doktora medicine bez specijalizacije u 2019. godini 26. srpnja objavio javni natječaj na mrežnim stranicama za 461 mjesto na koje su se kandidati mogli prijaviti do 31. kolovoza. Na kliničkim bolnicama i KBC-ima u Zagrebu raspisano je samo 26 mjesta (KB Dubrava 8; KBC “Sestre milosrdnice 5; KB Merkur 5; KBC Zagreb 4; Klinika za infektivne bolesti “Fran Mihaljević” 3; KB Sveti Duh

U isto vrijeme kada je objavljen natječaj za rad pod nadzorom objavljen je i natječaj za staž za one studente kojima je taj obvezan (to su oni koji su započeli studij prije 2013.godine).

Dakle, najveća promjena koja se dogodila je ta da se studenti medicine upisani nakon 2013. mogu odmah nakon diplomiranja natjecati za specijalizaciju. Za one koji su diplomirali u srpnju 2019. već je otvoren poveći broj mjesta u bolnicama u Karlovcu, Varaždinu i Sisku te u KB-u Dubrava, KB-u Sv. Duh i KBC-u Osijek. Neke kolege već su iskoristile tu mogućnost.

Tzv. treća mogućnost - samostalan rad u ustanovama hitne medicine i zamjene u obiteljskoj medicine - nameće se kao izbor radi dobivanja licencije odmah nakon završetka studija. Tu se već nailazi na disperziju razmišljanja. Primjera radi: mladi liječnik koji je diplomirao u srpnju 2019. prijavio se na natječaj za zapošljavanje koji je raspisao Zavod za hitnu medicine Primorsko-goranske županije i dobio odgovor da ne može biti prihvaćen bez obzira na to što ima odobrenje za samostalan rad zato što još uvijek nije jasno može li odmah raditi samostalno ili treba najprije određeno vrijeme „rad pod nadzorom", iako jasno piše da rad pod nadzorom nije obvezan (u tom slučaju zvao bi se staž) nego je samo jedna mogućnost. Dakle, vidljivo je da **ni vodeći ljudi koji odabiru kandidate na natječajima još nisu dovoljno upućeni** u materiju. S druge strane, neki od kolega već samostalno rade u hitnoj medicini. Izgledno je da treba vremena za prilagodbu na nove uvjete i mladim liječnicima s tek dobivenom licencijom, ali i starijim kolegama. Predstavnici studenata Kristijan Dominik Rudež i Deni Rkman već dulje vrijeme upozoravaju da se većina studenata ne osjeća spremna za samostalan rad odmah po završetku studija te ponavljaju želju većine studenata za stažem, i to ne od šest mjeseci već godinu dana.

S druge pak strane postoji i generacija studenata medicine koja je prošle godine diplomirala i imala obvezan 6-mjesečni pripravnički staž. I oni su ispunili uvjete za dobivanje licencije koju su zatražili od HLK-a ovoga proljeća ili ljeta. Radi se o cijeloj generaciji mladih liječnika koji su željni rada u struci. U Hrvatskoj je sada mnogo mladih liječnika koji traže posao. Ne nađu li ga ubrzo, počet će odlaziti u inozemstvo. Naime, odjednom su se, ne svojom krivnjom, našli u kaotičnom sustavu u kojemu je mnogo nepoznanica. Ne znaju mogu li samostalno raditi ili ne mogu, za koliko će radnih mjesta biti raspisano specijalizacija itd. Također, poslodavci nemaju jasnu uputu kako postupati s tom novom generacijom mladih liječnika. **S druge strane, u susjednim državama gdje također nedostaje liječnika, ponude za posao su brojne.** Ne zaboravimo i na inozemne klinike koje stipendiraju studente medicine i nakon diplomiranja omogućavaju im specijalizacije u nekoj od bolnica u Austriji, Njemačkoj i Švicarskoj.

Uz netom diplomirane studente medicine s licencijom u rukama bez pripravničkog staža i generacija mladih liječnika s odrađenim 6-mjesečnim pripravničkim stažem traže posao. Ne nađu li u skoroj budućnosti svoje mjesto, tražit će druge mogućnosti, među njima i napuštanje Hrvatske. Uz već postojeći nedostatak liječnika, koji su ujedno i nastavnici studentima, neizbježno je daljnje propadanje programa školovanja studenata medicine i zdravstvenog sustava.

Nove spoznaje ranog otkrivanja i liječenja kroničnih bolesti u muškaraca

MIUKB **Međunarodna interdisciplinarna udruga za kronične bolesti**
Samobor, Pučko otvoreno učilište, 29. i 30. studenog 2019.

Kongres je koncipiran po sekcijama, voditelji:

- *Novosti u liječenju raka pluća i nacionalni program ranog otkrivanja raka pluća u primarnoj zaštiti - voditelj sekcije:* **akademik prof.dr.sc. Miroslav Samaržija**
- *Bolesti usne šupljine, glave i vrata - voditelj sekcije:* **prof. dr.sc. Drago Prgomet**
- *Prepoznavanje, dijagnostika i liječenje demencije i seksualne disfunkcije - voditelj sekcije:* **prof.dr.sc. Anđelko Vrca**
- *Predijabetes – bolest ili overdijagnoza - voditelj sekcije:* **prof. dr. sc. Marija Vrca Botica, doc.dr.sc. Dario Rahelić**

Na jednom mjestu o svemu, u predivno vrijeme Adventa, u baroknom Samoboru

http://miukb.com/

prof. dr.sc Marija Vrca Botica

Ensure® PLUS ADVANCE

Jedinstveni visokoproteinski proizvod s HMB-om* koji klinički dokazano pomaže izgradnju potporne tjelesne mase te održavanje snage i funkcionalnosti mišića.[1]

Osnovna lista lijekova HZZO-a**

40 g Proteina

3 g Ca-HMB-a***

PREPORUČENA DNEVNA DOZA 2 ŠALICE

1000 IU vit. D

RAZLIJEK HMB

50%

SMANJENJE RIZIKA SMRTNOSTI U NOVOM KLINIČKOM ISPITIVANJU[2]

▲ NUTRITIVNI STATUS[3]

▲ PREŽIVLJENJE[2]

▲ SNAGA[1]

ENSURE PLUS ADVANCE[1-3]:

- SPREČAVA GUBITAK MIŠIĆNE MASE
- ODRŽAVA SNAGU I FUNKCIJU MIŠIĆA
- POMAŽE OPORAVAK NAKON OPERACIJA I FRAKTURA
- DOPRINOSI ZNAČAJNOM SMANJENJU RIZIKA SMRTNOSTI I BOLJEM ISHODU LIJEČENJA

* β-hidroksi-β-metilbutirat
** Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
*** kalcijev β-hidroksi-β-metilbutirat monohidrat

1. Deutz, NEP et al. Clinical Nutrition 2013;1-9. Article in Press.
2. Nicolaas E. Deutz et al. Clinical Nutrition doi; 10.1016/j.clnu.2015.12.010
3. Ekinci O, et al. Nutr Clin Pract 2016.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

ENSU-OTH-23-19/HR, rujan 2019.
Abbott Laboratories d.o.o.
Koranska 2 | 10000 Zagreb | t.01 23 50 510

Abbott

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

Quo vadis?

Internist, kirurg ili doktor za bolesti probavnog sustava?

Autor Goran Hauser

Tradicijska podjela medicine o kojoj i danas poučavamo na svim našim fakultetima sklona je čvrstim podjelama unutar struka. Poznata je činjenica da postajemo sve stručniji za sve manji broj bolesti, mogli bismo reći da se „ustručavamo". To svakako može imati prednosti, ali ustručavati izvorno može značiti i izbjegavati, kloniti se. U ovom slučaju izbjegavamo pogled na čovjeka kao cjelinu i gledamo samo „svoju" bolest.

Jedan od mogućih načina izbjegavanja je vertikalna integracija zanimanja u medicini. U takvoj organizaciji, ne bi postojala podjela na internističke i kirurške klinike već bi organizacija bila bazirana na organskim sustavima. Osim prvog i najvažnijeg problema – tko bi bio šef na takvoj klinici, pa neće valjda internist biti šef kirurgu ili obrnuto, puno je drugih prepreka koje treba svladati, ali nije nemoguće. Zahvaljujući edukacijskoj donaciji Hrvatskom društvu za digestivnu kirurgiju tvrtke *Abbott Nutrition*, 12 liječnika (gastroenterolozi, digestivni kirurzi) i jedna medicinska sestra proveli su u svibnju dva dana u studijskom posjetu bolnici St Mark's u Londonu.

St Mark's Academic Institute i St Mark's bolnica su centar edukacije i istraživanja te prva i jedina specijalizirana bolnica za bolesti crijeva u Ujedinjenom Kraljevstvu. Bolnica je osnovana 1835. godine kao specijalizirana ustanova za bolesti rektuma: *'Hospital for Fistulas and other Diseases of the Anus and Rectum'*. Jedan od poznatih mecena bolnice bio je i C. Dickens koji je svoje tegobe pripisivao predugom sjedenju za radnim stolom te je očito zbog hemoroida često odlazio na preglede i tretmane osnivaču bolnice F. Salmonu. U bolnici su radili brojni poznati liječnici koji su unaprijedili struku, a među najvažnijima je svakako bio predstojnik patologije Cuthbert Dukes (1920 do 1950). Na osnovi registra karcinoma kolona utemeljio je čuvenu Dukesovu klasifikaciju kolorektalnih karcinoma.

U početku su u bolnici radili samo kirurzi, a postupno je bolnica postala središte za liječenje svih bolesti probavne cijevi. U bolnici se pacijentima oboljelima od bolesti probavne cijevi pružala potpuna usluga na jednome mjestu.

Danas su u istom timu zaposleni vrhunski radiolozi i gastroenterolozi čime se osigurava dijagnostika i endoskopska terapija. Zajedno s njima, u istom timu i u isto vrijeme „na istom pacijentu" rade i digestivni kirurzi koji su specijalizirani za kolorektalne karcinome, kirurgiju upalnih bolesti crijeva, fistula te rekonstruktivne zahvate probavne cijevi. Posebna je specifičnost bolnice jedinica za liječenje zatajenja tankog crijeva. Tim liječnika i sestara trenutno skrbi za preko 200 pacijenta s potpunom parenteralnom prehranom što je najveći broj u Velikoj Britaniji, a vjerojatno i u Europi.

U bolnici je do savršenstva dovedena multidisciplinarnost. Redoviti su sastanci multidisciplinarnih timova gdje se odlučuje o daljnjoj dijagnostici i liječenju bolesnika. Gotovo svi pacijenti u bolnici St Mark's su vrlo zahtjevni jer su oni najčešće utočište za „izgubljene" slučajeve koji im iz dolaze iz cijelog svijeta. Bolnica je dio javnog zdravstvenog sustava (NHS) i, naravno, pati od problema svojstvenih svim javnozdravstvenim ustanovama kao što su nedostatak prikladnog prostora i sporije ulaganje u opremanje, ali to ih ne sprječava u postizanju vrhunskih stručnih i znanstvenih rezultata. Dio problema financiranja rješava se liječenjem privatnih bolesnika. Odavno su u ovoj ustanovi shvatili da su prostori i oprema koji se ne koriste najskuplji. U

bolnici postoji privatni odjel za bolesnike koji plaćaju sve usluge, a operacije i svi drugi postupci i dijagnostika izvode se sedam dana u tjednu, vikendom i praznikom.

Uz bolnicu postoji *St Mark's Academic Institute* koji je dio *St Mark's* fundacije. Fundacija je zadužena su za provođenje edukacijskih programa liječnika i medicinskih sestara.

Posebna se pozornost u radu posvećuje „neliječničkom" zdravstvenom kadru. U bolnici radi veliki broj visoko educiranih i specijaliziranih medicinskih sestara koje se bave zbrinjavanjem i njegom probavnih stoma i fistula, enteralnom i parenteralnom prehranom, praćenjem pacijenata na biološkoj terapiji, *biofeedback* terapijom, propisivanjem farmakoterapije i terapije krvnim derivatima, endoskopijom, liječenjem boli i sl. Svi oni sudjeluju u svakodnevnom radu na odjelu, u multidisciplinarnim timovima i raspravama o svakom bolesniku, ravnopravno prema svojoj edukaciji i kompetencijama.

Naravno, pri tome svi imaju jasno propisane kompetencije i zakonske ovlasti te okvire u kojima djeluju. Medicinska dokumentacija im je vrlo zahtjevna, ali istovremeno vrlo dobro informatički organizirana u razne baze podataka. Te se baze mogu koristiti za kontinuirano praćenje stanja bolesnika neovisno o segmentu zdravstvene skrbi koju njegovo stanje zahtijeva te za statističko korištenje podataka u istraživačke i znanstvene svrhe. U fokusu je pacijent te izražena sljedivost i kontinuitet potrebne i pružene zdravstvene skrbi.

Svatko radi svoj dio posla u izvrsnoj međusobnoj interakciji i komunikaciji te u najboljem interesu bolesnika i istovremenog napretka kako liječničke, tako i sestrinske profesije.

Izdvojit ćemo kao primjer rad Odjela za enterostomalnu terapiju kojeg vodi visokoobrazovana medicinska sestra, specijalizirani enterostomalni terapeut. Prema izvješću njihova rada za 2018. godinu, zbrinuli su u okviru raznih sestrinskih kliničkih procedura 1084 bolesnika. Neovisno o radu na kliničkim odjelima, u savjetodavnoj ambulanti zbrinuli su još dodatnih 4036 bolesnika putem telefonskih savjeta, kućnih posjeta, kliničkih konzultacija te prijeoperacijske pripreme.

U timu za zatajenje crijeva, medicinske sestre i tehničari imaju jednu od središnjih uloga. U sklopu tima postoji i pozivni centar gdje bolesnici mogu dobiti informacije i savjet. U njemu radi visokoobrazovani medicinski tehničar/sestra i primaju pozive koje plaća NHS (nacionalno osiguranje). Od oko 3800 poziva godišnje, 83 % upita se riješi telefonskim savjetom, a svega 17 % zahtijeva pregled u ustanovi. Svi navedeni pacijenti nisu trebali liječnika za rješavanje njihovog problema te dobivanje odgovarajuće zdravstvene skrbi.

U Hrvatskoj isti takvi bolesnici morali li bi uputnicom liječnika opće medicine do specijaliste kirurga ili interniste. Računamo da je to 3800 dolazaka u bolnicu, 3800 vjerojatno izgubljenih radnih dana, pa vjerojatno nekoliko stotina (tisuća) putnih naloga i/ili sanitetskih prijevoza. Na ovom se primjeru vrlo jasno vidi kako bogatija društva štede svoje resurse.

Znajući da u RH imamo sestrinske specijalizacije na horizontalnoj i vertikalnoj obrazovnoj razini, nameće se pitanje sporosti implementacije istih te njihove iskoristivosti u sustavu zdravstvene zaštite?!

Pravi je užitak bio sudjelovati u radu multidisciplinarnih timova kojima smo prisustvovali za vrijeme našeg boravka u bolnici St. Marks. O svakom bolesniku se raspravljalo argumentima i znanjem i, začudo, o nijednom bolesniku nije se donio zaključak koji je često svojstven u našim ustanovama, a može se svesti na: „znam ja što medicina temeljena na dokazima kaže, ali kad sam operirao onog pacijenta..."

Hoćemo li u budućnosti imati liječnike i tehničare/sestre specijaliste digestivne medicine ovisi o nizu čimbenika, ali najvažnije je početi mijenjati neke naše navike, ostaviti se „soliranja" i u potpunosti prihvatiti multidisciplinarnost kao osnovu moderne medicine.

HUMOR IZ LIJEČNIČKE PRAKSE

NESPORAZUM

Telefonski poziv pacijenta liječniku u Zagreb:

"Doktore, ja sam bio u Sloveniji. Zabolio me trbuh i dobio sam temperaturu. Uzeo sam Ciprofloksacin kako ste rekli. Sad sam u Zadru i bio sam na Hitnoj. Imam visok CRP i šalju me u bolnicu.

Al' ja bih u Zagreb jer se kod Vas kontroliram."

"A koliko ste dugo bili na Cipru?"

"Ma ja sam bio u Sloveniji." "Ma ne pitam gdje ste bili nego koliko dugo?"

"Što koliko dugo?"

"Pa koliko ste dugo na Cipru?"

"Ja sam sad u Zadru. Nisam ja bio na Cipru nego u Sloveniji."

"Ma mislim na Ciprofloksacin."

"Aha! To?! Ja mislio na otoku Cipru. Na Ciprofloksacinu sam od jučer."

Lada Zibar

Provedba Zakona o zdravstvenoj zaštiti u sustavu primarne zdravstvene zaštite

Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 100/2018.; u daljnjem tekstu: Zakon) stupio je na snagu 1. siječnja 2019.

Županije/Grad Zagreb trebale su donijeti odluke kojima će na svom području oblikovati sustav primarne zdravstvene zaštite sukladne Zakonu. Ministarstvo zdravstva ih je dopisom od 2. siječnja 2019. upozorilo da imaju zakonski rok od šest mjeseci za donošenje potrebnih odluka te da stoga osnivači zdravstvenih ustanova na primarnoj razini (županije/Grad Zagreb) trebaju **žurno** pristupiti donošenju sljedećih odluka:

1. Odluka o broju ordinacija koje će djelatnost obavljati u okviru doma zdravlja, iskazanom kao postotak od ukupnog broja ordinacija potrebnih prema mreži javne zdravstvene službe u svakoj pojedinoj djelatnosti (članak 103. stavak 3. Zakona: „Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija.“).
2. Odluka o funkcionalnoj integraciji zdravstvenih ustanova radi obavljanja djelatnosti hitne medicine (članak 36. stavak 7. Zakona).
3. Odluka o potrebnom broju lokacija i rasporedu provođenja posebnog dežurstva (članak 195. stavak 4. Zakona).
4. Odluka o kriterijima za određivanje zakupnine za poslovni prostor u kojem se obavlja zdravstvena djelatnost (članak 106. stavak 3., članak 261. stavak 3. i članak 264. stavak 3. Zakona).

Iz Ministarstva zdravstva su 4. siječnja 2019. na adrese županija/Grada Zagreba stigla i objašnjenja, odnosno odgovori na najčešća pitanja koja su mu uputile županije, a sve u namjeri da se županijama i Gradu Zagrebu, olakša donošenje nužnih odluka za provođenje Zakona.

Možemo reći da je Ministarstvo zdravstva u samom početku uredno izvršilo svoju obvezu kako bi Zakon zaživio.

A onda je krenulo čekanje. Čekanje tromih administrativnih aparata županija i Grada Zagreba.

Prošao je zakonski rok za usklađivanje od 6 mjeseci, a osim pokušaja uvođenja posebnih dežurstava bez ugovora, ništa se nije događalo.

KoHOM (Koordinacija hrvatske obiteljske medicine) zatražila je uz pomoć Hrvatske liječničke komore od Ministarstva zdravstva sastanak, koji je održan 19. lipnja 2019. Na njemu su prisustvovali predstavnici Ministarstva zdravstva predvođeni ministrom Milanom Kujundžićem, predstavnici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje s ravnateljem Lucijanom Vukelićem, predsjednik Hrvatske liječničke komore Krešimir Luetić te predstavnici udruga KoHOM, DNOM, HDOD, HUUGO i HUP.

Izložili smo svoje primjedbe na provedbu Zakona o zdravstvenoj zaštiti, skrenuli pozornost na neaktivnost županija/Grada Zagreba, kao i na brojne nepravilnosti u odlukama nekih županija.

Na temelju tog inicijalnog sastanka, ministar zdravstva Kujundžić je obećao sastanak s predstavnicima županija/Gradom Zagrebom, gdje ćemo biti u prilici sve svoje primjedbe izložiti i pokušati ih riješiti u izravnom kontaktu.

Sastanci su održani u Ministarstvu zdravstva 9. i 26. srpnja 2019., a prisustvovali su im predstavnici županija i grada Zagreba: župani ili pročelnici za zdravstvo, poneki ravnatelji domova zdravlja, predstavnici udruga liječnika obiteljske medicine, Hrvatske liječničke komore, Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu i HZZO-a.

Sastanci su bili uspješni, jer je početkom srpnja šest županija donijelo odluke nužne za provođenje Zakona, da bi se već na sljedećem sastanku broj županija udvostručio.

Žalosti samo činjenica da su neke županije, a među njima i Grad Zagreb, ostavile donošenje svojih odluka za „jesen“ (nadamo se).

Za te je županije i za Grad Zagreb KoHOM poslao u Ministarstvo zdravstva zahtjev za stručnim nadzorom.

Zašto je nama doktorima u PZZ-u važno donošenje tih odluka?

Zakon je omogućio jednom dijelu doktora, zaposlenika domova zdravlja, da prijeđu u status privatnih ordinacija ugovorenih sa HZZO-om, a što je bila njihova dugogodišnja potreba i želja.

Da bi se to omogućilo, županije/Grad Zagreb (odnosno njihove Skupštine) trebaju donijeti odluke da im u domovima zdravlja ostaje „do 25 %“ svih ugovorenih djelatnosti, kao i visinu najma prostora u domovima zdravlja.

U nekim županijama imamo teškoća s visinom cijene najma, jer su pojedine županije shvatile doslovno da mogu ordinacijama naplaćivati „tržišni najam“ prostora i na tome zarađivati, ne shvaćajući da na taj način tjeraju doktore iz svojih županija. Prema Ustavu i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o lokalnoj samoupravi, lokalna samouprava je obvezna organizirati i sufinancirati zdravstvenu zaštitu na svom području te na taj način i osigurati dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu svojim stanovnicima, a ne zarađivati iznajmljivanjem prostora domova zdravlja doktorima.

Usprkos opstruiranju nekih sredina Zakona o zdravstvenoj zaštiti, što je nedopustivo, nadamo se da ćemo zajedno s Ministarstvom zdravstva i HZZO-om, u skoro vrijeme, doći do konačne provedbe tog Zakona.

VIKICA KROLO, dr. med.

Kako izračunati i interpretirati omjer izgleda (OR, odds ratio)?

Lada Zibar, Slađana Oulad Daoud

Omjer izgleda (OR, od engl. *odds ratio*) predstavlja kvantitativnu mjeru povezanosti binarnog ishoda („ima“ ili „nema“, npr. preživljenje godinu dana nakon srčanog udara) s kontinuiranim ili binarnim prediktorom (npr. „uzima“ ili „ne uzima“ Aspirin nakon srčanog udara). OR je omjer izgleda ili šanse za određeni ishod u skupini koja je bila „izložena“ intervenciji, npr. lijeku (u ovom primjeru Aspirinu), liječenju, ili štetnoj noksi (poput npr. pušenja) s obzirom na izglede ili šanse za isti ishod u skupini koja je primila placebo (ili nešto drugo, poput standardnog lijeka, ili ništa, ili pak nisu bili izloženi štetnoj noksi). Istražujemo ima li onaj tko je „izložen“ tome nečemu (npr. Aspirinu) veći izgled (šansu) da doživi promatran ishod u odnosu na izglede (šansu) onoga tko tomu nije bio „izložen“. Rezultat interpretiramo na način da dobijemo jesu li izgledi onih pod tom intervencijom manji ili veći u odnosu na one bez te intervencije te je li taj OR statistički značajan, odnosno je li razlika u izgledima statistički značajna.

Što to zapravo znači? Naprimjer, radimo istraživanje gdje nas zanima jesu li izgledi (šansa) za preživljenje unutar godinu dana nakon srčanog udara uz Aspirin („izloženost“) veći u odnosu na izglede (šansu) za preživljenje bez Aspirina. U ovakvom bismo primjeru pratili izglede za preživljenje skupine pacijenata koji su uzimali Aspirin u odnosu na one koji su ili primali placebo ili nisu uzimali Aspirin. U takvom bi slučaju izračunavanje omjera izgleda (OR) bio pravilan izbor. **OR je prikladan u kohortnim istraživanjima i istraživanjima parova (eng. *case-control study*).** Kohortno istraživanje prati ishod onih koji su „izloženi“ nekom tretmanu (koji uzimaju Aspirin) i onih koji su „neizloženi“ (koji ga ne uzimaju, odnosno uzimaju placebo). Ukoliko je kohortno istraživanje bez atributa „povijesno“, tada se podrazumijeva da se takav ishod prati prema budućnosti (prospektivno). Povijesno kohortno istraživanje će u sadašnjem trenutku identificirati skupinu bolesnika koji su nakon srčanog udara (koji se dogodio prije barem godinu dana) bili na Aspirinu i skupinu bolesnika koji nisu uzimali Aspirin. Zatim će se za obje skupine identificirati broj onih koji su živi godinu dana nakon srčanog udara. Izloženost je, dakle, promatrana retrospektivno. Na kraju će se, kao što je prethodno navedeno, na osnovi OR odrediti jesu li izgledi za preživljenje bili veći među onima koji su uzimali Aspirin u odnosu na one koji nisu. U istraživanju parova će se u sadašnjosti najprije identificirati skupina koja je živa, a prethodno je preboljela srčani udar (prije barem godinu dana). Zatim će se svakom tom ispitaniku naći njegov „par“ sličnih osnovnih obilježja (opsežnost srčanog udara, vrsta intervencije, spol, dob, indeks tjelesne mase, komorbiditeti, pušač ili ne i sl.) koji je unutar godinu dana nakon srčanog udara umro. Utvrdit će se u obje skupine broj onih koji su uzimali Aspirin nakon srčanog udara. Na kraju će se, kao i u prethodnim primjerima, pomoću OR moći odrediti postoje li razlike u izgledima za preživljenje vezano uz uzimanje Aspirina.

Želimo testirati hipotezu koja kaže da je uzimanje Aspirina povezano s većim izgledima za preživljenje godinu dana nakon srčanog udara. Imamo, dakle, dvije skupine s obzirom na uzimanje Aspirina – oni koji su ga uzimali i oni koji nisu. U obje skupine imamo dva moguća ishoda - oni koji su živi nakon godinu dana od srčanog udara i oni koji su umrli unutar godinu dana nakon srčanog udara. Za potrebu ove analize dobivamo tzv. tablicu kontingencije 2 x 2:

		Ishod (preživljenje)	
		DA Živi	NE Umrli
Izloženost (intervencija)	DA Uzimali Aspirin	A	B
	NE Nisu uzimali Aspirin	C	D

Koje su „kućice“ u skladu s hipotezom? Oni koji su uzimali Aspirin i živi su nakon godinu dana (hipotetički jer su uzimali Aspirin!), kućica A, i oni koji nisu uzimali Aspirin pa su umrli unutar godinu dana nakon srčanog udara, kućica D (hipotetički su umrli jer ga nisu uzimali). Oni koji su uzimali Aspirin pa ipak umrli („kućica“ B) i oni koji nisu uzimali Aspirin a ipak su živi nakon godinu dana od srčanog udara („kućica“ C) nisu u skladu s našom hipotezom.

Što želimo dokazati? Da nije isto uzimali/ne uzimali Aspirin. Da je uzimanje Aspirina povezano s većim izgledima za preživljenje. Da su oni koji su u skladu s našom hipotezom značajno brojniji od onih koji to nisu. Odnosno da je brojnost u kućicama A i D značajno veća nego u kućicama B i C. U računskoj formuli stavljamo u odnos (razlomak) one koji su u skladu s našom hipotezom (u brojniku) i one koji to nisu (u nazivniku).

Uzmimo da je A = 20, B = 10, C = 10 i D = 20.

		Ishod (preživljenje)	
		DA Živi	NE Umrli
Izloženost (intervencija)	DA Uzimali Aspirin	A = 20	B = 10
	NE Nisu uzimali Aspirin	C = 10	D = 20

Dakle, u omjeru (OR) A x D / B x C želimo dokazati da je brojnik različit od nazivnika (u skladu s hipotezom / nije u skladu s hipotezom).

Kolika bi bila vrijednost OR (razlomka) ukoliko bi brojnik (oni koji su u skladu s hipotezom) i nazivnik (oni koji nisu u skladu s hipotezom) bili jednaki? Ako su brojnik i nazivnik jednaki, odnosno ako je A x D = B x C, tada možemo pisati da je A X D = Z i da je B X C = Z. Tada je vrijednost razlomka 1, jer je Z / Z = 1. Drugim riječima, tada ne postoji razlika u izgledima za preživljenje između onih koji su uzimali Aspirin i onih koji nisu. Mi, dakle, želimo utvrditi postoji li razlika u izgledima za preživljenje između te dvije skupine , tj. je li ovaj odnos (omjer, razlomak) različit od 1. Ukoliko je OR manji od 1, to bi značilo da su izgledi za ishod (u ovom slučaju preživljenje) manji u skupini koja je uzimala Aspirin u odnosu na skupinu koja nije uzimala Aspirin. Kada je OR veći od 1, to bi značilo da je skupina koja je uzimala Aspirin imala povećane izglede za preživljenje u odnosu na skupinu koja nije uzimala Aspirin.

Razlomak kojega spominjemo je formula za OR.

OR = A x D / B x C

U našem primjeru OR = 20 x 20 / 10 x 10 = 400 / 100 = 4.

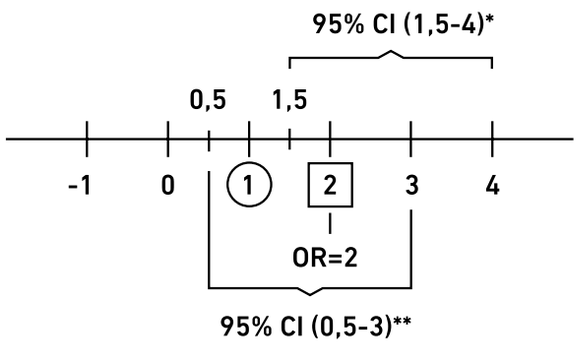
OR je, dakle, 4. To znači da su izgledi za preživljenje uz uzimanje Aspirina bili 4 puta veći od izgleda za preživljenje bez uzimanja Aspirina.

Istraživanje uvijek radimo na odabranom uzorku iz određene populacije. U ovom slučaju je to npr. populacija svih onih koji su preboljeli srčani udar prije godinu dana i dulje. Kao rezultat dobijemo određenu vrijednost OR koja vrijedi samo za naš odabrani uzorak na kojemu smo radili istraživanje. A mi, zapravo, želimo znati koliki je „stvarni“ OR koji vrijedi za cijelu populaciju (u ovom primjeru - oboljelih od srčanog udara) iz koje je naš uzorak odabran. U našem primjeru, mi želimo znati jesu li izgledi za preživljavanje uz uzimanje Aspirina 4 puta veći u svih oboljelih od srčanog udara u odnosu na sve oboljele koji ne uzimaju Aspirin, a ne samo među onima koji su dio odabranog uzorka u našem istraživanju. Mi to, međutim, ne možemo znati jer da bismo to mogli morali bismo raditi istraživanje na svima oboljelima, a to nije moguće. Zbog toga se uz izračunatu vrijednost OR računaju i tzv. intervali pouzdanosti (eng. *confidence intervals*, CI) koji nam daju granične vrijednosti unutar kojih se, uz određenu razinu pouzdanosti (npr. 95 %), nalazi ta „stvarna“ vrijednost koja vrijedi za cijelu populaciju ovakvih bolesnika. Što je interval između tih graničnih vrijednosti, uz npr. 95 % -tnu pouzdanost, uži, to je preciznost dobivenog OR veća. Ako imamo npr. CI od 2 do 4,5 možemo zaključiti da se stvarna vrijednost OR (koja vrijedi za cijelu populaciju oboljelih), uz 95 % pouzdanosti, nalazi unutar tih graničnih vrijednosti od 2 i 4,5. Nadalje, CI s rasponom od 2 do 4,5 (zamislite si ovaj raspon na brojevnom pravcu) ne uključuje vrijednost od 1 koja bi upućivala na nepostajenje razlika u izgledima za preživljenje između skupine ispitanika koji su uzimali Aspirin i onih koji nisu (kao sto smo to prethodno objasnili). Dakle, iz toga možemo zaključiti da je skupina ispitanika koja je uzimala Aspirin imala 4 puta veće izglede za preživljenje u usporedbi s izgledima za preživljenje u skupini koja nije uzimala Aspirin i da je ta dobivena razlika između dvije navedene skupine statistički značajna. Kada bi granične vrijednosti intervala pouzdanosti (CI) uključivale broj 1, npr. da su one 0,2 i 4,5 (opet si zamislite raspon na brojevnom pravcu), to bi značilo da nema statistički značajne razlike u izgledima za preživljenje između skupina bolesnika koja je uzimala Aspirin i one koja nije. Tada bismo zaključili da ne postoji razlika u izgledima za preživljenje između onih koji su uzimali Aspirin i onih koji nisu, tj. da razlika u izgledima koju smo dobili s obzirom na dobiveni OR (4) nije statistički značajna ili da je slučajno dobivena.

Ukoliko odaberemo istraživati povezanost izloženosti nečemu štetnome, npr. pušenju cigareta s istim ishodom – izgledima za preživljenje - i dobijemo OR 0,25, to znači da su izgledi za preživljenje četiri puta manji u pušača, ili manji za 75 % u odnosu na izglede za preživljenje u nepušača. Ukoliko se uz 95 % pouzdanost dobije CI za tu situaciju (uz OR 0,25) s graničnim vrijednostima od npr. 0,2 i 0,4, one ne obuhvaćaju broj 1 (zamislite raspon na brojevnom pravcu). To znači da se, uz 95 % pouzdanosti, „stvarna“

vrijednost OR koja se odnosi na cijelu populaciju sličnih ispitanika nalazi negdje između 0,2 i 0,4. Budući da broj 1 nije unutar ovih granica, kažemo da postoji statistički značajna razlika u izgledima za preživljenje između pušača i nepušača. No, ako su npr. granice CI između 0,2 i 2,7, tada je broj 1 unutar ovih granica (zamislite si raspon na brojevnom pravcu). Dakle, CI tada uključuje mogućnost da je „stvarna" vrijednost OR u populaciji svih oboljelih jednaka 1, odnosno da razlika u izgledima za preživljenje između pušača i nepušača ne postoji.

Kada računamo OR u istraživanju gdje je prediktor kontinuirana varijabla (npr. dob u godinama), a ishod je binarni



(npr. preživio ili nije godinu dana nakon srčanog udara), tada dobiveni OR predstavlja mjeru smanjenja ili porasta izgleda za određeni ishod s obzirom na jediničnu mjeru razlike u vrijednosti kontinuirane varijable. Npr. ako dobijemo OR za dob izraženu u godinama (u odnosu na binarni ishod preživljenja unutar godinu dana nakon srčanog udara) čija je vrijednosti npr. 0,9, to znači da se izgled za preživljenje smanjuje sa svakom godinom životne dobi za 10 %.

I za kraj, **OR nije pravilno primjenjivati u presječnim istraživanjima** (eng. *cross sectional study*).

Slađana Oulad Daoud je Research Data Specialist u Odjelu za motorna vozila države Kalifornije u SAD-u. Diplomirala je psihologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu i magistrirala industrijsku/organizacijsku psihologiju na California State University, Sacramento.

* CI ne obuhvaćaju 1 — statistički značajno
** CI obuhvaćaju 1 — statistički nije značajno

Trajna edukacija iz biostatistike na Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo

JELENA DIMNJAKOVIĆ, dr. med.
MARIJA ŠVAJDA, dipl. soc.

Od 2019. godine, u organizaciji Službe za medicinsku informatiku i biostatistiku (SMIB) Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), dostupan je tečaj trajnog medicinskog usavršavanja pod nazivom ***Biostatistika za nestatističare: Osnove statističkih i epidemioloških metoda.***

Proveli smo istraživanje mješovite metodologije u obliku ankete i intervjua na uzorku ispitanika koji su većinom sačinjavali specijalizanti i mlađi specijalisti zaposleni na klinikama, u dobi od 25 do 34 godine. Istraživanje je pokazalo da u ispitanoj populaciji zaista postoji zanimanje za područje biostatistike te da postoji potreba za organizacijom sustava trajne medicinske edukacije iz tog područja.

Potreba edukacije ljudskih resursa u području javnog zdravstva je, uostalom, već prepoznata Strateškim planom razvoja javnog zdravstva 2013-2015 definirajući HZJZ kao nositelja aktivnosti. Poznavanje biostatistike neophodno je i za praćenje znanstvenih i stručnih publikacija te za kritičko osvrtanje na njih. Tečaj smo koncipirali na temelju dobivenih rezultata našeg istraživanja kako bi bio prilagođen korisnicima. Ukupno trajanje tečaja je 9 sati, ali je podijeljen na **3 modula od po 3 sata** koji se održavaju nakon radnog vremena. Svaki modul obrađuje drugu temu: Modul I se bavi **kvantitativnim i kvalitativnim istraživanjima** u medicini, Modul II **interpretacijom rezultata** istraživanja, a Modul III **izborom statističkog testa**.

Moduli su metodološki koncipirani tako da se većina pojmova **objašnjava kroz odabrane primjere objavljenih članaka**. Polaznici proljetnog ciklusa tečaja, održanog u travnju i svibnju 2019. godine, izrazili su u anketama **veliko zadovoljstvo opisanim pristupom**. Ocijenili su tečaj prosječnom ocjenom 4,58 (ocjene od 1 do 5, kao u školi). Komentare i prijedloge polaznika proljetnog ciklusa iskoristili smo za unapređenje sadržaja te očekujemo još bolje ocjene i veću korist za jesenske polaznike.

Jesenski ciklus održava se u listopadu 2019. godine: prvi Modul **3. listopada**, drugi Modul **17. listopada**, treći Modul **24. listopada**. Program i detalji tečaja, cijena, kao i upute za prijavu, dostupni su na **web stranici SMIB-a** (na web stranici HZJZ- O nama - Ustroj – Služba za medicinsku informatiku i biostatistiku - Objave). Svakako se prijavite na naš tečaj, veselimo se Vašem dolasku!

Zašto sam se u 40. i nekoj godini odlučila ostaviti siguran posao i otići u inozemstvo?

Emilija Marunica, dr. med.,
specijalist pulmolog, ek2710@gmail.com

Zašto sam se u 40. i nekoj godini odlučila ostaviti siguran posao i otići u inozemstvo? Odgovor nije jednostavan, ali sigurno odlučujuća nije bila financijska pozadina priče. Razmišljanje o budućnosti, profesionalno nezadovoljstvo koje sam osjetila na radnom mjestu, želje za radom, učenjem i napredovanjem te obiteljski razlozi doprinijeli su mojoj odluci za odlaskom.

Bila je potrebna velika hrabrost budući da sam sa sobom povela i malo dijete, odvela ga u nepoznatu novu okolinu gdje svi govore nepoznatim i nerazumljivim jezikom, uz bezbrojna svakodnevna pitanja… hoćemo li se snaći..., hoćemo li uspjeti…?

Ali sada, kada pogledam godinu i pol unatrag, mislim da nisam pogriješila i da se isplatilo. U svakom slučaju dijete mi je bogatije za jedan strani jezik i odrasta u jednoj multikulturalnoj multietničkoj zemlji, gdje se svakodnevica ne vrti oko zastarjelih političkih pitanja bez odgovora.

Ovo je moje osobno iskustvo i perspektiva svega što se događalo nakon dolaska u Njemačku. Nostrifikacija diplome medicinskog fakulteta nije bila problem budući da smo članica EU-a, međutim, potrebno je poznavanje jezika (B2 do prije par godina, a sada i C1). Uvjerenje o sukladnosti izobrazbe izdaje naša Komora, a poznavanje jezika sam položila na Goethe institutu u Münchenu. Kada sam nabavila sve te potvrde i dozvole bilo je potrebno naći posao. Mislila sam da će to biti najteži dio, no na moje veliko zadovoljstvo i sreću ispalo je posve suprotno. I dobila sam ga bez ikakvih veza i poznanstava. Jednostavno sam poslala zamolbu u kojoj sam navela da sam spremna raditi ispočetka i na volonterskoj bazi (misleći da moram steći bilo kakvo iskustvo u Njemačkoj pa makar i bez plaće). Klinika se slučajno nalazi pet kilometara od mjesta gdje živim i nakon mjesec dana sam dobilam e-mailom termin za razgovor. Intervju je trajao kratko; kratka i jasna pitanja što znam raditi, koje vještine posjedujem, kakvo je moje dosadašnje iskustvo, koje završene tečajeve imam, jesam li spremna dežurati, želim li raditi puno ili djelomično radno vrijeme (pa to kod nas ne postoji ?!) Vrlo ugodan razgovor koji završava zahvalom uz javit ćemo vam se povratno. I nakon tri dana dolazi telefonski poziv osobno od šefa klinike da sam primljena i da mogu početi raditi (ne volontirati, nego za plaću!).

I tako je sve počelo. Dobila sam radno mjesto na odjelu za infektivne bolesti, od čega 90 % otpada na tuberkulozu, a 80 % pacijenata su izbjeglice iz Afrike i ratnih područja. Njemačka ima dobar preventivni sustav za aktivno traženje tuberkuloze među azilantima. Sve izbjeglice koje prođu registraciju prilikom ulaska u Njemačku prolaze probir za tuberkulozu pod ingerencijom Ministarstva zdravlja. Postoji li i najmanja sumnja da boluju od tuberkuloze, dolaze u bolnicu na daljnju dijagnostiku i liječenje.

U bolničkom radu bila mi je prva realna prepreka vađenje krvi i postavljanje braunila, što je kod nas u domeni sestara. Šef odjela danima me vodio u vizitu i učio dok to nisam savladala. U viziti sudjeluju liječnici i sestre, a tijekom vizite se sve obavi - vađenje krvi, postavljanje braunila, pisanje terapije i upisivanje pretraga, dok je vizita na svim jezicima, njemačkom, engleskom, francuskom, hrvatskom, srpskom, ruskom, uz pomoć prevoditelja - čistačice koja zna turski ili njegovatelja koji govore rumunjski ili ruski. I to je sasvim normalno i nitko se tome ne čudi. Onoga trena kada se u kompjutoru zatraži neka pretraga (npr. CT) s radiologije zovu da pacijent dođe na pregled. Za bolničke pacijente nema dugog čekanja kako se ne bi produljio boravak u bolnici. Ako potraje dulje od dva dana, znači da je neko izvanredno stanje. Bronhoskopija se izvodi u „rekordnom roku“ (dan ili dva čekanja), tako da pacijenti većinu potrebne dijagnostike obave za dva-tri dana. U Njemačkoj „Krankenkassa“ (naš HZZO) ne plaća bezvezno ležanje. Nema veza ni vezica, niti nošenja vrećica. Svatko dobije što treba u kratkom roku.

Zanimljivo, šef odjela radi najviše, ostaje najdulje na kraju radnoga dana i ima najmanje godišnjeg odmora. Njegov je radni dan ispunjen razno-raznim dijagnostičkim pretragama kao što su bronhoskopija, lumbalna punkcija, biopsija ili punkcija limfnih čvorova, poneki ultrazvuk, pa pleuralna punkcija, biopsija pleure, postavljanje pleuralnog katetera, a još se između toga ubaci i neko predavanje o tuberkulozi. A na kraju radnog dana nađe još vremena (i živaca) da pročita moja otpusna pisma (i ispravi gramatičke greške…).

Ovdje nitko nema monopol nad određenim pretragama. Spiroergometriju radi svaki liječnik za svog pacijenta, spiroergo lab je otvoren za sve, samo moraš dogovoriti termin. Isto tako je ultrazvuk dostupan svima i svi to rade. Već se tijekom studija uči ultrazvuk. Kada sam došla tu raditi, ništa od toga nisam znala, iako sam došla kao završeni pulmolog. No ništa zato, sve sam to naučila. Platili su mi svaki tečaj koji sam tražila pa sada i ja radim bronhoskopije, spiroergometrije, ultrazvuk abdomena i srca, punktiram limfne čvorove... Sve se nauči kada se nekom pruži prilika, a ovdje mi se prilika svakako ukazala.

Jedino za čim žalim kada je posao u pitanju, jesu naše medicinske sestre, njima ovdje ravnih nema nadaleko.

Jakov Milić svećenik i liječnik

Razgovarala: Lada Zibar

Vjerojatno počinjemo s Vama već ponavljanim pitanjem - zašto ste se odlučili otići u svećenike? Što Vas je motiviralo za tako veliku i nesvakidašnju odluku? Sjećam se toga vremena, svi su bili iznenađeni, no ja nekako i nisam. Nisam slutila da bi se to moglo dogoditi, no kada se dogodilojest, nekako mi je to bilo pristalo Vama, uzvišeno i meni razumljivo.

Duhovni je poziv nešto što se ne može lako racionalno objasniti. Zbog toga mi se čini prikladnim detaljnije opisati svoj životni put. Oduvijek sam bio čovjek koji je imao svoj život isplaniran deset godina unaprijed. Otkako sam bio u gimnaziji, bio sam prilično ambiciozan u vezi sa svojom budućom znanstvenom karijerom. Medicinu u Osijeku ciljano sam upisao jer mi je bilo rečeno da je to najbolja odskočna daska ako se želiš baviti znanošću već od prve godine studija. Tako je uistinu i bilo. Rano sam počeo volontirati u Laboratoriju za neurobiologiju, poslije i u Laboratoriju za humanu genetiku, a uspio sam naučiti i ostale vještine važne za rad u znanosti. Shvatio sam da mi se ostvaruje sve ono što sam želio i da bih mogao ostvariti uspješnu karijeru u inozemstvu ako bih to htio. Tada sam shvatio da to nije bilo ono što će me učiniti sretnim. Usporedo s tim, počeo sam raditi i na svom duhovnom životu, sve je počelo od toga da sam u molitvi Bogu dao vremena da mi odgovori. Molitva mi nije bila više samo moljenje naučenih molitava, već je postala dijalog. Premda su klice poziva vjerojatno postojale još otprije, konkretan poziv dogodio se jednom nakon ispovijedi kada sam shvatio da neću biti sretan dok se Bogu potpuno ne predam. Naravno, potpuno predanje Bogu moguće je na više načina, ali znam što je to značilo za mene. To je bilo pred kraj druge godine studija. Bilo mi je vrlo teško to prihvatiti jer sam znao da ću time slomiti srca svojih roditelja i da ću morati odustati od svega onoga što sam dotad gradio i želio. Nakon dužeg vremena borbe s Bogom, shvatio sam da je to borba u kojoj ne mogu pobijediti. S odmakom, mogu reći da je to borba za koju mi je drago da sam je izgubio jer sam primio mnogo više nego što sam ostavio. Činjenica je da čovjek u odnosu prema Bogu uvijek ima svoju slobodu i da sam mogao Božju volju vršiti i u braku, ali sam osjećao da je ovo ipak izvrsniji put koji je namijenjen meni. Odlučio sam završiti studij i dopustiti da moja odluka sazrije. Vrijeme studija bilo mi je prilično izazovno jer sam uvijek nastojao davati svoj maksimum, a to nije lako kad te srce vuče u drugom smjeru. Nakon diplome i odrađenog pripravničkog staža ušao sam u postulaturu u samostan bosonogih karmelićana u Somboru u Srbiji.

Kako sada gledate na tu odluku, kada je već prošlo nekoliko godina Vašega „novog“ života?

Nijednom nisam požalio svoju odluku. Svaki poziv ima svoje pozitivne i negativne strane. Naravno da postoje trenutci kriza, kao i u braku, ali sve je krize lako prevladati kad znaš da je ono što činiš ispravno i da si ondje gdje pripadaš. Sv. Ignacije je rekao da su najdublje želje našega srca

ono kamo nas Bog zove pa ako je to mjerilo, tada znam da sam ondje gdje trebam biti.

Što sada s liječničkim zvanjem, hoćete li ga i formalno uporabiti uz svećenički život ili će ostati samo kao osobna intelektualna izgradnja? Vaša skromnost će sigurno prešutjeti činjenicu da ste bili najbolji student Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, student koji je s nestvarnom lakoćom svladavao gradivo, s najboljim ocjenama na ispitima, a uz to bio uključen u brojne društvene i istraživačke aktivnosti. I mnogima pomagao.

Teoretski, liječništvo je potpuno kompatibilno s redovništvom. Poznato je da su u SV (Što je to? svećeništvu?) upravo redovnici bili najvažniji "liječnici". Ipak, nisam siguran da je liječništvo kompatibilno s karizmom reda bosonogih karmelićana kojemu pripadam i koji naglasak stavlja na molitvu i kontemplativnu dimenziju kršćanskog života. Ako se ukaže potreba, bavit ću se medicinom, ali zasad nemam takvih planova. Volim se šaliti da sam u samostanu učinio više medicinskih zahvata nego na pripravničkom stažu. Kada se živi sa starijom braćom, uvijek postoje zdravstvene tegobe s kojima im mogu pomoći. Zbog toga nastojim ostati u tijeku sa stručnom i znanstvenom literaturom, u skladu sa svojim obvezama i mogućnostima. Povremeno me kolege zamole za pomoć oko izrade statistike ili znanstvene metodologije te im rado pomognem, premda za to uistinu nemam previše vremena.

Koliko je liječnika u Hrvatskoj za koje znate, a koji se odlučuju na ovakav korak? Ima li i žena koje se odlučuju za sličan život?

Ne znam točan broj jer je to nešto što većina redovnika i svećenika neće isticati. Mnogi moji kolege s fakulteta ne znaju da sam liječnik. Osobno poznajem još dva bogoslova i znam za još dva svećenika koji su liječnici. Poznajem i jednu časnu sestru koja je liječnica. Osim toga, poznajem i nekoliko farmaceuta, medicinskih biokemičara, veterinara, inženjera i drugih visokoobrazovanih osoba koje su se odlučile za redovništvo ili svećeništvo.

Nedostaje li nam humanističkog dijela u kurikulu medicinskog fakulteta? Kako to popraviti? Što promijeniti u kurikulu, a što u djelovanju nas, učitelja?

Moram priznati da kao student općenito nisam bio previše zadovoljan našim nastavnim programom koji je premalen naglasak stavljao na kritičko mišljenje, logičko zaključivanje i praktičan rad, a prevelik naglasak na učenje podataka. Mislim da bi se više mjesta, uz prethodno navedeno, moglo pridati jezičnim vještinama i, naravno, etici. Čini mi se da su liječnici skloni smatrati da su kompetentni pisati o temama iz bioetike bez dodatne edukacije. Ipak, tek kad sam na teologiji počeo više promišljati o bioetičkim temama, shvatio sam da se ne može o njima govoriti ako se nisu stekli adekvatni temelji. Bioetika je područje koje ima svoju dubinu te bih volio da se više vremena posvećuje osnovama etike da ona ne ostane samo na jednostavnoj kazuistici.

Čime se aktualno bavite i kakvi su Vaši planovi za budućnost? I jedno „prizemno“ pitanje – ostajete li u Hrvatskoj?

Uz dužnosti koje imam kao redovnik, trenutno završavam svoju drugu godinu filozofsko-teološkog studija na Zagrebačkom KBF-u. Kako sam ranije rekao, oduvijek sam bio tip osobe koja mora imati deset godina života unaprijed isplanirano. U samostanu je situacija drugačija. Jedan od blagoslova redovništva je redovnička poslušnost. Pozvan sam svoje dužnosti izvršavati savjesno i ostajati u ovome trenutku, a brigu o svojoj budućnosti prepustio sam Bogu koji će je voditi preko mojih redovničkih poglavara. Naravno, samostan nije zatvor niti koncentracijski logor, poglavari će saslušati moje želje i uzeti u obzir moje sklonosti, ali je konačna odluka na njima. Time sam postao slobodan od napetosti i brige za sutra. Zapravo se događa paradoks zbog ograničavanja dijela svoje slobode, dobrovoljno je dajući Bogu, čovjek zapravo postaje slobodan, slobodan od tjeskobe, od ambicija koje nas tjeraju raditi preko naših mogućnosti, od radoholizma i potrebe za ugađanjem drugima. Čovjek postaje slobodan biti ono za što ga je Bog stvorio - biti ljubljeno dijete Božje. Jednom sam čuo lijepu misao, da nam Bog daje svjetla samo za sljedeći korak, a kad učinimo taj korak, dat će nam svjetla za sljedeći. Važno je također istaknuti da još uvijek nisam polagao svečane redovničke zavjete, što znači da sam redovničke zavjete položio na rok od godinu dana, nakon kojih sam slobodan napustiti Red i Red je slobodan otpustiti mene. Svečane, doživotne, zavjete moći ću položiti najranije za dvije godine. Što se tiče ostanka u Hrvatskoj, ne znam. Provincija kojoj pripadam obuhvaća samostane na teritoriju šest zemalja (Hrvatska, BiH, Srbija, Bugarska, Austrija i Italija) te me nakon studija mogu poslati u bilo koji od tih samostana. Štoviše, dosad sam tijekom redovničke formacije već proveo pola godine u Srbiji i godinu dana u Austriji. Osim toga, moj je Red red papinskog prava tako da, ako se pokaže potreba, mogu otići u bilo koji naš samostan u svijetu. Otvoren sam i odlasku u misije ako se za tim pokaže potreba i ako bude mogućnosti, ali i to je sve u Božjim rukama.

Povijesno partnerstvo za transformaciju hrvatske onkološke skrbi

Srednjom srpnja, u Banskim dvorima, ministar zdravstva Milan Kujundžić, direktor tvrtke Roche Hrvatska Milorad Gošev i prokurist Objedinjene strategije međunarodnih poslova tvrtke Roche Dražen Jeleč, u nazočnosti predsjednika Vlade RH Andreja Plenkovića, predsjednika Uprave Roche AG Christopha Franza te mnogih drugih visokih uzvanika, potpisali su Memorandum o suradnji Vlade RH i farmaceutske tvrtke Roche, na pripremi i provedbi projekta "Personalizirana medicina u onkologiji s ciljem poboljšanja ishoda".

Projekt je predsjedniku Vlade RH Andreju Plenkoviću prvi put predstavljen uoči Svjetskoga gospodarskog foruma u Davosu u siječnju 2019. godine. Tom su prilikom g. Plenković i predsjednik društva Roche dr. Christoph Franz dali svoju suglasnost za poduzimanje daljnjih koraka radi provedbe Projekta.

Roche i Ministarstvo zdravstva prepoznali su da je rak i dalje vodeći uzrok mortaliteta, unatoč trajnim naporima i ulaganjima u prevenciju, rano otkrivanje i liječenje oboljelih od raka. Upravo je glavni cilj projekta "Personalizirana medicina u onkologiji s ciljem poboljšanja ishoda" konačno smanjivanje stope mortaliteta pacijenata s malignim bolestima, produljenje preživljenja bolesnika te poboljšanje kakvoće njihova života, s tim da je konačan cilj pretvaranje raka u izlječivu bolest.

Projekt će omogućiti uspješnu transformaciju trenutačne onkološke skrbi bolesnika s metastatskim tumorima u skrb utemeljenu na personaliziranom pristupu i liječenju zasnovanom na rezultatima genetskog profiliranja, osiguravajući ciljanu terapiju, poboljšanje kvalitete života i povoljnije ishode liječenja, što je presedan u liječenju onkoloških bolesnika s metastatskim tumorima, na izvorima podataka iz kliničke prakse (*Real World Data*).

Memorandum o suradnji definira spremnost Rochea da uloži 90 milijuna kuna kako bi se osnovao Institut za personaliziranu medicinu i educiralo 30 zdravstvenih djelatnika zaposlenih u njemu, koji će provoditi gensko profiliranje metastatskih tumora, s ciljem određivanja personalizirane terapije i praćenja ishoda liječenja. Podrškom tom projektu, Roche iskazuje svoju predanost ostvarenju personalizirane zdravstvene skrbi u Hrvatskoj.

Ministarstvo zdravstva poduprijet će osnivanje onkološke baze podataka te Instituta kao nacionalnog centra za personaliziranu medicinu, čime će se uvesti sustavan, mjerljiv i održiv pristup personaliziranom liječenju, utemeljenom na sveobuhvatnom genskom profiliranju.

Hrvatska će biti među prvim zemljama u svijetu koja će imati Institut za personaliziranu medicinu, koji će bolesnicima omogućiti personaliziran pristup i ciljano liječenje jer je poznato da bolesnici s istom vrstom tumora ne moraju imati jednak odgovor na propisani lijek. Zahvaljujući genskom profiliranju, onkolozima će biti omogućeno ciljano postavljanje terapije prema genomu, primjena odgovarajućeg i najboljeg personaliziranog liječenja, na temelju uzimanja u obzir specifičnih genskih mutacija, koje su različite kod svakog bolesnika. Takav personalizirani pristup, ne samo da podrazumijeva osjetno bolje ishode liječenja, već i racionalnije propisivanje lijekova, kao rezultat ciljane terapije.

Nakon uspješne provedbe projekta, Hrvatska će postati predvodnica i u provedbi kliničkih ispitivanja te prikupljanju podataka iz kliničke prakse, što je velika vrijednost za bolesnike, kojima će tako biti znatno povećana mogućnost uključivanja u kliničke studije, u sklopu kojih će se moći besplatno liječiti lijekovima najnovije generacije.

Budući Institut za personaliziranu medicinu bit će sastavni dio KBC-a Zagreb, koji je izabran zbog nacionalnog značenja za cijelu državu (bolnica nulte kategorije). Nakon potpisivanja Memoranduma slijedi definiranje akcijskog plana, koji će tijekom sljedeća četiri mjeseca izraditi Ministarstvo, a potom slijedi uređenje laboratorija, koji će biti sastavni dio Instituta za personaliziranu medicinu i u kojem će se sveobuhvatno genski profilirati metastatski tumori.

Početak rada Instituta za personaliziranu medicinu predviđen je sredinom sljedeće godine.

O više detalja možete se informirati i na stranici: https://genskotestiranje.hr/.

Podaci o raku

Rak je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u Republici Hrvatskoj i drugi vodeći uzrok smrtnosti u populaciji, unatoč stalnim nastojanjima i ulaganjima u prevenciju, ranu dijagnozu i liječenje oboljelih. Prema podacima Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo, svake godine od raka u Hrvatskoj oboli više od 23 500 osoba, a umre ih gotovo 14 000.

S više od 3,5 milijuna novih slučajeva i 1,3 milijuna smrtnih slučajeva svake godine, rak je drugi najvažniji uzrok smrti i pobola u Europi. Svaki četvrti stanovnik Europske unije (25,4 %) umrijet će od raka. Prema izvješću Svjetske zdravstvene organizacije, očekuje se da će se 2030. godine pojavnost malignih bolesti povećati 69 %, a smrtnost 73 %. Zbog toga očekivanoga onkološkog cunamija, poboljšanje ishoda liječenja visoko je na dnevnome redu zdravstvenih politika Europske unije, uključujući i našu zemlju.

O tvrtki Roche

Roche je vodeća inovativna farmaceutska kompanija usmjerena na unapređenje znanosti, s ciljem poboljšanja života ljudi, koja sustavno ulaže iznimno velika sredstva te znanje i vrijeme svojih ljudi u istraživanje i razvoj. Roche je najveća biotehnološka tvrtka na svijetu, s lijekovima u onkologiji, imunologiji, infektivnim bolestima, oftalmologiji i bolestima središnjega živčanog sustava. Roche je također svjetski lider u *in vitro* dijagnostici i dijagnostici raka na osnovi tkiva te je predvodnik u kontroli dijabetesa.

Upravo su kombinirane snage lijekova i dijagnostike pod jednim krovom učinile Roche liderom u personaliziranoj zdravstvenoj skrbi – strategiji čiji je cilj prilagoditi pravu terapiju svakom bolesniku na najbolji mogući način.

Osnovan 1896. godine, Roche nastavlja tražiti bolje načine za prevenciju, dijagnosticiranje i liječenje bolesti te održiv doprinos društvu. Tvrtka također nastoji bolesnicima olakšati pristup medicinskim inovacijama, radeći sa svim relevantnim dionicima. Trideset lijekova koje je razvio Roche uključeno je u popise osnovnih medicinskih proizvoda Svjetske zdravstvene organizacije, među kojima su antibiotici, lijekovi protiv malarije i lijekovi za rak. Uz to, Roche je prema Dow Jonesovu (DJSI) indeksu održivosti već desetu godinu zaredom prepoznat kao najodrživija tvrtka u farmaceutskoj industriji.

Grupa Roche sa sjedištem u Baselu, u Švicarskoj, djeluje u više od 100 zemalja i 2018. godine imala je oko 94 000 zaposlenika diljem svijeta. U 2018. godini Roche je uložio 11 milijardi švicarskih franaka u istraživanje i razvoj te ostvario prodaju od 56,8 milijardi franaka. Genentech, u Sjedinjenim Američkim Državama, u cijelosti je u vlasništvu Roche grupe. Roche je većinski vlasnik u Chugai Pharmaceuticalu, Japan. Za više informacija posjetite mrežnu stranicu www.roche.hr.

Dohrana ribljim uljem može ublažiti mišićnu atrofiju zbog inaktivnosti u žena

PORUKA ČLANKA

Svakodnevni dodatak ribljeg ulja (omega-3 masne kiseline) poboljšava sintezu bjelančevina u mišićima i veličinu mišića te može usporiti gubitak/slabljenje mišićne funkcije tijekom razdoblja imobilizacije žena. Time je omogućen brži oporavak i raniji povratak tjelesnim aktivnostima.

Ovo je prvo istraživanje koje pokazuje da nadopuna prehrane omega-3 masnim kiselinama usporava smanjenje veličine skeletnih mišića kao odgovor na (jednostranu) imobilizaciju nogu u žena, tvrde **McGlory** i sur. (McMaster University, Ontario, Kanada). Istraživači su uključili 20 zdravih mladih žena (raspon dobi od 19 do 31 godine) koje su bile rekreativno aktivne (tjelesno aktivne te još uključene u strukturirano vježbanje dva dana u tjednu). Žene su nasumično raspoređene u dvije skupine: jedna (ispitivana) skupina dobivala je dodatak omega-3 masne kiseline (riblje ulje), a druga (kontrolna) skupina dobivala je dodatak suncokretovog ulja. Sudionice u skupini dodatka ribljeg ulja konzumirale su 2,97 g eikosapentaenoične kiseline (EPA) i 2,03 g dokosaheksaenoične kiseline (DHA). Obje skupine konzumirale su nadopunu četiri tjedna, s time da su od samog početka istraživanja sve sudionice podvrgnute natkoljeničnoj imobilizaciji jedne noge u trajanju od dva tjedna. Tijekom imobilizacije sve su sudionice dobile hranu s kojom je bio osiguran unos bjelančevina od 1 g/kg tjelesne mase na dan. Nakon razdoblja imobilizacije sudionice su se vratile u normalnu aktivnost u razdoblju od dva tjedna oporavka. Volumen, jačina, masa i sinteza bjelančevina u nogama (na temelju uzoraka krvi i skeletnih mišića) procijenjeni su prije i poslije imobilizacije, kao i nakon razdoblja oporavljanja. Sudionice u skupini dodatka ribljeg ulja izgubile su značajno manje mišićne mase tijekom imobilizacije u usporedbi s kontrolnom skupinom. Nadalje, dok je značajan pad mišićnog volumena zabilježen u obje skupine ($P < 0{,}01$), samo su one iz skupine ribljeg ulja ponovno dobile pun volumen skeletnih mišića nakon povratka redovitim dnevnim aktivnostima. Ovi rezultati ističu potencijalnu učinkovitost unosa omega-3 masnih kiselina za ublažavanje atrofije skeletnih mišića izazvane nekorištenjem/imobilizacijom mišića. Budući da je istraživanje uključilo samo mlade žene, autori priznaju da se ovi rezultati ne mogu ekstrapolirati na druge populacije kao što su muškarci ili starije odrasle osobe i da su potrebna daljnja istraživanja za konačan odgovor. Praktična implikacija ovih nalaza je da nadopuna omega-3 masnim kiselinama može biti održiva strategija za ublažavanje mišićne atrofije i promicanje oporavka nakon razdoblja nekorištenja mišića poslije operacija. Nedavno su autori objavili slično istraživanje sa zaključkom da nadopuna omega-3 masnih kiselina smanjuje atrofiju neuporabe skeletnih mišića u mladih žena, što može biti uzrokovano većom stopom sinteze miofibrilarnih bjelančevina (FASEB J. 2019;33:4586-4597). *Sredstva za ovo istraživanje osigurana su kroz nagradu Kanadskih instituta za zdravlje. Autori nisu imali nikakve relevantne financijske odnose.*

(FASEB J. 2019 Apr 10:fj201900095R. [Epub ahead of print])

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

Pokušaj vaginalnog porođaja nakon carskog reza u blizanačkoj trudnoći

PORUKA ČLANKA

Planirani vaginalni porođaj kod blizanačke trudnoće i prethodnog carskog reza može biti sigurna alternativa planiranom ponovljenom carskom rezu.

Pokušaj vaginalnog porođaja nakon carskog reza (engl. trial of labor after cesarean, TOLAC) često predstavlja rutinski izbor kod jednoplodnih trudnoća s carskim rezom u anamnezi. Međutim, nisu dostupni jasni dokazi vrijedi li isti pristup kod blizanačkih trudnoća.

Doron Kabiri i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Jerusalem, Izrael, proveli su sistematski pregled i metaanalizu kako bi istražili maternalnu smrtnost kod TOLAC-a u blizanačkoj trudnoći. Uključili su sva relevantna kohortna , uključujući i randomizirana istraživanja, pri čemu su usporedili mater-

VELIKE DOZE VITAMINA D U TRUDNOĆI POMAŽU ZUBNOJ CAKLINI DJECE

PORUKA ČLANKA

Djeca čije su majke od trećeg tromjesečja trudnoće uzimale velike doze vitamina D imaju 50 % manju vjerojatnost za probleme sa zubnom caklinom.

Razvojni defekti cakline pogađaju i do 38 % djece školske dobi te su prepoznati kao globalni javnozdravstveni problem. Poremećeno stvaranje cakline dovodi do boli zbog pretjerane osjetljivosti cakline, posteruptivnog otpadanja cakline, brzog napredovanja karijesa te vađenja zuba. Budući da nije posve razjašnjeno kako ovi poremećaji nastaju, prevencija je trenutačno vrlo ograničena.

Već dugo je poznato da vitamin D snažno utječe na mineralizaciju, no dosadašnja istraživanja uglavnom su bila usmjerena na njegov učinak na kosti. Danski istraživači stoga su analizirali podatke prikupljene prospektivnim istraživanjem o astmi u djetinjstvu, u kojemu su sudjelovale 623 trudnice te 588 njihove djece, rođene iz tih trudnoća. Od ukupnog broja djece je u 496 (84 %) obavljen pregled zuba u šestoj godini života.

Sve su trudnice tijekom trudnoće u skladu sa standardnim preporukama primale 400 IU vitamina D dnevno. No, 315 trudnica je uz to primalo velike doze vitamina D, 2.400 IU dnevno, od 24. tjedna trudnoće do prvog tjedna nakon poroda, dok je 306 žena primalo placebo.

Za potrebe istraživanja su defekti cakline definirani kao demarkirani opacitet cakline, otpadanje cakline i/ili atipična obnova cakline na najmanje jednom kutnjaku. Karijes je definiran kao pokvaren, izvađen ili plombiran mliječni ili trajni zub, sukladno standardima Svjetske zdravstvene organizacije.

Rezultati istraživanja pokazali su kako djeca majki koja su u trudnoći uz standardne dobivale i velike doze vitamina D imaju manji rizik za defekte cakline na trajnim i mliječnim zubima. Od 172 djeteta čije su majke uzimale visoke doze vitamina D tijekom trudnoće, 26 (15,1 %) je imalo defekte cakline na trajnim zubima, dok je u skupini od 160 djece čije su majke primale samo standardne doze vitamina D isti defekt na trajnim zubima imalo 44 (27,5 %) djeteta. Izračunat omjer vjerojatnosti za razvoj defekta cakline na trajnim zubima u djece rođene od majki koje su u trudnoći primale velike doze vitamin D bio je 0,47 (95 % CI 0,27 - 0,81). Slični rezultati dobiveni su i za mliječne zube, uz defekte cakline prisutne u 21 (8,6 %) od 244 djeteta čije su majke primale velike doze vitamine D te u 40 (15,9 %) od 252 djeteta čije su majke primale standardne doze, i omjer vjerojatnosti od 0,5 (95 % CI 0,28 - 0,87). Povezanost između uzimanja vitamina D u trudnoći i razvoja karijesa u djece nije uočena.

Autori istraživanja su zaključili kako nadomjestno uzimanje vitamina D u trudnoći smanjuje vjerojatnost nastanka defekta cakline u djece za otprilike 50 %, što ukazuje na još jedan važan preventivni učinak vitamina D.

(JAMA Pediatr. Published online August 05, 2019. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.2545)

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

nalnu smrtnost i pobol (ruptura maternice i histerektomija) u trudnica s blizancima koje su imale TOLAC i onih koje su imale planirani ponovljeni carski rez.

Sistematski pregled je obuhvatio jedanaest kohortnih istraživanja, koje su uključile 8.209 blizanačkih trudnoća s prethodnim carskim rezom. Od toga ih je 2.484 bilo predviđeno za planirani vaginalni porođaj, a 5.725 za planirani ponovljeni carski rez. Stopa rupture maternice u blizanačkim trudnoćama bila je veća kod TOLAC-a u usporedbi s planiranim carskim rezom (OR 10,09, 95 % CI 4,30 - 23,69). Međutim, nije bilo statistički značajne razlike u stopi rupture maternice između blizanačkih i jednoplodnih trudnoća prigodom TOLAC-a (OR 1,34, 95 % CI 0,54 - 3,31). Trudnice koje su imale TOLAC s blizancima nisu imale povećan rizik od dehiscencije ožiljka, krvarenja, transfuzije krvi ili neonatalnog pobola i smrtnosti u usporedbi s onima koje su rađale planiranim ponovljenim carskim rezom.

Premda je TOLAC kod blizanačke trudnoće povezan s većom stopom rupture maternice u usporedbi s planiranim carskim rezom, ishodi trudnoće i stope uspješnosti slični su onima kod TOLAC-a u jednoplodnim trudnoćama.

(Am J Obstet Gynecol 2019;220(4):336-47.)

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

RIZICI UGRADNJE PROTEZE RAMENA SU PODCIJENJENI

PORUKA ČLANKA

Rizici povezani s operacijom ugradnje proteze ramena veći su nego se pretpostavljalo.

Operacija ugradnje prostetičkog zgloba ramena nudi rana poboljšanja u ukupnoj životnoj kakvoći kao i s obzirom na rameni zglob. To je dovelo do povećanja postupaka i brzog usvajanja novih tehnologija implantiranja. Međutim, nisu provedena velika istraživanja o dugoročnim ishodima u različitim dobnim skupinama, uključujući i rizike revizijske operacije. Kako bi to istražili, **Craig** i sur. (Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, University of Oxford, Botnar Research Centre, Oxford, UK) su prikupili podatke iz Nacionalne zdravstvene službe (NHS) o svim bolesnicima starijim od 50 godina podvrgnutih primarnoj elektivnoj zamjeni ramenog zgloba između 1998. i 2017. godine. Identificirali su 58.054 postupaka u 51.895 bolesnika, pri čemu je 6.159 osoba podvrgnuto obostranoj operaciji. Prosječna dob bila je 72,2 godine, sa 72 %-tnim udjelom žena. Najčešća indikacija za zamjenu ramenog zgloba bila je osteoartitis ili artroplastika rotatorne manšete, koja je uključivala 39.835 (69 %) postupaka, nakon čega su slijedila upalna ili druga stanja, prethodna trauma i osteonekroza. Broj postupaka godišnje se povećao s 1.018 u 1998. na 5.691 slučaj u 2016., što predstavlja povećanje od 5,6 puta. Stopa ozbiljnih nuspojava, uključujući plućnu emboliju, srčani udar, infekciju donjeg dijela dišnog sustava, akutno bubrežno oštećenje, infekciju mokraćnog sustava, moždanožilne događaje i sve uzročne smrti, iznosila je 3,5 % nakon 30 dana i 4,6 % nakon 90 dana. Rizik od ozbiljnih štetnih događaja nakon 30 dana i 90 dana povećao se s povećanjem dobi. U muškaraca se 30-dnevna učestalost ozbiljnih nuspojava povećala s 1,6 % u dobi od 50 do 64 godine na 17,4 % u starijih od 85 godina, dok se 90-dnevna incidencija povećala s 2,1 na 21,2 %. U žena je 30-dnevna incidencija porasla s 1,6 % u dobi od 50 do 64 godine na 9,1 % u starijih od 85 godina, dok je 90-dnevna incidencija povećana s 2,2 na 11,2 %. Rezultati su također pokazali da je u žena u dobi od 50 do 64 godine relativan rizik od plućne embolije iznosio 61 tijekom 0 – 30 dana, a 28 tijekom 90 dana nakon operacije. Općenito, rizik smrti bilo kojeg uzroka u 90 dana od operacije bio je 0,47 %. U usporedbi s osnovnom stopom smrtnosti stanovništva, relativan rizik od smrtnosti svih uzroka 30 dana nakon operacije zamjene zgloba ramena bio je 0,93, te 0,63 nakon 90 dana. Logistička regresijska analiza pokazala je da su rezultati indeksa starosti, spola i Charlsonova pobola bili značajni prediktori ozbiljnih nuspojava nakon 30 i 90 dana. Sveukupno, 3.891 ugradnja zahtijevala je reviziju, a 456 ih je zahtijevalo drugu reviziju. Indikacija za reviziju bila je infekcija u 10,7 % slučajeva. Rizik zamjene implantata tijekom života kretao se u rasponu od 2,7 % u žena starijih od 85 godina do 23,6 % u muškaraca u dobi od 55 do 59 godina, s najvećim rizikom tijekom prvih pet godina nakon operacije. Ukupno, stopa preživljenja implantata bez revizija bila je 90 %-tna nakon 10 godina i 87,8 %-tna nakon 18 godina. Iako je rizik od nastanka krvnih ugrušaka nakon operacije ugradnje ramene proteze niži od rizika ugradnje proteze kuka ili koljena, autori ističu da je vjerojatnost nekih drugih komplikacija zapravo slična. *Ovo je istraživanje podržao National Institute for Health Research Oxford Biomedical Research Centre. Nisu objavljeni sukobi interesa.*

(BMJ 2019;364:l298.)

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

RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA

OBJAVLJENI U INOZEMNIM ČASOPISIMA INDEKSIRANIMA 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.

Krajcar N [1], Marić LS [1,2], Šarić D[3], Milić N4, Tešović G [1,5]. Cefpodoxime proxetil as a therapeutic option in switching therapy for infective endocarditis in children: case reports and literature review. J Chemother. 2019 Apr 22:1-5. doi: 10.1080/1120009X.2019.1603797.

[1]University Hospital for Infectious Diseases, 'Dr. Fran Mihaljević ', Zagreb, Croatia. [2]School of Dental Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia. [3]University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.[4]General Hospital Zadar, Zadar, Croatia. [5]School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb,Croatia.

Krečak I [1], Medić MG [2], Gverić-Krečak V [1], Rončević P[3], Bašić Kinda S[3], Babel J [2], Radonić R [2,4].Coombs-positive refractory acquired thrombotic thrombocytopenic purpura in a patient with chronic myelomonocytic leukemia successfully treated with rituximab. Acta Clin Belg. 2019 Apr 22:1-5. doi: 10.1080/17843286.2019.1608395.

[1]Department of Internal Medicine, General Hospital of Sibenik - Knin County, Šibenik, Croatia. [2] Intensive Care Unit, Department of Internal Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb , Croatia.[3]Division of Hematology, Department of Internal Medicine , University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia. [4]School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Stupin A [1,2], Stupin M [1],3, Baric L [1], Matic A [1], Kolar L [1], Drenjancevic I [1]. Sex-related differences in forearm skin microvascular reactivity of young healthy subjects. Clin Hemorheol Microcirc. 2019 Apr 19. doi: 10.3233/CH-180483.

[1] Department of Physiology and Immunology, Faculty of Medicine Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia. [2] Department of Pathophysiology, Physiology and Immunology, Faculty of Dental Medicine and Health Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia. 3Department for Cardiovascular Disease, Osijek University Hospital, Osijek, Croatia.

Dohrmann DD[1], Putnik P [2], Bursać Kovačević D[3], Simal-Gandara J[4], Lorenzo JM[5], Barba FJ[6]. Japanese, Mediterranean and Argentinean diets and their potential roles in neurodegenerative diseases. Food Res Int. 2019 Jun;120:464-477. doi: 10.1016/j.foodres.2018.10.090. Epub 2018 Nov 10.

[1]Nutrition and Food Science Area, Preventive Medicine and Public Health, Food Science, Toxicology and Forensic Medicine Department, Faculty of Pharmacy, Universitat de València, València, Spain; Universidad de la Cuenca del Plata, Facultad de Ingeniería y Tecnología. Corrientes, Argentina. [2]Faculty of Food Technology and Biotechnology, University of Zagreb, Zagreb, Croatia. [3]Faculty of Food Technology and Biotechnology, University of Zagreb, Zagreb, Croatia. [4]Nutrition and Bromatology Group, Analytical and Food Chemistry Department, Faculty of Food Science and Technology, University of Vigo, Ourense Campus, Spain. [5]Centro Tecnológico de la Carne de Galicia, Ourense, Spain. [6]Nutrition and Food Science Area, Preventive Medicine and Public Health, Food Science, Toxicology and Forensic Medicine Department, Faculty of Pharmacy, Universitat de València, València, Spain.

Reiner Ž*, Laufs U, Cosentino F, Landmesser U. The year in cardiology 2018: prevention. Eur Heart J. 2019 Jan 21;40(4):336-344. doi:10.1093/eurheartj/ehy894.

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

Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, Maggioni A, Marques-Vidal P, Jennings C, Abreu A, Aguiar C, Badariene J, Bruthans J, Castro Conde A, Cifkova R, Crowley J, Davletov K, Deckers J, De Smedt D, De Sutter J, Dilic M, Dolzhenko M, Dzerve V, Erglis A, Fras Z, Gaita D, Gotcheva N, Heuschmann P, Hasan-Ali H, Jankowski P, Lalic N, Lehto S, Lovic D, Mancas S, Mellbin L, Milicic D*, Mirrakhimov E, Oganov R, Pogosova N, Reiner Z*, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. Eur J Prev Cardiol. 2019 May;26(8):824-835. doi: 10.1177/2047487318825350. Epub 2019 Feb 10.

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

Sahebkar A, Simental-Mendía LE, Katsiki N, Reiner Ž*, et al. Effect of fenofibrate on plasma apolipoprotein C-III levels: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. BMJ Open. 2019 Feb 22;8(11):e021508. doi:

10.1136/bmjopen-2018-021508.

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

Fogacci F, Banach M, Mikhailidis DP, Bruckert E, Toth PP, Watts GF, Reiner Ž*, et al. Safety of red yeast rice supplementation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Pharmacol Res. 2019 May;143:1-16. doi: 10.1016/j.phrs.2019.02.028. Epub 2019 Mar 4.

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

Borovac JA[1], Glavas D[2], Bozic J[3], Novak K[4]. Predicting the 1-Year All-Cause Mortality After Hospitalization for an Acute Heart Failure Event: A Real-World Derivation Cohort for the Development of the S_2PLiT-UG Score. Heart Lung Circ. 2019 May 3. pii: S1443-9506(19)30351-8. doi: 10.1016/j.hlc.2019.03.021. [Epub ahead of print]

[1]Department of Pathophysiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia; University Hospital of Split, Split, Croatia; Working Group on Heart Failure of Croatian Cardiac Society, Croatia. [2]Department of Cardiology, University Hospital of Split, Split, Croatia; Department of Internal Medicine, University of Split School of Medicine, Split, Croatia; Working Group on Heart Failure of Croatian Cardiac Society, Croatia. [3]Department of Pathophysiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia. [4]Department of Internal Medicine, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Borovac JA[1], Dogas Z[2,3], Supe-Domic D[4], Galic T[2,5], Bozic J[6,7]. Catestatin serum levels are increased in male patients with obstructive sleep apnea. Sleep Breath. 2019;23(2):473-481.

[1] Department of Pathophysiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia. [2]Department of Neuroscience, University of Split School of Medicine, Split, Croatia. [3]Sleep Medicine Center, University of Split School of Medicine, Split and University Hospital of Split, Split, Croatia .[4]Department of Medical Laboratory Diagnostics, University Hospital of Split, Split, Croatia. [5]Study of Dental Medicine, University of Split School of Medicine, Split, Croatia. [6]Department of Pathophysiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia. [7] Department of Neuroscience, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Borovac JA[1], Novak K[2], Bozic J[3], Glavas D[2,4]. The midrange left ventricular ejection fraction (LVEF) is associated with higher all-cause mortality during the 1-year follow-up compared to preserved LVEF among real-world patients with acute heart failure: a single-center propensity score-matched analysis. Heart Vessels. 2019;34(2):268-278.

[1]Department of Pathophysiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia. [2] Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, University Hospital of Split, Split, Croatia. [3]Department of Pathophysiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia. [4]Working Group on Heart Failure - Croatian Cardiac Society, Zagreb, Croatia.

Augustin G, Mijatovic D, Zupancic B, Soldo D, Kordic M. Specific small bowel injuries due to prolapse through vaginal introitus after transvaginal instrumental gravid uterus perforation: a review. J Obstet Gynaecol. 2019;39(5):587-593.

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

RELVAR ELLIPTA
flutikazonfuroat/vilanterol

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

24 sata neprekidne djelotvornosti*
uz samo jednu inhalaciju na dan[1]

6:00
7:00
8:10
9:00
10:00
11:00

Kako Vaš izbor
IKS/LABA određuje
24-satni svijet?

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

gsk

IKS, inhalacijski kortikosteroid; LABA, dugodjelujući agonist β_2-adrenoreceptora
RELVAR ELLIPTA razvijen je u suradnji s društvom INNOVIVA

* Značajno povećanje srednje promjene ponderirane vrijednosti FEV_1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi) mjerenog serijski 0-24 h od početne vrijednosti do dvanaestog tjedna uz flutikazonfuroat/vilanterol trifenetat 100/25 µg jednom dnevno u odnosu na flutikazonfuroat ($p<0,001$, primarna mjera ishoda); nije bilo značajne razlike između flutikazonfuroata/vilanterol trifenetata 100 ili 200/25 µg jednom dnevno (opisna procjena).[1]

Prospektivno, aktivno kontrolirano, randomizirano, dvostruko slijepo, stratificirano, multicentrično, multinacionalno kliničko ispitivanje faze III na paralelnim skupinama u kojem se uspoređivala djelotvornost flutikazonfuroata/vilanterol trifenetata 100 ili 200/25 µg jednom dnevno inhaliranih putem *Ellipta* inhalera (n=346 svaki) s flutikazonfuroatom 100 µg jednom dnevno (n=347) kod bolesnika s umjerenom do teškom astmom u dobi ≥12 godina (n=1039, 1:1:1) tijekom 12 tjedana. Primarna mjera ishoda za djelotvornost bila je srednja promjena ponderirane vrijednosti FEV_1 mjerenog serijski, od početne vrijednosti do dvanaestog tjedna, uz flutikazonfuroat/vilanterol trifenetat 100/25 µg jednom dnevno u odnosu na flutikazonfuroat 100 µg jednom dnevno.[1]

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

NAZIV LIJEKA: RELVAR ELLIPTA 92 mikrograma/22 mikrograma prašak inhalata, dozirani; RELVAR ELLIPTA 184 mikrograma/22 mikrograma prašak inhalata, dozirani (flutikazonfuroat, vilanterol)

TERAPIJSKE INDIKACIJE: **Astma:** redovito liječenje astme u odraslih osoba i adolescenata u dobi od 12 i više godina kod kojih je primjerena primjena kombiniranog lijeka (dugodjelujućeg β_2-agonista i inhalacijskog kortikosteroida): u bolesnika u kojih astma nije dovoljno dobro kontrolirana inhalacijskim kortikosteroidima te kratkodjelujućim inhalacijskim β_2-agonistima koji se primjenjuju „prema potrebi"; u bolesnika adekvatno kontroliranih inhalacijskim kortikosteroidima i dugodjelujućim inhalacijskim β_2-agonistima.[2,3] **Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB):** simptomatsko liječenje odraslih bolesnika s KOPB-om koji imaju FEV_1<70% predviđene normalne vrijednosti (nakon primjene bronhodilatatora) i s egzacerbacijama bolesti unatoč redovitom liječenju bronhodilatatorima[2].

DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE: **Astma:** *Odrasli i adolescenti od 12 i više godina:* Početnu dozu od jedne inhalacije lijeka RELVAR ELLIPTA od 92/22 mikrograma jedanput na dan treba razmotriti za bolesnike kojima je potrebna mala do srednja doza inhalacijskog kortikosteroida u kombinaciji s dugodjelujućim β_2-agonistom. Ako nisu dobro kontrolirani, doza se može povećati na 184/22 mikrograma, što može dodatno poboljšati kontrolu astme. Liječnici moraju redovito kontrolirati bolesnike kako bi jačina flutikazonfuroata/vilanterola koju primaju ostala optimalna i mijenjala se isključivo na savjet liječnika. Dozu treba titrirati na najmanju dozu kojom je moguće održavati učinkovitu kontrolu simptoma. Bolesnici obično osjete poboljšanje plućne funkcije unutar 15 minuta nakon inhaliranja lijeka RELVAR ELLIPTA. Za održavanje simptoma astme pod kontrolom potrebno je redovito uzimati lijek svakoga dana te da s primjenom treba nastaviti čak i ako nema simptoma. Ako se simptomi pojave u razdoblju između primjene dviju doza, treba uzeti kratkodjelujući inhalacijski β_2-agonist za trenutno ublažavanje simptoma. **KOPB:** *Odrasli u dobi od 18 i više godina:* Jedna inhalacija lijeka RELVAR ELLIPTA 92/22 mikrograma jedanput na dan. RELVAR ELLIPTA 184/22 mikrograma nije indiciran za liječenje bolesnika s KOPB-om (nema dodatnih korisnih učinaka u odnosu na dozu od 92/22 mikrograma, ali postoji mogućnost povećanog rizika od pneumonije i nuspojava povezanih sa sistemskim djelovanjem kortikosteroida). Bolesnici obično osjete poboljšanje plućne funkcije unutar 16-17 minuta nakon inhaliranja lijeka RELVAR ELLIPTA. **Način primjene:** isključivo za inhalaciju. Lijek treba uzimati svakoga dana, u isto vrijeme. Konačnu odluku o tome hoće li se lijek uzimati uvečer ili ujutro donosi liječnik. Ako se inhaler čuva u hladnjaku, treba pričekati najmanje jedan sat prije primjene da se ugrije na sobnu temperaturu. Nakon inhalacije, bolesnici trebaju isprati usta vodom, ali vodu ne smiju progutati. *Pedijatrijska populacija:* Sigurnost i djelotvornost lijeka RELVAR ELLIPTA u indikaciji astme u djece mlađe od 12 godina nisu još ustanovljene. Nije opravdana primjena lijeka RELVAR ELLIPTA u pedijatrijskoj populaciji za indikaciju KOPB-a. Oštećenje jetrene funkcije: Najveća doza za bolesnike s umjerenim ili teškim oštećenjem jetrene funkcije je 92/22 mikrograma.

KONTRAINDIKACIJE: Preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari.

POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA: RELVAR ELLIPTA se ne smije koristiti za liječenje akutnih simptoma astme niti akutne egzacerbacije KOPB-a, koje je potrebno liječiti kratkodjelujućim bronhodilatatorima. Pojačano korištenje kratkodjelujućih bronhodilatatora za ublažavanje simptoma ukazuje na pogoršanje tj. neadekvatnu kontrolu bolesti. Bolesnici ne smiju prekidati terapiju flutikazonfuroatom/vilanterolom kod astme ili KOPB-a bez liječničkog nadzora jer se simptomi mogu vratiti. Tijekom liječenja flutikazonfuroatom/vilanterolom može doći do nuspojava i egzacerbacija povezanih s astmom. Bolesnike treba uputiti da nastave liječenje i zatraže liječnički savjet ako se simptomi astme i dalje ne mogu kontrolirati ili se pogoršaju nakon početka terapije lijekom RELVAR ELLIPTA. Može se pojaviti paradoksalni bronhospazam uz pojačano piskanje pri disanju neposredno nakon primjene lijeka. Stanje treba odmah liječiti kratkodjelujućim inhalacijskim bronhodilatatorom, prekinuti terapiju lijekom RELVAR ELLIPTA, pregledati bolesnika te po potrebi uvesti drugu terapiju. Lijek treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s teškom kardiovaskularnom bolešću ili poremećajima srčanog ritma, tireotoksikozom, nekorigiranom hipokalemijom, u bolesnika s predispozicijom za niske razine kalija u serumu, s tuberkulozom pluća ili u bolesnika s kroničnim ili neliječenim infekcijama. Bolesnicima s umjerenim do teškim oštećenjem jetrene funkcije treba propisati dozu od 92/22 mikrograma te ih nadzirati zbog mogućih sistemskih nuspojava kortikosteroida. Svi inhalacijski kortikosteroidi mogu imati sistemske učinke, osobito ako se dugotrajno primjenjuju u velikim dozama. Ako bolesnik ima simptome kao što su zamućen vid ili neke druge poremećaje vida, treba razmotriti potrebu da ga se uputi oftalmologu radi procjene mogućih uzroka, koji mogu uključivati kataraktu, glaukom ili rijetke bolesti poput centralne serozne korioretinopatije zabilježene nakon sistemne i topikalne uporabe kortikosteroida. U bolesnika sa šećernom bolešću prijavljene su povećane razine glukoze u krvi pa to treba uzeti u obzir. U bolesnika s KOPB-om koji su primali inhalacijske kortikosteroide zabilježeno je povećanje incidencije pneumonije, uključujući pneumoniju koja je zahtijevala bolničko liječenje. Incidencija pneumonije u bolesnika s astmom bila je česta pri primjeni veće doze. Incidencija pneumonije u bolesnika s astmom koji su uzimali flutikazonfuroat/vilanterol od 184/22 mikrograma bila je brojčano veća u odnosu na bolesnike koji su uzimali flutikazonfuroat/vilanterol od 92/22 mikrograma ili placebo. Bolesnici s rijetkim nasljednim poremećajem nepodnošenja galaktoze, potpunim nedostatkom laktaze ili malapsorpcijom glukoze i galaktoze ne smiju primjenjivati ovaj lijek.

NUSPOJAVE: *Vrlo često:* glavobolja, nazofaringitis. *Često:* pneumonija, infekcija gornjih dišnih puteva, bronhitis, gripa, kandidijaza usne šupljine i grla, bol u usnoj šupljini i ždrijelu, sinusitis, faringitis, rinitis, kašalj, disfonija, bol u abdomenu, artralgija, bol u leđima, frakture, mišićni spazmi, pireksija. *Manje često:* hiperglikemija, zamućen vid, ekstrasistole.

NAČIN IZDAVANJA: u ljekarni, na recept.

NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:
GlaxoSmithKline (Ireland) Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irska

BROJEVI ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:
EU/1/13/886/001, EU/1/13/886/002, EU/1/13/886/003, EU/1/13/886/004, EU/1/13/886/005, EU/1/13/886/006

DATUM REVIZIJE TEKSTA: 12/2018

Ovaj skraćeni sažetak sadrži bitne podatke o lijeku istovjetne onima iz Sažetka opisa svojstava lijeka, sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine" broj 43/2015). Prije propisivanja ovog lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku, dostupne na www.ema.europa.eu.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

GSK zaštitni znakovi u vlasništvu su ili licencirani GSK grupi društava.

Prilagođeno iz: 1. Bernstein DI i sur. Fluticasone furoate (FF)/ vilanterol (100/25 mcg or 200/25 mcg) or FF (100 mcg) in persistent asthma. J Asthma 2015;52(10):1073–83; 2. Sažetak opisa svojstava lijeka RELVAR ELLIPTA 92 mikrograma/22 mikrograma prašak inhalata, dozirani; 3. Sažetak opisa svojstava lijeka RELVAR ELLIPTA 184 mikrograma/22 mikrograma prašak inhalata, dozirani.

Ova informacija se odnosi na lijek koji se izdaje samo na recept i **SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE**. Prije uporabe, molimo pogledajte cjelokupni Sažetak opisa svojstava lijeka dobiven od nositelja odobrenja te ga pažljivo pročitajte. Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o. ne preporučuje korištenje ovog lijeka na drugi način nego što je opisano u Sažetku opisa svojstava lijeka.

Datum pripreme materijala: 20.08.2019.

HR REL-54 /2019

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Horvatova 80/A, 10020 Zagreb
Tel.: 01 4821 361
www.berlin-chemie.hr

BERLIN-CHEMIE MENARINI

Dulce cum utili!

Bezlične jezične konstrukcije u medicinskoj struci

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

Čitajući različite medicinske tekstove, naišla sam na upotrebu bezličnih jezičnih konstrukcija svojstvenih isključivo toj vrsti tekstova. Ti su me oblici već poodavno potaknuli da ih istražim i posvetim im dio medijskoga prostora. Pripremila sam nekoliko rečenica u kojima sam označila određene jezične činjenice o kojima ćemo govoriti u ovom broju *Liječničkih novina*. Promotrite ih! Vjerojatno ćete se odmah sjetiti još pokojega sličnog primjera iz prakse.

Učini se (ili: učinjen je) *MR mozga i nalaz upućuje na obostrano opsežne periventrikularne demijelinizacijske lezije.*

Učini se (ili: učinjen je) *kožni rez i prepariranje tkiva, te se pristupi* (ili: pristupljeno je) *arteriji od koje se uzme* (ili: od koje je uzet) *komadić tkiva za analizu.*

Nema mogućnosti zamjene za preporučeni postupak. Ako se isti ne provede (ili: ako ne bude proveden), *navedena dijagnoza može ostati neprepoznata.*

Pasiv i aktiv u hrvatskome jeziku

Pasiv je naziv kojim se u jezikoslovlju označuje trpno glagolsko stanje. Dolazi od kasnolatinskoga *passivum genus verbi*, što doslovno znači *trpni rod glagola*. Stoji u opreci s aktivnim glagolskim stanjem. U hrvatskome se pasiv tvori od trpnoga glagolskog pridjeva (u rečenici koja slijedi to je gl. pridjev *učinjen*) i oblika glagola *biti* (u rečenici je to nenaglašeni oblik pomoćnoga glagola *biti – je*) – *Učinjen je MR mozga.* Aktivna bi rečenica tražila da se istakne vršitelj radnje, odnosno subjekt. Subjekt, na primjer, može biti liječnik, pa bi aktivna inačica navedene pasivne rečenice glasila: *Liječnik je učinio MR mozga (pacijentu)*. Zato se kaže i da pasivna rečenica prikazuje radnju s gledišta trpitelja, a odgovarajuća aktivna rečenica prikazuje istu radnju s gledišta vršitelja. Upravo je zbog toga svojega svojstva zanimljiva upotreba pasivnih rečenica u nekim oblicima javne komunikacije. Odnosno, pasivne se rečenice redovito upotrebljavaju kada vršitelj radnje nije relevantan, ili se ne želi spomenuti. Javni govornici namjerno upotrebljavaju pasivne rečenice bez subjekta kada žele izbjeći izravnu odgovornost za radnje koje se u toj rečenicu spominju. Takve se rečenice najčešće mogu pronaći u administrativnome stilu, te osobito u njegovu političkome podstilu.

Upotreba pasiva u hrvatskome jeziku

U hrvatskome se jeziku pasiv ne upotrebljava često kao u nekim drugim europskim jezicima, npr. engleskome. Pasiv bi trebalo u većini komunikacijskih situacija izbjegavati. Rekli smo da se u administrativnom stilu obilno upotrebljavaju pasivne konstrukcije koje su inače netipične za hrvatski jezik (npr. *zastupano po direktoru* umjesto *koje zastupa direktor* i sl.) jer one isključuju aktivno sudioništvo u određenoj radnji, a time i odgovornost. Dakle, svakako bi ga u takvim komunikacijskim situacijama trebalo zamijeniti aktivom.

Takvu upotrebu pasiva nikako ne treba miješati s upotrebom pasiva u znanstvenome stilu u kojem je on jedna od njegovih osobina. Kao što znamo, i kao što smo već bili govorili u jednom od članaka, znanstveni je stil određen svojom deskriptivnom funkcijom, tj. činjenicom da se

njime opisuju pojave, događaji, istraživanja, znanstvena otkrića i teorije itd. Obilježen je zato težnjom za točnošću, jednoznačnošću, jasnoćom, preciznošću, nedvosmislenošću, zahtjevom za terminološkom ujednačenošću i ispravnošću; na leksičkoj je razini određen svojim nazivljem koje služi točnom utvrđivanju i prikazivanju činjenica, zato nazivi moraju biti ujednačeni, tj. u istome se tekstu ne smiju pojavljivati istoznačni nazivi (to se odnosi i na ujednačenu upotrebu brojeva, kratica, simbola itd.). Dakle, o svim smo tim njegovim osobinama već bili govorili u jednome broju *Liječničkih novina*. Ali ne smije se smetnuti s uma kako je znanstveni stil obilježen i upotrebom 1. lica jednine i 1. lica množine (tzv. *autorsko mi* ili *mi skromnosti*) te često i 3. lica jednine u bezličnim ili 3. lica množine u pasivnim konstrukcijama (*Upotrijebljeni su sljedeći pristupi…*, *Rezultati istraživanja upućuju…*, *Smatra se da su nalazi…*).

Izricanje pasiva i njegova pravilna upotreba

Pasiv se u hrvatskome jeziku može izreći na dva načina:

1. glagolskim pridjevom trpnim (*slikan, slikana, slikano; upoznat, upoznata, upoznato; proveden, provedena, provedeno, učinjen, učinjena, učinjeno...*) i odgovarajućim vremenom pomoćnoga glagola *biti* ili *bivati*, npr. *Slika je slikana.; Bio je upoznat sa slučajem.; Analiza je provedena.; Učinjeno je dobro djelo.*

2. povratnim glagolom (s povratnom česticom *se*), npr. *Slika se prodaje u posebnoj trgovini.; Kuća se gradi od prirodnih materijala.; Krleža se dosta čita.* Treba pripaziti jer imenska riječ (*slika, kuća, Krleža*) dolazi u nominativu, a ne u akuzativu. Zato nije pravilno: *Sliku se prodaje u posebnoj trgovini. Kuću se gradi od prirodnih materijala. Krležu se dosta čita.*

U upotrebi pasiva treba pripaziti na to da nije pravilno upotrebljavati prijedlog *po* umjesto prijedloga *od*. Zato nije pravilno: *Gost je bio poslužen po glavnom konobaru.*, nego *Gost je bio poslužen od glavnog konobara.*, ali komunikacijski najbolje bi bilo upotrijebiti aktivan oblik: *Gosta je poslužio glavni konobar*.

Pravilno je izbjegavati izraze *od strane* ili *sa strane*, npr. *Željeli smo postići veće poštovanje od strane institucija.; Bili su proganjani sa strane institucija*. Pravilno je: *Željeli smo postići veće poštovanje od institucija.; Bili su proganjani od institucija*.

Jedna od važnih sintaktičkih vježbi već od razredne nastave u osnovnoj školi jest preoblika aktivne u pasivnu rečenicu ili pasivne u aktivnu. U svojoj sam praksi znala naići na visoko obrazovane osobe kojima je ta vrsta preoblike predstavljala velik problem. U tablicu sam uvrstila nekoliko primjera pravilnih preoblika pasivnih u aktivne rečenice. Dobro ih promotrite, a onda provjerite svoje znanje u zadatcima za vježbu.

Pitajte nas što Vas zanima u vezi s hrvatskim jezikom struke i savjetujte što biste voljeli da objasnimo u ovoj rubrici *Liječničkih novina*. Svoja pitanja i prijedloge pošaljite na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr.

Preoblika pasivne u aktivnu rečenicu

Pasivna rečenica	Aktivna rečenica
Kuća je sagrađena na obali jezera.	Kuću su sagradili na obali mora.
Bili su viđeni od mnogih poznanika.	Vidjeli su ih mnogi poznanici.
Rublje je sušeno.	Rublje se suši.
U radu je analizirana morfologija. (znanstveni stil)	U radu se analizira morfologija. (znanstveni stil)

PROVJERITE ZNANJE:

1. Zaokružite slovo ispred rečenice u kojoj je upotrijebljen aktiv.

A Bili smo lijepo posluženi.
B Pacijenti će biti pregledani do 12.
C Svjedočenje je prepoznato kao korisno i pouzdano.
D Autor se na kraju osvrće na karakter novinarstva.

2. Zaokružite slovo ispred rečenice u kojoj nije upotrijebljen aktiv.

A Rekli su da protiv njega još nema ozbiljnih dokaza.
B Ministarstvo je donijelo odluku o plaćanju dijela troškova.
C Zakon je prošloga tjedna donesen velikom većinom glasova.
D Radničko vijeće donijelo je odluku o tome da se sazove skup.

Točni odgovori: 1. D; 2. C.

POJAM PRAVIČNE PLAĆE U PREKOVREMENOM RADU

SANJA MIŠEVIĆ, mag.iur, odvjetnica u Odvjetničkom društvu Mišević i Jarić

Samo primjereno plaćen radnik je zadovoljan radnik. Ovo nije nikakva novina, niti su zdravstveni radnici iznimka, unatoč nesporno naglašenoj humanoj strani posla kojim se bave.

Zaposlenici koji se osjećaju nedovoljno plaćenima vjerojatnije će tražiti novi, bolje plaćen posao. Ovo su rezultati međunarodnog istraživanja o zadovoljstvu plaćom, koje je provedeno u studenom i prosincu 2017. na više od 34.000 ispitanika u 10 europskih zemalja. Istraživao je Paylab Compensation Monitor, koji redovito prati nagrađivanje i trendove na tržištu rada1.

U vrijeme kada se na stranicama Hrvatske liječničke komore, u rubrici: „liječnici u odlasku“ vrti broj od 1.683 liječnika, svaka reakcija nadležnih institucija čini se zakašnjelom, a izostanak reakcije potpuno neodgovornim.

POJAM PREKOVREMENOG RADA

Prekovremeni rad zdravstvenih radnika izazov je gotovo svih zdravstvenih sustava u svijetu, kako s financijskog gledišta, tako i zbog utjecaja ove vrste rada na njihovu kvalitetu života. Znanstveno je dokazan učinak prekovremenog rada liječnika na njihovo psihofizičko zdravlje, ali i na povećan broj pogrešaka pri radu s pacijentima[2].

Bogata sada već petogodišnjim iskustvom vođenja sporova u korist zdravstvenih radnika za primjereno plaćanje prekovremenog rada, mogu reći da se već pojam prekovremenog rada u zdravstvu još uvijek ne razumije do kraja (a vrlo moguće i ne želi razumijeti).

Naime, prekovremeni rad je u Hrvatskoj reguliran Zakonom o radu[3], gdje se navodi:

„*U slučaju više sile, izvanrednog povećanja opsega poslova i u drugim sličnim slučajevima prijeke potrebe, radnik je na pisani zahtjev poslodavca dužan raditi duže od punog, odnosno nepunog radnog vremena (prekovremeni rad)*. …

Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja[4](NN 143/13 i 96/15) regulirano je:

„*Prekovremenim radom smatra se svaki sat rada duži od predviđenog rada utvrđenog dnevnim rasporedom rada, kao i svaki sat rada duži od redovnog mjesečnog fonda radnih sati.*

Redovni mjesečni fond radnih sati su sati koje radnik treba odraditi u tekućem mjesecu na bazi 40-satnog radnog tjedna. Mjesečni fond radnih sati tvori umnožak radnih dana u tekućem mjesecu s 8 sati.“ – članak 51. stavci 9. i 10.

Iz navedenog slijedi, suprotno ustaljenoj praksi o ovoj temi, da dežurstvo nije sinonim za prekovremeni rad niti da dežurstvo može jednako biti dio redovitoga radnog vremena, kao i prekovremenog rada, kao što i rad u prvoj smjeni (od 7,00 do 15,00 sati) može biti prekovremeni rad, ako je radnik do te smjene odradio redovni mjesečni fond sati.

Upravo smo kod predpristupnih pregovora kod ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju mijenjali propise iz domene zdravstva na ovu temu. Kao što vidimo i šest godina poslije, u praksi ostaju nejasnoće.

Kao što je javnosti poznato, u hrvatskom zdravstvenom sustavu odrađuje se enorman broj prekovremenih sati. Problem postaje to veći što je bolnica manja, te to veći što je bolnica istočnije pozicionirana u Hrvatskoj: “…u radu je dokazano postojanje statistički značajne razlike u prekovremenom radu liječnica i liječnika po zdravstvenim regijama, pri čemu istočna regija odskače u odnosu na ostale tri zdravstvene regije. U toj su regiji šanse za prekovremeni rad liječnika i liječnica za 50 % veće od onih kod npr. liječnica i liječnika u središnjoj i sjevernoj regiji…“[5]

OBRAČUN I PLAĆANJE PREKOVREMENOG RADA

Pogrešan način obračuna i plaćanja prekovremenog rada u zdravstvu aktualan je već petu godinu (iako pogreška s obračunom datira od prosinca 2013. god., prve tužbe podignute su u veljači 2015. god.).

Poslodavci u prekovremenom radu na osnovnu plaću ne obračunavaju dodatak za posebne uvjete rada, dodatak za odgovornost za život i zdravlje pacijenata,

kao niti znanstveni dodatak (a koje dodatke, također na osnovnu plaću, obračunavaju u redovitom radnom vremenu).

Usprkos brojnim pravomoćnim sudskim odlukama u korist zdravstvenih radnika, prekovremeni rad u zdravstvu ne plaća se sukladno pozitivnim zakonskim propisima (samo je u odvjetničkom uredu autorice ovog rada oko 300 pravomoćnih presuda u korist zdravstvenih radnika).

PREKOVREMENI RAD U MEĐUNARODNIM PRAVNIM AKTIMA

Kako je o ovoj temi već bilo govora u stručnoj javnosti, ovaj put ću je pokušati pojasniti s gledišta međunarodnih propisa.

Pri tomu moram istaknuti da propisi Europske unije obvezuju Republiku Hrvatsku na način da postaju dio nacionalnog zakonodavstva, te da ih se kao takvih obvezno moramo pridržavati.

Upravo zato treba voditi računa o **pravičnoj plaći.**

Europska socijalna povelja[6] naglašava kako je, radi osiguranja učinkovitog ostvarivanja **prava na pravičnu plaću**, obveza ugovornih strana priznati radnicima **pravo na povećan iznos za prekovremeni rad**, osim u iznimnim slučajevima.

Jasno je, dakle, da sat prekovremenog rada treba biti plaćen više od sata u redovitom radnom vremenu (za ovo nam u konačnici ne treba tumačenje Europske povelje, to proizlazi već i iz *argumenta zdravog razuma).*[7]

Međutim, u zdravstvenom sustavu, u kojemu se kao i kod svih drugih javnih službi, obračun plaća vrši kroz Centralizirani obračun plaća (COP), koji vodi FINA, a koji je ustrojilo Ministarstvo financija RH, ne vrijedi argument zdravog razuma.

Naime, vrlo često je **sat prekovremenog rada liječnika manje plaćen nego sat u redovitom radnom vremenu.**

U praksi, na plaći npr. liječnika specijalista s užom specijalizacijom, matematički to izgleda ovako:

Iz navedenoga je razvidno kako **način obračuna plaća za prekovremeni rad nije pravičan** način plaćanja, slijedom čega ga je nužno što je moguće prije izmijeniti i prasku obračuna uskladiti s propisima, kako Republike Hrvatske, tako i Europske unije.

DE LEGE FERENDA - PREPORUKE ZA UNAPRJEĐENJE NA TEMELJU DOSADAŠNJIH ISKUSTAVA

Propisi u Republici Hrvatskoj koji reguliraju ovo područje nisu pogrešni, ali su nedorečeni (što svakako ne smije ići na štetu radnika!).

Naime, Kolektivni ugovor o kojemu je bilo riječi, nigdje izrijekom ne govori o tomu da bi se dodaci na plaću u prekovremenom radu trebali zbrajati, ali također ne isključuju takvu mogućnost.

Nesporno je da način sadašnjeg obračuna ima grešku (je li slučajna?) i da način obračuna valja mijenjati, međutim, nesporno je nužno i propisima ga jasnije urediti.

Kolektivni ugovor za državne službenike i namještenike iz 2004. god.[8] koji je imao sadržajno identične odredbe kao aktualni Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (NN 143/13), nakon brojnih radnih sporova u kojima su državni službenici (pravosudni policajci) pravo na primjereno plaćen prekovremeni rad ishodili putom pravomoćnih presuda, izmijenjen je na način da je u njemu izrijekom navedeno da se dodaci na plaću u prekovremenom radu međusobno ne isključuju. Upravo ovako bi trebala glasiti i odredba budućega Kolektivnog za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja.

Ovo može biti samo prijelazno rješenje, budući da je zasigurno jedini ispravan put za uređenje načina obračuna i plaćanja liječnika donošenje zakona o plaćama liječnika, po uzoru na Zakon o plaćama sudaca.

Pravično plaćanje liječnika u konačnici je interes svakoga građanina naše države, kao i odraz pravednosti vrijednosnog sustava svake zemlje.

[1] Međunarodna anketa o zadovoljstvu s plaćom i preferencijama provedena je u 10 zemalja diljem Europe na ukupnom uzorku od 34.065 ispitanika. Riječ je o Paylab Compensation Monitoru, koji redovito prati trendove u plaćama u Europi. Podaci su prikupljeni u studenom i prosincu 2017. putem lokaliziranih platnih portala: Češka - Platy.cz (5778 ispitanika), Slovačka - Platy.sk (6462 ispitanika), Mađarska - Fizetesek.hu (3528 ispitanika), Slovenija - Placa. si (2629 ispitanika), Hrvatska - MojaPlaca.hr (3172 ispitanika), Srbija - InfoPlate.rs (735 ispitanika), Estonija - Palgad.ee (1268 ispitanika), Litva - Manoalga.lt (2371 ispitanika), Latvija Algas. lv (1433 ispitanika), Finska - Palkkadata.fi (6689 ispitanika).

[2] izv. prof. dr. sc. Andrea Bilić, Pravno mišljenje, Split, svibanj 2019.

[3] Zakon o radu, Narodne novine br. 93/2014.

[4] Kolektivni ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, Narodne novine br. 143/13 i 96/15)

[5] Obilježja i implikacije prekovremenog rada liječnika u Hrvatskoj, doc. dr. sc. Šime Smolić, Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet, https://www.bib.irb.hr/pregled/ustanove/67?citation=crosbi&order_by=date_inserted_desc&chunk=100&page=6

[6] Hrvatski sabor je na sjednici 20. studenoga 2002. godine donio Zakon o potvrđivanju Europske socijalne povelje, Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji, Protokola o izmjenama Europske socijalne povelje i Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji kojim se uspostavlja sustav kolektivnih žalbi (Narodne novine - međunarodni ugovori, br. 15/2002). Republika Hrvatska ispravu o ratifikaciji položila je u Vijeću Europe 26. veljače 2003. Prema Objavi o stupanju na snagu Europske socijalne povelje i Dodatnih protokola Europskoj socijalnoj povelji Povelja, Dodatni protokol Europskoj socijalnoj povelji i Protokol o izmjenama Europske socijalne povelje su, u odnosu na Republiku Hrvatsku, stupili na snagu 28. ožujka 2003., a Dodatni protokol Europskoj socijalnoj povelji kojim se uspostavlja sustav kolektivnih žalbi 1. travnja 2003. (Narodne novine - međunarodni ugovori, br. 08/2003).

[7] -„Ustavni sud ističe da se objektivni pravni poredak u društvu utemeljenom na vladavini prava ne može graditi ni zaštita ustavnih prava pojedinaca zasnivati na razlozima koji ne počivaju na argumentu "zdravog razuma". Stoga svako tumačenje mjerodavnog prava mora imati uporište u zdravom razumu i pravnoj logici jer bi u protivnom moglo imati apsurdne učinke u odnosu na ostvarivanje i zaštitu pojedinačnih prava. Takav način tumačenja i primjene mjerodavnog prava posljedično se ne može drukčije nazvati nego arbitrarnim."

Ustavni sud Republike Hrvatske, U-III/5184/2013 od 08.12.2016.

[8] Kolektivni ugovor za državne službenike i namještenike, Narodne novine broj: 92/04.

Redoviti rad - koeficijent užeg specijalista 2,298	**Prekovremeni rad** – koeficijent specijalista 2,027
Osnovna plaća = osnovica (5.211,02 kn) * 2,298 + minuli rad (9,5 %) = 13.112,54 kn / 176 sati = 74,50 kn po satu	Osnovna plaća = osnovica (5.211,02 kn) * 2,027 + minuli rad (9,5 %) = 11.566,20 kn / 176 sata = 65,72 kn po satu
+ 25 % uvjeti rada = 18,63 kn	+ 50 % prekovremeni rad = 32,86 kn
+ 12 % odgovornost = 8,94 kn	
UKUPNO SAT: 74,50 + 18,63 + 8,94 = **102,07 kn**	UKUPNO SAT: 65,72 + 32,86 = **98,58 kn**

Rent-a-maternica

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

Što je zajedničko Rickyju Martinu, Eltonu Johnu, Kim Kardashian i Ronaldu? Osim što su uspješni, planetarno popularni i silno bogati, svim navedenim zvijezdama djecu je na svijet donijela surogat majka. I nisu jedini.

Zamjensko majčinstvo rastući je trend među slavnima. Baš kao što je neko vrijeme glavni hit bio posvajanje djece iz egzotičnih krajeva, valjda da bi se demonstrirala vlastita progresivnost, tako se danas rentaju maternice, rjeđe iz medicinskih razloga, a češće kako bi se imalo vlastitu djecu bez napornih nuspojava koje trudnoća sa sobom donosi. Štoviše, komocija kojoj pribjegavaju suvremene zvijezde ide dotle da se smatra kako djeci uopće nije ni potrebna (biološka) majka jer pristajanje na supružnički odnos sa sobom donosi određene rizike, kao što je podjela kapitala u slučaju brakorazvodne parnice. To se naime nadaje kao jedino moguće objašnjenje zašto se nogometna ikona Christian Ronaldo, miljenik žena, odlučio zaobići tradicionalne načine dobivanja djece te je radije pristao na to da mu ih „isporuči“ samo za tu svrhu „iznajmljena“ maternica. U tom smislu upravo je medijska preplavljenost takvim i sličnim slučajevima i njihovo promoviranje od strane onih koji su uzor mladima, a koji time i kreiraju trendove u budućem roditeljstvu, razlog da se sam fenomen podrobnije promotri.

Surogat majčinstvo prisutno je oduvijek. Spominje se još u Starom zavjetu u priči o Abrahamu i Sari, ali prvenstveno kao sredstvo borbe protiv neplodnosti. Tako se sve do 60-ih godina prošlog stoljeća prakticiralo među srodnicima koji su time pomagali članovima obitelji koji nisu mogli zanijeti. Tek od sredine 70-ih u SAD-u priča zadobiva formalni okvir, da bi se potom počela širiti i po ostatku svijeta. Danas je zamjensko majčinstvo dozvoljeno u mnogim zemljama, većini saveznih država SAD-a, Indiji, Rusiji, Češkoj, Ukrajini, Južnoafričkoj Republici, Gruziji, dok je u Hrvatskoj zabranjeno. No, zbog različitog zakonodavstva s jedne strane, a globalizacije s druge, i surogat majčinstvo podleglo je trendu tzv. reproduktivnog turizma koji razotkriva biopolitičku dimenziju cijele priče. Očekivano, svoje maternice najčešće „iznajmljuju“ siromašne žene koje dolaze iz zemalja poput Ukrajine, Indije ili Dalekog Istoka, dok su korisnici te „usluge“ naravno bogati zapadnjaci. „Istok“ tako konkurira „zapadu“ samo u nezahvalnim poslovnim domenama, bilo da mu služi kao smetlište na kojem se sanira njegov otpad, bilo da su njegove žene primorane zarađivati za život izlažući riziku vlastito zdravlje, ali i dostojanstvo. Kako bi se ta neravnopravnost ispravila, zakonodavstvo mnogih zemalja, barem na načelnoj razini, pokušava stati na kraj iskorištavanju nezavidne financijske situacije stanovnika siromašnih zemalja zabranom materijalne koristi od surogat majčinstva te dozvoljavanjem pokrivanja samo medicinskih troškova surogat majke, što takvu vrstu sporazuma čini nekim tipom donorskog ugovora. No, realnost je ipak nešto drugačija. U praksi je vrlo teško kontrolirati usmene sporazume i tokove novca između zainteresiranih strana.

Uistinu, imajući u vidu ljudsku prirodu te rizičnost i težinu samog postupka, teško je povjerovati da bi se itko odlučio biti surogat majka iz pukog altruizma, osim ako je riječ o bliskim srodnicima. No, čak i žene koje imaju nesebičnu motivaciju teško mogu znati što ih očekuje i kako će se ponašati jednom kada se upuste u avanturu iznošenja trudnoće iz „usluge“, a njihova reakcija dijelom

ovisi i o tome u kojoj će mjeri biti biološki i fizički involvirane u cijeli proces. Naime, na „tehničkoj“ razini potrebno je razlikovati dvije vrste surogat majčinstva. U prvom slučaju oba su roditelja genski vezana s djetetom jer se u surogat majku implementira oplođena jajna stanica para koji je zatražio tu vrstu „usluge“. Kao nedostatak tog tipa zamjenskog majčinstva najčešće se navodi činjenica da su kod njega učestaliji spontani pobačaji jer „privremena“ majka koja će iznijeti trudnoću nije genski vezana s djetetom, zbog čega su veće šanse da njezino tijelo odbaci embrij. Kao prednost ističe se to što su oba roditelja genski vezana s djetetom, što ih čini ravnopravnima, ali i smanjuje povezanost između djeteta i surogat majke. U drugom slučaju samo je jedan od roditelja genski vezan s djetetom, a surogat majka ne „posuđuje“ samo maternicu, nego donira i jajnu stanicu. Njegova je prednost lakše iznošenje trudnoće, a nedostatak to što se partner koji neće biti genski vezan s djetetom često osjeća manje vrijednim i zapostavljenim u odnosu na onoga koji to jest.

No, to je tek početak problema. Za sagledavanje potpunije slike potrebno je uvažiti i perspektivu surogat majke, njezine osjećaje, prava, ali i obaveze. Naime, surogat majčinstvo uvelike utječe i na njezine obiteljske veze, kako sa supružnikom, tako i s vlastitom djecom koja se mogu osjećati zanemarena u odnosu na trenutnu trudnoću, ali i koja bez vlastitog pristanka postaju dio etički sporne situacije jer gledaju kako im majka donosi na svijet nekoga tko neće biti član njihove obitelji, što otvara i pitanje narušavanja njihovih prava. Ovo je nerijetko zaista i slučaj jer se kao surogat majke preferiraju upravo žene koje su već majke i u stabilnim vezama kako bi se izbjeglo njihovo vezivanje za dijete.

Surogat majčinstvo time otvara brojne bioetičke dileme na načelnoj razini, ali, možda još i više, unutar njegove primjene u zemljama u kojima je dozvoljen. Tako se u prvom redu nameće pitanje tko je subjekt, a tko objekt u ovakvom postupanju? Što znači biti majka? Je li majka uopće potrebna? Koja su prava „posuđivačice“ maternice, a koja „vlasnika“ biološkog materijala? Što je s djetetom? Je li ono „predmet“ koji se nabavlja na zahtjev roditelja ili biće koje ima nekakva prava? Može li se dijete „naručiti“ i „isporučiti“? Postoji li uopće (bezuvjetno) pravo na dijete koje premašuje buduća prava toga djeteta? Naime, premda se u surogat majčinstvu zna dogoditi da se „privremena“ majka previše veže za dijete koje nosi u utrobi pa ga ne želi napustiti, moguć je i obrnut slučaj. Primjerice, ako dijete ne „ispadne“ u skladu s „narudžbom“, odnosno ne rodi se potpuno zdravo, često ga ni jedna od uključenih strana ne želi prihvatiti. Kako bi se ovakvo, konzumerističko postupanje barem donekle anuliralo, postoje prijedlozi da zamjensko majčinstvo ne bude dozvoljeno svima, nego samo pacijenticama koje boluju od karcinoma ili su izgubile maternicu. No čak i to rješenje, koje se čini najprihvatljivijim i opravdano budi suosjećanje većine, otvara važnu pozadinsku dilemu koja se odnosi na to uzimamo li uopće u suvremenoj medicini ne kao odgovor. Pristajemo li danas na ikakve granice bilo nametnute bolešću, bilo našim željama i potrebama? Na tom tragu ilustrativan je slučaj Kim Kardashian i Kaynea Westa koji su se zbog želje za proširenjem vlastite obitelji, nakon što su već dobili dvoje djece prirodnim putem, odlučili na surogat majku koja im je rodila još dvoje djece. U tom smislu, promišljajući navedene trendove i lakoću kojom se danas, zasad još posredno, keširaju djeca, opravdana su zaključna pitanja: „Hoće li uskoro trudnoća biti rezervirana samo za luzere koji si nisu mogli priuštiti lagodniju i sigurniju opciju?“ i „Jesmo li na pragu vrlog novog vijeka u kojem će se na propulzivnom tržištu života nakon usluge rent-a-maternica ponuditi i još dvije, potencijalno isplativije opcije, rent-a-mama i rent-a-dijete?“.

Neurofiziolog prof. dr. Krešimir Krnjević

Uz čestitku za 92. rođendan

U želji da objasni zbog čega su sve do sredine 20. stoljeća najveće uspjehe u znanosti postizali Hrvati tek u inozemstvu, u uvjetima dijaspore, odabrao je potkraj 1946. Mirko Dražen Grmek (1924. – 2000.) za prvi broj studentskog časopisa "Medicinar" primjer Gjure Baglivija rođenog u Dubrovniku 8. rujna 1668. koji je preseljenjem na zapadnu obalu jadranskog mora promijenio prezime, završio studij medicine i u svom kratkom životu (umro je u Rimu 15. srpnja 1707. godine) izgradio velebnu liječničku karijeru (i kliničara, liječnika dvojice papa, i medicinskoga nastavnika i pisca kojemu su sabrana djela bila objavljena još za njegova života i prevedena na glavne jezike tadašnje Europe (prva knjiga na hrvatskom tek u uvjetima samostalne hrvatske 1997. godine) (Liječ nov 2018;172:82-4, rujan 2018.).

Gotovo istoga nadnevka, ali 259 godina poslije Baglivija, u Zagrebu je, 7. rujna 1927., rođen Krešimir Krnjević, M.D. PhD, danas profesor emeritus na Sveučilištu McGill u Montrealu u Kanadi i jedan od najuglednijih znanstvenika Hrvata u modernom svijetu. Do svoga 90. rođendana objavio je više od 300 članaka u vrhunskim svjetskim časopisima te niz knjiga i poglavlja u knjigama u kojima je dao neprocjenjiv doprinos u različitim područjima neuroznanosti. Svjetsku slavu stekao je već rano, spoznajom uloge kemijske regulacije procesa u mozgu. Pisao je posebice o mehanizmima komuniciranja moždanih stanica (molekulama prijenosnicama na ekscitatornim i inhibitornim sinapsama, ulozi kalcijevih iona Ca++u kontroli podražljivosti živčanih stanica i staničnim mehanizmima preko kojih anestetici, kisik ili manjak šećera utječu na funkcioniranje mozga). U suradnji s Johnom Phillisom otkrio je inhibitorno djelovanje gama-aminobutirične kiseline (GABA) i ekscitacijskog djelovanja glutamata u mozgu sisavaca s važnom ulogom u odlučivanju kako informacija putuje kroz mozak. Također je otkrio da količina kalcija prisutna u živčanim stanicama ima važan utjecaj na to koliko će živčana stanica biti aktivna i da previše kalcija vodi ka smrti stanice. Posebno su važna njegova otkrića prirode kemijskih prijenosnika. Rastumačio je i polagano, ali dugotrajno pobudno djelovanje acetil-kolina (ACh). Pokazao je da je takvo specifično djelovanje ACh-a povezano sa smanjenjem propusnosti nervnih stanica za K ione. Ustanovio je ključnu ulogu staničnih iona kalcija u reguliranju propusnosti membrana za kalij. Zapažen je njegov doprinos razjašnjenju fizioloških procesa u mozgu povezanih s hipoksijom. Prema raščlambi Current Contents-a (1982.) bio je u 1981. među „tisuću najcitiranijih autora", a čak tri njegova članka ocijenjena su „klasicima citiranosti". Procjenjuje se da su njegovi članci citirani više od 15.000 puta pa je time Krešimir Krnjević vjerojatno najcitiraniji hrvatski znanstvenik. U krugu je znanstvenika kojima se obraća Povjerenstvo za dodjelu Nobelove nagrade radi predlaganja novih laureata.

Djetinjstvo i školovanje

Njegov otac Juraj Krnjević (1895. – 1988.) studirao je nakon klasične gimnazije završene u Zagrebu 1914. pravo u Beču i Budimpešti. Godine 1918. bio je tajnik mjesnoga odbora Narodnog vijeća u Ivanić-Gradu. Na čast doktora prava promoviran je, temeljem položenoga rigoroza, 19. ožujka 1919. na zagrebačkom sveučilištu. Pristupio je 1919. Hrvatskoj pučkoj seljačkoj stranci i, među najbližim suradnicima Stjepana Radića, biran na njegovoj listi 1920. za zastupnika u Ustavotvornoj skupštini. Bio je član izaslanstva Hrvatske republikanske seljačke stranke (HRSS-a) u raspravi o ustavnom nacrtu u Zemunu 1920., a 1922., u okviru Hrvatskoga bloka, sudjelovao je u razgovorima s prvacima Demokratske stranke u Beogradu. Postao je 1. srpnja 1923. jedan od tajnika HRSS-a. Za zastupnika u Narodnoj skupštini biran je 1923., 1925.. i 1927. godine. Potkraj travnja 1924. otvorio je odvjetničku pisarnu u Zagrebu, u Gundulićevoj ulici br. 4 (do kavane "Corso"). U siječnju 1925., kada je režim odlučio primijeniti "Obznanu" i na HRSS, bio je uhićen, a aboliran u srpnju iste godine slijedom sporazuma Nikole Pašića i Stjepana Radića. U vladi »narodnoga sporazuma« bio je državnim podtajnikom za socijalnu politiku (1925. – 1927.). Izlaskom HSS-a 1927. iz vladajuće većine i povratkom u oporbu, dr. Krnjević je u Oblasnom odboru Zagrebačke oblasti bio zadužen za socijalnu pomoć. U novom vodstvu HSS-a izabranom 1928., nakon Radićevog ubojstva u Narodnoj skupštini u Beogradu, Krnjević je bio glavni tajnik HSS-a. Stvaranjem Seljačko–Demokratske Koalicije (SDK) bio je od 1928. član njezina poslovnoga odbora.

Nakon uspostave šestosiječanjske diktature kralja Aleksandra, odlukom vodstva HSS-a, Krnjević je sa suprugom napustio zemlju. U emigraciji je najviše boravio u Ženevi, nastojeći kod Društva naroda ishoditi međunarodnu političku potporu u rješavanju hrvatskog pitanja. Djeca (Krešimir u dobi od dvije i pol godine i pet godina starija Biserka)

pridružili su im se, prešavši potajno u Rijeku (tada pod vlašću Italije). Krešimir je osnovnu školu završio u Ženevi na francuskom, dok su u domu razgovarali hrvatski. U Ivanić-gradu je 23. travnja 1936. u 72. godini života umro Mato Krnjević, obrtnik i posjednik, predsjednik mjesne organizacije bivšeg HSS-a u Ivanić-gradu, a dr. Juraj Krnjević nije mogao doći na pokop svoga oca.

Nakon sporazuma Cvetković–Maček (1939.) i uspostave Banovine Hrvatske vratio se dr. Krnjević s obitelji u Zagreb. U svojim uspomenama Krešimir Krnjević opisuje oduševljenje naroda probuđeno političkim uspjesima HSS-a pod Mačekovim vodstvom, ali pamti i strah koji je proživio nakon što je u prosincu 1940. pripadnik ustaškog pokreta bacio bombu na kuću Krnjevićevih u Zagrebu. Razdoblje od jeseni 1939. do proljeća 1941. Krešimir je učenik četvrte realne gimnazije u Zagrebu, što mu je ostalo jedino formalno obrazovanje u Hrvatskoj.

Nakon poraza jugoslavenske vojske u kratkom ratu u travnju 1941., Juraj Krnjević je, u dogovoru s Mačekom, ostao u vladi poražene Kraljevine Jugoslavije. Ponovno je emigrirao, vodeći djecu sa sobom. Zajedno s drugim dužnosnicima putovali su najprije do Sarajeva, zatim preko bosansko-hercegovačkih planina do zrakoplovnog uzletišta pokraj Nikšića u Crnoj Gori. Odatle su bombarderom jugoslavenskog kraljevskog zrakoplovstva prebačeni do britanske zračne baze u sjevernoj Grčkoj. Dalje su putovali grčkim ozemljem do Patrasa i onda u Atenu. Od Pireja preko Krete i Aleksandrije letjeli su do Kaira, a zatim do Port Saida u zoni Sueskog kanala, ponovno u područje pod britanskom kontrolom. Putovanje je završilo u Jeruzalemu jer su članovi jugoslavenske izbjegličke vlade okupljeni u starom samostanu na cesti za Betlehem. Dok je njihov otac s ostalim predstavnicima izbjegličke vlade avionom prebačen u London, Krešimir i Biserka Krnjević su iz Sueza jedrenjakom otplovili u Capetown u Južnoj Africi. Tamo su nastavili školovanje, ali na engleskom jeziku. Završetkom srednjoškolskog obrazovanja krajem 1943. Krešimir je zajedno sa sestrom, koja je završila i prvu godinu studija, otputovao početkom 1944. teretnim brodom preko Freetowna u Siera Leoneu do Liverpoola. Putovalo se, sigurnosti radi, u velikom konvoju branjenom vojnim brodovima pa je putovanje trajalo 6 tjedana, tijekom kojih se Krešimir upoznao s Darwinovim djelom "O porijeklu vrsta".

U Londonu su se ponovno susreli s ocem, glavnim predstavnikom HSS-a u inozemstvu te ministrom i potpredsjednikom u vladama Kraljevine Jugoslavije u emigraciji od travnja 1941. do sredine 1944. nastojeći dobiti jamstva za obnovu statusa Banovine Hrvatske nakon rata.

Uz očevo razumijevanje i potporu želio je 16-godišnji Krešimir upisati studij inženjerstva na Cambridgeu, no nije mu to pošlo za rukom jer u dotadašnjem njegovom kurikulu nije bilo latinskog jezika, što se zahtijevalo za upis na prestižni Cambridge. Inženjerstvo je bila njegova želja od ranog dječaštva, a zanimali su ga i psihologija, arhitektura te medicina. Ne želeći čekati još jednu godinu, odabrao je studij medicine u Edinburgu, gdje prijašnje učenje latinskog jezika nije bilo uvjet upisa. Tijekom ljeta dodatno je instruiran u kemiji i fizici te je ujesen uspješno položio prve ispite i u listopadu 1944. započeo studij medicine. Možda je na njegov izbor medicine moglo utjecati i to što je mlađi brat njegova oca Cvjetko Krnjević (1901. – 1987.) bio liječnik. On je gimnaziju završio u Zagrebu 1920. i započeo studij medicine u Beču. Nakon dva semestra nastavio je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu i promoviran je 30. lipnja 1926. Praksu općinskog liječnika započeo je u Pakracu, a nastavio do kraja života u rodnom Ivaniću. Njegova dva sina i unuk završili su studij medicine u Zagrebu.

Juraj Krnjević je nakon završetka II. svjetskog rata ostao u inozemstvu. U suradnji s Vlatkom Mačekom koji je napustio zemlju, premda se nije kompromitirao suradnjom s okupatorom, jer je ocjenjivao da u poslijeratnoj Jugoslaviji pod Titovim vodstvom neće biti moguć rad HSS-a. Nastojali su održati rad stranke u inozemstvu te organizirati ogranke HSS-a po svijetu. Nakon Mačekove smrti Juraj Krnjević je izabran za predsjednika HSS-a i tu je funkciju obnašao do kraja života.

Dr JURAJ KRNJEVIĆ
(prigodom dolaska iz emigracije u Zagreb sa kćerkom Biserkom i sinom Krešimirom)

Znanstvena karijera

Na Sveučilištu u Edinburgu postigao je Krešimir Krnjević bakalaureat medicine i kirurgije (1949.) te nakon obranjene disertacije bakalaureat znanosti u području fiziologije (1951.). Unatoč naklonosti prema radu s bolesnim ljudima koju je osjećao tijekom studija, posvetio se znanstvenom radu jer je tako mogao izbjeći ovisnost o hijerarhijskim odnosima i ukočeno ozračje u bolnicama.

Posvetio se studiju moždanih procesa s mladenačkim zanosom i željom da napredak u neurofiziologiji omogući premoštenje između fiziologije i psihologije. Njegovo zanimanje za inženjerstvo, tehnologiju i precizna kvantitativna mjerenja pomogla su mu u neurobiološkim istraživanjima. Doktorirao je u području neurofiziologije 1953. godine u Edinburgu. Time se kvalificirao za Goodsir Memorial Bursary. Prvi znanstveni članak objavio je 1954. u časopisu „Journal of Physiology". No već 1952. njegovo se ime pojavilo u tom časopisu kao autora sažetka referata pod naslovom „The perfusion of the frog sciatic nerve with elektrolyte solution". Od 1952. do 1954. primao je Beit Memorial Fellowship, jednu od najprestižnijih stipendija za mlade istraživače u Velikoj Britaniji, što mu je omogućilo novčanu neovisost i odlazak na poslijedoktorsko usavršavanje u University of Washington, Seattle, SAD, u kojem je bio postdoktorand i izvanredni profesor od rujna 1954. do 1956. Po pozivu John C. Ecclesa (1903. – 1997.), dominantne osobe u neurofiziologiji toga doba (Nobelova nagrada za fiziologiju ili medicinu 1963.), došao je Krnjević u njegov institut na Sveučilištu u Canberri, Australija. Nakon dvije godine plodne suradnje Krnjević je prihvatio poziv neurofarmakologa John Gadduma (1900. – 1965.) i 1959. nastavio svoja istraživanja u Babraham Institutu u Cambridgeu, Velika Britanija. Nakon više desetljeća u statusu „raseljene osobe" dobio je Krnjević 1964. britansko državljanstvo. Premda je 1964. unapređen u Senior Principal Scientific Officer u Institutu Babraham, prihvatio je poziv Benedicta Delisle Burnsa (1915. – 2001.) i od rujna 1964. bio je gost-profesor u Odjelu za fiziologiju Sveučilišta McGill u Montrealu, u Kanadi. Godinu dana poslije postao je ravnatelj istraživanja u Odjelu za anesteziju toga sveučilišta i zadržao se od 1965. do umirovljenja 1999. godine. Od 1972. do 1978. Krnjević je bio glavni urednik „Canadian Journal of Physiology and Pharmacology" te član uredništva u više drugih časopisa. Od 1975. je član Kanadskog kraljevskog društva u kojem su dvije tisuće istaknutih kanadskih intelektualaca, umjetnika i znanstvenika izabranih za najbolje u njihovim područjima po ocjeni njihovih kolega. U razdoblju od 1978. do 2001. bio je profesor fiziologije te (od 1978. do 1987.) pročelnik Katedre za fiziologiju na McGill Sveučilištu nazvane po Joseph Morley Drake-u (1828. – 1886.) profesoru fiziologije na McGillu od 1872. – 1874. čiji su potomci poklonom od 25.000 dolara utemeljili 1897. zakladu. Predsjedao je Kanadskim fiziološkim društvom (1979.) te bio član Vijeća Međunarodne unije fizioloških društava (IUPS) (1983. – 1993.). Primio je brojne nagrade i priznanja kao što su Međunarodna nagrada fondacije Gairdner (1984.) te Orden reda Kanade (1987.), drugo po veličini odlikovanje u Kanadi, za životno postignuće. Dobio je priznanje Kanadskog udruženja za neuroznanost (1989.) te udruze za elektroencefalografiju (1998). Bio je šesti po redu znanstvenik kojemu je (1997.) vlada pokrajine Québec dodijelila nagradu Wilder-Penfield (nazvanu po američko-kanadskom neurokirurgu). Od 2001. je profesor emeritus na McGill sveučilištu, nastavlja istraživati, planirati pokuse i tumačiti njihove rezultate, pisati članke i obrazloženja istraživačkih projekata, a u nastavi se zadržao jedino u nadzoru studentskih vježbi mjerenja brzine provodljivosti žabljeg ishijadičnog živca. Od 2015. član je sekcije Fiziologija i neuroznanost za istraživačko područje Funkcioniranje mozga u Academia Europea. Nastavio je svojim djelovanjem recenzenta znanstvenih časopisa, među kojima su "Cerebral Cortex" i "Proceedings of National Academy of Sciences of USA". Odjel za anesteziologiju Sveučilišta McGill je nagradu namijenjenu specijalizantima anesteziologije za istraživačke rezultate nazvao po Krešimiru Krnjeviću (ove se 2019. godine dodjeljuje petnaesti put). Časopis "Critical Reviews in Neurobiology" je 2006. posvetio je Krnjeviću "Spomenicu" pod naslovom "Kratki prikaz pustolovnog putovanja u neuroznanostima". Odlikovan je (2012.) medaljom u prigodi dijamantnog jubileja kraljice Elizabete II, koja je i suveren Kanade.

Veze s Hrvatskom

U Krnjevićevom je laboratoriju na McGill sveučilištu tijekom proteklih pola stoljeća radio niz mladih hrvatskih znanstvenika koji su došli iz Instituta Ruđer Bošković. Izabran je 1983. za počasnoga člana Hrvatskog farmakološkog društva sa sjedištem u Zagrebu. Od 1990. bio je počasni predsjednik Alme Matris Croaticae Alumni, Québec u Kanadi, a od 1991. bio je počasni predsjednik i član Savjeta Hrvatskog instituta za istraživanje mozga u Zagrebu. Od 1992. do 1998. bio je predsjednik Hrvatske međunarodne inicijative (tridesetak istaknutih ljudi u hrvatskoj dijaspori okupljenih u cilju promoviranja demokratskih institucija u Hrvatskoj). Postao je 18. lipnja 1992. dopisni član Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti u razredu prirodnih znanosti. Član je Savjeta časopisa "Croatian Medical Journal" u Zagrebu. Predavao je na Međunarodnoj školi biofizike u Interuniverzitetskom centru u Dubrovniku. Hrvatsko prirodoslovno društvo odlikovalo ga je 2001. svojim najvećim priznanjem, Medaljom Spiridona Brusine. Nastavlja razmišljati o neuroznanosti, psihologiji, glazbi, slikarstvu, književnosti i – Hrvatskoj, temama koje su ga zanimale čitavog života.

Bilo bi lijepo kad bi, u godini obilježavanja 350. obljetnice Sveučilišta u Zagrebu, Krešimir Krnjević bio odlikovan počasnim doktoratom. Njemu na radost, a zagrebačkom sveučilištu na ponos.

IVICA VUČAK
ivica.vucak@gmail.com

Abbott

NUTRITION

PROSURE®
Snaga za život.

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

HRANA ZA POSEBNE MEDICINSKE POTREBE
ZA DIJETALNU PREHRANU BOLESNIKA S TUMORSKOM KAHEKSIJOM

OKUS **ČOKOLADE** | OKUS **VANILIJE** | OKUS **BOBIČASTOG VOĆA** | OKUS **KAVE** | OKUS **BANANE**

Dostupan u širokoj paleti od 5 okusa za još bolju suradljivost bolesnika[1,2]

2x DAN 3 mjeseca ili po preporuci liječnika

Osnovna lista lijekova HZZO-a*

Literatura: 1. Tian M., et al. Abstract presented et ESPEN 2015. 2. Data on file, Abbott Nutrition Products Division, Abbott Laboratories 2015

*Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE
PRO-SA-02-19/HR , veljača 2019.

Abbott Laboratories d.o.o.
Koranska 2 | 10000 Zagreb | t. 01 23 50 510

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 Medécins 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".

RUJAN

Obstructive Sleep Apnea
KB Sveti Duh
Zagreb, 13.09.2019.
Boris Filipović, mob.: 091/4707-701,
e-mail: boris.filipovic@hotmail.com
1.500,00 kn

Verzenios – nova terapija za HR+/HER2 – uznapredovali rak dojke
Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 13.09.2019.
Mario Dvorski, tel.: 01/2350-099,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Edukacija s predavanjima i radionicama o kroničnim ranama
Hrvatska udruga za rane
Sisak, 13.09.2019.
Dunja Hudoletnjak, mob.: 095/3777-175,
e-mail: dhudolet@kbsd.hr

Četvrti splitski kardiološki dir
Udruga za prevenciju bolesti srca i krvnih žila Splitski kardiološki dir
Split, 13.-14.09.2019.
Spektar putovanja d.o.o., Stjepan Zovko,
mob.: 098/9829-961,
e-mail: stjepan.zovko@spekatar-holidays.hr
600,00 kn

Mylan - Vaš partner u gastroenterologiji bez granica
Mylan Hrvatska d.o.o.
Trakošćan, 13.-14.09.2019.
Contres, Maja Orsag, mob.: 091/3330-734,
e-mail: maja@contres.hr

Prva pomoć u neurbanim i teško pristupačnim područjima
Hrvatska gorska služba spašavanja
Paklenica, 13.-15.09.2019.
Dr. Tino Klancir, mob.: 091/9475-394,
e-mail: tino.klanicir@hgss.hr

Odabrane teme iz fizikalne medicine i rehabilitacije
Naftalan, spec.bolnica za medicinsku rehabilitaciju
Ivanić Grad, 13.-15.09.2019.
Goran Maričić, dr.med., tel.: 01/2834-503,
e-mail: naftalan@naftalan.hr
1.250,00 kn + PDV

Najučestaliji funkcijski poremećaji probavnog sustava u Hrvatskoj
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Vinkovci, 14.09.2019.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jdvnjak@hgd.hr

Tečaj kardiopulmonalne reanimacije i hitnih stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
DZ Osijek
Osijek, 14.-21.09.2019.
Livija Sušić, mob.: 098/9621-078,
e-mail: livija.susic@gmail.com

Radiološki prikaz infektivnih bolesti kralježnice
HLZ, HD radiologa
Split, 16.09.2019.
Dr. Ana Marinović, tel.: 021/556-243,
e-mail: marinovicana27@gmail.com

Upotreba naprednih simulatora za edukaciju u ginekologiji
KB Merkur, Klinika za ženske bolesti i porode
Zagreb, 16.09.2019.
dr.sc. Damir Hodžić, prim.dr.med,
mob.: 091/5121-335, e-mail: dhodzic2003@yahoo.com

Radionica vestibularne rehabilitacije
Mylan Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 16.09.2019.
Domagoj Bošnjak, mob.: 099/231-990,
e-mail: domagoj.bosnjak@mylan.com

Cerebralno oštećenje vida (CVI) Identifikacija, procjena i strategije intervencije kod djece s cerebralnim oštećenjem vida
Dnevni centar za rehabilitaciju „Mali dom – Zagreb"
Zagreb, 16.-17.09.2019.
Darja Roberta Mić, tel.: 01/3746-500,
e-mail: roberta@malidom.hr
Do 1. svibnja 2019. – 1.500,00 kn, do 1. srpnja 2019. – 1.700,00 kn

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka
Kuća zdravlja d.o.o.
Zagreb, 16.-20.09.2019.
Gordana Miličić, dr.med., mob.: 091/4600-108,
e-mail: bulat@kuca-zdravlja.com
5.000,00 kn

UZV štitnjače
Zavod za endokrinologiju i dijabetes, Klinika za unutarnje bolesti, KBC Zagreb
Zagreb, 16.09.-14.10.2019.
Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581,
e-mail: suncana.zgaga@kbc-zagreb.hr
8.000,00 kn

Sepsa u izvanbolničkim uvjetima
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Zagreb, Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Cres, Ozalj, Duga Resa – 17.09.2019.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: jagoda.madunic@hztm.hr

213. Gerontološka tribina
NZJZ "Dr. Andrija Štampar", Služba za javnozdravstvenu gerontologiju-Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba
Zagreb, 17.09.2019.
Dalma Sajko, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164

Ljutnja prema bihevioralno-kognitivnom modelu
ZJZ Brodsko-posavske županije, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje
Slavonski Brod, 17.09.2019.
Ivana Zovak, mag.psych., tel.: 035/363-308,
e-mail: ovisnosti@zzjzbpz.hr

Godišnji sastanak HDED HLZ, Primošten
Hrvatsko društvo za endokrinologiju i dijabetologiju HLZ-2
Primošten, 18.-20.10.2019.
Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581,
e-mail: suncana.zgaga@kbc-zagreb.hr

Sepsa u izvanbolničkim uvjetima
Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Hvar, Vis, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, Slunj, Vojnić – 19.09.2019.
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086,
e-mail: jagoda.madunic@hztm.hr

XXIX. Znanstveni sastanak bolesti dojke
Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC sestre milosrdnice
Zagreb, 19.09.2019.
Prim. dr. sc. Nina Dabelić, tel.: 01/3787-421,
e-mail: nina.dabelic@kbcsm.hr
300,00 kn

Zaustavimo bol zajedno
Krka farma d.o.o. Zagreb
Osijek, 19.09.2019.
Ema Kuliš, mob.: 099/2551-515,
e-mail: ema.kulis@krka.biz

2. hrvatski kongres psihosomatske medicine i psihoterapije s med.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

Ultrazvuk štitnjače i površinskih struktura glave i vrata
HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, 19.09.-15.11.2019.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154,
e-mail: info@senologija.com, edukacija@drinkovic.hr
6.500,00 kn

Vrtoglavica – multisenzorički pristup
Poliklinika SUVAG, HDORL Sekcija za otologiju i neurootlogiju
Zagreb, 20.09.2019.
Tereza Cvjetko, Sanja Vlahović,
mob.: 098/1805-346,
e-mail: tcvjetko@suvag.hr

Radionica vestibularne rehabilitacije
Mylan Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 20.09.2019.
Domagoj Bošnjak, mob.: 099/231-990,
e-mail: domagoj.bosnjak@mylan.com

Up to date in IBD 2019.
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Split, 20.-21.09.2019.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr

The 2019 Croatian Society of Clinical Cytology and American Society of Cytopathology Joint; Cytopathology Workshop
Hrvatsko društvo za kliničku citologiju HLZ-a
Rijeka, 20.-21.09.2019.
Prim.dr.sc. Snježana Štemberger-Papić, dr.med.,
tel.: 051/658-206,
e-mail: snjezana. stemberger@ri.t-com.hr
Do 01.09. - 750,00 kn, od 02.09. - 975,00 kn

12. međunarodni kongres o hemodinamskom praćenju
HLZ, HD za intenzivnu medicinu
Zagreb, 20.-21.09.2019.
Sandra Milanović, mob.: 091/5809-941,
e-mail: smilanovic@kbd.hr
1.200,00 specijalisti, specijalizanti bez plaćanja kotizacije

Belupov internistički skup – BIS
Belupo d.d.
Osijek, 20.-22.09.2019.
Nikola Katana, mob.: 099/4938-812,
e-mail: nikola.katana@belupo.hr

Konstipacija u teoriji i praksi, od obiteljskog liječnika i gastroenterologa do kirurga
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 21.09.2019.
Doc. Rosana Troskot, mob.: 091/3213-993,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr
500,00 kn

„Cjeloviti pristup liječenju pacijenta s kardiovaskularnim oboljenjima"
Sandoz d.o.o.
Virovitica, 21.09.2019.
Marin Kokeza, tel.: 01/2353-111,
e-mail: marin.kokeza@sandoz.com

Rani simptomi, dijagnostika i liječenje Alzheimerove bolesti
Hrvatska udruga ugovornih ordinacija (HUUGO)
Pula, 24.09.2019.
Sanja Klajić Grotić, dr. med.
e-mail: sanja.klajicgrotic@gmail.com

Šest godina Multidisciplinunarnog tima za kroničnu bolest presatka protiv primatelja u KBC Zagreb
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 25.09.2019.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

Radionica vestibularne rehabilitacije
Mylan Hrvatska d.o.o.
Osijek, 25.09.2019.
Domagoj Bošnjak, mob.: 099/231-990,
e-mail: domagoj.bosnjak@mylan.com

9. hrvatski kongres farmakologije s međ.sud.
HD farmakologa (HDF), MEF Sveučilišta u Zagrebu, Agencija za lijekove i medicinske proizvode RH
Zagreb, 25.-28.09.2019.
Doc.dr.sc. Dubravka Švob Štrac, viša znans.suradnica,
mob.: 091/5392-637, e-mail: dsvob@irb.hr
HDF - rana 1.100,00 kn;
kasna 1.300,00 kn;
Ostali – rana - 1.400,00 kn;
kasna 1.600,00 kn;
studenti - 400,00 kn;
jednodnevna – 600,00 kn;
jednodnevna – studenti 200,00 kn,
pratnja rana 450,00 kn;
kasna 500,00 kn

XIX. Simpozij "Ortopedska pomagala 2019"
Društvo za proteziku i ortotiku - ISPO Croatia
Poreč, 26.-28.09.2019.
Spektar putovanja d.o.o., Petra Miškulin-Štefek,
mob.: 099/4768-943, email: petra@spektar-holidays.hr
Kotizacija do 01.07.2019 ISPO Članovi - 1.400,00 kn
Ostali - 1.800,00 kn;
Kotizacija poslije 01.07.2019 ISPO Članovi - 1.600,00 kn
Ostali - 2.000,00 kn;
Jednodnevna kotizacija - 1.000,00 kn

PIN 2019 (Psihijatrija, Interna, Neurologija za liječnike obiteljske medicine 2019)
Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan, KB Dubrava, Neuronet – udruga za istraživanje neuroloških bolesti i pomoći neurološkim bolesnicima, Udruga PIN
Šibenik, 26.-29.09.2019.
Btravel d.o.o., Iva Šimunić, tel.: 01/6666-855,
mob.: 091/3330-733, fax.: 01/666-851,
e-mail: iva.simunic@btravel.pro,
web: http://www.pinhr.org/
1.600,00 kn

Tečaj fetalne ehokardiografije
HD za perinatalnu medicinu
Vodice, 26.-29.09.2019.
Ivan Zmijanović, mob.: 091/2096-372,
e-mail: izmijan@gmail.com
3.000,00 kn

Konferencija Dnevni programi oporavka
Psihijatrijska bolnica Popovača
Popovača, 27.09.2019.
Dragan Puljić, mob.: 098/2366-628,
e-mail: drpuljic@gmail.com

Advanced Paediatric Life Support
Hrvatsko pedijatrijsko društvo, HLZ
Split, 27.-29.09.2019.
Prof. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590,
e-mail: julije.mestrovic@gmail.com
2.400,00 kn

Poslijediplomski tečaj I kategorije usavršavanja liječnika iz medicine ronjenja
HD za pomorsku, podvodnu i hiperbaričnu medicinu
Split, 27.-29.09.2019.
Dr. Pavle Jovović, mob.: 091/8989-087, fax.: 021/381-755,
e-mail: pepejovovic51@gmail.com
Uplate do 31.08.2019. – 2.150,00 kn,
specijalizanti – 1.750,0kn;
Uplate od 01.09.2019. – 2.500,00 kn,
specijalizanti – 2.000,00 kn

Osnove gastroenterološke endoskopije
Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 28.09.2019.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398,
e-mail: jduvnjak@hgd.hr

Xarelto® na špici
Bayer d.o.o.
Zagreb, 28.09.2019.
Josipa Gulan, mob.: 099/3058-476,
e-mail: josipa.gulan@bayer.com

Prolazi li isključivo ljubav kroz želudac?
Sandoz d.o.o.
Osijek, 28.09.2019.
Ivana Šimunović, tel.: 01/2353-111,
e-mail: ivana.simunovic@sandoz.com

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture
HLZ, HD za akupunkturu
Zagreb, 28.09.2019. – 06.09.2020.
Maja Mustač, dr.med., mob.: 091/4748-492,
e-mail: info@akupunktura.hr
18.500,00 kn

1. Neuroonkološki međunarodni tečaj
Hrvatsko neurološko društvo, HLZ
Dubrovnik, 29.09.-01.10.2019.
Dinah Vodanović, mob.: 091/2520-458,
e-mail: dinahvodanovic@gmail.com
350,00/450,00 EUR (ovisno o kategoriji)

Perkutana irigacija pod kontrolom UZV-a kod kalcificirajućeg tendinitisa ramena
Sekcija za muskuloskeletnu radiologiju Hrvatskog društva radiologa Hrvatskog liječničkog zbora; Hrvatska liječnička komora;Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Zagreb
Zagreb, 30.09.2019.
Dr. Mislav Čavka, mob.: 098/446-729,
e-mail: mislav.cavka@yahoo.com

Temeljne vještine edukatora u biomedicini i zdravstvu, te interdisciplinarnim područjima znanosti
MEF Sveučilišta u Osijeku, Fakultet za Dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek
Osijek, 30.09.-04.10.2019.
Martina Smolić, Tea Omanović Kolarić, mob.: 091/2241-484,
e-mail: msmolic@mefos.hr
Kotizacija iznosi 1.200,00 kuna; 900,00 kuna za zaposlenike nastavnih baza te 600.00 kuna za zaposlenike MEF Sveučilišta u Osijeku i Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek

LISTOPAD

Banka humanog mlijeka
Hrvatska udruga grupa za potporu dojenju, Gradski ured za zdravstvo Grada Zagreba i UNICEF RH
Zagreb, 01.10.2019.
Dinka Barić, mob.: 091/9594-659,
e-mail: dinka.baric@gmail.com

Dijagnosticiranje i liječenje bolesti nokta u ambulanti obiteljske medicine
Thalassotherapia Opatija
Opatija, 01.10.2019.
Tea Rosović, tel.: 051/202-696, e-mail: dermatecaj@tto.hr
350,00 kn

Mjere prisile – različiti aspekti
KBC Rijeka, Klinika za psihijatriju
Rijeka, 02.10.2019.
Tina Šubat Lazinica, tel.: 051/333-323,
e-mail: psihijatrija@kbc-rijeka.hr
500,00 kn

Gerontološka tribina: Starenje mozga i demencije
NZJZ Splitsko-dalmatinske županije
Split, 02.10.2019.
Inga Vučica, dr. med., spec. javnog zdravstva,
mob.: 091/512-044, e-mail: inga.vucica@gmail.com

Biostatika za nestatičare: Osnove epidemioloških i statističkih metoda: Modul I – Kvantitativna i kvalitativna istraživanja u medicini
HZJZ
Zagreb, 03.10.2019.
Jelena Dimnjaković, dr.med., mob.: 098/1671-454,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
312,50 kn

6th International Monothematic Conference on Viral Hepatitis C (IMC-HCV-2019)
Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek
Osijek, 03.-05.10.2019.
Martina Smolić, mob.: 091/2241-484,
e-mail: martina.smolic@mefos.hr

Hrvatska neurološka akademija 2019
Zavod za neurologiju KB Dubrava, Klinika za neurologiju KBC Zagreb
Šibenik, 03.-06.10.2019.
Btravel d.o.o., Iva Šimunić, tel.: 01/6666-855, mob.:
091/3330-733, fax.: 01/666-851,
e-mail: iva.simunic@btravel.pro,
web: http://www.pinhr.org/

VI. kongres sudskih vještaka i procjenitelja
HD sudskih vještaka i procjenitelja
Zagreb, 04.-05.10.2019.
Zdenka Kvačica Restek, mob.: 098/446-223,
e-mail: info@sudski-vjestaci.hr
500,00 kn

Kongres dječjeg zdravlja s međ.sud.
HD za preventivnu i socijalnu pedijatriju HLZ
Plitvice, 04.-06.10.2019.
Dr. Đurđa Španović, mob.: 091/7910-224,
e-mail: djurdja.spanovic@gmail.com
www.pedijatrija.org
1.200,00 kn

Konferencija o palijativnoj skrbi: Izvrsnost u palijativnoj skrbi; Exellent in paliative care
Istarski domovi zdravlja Pula
Poreč, 04.-06.10.2019.
Anamarija Kvasnica Percan, mob.: 098/213-737,
e-mail: daniel.ferlin@idz.hr
1.300,00 kn

XXXVII Saltykow memorial meeting
MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju
Zagreb, 05.10.2019.
Marija Milković Periša, mob.: 091/5110-264,
e-mail: mmperisa@gmail.com

7. hrvatski kongres medicine rada s međ.sud.
HD za medicinu rada HLZ-a
Pula, 09.-13.10.2019.
Dr. Jelena Macan, tel.: 01/4682-600,
e-mail: jmacan@imi.hr

Potkoljeničkni vrijedovi – umjetnost i znanost liječenja
Hrvatska udruga za rane
Trogir, 10.-11.10.2019.
Dunja Hudoletnjak, mob.: 095/3777-175,
e-mail: dhudolet@kbsd.hr
1.000,00; 1.100,00 kn

122. Kongres poslodavaca u zdravstvu Hrvatske
Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske
Opatija, 10.-11.10.2019.
Ivan-Kristijan Baričević, mob.: 095/8552-878,
e-mail: ivan.kristijan.baricevic@upuz.hr
1.750,00 kn

8. Međunarodni kongres Hrvatskoga društva za dentalnu implantologiju HLZ
HD za dentalnu implantologiju HLZ
Split, 10.-12.10.2019.
Prof.dr.sc. Darko Macan, mob.: 091/4664-075,
e-mail: darkom@kbd.hr
1.700,00 kn

6. hrvatska transplantacijska škola
HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Lopud, 10.-13.10.2019.
Contres projekti d.o.o., Maja Orsag, tel.: 01/4821-193,
e-mail: maja@contres.hr
2.250,00 kn specijalisti, 1.500,00, predstavnici farmaceutskih tvrtki; 1.125,00 specijalizanti koji nisu planovi HDNDT

Tuberkuloza – preventivne mjere, pregled rada laboratorija za dijagnostiku tuberkuloze, te statistički prikaz
ZJZ Istarske županije
Pula, 11.10.2019.
Nada Barišić, mob.: 098/1634-677,
e-mail: nada.barisic@zzjziz.hr

2019 Annual Meeting of the Croatian Immunological Society
Hrvatsko imunološko društvo
Rovinj, 11.-12.10.2019.
Inga Kvazović, tel.: 051/651-239, e-mail:
imunoloskodruštvoHR@gmail.com
Rana prijava, do 09.09.2019. – Članovi s doktoratom 450,00 kn;
članovi bez doktorata 250,00 kn;
Kasna prijava, od 09.09.2019. - Članovi s/bez doktorata 650,00 kn; umirovljenici su oslobođeni kotizacija

14. simpozij sekcije za kataraktu i refraktivnu kirurgiju
Sekcija za kataraktu i refraktivnu kirurgiju hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva
Zadar, 11.-12.10.2019.
Ivanka Petric Vicković, mob.: 098/235-257,
e-mail: info@btmglobal.hr

Međunarodni kongres estetske medicine (The Aesthetic Medicine Congress, TAMC 2019)
Poliklinika Milojević i British College of Aesthetic Medicine
Dubrovnik, 11.-13.10.2019.
Nikola Milojević, dr.med., tel.: 01/4854-441,
e-mail: info@milojevic.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

XXXIII perinatalni dani „Ante Dražančić"
HD za perinatalnu medicinu HLZ
Osijek, 11.-13.10.2019.
Doc.dr.sc. A. Muller, dr.med., tel.: 031/512-302,
e-mail: siladjev-ozuska.renata@kbco.hr;
Spektar putovanja d.o.o., PCO agency, Marina Štefanac,
tel.: 01/4862-611,
e-mail: marina.stefanac@spektar-holidays.hr
Članovi HDPM 1.300,00 kn; ostali 1.400,00 kn;
specijalizanti 700,00 kn; med.sestre/tehničari 700,00 kn

9. transfuzijski dani – Dijagnostika, prevencija i liječenje hemolitičke bolesti novorođenčeta
HD za transfuzijsku medicinu
Vukovar, 11.-13.10.2019.
Ksenija Žunić, mob.: 091/2015-928,
e-mail: ksenija.zunic@penta-zagreb.hr;
tajnica HDTM dr.sc. Ana Hećimović, spec.trans.med.,
tel.: 01/4600-334, e-mail: ana.hecimovic@hztm.hr
1.500,00 kn

Timsko zbrinjavanje skolioze
Poliklinika Otos-Vita, zdravstvena ustanova za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju
Osijek, 12.10.2019.
Tomić Ines, tel.: 031/252-010, e-mail: ines.tomic@otos.hr

Mehanička respiracijska potpora, s međ.sud.
HLZ, HD za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu
Dubrovnik, 14.-18.10.2019.
Jadranka Radnić Salijevski, mob.: 091/5097-154,
e-mail: jradnic@kbc-zagreb.hr
1.200,00

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka
Kuća zdravlja d.o.o.
Zagreb, 14.-18.10.2019.
Gordana Miličić, dr.med., mob.: 091/4600-108,
e-mail: bulat@kuca-zdravlja.com
5.000,00 kn

ATAAC 2019 – Konferencija o naprednoj tehnologiji za djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom
E-Glas d.o.o.
Zagreb, 15.-17.10.2019.
Lidija Ilićić, mob.: 091/6051-218,
e-mail: lidija.ilicic@eglas.hr
500,00 kn

Biološki i medicinski aspekti degenerativnih promjena intervertebralnog diska
Hrvatsko vertebrološko društvo HLZ-a
Zagreb, 16.10.2019.
Veronika Jurić, mob.: 0987/594-281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr,
web: https://www.hvdsimp-2019.com
100,00 kn za članove, 300,00 kn za ostale

Biološki i medicinski aspekti degenerativnih promjena intervertebralnog diska
Hrvatsko vertebrološko društvo HLZ-a
Zagrad, 16.10.2019.
Moment events d.o.o., Veronika Jurić,
mob.: 098/594-281,
e-mail: veronika.juric@moment.hr
100,00/300,00 kn

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
BTravel d.o.o. Zagreb, Goran Grbić, mob.: 099/4926-279,
e-mail: goran.grbic@btravel.pro
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

Biostatika za nestatičare: Osnove epidemioloških i statističkih metoda: Modul II – Interpretacija rezultata istraživanja
HZJZ
Zagreb, 17.10.2019.
Jelena Dimnjaković, dr.med., mob.: 098/1671-454,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
312,50 kn

Ultrazvuk u Jedinici intenzivnog liječenja
Udruga „Tomislav Halapir" za kontinuiranu edukaciju, profesionalni razvoj i usavršavanje na području anesteziologije, reanimatologije, intenzivnog liječenja i liječenja boli u Republici Hrvatskoj
Zagreb, 17.-19.10.2019.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428,
e-mail: jobrst@gmail.com
2.000,00 kn

Novosti u dijagnostici i liječenju epilepsije u žena – poslijediplomski tečaj
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 18.10.2019.
Prof.dr.sc. Željka Petelin Gadže; prof.dr.sc. Vesna Elveđi Gašparović, tel.: 01/2388-344; 01/4604-728,
e-mail: zpetelin@mef.hr
300,00

Radionica o samoozljeđivanju
Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba
Zagreb, 18.10.2019.
Ana Marija Španić, mag.psych., mob.: 098/9401-967,
e-mail: anamarija.spanic@poliklinika-djeca.hr

I. kongres medicine i prava i XII. kongres pravnika u zdravstvu s međ.sud.
Hrvatska udruga za medicinsko pravo; Certitudo Partner d.o.o., Udruga pravnika u zdravstvu
Varaždin, 18.-20.10.2019.
Petra Mačukatin, mob.: 091/1556-644,
e-mail: petra@certitour.com
HUMP I UPZH - 1100,00 kn; HUP - 1200,00 kn;
nečlanovi - 1400,00 kn

Hallux valgus
SB Akromion
Zagreb, 19.10.2019.
Elvira Gospočić Pavetić, mob.: 095/2587-489,
e-mail: elvira.gospocic@akromion.hr

Znanjem do zdravlja – Zadar 2019.
Hrvatska udruga leukemija i limfomi (HULL)
Zadar, 19.10.2019.
Igor Blaslov, mob.: 098/338-687,
e-mail: igorblaslov@gmail.com

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraći naziv: DDD Trajna edukacija)
Korunić d.o.o. Zagreb
Zagreb, 20.10.-20.11.2019.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341, mob.: 098/261-432,
e-mail: info@korunic.hr
560,00 kn

CT i MR u dijagnostici temporalne kosti
HLZ, HD radiologa
Split, 21.10.2019.
Dr. Ana Marinović, tel.: 021/556-243,
e-mail: marinovicana27@gmail.com

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka
Kuća zdravlja d.o.o.
Zagreb, 21.-25.10.2019.
Gordana Miličić, dr.med., mob.: 091/4600-108,
e-mail: bulat@kuca-zdravlja.com
5.000,00 kn

Neurology Forum 2019
Bečići, Crna Gora – 22.-26.10.2019.
Btravel d.o.o., Iva Šimunić, tel.: 01/6666-855,
mob.: 091/3330-733, fax.: 01/666-851,
e-mail: iva.simunic@btravel.pro,
web: http://www.pinhr.org/

Zdravlje i stres-Anti stres kamp
Udruga Promjena udruga za promicanje zdravlja i zdravog načina života
Zagreb, 22.-27.10.2019.
Dr. Ljiljana Lulić Karapetrić, mob.: 098/301-812,
e-mail: ljiljana.lulic.karapetric@gmail.com
1.000,00 kn

Edukacija iz Logoterapije
Hrvatska logoterapijska udruga – LOGOS
23.10.2019.
Cvijeta Pahljina, dr.med., spec.psihijatrica, logoterapeutica;
e-mail: cvijeta.pahljina@gmail.com, mob.: 095/8953-283
300,00 kn

Biostatika za nestatičare: Osnove epidemioloških i statističkih metoda: Modul III – Izbor statističkog testa
HZJZ
Zagreb, 24.10.2019.
Jelena Dimnjaković, dr.med., mob.: 098/1671-454,
e-mail: jelena.dimnjakovic@hzjz.hr
312,50 kn

11. kongres Hrvatskog društva za internističku onkologiju HLZ-a i 13. radni sastanak Sekcije za onkološko ljekarništvo Hrvatskog farmaceutskog društva
HD za internističku onkologiju HLZ-a, Sekcija za onkološko ljekarništvo Hrvatskog farmaceutskog društva, European Society of Oncology Pharmacy (ESOP)
Šibenik, 24.-27.10.2019.
Prof.dr.sc. Stjepko Pleština, dr.med., doc.dr.sc. Natalija Dedić Plavetić, prim.dr.med.:
e-mail: hdio@internistickaonkologija.hr; Penta d.o.o.,
Ksenija Žunić, tel.: 01/4553-290, mob.: 091/2015-928,
e-mail: ksenija.zunic@penta-zagreb.hr
http://penta-pco.com/hdio/
Za uplate do 30.06.2019.: liječnici specijalisti i magistri farmacije – 1.500,00 kn; specijalizanti i medicinske sestre – 1.000,00 kn; dnevna – 800,00 kn; osobe u pratnji – 1.000,00 kn; predkongresne radionice – 600,00 kn
Za uplate od 01.07.2019.: liječnici specijalisti i magistri farmacije – 2.000,00 kn; specijalizanti i medicinske sestre – 1.200,00 kn; dnevna – 1.000,00 kn; osobe u pratnji – 1.200,00 kn; predkongresne radionice – 600,00 kn

CROCMID 2019 (12. hrvatski kongres kliničke mikrobiologije i 9. hrvatski kongres o infektivnim bolestima) s međ.sud.
HD za infektivne bolesti i HD za kliničku mikrobiologiju HLZ-a
Split, 24.-27.10.2019. god.
Jasminka Blaha, mail: jblaha@bfm.hr; Bizz travel,
e-mail: goran@bizztravel.biz
1.875,00 kn specijalisti;
1.500,00 kn specijalizanti

Novosti u liječenju osteoartritisa koljena
Zavod za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu s reumatologijom, KB Dubrava
Zagreb, 25.10.2019.
Contres projekti d.o.o., Maja Orsag,
tel.: 01/4821-193, e-mail: maja@contres.hr
200,00 kn specijalisti, 80,00 kn specijalizanti

Treći riječki dani primarne zdravstvene zaštite „Bolesnik s neurološkim i psihičkim poremećajima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti"
Katedra za obiteljsku medicinu, MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 25.-27.10.2019.
Ivana Šutić, mob.: 091/6216-419,
e-mail: ivana.sutic@medri.uniri.hr
500,00 kn liječnici, 300,00 kn specijalizanti,
250,00 kn medicinski tehničari,
50,00 kn studenti i umirovljenici

Mala urološka škola
HLZ, Hrvatsko urološko društvo, Klinika za urologiju KBC Sestre milosrdnice, MEF Sveučilišta u Zagrebu, MEF Osijek, Centar ekspertne medicine
Sveti Martin na Muri, 25.-27.10.2019.
Doc.dr.sc. Igor Tomašković, mob.: 091/5011-063,
e-mail: igor.tomaskovic@kbcsm.hr
Spektar, Alma Tunjić Quine, tel.: 01/4862-600,
e-mail: congress@spektar-holidays.hr

Nove terapijske mogućnosti u ginekologiji
HD za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Zagreb, 26.10.2019.
Dr. Dražan Butorac, mob.: 098/9521-839,
e-mail: drazan.butorac@kbcsm.hr

Njihove stanice zvuče poznato
Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Zagreb, 30.10.2019.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662,
e-mail: amzh@zg.t-com.hr

STUDENI

1. **Koferencija: 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 mjest 2.400,00 kn + PDV

The XXIX Congress of the Mediterranean League of the Angiology and Vascular Surgery (MLAVS)
HLZ, HD za vaskularnu kirurgiju
Zagreb, 07.-09.11.2019.
Doc.dr.sc. ivan Cvjetko, dr.med., mob.: 095/8169-904,
e-mail: ivancvjetko@yahoo.com
MLAVS member – 300,00 EUR;
MLAVS non-member – 400,00 EUR;
IUA Youth member/doctor under 45 years – 100,00 EUR

XXIII. Međunarodni kongres HUDHMP "Učimo na iskustvima "
Hrvatska udruga djelatnika hitne medicinske pomoći
Novi Vinodolski, 07.-10.11.2019.
Danijel Šota, mob.: 098/270-444,
e-mail: danijelsota@gmail.com
Dr.med. – 700,00 kn;
medicinske sestre i tehničari 500,00 kn

17. kongres – Kronične nezarazne bolesti s naglaskom na bolesti i stanja iz psihijatrijskog kruga
HLZ, HD medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja, Direkcija HZZO-a
Osijek, 14.-16.11.2019.
Maks Travel, Kristijan Čovčić, mob.: 099/2005-225,
e-mail: kristijan@makstravel.hr
Web: www.hdmvzo.com
1.100,00kn; za članove društva i zaposlenike Zavoda 750,00 kn

PROSINAC

Hrvatski kongres jednodnevne kirurgije s med.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
14. kongres Hrvatskog društva za maksilofacijalnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata
HLZ, HD za maksilofacijalnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata
Zagreb, 06.-07.12.2019.
Prof.dr.sc. Ivica Lukšić, tel.: 01/2903-431, e-mail: luksic.ivica@gmail.com
Btravel, Iva Šimunić, mob.: 091/3330-733, e-mail: iva.simunic@btravel.pro
1.200,00 kn specijalisti, 600,00 kn specijalizanti, do 30.10.2019.; 1.600,00 specijalisti, 800,00 kn specijalizanti, nakon 01.11.2019.

2020.

VELJAČA

6th Regional meeting of AACE International Chapters
HD za dijabetes i bolesti metabolizma HLZ-a
Opatija, 14.-16.02.2020.
Doc.dr.sc. Dario Rahelić, e-mail: kongres@ati.hr
500,00 kn

OŽUJAK

11. međunarodni kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine – Intervencije i vještine u obiteljskoj medicini
Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 12.-15.03.2020.
Doc.dr.sc. Jasna Vučak, tel.: 023/393-533, mob.: 098/272-787, faks: 023/393-533, e-mail: jasna@vucak@yahoo.com
1.800,00 kn

9. hrvatski endokrinološki kongres
Hrvatsko endokrinološko društvo HLZ-a
Pula, 26.-29.03.2020.
Prof.dr.sc. Milan Vrkljan, e-mail: kongres@ati.hr
500,00 kn

TRAVANJ

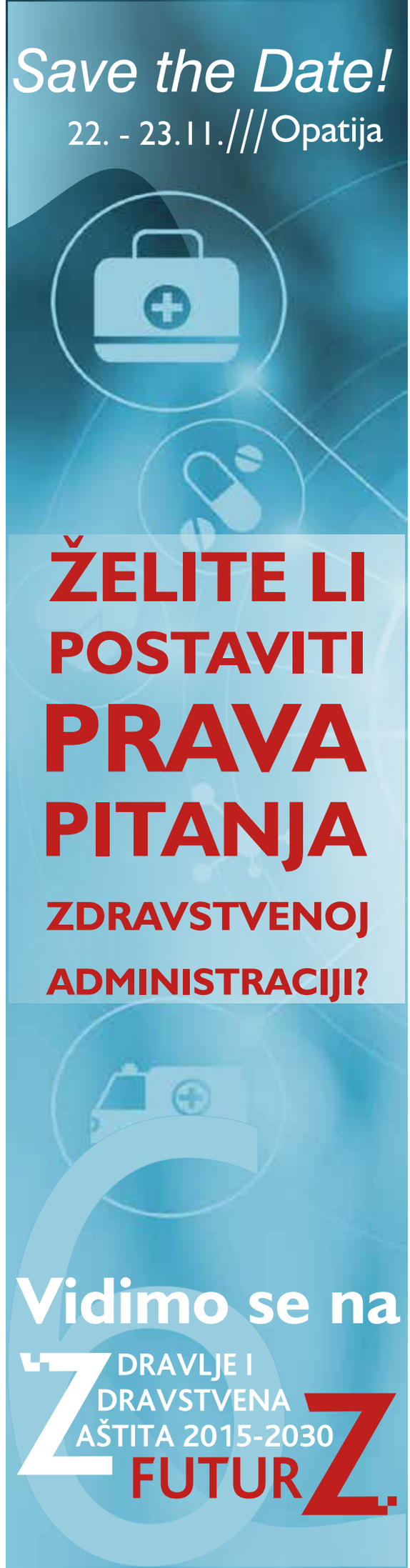
XXVII. kongres obiteljske medicine
HUOM
Varaždin, 02.-04.04.2020.
Horizont putnička agencija d.o.o., tel.: 042/395-111, e-mail: horizont@horizont-travel.hr
1.600,00-2.000,00 kn do 31.12.2019.; 1.600,00 kn – 01.01.-10.03.2020.; 1.840,00 kn od 11.03.2020.; kotizacija kongresa 2.000,00 kn

SVIBANJ

4. hrvatski gerontološki i gerijatrijski kongres s med. sud.
HD za gerontologiju i gerijatriju HLZ-a, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba – Služba za javnozdravstvenu gerontologiju HZJZ „Dr. Andrija Štampar"
Opatija, 06.-09.05.2020.
Stela Mravak, Dalma Sajko, Manuela Maltarić, Ante Nakić, tel.: 01/4696-153, 4696-164, e-mail: stela.mravak; dalma.sajko; manuela.maltarić, ante.nakić@javnozdravstvena.gerontologija@stampar.hr
www.stampar.hr/gerontologija
Btravel d.o.o., Goran Grbić, mob.: 099/4926-679, tel.: 01/6661-151, e-mail: goran.grbic@btravel.pro, www.btravel.pro

RUJAN

10. EUROPAEDIATRICS – 10. europski kongres pedijatara i 14. kongres Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a i 13. kongres pedijatrijskog društva HUMS-a
Hrvatsko pedijatrijsko društvo HLZ-a
Zagreb, 03.-05.09.2020.
Prof.dr.sc. Aida Mujkić, registration@europaediatrics2020.org
500,00 kn



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

TRELEGY ELLIPTA

flutikazonfuroat/umeklidinij/vilanterol

Jedina trojna terapija za liječenje KOPB*-a u jednoj inhalaciji jedanput na dan[1,**]

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA

gsk

*KOPB, kronična opstruktivna plućna bolest
TRELEGY ELLIPTA razvijen je u suradnji s društvom INNOVIVA

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

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

NAZIV LIJEKA: TRELEGY ELLIPTA 92 mikrograma/55 mikrograma/22 mikrograma prašak inhalata, dozirani (flutikazonfuroat, umeklidinij, vilanterol).

**** KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV:** Jedna pojedinačna inhalacija osigurava isporučenu dozu (doza koja izlazi iz nastavka za usta) od 92 mikrograma flutikazonfuroata, 65 mikrograma umeklidinijeva bromida, što odgovara količini od 55 mikrograma umeklidinija, i 22 mikrograma vilanterola (u obliku trifenatata). To odgovara odmjerenoj dozi od 100 mikrograma flutikazonfuroata, 74,2 mikrograma umeklidinijeva bromida, što odgovara količini od 62,5 mikrograma umeklidinija, i 25 mikrograma vilanterola (u obliku trifenatata). TRELEGY ELLIPTA je kombinacija inhalacijskog kortikosteroida, dugodjelujućeg β_2-agonista i dugodjelujućeg antagonista muskarinskih receptora (ICS/LABA/LAMA).

TERAPIJSKE INDIKACIJE: terapija održavanja u odraslih bolesnika s umjerenom do teškom kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću (KOPB) koji nisu adekvatno liječeni kombinacijom inhalacijskog kortikosteroida i dugodjelujućeg β_2-agonista ili kombinacijom dugodjelujućeg β_2-agonista i dugodjelujućeg antagonista muskarinskih receptora.

DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE:

Odrasli: Preporučena i maksimalna doza je jedna inhalacija lijeka TRELEGY ELLIPTA od 92/55/22 mikrograma jedanput na dan, svaki dan u isto doba. Ako bolesnik propusti dozu, sljedeću dozu treba uzeti idući dan u uobičajeno vrijeme. ***Oštećenje jetrene funkcije:*** TRELEGY ELLIPTA treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s umjerenim do teškim oštećenjem jetrene funkcije. ***Pedijatrijska populacija:*** Nema relevantne primjene lijeka u pedijatrijskoj populaciji (bolesnici mlađi od 18 godina) za indikaciju KOPB-a. ***Način primjene:*** TRELEGY ELLIPTA namijenjen je isključivo za inhaliranje.

KONTRAINDIKACIJE: Preosjetljivost na djelatne tvari ili neku od pomoćnih tvari.

POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA: TRELEGY ELLIPTA ne smije se primjenjivati u bolesnika s astmom jer nije ispitivan u toj populaciji bolesnika. Nema kliničkih podataka koji bi poduprli primjenu lijeka za liječenje akutnih epizoda bronhospazma ili akutne egzacerbacije KOPB-a (npr. kao terapije za hitno ublažavanje simptoma). Pojačano korištenje kratkodjelujućih bronhodilatatora za ublažavanje simptoma može ukazivati na slabiju kontrolu bolesti. U slučaju pogoršanja KOPB-a potrebno je ponovno ocijeniti stanje bolesnika i režim liječenja KOPB-a. Bolesnici ne smiju prekinuti primjenu TRELEGY ELLIPTA bez liječničkog nadzora jer se simptomi mogu vratiti. Primjena lijeka TRELEGY ELLIPTA može uzrokovati paradoksalni bronhospazam praćen nastupom piskanja pri disanju i nedostatka zraka odmah nakon primjene, što može biti opasno po život. U tom slučaju potrebno je odmah prekinuti liječenje lijekom TRELEGY ELLIPTA, ocijeniti bolesnikovo stanje i po potrebi uvesti neku drugu terapiju. Nakon primjene antagonista muskarinskih receptora i simpatomimetika mogu nastupiti kardiovaskularni učinci poput srčanih aritmija, npr. fibrilacije atrija i tahikardije. Stoga lijek treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s nestabilnom ili po život opasnom kardiovaskularnom bolešću. Bolesnike s umjerenim do teškim oštećenjem jetrene funkcije treba nadzirati zbog mogućih sistemskih nuspojava kortikosteroida. Ako bolesnik ima simptome kao što su zamagljen vid ili druge smetnje vida, treba razmotriti njegovo upućivanje oftalmologu radi ocjene mogućih uzroka, koji mogu uključivati kataraktu, glaukom ili rijetke bolesti poput centralne serozne korioretinopatije prijavljene nakon primjene sistemskih i topikalnih kortikosteroida. Lijek treba primjenjivati uz oprez u bolesnika s: konvulzivnim poremećajima, tireotoksikozom, neuobičajeno dobrim odgovorom na β_2-adrenergičke agoniste, tuberkulozom pluća, kroničnim ili neliječenim infekcijama, glaukomom uskog kuta, retencijom mokraće. U bolesnika s KOPB-om koji su primali inhalacijske kortikosteroide zabilježeno je povećanje incidencije pneumonije, uključujući pneumoniju koja je zahtijevala hospitalizaciju. Agonisti β_2-adrenergičkih receptora mogu u nekih bolesnika izazvati značajnu hipokalijemiju, koja može uzrokovati kardiovaskularne nuspojave. Potreban je oprez kada se TRELEGY ELLIPTA primjenjuje s drugim lijekovima koji također mogu uzrokovati hipokalijemiju. Agonisti β_2-adrenergičkih receptora mogu izazvati prolaznu hiperglikemiju u nekih bolesnika. Nakon uvođenja lijeka TRELEGY ELLIPTA potrebno je pobliže nadzirati razine glukoze u plazmi u bolesnika sa šećernom bolešću. Bolesnici s rijetkim nasljednim poremećajima nepodnošenja galaktoze, nedostatka Lapp laktaze ili malapsorpcije glukoze i galaktoze ne smiju uzimati ovaj lijek.

NUSPOJAVE: ***Često:*** pneumonija, infekcije gornjih dišnih putova, bronhitis, faringitis, rinitis, sinusitis, grip, nazofaringitis, kandidijaza usne šupljine i grla, infekcija mokraćnih putova, glavobolja, kašalj, bol u usnoj šupljini i ždrijelu, konstipacija, artralgija, bol u leđima. ***Manje često:*** virusna infekcija dišnih putova, supraventrikularne tahiaritmije, tahikardija, fibrilacija atrija, disfonija, suha usta, frakture.

NAČIN IZDAVANJA: u ljekarni, na recept.

NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:
GlaxoSmithKline Trading Services Limited, Currabinny, Co. Cork, Irska.

BROJEVI ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:
EU/1/17/1236/001, EU/1/17/1236/002, EU/1/17/1236/003.

DATUM REVIZIJE TEKSTA: 12/2018

Ovaj skraćeni sažetak sadrži bitne podatke o lijeku istovjetne onima iz Sažetka opisa svojstava lijeka, sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine“ broj 43/2015). Prije propisivanja ovog lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku, dostupne na www.ema.europa.eu.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

HR TRE-55-2019

GSK zaštitni znakovi u vlasništvu su ili licencirani GSK grupi društava.
Prilagođeno iz: 1. Sažetak opisa svojstava lijeka TRELEGY ELLIPTA 92 mikrograma/55 mikrograma/22 mikrograma prašak inhalata, dozirani.

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Horvatova 80/A, 10020 Zagreb
Tel.: 01 4821 361
www.berlin-chemie.hr

Ova informacija se odnosi na lijek koji se izdaje samo na recept i **SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE**. Prije uporabe, molimo pogledajte cjelokupni Sažetak opisa svojstava lijeka dobiven od nositelja odobrenja te ga pažljivo pročitajte. Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o. ne preporučuje korištenje ovog lijeka na drugi način nego što je opisano u Sažetku opisa svojstava lijeka.

Datum pripreme materijala: 20.08.2019.

BERLIN-CHEMIE MENARINI

ABUXAR

FEBUKSOSTAT

28 x 80 mg / 28 x 120 mg

Kristalno jasno rješenje

ABUXAR 80 mg filmom obložene tablete / ABUXAR 120 mg filmom obložene tablete

Sastav Jedna tableta sadrži 80 mg odnosno 120 mg febuksostata. **Terapijske indikacije** Liječenje kronične hiperurikemije u stanjima kada je već došlo do taloženja urata (uključujući prisutnost tofa i/ili uričnog artritisa, trenutno ili u anamnezi). ABUXAR je indiciran kod odraslih. **Kontraindikacije** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi** Ne preporučuje se liječenje lijekom ABUXAR u bolesnika s ozbiljnom srčanožilnom bolešću ili kongestivnim zatajenjem srca. Identificirani faktori rizika kod tih bolesnika bili su aterosklerotska bolest i/ili hipertenzija, pretilost i kongestivno zatajenje srca. Liječenje lijekom ABUXAR treba odmah prekinuti ukoliko se pojave ozbiljne alergijske reakcije/reakcije preosjetljivosti, uključujući Stevens-Johnsonov sindrom, jer je ranji prekid liječenja povezan s boljom prognozom. Ako se kod bolesnika pojavila alergijska reakcija/reakcija preosjetljivosti, uključujući Stevens-Johnsonov sindrom i akutnu anafilaktičku reakciju/šok, više se nikada ne smije ponovno započeti liječenje tog bolesnika s lijekom ABUXAR. Liječenje lijekom ABUXAR ne treba započeti prije nego što se akutni napad gihta potpuno ne smiri. Na početku liječenja mogu nastupiti akutni napadi gihta, zbog promjena razine mokraćne kiseline u serumu koja dovodi do mobilizacije urata nataloženih u tkivima. Na početku liječenja s lijekom ABUXAR preporučuje se profilaksa napada gihta nesteroidnim protuupalnim lijekom ili kolhicinom, u trajanju od najmanje 6 mjeseci. Javi li se napad gihta tijekom liječenja s lijekom ABUXAR, njegovu primjenu ne treba prekinuti. Istodobno treba liječiti napad gihta, individualnim pristupom ovisno o bolesniku. Kontinuirano liječenje s lijekom ABUXAR smanjuje učestalost i jačinu napada gihta. Ne preporučuje se primjena lijeka ABUXAR kod bolesnika istodobno liječenih merkaptopurinom / azatioprinom. Preporučuje se sniženje doze merkaptopurina ili azatioprina, kako bi se izbjegli mogući hematološki učinci. Ne preporučuje se primjena febuksostata kod primatelja transplantiranih organa te kod bolesnika kod kojih je brzina stvaranja urata znatno povećana (npr. maligna bolest i njezino liječenje, Lesch-Nyhanov sindrom). Preporučuje se učiniti testove funkcije jetre prije početka liječenja s lijekom ABUXAR, a nakon toga periodično na temelju kliničke procjene. Potreban je oprez pri primjeni lijeka ABUXAR kod bolesnika s promijenjenom funkcijom štitne žlijezde. ABUXAR sadrži laktozu. **Nuspojave** Najčešće prijavljivane nuspojave u kliničkim ispitivanjima (4072 ispitanika primila su barem jednu dozu od 10 mg do 300 mg) i nakon stavljanja lijeka u promet su napadi gihta, poremećaji jetrene funkcije, proljev, mučnina, glavobolja, osip i edem. Ove nuspojave su većinom bile blage ili umjerene. **Doziranje i način primjene** Preporučena peroralna doza lijeka ABUXAR je 80 mg jednom dnevno, neovisno o unosu hrane. Ako je nakon 2 do 4 tjedna mokraćna kiselina u serumu >6 mg/dl (357 µmol/l), može se razmotriti primjena 120 mg lijeka ABUXAR jednom dnevno. ABUXAR djeluje dovoljno brzo da se ponovno mjerenje mokraćne kiseline u serumu može provesti nakon 2 tjedna. Terapijski cilj je smanjiti i održavati razine mokraćne kiseline u serumu ispod 6 mg/dl (357 µmol/l). Preporučuje se profilaksa napada gihta u trajanju od najmanje 6 mjeseci. Djelotvornost i sigurnost nisu u potpunosti procijenjeni kod bolesnika s teškim oštećenjem funkcije bubrega (klirens kreatinina <30 ml/min). Preporučeno doziranje kod bolesnika s blagim oštećenjem funkcije jetre je 80 mg. Sigurnost i djelotvornost lijeka febuksostata u djece do 18 godina nije ustanovljena. **Ime i adresa nositelja odobrenja** BELUPO lijekovi i kozmetika, d.d., Ulica Danica 5, 48000 Koprivnica, Hrvatska **Naziv i broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet** ABUXAR 80 mg filmom obložene tablete: HR-H-347159881 ABUXAR 120 mg filmom obložene tablete: HR-H-017202927; 18.07.2017. **Način izdavanja** Na recept.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE. Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su u skladu s navodima iz zadnjeg odobrenog sažetka opisa svojstava lijeka i upute o lijeku u Republici Hrvatskoj prema članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima („Narodne novine" broj 43/2015). Prije propisivanja, molimo proučite zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku koje možete pronaći na internetskim stranicama Agencije za lijekove i medicinske proizvode www.halmed.hr, na Belupovim internetskim stranicama www.belupo.hr ili ih zatražiti od stručnog suradnika Belupa. Tiskano u Hrvatskoj 2019. (N 07 22).

BELUPO

HRVATSKA LJEČNIČKA KOMORA