

LIJEČNIČKE novine



Matea Brkić
MEF Zagreb



Andjela Pijuk
MEF Split



Ana Šmaguc
MEF Zagreb



Marina Ivanišević
MEF Split



Marija Olujić
MEF Osijek



Petra Smajić
MEF Osijek



Jelena Materljan
MEF Rijeka



Ana Smajo
MEF Zagreb



Irma Širanović
MEF Zagreb



Roberta Šverko
MEF Rijeka



Dora Gašparini
MEF Rijeka

TEMA BROJA

HRVATSKE LIJEČNICE - ŽENE U MEDICINI BROJČANO DOMINIRAJU, ALI NE NA VODEĆIM POLOŽAJIMA

Bez kompromisa prvi izbor električnog vozila!

Hyundai Kona Electric

ISPORUKA
ODMAH!



#NextAwaits

Hyundai Kona Electric najprodavaniji je električni automobil u Hrvatskoj! Kompaktni električni SUV bez kompromisa uspješno kombinira Hyundaijev ekspresivan dizajn i električni pogon s nultom emisijom CO₂. Putujte sa stilom uživajući u izuzetnom dometu od **484 kilometra*** i brzom punjenju baterije, a za dobar osjećaj povezanosti i sigurnosti tu je Smart Tech s navigacijom i 10.25" LCD zaslonom. Iskoristite potencijal Kone, spremne za isporuku odmah.

hyundai.hr



Hyundai 5 godišnje jamstvo bez ograničenja kilometraže vrijedi samo za Hyundai vozila koja je krajnjem kupcu prodao ovlašteni Hyundai trgovac, kako je navedeno u uvjetima i odredbama u jamstvenoj knjižici. 8 godišnje jamstvo na bateriju ili jamstvo na prijedenih 160.000 km. Za više detalja možete kontaktirati vašeg lokalnog Hyundai distributera. *Kona EV MY20, 64kWh, Primacy gume.

LIJEĆNIČKE NOVINE

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

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA

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

IZVRŠNI UREDNIK

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

IZDAVAČKI SAVJET

Alen Babacanli, dr. med. • Prim. Ines Balint, dr. med. • Ivan Lerotić, dr. med.
Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.
Dr. sc. Jadranka Pavićić Šarić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med.
Marija Rogoznica, dr. med. • Prim. Boris Ujević, dr. med.
Vesna Štefančić Martić, 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. • Ana Gverić Grginić, 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. 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 Pujak, 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 liječnika objavljene u ovom broju Liječničkih novina cijelokupni odobreni sažetak svojstava liječnika te cijelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o liječnikovima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

HRVATSKA LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU
www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr**Preplatnička služba**

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19.000 primjeraka

Predano u tisak 14. lipnja 2020.

LIJEĆNIČKE NOVINE

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

IZDAVAC

Aorta d.o.o., Grge Tuškana 37, 10000 Zagreb, Croatia
e-mail: info@aorta.hr, tel. + 385 1 28 24 645

NASLOVNICA

Fotografije najuspješnijih diplomantica hrvatskih medicinskih fakulteta

4 RIJEČ GLAVNE UREDNICE

Breaking news

6 RAZGOVOR

Dr. sc. Krešimir Luetić

10 TEMA BROJA

HRVATSKE LIJEĆNICE - žene u medicini brojčano dominiraju, ali ne na vodećim položajima

18 AKTUALNO

„COVID oblige“

Kronologija COVID-19 u Hrvatskoj

24 IZ KOMORE

Kako je nastao logo Komore • Komora podijelila stipendije Sastanci tijela Komore

30 IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Transplantacija fekalne mikrobiote u Merkuru • Prvi online

sastanak Europskog udruženja mladih liječnika (EJD)

Alkohol i droge • Goran Hauser dekan MEF-a u Rijeci

Alen Ružić ravnatelj KBC-a Rijeka • Plaćanje prekovremenih Poliklinika Helena

40 PRIKAZ SLUČAJA

Alert – stjenice

42 COVID-19

Prvi lijek za COVID-19 u EU-u • Dojenje i COVID-19 - DA!

Djeca nisu pošteđena • Osvrt na osvrt Nore Pfaff • Epidemiološki probir na COVID-19 • Molekularno testiranje na SARS-CoV-2

Nastava na MEF-u tijekom epidemije • Brijem na internu

55 LIJEĆNIČKA PRIČA**56 STATISTIKA**

Liječnik - sam svoj statističar

58 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**66 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE****68 PRAVO I MEDICINA****69 REAGIRANJA**

Profulali cijeli fudbal ili...

Od tokofilije do tokofobije

72 IZ SVIJETA

Rasni nemiri u SAD-u

74 LIJEĆNIK FILATELIST**75 ETIKA****76 SJEĆANJA****78 IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE****87 POTRES****88 PUTOPIS****90 LIJEĆNIČKI ZAPISI****91 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE****92 HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI****94 LIJEĆNICI UMJETNICI****95 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

Breaking news

Dvadeset i pet godina, dakle, četvrt stoljeća je proteklo otkako smo osnovali Hrvatsku liječničku komoru u tada novoj nam Lijepoj našoj, mladoj, toliko željenoj državi, najljepšoj na svijetu. Komora je trebala štititi interese liječništva i to se do danas nije promijenilo. Svaki naš član je važan pojedinačno da bismo održali cijeli sustav i bilo bi izvrsno kad bi imali takvu situaciju u kojoj bi personalizirano stvarali uvjete koji odgovaraju potrebama svakog liječnika. Privatnika i onoga u sustavu javnog zdravstva, bolničkoga i onoga u PZZ-u, mladoga i staroga, onoga u metropoli i onoga na udaljenom otoku. I nije nam lako jer smo od takvih uvjeta jako daleko. Neku večer pratim breaking news na CNN-u u kojem se policija obraća stanovnicima Atlante zbog toga što se velik dio gradskih policajaca zbog navodne bolesti danima ne pojavljuje na poslu. Ispričavaju se ukazujući na smanjene kapacitete i tomu prilagođene sposobnosti ovoga sigurnosnog državnog aparata. Pa zamišljam kako bi izgledala naša domaća analogija kada bismo se u izvanrednim vijestima obratili građanstvu i izvjestili ih da je državu tijekom posljednjih pet godina napustilo više od 600 liječnika, da su smanjeni specijalistički kapaciteti i tomu prilagođene mogućnosti zdravstvene skrbi. Uh, mislim da to ne bi išlo.

Pokušavam se „perom“ odmaknuti od korone i potresa, ali se nove uzlazne krivulje incidencije nameću i ne ostavljaju izbor dok se istodobno Zagreb svako malo potrese kao upozorenje da nije još sve gotovo. Psihološkim trikovima već smo na godišnjim odmorima, po morskim



obalama, imuni na još uvijek ružnu i prijeteću realnost. Uz blagoslov sunca virus preživljava već treće godišnje doba uz svakakve utješne nam pretpostavke ili činjenice, o slabijoj patogenosti i za sada lakšim kliničkim slikama u "drugom valu", a svakako i o većem iskustvu i znanju o epidemiološkom i terapijskom postupanju.

Trebamo li se radovati ispravljenoj pogrešci koja se nije nikada niti smjela dogoditi? Je li pravilno plaćanje prekovremenih sati koje nam se odnedavno obračunava razlog za vjeru u uspjeh našeg truda? Ili je ipak samo žalosno na što trošimo silnu energiju i koliko dugo je sustavu dozvoljeno odolijevati jasno opravданoj korekciji? Tri koraka natrag pa dva naprijed, je li to napredak? Ili

bismo trebali biti sudbini ponizno zahvalni jer bilo je i gore.

Svjedočimo još jednoj generaciji novih tek diplomiranih mladih kolega koji u ovom čudnom trenutku nakon još čudnijih završnih virtualnih mjeseci nastave, neobičnih vježbi i teško odrađenih diplomskih radova uz izvanredne i nikako prijateljske uvjete ulaze u naš svijet jedinstvenog poslanja i želim im toplu kolegjalnu dobrodošlicu. Želim im da nastupajućih četvrt stoljeća, to njihovo vrijeme, bude manje burno, darežljivije i da novovjekovnim mogućnostima nađu ljudsku mjeru.

S vjerom da nas ljeto voli više od proljeća,

LADA ZIBAR
glavna urednica Liječničkih novina

PBZ DIGITALNO BANKARSTVO

KLIKNITE SA SVOJOM BANKOM.



#withCASH - podižite gotovinu na bankomatima bez kartice

#withPAY - plaćajte kontaktima iz mobilnog uređaja

#withSAVE - štedite manje iznose kada god poželite

Apple Pay i Google Pay™ – plaćajte beskontaktno svojim iOS i Android mobilnim uređajima

JEDNOSTAVNIJE BANKARSTVO.



PRIVREDNA BANKA ZAGREB

Dr. sc. Krešimir Luetić

**Pandemija potvrdila:
ljudski resursi u zdravstvu su prioritet**

OD NOVE VLADE OČEKUJEMO ZAKON O PLAĆAMA I STATUSU LIJEČNIKA

Razgovarala
prof. LADA ZIBAR

■ **Dvadeset i pet je godina od ponovnog osnutka Hrvatske liječničke komore. Izvanredne epidemiološke okolnosti odgodile su svečano obilježavanje te obljetnice važne za sve hrvatske liječnike. Što se ključno razlikovalo u ovoj posljednjoj godini, dvadeset i petoj, u odnosu na strukovna streljenja liječnika prije četvrt stoljeća? Je li što ostalo nepromijenjeno?**

Točno. Prije 25 godina, 27. lipnja 1995. godine održana je osnivačka skupština HLK-a u Liječničkom domu u Zagrebu. Preciznije govoreći, radilo se o obnovi rada Komore. Naime, Liječnička komora je osnovana još 1923. godine, ali joj je 1946. tadašnja komunistička vlast u bivšoj državi zabranila rad. Trebalo je proteći skoro pola stoljeća da se ponovno steknu pretpostavke za obnovu njezina rada. Željeli smo svečano obilježiti tu obljetnicu, ali smo zbog epidemiološke situacije donijeli jedinu moguću racionalnu odluku o odgodi te svečanosti. Treba svakako odati dužno priznanje i zahvaliti liječnicima koji su početkom devedesetih godina

prošlog stoljeća pokrenuli obnovu rada Komore i konačno 1995. uspjeli u tom naumu. To nikako nije bio lak ni jednostavan zadatak. Trebalo je puno argumenata, strpljenja, uvjeravanja, kompromisa, diplomacije i mudrosti kolega uključenih u taj postupak da bi u konačnici rezultat bio pravno regulirana, istinski neovisna strukovna i staleška organizacija. Četvrt stoljeća dugo je razdoblje u ljudskom životu, ali streljenja i želje liječnika 1995. i 2020. godine poprilično su slična. Rekao bih da su u pogledu nekih pitanja liječnici čak imali bolji status tada 1995. nego sada; spomenimo samo (ne)reprezentativnost liječničkog sindikata. Ono što je ostalo nepromijenjeno jest nezadovoljstvo kolega činjenicom da sudjelovanje liječničke struke u donošenju presudnih odluka o našem društvenom statusu, radno-pravnom položaju te općenito profesionalnom okruženju i organizaciji sustava, nažalost, još uvijek nije dovoljno.

■ **Koja su bila osnovna ostvarenja Komore u prvoj godini vašeg mandata?**

Prvu godinu mandata kao predsjednika Komore podijelio bih u dva razdoblja. Uvjetno rečeno, normalno razdoblje koje je trajalo od ljeta 2019. do veljače ove godine te izvanredno razdoblje ili „novo normalno“ razdoblje koje traje od početka

korona-krize i za sada mu još ne vidimo kraj.

Kako smo i prije isticali, prepoznali smo da je trenutni status i položaj liječnika loš i besperspektivan za budućnost hrvatskoga liječništva te smo stoga prošlog ljeta pokrenuli zajedničke aktivnosti krovnih liječničkih asocijacija okupljenih oko naporu da se odgovorne uvjeri u nužnost promjena. Na tom tragu su predsjednici HLZ-a, HLS-a i HLK-a potpisali Rujansku izjavu o hrvatskom liječništvu i sustavu zdravstva, koja nije samo deklaratorični iskaz zajedništva liječničkog staleža nego i jasan zahtjev predstavnika liječničke struke za konkretnim promjenama našega statusa. Najvažniji zahtjev artikuliran u Rujanskoj izjavi jest donošenje posebnog Zakona o plaćama liječnika ili strukovnog kolektivnog ugovora. Upravo snažno zagovaranje takvog zakona obilježilo je ovu prvu godinu mandata. Kako bi vladajuće uvjerili u potrebu donošenja tog zakona, Komora i Sindikat su pokrenuli akciju „Hoću raditi zakonito“, tijekom koje su tisuće liječnika potpisale izjave o uskrati rada iznad zakonskog maksimuma. Na taj su način kolege osnažile zahtjeve sadržane u Rujanskoj izjavi, a Vladu RH potaknule na postupanje. Podsjetit ću da smo uz više sastanaka u resornom Ministarstvu, održali sastanak i s premijerom upravo o



tom pitanju, uz snažnu i jasnu argumentaciju u prilog donošenja zakona. Neposredno prije početka korona-krize prilike su bile razmjerne povoljne i postojao je realan scenarij da se Zakon o plaćama liječnika donese do kraja mandata zadnjeg saziva Hrvatskog sabora. Nažalost, eskaliranjem pandemije bolesti COVID-19, sve su te aktivnosti stavljene u drugi plan i prolongirane za neko buduće vrijeme. Zakon o plaćama liječnika na neki je način također svojevrsna žrtva korona-krize. Pored napora za donošenjem Zakona o plaćama, Komora je svojim članovima omogućila najpovoljnije stambene i nenamjenske kredite na tržištu, koje su brojni kolege i iskoristili. Pokrenuli smo besplatne radionice iz medicinskog prava za mlade liječnike koji više nemaju obvezu

polaganja državnog ispita, a za koje su pokazali veliko zanimanje. Nastavili smo te još i pojačali program stipendiranja inozemnoga stručnog usavršavanja liječnika, omogućili i dalje dopunsko zdravstveno osiguranje svim zainteresiranim članovima o trošku Komore, predstavili Digitalni atlas hrvatskog liječništva kao velik i značajan projekt koji će omogućiti bolje planiranje ljudskih resursa u hrvatskom zdravstvu.

U ovom posljednjem razdoblju, u „novo normalnoj“ fazi, tijekom pandemije COVID-19, Komora je pomagala nadležnim institucijama u što uspješnije borbi s virusom, ali istovremeno odlučno i pravovremeno štitila interesе liječnika. Poduprli smo Sindikat u naporima za primjerenim radno-pravnim reguliranjem rada

liječnika, zastupali interese kolega iz PZZ-a u načinu vrednovanja njihovog rada od strane HZZO-a u novonastalim okolnostima. Uspjeli smo s nadležnim dogоворити model rada liječnika roditelja na način da mogu skrbiti za malodobnu djecu kada vrtići i škole nisu radili, osigurali smo, pomoću liječničkih iskaznica Komore koje je Nacionalni stožer na prijedlog Komore prihvatio kao zamjenu za propusnice, mobilnost liječnika u Hrvatskoj u vrijeme zabrane kretanja. U suradnji s Tehničkom školom u Vinkovcima osigurali smo izradu i kolegama distribuirali 2000 vizira, proveli humanitarnu akciju za nabavku zaštitne opreme za liječnika i pokrenuli program pomoći liječnicima čije su nekretnine stradale u potresu.

>>



Poduprli smo Sindikat u naporima za primjerenim radno-pravnim reguliranjem rada liječnika, zastupali interese kolega iz PZZ-a u načinu vrednovanja njihovog rada od strane HZZO-a u novonastalim okolnostima, Uspjeli smo s nadležnim dogovoriti model rada liječnika roditelja na način da mogu skrbiti za malodobnu djecu kada vrtiči i škole nisu radili, osigurali smo, pomoći liječničkim iskaznicama Komore koje je Nacionalni stožer na prijedlog Komore prihvatio kao zamjenu za propusnice, mobilnost liječnika u Hrvatskoj u vrijeme zabrane kretanja.

► Komora predvodi borbu za liječnička prava, no učinkovitost te borbe ovisi o političkim sugovornicima. Koliko je prethodna vlada imala sluha za naše zahtjeve?

Jedan je od većih uspjeha Komore, naravno uz sindikat, HUBOL i ostale, pravosudni epilog borbe liječnika za ispravan obračun prekovremene satnice. Pravno shvaćanje Vrhovnog suda RH iz prosinca 2019., koje daje za pravo liječnicima koji su ustali tužbama za ispravan obračun prekovremenih sati, rezultat je

višegodišnjih napora liječničkih asocijacija da se naša plaća za dio prekovremenog rada obračunava po zakonu. Upravo je preko Komore najveći broj, oko 1500 liječnika, tužilo svoje ustanove, što je zasigurno bilo od velike važnosti kod donošenja pravnog shvaćanja Vrhovnog suda. Prethodnu administraciju, predvođenu prof. Kujundžićem, više smo puta upozoravali na taj problem te argumentirali da će doći do nepotrebnog gomilanja sudskih troškova i kamata, ali nažalost nije bilo sluha da se problem dogovorno

riješi. Očekujem od ministra zdravstva da, uz konačno potpisani dodatak Kolektivnom ugovoru koji donosi korektni način obračuna prekovremenih za ubuduće, žurno definira način i dinamiku vraćanja duga svima koji još nisu tužili za proteklo razdoblje. Podsjetit ću da je to novac koji su liječnici poštено odradili i zaradili, a koji im već godina nije isplaćen.

► Što očekujemo od nastupajuće vrhovne zdravstvene administracije? Jesu li predizborni programi koji se odnose na zdravstvo uključivali poboljšanje statusa liječnika na način na koji Komora drži da bi se zaustavio njihov odljev iz Hrvatske? U čemu zapravo Komora vidi moguće rješenje?

Komora je upućena na suradnju s državnim i zdravstvenom administracijom, takav je i zakonski položaj Komore kao pravne osobe s javnim ovlastima. Prema preliminarnim rezultatima proteklih parlamentarnih izbora, izvjesno je da će na Ksaveru ostati ista administracija, odnosno da će Ministarstvo zdravstva i nadalje voditi aktualni ministar. Ako to bude tako, od prof. Beroša očekujemo da kroz konkretnе poteze oživotvoriti ono što komunicira od početka svog mandata – da su mu ljudski resursi u zdravstvu prioritet. Upravo je osnivanje statusa i položaja liječnika te ostalih zdravstvenih radnika, nužan preduvjet za osiguravanje dostupne, pravodobne i kvalitetne zdravstvene zaštite naših građana. Ako se žurno ne prione donošenju Zakona o statusu i plaćama liječnika, bojim se da sve veći broj kolega neće vidjeti perspektivu u našemu zdravstvenom sustavu i da će potražiti svoju profesionalnu budućnost negdje drugdje. Zakon o statusu i plaćama liječnika stoga je povijesna razdjelnica za hrvatsko liječništvo, prvorazredno statusno, radno-pravno, ali i civilizacijsko pitanje za hrvatsko društvo. Razdjelnica je to ne samo za liječničku struku, nego i za održiv hrvatski zdravstveni sustav, stoga treba biti jedan od apsolutnih prioriteta nove hrvatske vlade. Komora, a nadam se i ostale liječničke asocijacije, mogu biti od pomoći u tom nastojanju.

► Činjenica je da hrvatski liječnici sve češće traže profesionalnu i privatnu sreću izvan domovine. U kojim je državama status liječnika i u kojim aspektima uzoran?

Komora prati broj odlazaka hrvatskih liječnika u inozemstvo. Od ulaska u EU, prije 7 godina, naš zdravstveni sustav napustilo je 874 liječnika, a ukupan broj odlaska s godinama se ne smanjuje. Novi zabrinjavajući fenomen je eksponencijalni rast broja odlazaka najmlađih liječnika, odmah nakon diplome, bez i jednog dana radnog staža u Hrvatskoj. Generacije mladih liječnika perspektivu u inozemstvu vide svakako kroz bolji materijalni položaj te rad u bolje organiziranom i uređenijem sustavu. Nije zanemarivo niti pitanje slobodnog vremena, odnosno obiteljskog života jer, podsjetimo, da liječnici u Hrvatskoj odrađuju više od tri milijuna prekovremenih sati godišnje, da je to prosječno 500 prekovremenih sati po liječniku, što dugoročno bitno narušava kvalitetu života i dovodi do kroničnog nezadovoljstva. Mlade generacije više „ne žive da bi radili“, čak niti „ne rade da bi živjeli“, nego žele „živjeti dok rade“, a upravo takvu mogućnost sve manje vide u našem zdravstvenom sustavu. Trebamo u njemu mijenjati način organizacije, funkcioniranja i upravljanja. Uz učinkovitost i funkcionalnost sve više trebamo inzistirati na sigurnom, poticajnom i ugodnom radnom okruženju u kojem će se napredovati u skladu sa sposobnostima i ambicijama, a ne prema podobnosti i negativnom selekcijom.

► Danas je moguće različitim simulacijama i kalkulacijama predviđati eventualnu budućnost. Koliko je izvjesno da bi se profil, položaj, uloga i način funkcioniranja liječnika za sljedećih 25 godina značajno razlikovali od današnje zamisli o željenom idealu? Koliko će se promijeniti znanje, obrazovni postupci, način komunikacije u odnosu između pacijenta i liječnika i između liječnika međusobno? Prilagodava li se Komora svojim aktivnostima takvoj budućnosti?

Položaj liječnika možemo gledati na više načina, kroz društveni i radno-pravno položaj, kroz ulogu u zdravstvenom sustavu, kao i kroz prizmu našeg obrazovanja. Kakva god budućnost bila i što god nam ona donosila, smatram da su znanja i vještine naše profesionalne ishodišne točke. To su naši liječnički temelji, ono što nosimo u sebi i što nam nitko ne može oduzeti.

Kao što nam je prije 25 godina bio pisaci stroj, danas je to računalo, a za 25 godina, uvjeren sam, postojat će još naprednija tehnološka rješenja koja će nam tehnički olakšavati posao. Alati koji će omogućiti liječniku da manje vremena troši na pisanje i zapisivanje, a da sve više vremena može posvetiti konkretnom radu s bolesnikom. Već i sada možemo vidjeti da telemedicina, digitalni način komunikacije, sve više uzima maha u odnosu liječnika i pacijenta ili konzultacijama liječnika međusobno. Nedvojbeno se radi o racionalnijem upravljanju osobnim vremenom, kako liječnika, tako i pacijenta. Digitalizacija zdravstvenog sustava donijet će zasigurno bolje praćenje parametara kvalitete, ishoda liječenja i sigurnosti bolesnika, što će u svakom slučaju pridonijeti kontinuiranoj evaluaciji i unaprjeđenju rada kako na razini svakog pojedinog liječnika, tako i na razini ustrojstvenih jedinica i cijelih zdravstvenih ustanova.

Komora je prepoznala važnost digitalizacije i značajan dio svojih resursa odvaja u tu svrhu. Digitalni Atlas hrvatskog liječništva velik je Komorin projekt, koji će se narednih godina dodatno nadograđivati kako bi svim važnim podacima o liječnicima bili prikupljeni na jednom mjestu. Cilj Atlasa je omogućiti donositeljima odluka na različitim razinama korištenje podataka u svrhu boljeg planiranje ljudskih potencijala hrvatskoga zdravstva. Također, kroz svoje kanale komunikacije pratimo trendove i pokušavamo na suvremen način doći do svakog člana, potičući pritom dvosmjernu komunikaciju.

Kada je riječ o odnosu liječnika i pacijenta, s nekadašnjeg paternalističkog modela, mi već sada možemo govoriti o

sve prisutnjem suradnjom modelu, gdje su liječnik i pacijent partneri u donošenju odluka o liječenju, temeljenih na uzajamnom povjerenju i dijeljenju odgovornosti. Mislim da će budućnost odnosa liječnika i pacijenta nastaviti tim smjerom.

► Ako se vratimo u aktualnu sadašnjost, u sasvim smo nezavidnim prilikama zbog nesigurnosti izazvane mjesecima epidemije novoga koronavirusa, nakalemjene na miraz prijeepidemijskih problema liječnika u našoj zemlji. Ostavlja li ipak ovo „novo normalno“ i nekakve dobre posljedice, nekakvu sreću u nesreći za hrvatsko liječništvo, izravno ili posredno?

Ova pandemija jasno je pokazala cijelom hrvatskom društvu važnost zdravlja, a samim time i važnost liječništva te funkcionalnoga zdravstvenog sustava. Vjerujem da će se kroz prizmu borbe s virusom te napora i žrtve koje u toj borbi podnose upravo hrvatski liječnici, cijelo društvo suglasiti s našim strateškim staleškim ciljevima. Želim ostati nepopravljiv optimist i nadam se da ćemo, unatoč izazovnim ekonomskim vremenima koja su pred nama, ubrzati svjedočiti boljem pozicioniranju te, u konačnici, primjerenom statusu liječnika u Hrvatskoj.

Očekujem od ministra zdravstva da, uz konačno potpisani dodatak Kolektivnom ugovoru koji donosi korektan način obraćuna prekovremenih zaubuduće, žurno definira način i dinamiku vraćanja duga svima koji još nisu tužili za proteklo razdoblje.

Kolike su razlike u mogućnostima žena i muškaraca u medicini?



HRVATSKE LIJEĆNICE - ŽENE U MEDICINI BROJČANO DOMINIRAJU, ALI NE NA VODEĆIM POLOŽAJIMA



Danas u Hrvatskoj, prema Demografskom atlasu Hrvatske liječničke komore, imamo 67 % liječnica i 37 % liječnika. To znači da je od 15.294 liječnika u zdravstvenom sustavu u Republici Hrvatskoj 9635 liječnica, dok je u javnom zdravstvu od 14.904 liječnika 64 posto žena, tj. liječnica (9538). Prema podacima HLK-a broj novih članova upisanih u Komoru 2019. godine bio je 1084, od čega je 416 novodiplomiranih liječnika i 668 liječnica. U HLK-u ističu da je 2019. godina bila posebna po tome što su bili upisi dviju generacija članova: one koji su diplomirali 2018. (imali su obvezu odrđivanja staža i polaganja stručnog ispita) i članove koji su diplomirali 2019. (i odmah dobivali licencije za samostalan rad,

bez obveze staža ili polaganja stručnog ispita). I ovdje je evidentno da je broj mladih liječnica znatno veći od broja muških kolega. Također, od 8848 specijalista u javnom zdravstvu čak su 61 posto (5397) žene. Iz ovih brojeva dalo bi se zaključiti da je medicina postala žensko zanimanje. Unatoč tome što su liječnice u zdravstvu prisutne u značajno većem broju

od kolega liječnika, ne može se reći da „dominiraju“ u ovoj profesiji. Naime, na vodećim položajima, na mjestima ravnatelja bolnica i zdravstvenih ustanova te na mjestima predstojnika klinika, još uvijek je znatno više muškaraca nego žena, a slično je i na akademskim položajima, kao i u napredovanjima liječnika/liječnica izvan medicine (npr. u politici).

>>



MARIJA ŠVAGELJ, dr. med.
specijalistica opće kirurgije i
uža specijalistica abdominalne
kirurgije u Općoj županijskoj
bolnici Vinkovci



Prof. dr. sc. **MARIJA HEFFER**
redovita profesorica na
Medicinskom fakultetu u
Osijeku



Doc. dr. sc. **INES STRENJA**
bivša predsjednica
saborskog Odbora za
zdravstvo i socijalnu politiku

Nadalje, u medicini postoje neke specijalizacije, poput primjerice kirurgije, u kojima su još uvijek dominanti muškarci. Isto zvanje, različit pristup? Zašto je tome tako i kakav je pogled na akademsko i stručno napredovanje žena u medicini razgovarali smo s nekoliko uspješnih i afirmiranih liječnica.

Marija Švagelj, dr. med., specijalistica opće kirurgije i uža specijalistica abdominalne kirurgije u Općoj županijskoj bolnici Vinkovci, lanjska je dobitnica nagrade Grada Vinkovaca za iznimian doprinos u području zdravstva.

„Bilo je to davne 1984. godine kada sam započela sa specijalizacijom iz kirurgije za Kirurški odjel Medicinskog centra Vinkovci. Kako bih vam lakše dočarala sliku toga vremena treba znati da je u to vrijeme bilo oko šest do sedam kirurginja na području tadašnje Republike Hrvatske, te kako je to tada bilo primarno muško zanimanje. Biti žena koja želi biti kirurg u tom vremenu značilo je biti hrabra, biti spremna na utiranje nekog novog puta, tražilo je jako puno odricanja. Pamtim cijelo to razdoblje kao većinom ugodno, vrlo naporno (ali ne u negativnom kontekstu), izazovno, gdje sam svojim trudom i znanjem ravnopravno parirala kolegama, često radeći puno više od njih. Možda sve to najbolje oslikava jedna crtica iz moga početnog specijalističkog staža: nedugo nakon povratka sa specijalizacije primila sam na odjel pacijenta kojega sam pripremila za operaciju. Nakon što je shvatio kako će ga ja operirati, raspitao se kod glavne sestre odjela i tadašnjeg voditelja odjela, jesam li ja stvarno kirurg i jesam li završila specijalizaciju, jer je u to vrijeme bilo jako neobično susresti ženu kirurginju.

Danas sam subspecijalistica abdominalne kirurgije s 36 godina kirurškog staža te nezaboravnim iskustvom ratnoga kirurga. I sretna sam. Udata sam i majka dvoje odrasle djece te baka dviju unučica i unuka. Bitna je činjenica, vrlo važna za svaku ženu koja se odluči za ovo zvanje a želi imati i obiteljski život - udati se i imati djecu, ta da uz sebe ima supruga koji će je razumjeti i dati joj podršku. Mislim da je svakoj ženi puno teže ostvariti karijeru u ovakovom zanimanju koje traži maksimalno odricanje, te potpunu posvećenost i predanost poslu (trajno usavršavanje, noćni rad, dežurstva, pripravnosti...), i neusporedivo s angažmanom muških kolega“ pojašnjava dr. Švagelj.

Danas su prilike drukčije, nastavlja dr. Švagelj, puno je više žena u kirurgiji, kao uostalom i na medicin-



BILJANA BORZAN, dr. med.
zastupnica u Europskom
parlamentu



Prof. dr. sc.
ALEMKA MARKOTIĆ
ravnateljica Klinike za
infektivne bolesti
„Dr. Fran Mihaljević“



Mr. sc. **SANDRA ĆUBELIĆ**
spec. pedijatrije.
ravnateljica OB-a Gospic



Elizabeth Blackwell prva liječnica modernog doba

U plemenitom liječničkom pozivu danas je više žena nego muškaraca, no nije oduvijek bilo tako. Medicina je kroz povijest bila struka potpuno rezervirana za muškarce. Prva liječnica modernog doba bila je Elizabeth Blackwell, koja je 23. siječnja 1849. postigla u SAD-u stupanj doktorice medicine, što je do tada bilo nezamislivo za ženu. Kako u SAD-u nije mogla dobiti posao u bolnicama, osnovala je privatnu kliniku u New Yorku. Naposljetku se vratila u Englesku, gdje je s Florence Nightingale otvorila ženski medicinski koledž.



Doc. dr. sc.
IRENA HRSTIĆ
ravnateljica pulske
Opće bolnice



Dr. **MIRELA BUŠIĆ**
Nacionalna koordinatorica
transplantacijskog programa u
Ministarstvu zdravstva

skim fakultetima u Hrvatskoj. Jedina je kirurška struka u kojoj je podjednak broj žena i muškaraca estetska kirurgija, kaže dr. Švagelj i zaključuje kako su prepreke za žene u ovom zvanju puno veće, ali unatoč tome žene uspješno trče na duge staze, s puno većih i manjih prepreka.

Redovita profesorica u trajnom zvanju na Medicinskom fakultetu u Osijeku, neurooznanstvenica prof. dr. sc. Marija Heffer, pojasnila je što sve stoji na putu akademskom i stručnom napredovanju žena u medicini.

„Što znači biti žena u akademskim i stručnim krugovima? To više ne bi smjela biti otežavajuća okolnost, no je li tako? Priznajem da si ovo pitanje nisam postavljala jer je moja odlučnost da se bavim onim što volim bila veća od svih prepreka. Jednoga me dana, nakon predavanja, zaustavio moj jako dobar student i upitao: ‘Profesorice, zašto je tako malo žena među znanstvenicima?’ I pri tome nije mislio na sadašnje stanje, već na povijesno breme. Da sam bila mlađa vjerojatno bih se upecala na pitanje i odgovorila feminističkom paljborom. No, s odmakom u godinama i iskuštvom podizanja troje djece odgovor je

Od 29 žena u bivšem sazivu Sabora RH bile su tri su liječnice. Jedna od njih je i zastupnica MOST-a, specijalistica neurologije te dragovoljka Domovinskog rata koja je provela 1629 dana u borbenom sektoru.

bio sasvim drukčiji. Rekla sam:’ U pitanju je vrijeme i povijesno, čak evolutivno breme. Zamisli koliko sati u danu ode na presvlačenje djece, kuhanje, pranje, peglanje... I zamisli da se ti poslovi ne dijele na dva supružnika – i tako stoljećima...i sjeti se Tesline majke – imao je njenu inventivnost...’ Znam da je pitanje bilo dobromanjerno i znam da ga odgovor nije povrijedio. Je li usput shvatio kako jednom vlastitoj ženi ne odmoći u njenom ostvarenju sebe – ne znam“, govori prof. Heffer.

Prema rezultatima istraživanja objavljenom u britanskom medicinskom časopisu Lancetu žene su podcijenjene u medicinskim karijerama. Iako im je pravo na jednak plaću na istim poslovima zajamčeno u

>>

Kornelija Sertić - prva diplomirana liječnica na MEF-u u Zagrebu

Prve hrvatske liječnice svoje diplome stekle su na njemačkim i švicarskim sveučilištima. Milica Švigin Čavov diplomirala je 1893. na Medicinskom fakultetu u Zürichu i postala prva hrvatska liječnica. No kako joj nije bilo omogućeno obavljati svoj poziv u domovini, na početku karijere radila je u njemačkim lječilištima, a nakon udaje za bugarskog liječnika Bogdana Čavova, vodila je zajedno s njim privatnu ordinaciju u Sofiji.

Na istom švicarskom fakultetu 1900. godine diplomirala je i Karola Maier Milobar, koja je 1906. otvorila ordinaciju u Zagrebu i tako postala prva liječnica u Hrvatskoj. Tome je prethodila Banska uredba iz 1903. godine kojom je ženama odobreno obavljanje liječničke prakse u Hrvatskoj.

Kornelija Sertić, pak, prva je žena liječnica koja je diplomirala na MEF-u u Zagrebu, i to 1923. godine. Zagrebački MEF osnovan je 1917. i slijedio je već uhodanu europsku praksu pa je od samog početka omogućio upis studija i ženama.



mnogim zemljama, one i dalje zarađuju manje od muških kolega te su suočene s brojnim preprekama. Premda na nižim položajima žena ima više nego muškaraca, no kako se položaji i moć povećavaju, broj žena se smanjuje. Također, zasebno istraživanje je pokazalo da su žene diskriminirane i kad apliciraju za sredstva za istraživanja.

Da u hrvatskom društvu još uvijek postoji nerazmjer žena i muškaraca, govori i činjenica da političke stranke radije plate kaznu zbog kršenja zakona nego da ispoštuju žensku kvotu na izbornim listama. U posljednjem, 9. sazivu Sabora, od 151 zastupnika bilo je samo 29 žena. Za ilustraciju, austrijska vlada ima mnogo ministrica, a parlament 39 posto ženskih zastupnica, što je oko 20 posto više nego u Hrvatskoj. U svjetlu žena u politici pozitivan je primjer Finska koja je postala prva zemlja u svijetu čiju vladu, kao i sve koalicijske stranke u njoj, predvode žene. Sanna Marin inače je najmlađa premijerka u svijetu (rođena 1985. godine).

Od 29 žena u Saboru RH tri su liječnice. Jedna od njih je i zastupnica MOST-a, specijalistica neurologije te dragovoljka

Domovinskog rata koja je provela 1629 dana u borbenom sektoru.

„Završila sam svoj mandat saborske zastupnice i odlazim iz aktivne politike, vraćam se u medicinu. Unatoč vrlo intenzivnom političkom angažmanu, u meni je ipak pobijedio liječnik, odnosno odluka da nastavim svoju dalju karijeru kao liječnik koji intenzivno prati neurologiju, ali i zdravstvenu politiku, a ne političar koji će se tek povremeno vraćati prvoj ljubavi i jedinom pravom izazovu – medicini, odnosno neurologiji“, kaže doc. dr. sc. Ines Strenja.

Poznato je, nastavlja, da je motivacija jedan od najjačih pokretača čovjeka. I ona, ako je dovoljno jaka, može čovjeka držati aktivnim vrlo dugo usmjerenoga ka cilju. „Medicina i žene? Medicina je sjajna stvar, ako joj se možete posvetiti. No postaje jako frustrirajuće kad znate što hoćete, imate za to i znanje, i energiju, i motivaciju, no morate se istodobno brinuti i o obitelji koja vas treba, imate majčinstvo koje ne treba odgađati, djecu koja su najčešće u najosjetljivijih godinama kada specijalizirate itd. No ako me pitate može li obitelj i medicina, definitivno može. Je li medicina

ženska struka? Nadam se da nije, jer bi to bilo loše i za žene, i za muškarce, a osobito za pacijente”, govori Strenja.

Položaj žena se u medicini u posljednja tri desetljeća značajno promijenio, no mesta za napredak još itekako ima. Kako u medicini tako i u politici, znanosti te drugim društvenim područjima. Brojni izazovi usklađivanja privatnog života i liječničke profesije, uz česta noćna dežurstva i rad vikendom i blagdanima, vjerojatno su znatno veći nego u drugim profesijama.

I zastupnica u Europskom parlamentu, liječnica **Biljana Borzan** (koja se na međunarodnoj razini u EU-u izborila za sigurniju hranu i druge potrošne proizvode namijenjene hrvatskom tržištu i europskoj istoku), specijalistica medicine rada i sporta, smatra kako je ženama teže napredovati, kako u politici tako i u struci.

„Moram priznati da još nisam čula da je netko za ženu koja napreduje u politici rekao da je pametna, sposobna ili odlučna. Obično se razloge njenog napredovanja vidi u tome da je “ljubimica šefa stranke” ili u nekom sličnom razlogu koji nije rezultat njenih vrlina. Svaka riječ joj se važe i ismijava,

> KAKVA JE BUDUĆNOST PRED MLADIM LIJEĆNICAMA?

Na budućnost koja je pred mladim lijećnicama osvrnula se Marija Olujić koja upravo diplomira na MEF-u u Osijeku s najboljim ocjenama: „Biti žena u medicini i biti dijelom medicinske struke istovremeno je velika čast i privilegij, ali ponajviše odgovornost. Živjeti medicinu znači svaki dan biti tu za druge i s njima proživljavati njihove najveće trenutke sreće, ali nažalost i one trenutke koje nitko ne želi pamtitи. Znam da je, kao i do sada, predamnom mnogo godina truda, rada i upornosti. Osim toga, ono što je doista važno, također je i vrijedno svakodnevnoga, neprestanog marljivog rada i dočekivanja novog dana za dobrobit drugog čovjeka. Vremena se mijenjaju... Medicina koja je nekada bila tipično muška struka, danas broji sve više žena. Ono što je i dalje jasno primjetno, jesu tzv. karakteristične muške i ženske specijalizacije. Još uvjek se muški liječnici češće odlučuju za kirurgiju, iako već danas svjedočimo porastu broja ženskih kirurga. Također, iako i jedni i drugi teže ravnoteži, ipak su žene u medicini te koje češće moraju balansirati između privatnog i poslovnog života, s ciljem ostvarivanja željene životne harmonije. Nапослјетку, idući u korak s vremenom, jasno vidimo da svakim danom sve više počinju pripadati zasluge ženama koje su svojim predanim radom kroz godine i zavrijedile. Na nama je, kao mladim ženama na kojima budućnost medicine već jest i ostaje, da danas učimo od najboljih kako bismo već sutra, upravo mi mogli biti te koje će jednoga dana biti uzori drugim, mladim generacijama. Krenimo stoga već sada činiti ono što će nas učiniti ponosnim ženama u medicini i iz medicine te inspiracijom za bolju i uspješniju budućnost!



MARIJA OLUJIĆ

MEF Osijek

a greške se ne oprštaju. U politici ne postoji jasan sustav vrednovanja pa bi bilo očekivano da je u medicini stanje bitno drukčije jer bi stručni napredak trebao biti posljedica znanja, iskustva i marljivosti. No, kada pogledamo spolnu strukturu rukovodećeg kadra u zdravstvenim ustanovama, ne bi se reklo da medicinskom strukom danas dominiraju žene. Bez obzira na to i na činjenicu da danas imamo općenito natpolovičan broj visokoobrazovanih žena, to nije bitno promijenilo porazavajući način funkcioniranja našega društva u kojem se "zna tko je gazda", zaključuje Borzan.

Žene u medicini svakodnevno se suočavaju s neravnotežom i diskriminacijom te mnogo češće doživljavaju prepreke napretku karijere od svojih muških kolega.

Hrvatski liječnički sindikat, na čijem je čelu liječnica, mr. sc. Renata Čulinović Čaić, proveo je lani, u sklopu istraživanja Europske federacije liječničkih sindikata (FEMS), anketu među hrvatskim liječnicama čiji cilj je bio istražiti status liječnica na njihovim radnim

mjestima u Hrvatskoj, analizirati jesu li radni uvjeti prilagođeni obitelji i ženama i dobiti uvid u stavove liječnica o odnosima s kolegama i uvjetima na njihovim radnim mjestima. Anketa je provedena u svim zemljama članicama EU-a, a rezultati su izneseni na lanjskoj Generalnoj skupštini FEMS-a u Napulju.

Od 360 ispitanica liječnica koje su ispunile anketu gotovo 42 % bile su u dobi između 36 i 49 godina, približno 1/4 ispitanica nikada se nije osjetila diskriminirano na radnom mjestu, približno 1/4 je osjetila diskriminaciju od kolega, približno 1/4 od nadređenih, a malo više od 1/4 (najviše ispitanica) - od pacijenata. Čak je gotovo 37 % anketiranih liječnica izrazilo nezadovoljstvo organizacijom rada na radnom mjestu s obzirom na ravnotežu između posla i privatnog života. Među tri mjere koje bi poboljšale na svom radnom mjestu za postizanje zadovoljavajuće ravnoteže između posla i privatnog života, anketirane liječnice na prvo su mjesto stavile nagrađivanje (22 %), potom organizaciju radnog vremena (22 %) i moguć-

nost napredovanja (21 %). Potpuno zadovoljstvo karijerom izrazilo je 27 % ispitanica. Najveći broj anketiranih liječnica (46 %) odgovorilo je kako u njihovim ustanovama liječnice nisu ravnopravno raspoređene na vodeće položaje. Usposoredbe radi, postoji nerazmjer u omjeru žena na vodećim položajima u kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima (31 %) u odnosu na njihov broj na vodećim položajima u općim bolnicama (54 %).

Što se tiče liječnica na mjestima ravnatelja zdravstvenih ustanova, od pet kliničkih bolničkih centara i tri kliničke bolnice samo su dva KBC-a imala na čelu ženu, ikad. Prof. dr. sc. Santa Većerina Volić bila je prva žena na mjestu v. d. ravnatelja KBC-a Zagreb, a funkciju sanacijske upraviteljice KBC-a Sestre milosrdnice jedno je vrijeme obnašala i prof. dr. sc. Vesna Šerić. Također, 2004. godine došla je na čelo tadašnjeg KB-a Osijek liječnica, prof. prim. dr. sc. Silva Soldo Butković.

A da su liječnice vrsni stručnjaci, ali i izvrsni šefovi i ravnatelji zdravstvenih ustanova, dokazala je i prof. dr. sc.

> NJEMAČKA, SKANDINAVSKE DRŽAVE, NOVI ZELAND, TAJVAN...

... što je zajedničko tim državama koje su se pokazale najuspješnijima u borbi protiv novoga koronavirusa?

Njima vladaju žene.

Ne znamo hoće li se žene, jednom kada podvučemo crt u borbi s koronom, na kraju pokazati boljim liderima u borbi protiv pandemije. No nedavno izvješće Forbesa svrstalo je ženske tehnike vodstva tijekom krize u četiri kategorije: istina, odlučnost, tehnologija i ljubav. Svim lidericama bilo je zajedničko jasno iznošenje isključivo istinitih podataka, čime su razvile golemo povjerenje svojih građana.

Pitate se kakve ljubav ima veze s tim? Norveška premijerka Erna Solber organizirala je press konferenciju samo za djecu, na kojoj se obratila isključivo najmlađoj populaciji, odgovarala na njihova pitanja i objasnila im zašto je OK da se osjećaju preplašeno u doba pandemije. Možete li zamisliti predsjednika Trumpa da učini tako nešto?

Aleksa Markotić, specijalist infektoleg, koja je na čelu Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu. Tijekom epidemije COVID-19 postala je prof. Markotić, kao nezamjenjiva članica Stožera koja je mjesecima svakodnevno izvještavala javnost o epidemiološkim prilikama, prepoznatljivo lice u cijeloj Hrvatskoj. Prof. Markotić odnedavno je i predsjednica Akademije medicinskih znanosti Hrvatske u kojoj su od 235 redovitih članova 63 žene liječnice. U Hrvatskoj akademiji znanosti i umjetnosti, u Razredu medicinskih znanosti, samo su dvije liječnice stalne članice (prof. **Vida Demarin** i prof. **Mirna Šitum**), tri liječnice su članice suradnice (prof. **Iva Dekaris**, prof. **Lovorka Grgurević** i prof. **Aleksa Markotić**), dok je prof. **Hedvig Hričak** dopisna članica.

Promatramo li zastupljenost žena na upravljačkim položajima u bolničkom sustavu, primjetno je da su u Hrvatskoj žene zastupljene kao vodeći kadar u manjim bolnicama, poput općih bolnica, pa tako primjerice, među ostalima, OB Pula, OB Gospić, bolnicu u Vukovaru te OB Šibensko-kninske županije vode liječnice.

„Iz perspektive osmogodišnjeg isku-

stva vođenja bolničke ustanove s oko 250 zaposlenika, kao žena, liječnica, mogu reći da je potrebna sva škola ikad izučena, ona životna, puno strpljenja da se sasluša i nastoji pomoći svakom zaposleniku, promišljanja, procjene granica i vrlina svake osobe od subspecialista do spremaćice, da bi kao dobar menadžer, a k tome i žena, kolegica, pomogla da dosegnu svoje mogućnosti, na korist tima, bolnice, pacijenta. Ljudi često nisu skloni promjenama, nedovoljno su informirani, a tijekom ovih godina bilo ih je više, uključujući i reforme zdravstvenog sustava. Često ovo razdoblje u kojem sam upoznala po četiri ravnatelja na istom položaju drugih zdravstvenih ustanova, uz čast upoznavanja pet ministara zdravstva zovem – „od sanacije, preko master-plana, Cop-a do Korone“.... Putovanje od klasične ekonomije do suvremenog managementa, kroz reforme, ovaj put bilo je moguće proći samo uz veliku prilagodljivost. Prilagodljivost koja je početak i kraj svega, bez oholosti, s puno kolegjalnosti i ljubavi prema čovjeku“, kaže ravnateljica OB-a Gospić, mr. sc. **Sandra Čubelić**, spec. pedijatrije.

Ravnateljica pulske Opće bolnice doc. dr. sc. **Irena Hršić** kazala je o percep-

ciji žene na mjestu ravnatelja kako biti žena na vodećem položaju nije jednostavno niti u jednom sustavu pa tako niti u zdravstvenom. „Multitasking“, koji se često pripisuje ženama, mit je, kaže. „Nitko ne može više stvari raditi istovremeno, ali je kod žena moguća brza izmjena aktivnosti pa to u konačnici nalikuje „multitaskingu“. Najveća je mana žene, ma koliko god svi misili da je to vrlina, iskrenost. A najveća vrlina je ustrajnost. Iz svoga sadašnjeg položaja smatram kao najveću prepreku karijeri činjenicu da se ženama greške ne praštaju, ma koliko god one male i nevažne bile u cjelokupnoj karijeri, pojašnjava dr. Hršić.

Dr. sc. **Mirela Bušić** iz Ministarstva zdravstva, još je jedna liječnica na iznimno odgovornom položaju. Nacionalna koordinatorica transplantacijskog programa kaže kako je taj naš program „perjanica“ hrvatskoga zdravstvenog sustava i ogledni primjer učinkovitog strateškog upravljanja resursima u području visokodiferentne transplantacijske medicine, kao i sinkroniziranog rada svih bolničkih zdravstvenih ustanova u području darovanja organa, a u kontekstu intenzivne skrbi na samom kraju života.

Ipak, ne smijemo zaboraviti spomenuti da je u svim dosadašnjim hrvatskim vladama samo jednom na čelu Ministarstva zdravstva bila žena. Bila je to prof. dr. sc. **Ana Stavljenić Rukavina**, koja je obnašala funkciju ministre zdravstva u Vladi Ivica Račana.

Nažalost, i u 21. stoljeću, čak i u najrazvijenijim državama svijeta, žene se često moraju mnogo više dokazivati i više raditi od svojih muških kolega žele li napredovati u karijeri. Krajem 2017. godine u *JAMA Internal Medicine* objavljeno je izvješće o istraživanju u kojem je, između ostalog, analizirano mentalno zdravlje više od 3100 mladih liječnika u 44 američke bolnice. Prije započinjanja staža postojala je među muškarcima i ženama približno jednaka učestalost simptoma depresije. Nakon šest mjeseci stažiranja oba su spola pokazala drastičan skok na ljestvicama depresije, ali je učinak bio izraženiji u grupi liječnica stažistica. Najvažniji razlog: razdor između posla i obitelji, naveden u više od trećine slučajeva nejednakosti. Istraživanje je također pokazalo da liječnice imaju manje izgleda napredovanja prema mjestu redovitog profesora čak i kada ispunе sve stroge kriterije, a tek jednu šestinu svih dekana i šefova katedri medicinskih fakulteta u SAD-u čine žene.

U Hrvatskoj je od svih ikada izabranih dekana četiriju medicinskih fakulteta samo jednom bila izabrana žena, i to na MEF-u u Zagrebu. Prof. dr. sc. **Nada Čikeš** bila je na dužnosti dekanice od 2004. do 2009. godine. Ujedno je bila prva i do sada jedina liječnica urednica Liječničkog vjesnika. I Liječničke novine su kroz povijest uređivali isključivo muškarci. No to se promijenilo 2018. godine kada je glavna urednica Liječničkih novina postala prof. prim. dr. sc. **Lada Zibar**. Bivša dekanica prof. Čikeš (aktualna potpredsjednica UEMS-a, zadužena za specijalističko usavršavanje liječnika u EU-u) kaže kako joj je tijekom karijere bila vrlo važna podrška suradnika i kolega.

„Sretna sam kad mogu podržati rad, pozitivno ocijeniti i dati savjete mlađim kolegicama liječnicama i motivirati ih u dalnjim uspješnim koracima i napredovanju. Imam



Prof. dr. sc. **NADA ČIKEŠ**
bivša dekanica MEF-a
u Zagrebu



Prof. dr. sc.
ANE MARUŠIĆ
glavna urednica Journal
of Global Health

veliko iskustvo uspješnoga zajedničkog rada sa suradnicima u svim područjima u kojima sam imala voditeljsku ulogu. Uz podršku suradnika stjecala sam liderске kompetencije u publicistici (od časopisa Medicinar do Liječničkog vjesnika), organizaciji Zavoda za kliničku imunologiju i reumatologiju u okviru interne medicine i širem kontekstu zdravstvene skrbi. Imala sam podršku širokoga kruga kolega kao dekanica i predsjednica Dekanske konferencije medicinskih fakulteta Hrvatske u razvoju izobrazbe liječnika tijekom uvođenja Bolonjskog procesa i harmonizacije programa u pristupu EU-u“, kazala je prof. Čikeš.

Što se tiče pročelnštva na katedrama medicinskih fakulteta u Hrvatskoj, na MEF-u u Zagrebu 11 od tridesetak katedri vode liječnice, a isto toliko ih vodi katedre i na osječkom MEF-u. Na splitskom MEF-u 12 je pročelnica katedri, dok na riječkom fakultetu 14 od tridesetak katedri vode liječnice. Nesporno je da su žene u svim profesijama, pa tako i u medicini, izborile svoje mjesto u društvu, no prostora za napredak je još puno. Nema razlike u sposobnostima između muškaraca i žena kada je riječ o znanju i izvrsnosti u medicinskom zvanju, no uz fizički i psihički napor koji zahtijeva zdravstvena skrb za pacijente, liječnice imaju i dodatan element usklađivanja profesionalnog i privatnog života, kako kroz majčinstvo tako i kroz, barem u našem društvu, još uvijek prisutne brojne obiteljske obaveze koje se u nas vrlo često smatraju „ženskim poslovima“. Problem je što u društvu još uvijek ne postoji jednost u napredovanju između muškaraca i žena, na što statistike jasno ukazuju.

Za kraj, završimo ovu temu o ženama u medicini i iz medicine citatom liječnice, prof. dr. sc. **Ane Marušić**, svjetski priznate urednica znanstvenih časopisa i glavne urednica *Journal of Global Health*:

„Žene u medicini i iz medicine temelj su medicine. Ono što nedostaje su žene u medicini iznad staklenog krova. Ciljajmo visoko, dosegnimo nebo!“

"Covid oblige"

Prim. dr. sc. BERNARD KAIĆ

Voditelj Službe za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a

RAZGOVOR VODILE
Lada Zibar i Anna Mrzljak

▶ **Kako procjenjujete "tajming" hrvatske reakcije na pandemiju novog koronavirusa? Jesmo li pravovremeno reagirali? Jesmo li strateški spremni za ovakve izvanredene situacije?**

Da, sigurno jesmo. U početku smo uveli zdravstveni nadzor bez izolacije. Praćenje zdravstvenog stanja ljudi koje ulaze u Hrvatsku, prvo iz Kine a zatim iz Južne Koreje, uveli smo puno prije nego ijedna zemlja u Europi. U to su vrijeme zemlje EU putnicima iz zahvaćenih zemalja dijelile letke s informacijama o tome kako da se ponašaju ako obole, a mi smo aktivno nadzirali njihovo zdravstveno stanje tijekom boravka u Hrvatskoj. Nadalje, vrlo smo rano, početkom ožujka, uveli karantenu, puno prije nego većina zemalja u Europi. Tako da mislim da je naš "tajming" bio dobar. Na vrijeme smo bili uveli što je bilo potrebno.

Međutim, mislim da u sustavu postoji još dosta slabosti. Tako je primjerice u početku nedostajala koordinacija između zdravstvenog i drugih sektora. Odmah smo se dobro iskordinirali sa sanitarnom inspekциjom, s obzirom da zbog zdravstvenog nadzora s njima već dugo dobro surađujemo, ali nam je za koordinaciju s drugim sektorima trebalo više vremena. Mislim da se to s vremenom ispravilo, iako se sve to, nažalost, razvijalo prilično sporo. Mnoge stvari koji su najavljujivane provedene su s većim odmakom. Primjerice, karantene za lude koji nisu imali gdje biti samoizolaciji. Organiziranu karantenu trebalo je imati puno prije nego što su je stožeri organizirali po županijama. To je u početku funkcionalno prilično loše, a poslije se karantena uhodala. U Splitu je karantena jako dobro funkcionala, neko vrijeme i u Zagrebu. No, trebalo smo s time započeti ranije. Zatim, jedinice za izolaciju bolesnih koji imaju blage oblike bolesti, da ne moraju biti u bolnici i ne opterećuju bolnički sustav, zapravo nisu zaživjele. U Zagrebu to zapravo nije nikada ni organizirano, a u tu svrhu je u Rijeci organizirana Thalassotherapy. U Zagrebu se pripremala Arena koja nikada nije dovršena, ali, na sreću, nije niti trebala.

Međutim, manje smještajne jedinice za izolaciju osoba s blagim oblicima bolesti, a koje nismo imali, bile bi korisne jer se ljudi ne bi kod kuće "izolirali" i usput pozaražavali svoje ukućane. No, takve stvari su se trebale brže napraviti. Kao i nabava osnovne zaštitne opreme. Ipak, to se sve u hodu ispravljalo i mislim da je na kraju dosta dobro ispoljeno. Onaj prvi udar epidemije u ožujku, travnju i početkom svibnja dobro se posložio. Jedino sam nezadovoljan brzinom i pojedinačnim koordinacijama. Tako primjerice, kada je trebalo nekoga staviti u karantenu u Zagrebu, u početku se nije znalo tko će organizirati prijevoz tih ljudi. Ljudi su nakon pregleda u Zaraznoj znali satima čekati prijevoz u karantenu na Tomislavov dom na Slijemuenu jer djelatnici klinike niti nadležni epidemiolozi nisu znali koga zvati. A čekali su na hladnoći na otvorenome jer Klinika nije imala prostoriju za takve osobe. Na kraju je isključivo na temelju vlastitog entuzijazma i osjećaja odgovornosti predsjednik kriznog stožera grada osobno došao i organizirao prijevoz ljudi do karantene. U početku nisu postojali algoritmi, koji su se s vremenom stvari uredile i posložile.

▶ **Što je prema Vašem mišljenju zasluzno za razmjerno povoljne brojeve iz prvog vala?**

To što je rano uveden zdravstveni nadzor, što smo vrlo rano počeli stavljati u izolaciju oboljelje i njihove kontakte, te poduzete mjere na državnim granicama, što je uključivalo obveznu karantenu za one koje ulaze. A što se tiče zabrane napuštanja prebivališta koja je uvedena nakon potresa, moram priznati da ne znam bih li ja u tom trenutku to smatrao potrebnim. No to se, sasvim sigurno, pokazalo kao jedna od mjeru koja je bitno doprinijela smanjenju prijenosa bolesti. Kao i zatvaranja restorana, kafića, klubova i sve što je uz to išlo - zabrana okupljanja općenito. To su sve mjeru koje smo mi uveli kao jedni od prvih u Europi i to je dovelo do prekida prijenosa bolesti.

▶ **Iznenađuje li Vas brzina drugoga vala? Jesmo li prerano popustili s mjerama?**

Ne, ne iznenadjuje me, jer tih mjeru praktički više nema, sadašnja je situacija više od popuštanja. Vrijeme početka popuštanja je bilo ispravno, jer znam kada bi ih i trebalo popustiti ako ne u tom trenutku kad smo imali

tako dobru epidemiološku situaciju. Ako je ikad trebalo, onda ih je tad trebalo popustiti. Međutim, uz popuštanje mjera, otvaranje granica, otvaranje restorana i kafića, trebalo je ojačati opće mjerne – razmak - distancu, maske o kojima se tada još nije puno govorilo, kao i općenito higijenu. Bilo je bitno to ojačati i naglašavati te insistirati na pridržavanju općih mjer i onda ne bi došlo do ovakvog porasta oboljelih kakav sada imamo. Kada su se otvorile granice za deset zemalja, nisam bio previše sretan, jer su Njemačka i Poljska u tom trenutku imale još uvijek jako visoku incidenciju bolesti. Pripremili smo upute za povratnike iz inozemstva kako bismo smanjili rizič od širenja bolesti koju nam unesu putnici iz inozemstva, no rijetko ih se tko pridržavao. U istom tom aktu su i za sve druge zemlje Europe, ali i izvan nje, dodane su iznimke poput gospodarskih i osobnih interesa, što je široka kategorija, a to nam je jako povećao priljev ljudi iz inozemstva. S time je počeo ovaj novi porast oboljelih, a nakon toga u Zagrebu, sada slobodno možemo reći, imamo proširenu transmisiju bolesti. Do izlaska tiskanog izdanja Novina, možda će biti proširene transmisije i u drugim dijelovima Hrvatske. Jer nakon početnog unosa izvana, ponajviše iz Srbije, Bosne i Slovenije, sada više ne dominiraju importirani slučajevi nego naši vlastiti. Pogotovo među mladima koji se druže po klubovima, a to se moglo sprječiti i nije se baš trebalo samo tako pustiti. Jer iako postoje preporuke za rad klubova, teško je za očekivati da će se ih se netko pridržavati na mjestima gdje se uobičajeno pleše, grli i skače. Zvuči li ikome realističan višesatni boravak u noćnom klubu uz trajno održavanje razmaka od 1,5 metra od svih ostalih gostiju?

▶ **Kakav je Vaš stav u vezi s ekonomskim prioritetima? Jesu li naši postupci u prvom valu bili predrastični? Koje su nam sada za svakodnevni život najvažnije mjeru kojih se moramo pridržavati?**

Broj oboljelih smo mogli zadržati na nuli da smo ostali u lockdownu, ali tada bismo ubrzo ekonomski propali. Naravno da se mora napraviti kompromis između želje za očuvanjem zdravlja i ekonomije.

Ne mislim da su postupci u prvom valu bili predrastični. Mislim da je predrastično bilo postupanje prema ljudima u samoizolaciji.

Ja mislim da nije trebalo ljude kažnjavati ako su u samoizolaciji izašli iz kuće nešto nužno obaviti. Jer netko tko je u samoizolaciji je zapravo zdrava osoba koja ima samo nešto veći rizik da će oboljeti nego bilo tko drugi, zato što je bio u kontaktu s oboljelim. A osobito ljudi koji su došli izvana, oni čak nisu ni bili u izravnom kontaktu s koronom. Takva osoba mora ići u dućan ili ljekarnu ili doktoru i nije primjerenog da ga se kazni. Nije svrha samoizolacije nekoga držati dva tjedna zaključanoga u sobi, nego je svrha da ta osoba ne ostvaruje bliske fizičke kontakte s drugim ljudima jer se tim putem prenosi bolest. Drugim riječima, ako osoba u samoizolaciji s maskom ode pješice do ljekarne bez upuštanja u razgovor s prolaznicima ili noću prošeće psa po livadi bez zadržavanja u skupini i bez razgovora s drugim ljudima, to nije kršenje načela i svrhe samoizolacije. Osobito su me začudili natpisi na ljekarnama koji su isticali da osobe koje su u samoizolaciji ne smiju dolaziti kao i osobe koje su bile u kontaktu s njima. Pitao sam se pa kako će uopće netko odnijeti lijek iz ljekarne osobi koja je u samoizolaciji. U kasnijoj fazi epidemije ljekarne su organizirale dostavu, ali u početku, dok nije bilo dostave, to je bilo absurdno.

Što se ekonomije tiče, ljudi pogrešno misle da će privući turiste ako im dozvole da rade što hoće. Ja imam kontakata s tour operatorima, ljudima koji prodaju turističke aranžmane, ambasadorima, i svi žele znati da će njihovi građani u Hrvatskoj biti sigurni. Oni žele vidjeti da se drži razmak, da se pojedinačno ulazi u trgovinu, da se nose maske jer su u principu puno skloniji poslati svoje turiste u zemlju koja se pridržava svih tih mjeru. Vidim da turisti dolaze, ali mislim da bi mogli i više dolazili kada bi vidjeli da se pridržavamo propisanih mjeru. Kao pozitivan primjer imam informacije da se po hotelima ljudi lijepo pridržavaju mjeru koje postoje za turističke objekte i to je veliki plus. Što se mjeru u svakodnevnom životu tiče, one su vrlo jednostavne - to su razmak, maske i često pranje sapunom ili dezinfekcija ruku.

➤ Je li ovo najava nekog novog razdoblja? Možemo li u skorijoj budućnosti očekivati slične epidemije?

Mi oduvijek očekujemo ovako nešto, no mislili smo da će to biti pandemijska gripa, ali nije gripa nego koronavirus. Ali i dalje očekujemo pandemijsku gripu, s promjenjenim virusom koji će poharati stanovništvo prije nego što se razvije cjepivo. Uvijek postoji mogućnost da se pojavi neki novi virus s ovakvim potencijalom, ali se to zapravo jako rijetko događa. Povijesno smo imali najave da će se tako nešto dogoditi s ptičjom gripom koja je bila u Kini prije 10-tak godina, pa se nije proširila. Imali smo SARS prije 13 godina koji je nestao.



Što se mjeru u svakodnevnom životu tiče, one su vrlo jednostavne - to su razmak, maske i često pranje sapunom ili dezinfekcija ruku

Posve novi virus u ljudskoj populaciji je bio manje očekivan nego neka rekombinirana inačica virusa gripe, ali se upravo to dogodilo.

➤ Imamo li dovoljno epidemiologa u Hrvatskoj?

Za ovakvo opterećenje smo sada na rubu, sada već stvarno sustav puca. Kada ovako naglo dođe do porasta broja oboljelih, od bolesti koja se mora na ovaj način obrađivati, svaki bolesnik i svi njegovi kontakti, sustav nije dostatan. Kada bi se sada ovako nastavilo, i broj nastavio rasti na 150 - 200 novooboleljih dnevno, uz sve njihove kontakte, ne bismo imali dovoljno ljudi. Zapravo bi morali prestati pratiti kontakte jer fizički to više ne bi mogli. Postoje, dakako, alternative, može se prebaciti praćenje kontakata i zdravstveni nadzor nad kontaktima na obiteljsku medicinu ili na neke druge službe u javnom zdravstvu kao što neke zemlje rade. Ovakva alternativa preporučena je od Svjetske zdravstvene organizacije ukoliko dođe do opterećenja rutinskog sustava. Neke zemlje kod takvog preopterećenja sustava odustaju od aktivnog praćenja kontakata oboljelih u zajednici i fokusiraju se na rano identificiranje oboljelih, a kontakte prate samo u institucijama poput bolnica i domova za starije osobe.

➤ Što mislite o mobilnim aplikacijama za praćenje kontakata?

Da, trenutačno se radi na mobilnoj aplikaciji za praćenje kontakta, što je preporuka Europske komisije i neke je zemlje imaju. Pojednostavljeni, to je aplikacija koja putem Bluetootha komunicira s drugim uređajima koji imaju instaliran isti program. Ideja je da bilježi blizinu drugog mobitela prema jačini signala i trajanje. Tako da, recimo,

ako netko oboli od korone može kroz taj program poslati poruku da je bolestan, a koja će anonimno stići do svih kontakata unatrag nekoliko dana. Neki smatraju da će to biti velika pomoć epidemiologiji u traženju kontakata. Međutim, smatram da to neće biti pomoć, nego će izazvati dodatno opterećenje sustava. Jer osoba će s mobitom doći doktoru i pokazati da je bila u kontaktu. No, potrebno je procijeniti je li taj kontakt bio dovoljno blizak za odlazak u samoizolaciju, što povlači sa sobom izostanak s posla ili iz škole, povećavaju se troškovi HZZO-a ukoliko mu se otvoriti bolovanje, donosi sa sobom gubitak osobnih primanja, što je sve zapravo vrlo teška odluka koju je teško donijeti na temelju nikakvih informacija, tj. signala na mobitelu. Često kad znamo točno s kime je osoba bila u kontaktu, znamo podatke o zaraženoj osobi i znamo pojedinosti o vrsti i trajanju kontakta, teško je donijeti odluku o potrebi samoizolacije. S ovakvom aplikacijom treba biti oprezan, te ukoliko se implementira, treba biti unaprijed jasno hoće li HZZO platiti bolovanje na temelju takvog signala, hoće li poslodavac omogućiti iizostanak s posla bez bolovanja, hoće li samoizolacija u tom slučaju biti obvezna, a sve na temelju manjkave informacije poput signala na mobitelu za koju nitko ne preuzima odgovornost.

➤ Je li nam ova pandemija donijela išta dobro i novo?

Iz moje perspektive ne pada mi ništa na pamet. Sve to što se možda nekome čini kao nekakva pozitivna novost, kao intersektorska suradnja, uključivanje cijelog društva u postizanje zajedničkog cilja, nije ništa novo, tako bi trebalo uvijek biti, ako ne i bolje. Čitav zdravstveni sustav bio je preopterećen, osim onih koji su se pozavaruvali od straha od

korone, a uz to cijelo gospodarstvo nije funkcionalo i ljudima je bila vrlo otežana dostupnost zdravstvene skrbi. Ne vidim ništa dobro.

➤ Kakve su Vaše preporuke za daljnje funkcioniranje zdravstvenog sustava?

Ne smije se uskraćivati ostala zdravstvena skrb zbog korone. Ne smije nam se dogoditi da samo zato što se bojimo da korona uđe u zdravstveni sustav, ljudi umiru od drugih bolesti. Nadam se da se to nije dogodilo, ali to se može dogoditi. Ne smije se dogoditi da ljudima bude onemogućen pristup zdravstvenoj skrbi zato jer su u samoizolaciji ili zato što su pozitivni, ako im treba npr. hitan zahvat, ili da im se uskrati uputnica da se napravi obrisak. Do sada smo zaprimili razne pritužbe, da neki ljudi uopće ne mogu doći do svojega doktora, da im je otežan pristup u bolnice, osobito sada kada se traži test na koronu, a ljudi ne mogu doći do uputnice za obriske. To nije generalno, to su pojedinačni slučajevi, međutim, ne smije ih biti toliko da upadaju u oči. Zahtjev za negativnim nalazom obriska prije hospitalizacije ili nekih zahvata je zgodna odluka da se zaštiti zdravstveni sustav, da se smanji mogućnost ulaska korone u bolnice, no, mora postojati prateća logistika koja to mora omogućiti, a ne da ljudi lutaju i gube termine za pretrage na koje su čekali mjesecima. To se događalo za vrijeme

prvog vala i sada se ponovo počelo događavati. To treba zaustaviti. Doktori moraju znati da je svatko tko dove potencijalno zarazan i moraju se štititi. Mi u zdravstvenom sustavu moramo promjeniti svoj odnos prema postupcima sprječavanja infekcija na način da se na siguran način svima pruži potrebna zdravstvena skrb, umjesto da se na štetu pacijenata skrb odgađa ili uskraćuje. U početku epidemije to je bilo teško provesti zbog nedostatka osobne zaštitne opreme, ali mislim da sada ima dovoljno zaštitne opreme za funkcioniranje zdravstvenog sustava na malo izmijenjen način, ali u zadovoljavajućem opsegu.

➤ A što je sa studijom seroprevalencije?

Završili smo testiranja, ali nismo od prioritetnih poslova stigli napraviti temeljitu analizu. Mogu Vam reći osnovne podatke. Kod 24 osobe smo našli protutijela IgG testiranjem pomoću postupka ELISA, što bi ukazivalo da je oko 2 % stanovništva, temeljeno na našem uzorku, bilo u kontaktu s virusom, tj. bilo zaraženo i razvilo specifična protutijela. Od tih 24, samo dvoje je testom neutralizacije bilo jasno pozitivno, što ukazuje da manje od 10 % zaraženih ima zaštitu. Od 24 pozitivnih u testu ELISA, njih 15 je imalo simptome koji se mogu pripisati COVID-19, a 9 je bilo bez ikakvih simptoma u vrijeme otkad

je epidemija krenula u Hrvatskoj. Dakle, na našem malom uzorku, više od 30 % zaraženih je bilo bez simptoma bolesti.

Ovi rezultati ukazuju na nekoliko stvari. Prvo, mali je postotak ljudi bio u kontaktu s virusom u prvom dijelu epidemije, što smo i očekivali.

Ali i taj mali postotak znači da je na jednog prepoznatog bolesnika bilo 30 neprepoznatih. To dovodi u pitanje smisao ogromnog angažmana oko identificiranja svih kontakata poznatih bolesnika i zahtjeva revidiranje epidemiološkog nadzora nad oboljelimima i kontaktima.

Nadalje, zabrinjavajuće je što je samo dvoje od 24 koji su najvjerojatnije bili zaraženi steklo imunitet definiran neutralizirajućim protutijelima. Ako je to doista tako, ideja o tome da će se s vremenom postići nekakva visoka razina kolektivnog imuniteta je iluzorna.

Nadalje, ovo nam istraživanje omogućuje uvid u smrtnost od COVID-19, koja je, ako se broj poznatih umrlih od COVID-19 podjeli s procjenom broja zaraženih, oko 0,13 %. To na prvi pogled zvuči kao dobra vijest, ali nije dobra kad se zna da je više od 99 % stanovništva osjetljivo.

KRONOLOGIJA EPIDEMIJE COVID-19 U HRVATSKOJ DRUGIH 70 DANA (27. travnja – 5. srpnja 2020.)

27. travnja

Virus počinje znatno slabjeti i Hrvatska ulazi u prvu fazu popuštanja mjera, a nadležni pozivaju na oprez, upozoravajući da situacija još nije normalizirana niti se vraćamo na način života od prije epidemije. Omogućen je rad svim poslovnim subjektima koji obavljaju djelatnost trgovine, osim onih koji posluju unutar trgovačkih centara.

4. svibnja

Počelo je postupno reaktiviranje zdravstvenog sustava i početak rada djelatnosti u kojima se ostvaruje bliski kontakt, poput frizera i pedikera, ali uz poštivanje epidemioloških mjera.

11. svibnja

Počinje treća faza popuštanja epidemioloških pa su se tako otvorile osnovne škole za učenike razredne nastave, a nakon gotovo dva mjeseca počinju raditi trgovački centri, kafići i restorani. Uspostavlja se međugradski cestovni, željeznički i domaći zračni prijevoz putnika, te se otvaraju autobusni i željeznički kolodvori za međugradski promet.

18. svibnja

Nakon gotovo tri mjeseca svakodnevne komunikacije s medijima i nakon 95 susreta s novinarima Stožer je ukinuo praksu svakodnevnih korona konferencija za medije.

23. svibnja

Prvi put nakon 76 dana u Hrvatskoj u posljednja 24 sata nema novooboljelih od korone pa je ukupan broj slučajeva ostao na 2.243.

26. svibnja

Nacionalni stožer je zbog povoljne epidemiološke situacije ukinuo zabranu rada trgovinama nedjeljom.

28. svibnja

Vlada RH donosi odluku kojom se omogućuje ulazak u zemlju državljanima Slovenije, Austrije, Madarske, Češke, Slovačke, Estonije, Litve, Latvije, Njemačke i Poljske.

31. svibnja

I dalje nema novih slučajeva zaraze u Hrvatskoj. Stožer je donio i dvije nove odluke

o popuštanju mjera. Ukida se zabrana javnih događanja i okupljanja s više od 40 ljudi te će se od danas broj ljudi koji mogu biti prisutni na javnim događanjima i okupljanjima određivati preporukama i uputama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, zajedno s ostalim protupandemijskim mjerama. Sportska natjecanja moći će se održavati bez prisustva gledatelja, od 30. svibnja na otvorenom i od 13. lipnja u zatvorenim objektima.

Od 1. lipnja do 13. lipnja

Broj oboljelih porastao je u dva tjedna za 8 te sada ukupan broj iznosi 2251. Do sada je testirano 69.967 osoba, na bolničkom liječenju je još 6 osoba, a ukupno je 107 preminulih.

15. lipnja

Broj novooboljelih u RH u 24-satnom razdoblju je 2, čime je ukupan broj oboljelih od novog koronavirusa 2254. Do sada su testirane 70.254 osobe, a na bolničkom liječenju je 7 osoba. Na respiratoru nema pacijenata. Ukupan broj ozdravljenih je 2140.

17. lipnja

Broj novooboljelih u RH u 24-satnom razdoblju je 3, čime je ukupan broj oboljelih od novog koronavirusa 2258. Jedna novooboljela osoba je iz Splitsko-dalmatinske županije, a dvije iz Grada Zagreba. Do sada je testirano 70.712 osoba. Na bolničkom liječenju je 5 osoba.

18. lipnja

Broj novooboljelih je 11! Time je ukupan broj oboljelih od porastao na 2269. Jedna novooboljela osoba je iz Sisačko-moslavačke županije, dvije su iz Istarske županije, tri iz Splitsko-dalmatinske županije, zatim tri iz Zagrebačke županije te dvije osobe iz Grada Zagreba. Do sada je testirano 70.995 osoba, a na bolničkom liječenju je 9 pacijenata.

19. lipnja

Broj novooboljelih osoba je 11, čime je ukupan broj porasao na 2280. Jeden je iz Zagrebačke županije, pet iz Splitsko-dalmatinske županije i pet je novooboljelih osoba iz Grada Zagreba. Do sada je testirano 71.814 osoba, a na respiratoru i dalje nema oboljelih.

20. lipnja

Broj novooboljelih se povećava iz dana u dan! Danas je zabilježeno čak 19 njih te se ukupan broj oboljelih penje na 2299. Jedna novooboljela osoba je iz Primorsko-goranske županije, jedna iz Zagrebačke županije, šest iz Grada Zagreba, sedam iz Splitsko-dalmatinske županije, dvije osobe su iz Osječko-baranjske županije, jedna je iz Brodsko-posavske županije i jedna je iz Šibensko-kninske županije. Ukupan broj ozdravljenih je 2142, od toga ih je 833 otpušteno iz bolnice, a kod kuće je ozdravilo 1314 osoba.

21. lipnja

Sada je definitivno da se korona ponovno vratila među stanovništvo. Danas je 18 novooboljelih, čime je ukupan broj oboljelih 2317. Najviše novih slučajeva ponovno bilježi Grad Zagreb, njih 10. Jedna je novooboljela osoba iz Splitsko-dalmatinske županije, jedna iz Zagrebačke županije i jedna iz Dubrovačko-neretvanske županije te 5 iz Osječko-baranjske županije. Finale zadarskog teniskog turnira Adria Tour otkazano je zbog zaraze! Tenisač Grigor Dimitrov, koji je igrao i družio se s publikom i igračima na turniru u Zadru, objavio je medijima da je zaražen novim koronavirusom. Zadarski epidemiolozi pozvali su sve koji su bili u kontaktu s tenisačem da se prijave na testiranje.

22. lipnja

Bilježimo 24 nova slučaja zaraze koronom pa ih je ukupno 2336. Po jedan novooboljeli je iz Bjelovarsko-bilogorske županije, Šibensko-kninske, Dubrovačko-neretvanske, Međimurske te Koprivničko-križevačke županije. Devet novooboljelih osoba je iz

Grada Zagreba, 3 iz Osječko-baranjske županije, a 2 su iz Zadarske županije. Do sada je testirano 72746 osoba, a na bolničkom liječenju nalazi se 9 pacijenata. Vlada RH objavila je, nakon što se premijer Plenković vratio sa zadarskog teniskog turnira, da je njegov nalaz negativan. Premijer je kazao da nema potrebe da ide u samoizolaciju.

23. lipnja

Čak 30 novooboljelih podiglo je ukupan broj na 2366. Jedna novooboljela osoba je iz Istarske županije i jedna iz Brodsko-posavske županije. Dvije su iz Dubrovačko-neretvanske županije i dvije iz Zagrebačke županije. 12 novooboljelih osoba je iz Grada Zagreba te 12 iz Osječko-baranjske županije. Novo žarište korone je samostan Milosrdnih sestara Svetog Križa u Đakovu. Provincijalna poglavarica potvrdila je da je od 12 testiranih časnih sestara, njih 10 pozitivno. U samostanu je oko 180 sestara i sve su u samoizolaciji.

24. lipnja

Utvrđuje se poseban režim ulaska u RH osoba koje dolaze iz BiH, Kosova, Republike Srbije i Sjeverne Makedonije. Broj novooboljelih u Hrvatskoj je 22, čime je ukupan broj oboljelih od korone 2388. Po jedna novooboljela osoba je iz Zagrebačke županije, iz Zadarske županije, iz Primorsko-goranske, iz Vukovarsko-srijemske i Krapinsko-zagorske županije. Dvije novooboljele osobe su iz Istarske županije, četiri iz Osječko-baranjske županije i 11 iz Grada Zagreba. Na bolničkom liječenju je 18 osoba. Broj umrlih je 107.

25. lipnja

Od danas je obvezno nošenje zaštitnih maski u javnom prijevozu! Broj novooboljelih je rekordan i iznosi 95, čime je ukupan broj oboljelih od korone skočio na 2483. Po jedna novooboljela osoba je iz Brodsko-posavske županije, Šibensko-kninske, Virovitičko-podravske, Splitsko-dalmatinske županije i iz Varaždinske županije. Dvije osobe su iz Istarske županije te iz Sisačko-moslavačke županije. Pet je iz Zadarske, sedam iz Zagrebačke te devet iz Primorsko-goranske županije, 25 novooboljelih osoba je iz Grada Zagreba, a 40 je iz Osječko-baranjske županije. Do sada je testirano 74657 osoba, a na bolničkom liječenju su 42 osobe.

26. lipnja

Na koronu je pozitivan i naš najbolji tenisač Goran Ivanišević! U posljednja 24 sata zabilježeno je 56 novih slučajeva pa je do sada ukupno zabilježeno 2539 osoba pozitivnih na COVID-19. Dosad se oporavilo 2150 osoba. Po jedna novooboljela osoba je iz Brodsko-posavske županije i iz Varaždinske županije, po dvije su iz Koprivničko-križevačke i Zadarske županije, po pet ih je iz Zagrebačke županije, iz Primorsko-goranske te iz Splitsko-dalmatinske županije. Čak 23 su iz Grada Zagreba, a 12 novooboljelih osoba je

iz Osječko-baranjske županije. Liječnik Rajko Ostojić (SDP) od danas je u samoizolaciji jer se tijekom obilježavanja Dana antifašizma družio sa stranačkim kolegama od kojih je jedan objavio da je pozitivan na koronu.

27. lipnja

Čak 85 novih slučajeva zaraze sa SARS-CoV-2 te je broj trenutačno oboljelih (aktivnih slučajeva) u Hrvatskoj danas ukupno 368, a među njima su 54 pacijenta na bolničkom liječenju. Od 25. veljače 2020. kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj do danas je ukupno zabilježeno 2624 osoba zaraženo novim koronavirusom, od kojih je 107 preminulo, a 2152 se oporavilo. U samoizolaciji su trenutačno 2363 osobe.

30. lipnja

Broj aktivnih slučajeva je 515, a novozaražene su 52 osobe, od čega su 2 pacijenta na respiratoru. Stožer civilne zaštite Republike Hrvatske donio je Odluku o privremenoj zabrani prelaska preko graničnih prijelaza RH.

1. srpnja

Jedna je novopreminula osoba (108 ukupno), a zabilježena su 54 nova slučaja zaraze. Broj oboljelih (aktivnih slučajeva) u Hrvatskoj danas je ukupno 568. U samoizolaciji je 3594 osoba, a do danas je ukupno testirano 80.456 osoba.

2. srpnja

Usljed 81 novog slučaja zaraze SARS-CoV-2 broj trenutačno oboljelih (aktivnih slučajeva) u Hrvatskoj je 647. Od 25. veljače 2020., kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj, do danas ukupno je zabilježeno 2912 osoba zaraženih novim koronavirusom, od kojih je 110 preminulo, a 2155 se oporavilo.

3. srpnja

U protekla 24 sata zabilježeno je 96 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2, najviše od početka epidemije. Broj oboljelih u Hrvatskoj danas je ukupno 728. Među njima je 88 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 4 pacijenta. Dvije su osobe preminule te se broj umrlih popeo na 112. U samoizolaciji su 4943 osobe.

4. srpnja

85 pacijenata je na bolničkom liječenju, a novih je 86 slučajeva zaraze. Broj trenutačno oboljelih je 798. U samoizolaciji su 5272 osobe, a do danas je ukupno testirano 84.166 osoba.

5. srpnja

Zbog pandemije koronavirusa i epidemioloških mjer pod kojima se provode, današnji su parlamentarni izbori u Hrvatskoj jedni od najzahtjevnijih od stjecanja neovisnosti. U zemlji je zabilježeno 57 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj trenutačno oboljelih 842. Među njima su 93 pacijenta na bolničkom liječenju, a od tog broja su na respiratoru četiri pacijenta.

KAKO JE NASTAO LOGO KOMORE



Već na jednom od prvih sastanaka Izvršnog odbora Komore nakon njenog osnivanja 1995. godine odlučili smo nabaviti logo Komore. Svi su članovi dobili zadatku da nađu nekoga tko bi mogao dizajnirati logo ali – besplatno. Naime, u početku bili smo tako siromašni da nismo mogli platiti nikakav uradak, čak smo od Hrvatskog liječničkog zbora morali

posuditi novac za plaću administrativne djelatnice.

Kako je svaki od nas imao puno prijatelja među kojima je bilo i slikara i dizajnera, već na idućem sastanku dobili smo na uvid nekoliko različitih prijedloga. Bilo je tu i okruglih i kvadratnih prijedloga za logo, no jedan se posebno isticao jer je imao sve što je trebao imati: Eskulapovu

zmiju, natpis, kockicu i sve tri hrvatske boje – crvenu, bijelu i plavu. Bio je to prijedlog koji je donio iz Slavonskog Broda dr. Josip Jelić, a autor je bio gospodin Zlatko Kuhar, slikar i dizajner. Vrlo smo se brzo svi izjasnili za današnji logo koji na prav način odgovara našoj liječničkoj profesiji, a i nacionalnom identitetu.

Egidio Ćepulić i Josip Jelić

Komorino sučeljavanje o zdravstvu: dug prešao 10 milijardi, a svaki dan raste za 150 milijuna



"Dug u zdravstvu iznosi 8,6 milijardi kuna, a tome treba dodati dvije milijarde, koliko iznosi obećanje liječnicima za neplaćeni prekovremeni rad, upozorenje je na tribini "Liječništvo i zdravstvo – programi, rješenja, obećanja" koja je održana 16. lipnja u organizaciji Hrvatske liječničke komore. Na tribini su HDZ, Restart koalicija, Most i Domovinski pokret predstavili predizborne zdravstvene programe svojih stranaka odnosno koalicija. No, dok Ivan Bekavac (Most)

smatra da nedostatak novca generira država koja ne podmiruje troškove zdravstvene zaštite za pojedine kategorije stanovnika, pa tu razliku plaćaju građani iz doprinosa. Ante Čorušić (HDZ) rekao je kako se to događa zbog sve većih ulaganja u sve skuplje lijekove i tehnologiju. Danko Vrdoljak (SDP) pak ustvrdio je kako je bivša SDP-ova vlada drastično smanjila dugove u zdravstvu, ali u protekle četiri godine nije napravljeno ništa kako bi

se dug smanjio, već je porastao. "Dug u zdravstvu raste za 150 milijuna svaki dan, a ništa u protekle četiri godine nije napravljeno da se to smanji. Mi smo u bankrotu i ovisimo o tome hoće li nas dobavljači blokirati", kazao je Vrdoljak. Milan Vrkljan (Domovinski pokret) naveo je da od 27 milijardi kuna zdravstvenog proračuna 10 odlazi u bolnički sustav, a po 5 milijardi za primarnu zaštitu i lijekove. Vrkljan je istaknuo i da nije proveden ni jedan strateški projekt zapisan u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva do 2020.

Sudionici predizbornog sučeljavanja složili su se da **liječnicima treba платити орађени, а неплаћени prekovremeni rad** od 2012. Taj dug iznosi 2,1 milijardu kuna, a više tisuća liječnika potražuje svoj novac sudskim tužbama protiv svojih bolnica.

(Izvor: Tportal, Hina)

KOMORA DODIJELILA STIPENDIJE ZA INOZEMNO STRUČNO USAVRŠAVANJE

Hrvatska liječnička komora odabrala je 115 kandidata kojima će dodijeliti novčana sredstva za inozemno stručno usavršavanje u 2020. godini. Time je završen natječaj kojim HLK svake godine podupire svoje članove u stjecanju novih ili unaprjeđenju postojećih znanja i vještina, kako bi ih zatim implementirali u svoj svakodnevni rad te prenijeli ostalim kolegama liječnicima. Na natječaju koji je bio otvoren od siječnja do ožujka

2020. prednost su imali kandidati čija inozemna edukacija traje dulje od 10 dana, kao i kandidati koji volonterski aktivno sudjeluju u Komorinim projektima. Budući da su ove godine zbog pandemije koronavirusa odgođena brojna inozemna stručna usavršavanja, molimo kandidate koji su ostvarili pravo na stipendiju da nam jave nove termine, s napomenom da edukacija mora započeti najkasnije do 31. prosinca 2020.



Zbog aktualne epidemiološke situacije u zemlji odgađa se svečano obilježavanje 25 godina od osnutka Hrvatske liječničke komore

NATJEČAJ

Diploma Europskog odbora za transplantacijsku medicinu u sklopu UEMS (Union Europeene de Medecins Specialistes) predstavlja potvrdu najvišeg stupnja profesionalnog usavršavanja u transplantacijskoj medicini. Ove godine Europski odbor za transplantacijsku medicinu raspisao je natječaj u kojem etablirani transplantacijski stručnjaci mogu steći počasnu diplomu (Honorary diploma). Prijave za natječaj otvorene su do 15. rujna 2020. Za sve informacije o uvjetima, procesu prijave i vrednovanja posjetite stranice odbora <https://uemssurg.org/divisions/transplantation/transplant-medicine/ebtm-honorary-diploma> ili se obratite na anna.mrzljak@gmail.com.



> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U LIPNU 2020.

3. lipnja	On-line znanstvena konferencija Better Future of Healthy Ageing 2020-BFHA 2020 (dr. sc. K. Luetić)
4. lipnja	Sportsko-edukativni projekt Aktivna Hrvatska, Sisak
12. lipnja	Virtualni sastanak CPME - The Standing Committee of European Doctors (dr. sc. M. Perić)
15. lipnja	Konferencija za novinare: Predstavljanje Digitalnog atlasa hrvatskog liječništva, Zagreb (dr. sc. K. Luetić, dr. I. Raguž)
16. lipnja	Gostovanje u emisiji Hrvatskog radija „Izaberi zdravlje“ (dr. sc. K. Luetić)
16. lipnja	Tribina HLK „Liječništvo i zdravstvo – programi, rješenja, obećanja“, Zagreb
17. lipnja	Gostovanje u HRT-ovoј emisiji „Studio 4“ (dr. sc. K. Luetić)
19. lipnja	Virtualni sastanak ENMCA - European Network of Medical Competent Authorities (dr. L. Rossini Gajšak)
30. lipnja	Sastanak Ekspertne skupine Kriznog stožera Ministarstva zdravstva, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U LIPNU 2020.

2. lipnja	Sjednica Povjerenstva za privatnu i USID
4. lipnja	Sjednica Izvršnog odbora
9. lipnja	Sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti
16. lipnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
19. lipnja	Sjednica Povjerenstva za međunarodnu suradnju
24. lipnja	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
26. lipnja	Sjednica Vijeća
26. lipnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
29. lipnja	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
1. – 30. lipnja	8 rasprava na Časnom sudu
1. – 30. lipnja	6 rasprava na Visokom časnom sudu

Članovima HLK-a popust pri kupnji školske opreme i pribora

U suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom Narodne novine d.d. kao znak zahvalnosti na nesebičnom i požrtvovnom angažmanu tijekom najtežih dana epidemije COVID-19 daruju popust od 30 posto članovima HLK-a za kupnju kvalitetnih anatomske školske torbi, ruksaka i pernica proizvođača Herlitz i Bodypack. Akcija traje do 25. srpnja 2020. i odnosi se na sve vrste plaćanja. Popust možete iskoristiti u svim prodavaonicama Narodnih novina d.d. širom Hrvatske uz predočenje liječničke iskaznice Hrvatske liječničke komore.



N A J B O L J A F O T O G R A F I J A

TEMA IZBOR



Pozivamo liječnike da nam za sljedeći broj Liječničkih novina (do konca lipnja) pošalju tematsku fotografiju čiji su oni autori, a koja prikazuje temu "PONOS".
Najbolju fotografiju (prema izboru uredništva) nagradit ćemo objavom u Liječničkim novinama.

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

Transplantacija fekalne mikrobiote ili prijenos fekalne mikrobiote u Zavodu za gastroenterologiju KB-a Merkur

 doc. dr. sc. IVANA MIKOŠEVIĆ
prof. dr. sc. TAJANA FILIPEC KANIŽAJ
prof. dr. sc. MAJA ABRAM
prof. dr. sc. DAVOR ŠTIMAC
mr. sc.IRENA KRZNARIĆ-ZRNIĆ

Iako se individualno razlikuje, crijevna mikrobiota čovjeka stabilna je u broju i vrstama mikroorganizama. Duž probavnog sustava broj bakterijskih stanica varira. Tako je u želucu broj mikroorganizama, pristiglih iz usne šupljine, zbog niskog pH želučane kiseline, reducirana na 100 bakterija po gramu. Broj mikroorganizama se zatim povećava od 1.000.000 u tankom crijevu do 1.000.000.000 u debelom crijevu. Osim velike antimikrobne zaštitne uloge, ljudska mikrobiota ima i značajan utjecaj na metabolizam i imunosni sustav čovjeka, čime ima važnu ulogu u očuvanju zdravlja čovjeka. „Zdrava“ ili uravnotežena crijevna bakterijska flora važan je čimbenik potpunog zdravlja čovjeka. No, taj uravnoteženi sustav mogu narušiti različiti unutarnji i vanjski čimbenici, npr. veće promjene i poremećaji u prehrani, unos antibiotika, starenje, utjecaji okoliša. Današnji "moderan" način života uvelike utječe na poremećaj crijevne mikrobiote. Mikrobiota ima potencijal u liječenju mnogih bolesti, posebno onih koje zahvaćaju tanko i debelo crijevo. Prije više od 2000. godina Hipokrat je rekao "sve bolesti kreću od crijeva", čime je prepoznata uloga i važnost probavnog sustava.

Promjene crijevne mikrobiote uočene su u različitim bolestima probavnog sustava: sindroma iritabilnog crijeva, kroničnih upalnih crijevnih bolesti poput ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti, karcinoma crijeva i nealkoholne masne jetre. Sve veći broj istraživanja upućuju i na njenu povezanost s nastankom pretilosti. Posljednjih se desetljeća znatno povećao broj oboljelih od alergijskih bolesti. Istraživanja potvrđuju da poremećaji u sastavu mikrobiote imaju ulogu i u njihovu nastanku. Posljednjih se godina znanstvenici bave proučavanjem uloge ljudske mikrobiote u razvoju šećerne bolesti, kao i različitih duševnih bolesti poput depresije. Neki znanstvenici povezuju i autizam s poremećajem crijevne mikrobiote.

Ideja o ljekovitom učinku transfera crijevne mikrobiote s jedne na drugu osobu stara je gotovo dvije tisuće godina. Prvi zapis o takvom postupku datira iz kineske medicine u četvrtom stoljeću, a Eiseman je 1958. god. liječio pseudomembranozni kolitis klizmama pripremljenima iz stolice. No, tek posljednjih desetak godina mikrobiota postaje jedna od najeksploatiranih temi, ne samo u gastroenterologiji već i medicini uopće.

Transplantacija fekalne mikrobiote ili prijenos (transfer) fekalne mikrobiote (FMT) oblik je liječenja infuzijom tekućeg filtrata stolice (fecesa) zdravog darovatelja u crijevo primatelja kako bi se postigla normalizacija crijevne flore. Najprihvaćenija indikacija za liječenje FMT-om je zaraza bakterijom *Clostridium difficile* (CD), otpornom na antibiotik. Prema ESCMID (*European Society for Microbiology and Infectious Disease*) kliničke slike mogu biti teške, rekurentne i refraktorne i ovakvi su oblici indikacija za liječenje FMT-om. Ovaj postupak liječenja prihvaćen je kao visoko učinkovit u zemljama Europske unije, Skandinavije te SAD-a i šire za ponovljenu ili otpornu zarazu bakterijom CD u razvoju teškog oblika te zaraze i bolesti koju predstavlja pseudomembranozni kolitis. Zbog starenja populacije je posljednjih godina povećan primjena antibiotika, osobito u bolničkim uvjetima, što za posljedicu ima porast incidenca zaraze CD-om.

Koncept FMT-a prvi put se primjenjivao u Kini prije 1700 godina u liječenju gastrointestinalnih poremećaja ljudi uslijed trovanja hranom. U liječenju crijevne upale (pseudomembranoznog kolitisa) FMT je prvi put primijenjen 1958., no rutinska primjena ovog postupka prati se tek unatrag posljednjih desetak godina. FMT je priordan postupak kojim se postiže normalizacija različitosti crijevne flore u bolesnika oboljelih od zaraze CD-om, s visokom stopom kliničkog odgovora; izlječenje se postiže u preko 90 % slučajeva (nakon neuspjeha primjene standardne antimikrobne terapije). Dio regulatornih tijela u svijetu tretira suspenziju fekalne mikrobiote kao lijek, a dio kao oblik tkivne transplantacije. Tehnički,

postupak FMT-a je prilično jednostavan i ne iziskuje testiranje podudarnosti između darovatelja i primatelja, kao što je to slučaj u klasičnim transplantacijama organa. Ono što je vrlo važno je pravilan odabir darovatelja i njegovo testiranje na druge mikroorganizme (analize stolice i krvi), gdje vrlo važnu ulogu imaju mikrobiolozi. Pažljiva selekcija darovatelja danas se temelji na kliničkoj ocjeni. Darovatelji stolice su zdravi dobrovoljci, zbog praktičnosti najčešće iz bolesničke neposredne okoline, koji ispunjavaju potrebne kriterije.

Postupak se sastoji u tome da se nakon pripreme bolesnika (antibiotička terapija, čišćenje debelog crijeva standardnim protokolom), uzima stolica zdravog darovatelja koji je prethodno testiran prema važećim smjernicama na zarazne bolesti i stanja koja predstavljaju isključni kriterij te se potom ta stolica tretira najčešće fiziološkom otopinom u omjeru 1 : 3-5. Tekući filtrat stolice zdravog darovatelja najčešće primjenjujemo tijekom pregleda debelog crijeva kolonoskopom gdje se tekući filtrat stolice instalira u cekum i uzlazni dio debelog crijeva. Također, tekući filtrat stolice može se primijeniti u prethodno postavljenu nazogastričnu ili nazojejunalnu sondu. Mogu se kombinirati i obje metode. Instalirati se može svježe pripremljena suspenzija stolice u vremenu od najviše 6 sati od dobivanja stolice ili svježe smrznuta suspenzija koja se otapa na dan transfera. FMT je relativno sigurna metoda, a nuspojave primjene FMT-a su rijetke i mogu uključivati mučninu, proljev, opsticiju, zimice ili znakove sustavnog upalnog odgovora. Rijetko se može javiti i pogoršanje upale crijeva. U slučaju primjene otopine putem nazogastrične ili nazoduodenalne sonde moguća je i aspiracija, a zabilježeni su i smrtni ishodi koji su bili posljedica aspiracije fekalnog sadržaja.

Najčešća i ujedno i jedina službena indikacija za primjenu FMT-a je crijevna zaraza bakterijom *C. difficile* (razvoj pseudomembranoznog kolitisa). Međutim, primjena FMT-a intenzivno se istražuje u liječenju upalnih te funkcionalnih crijevnih bolesti (sindroma

iritabilnog crijeva). U tijeku su istraživanja o njezinoj primjeni u nizu bolesti, od debljine i metaboličkog sindroma pa sve do neuropatijskih bolesti poput multiple skleroze, Parkinsonove bolesti i autizma.

Prva fekalna transplantacija u nas učinjena je u KBC-u Rijeka 2017. godine, čime je KBC Rijeka postao jedino središte u regiji koje provodi ovaj postupak. Otada je u KBC-u Rijeka učinjen FMT u 11 bolesnika. Sljedeći načela "dobre kliničke prakse" i uz podršku KBC-a Rijeka i njezinog ravnatelja prof. dr. sc. Davora Štimca, 29. svibnja ove godine je u Zavodu za gastroenterologiju KB-a Merkur učinjen prvi FMT u dvije bolesnice s recidivirajućom zarazom *C. difficile*, čime je Zavod za gastroenterologiju KB-a Merkur postao drugo središte u Hrvatskoj koje je uvelo ovu metodu. Zahvat je izведен u suradnji s prof. dr. sc. Maja Abram sa Zavoda za mikrobiologiju, KBC-a Rijeka, te uz veliku podršku mr. sc. Irene Krznarić-Zrnić sa Zavoda za gastroenterologiju KBC-a Rijeka. Tim liječnika i medicinskih sestara koji je sudjelovao u provođenju FMT-a u dvije pacijentice u KB-u Merkur bili su pročelnica Zavoda za gastroenterologiju KB-a Merkur, prof. dr. sc. Tajana Filipc Kanižaj i liječnica doc. dr. sc. Ivana Mikolašević koja je prije nekoliko mjeseci prešla iz Zavoda za gastroenterologiju KBC-a Rijeka u Zavod za gastroenterologiju KB-a Merkur. Uz navedene liječnice sudjelovao je i tim sjajnih medicinskih sestara/tehničara; Ivona Periša, Goran Brstilo, Silvija Kovačić i Karolina Herceg. Kao gost i "supevizor" zahvatu prisustvovala je mr. sc. Irena Krznarić-Zrnić. Inače, KB Merkur je bolnica koja je poznata po sjajnom transplantacijskom programu, a Zavod za gastroenterologiju KB-a Merkur vjeruje da će i razvijanjem ovog oblika transplantacije doprinijeti sveukupnoj zdravstvenoj skrbi koju ova bolnica pruža.

Infekcija u ove dvije pacijentice se razvila kao posljedica primjene antibiotika. Darovatelj je bila bolesnicama nepoznata, mlada i zdrava osoba kod koje su provedena sva potrebna testiranja prije uzimanja stolice. Metoda je primjenjena apliciranjem pripravka stolice putem kolonoskopa. Postignut je potpun oporavak. Fekalna mikrobiota postaje jedan od novih pristupa u personaliziranoj medicini, s prirodnim transferom mikrobiote zdravog darovatelja bolesniku s potencijalno izlječivom bolešću. Ovo je i primjer sjajne suradnje dviju ustanova u svrhu dobrobiti pacijenta.

Prvi online sastanak Europskog udruženja mladih liječnika (EJD)

European Junior Doctors Permanent Working Group (EJD) je udružba koja okuplja nacionalna udruženja mladih liječnika unutar Europe. Osnovana je 1976. godine i od tada je prerasla u europsku medicinsku organizaciju s najvećim brojem članstva, predstavljajući preko 300 000 mladih liječnika diljem Europe. Registrirana je u Bruxellesu kao nevladina organizacija, neovisna i neprofitna.

Cilj EJD-a je osigurati najveću kvalitetu specijalističkog medicinskog usavršavanja, pravedne (fair) radne uvjete i prepoznatljivost, te slobodnu i neopterećenu mobilnost mladih liječnika Europe.

Trenutačno EJD-a ima 21 zemlju članicu uključujući i Hrvatsku. Sastanci se održavaju dvaput godišnje. Ove godine proljetni sastanak je trebao biti održan u svibnju u Helsinkiju ali je spriječen zbog pandemije SARS-CoV-2, stoga se Izvršni odbor odlučio za sastanak online. Prvi puta u povijesti ove organizacije održan je takav sastanak 24. svibnja 2020. godine. Hrvatsku su predstavljali Vedran Šćuric dr. med., glavni delegat i član Povjerenstva za mlade liječnike te Marija Rogoznica, dr. med., delegat i predsjednica Povjerenstva za mlade liječnike.

Sastanak je započeo odabirom Mathiasa Kornera, predsjednika EJD-a za voditelja sastanka te

odobravanjem dnevnog reda. Proces glasovanja na bilo koju temu je takav da svaka zemlja članica ima jedan glas, a pri ovom sastanku bilo je 19 članica s pravom glasa. Zapisnik prošlog sastanka koji se odvijao 1. studenog 2019. godine prihvaćen je s 18 glasova za i jednim suzdržanim. Izabran je novi komunikacijski činovnik EJD-a, Francuz Nicolas Kitić. Odluka da se trenutačni mandat predstavnika pri UEMS-i produži pravdan je time što zbog aktualne pandemije predstavnici nisu mogli putovati i obavljati svoje dužnosti uobičajeno. Točka na kojoj se najdulje raspravljalo bila je odluka zemlje domaćina za jesenski sastanak ove godine. Naime, predstavništvo Belgije koje se unaprijed javilo da bi održalo taj sastanak je odustalo. Na kraju rasprave i glasovanja odlučeno je da Izvršni Odbor delegira organizaciju jesenskog sastanka Nizozemskoj. Naknadno nakon sastanka, saznali smo da je i Nizozemska ipak odustala. Trenutačno se i dalje ne zna kada i kako će biti organiziran jesenski sastanak EJD-a 2020. Zaključno s ovim proljetnim sastankom, Austrija je odlučila izići iz EJD-a. Više o ovoj udruži možete pročitati na njenim novim internet stranicama: juniordoctors.eu

Vedran Šćuric, dr. med.

Povjerenstvo za mlade liječnike

mail: vedranscuric@gmail.com

ZDRAVI HUMOR



Alkohol i droge - rizični čimbenici za nastanak prometnih nesreća

 IVANA BRKIĆ BILOŠ, dr. med.

specijalist epidemiologije,
voditelj Službe za epidemiologiju
i prevenciju kroničnih nezaraznih
bolesti Hrvatskog zavoda za javno
zdravstvo

U svijetu godišnje u prometnim nesrećama smrtno strada 1,35 milijuna ljudi. Vodeći su uzrok smrti u dobi od 5 do 29 godina. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (Globalno izvješće o stanju sigurnosti u cestovnom prometu 2018.) najviše stope smrtnosti od cestovnih prometnih nesreća imaju države Afričke regije (projekcija: 26,6/100.000), a najniže stope zabilježene su u Europskoj regiji (9,3/100.000).

U većini europskih država glavni su izvori podataka o prometnim nesrećama, uključujući umrle i ozlijedene osobe, zdravstvo, državni zavodi za statistiku, policija i osiguravajuća društva. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, X. revizija, prometne nesreće označavaju se šiframa V01–V99, a koristi se još i šifra Y85 koja označava posljedice prometnih nesreća. U skupini V01–V99 nalaze se, uz cestovne prometne nesreće, druge prometne nesreće u kopnenom prijevozu te prometne nesreće u vodenom i zračnom prijevozu. Tjelosne ozljede nastale zbog prometne nesreće označavaju se šiframa S00–T98. Ovisno o izvoru podataka primjenjuju se različite definicije za umrle i ozlijedene osobe u prometnim nesrećama. Podaci policije u europskim zemljama, uključujući Hrvatsku, najčešće definiraju smrtnost u prometnim nesrećama u vremenu do trideset dana od nastanka prometne nesreće. Podaci vitalne statistike, odnosno podaci o umrlima na temelju potvrde o smrti nemaju takva vremenska ograničenja. Ministarstvo unutarnjih poslova RH (MUP) vodi

detaljnju bazu podataka o prometnim nesrećama uključujući i podatke vezane uz ključne rizike kao što su neprimjerena brzina, konzumiranje alkohola i droga, nekorištenje kacige i sigurnosnog pojasa, te uporabu mobitela za vrijeme vožnje, stoga će u tekstu biti prikazani njihovi podatci.

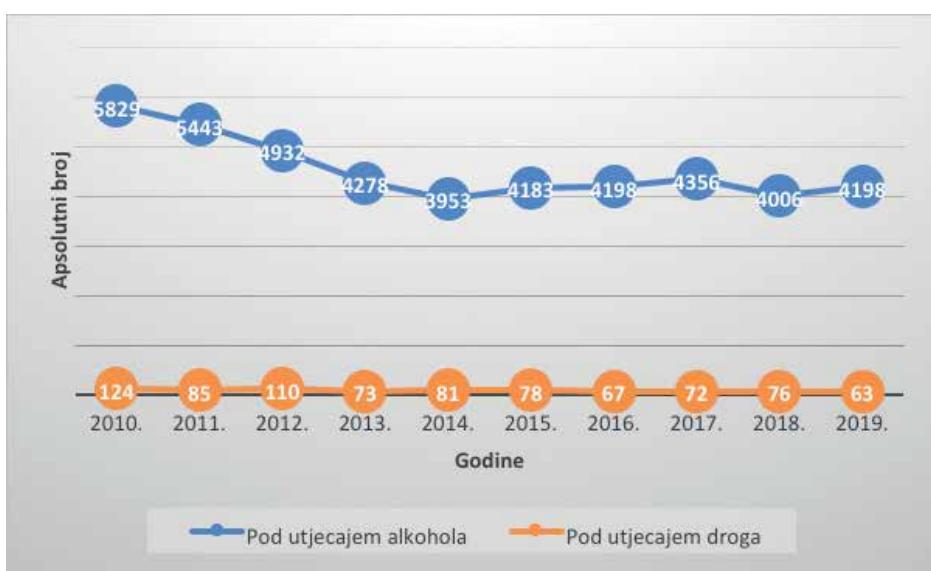
U Hrvatskoj je posljednjih godina izraženo smanjivanje prometnih nesreća kao i smanjenje broja umrlih i ozlijednih unatoč povećanju broja vozača, motornih vozila i prometnica. Prema podacima MUP-a, stopa smrtnosti od cestovnih prometnih nesreća za Hrvatsku iznosila je 2010. godine 9,6/100.000, dok je u 2019. godini iznosila 7,1/100.000. U posljednjem desetogodišnjem razdoblju (2010. – 2019.) ukupno je u prometnim nesrećama u Hrvatskoj smrtno stradalo 3.513 osoba, a 153.006 ih je ozlijedjeno. U posljednjih deset

godina prosječno se u Hrvatskoj dogodilo 35.386 prometnih nesreća godišnje.

Konzumiranje alkohola i droga u vozača povećava rizik nastanka prometnih nesreća. Posljednjih godina u Hrvatskoj svaka četvrta do svaka peta smrtno stradala osoba u prometnim nesrećama strada zbog utjecaja alkohola. Broj smrtno stradalih u prometnim nesrećama zbog utjecaja droga znatno je manji. **Prema podacima MUP-a su od ukupno 31.367 prometnih nesreća u 2019. godini, njih 4.198 (13,4 %) skrivili vozači motornih vozila pod utjecajem alkohola.** U tim je nesrećama 59 ljudi smrtno stradalo (19,9 % od ukupno smrtno stradalih u prometnim nesrećama 2019. godine), a 2.101 ih je ozlijedjeno. **Vozači pod utjecajem droga skrivili su ukupno 63 prometne nesreće, u kojima je smrtno stradalo 9 osoba.**

U posljednjem desetogodišnjem razdoblju bilježi se smanjivanje prometnih nesreća koje su prouzročili vozači motornih vozila

Slika 1. Prometne nesreće koje su skrivili svi vozači motornih vozila pod utjecajem alkohola i droga u Hrvatskoj u razdoblju 2010. – 2019.

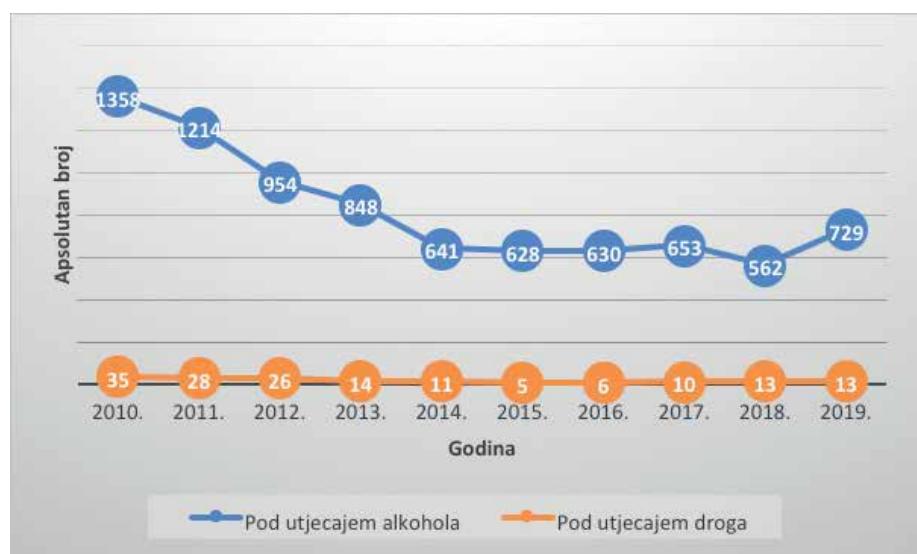


Izvor: Ministarstvo unutarnjih poslova (Bilten o sigurnosti cestovnog prometa 2010.-2019.)

pod utjecajem alkohola i droga (slika 1.) U Hrvatskoj mladim vozačima (osobama mlađim od 24 godine) nije dopušteno konzumiranje alkohola i droga. U posljednjih deset godina vidljivo je

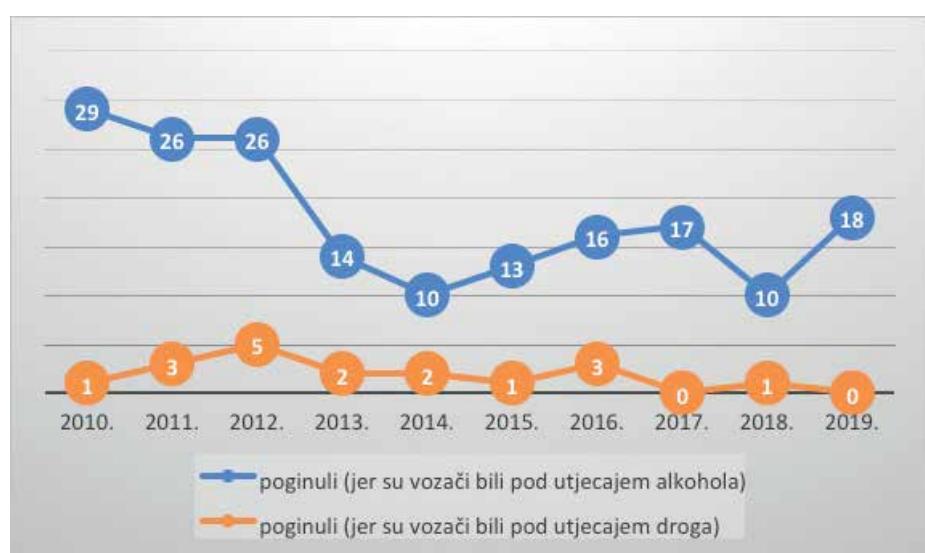
smanjenje broja prometnih nesreća koje su skrivali mlađi vozači pod utjecajem alkohola i droga, a smanjen je i broj smrtno stradalih u tim prometnim nesrećama (slika 2. i 3).

Slika 2. Prometne nesreće koje su skrivali mlađi vozači motornih vozila (mladi od 24 godine) pod utjecajem alkohola i droga u Hrvatskoj u razdoblju 2010. – 2019.



Izvor: Ministarstvo unutarnjih poslova (Bilten o sigurnosti cestovnog prometa 2019.); *do 2014. godine prometne nesreće koje su skrivali mlađi vozači obuhvaćale su osobe u dobi od 16. do 24. godine bez obzira na položen ispit

Slika 3. Broj osoba nastradalih u prometnim nesrećama koje su skrivali mlađi vozači pod utjecajem alkohola i droga u Hrvatskoj u razdoblju 2010.-2019.



Izvor: Ministarstvo unutarnjih poslova (Bilten o sigurnosti cestovnog prometa 2019.); *do 2014. godine prometne nesreće koje su skrivali mlađi vozači obuhvaćale su osobe u dobi od 16. do 24. godine bez obzira na položen ispit

Hrvatski sabor je radi povećanja sigurnosti u prometu donio Zakon o sigurnosti prometa na cestama (NN 67/08) koji je stupio na snagu u lipnju 2008. Prema njemu mlađim vozačima, instruktorima vožnje kao i profesionalnim vozačima, odnosno onima kojima je upravljanje vozilom osnovno zanimanje (primjerice taksisti, vozači hitne pomoći, vozači u tvrtkama i tijelima državne vlasti i slično), nije dopušteno upravljanje vozilima ako u organizmu imaju opojnih droga i alkohola. Za ostale vozače nije dopuštena vožnja pod utjecajem droga, te nije dopušteno upravljati vozilom ako je koncentracija alkohola u organizmu iznad 0,50 g/kg, odnosno odgovarajući iznos miligrama u litri izdahnutog zraka. Od 2008. do 2020. godine bilo je više Izmjena i dopuna tog Zakona (NN 67/08, 48/10, 74/11, 80/13, 158/13, 92/14, 64/15, 108/17, 70/19, 42/20). Izmjenama i dopunama tog Zakona u 2019. godini (NN 70/19) povećane su kazne za počinitelje nekih prekršaja, uključujući i vožnju pod utjecajem alkohola i droga i za one koji odbijaju podvrgavanje ispitivanju radi provjere alkohola i droga u organizmu. Također su propisane zaštitne mjere, odnosno zabrana upravljanja vozilom, te se povećava broj negativnih prekršajnih bodova. Primjerice, povećava se novčana kazna za prekršaj vozača koji u krvi ima alkohola iznad 1,5 g/kg (odnosno odgovarajući iznos miligrama u litri izdahnutog zraka), koja prema novoj izmjeni iznosi 10.000 do 20.000 kuna (prethodno je bilo 5.000 do 15.000 kn). Ista novčana kazna predviđena je ako u organizmu vozača ima droga ili lijekova koji utječu na psihofizičke sposobnosti i na sposobnost upravljanja vozilima. Vozačima koji su proglašeni krivim za ove prekršaje (koncentracija alkohola iznad 1,5 ili droge u organizmu vozača) izreći će se zaštitna mjeru zabrane upravljanja motornim vozilom u trajanju od najmanje šest mjeseci ako je prekršaj počinjen drugi put, te najmanje 12 mjeseci ako je prekršaj počinjen treći odnosno svaki sljedeći put. Ujedno se povećava broj prekršajnih bodova. Spomenutim Zakonom se propisuje i kazna zatvorom za prekršitelje. Zakon o sigurnosti prometa na cestama sadrži i niz odredbi vezanih uz konzumiranje alkohola i droga u prometu, uključujući i testiranje vozača na prisut-

nost alkohola i droga, te izvanredni nadzorni zdravstveni pregled.

U Europskom izvješću o stanju sigurnosti u cestovnom prometu (*European regional status report on road safety 2019*) objavljeni su podaci o osnovnim pokazateljima sigurnosti u cestovnom prometu u državama Europske regije Svjetske zdravstvene organizacije (SZO). Prema tom izvješću je 37,7 % poginulih osoba u prometu u državama Europske regije SZO-a pripisivo alkoholu.

U izvješću su prikazani i podaci o dopuštenoj koncentraciji alkohola u vozača po državama. U većini država (primjerice: Hrvatska, Albanija, Belgija, Bugarska, Danska, Finska, Italija, Francuska, Njemačka, Grčka, Nizozemska, Slovenija i neke druge države) najveća je dopuštena koncentracija alkohola u vozača u općoj populaciji 0,5 g/kg. Neke države dopuštaju manje količine; primjerice u Švedskoj, Norveškoj, Poljskoj i Estoniji dopuštena je najveća koncentracija alkohola u vozača 0,2 g/kg, dok u Slovačkoj i Mađarskoj nije dopušteno konzumiranje alkohola za vrijeme vožnje. Što se tiče novih/mladih vozača, konzumiranje alkohola nije dopušteno

u Hrvatskoj, Njemačkoj, Italiji, Sloveniji, Srbiji, Bosni i Hercegovini i Slovačkoj, dok je u većini država dopušteno do 0,2 g/kg, a negdje i više. Od ovde spomenutih zakonom dopuštenih vrijednosti alkohola u vozača odšakaće Ujedinjeno Kraljevstvo gdje je dopuštena količina alkohola u vozača u općoj populaciji kao i kod mladih/novih vozača 0,8 g/kg.

Radi unaprijeđenja sigurnosti u cestovnom prometu donesen je 1994. godine Nacionalni program sigurnosti cestovnog prometa Republike Hrvatske. Od tada se ovaj program donosi periodično (1994., 1996., 2001., 2006. i 2011. godine). Posljednji, peti nastavak programa, donijela je Vlada RH u travnju 2011. za razdoblje 2011. - 2020.. On se programski poklapa s odredbama i smjernicama Moskovske deklaracije iz 2009. godine, 4. Akcijskim programom za sigurnost cestovnog prometa zemalja članica Europske Unije, s Globalnim planom za Desetljeće akcije za sigurnost cestovnog prometa kao i Ciljevima održivog razvoja. Osnovni je cilj programa za razdoblje 2011. - 2020. smanjiti broj poginulih u prometnim nesrećama za 50 % do 2020. godine (213 poginulih

u 2020.). Kako bi se glavni cilj postigao, programom su definirana glavna područja djelovanja, uključujući promjene ponašanja sudionika u prometu, bolju cestovnu infrastrukturu, sigurnija vozila i učinkovitu medicinsku skrb nakon prometnih nesreća. Prema sadašnjim podacima MUP-a nije izgledno da će se taj cilj ostvariti, ali treba istaknuti smanjivanje smrtnosti u desetogodišnjem razdoblju kao i niz poboljšanja u cestovnom prometu. Radi smanjenja broja prometnih nesreća, smrtnih slučajeva i ozljeda vezanih uz vožnju pod utjecajem alkohola i droga potrebno je trajno provoditi edukaciju populacije, posebno mladih osoba, te stalno provoditi zakonske propise.

ivana.brkic@hzjz.hr

Izvor:

1. Global status report on road safety 2018. https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/
2. European regional status report on road safety 2019. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-regional-status-report-on-road-safety-2019>
3. Bilten o sigurnosti cestovnog prometa 2010.-2019. <https://mup.gov.hr/pristup-informacijama-16/statistika-228/statistika-mup-a-i-bilteni-o-sigurnosti-cestovnog-prometa/283233>
4. Zakon o sigurnosti prometa na cestama (NN 67/08, 48/10, 74/11, 80/13, 158/13, 92/14, 64/15, 108/17, 70/19).

Za dekanu Medicinskog fakulteta u Rijeci izabran je Goran Hauser



Na 14. sjednici Fakultetskog vijeća Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci održanoj 29. lipnja izabran je za novog dekanu izv. prof. dr. Goran Hauser za mandatno razdoblje 2020/23.

Profesor Hauser je rođen u Brčkom, a srednju školu i medicinski fakultet je završio u Rijeci. Od 2001. radi na Zavodu za gastroenterologiju KBC-a Rijeka i na Katedri za internu medicinu Medicinskog fakulteta u Rijeci, a 2018. izabran je u zvanje izvanrednog profesora. Trenutno je v. d. pročelnika Zavoda za gastroenterologiju i pročelnik Katedre za kliničku medicinu i na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

Autor je više od 50 znanstvenih i stručnih publikacija preko 1000 citata, te nekoliko poglavlja u stručnim knjigama. Recenzent je u 30-ak inozemnih časopisa te član uredničkog odbora časopisa s područja gastroenterologije.

Suradnik je na tri međunarodna i dva domaća znanstvena projekta te je član izvršnog odbora Europskog udruženja za neurogastromotilitet (ESNM), Američkog gastroenterološkog koledža (ACG) i odbora za kvalitetu Europskog endoskpskog udruženja (ESGE).

Od 2019. predsjednik je Županijskog povjerenstva HLK-a i predsjednik Vijeća HLK-a.



Prof. dr. sc. Alen Ružić novi je ravnatelj KBC-a Rijeka

Kardiolog, pročelnik Zavoda za kardiomiyopatije, bolesti zalistaka i zatajivanja srca KBC-a Rijeka, redoviti profesor Medicinskog fakulteta i aktualni prorektor za znanost i umjetnost Sveučilišta u Rijeci, prof. dr. sc. Alen Ružić, novoizabrani je ravnatelj riječkog KBC-a. Na tom je mjestu zamijenio dosadašnjeg ravnatelja prof. dr. Davora Štimca. Prof. dr. sc. Ružić u KBC Rijeka radi od 2011. godine, a uže područje interesa su mu ultrazvuk srca, zatajivanje srca i bolesti srčanih zalistaka. Specijalizaciju iz

interne medicine je završio u KBC Rijeka, užu specijalizaciju iz kardiologije i poslijediplomski studij iz ultrazvuka srca u KBC Sestara milosrdnica, a doktorirao je na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Osijeku. Od 2007. je nastavnik na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, sada u zvanju redovitog profesora. Od svibnja 2017. obnaša dužnost prorektora za znanost i umjetnost Sveučilišta u Rijeci u timu rektorice prof. dr. Snježane Prijić-Samaržija.

(Izvor: NL)

Potpisan Dodatak Kolektivnom ugovoru u zdravstvu, riješeno plaćanje prekovremenih

Ministar zdravstva, izv. prof. dr. sc. Vili Beroš, dr. med., je 5. svibnja 2020. potpisao Dodatak III Kolektivnom ugovoru za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (KU) s reprezentativnim sindikatima u zdravstvu. Dodatak KU se odnosi na izmjene članka 49. KU, koji regulira plaćanje prekovremenog rada, sukladno pravnom stajalištu Vrhovnog suda RH od 10. prosinca 2019. Počevši od 1. travnja 2020., na svaki sat prekovremenog rada obračunavaju se dodaci za otežane

uvjete rada, liječničku odgovornost i znanstvenu titulu. Novi obračun plaće primijenjen je već na plaćama za travanj. Podsetimo, zbog neisplate dodataka na prekovremeni rad svoje ustanove tužilo je više od 4000 liječnika i drugih zaposlenika. Dodatak KU-u potpisali su ministar zdravstva Vili Beroš i dva reprezentativna sindikata - Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara - medicinskih tehničara i Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske. Hrvatski liječnički sindikat

još uvjek nije reprezentativan pa nije mogao sudjelovati u kolektivnim pregovorima. Predsjednica Liječničkog sindikata dr. Renata Čulinović Čaić rekla je Hini da njezin sindikat nitko nije obavijestio o potpisivanju dodatka KU-u.

- Mi nismo znali za potpisivanje dodatka, iako se on najviše odnosi na liječnike, što dodatno pokazuje kakav je odnos prema statusu liječnika u društvu – kazala je Čulinović Čaić. (Izvor: Hina)

NOVO ČELNIŠTVO AKADEMIJE MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE

Na Skupštini održanoj 24. lipnja u Nastavnom zavodu javnog zdravstva „Dr. Andrija Štampar“ u Zagrebu izabранo je za sljedeće četverogodišnje razdoblje novo vodstvo AMZH-a u ovom sastavu: predsjednica Akademije prof. dr. sc. Alemka Markotić, prvi dopredsjednik prof. dr. sc. Davor Štimac, drugi dopredsjednik ak. Dražen Matićić, glavna tajnica prof. dr. sc. Arjana Tambić Andrašević, pomoći tajnik prof. dr. sc. Nadan Rustemović, finansijski tajnik doc. dr. sc. Krinoslav Capak. Članovi Glavnog odbora su prof. dr. sc. Hrvoje Brkić, ak. Vida Demarin, prof. dr. sc. Ivan Malčić, prof. dr. sc. Asja Stipić Marković i prof. dr. sc. Marko Starčinić. Nadzorni odbor: prof. dr. sc. Mirko Koršić, prof. dr. sc. Julije Meštrović

i prof. dr. sc. Tomislav Rukavina. Sud časti: prof. dr. sc. Ivo Banović, prof. dr. sc. Silva Butković Soldo, prof. dr. sc. Olga Carević, ak. Josip Madić i prof. dr. sc. Luka Zaputović. Etičko povjerenstvo: prof. dr. sc. Marko Banić, prof. dr. sc. Vanja Bašić Kes, ak. Vjekoslav Jerolimov, prof. dr. sc. Duška Martinović Kaliterna i prof. dr. sc. Jadranka Morović Vergles. Izborni povjerenstvo: prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić, prof. dr. sc. Nela Pivac, prof. dr. sc. Miro Jakovljević, prof. dr. sc. Maja Franceschi, prof. dr. sc. Ika Kardum Skelin i prim. dr. Hrvojka Tomac Brzac.

Željko Poljak

POLIKLINIKA ZA DJEČJE BOLESTI HELENA

Razgovor vodila prof. ANNA MRZLJAK

► Čime se bavite u Poliklinici za dječje bolesti Helena? Koji su sve dijagnostički postupci mogući u Vašoj ustanovi?

Počeli smo s radom 2005. godine i, uz opću pedijatrijsku djelatnost, usko smo specijalizirani u nekoliko područja pedijatrijske medicine, prvenstveno u nefrologiji i gastroenterologiji. Zahvaljujući EU projektu, 2016. godine proširili smo i unaprijedili svoje prostorne kapacitete na novoj adresi adaptacijom stare upravne zgrade zagrebačke «Uljare», koju smo potpuno prostorno i koncepcionalno prilagodili modernoj dječjoj polikliničkoj medicinskoj ustanovi. Kadrovski smo se doekipirali i drugim pedijatrijskim subspecijalnostima (pulmo-alergologija, kardiologija, neuropedijatrija itd.) te opremili najsvremenijim dijagnostičkim, terapijskim i rehabilitacijskim medicinskim uređajima prilagođenim specifičnim potrebama suvremene pedijatrijske medicine.

Regionalno smo prepoznati po **pedijatrijskoj nefrologiji**, posebice u području anomalija mokraćnog sustava, poremećaja mokrenja i urodinamske dijagnostike. Prvi smo u Hrvatskoj, 2006. godine, uveli dijagnostiku vezikoureteralnog refluksa (VUR) bez zračenja (ceVUS, engl. “*contrast-enhanced voiding urosonography*”), koja je od 2017. uvedena u algoritam Hrvatskog pedijatrijskog nefrološkog društva te je danas prva metoda za dijagnostiku i praćenje VUR-a. Promoviramo

Prof. dr. sc. Andrea Cvitković Roić

spec. pedijatrije,
uža spec. pedijatrijske nefrologije

Poliklinika za dječje bolesti Helena



Prof. Andrea Cvitković Roić

pristup “*image gently*”, odnosno dijagnostiku bez ionizirajućeg zračenja, što je od izrazite važnosti u dječjoj dobi. Provodimo prenatalne konzultacije, kompletну ultrazvučnu i urodinamsku dijagnostiku već od novorođenačke dobi, videourodinamiku i sve vrste funkcionalnih ispitivanja mokraćnog sustava te timskie evaluacije, individualne planove praćenja i liječenja, sofisticirane terapije poput biofeedbacka zdjeličnih mišića, raznih oblika vanjske neuromodulacije i brojne druge po kojima smo vodeći u cijeloj regiji.

Osim po pedijatrijskoj nefrologiji, prepoznatljivi smo i po polikliničkoj **gastroenterološkoj djelatnosti**, kojom pokrivamo dijagnostiku i terapiju široke gastroenterološke kazuistike. Posebno bih izdvjila funkcione poremećaje probavnog trakta, alergije na hranu, malapsorpcij-

ske sindrome te poremećaje prehrane. Brza i objedinjena dijagnostika na jednom mjestu, od ultrazvuka, preko laboratorijskih i alergoloških testova te sofisticiranih funkcijskih pretraga poput anorektalne manometrije i 24h pH-metrije jednjaka, omogućuju brzu i učinkovitu evaluaciju probavnih poremećaja. Za istaknuti je da smo prema modelu vodećih europskih pedijatrijskih središta pokrenuli program za djecu s raznim oblicima neorganskih poremećaja hranjenja, tipa teškoća žvakanja, odbijanja određenih okusa i tekstura, selektivnosti u jelovniku, a s ciljem korekcije obrasca hranjenja. Osnovno načelo je timski koordiniran i individualiziran pristup svakom djetetu, od inicijalne evaluacije do radne terapije educiranog terapeuta hranjenja, uz specifična terapijska pomagala i uključivanje psihologa i logopeda prema potrebi.



Liječnice Poliklinike Helena s prof. Annom Mrzljak (u sredini), slijeva nadesno: Tatjana Lesar, Andrea Cvitković Roić, Iva Palčić i Alemka Jaklin Kekez

Poliklinika je prepoznatljiva, a pomoću projekta EU dodatno moderno opremljena i multidisciplinarno organizirana, kao **Regionalni centar izvrsnosti za djecu s neurogenim mokraćnim mjeherom i crijevom**. To su prvenstveno djeca s anomalijama kraljenice («spina bifida»), tumorima ili traumama kralježnice ili zdjelice; djeca koja su zbog operacija ili ozljeda zadobila oštećenja živčanih puteva za mokraćni mjeher i crijevo. Naša je kvaliteta što na jednom mjestu, tijekom nekoliko dana boravka, u pacijenata s ovom problematikom možemo učiniti cijelu multidisciplinarnu timsku procjenu, funkcionalnu i anatomsку dijagnostiku mokraćnog mjehera i crijeva, uz terapijski program za koji imamo visoko specijalizirane i educirane medicinske sestre uroterapeute, gastroterapeute, biofeedback terapeute, „pelvic floor“ fizioterapeute itd.

► Kavog su profila Vaši stručnjaci, tko su oni?

Iznimno sam ponosna na naš medicinski tim koji stalno nadopunjujemo. Poliklinika okuplja 40-ak stručnjaka pedijatrijske medicine različitih specijalnosti koji su priznati i afirmirani u svojoj struci. Temelj našega rada je **opća pedijatrija** koja se posljednjih godina pod vodstvom dr. Ive Palčić intenzivno razvija s kompletnom preventivom i kurativom te dnevnom bolnicom, uz individualizirani pristup svakom djetetu.

Dr. Palčić je i iskusan subspecijalist pedijatrijske nefrologije s dugogodišnjim kliničkim iskustvom.

Istaknula bih i prim. dr. **Alemku Jaklin Kekez**, koja je subspecijalist pedijatrijske gastroenterologije, vodi i organizira našu gastroenterološku djelatnost, stalno usmjerava članove svog tima na doedukacije te brine o razvoju viskosofisticirane dijagnostike i terapije. Posljednjih se godina našem timu pridružila i dr. **Tatjana Lesar**, također subspecijalist gastroenterologije, koja je dodatno stručno unaprijedila i proširila spektar gastroenterološke djelatnosti, posebice u liječenju poremećaja hranjenja i jedeњa te pretilosti.

Veliku pažnju polažemo trajnoj edukaciji naših djelatnika, inzistiramo na visokom stupnju kvalitete i visokim komunikacijskim standardima prema našim pacijentima i roditeljima. Stalno radimo na poboljšanju organizacije i uvodimo nove tehnologije. Liječnici, medicinske sestre i administratori u Poliklinici entuzijasti su u svom poslu i profesionalno posvećeni zdravstvenoj skrbi djece. Temeljno pedijatrijsko znanje stekli smo u Klinici za dječje bolesti Zagreb od naših mentorova, od kojih smo posebno zahvalni prof. dr. sc. Josipu Grguriću, prof. dr. sc. Vlatki Mejaški Bošnjak te prof. dr. sc. Sanji Kolaček koji su nam uz nesebično dijeljenje znanja i iskustva usadili ljubav i empatiju prema pedijatrijskim paci-

jemima te nas naučili kritički pristupiti svakom problemu do njegovog rješenja. Zahvalni smo i prim. dr. **Ivanu Fattori-niju** koji je uvijek imao sluha podržati nas kao mlade liječnike u usavršavanju u europskim i američkim pedijatrijskim središtima. Osim na profesionalnom pristupu, inzistiramo i na pozitivnom ozračju koje je posebno važno u radu s djecom. Ključ našeg uspjeha temelji se na stalnoj edukaciji osoblja, dostupnosti pacijentima te na potpunoj i brzoj usluzi na jednome mjestu.

► S kojim sve ustanovama surađujete i na koji način?

Redovito surađujemo s brojnim zdravstvenim ustanovama u javnom i privatnom sektoru, u Hrvatskoj i inozemstvu. Iznimno nam je važno da su ustanove s kojima surađujemo također središta izvrsnosti jer želimo svojim pacijentima osigurati najvišu kvalitetu usluge u svakom segmentu liječenja. Djelatnici poliklinike redovito sudjeluju u znanstvenim i kliničkim istraživačkim projektima, aktivno sudjeluju na stručnim simpozijima, kongresima i tečajevima, kao i u nastavi na Medicinskom fakultetu u Zagrebu i Osijeku te na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Niz godina u Poliklinici organiziramo međunarodne tečajeve i edukacije iz ultrazvuka pedijatrijske dobi, ultrazvučne kontrastne cistografije te iz urodiamske dijagnostike.



Liječnice Poliklinike Helena slijeva nadesno: Tatjana Lesar, Andrea Cvitković Roić, Iva Palčić i Alemka Jaklin Kekez

► **Što vas razlikuje od drugih privatnih ustanova sličnog profila u Hrvatskoj?**

Jedna smo od rijetkih privatnih ustanova u cijeloj regiji i jedina pedijatrijska privatna ustanova u jugoistočnoj Europi koja je uspjela pomoći EU projektu značajno povećati svoje kapacitete, opremiti se najsuvremenijom opremom i dodatno educirati osoblje, čime smo se afirmirali kao najveća privata pedijatrijska ustanova u cijeloj regiji. Odne davno nova je kvaliteta poliklinike mogućnost smještaja roditelja i djece iz udaljenih područja u studio apartmane u okrilju Poliklinike. Mogućnost brze realizacije više dijagnostičkih i terapijskih metoda u kratkom vremenu i multidisciplinarna timska procjena naročito su bitni bolesnicima iz manjih ili udaljenijih mesta te okolnih zemalja.

Naša je misija da Poliklinika Helena bude središte izvrsnosti pedijatrijske specijalističko-konziljarne medicine, mjesto pozitivne energije gdje će se roditelji s povjerenjem javiti radi zdravstvene skrbi svojeg djeteta, a svaki član tima imati priliku razviti svoj profesionalni potencijal. Naravno, toj misiji podređen

je način pristupa poslu kojim se bavimo, komunikacija s djecom i roditeljima, posvećenost, uređenje prostora i ambijenta i pozitivno okružje u kojem radimo.

► **Koji su glavni nedostaci rada privatnih ustanova Vašeg profila, a koja su moguća rješenja?**

Pedijatrijska medicina sama po sebi vrlo je zahtjevna i odgovorna te vezana uz velika očekivanja roditelja. Naš je imperativ pružiti vrhunsku medicinsku uslugu i zadobiti povjerenje djece i roditelja. U pedijatrijskoj medicini, koja pokriva pacijente od rođenja do 18. godine života, vrlo je širok spekter bolesti i stanja za koja je potrebno imati znanja i iskustva kako bi se pružila primjerena zdravstvena skrb. Organizirati ovakvu djelatnost na visokoj razini kvalitete i širokom spektru medicinske usluge vrlo je zahtjevno i odgovorno, tu nema mjesta improvizaciji i lošim kompromisima. Svaki segment našeg posla iznimno je bitan kako bi naša usluga bila kvalitetna, od osmjeha medicinske sestre, topline u komunikaciji, empatije, vještina pregleda nemirne ili nesuradljive djece, do okoliša i ambijenta prilagođenog i bliskog djeci razli-

čite dobi. Iznimno je važna naša trajna dostupnost i predanost poslu koji volimo i za koji se stalno educiramo.

► **Vaše mišljenje o pedijatriji u Hrvatskoj? Imamo li dovoljno pedijatara? U kojem se smjeru potrebno razvijati?**

Hrvatska ima vrlo kvalitetne pedijatre, ali nije imuna na aktualne probleme društva i zdravstvenog sustava. Pedijatrijsku primarnu zdravstvenu zaštitu opterećuju nedostatak pedijatara, visoka prosječna dob liječnika, od kojih su mnogi već i u mirovini, te mnogo djece po pojedinom timu. A upravo je preventija, te dobro organizirana i ekipirana primarna zdravstvena zaštita, temelj funkciranja cijelog sustava. Sve više je psihosocijalne problematike, suvremenih način života dovodi do sve više alergijskih bolesti, debljine, autoimunih bolesti, autizma, kronično bolesne i invalidne djece, što zahtijeva nov organizacijski model zdravstvene zaštite. Veću pažnju treba usmjeriti holističkom pristupu medicinskog, socijalnog i edukacijskog sustava kao i funkcionalnoj povezanosti pedijatrijske zdravstvene skrbi primarne, sekundarne i tercijarne razine kako bi se osigurao kontinuitet, ali i dinamika u stvarnim kliničkim prilikama.

► **Tko je Andrea Cvitković Roić i kakav je Vaš životni put?**

Rođena sam u Zagrebu, no zbog prirode posla oca živjeli smo u Beču, Moskvi, Seattleu i Varšavi. Školovala sam se u Moskvi, pohađala zagrebačku matematičku gimnaziju (MIOC) te završila srednju školu u Seattleu. Ruske škole naglasak stavljavaju na predmete iz prirodnih znanosti, posebno matematiku, koja je bila i moja prva ljubav. S obzirom na matematički talent bilo bi logično da sam krenula u tehničke znanosti, no već od rane dobi otac me usmjeravao prema medicini. Matematika me naučila logičnom razmišljanju, stvaranju ideja, upornosti i koncentraciji. Završila sam medicinu u Zagrebu i još kao studentica, tijekom turnusa iz interne medicine na KBC-u Zagreb, zarazila sam se ljubavlju prema nefrologiji. S užitkom sam učila od svojih profesora, uzora i velikana nefrologije - prof. Duška Kuzmanića i



Tim Poliklinike Helena

njegovog tima, poslije i prof. **Mirjane Sabljar Matovinović**, prof. **Krešimira Galešića** i drugih zaljubljenika u nefrologiju. Moju tetu, prim. dr. **Ingeborg Winter Fudurić**, vrsnu i predanu nefrologicu, slušala sam kao mlad specijalist s divljenjem i upijala njezine savjete. Odlučila sam se baviti pedijatrijskom nefrologijom, koju sam doživjela kao još veći izazov. Specijalizaciju iz pedijatrije završila sam u Klinici za dječje bolesti Zagreb i još tijekom specijalizacije počela se intenzivno baviti ultrazvučnom i urodinamskom dijagnostikom, educirajući se u najboljim europskim i svjetskim središtima. Osim kliničkog rada, s velikim sam entuzijazmom sudjelovala u znanstveno-istraživačkim projektima i doktorirala u dobi od 32 godine u području pedijatrijske urodičnike i ultrazvuka. Kao mlađ znanstvenik dobila sam Nagradu Akademije medicinskih znanosti „Borislav Nakić“ za najbolji znanstveni rad objavljen u stranoj literaturi, Nagradu Hrvatskog pedijatrijskog društva „Ernst Mayerhofer“ za najbolji rad objavljen u stranoj literaturi i Nagradu European Society of Pediatric Nephrology na Svjetskom

kongresu nefrologije u Berlinu. Zahvaljujući prof. **Antunu Tucaku**, kojem sam neizmjerno zahvalna što me prepoznao kao mlađu znanstvenicu i uključio u svoj znanstveni projekt o urolitijazi, već u dobi od 35 godina postala sam docent, a u dobi od 39 godina izvanredni profesor na Katedri za pedijatriju Medicinskog fakulteta u Osijeku. Nakon bogatoga kliničkog iskustva u Klinici za dječje bolesti Zagreb te brojnih edukacija u najboljim svjetskim središtima, imala sam viziju otisnuti se u vrlo zahtjevan put privatne polikliničke pedijatrijske djelatnosti. Vođena velikim entuzijazmom, nisam imala osjećaj koliko je taj put težak, odgovoran i zahtjevan, no unatoč brojnim preprekama, danas sam ponosna na status poliklinike i svoj tim djelatnika. Redovito sudjelujem u poslijediplomskoj nastavi na Medicinskom fakultetu u Zagrebu te u dodiplomskoj nastavi na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu i Medicinskom fakultetu u Osijeku, gdje sam i redoviti profesor. Dopredsjednica sam Hrvatskog društva za pedijatrijsku nefrologiju, voditelj Radne skupine za poremećaje mokrenja i neurogeni mokraćni mjeđur, član

Upravnog odbora Hrvatskog društva za ultrazvuk u medicini i biologiji te članica brojnih stručnih društava. Pozvani sam predavač na brojnim stručnim i znanstvenim skupovima i tečajevima u Hrvatskoj i inozemstvu. Ponasna sam na svoju obitelj, supruga Gorana, koji je liječnik, kćer Taju i sin Roka te svoje roditelje bez kojih moj profesionalni životni put ne bi bio moguć i koji su me naučili da ne postoji uspjeh bez upornosti, vjere, hrabrosti i ljubavi prema onome što radite.

➤ Kakvi su planovi za budućnost Poliklinike?

Cilj nam je dalje stalno razvijati sve medicinske djelatnosti Poliklinike prateći razvoj moderne pedijatrije, širiti spektar sofisticirane dijagnostike, terapije i rehabilitacije, uz trajnu edukaciju svih djelatnika. Povjerenje roditelja i kolega te osmijeh na licu naših malih pacijenata dovoljna su satisfakcija, ali i putokaz našem dalnjem razvoju. Cilj nam je sustavno jačati stručni tim i širiti znanja kojima raspolažemo jer upravo to je i naša najveća snaga.

ALERT >> STJENICE

 LADA ZIBAR, IVANKA MURŠIĆ,
SNJEŽANA ŠULC, ANA KLOBUČAR

Novi koronavirus vjerojatno nam stiže sa životinja što mnogima samo po sebi izaziva nelagodu. Nije potrebno imati fobiju u pravom smislu da bismo zazirali od raznih glodavaca i letećih im rođaka. Opasnost je nažalost nerijetko objektivna i povezana sa zaraznim bolestima. U društvenim životima statistika je važnija od pojedinačnih iskustava, u medicinskim vještima također, barem ozbiljnima. Tako nas novi koronavirus ugrožava u svjetskim razmjerima a potres u zagrebačkim. Ako se od buhe - anegdote napravi slon, tada to ostaje u okvirima nerazumnoga, no kada se ta buha zakratko pretvori u krdo slonova, tada se mnogi pitaju zašto ona buha nije bila obuzdana još dok je bila buha. Ili šišmiš. Ljenivac ili što već. Za potres nažalost nemamo anegdotalni „valić“ upozorenja. Ovim tekstom željeli bismo upozoriti ne baš na buhu, već nešto slično, iz nedavne realne anegdote.

Imunosuprimirana pacijentica iz Zagreba se tijekom onih lockdown tijedana prvoga vala epidemije COVID-19 žalila na dermatitis, koji je praćen telemedicinskim tehnologijama, slikom i simptomima imponirao kao skabijes. No, traje tjednima i ne prolazi na primjenjenu terapiju. Do onoga jutra kada otkrije gmižuće gošće na plahti kreveta u kojemu spava, a za koje se ispostavi da su stjenice.

Već par dana nakon napuštanja stana (koji je prepustila DDD-u radi dezinsekcije) i uz primjenu samo sredstva za nakon uboda insekta (bezreceptno kupljenoga u ljekarni), sve kožne promjene su se povukle bez rezidua.

Pacijentica je zbog imunosuprimirajuće terapije imala modificiranu kliničku sliku, reakcija i svrbež kože su bili manje izraženi. Svježe promjene su bile minimalno urtikarijske, a starije su odgovarale kliničkoj slici skabijesa, osobito uz podatak da je svrbež bio jači noću. Parazitološki dokazati uzročnika skabijesa (*Acarus, Sarcoptes scabiei*) nije lako, jer se mora naći papula u kojoj je trenutačno uzročnik aktivran, a to nalikuje traženju krtice u polju na kojem se nalaze brojni krtičnjaci. Stjenicu pak moramo naći najčešće u posteljnom rublju („*bed bugs*“). Potom slijedi dezinsekcija prostora, što predstavlja priličnu brigu jer često zahtijeva napuštanje stana dok postupak traje.

Kućna stjenica, lat. *Cimex lectularius* (Linnaeus, 1758.), pripada porodici insekata *Cimicidae* i redu Hemiptera, polukrilaca. Povremeni je parazit, nema značenje kao prijenosnik bolesti, nego kao napasnik ili molestant. Hrani se krvlju, pa stoga spada u parazite, ali ne završava svoj životni ciklus na domaćinu, već u njegovoj blizini. Stjenice su aktivne noću, danju se skrivaju u pukotinama i šupljinama prostora (zidova, podova, stropova, namještaja, ispod lajsni, okvira prozora,

štokova vrata, ispod tapeta, između rubova i nabora posteljine i madraca, u okvirima slika, uz električne vodove, ispod utičnica te osobito ispod tapeciranog namještaja). Tijekom noći izlaze iz skrovišta i u krevetima pronalaze žrtvu na kojoj se hrane, sišu krv. U praksi su opisane i prilike u kojima se stjenice pojavljuju i na mjestima gdje se ne spava, ali se boravi noću. Svi razvojni stadiji nimfi i odrasle jedinke (mužjaci i ženke) sišu krv. Odrasla kućna stjenica je dužine 5,5 - 7 mm i širine 2,5 - 3 mm. Ima ravno, crvenkasto-smeđe, ovalno tijelo. Koliko je poznato, stjenica ne prenosi uzročnike zaraznih bolesti. Unatoč činjenici da nema ulogu vektora, ima javnozdravstveno značenje zbog lokalnih kožnih reakcija na ubode. Hrani se obično noću, i to krvlju čovjeka i sisavaca, a u njihovom nedostatku napada i ptice, žabe i guštare. Privlači ju toplina i ugljikov dioksid. Hranjenje je bezbolno, jer stjenica probija kožu s pomoću dviju šupljih cjevčica - jednom cjevčicom injicira slinu koja sadrži antikoga-gulans i anestetik, tako da domaćin ništa ne osjeća, a drugom povlači krv. Ubodi stjenica izazivaju manje ili više izražene kožne alergijske reakcije.

Ljudi teško prihvataju da se radi o ovim parazitima i nametnicima, jer se kao simbol neimaštine, bijede i prljavštine smatraju reliktima iz nekih davnih vremena, što može biti stigmatizirajuće. No istina je da su ovi nametnici danas globalno prisutni i možemo ih "pokupiti" i donijeti u svoj dom iz najprestižnijih destinacija i najluksuznijih hotela.

UZ DOZVOLU PACIJENTICE



Tipična kožna promjena nakon uboda stjenice - urtika sa sitnom središnjom petehijom



Kožne promjene od uboda stjenica na nozi imunokompromitirane pacijentice



Stjenica na dlanu naše pacijentice

Stjenice se prenose s jednoga mjestra na drugo pasivno, najčešće u koferima i torbama tijekom putovanja. Razvoj turizma, porast trgovine robama i porast broja putovanja općenito, dovodi do sve češće pojave stjenica u razvijenom svijetu. Hrvatska prati taj porast. Ipak, iako stjenice možemo donijeti i iz "finog svijeta", veća je opasnost smještaj u siromašnijim prenočištima s većim prometom gostiju. Zato je važna dodatna pažnja pri rutinskoj higijeni na putovanjima

i pri dolasku kući (pažljiv pregled prtljage, osobito unutarnjih skrivenih rubova torba i kofera).

Sve tvrtke registrirane kao izvođači mjera dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije (mjere DDD) početkom godine prijavljuju Zavodu za javno zdravstvo nadležnom za županiju broj provedenih mjera DDD na području te županije. Prema ukupnom broju, broj provedenih mjera dezinsekcije stjenica na području grada Zagreba u 2019. godini veći je tri puta nego u

2016. godini i pet puta nego u 2015. godini. Najveći broj dezinsekcija stjenica proveden je u ugostiteljsko-hotelsko-turističkim objektima. U 2019. godini uočen je značajan porast provedenih mjera u privatnim stanovima (za razliku od prethodnih godina). U kontaktu s korisnicima stanova koji zatraže dezinsekciju redovito se doznaje da je pojavi stjenica prethodilo putovanje.

Postoji li veza između stjenica, potresa i novog koronavirusa za sada ostaje u sferi teorija zavjere.

U želji za prilagodbom tema Liječničkih novina aktualnostima i zanimanjima čitateljstva uvodimo rubriku Prikaz slučaja namijenjenu liječnicima koji nalaze prikladnim upravo u našim novinama izvijestiti o osobitostima slučaja iz vlastite prakse. Uvjet za Prikaz je izvorna fotografija (ili drugi prateći slikevni prikaz). Struktura je analogna standardnom Prikazu slučaja, a stil ležerniji. Referencija je dozvoljeno do pet, a ukupna veličina prikaza, zajedno sa slikom, ne smije biti veća od jedne do dvije stranice u Novinama.

Prvi lijek za COVID-19 u EU-u: Europska agencija za lijekove preporučila davanje uvjetnog odobrenja za remdesivir



Prof. dr. sc. LIVIA PULJAK, dr. med.
Hrvatsko katoličko sveučilište,
Centar za medicinu i zdravstvenu zaštitu
utemeljenu na dokazima

Povjerenstvo za lijekove za primjenu u ljudi (engl. *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) Europske agencije za lijekove (EMA) preporučilo je davanje uvjetnog odobrenja za stavljanje u promet lijeka Veklury (remdesivir) za liječenje COVID-19 osoba starijih od 12 godina s upalom pluća, čije liječenje zahtjeva primjenu dodatnog kisika. Informacija o preporuci javno je objavljena 25. lipnja na mrežnim stranicama EMA-e.

Nakon informacija o lijekovima za COVID-19 u prošlom broju Liječničkih novina, ovo je velika vijest jer je remdesivir prvi lijek za COVID-19 za koji je europsko regulatorno tijelo preporučilo stavljanje lijeka u promet. Remdesivir je ujedno i prvi lijek za COVID-19 za koji se u EU-u traži odobrenje za stavljanje u promet. Zbog aktualne javnozdravstvene krize koju je uzrokovao COVID-19

EMA je za procjenu remdesivira provela procjenu u skraćenom vremenskom roku postupkom koji se naziva postupna procjena (engl. *rolling review*); u takvom se postupku podatci analiziraju postupno, kako postaju dostupni.

CHMP je 30. travnja započeo ocjenjivanje podataka o kakvoći remdesivira, o njegovoj proizvodnji, podataka iz pretkliničkih istraživanja, prvih podataka iz pokusa na ljudima i dostupnih podataka o sigurnosti primjene koji su prikupljeni tzv. milosrdnjim (engl. *compassionate use*) programom po kojem pacijenti mogu dobiti neodobrene lijekove u hitnim stanjima. Na taj su način prvi dostupni podatci procijenjeni prije nego li je 5. lipnja proizvođač lijeka podnio zahtjev za stavljanje lijeka u promet.

Nakon procjene zaprimljene dokumentacije o remdesiviru CHMP je preporučio njegovo uvjetno odobrenje. Procjena se temeljila uglavnom na podatcima iz kliničkog pokusa NIAID-ACTT-1, koji je financirao američki Nacionalni institut za alergije i zarazne bolesti (NIAID), uz dodatne podatke iz drugih ispitivanja remdesivira.

Klinički pokus NIAID-ACTT-1 registriran je na mrežnoj stranici ClinicalTrials.gov 21. veljače pod brojem NCT04280705. Beigel i suradnici objavili su 22. svibnja u New England Journal of Medicine rezultate pokusa, koji je prijevremeno zaustavljen jer su već rezultati prvih analiza pokazali bolje rezultate u skupini koja je primala remdesivir.

Preliminarni rezultati dobiveni na uzorku od 1059 ispitanika (538 u skupini koja je primala remdesivir i 521 u skupini koja je primala placebo) pokazuju kako su ispitanici koji su primali remdesivir imali medijan vremena oporavka 11 dana,

u usporedbi s 15 dana u placebo skupini. Vrijeme oporavka definirano je kao otpust iz bolnice i/ili prestanak potrebe za liječenjem dodatnim kisikom kod kuće, ili prestanak potrebe za dodatnim kisikom u hospitaliziranih bolesnika i prestanak potrebe za trajnom medicinskom skrbi. Takav učinak na vrijeme oporavka nije utvrđen u skupini ispitanika koji su imali blage do umjerene simptome bolesti; u tih je bolesnika medijan vremena oporavka bio 5 dana, bez obzira na to jesu li primali remdesivir ili placebo. Osobe s teškim oblikom bolesti, koje su činile oko 90 % svih ispitanika u pokusu, imale su vrijeme oporavka od otprilike 12 dana ako su primale remdesivir, a 18 dana ako su primale placebo. Međutim, nije uočena razlika u vremenu oporavka između bolesnika koji su započeli uzimati remdesivir kad su već bili na mehaničkoj ventilaciji ili izvantjelesnoj membranskoj oksigenaciji (engl. *extracorporeal membrane oxygenation*, ECMO).

Kaplan-Meierove procjene smrtnosti za 14. dan pokazale su rezultat od 7,1 % u skupini koja je primala remdesivir a 11,9 % u placebo skupini. Ozbiljne nuspojave opisane su u 114 (21 %) osoba koje su primale remdesivir i 141 (27 %) osobe s placebom. Podatci o udjelu ispitanika koji su umrli prvih 28 dana od početka terapije još uvijek se prikupljaju za konačnu analizu.

Analizirajući dostupne podatke, CHMP je zaključio kako je omjer koristi i rizika za remdesivir povoljan, jer koristi nadmašuju rizike za pacijente s upalom pluća kojima je nužna i terapija dodatnim kisikom, i za one s teškim oblikom bolesti. Remdesivir se primjenjuje intravenski i njegova je primjena ograničena na zdravstvene ustanove u kojima se može intenzivno nadzirati bolesnike i moguće štetne učinke lijeka. Način doziranja je sljedeći: prvi dan 200 mg remdesivira, a nakon toga 100 mg dnevno

najmanje četiri dana, ali ne dulje od devet dana.

Uvjetno odobrenje koje preporučuje CHMP jedan je od mehanizama stavljanja lijeka u promet koji podrazumijeva ubrzan postupak i raniju dostupnost lijekova za bolesti za koje još nema odgovarajuće terapije. Takvim postupkom odobrava se stavljanje u promet lijeka za koji još ne postoji odgovarajuća i očekivana količina podataka, jer se procjenjuje kako bi ranija

dostupnost lijeka bolesnicima nadmašila rizike privremenog nedostatka cijelovitih podataka.

Kako bi se u cijelosti mogla procijeniti djelotvornost i sigurnost remdesivira za liječenje COVID-19, podnositelj zahtjeva (tvrtka koja želi prodavati lijek) mora EMA-i dostaviti konačne podatke o rezultatima ispitivanja remdesivira najkasnije do prosinca ove godine. Daljnji podaci o učinkovitosti i sigurnosti primjene priku-

pljat će se nakon stavljanja lijeka u promet te će ih tijela EMA-e redovito procjenjivati.

Preporuku CHMP-a još treba odobriti Europska komisija; EMA najavljuje da se očekuje ubrzan postupak odlučivanja kako bi bilo moguće što skorije stavljanje lijeka u promet u EU-u.

Literatura

Beigel JH i sur. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report. N Engl J Med. 2020. PMID: 32445440.

Dojenje i COVID-19 - DA!

Prim. TATJANA NEMETH BLAŽIĆ, dr. med.

S novonastalim stanjem svjetske epidemije COVID-19 pojavilo se i pitanje može li se on i njegov uzročnik SARS-CoV-2 prenijeti s majke na dijete tijekom dojenja. Stoga je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 23. lipnja donijela preporuke vezane uz dojenje i COVID-19.

Dojenje ima pozitivne zdravstvene i druge učinke na dijete (poticaj tjelesnog, emocionalnog, osjetilnog i kognitivnog razvoja, pomaže zaštitu od nekih infekcija), a i na majku (smanjenje rizika od raka jajnika i dojke, pomoći u regulaciji tjelesne mase, pozitivan utjecaj na financije obitelji, okoliš i dr.). Osim što pruža prvu i najbolju hranu za dijete, to je i jedinstvena mjera očuvanja zdravlja djece od najranije dobi, uz razne oblike blizine majke i djeteta koji značajno doprinose zdravlju i razvoju novorođenčadi. Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje početak dojenja neposredno nakon rođenja te prvih šest mjeseci isključivo dojenje (samo majčino mlijeko u prehrani, bez ikakvih namirnica i vode), uz postupno uvođenje dohrane uz nastavak dojenja do druge godine djetetova života i dulje, ako majci i djetetu to odgovara.

Sustavnim pregledom dostupne znanstvene literature u analizu su uključena 153 članka o dojenju majki koje su imale

COVID-19. U 46 parova majka-dijete testirani su uzorci majčinog mlijeka na novi koronavirus. Od 46 majki koje su imale COVID-19 13 dojenčadi imalo je pozitivan ishod testiranja na SARS-CoV-2, a u 43 majke mlijeko je prilikom testiranja molekulskim postupkom (RT-PCR) bilo negativno. U tri majke nađen je pozitivan nalaz mlijeka na virusne čestice (nevijabilan virus), od kojih je jedno dijete imalo pozitivan nalaz na COVID-19 (nepoznat način dojenja i zaraze - zbog prijenosa preko mlijeka ili bliskog kontakta s majkom?), a druga su dva djeteta bila negativna (jedno je dojeno, a drugo je hranjeno izdjojenim mlijekom bez otkrivenih virusnih čestica). U 80 % (12/15) uzoraka majčinog mlijeka nađeni su imunoglobulini A (IgA).

Unatoč određenim ograničenjima istraživanja (podaci iz prikaza slučajeva, niza slučajeva ili klastera, bez istraživanja poput kohortnih ili istraživanja parova, nedovoljno podataka o jačini i trajanju zaštite djeteta protutijelima IgA, nepoznati podaci o putu prijenosa zaraze na dijete te nepoznati podaci o vrijabilnosti i infektivnosti virusa), i nepoznanicama može li se SARS-CoV-2 prenijeti majčinim mlijekom ili bliskim kontaktom s majkom, sadašnji podaci nisu dostatni za zaključak da se ovaj virus može prenijeti vertikalnom transmisijom pri dojenju.

Zaključno, SZO preporučuje da bi majke s potvrđenim COVID-19 ili sumnjom

na COVID-19 trebale započeti ili nastaviti dojenje, uključujući i zajednički boravak roditelje sa svojim čedom (*rooming-in*), prakticiranje kontakta „koža na kožu“, posebice nakon rođenja i u prvim danima uspostavljanja dojenja. U male djece je mogućnost zaraze novim koronavirusom mala, a infekcija je obično blaga ili asimptomatska pa koristi pretežu nad nedostacima nedojenja i odvojenosti majke i djeteta. U ovom trenutku dokazi upućuju na to da je COVID-19 puno manji rizik za dijete nego druge infekcije od kojih dojenje štiti. Pritom je važno pridržavati se mjera prevencije kontaktnog prijenosa novog koronavirusa s majke na dijete. Majka treba nositi masku u blizini djeteta te redovito prati ruke prije i nakon bliskog kontakta s djetetom. Koristi dojenja i interakcije između majke i djeteta u zaštiti od infekcija i za poboljšanje zdravlja posebice je važno u kriznim stanjima, kada mogu biti ugroženi higijena i opskrba čistom vodom, osiguravanje trajnih zaliha zamjenske hrane i dostupnosti zdravstvenih i drugih službi.

Koliko je dojenje poželjno i važno pokazuje i činjenica da se već godinama obilježava Međunarodni tjedan dojenja od 1. do 7. kolovoza, što je jedan od mnogih načina promicanja dojenja. U tome možemo pomoći i mi, tako da im budemo podrška, a ako imamo iskustva s dojenjem podijelimo ih s budućim majkama.

e-mail: tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

COVID-19 - djeca nažalost nisu pošteđena

Pripremila LADA ZIBAR

U novinskom članku „Children have not been spared by the coronavirus“ objavljenome u San Francisco Chronicle u SAD-u 05. lipnja ove godine, autorice Nore Pfaff, mlade američke pedijatrice hrvatskog podrijetla (rođene u Zagrebu 1989.), djeca se ističu kao kolateralne žrtve aktualne pandemije novog koronavirusa na brojne načine koji nisu izravna posljedica njihove eventualne zaraze SARS-CoV-2. U početku se, kao pedijatrica i majka, bojala samoga virusa, bojala se da ga ne „donese“ kući i ne prenese ukućanima, uključujući i djetetu. Također je strahovala da bi odjeli u njezinoj bolnici mogli biti „pretrpani“ djecom oboljelom od COVID-19. Ubrzo je odahnula uvidjevši da sam SARS-CoV-2 rijetko značajno aficira dječju populaciju. I konačno, priznaje da nije ni slutila kakvim su drugim skivenim opasnostima djeca izložena uz ovu pošast.

U svibnju su očekivali male bolesnike s, uglavnom, egzacerbacijom astme, no bolničke krevete punili su mališani sa stanjima koja su bila posljedica aktualnog društvenog stresa. Pokazalo se da za mnogo djecu obiteljski dom zapravo nije sigurno mjesto. **Dr. Pfaff navodi da je tijekom samo jednoga tjedna vidjela više suspektnih zlostavljanja djece nego se inače vidi tijekom više mjeseci.** Djeca su sada zatvorena s potencijalnim zlostavljačem koji je možda ostao bez posla i gleda u prazan hladnjak (što ga nikako ne opravdava, samo se navode realne društvene okolnosti), a vrtići i škole su zatvoreni. Porast učestalosti zlostavljanja djece tijekom prirod-

San Francisco Chronicle

Children have not been spared by the coronavirus

By Nora Pfaff | June 5, 2020



nih katastrofa, nažalost, nije ništa novo. Djeca s psihičkim poremećajima rizična su za pogoršanja, a zbog epidemiološke opasnosti nemaju dostupnu uobičajenu bolničku skrb, što dodatno ugrožava njihovo zdravlje. Autistična djeca postaju agresivnija i autoagresivnija, a roditelji, opet zbog epidemioloških mjera, ostaju bez stručne i institucijske pomoći u zaštiti takve djece od samoozljeđivanja. Brojna dotada zdrava djeca projiciraju psihički stres zbog novonastalih ograničenja, straha i napetosti kroz organske simptome i postaju pacijenti podvrgnuti pretragama pa i liječenju zbog npr. probavnih ili dišnih teškoća (dodatne frustracije i djeci i roditeljima izaziva neizvjesnost dijagnoze koja često ostaje neotkrivena). Druga pak stvarno bolesna djeca ne dobiju pravodobnu medicinsku skrb zbog straha

od zaraze i zbog epidemioloških uputa čime njihovo zdravlje biva dodatno ugroženo a dijagnostika i liječenje odgođeni, katkad nepovratno nepovoljivo i s teškim posljedicama.

Zaključuje kako djeca, nažalost, nisu pošteđena. Naprotiv. Multisustavni upalni poremećaj svakako je teška prezentacija COVID-19 koja zahvaća baš dječju dob, no prethodno navedene neinfektivne posljedice ove pandemije nisu zanemarive i zapravo su puno većih razmjera. Fizičko distanciranje i izolacija nužne su mjere, no uz iste moramo imati strategiju prepoznavanja, sprječavanja i „liječenja“ mogućih kolateralnih zdravstvenih rizika u vezi s novonastalim nezahvalnim socijalnim okolnostima. Dr. Nora Pfaff navodi da je sretna što radi u bolnici koja provodi istraživanje na tu temu i na taj način se posvećuje boljoj spremnosti na ovaku ugrozu.

OSVRT NA OSVRT NORE PFAFF

Djeca i COVID-19

Autor: TOMISLAV FRANIĆ



U svom osvrtu na predhodnoj stranici ovo-
ga broja kolegica Pfaff kaže da djeca nisu
ostala pošteđena u vremenu COVID-19.
Njeno je iskustvo u hrabroj opreci s vrhun-
skim znanstvenim časopisima koji tvrde da
su djeca ipak pošteđena. Pa se tako u Lancet
Child and Adolescent Health može pročitati
da je COVID-19 u djece prosječne dobi od
pet godina obično blaga bolest, vrlo mali
udio razvije ozbiljne simptome s potrebom
hospitalizacije u jedincima intenzivne skr-
bi, a fatalan ishod je vrlo rijedak (četvero
od 582 praćena djeteta). Dodatno, Natu-
re Medicine tvrdi da djeca i mladi do 20
godina imaju dvostruko manje izglede da
obole od COVID-19, a i tada puno rjeđe
iskuse kliničke simptome od starijih dob-
nih skupina. Takvi rezultati sugeriraju da
protuependemijske intervencije i mjere koje
cijljuju djecu, poput zatvaranja škola, imaju
ogranichen učinak u nadzoru širenja zaraze
i propituju konačnu vrijednost i ishod re-
struktivnih mjeru, kako za društvo tako i za
samu djecu. U svjetlu takvih nalaza moglo

bi se promišljati da smo potpunim lock-
downom oštetili djecu i mlade puno više
nego što smo predviđali. Stoga se iskustvo
naše kolegice uklapa u širu sliku koja kazuje
da djeca ne samo da su jako pogodena pan-
demijom u akutnom smislu, nego bi se ja-
trogene posljedice tretmana mogle očitovati
u svojoj punini tek u vremenu koje nas čeka.

Pandemija je uzrokovala neviđene socio-
ekonomski promjene širom svijeta. Ulo-
ženi su golemi napor da se očuvaju životi
i učinkovit zdravstveni sustav. Drugi, ne
manje važan cilj, bio je umanjiti ozbiljne
ekonomski posljedice zdravstvene kri-
ze. Zdravlje i ili ekonomija? U kategoriji
zdravlja pretpostavljeno je akutno pitanje
spašavanja golih života dugoročnim posje-
dicama. Ostvarivanje tih suprotstavljenih
ciljeva teško je pomiriti i dugo će nas pratiti
dvojbe. Težak je to zadatak čak i u uvjetima
postojanosti, jasnih smjernica i pravila. To
je u ovim okolnostima izostalo i uzrokovalo
strah, zabrinutost i neizvjesnost na brojnim
razinama. Taj strah se proteže na svim ra-
zinama naših života i funkciranja. Tu je
strah u vezi sa sadašnjim stanjem, zabri-
nutošću za zdravlje i dobro stanje članova
obitelji i voljenih osoba, mogućnošću da se
mi ili oni ne zarazimo, zabrinutošću koliko
će kriza trajati i kakve će ekonomski po-
sljedice imati te ultimativnom nesigurno-
šću u vezi s nadolazećom budućnošću. U
atmosferi straha, ograničenjima i izazovima
funkcionirao je i zdravstveni sustav koji je
morao adresirati izazove pandemije novim
i nepoznatim virusom, a ne zapostaviti
ostale zdravstvene potrebe. Kako i koliko
smo uspjeli to čemo tek vidjeti. No kriza
ovih razmjera ne može ne ostaviti traga na
psihičkom funkcioniranju svih nas uključujući,
pa čak i naglašavajući najmlađe. **Oni su
imali i svoje bonusne u vidu štrajka obra-
zovnog sustava, Zagreb je iskusio i potres,**
a samo je čudo da se meteorit iznad sjever-

**ne Hrvatske krajem veljače raspao u zraku
u gromoglasnoj eksploziji i nije završio na
tlu pa da upotpunimo kolekciju nevolja.**
U tom kaosu nepredvidivosti, nesigurnosti
i loših odluka dodatno loše su prošle najma-
nje tri kohorte djece; učenici prvih razreda,
učenici osmih razreda i maturanti koji su
poslužili kao moneta za potkusurivanje ne-
koliko uključenih donositelja odluka.

Sve ovo neizbjegljivo je povezano s mental-
nim zdravljem populacije, skrbi za men-
talno zdravlje i ishodima u području men-
talnog zdravlja. Skrb za duševno zdravlje
mladih fundamentalno je pitanje na samo
zbog aktualnih potreba nego i zbog vrlo vje-
rojatnih posljedica pandemije. Nažalost, za
brojnu djecu djetinjstvo i bez epidemije nije
razdoblje bezbrižnosti i sreće, te je neupitno
da će ovakve iznenadne promjene bez pre-
sedana ostaviti posljedice na buduće psiho-
loško funkcioniranje pojedinaca i društva u
cjelini. S obzirom na to da je ovo nedozivljeno
stanje, teško je točno predvidjeti prirodu
tih promjena. Nažalost imamo razmjerno
nedavna ratna iskustva velikih društvenih
trauma na temelju kojih možemo povući
usporedbu i predvidjeti da će to biti isku-
stvo traume. Stoga naslove o bezopasnosti
korone za mlade treba uzeti s oprezom. U
ovim prilikama, na razini sadašnjih sazna-
nja i imajući na umu dosadašnja iskustva,
puno životniji je dojam i upozorenje kole-
gice Pfaff.

tomislav.franic@mefst.hr

Štivo:

Florian Götzinger, Begoña Santiago-García, Antoni Noguera-Julián, Miguel Lanarpa, Laura Lancella, Francesca I Calò Carducci et al. **COVID-19 in chi-
ldren and adolescents in Europe: a multinational,
multicentre cohort study.** Lancet Child and Adoles-
cent Health (2020)

Nicholas G. Davies, Petra Klepac, Yang Liu, Kiesha Prem, Mark Jit, CMMID COVID-19 working group & Rosalind M. Eggo **Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics.** Nature Medicine (2020)

Tomislav Franic & Katarina Dodig Curkovic. **Co-
vid-19, Child and Adolescent Mental Health - Cro-
atian (in)experience.** Irish Journal of Psychological
Medicine (2020)

**Nažalost imamo razmjerno nedavna ratna iskustva velikih društvenih trauma
na temelju kojih možemo povući usporedbu i predvidjeti da će to biti isku-
stvo traume. Stoga naslove o bezopasnosti korone za mlade treba uzeti s oprezom.**

Interaktivni epidemiološki probir na COVID-19

Primjena novih tehnologija u epidemiološkom probiru – primjer dobre prakse



Dr. sc. MATIJANA JERGOVIĆ, dr. med.
spec. epidemiologije
i uži spec. zdr. ekologije

Prim. MELITA JELAVIĆ, dr. med.
spec. epidemiologije

Prim. MIRJANA LANA KOSANOVIĆ LIČINA, dr. med.
spec. epidemiologije

Izv. prof. prim. dr. sc. VANJA TEŠIĆ, dr. med.
spec. epidemiologije

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ Zagreb

Služba za epidemiologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (dalje: Zavod) pokazala je tijekom provedbe protuependemijskih mjer na razini Grada Zagreba u odnosu na broj provedenih mjera nadprosječnu mogućnost prilagodbe na izvanredne uvjete nastale nastupom epidemije. Epidemiološki tim Zavoda pokazao je otvorenost za primjenu novih tehnologija u radu, kako bi se osigurali maksimalna učinkovitost procesa, sigurnost i informatizacija procesa prikupljanja epidemioloških podataka te ubrzao i unaprijedio način komunikacije s potencijalno zaraženim osobama. Zahvaljujući donaciji IT sustava Pozivnog centra

(www.korona.prijavnicentar.hr) Zavodu, sustav je nadograđen brojnim alatima za epidemiološki probir u svrhu procjene razine rizika obolijevanja. Algoritmi probira i kategorizacije rizika podataka o pacijentu razvijeni su na temelju praćenja praktičnog rada epidemiologa Zavoda tijekom najintenzivnijeg razdoblja epidemije u Gradu Zagrebu tijekom mjeseca ožujka 2020. godine, kada je trebalo kontaktirati oko 800 ljudi dnevno. Tada se pokazala potreba najviše razine spremnosti epidemiologa za probir osoba u povećanom riziku, prikupljanje velikog broja podataka, smanjenje trajanja telefonskih poziva i povećanje brzine donošenja odluka o postupanju. Ovaj sustav s kapacitetom za unos preko 10.000 upisa u minuti značajno je pomogao u povećanju učinkovitosti i integraciji protuependemijskih procesa u Službi.

Informatizacija epidemiološkog probira i upravljanja podatcima predstavlja dodanu vrijednost za suvremeni zdravstveni nadzor zaraznih bolesti radi:

povećanja učinkovitosti epidemiologa tijekom epidemije,

primjene standardiziranih algoritama za probir upisanih slučajeva,

više razine sigurnosne pohrane podataka, jedinstvenog sučelja s vidljivim svim slučajevima za sve epidemiologe u Gradu Zagrebu,

formiranje “dinamičnog” kartona s detaljnom epidemiološkom anamnezom za svaku osobu pod nadzorom,

nadzora i povezivanja kontakata s oboljelim osobama u svrhu prevencije širenja zaraze,

evidencije i brzog probira svih izvršenih akcija tijekom zdravstvenog nadzora,

praćenja grupiranja žarišta epidemije u web GIS sučelju sustava,

olakšanog izvještavanja iz sustava prema Digitalnoj platformi za praćenje COVID-19 Ministarstva zdravstva i prema brojnim ostalim ključnim dionicima,

automatiziranog naručivanja na testiranje u *drive-inu* Zavoda te

automatizacije i pohrane povijesti komunikacije s pacijentima generiranjem obavijesti o rezultatima testiranja, završetku nadzora i ostalom, izravno iz sustava Prijavnog centra.

Sustav je prilagođen korisnicima te omogućuje epidemiologu da tijekom razgovora dodijeli statuse građanima, osobama sa sumnjom na COVID-19 ili oboljelima te definira potrebne akcije pa se tako prati i vodi cijeli tijek postupanja, sve do oporavka, izlaska iz karantene, prijema u bolnicu ili otpusta iz nje. Ovaj primjer jedan je od dokaza mogućnosti učinkovite suradnje između gospodarskog i zdravstvenog sektora u tijekom najvećih kriza, sukladno načelima Europske zajednice u smislu poticaja inovacija. Zahvaljujemo se tvrtki INTIS iz Zagreba što je prepoznala tu mogućnost i donirala svoj informatički prijedlog, koji se kroz svakodnevnu suradnju s epidemiolozima pretvorio u učinkovito informatičko rješenje za borbu protiv COVID-19.

Kontakt: matijana.jergovic@stampar.hr

Slika 1. Shematski prikaz funkcionalnosti sustava

„EPIDEMIOLOŠKI MLIN“



Molekularno testiranje na SARS-CoV-2

Nezamjenjiv dio COVID-19 dijagnostike ključan za suzbijanje pandemije u prijecijepnom razdoblju

Prof. dr. sc. JASMINA VRANEŠ, dr. med.

Molekularne metode imaju veoma značajnu ulogu u dijagnostici i liječenju zaraznih bolesti. Dijagnostičke mogućnosti u kliničkoj mikrobiologiji s vremenom su se mijenjale i unaprjeđivale. Dok je 19. stoljeće bilo zlatno doba bakteriologije zbog uvođenja mogućnosti kultivacije i izolacije pojedinih bakterijskih patogena uvođenjem krutih hranilišta u dijagnostički proces, a 20. stoljeće zlatno doba virologije zahvaljujući uvođenju stanične kulture kao novog medija za kultivaciju virusa, 21. stoljeće je doba molekularne mikrobiologije.

Molekularne metode imaju svakodnevnu primjenu u postavljanju etiološke dijagnoze bakterijskih i virusnih infekcija, odabiru terapije i praćenju njena uspjeha te sprječavanja širenja rezistencije i širenja patogena u bolnicama, domovima za starije i zajednici. U kliničkoj virologiji i mikrobiologiji također se danas sve više upotrebljavaju pa molekularne metode nisu više rezervirane samo za znanstvena istraživanja.

Molekularna detekcija virusnih patogena danas je temelj virološke dijagnostike i amplifikacijske metode zamijenile su kultivaciju virusa te snažno prodrle u kliničku praksu. Brojne mogućnosti su na raspolaganju: od brzih molekularnih testova POC (testova koji se upotrebljavaju na mjestu pružanja zdravstvene skrbi, od engl. *point of care*), preko različitih amplifikacijskih i hibridizacijskih testova, do tzv. multipleks amplifikacijskih testova koji su laboratorijski testovi i upotrebljavaju ih kliničke mikrobiologije osposobljene za molekularnu dijagnostiku.

Molekularno testiranje na novi koronavirus (SARS CoV-2) nezamjenjiv je dio dijagnostike COVID-19. Iako je SARS CoV-2 lako uzgojiv virus, kultivacija je dugotrajna i traje danima. Kako je riječ o

novom virusu visoke infektivnosti, te zbog činjenice da kultivacija generira veliku količinu virusnih čestica pa stoga što još nema cjepiva niti specifične protuvirusne terapije, kultivacija je moguća samo u laboratorijima koji imaju visok stupanj zaštite (BSL 3, od engl. *biosafety level 3*). Nasuprot tome, molekularna je detekcija virusa uporabom amplifikacijskih testova brza, specifična i osjetljiva, pa je cijeli postupak od izolacije virusne nukleinske kiseline, amplifikacije i detekcije ciljnih gena moguće završiti u vremenu od tri do četiri sata uz uobičajene zaštitne mjere kliničkog mikrobiološkog laboratorija (BSL 2) i prethodnu inaktivaciju uzorka.

Brojni su molekularni amplifikacijski testovi za detekciju SARS CoV-2 dostupni već i na našem tržištu. Od brzih testova POC, koje rabe manji klinički mikrobiološki laboratorijski koji nemaju mogućnost molekularne dijagnostike i bolnice za hitne slučajeve, pa do multipleks testova PCR koji pored drugih respiratornih virusa u panelu sadržavaju i SARS-CoV-2, sve je trenutačno dostupno i nama u Hrvatskoj.

Na početku pandemije, kada se radio jedino *in house* test RT-PCR u znanstvenoj jedinici Klinike za zarazne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, preko poluautomatiziranih te u potpunosti strojno automatiziranih testiranja RT-PCR s komercijalno dostupnim kitovima u samo tri dijagnostička mesta u Zagrebu, postupno su uvedena testiranja prvo u svim većim gradovima (Rijeka – Split - Osijek), a poslije i u gotovo svim drugim hrvatskim regionalnim središtima.

Danas smo mnogo bolje tehnološki opremljeni nego na početku pandemije. Nedavno je Klinika za zarazne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ dobila i uređaj visoke protočnosti uz pomoć kojega se može u jednom danu potpuno automatizirano obraditi oko 1300 uzoraka. U kliničkim mikrobiološkim laboratori-

jima širom zemlje nabavljena je i nabavljaju se i druga nužna oprema, koja je značajno povećala dijagnostičke kapacitete testiranja u nas. Testovi RT-PCR, koji se upotrebljavaju nakon što klinički mikrobiološki laboratorijski uspješno prođe dijagnostički panel za postavljanje metode, razlikuju se ovisno o uređajima koje laboratorijski posjeduju; prednost imaju pouzdani klinički validirani testovi s certificiranim kvalitetom (IVD-CE), visoke osjetljivosti i specifičnosti.

Cijenu molekularnog testa na SARS-CoV-2 odredio je HZZO i iznosi 1506,08 HRK. To je uprosječena cijena materijala i rada za taj dijagnostički postupak. Cijena je ista za cijelu Hrvatsku, i nije dozvoljeno snižavanje cijene kod velikog broja testiranja u slučaju tržišnog ugoveravanja, budući da je to ugovorenica cijena s HZZO-om koji je povlašteni partner.

Klinički mikrobiološki laboratorijski u Hrvatskoj uveli su i serološka testiranja na SARS-CoV-2, ali HZZO još nije donio cijenu za imunoenzimne -ELISA i kemiluminiscentne - CLIA testove koji detektiraju protutijela. Za sada postoji cijena samo za test neutralizacije (NT) koji se radi samo u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (surogat NT - BSL2). Serološka testiranja dijagnostička su dopuna i ne mogu zamijeniti molekularna testiranja koja detektiraju sam virus i imaju ključnu ulogu u suzbijanju pandemije u prijecijepnom razdoblju jer omogućuju brzu detekciju virusa i provođenje epidemioloških mjer za suzbijanje širenja novoga koronavirusa.

Brzi imunokromatografski testovi za detekciju SARS-CoV-2 i brzi imunokromatografski serološki testovi za detekciju protutijela na SARS-CoV-2 ne preporučaju se zbog visokog udjela lažno pozitivnih i lažno negativnih rezultata, a ako se upotrebljavaju nužna je potvrda njihovih rezultata bilo uporabom validiranog RT-PCR-a ili ELISA/ CLIA serološkog testa.

Organiziranje nastave na MEF-u tijekom epidemije COVID-19



Prof. dr. sc. MIRZA ŽIŽAK, dr. med.

Epidemija COVID-19 promijenila je tijekom protekla tri i pol mjeseca ne samo naš svakodnevni način života, već je dovela i do tektonskih promjena u visokoškolskom obrazovanju. Naime, u okviru preventivnih mjera s ciljem sprječavanja širenja epidemije COVID-19 među studentima i osobljem fakulteta, prof. Marijan Klarica, dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (MEF) 13. ožujka 2020. donosi, na temelju Odluke Vlade Republike Hrvatske o obustavi izvođenja nastave u visokim učilištima, srednjim i osnovnim školama te redovnog rada ustanova predškolskog odgoja i obrazovanja, odluku o prekidu svih oblika klasične nastave te nalaže svim katedrama da osiguraju nastavak provođenja nastave u virtualnom okruženju fakultetskog sustava za upravljanje nastavnim sadržajima i aktivnostima, poznatijeg kao fakultetski LMS (*eng. Learning Management System*). Navedenu odluku i tražene promjene na MEF-u dočekujemo spremno i u vrlo kratkom vremenu gotovo svi predmeti čija se nastava provodila

u vrijeme donošenja odluke, prelaze iz klasičnoga u virtualno okruženje.

Razlog takvom brzom i prilično „bezbolnom“ prijelazu iz klasičnoga u virtualno okruženje ležao je prije svega u dobrom organiziranju rada u okviru LMS-a. Naime, na MEF-u se dovoljno rano uvidjelo kako je uvođenje e-učenja u nastavni proces ključno za ostvarivanje izvrnosti u obrazovanju i temelj za postizanje visokog stupnja uspješnosti, kojim bi se osigurala vodeća nacionalna i regionalna uloga našeg fakulteta u privlačenju najboljih studenata. Stoga, na našem fakultetu najprije dolazi do sporadičnog razvoja e-učenja, a zatim tijekom prethodnih dvanaest godina do sustavnog razvoja e-učenja i njegove primjene u sve predmete na svim studijskim godinama. Takvim smo radom MEF vrlo brzo pozicionirali u skupinu fakulteta Sveučilišta u Zagrebu s najbolje razvijenim i implementiranim e-učenjem u nastavni proces. Ključnim se u procesu razvoja i primjene e-učenja na MEF-u i njegovo pozicioniranje među najbolje fakultete smatra izrada i postavljanje vlastite Strategije razvoja e-učenja na čijim je temeljima postavljen cjelokupni razvoj e-učenja na MEF-u.

Kako bi se lakše razumjelo što smo sve radili u cilju brzeg i bezbolnijeg prijelaza s klasične na nastavu na daljinu potrebno je pojasniti na koji način smo i prije epidemije u okviru MEF-a razvijali i primjenjivali e-učenje u nastavi te koliko smo daleko u tome došli.. Stoga bih se najprije vratio na 2008. jer se te godine odlučujemo da u okviru postojeće informatičke infrastrukture razvijamo vlastiti LMS koji izgrađujemo na platformi Moodle (program otvorenog koda) koju smo programski mijenjali i prilagođili našim potrebama i specifičnostima našeg studija. Danas MEF posjeduje četiri samostalne instance LMS-a. Najprije smo postavili LMS za integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine na

hrvatskom jeziku (MEF-LMS), zatim za integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine na engleskom jeziku (MSE-LMS), potom za poslijediplomski i doktorski studij (PDS-LMS) i na kraju za diplomski studij sestrinstva (DSS-LMS). Kako bismo lakše nadzirali i upravljali sa svim četirima instancama LMS-a izradili smo poseban softverski program s kojim smo automatizirali ključne funkcije u LMS-u (automatsko otvaranje kolegija, automatizirano i nadzirano upisivanje nastavnika i studenta u redovite i izborne kolegije prema njihovu statusu u SEN-u i sustavu ISVU i sl.). Pored izgradnje vlastitog LMS-a uspostavljamo Ured za e-učenje koji na sebe preuzima odgovornost za cijelokupan razvoj i sustavnu primjenu e-učenja u sve predmete na sva četiri studijska programa. I treća stvar koju smatramo ključnom za sadašnju uspješnu provedbu nastave na daljinu jeste uvođenje koordinatora za pojedine kolegije LMS. Naime, kako bismo uspostavili dobru koordinaciju između Ureda i katedri čiji su predmeti postavljeni u LMS organizirali smo mrežu naših nastavnika-koordinatora koji su bili zaduženi za provedbu politike Ureda za e-učenje i osiguravanje funkcionalnosti LMS kolegija. O važnosti njihove uloge u radu LMS-a najbolje govori podatak da su koordinatori nakon prijelaza na nastavu na daljinu bili među najtraženijim pojedincima, budući da su svojim znanjem mogli pomoći u rješavanju brojnih problema s kojima su se nastavnici susretali prilikom rada u LMS kolegijima. Pored toga, koordinatori su tijekom prva dva mjeseca nastave online bili glavna spona između Ureda za e-učenje i nastavnog osoblja, što je bilo od goleme važnosti, budući da je u tom razdoblju nastajao cijeli niz uputa, priručnika, podkastova i video tutorijala koje je Ured stvarao s ciljem da pomogne lakšem i bezbolnijem prolasku kroz navedeno razdoblje. Prelaskom u virtualno okruženje mnogi su koordinatori postali glavni pokretači, organizatori i kreatori aktivnosti u pojedinim LMS kolegijima.

Isto tako, kad se predmeti u LMS-u promatraju prema razini primjene e-učenja, bili smo prilično dobro pripremljeni za brzi prijelaz na nastavu online. Prije početka epidemije nije bilo predmeta u u LMS-u u kojem se nije provodila barem neka od tri razine primjene e-učenja. U manjem broju predmeta primjenjuje se prva, osnovna razina primjene e-učenja, kojoj je svrha osigurati studentima primjereno pristup informacijama o kolegiju, olakšati komunikaciju između nastavnika i studenata, te omogućiti studentima korištenje odabralih nastavnih materijala. Drugu razinu primjene e-učenja provodi najveći broj naših predmeta na LMS-u, u kojima se pored obavijesti i informacija o predmetu i ispitu postavljaju raznovrsni nastavni e-materijali, poput prezentacija u PowerPointu, tekstova, video zapisa s kanala Youtube, diskusijskih foruma te kraćih ili duljih online testova za samoprocjenu znanja. I konačno, treću razinu primjene e-učenja provodi manji broj predmeta u kojima se promjenom pedagoško metodičkog pristupa (primjena tzv. metode obrnute učionice) nastoje ostvariti dva cilja: podići kvalitetu nastave te povećati količina i kakvoća usvojenog znanja studenata. Prema tome, dio katedri je i prije pojave epidemije provodio tzv. mješovitu nastavu (integracija klasične nastave s radom u LMS-u) do razine da su je ugradili u izvedbene planove svojih predmeta. Zahvaljujući redovitim analizama aktivnosti unutar LMS-a znali smo da se najaktivniji predmeti u LMS-u nalaze među predmetima prve tri studijske godine i među pojedinim javnozdravstvenim predmetima, dok je većina predmeta četvrte do šeste studijske godine bila slabo aktivna u LMS-u. Takvi rezultati nisu bili neobični budući da najveći broj nastavnika kliničkih predmeta završnih studijskih godina nije aktivno sudjelovao u radu predmeta u virtualnom okruženju LMSa. Budući da je aktivnost predmeta u LMS-u neposredno povezana s aktivnošću nastavnika tih predmeta na LMS-u mogli smo jasno vidjeti gdje ćemo trebati usmjeriti najveći dio aktivnosti nakon prelaska na nastavu online.



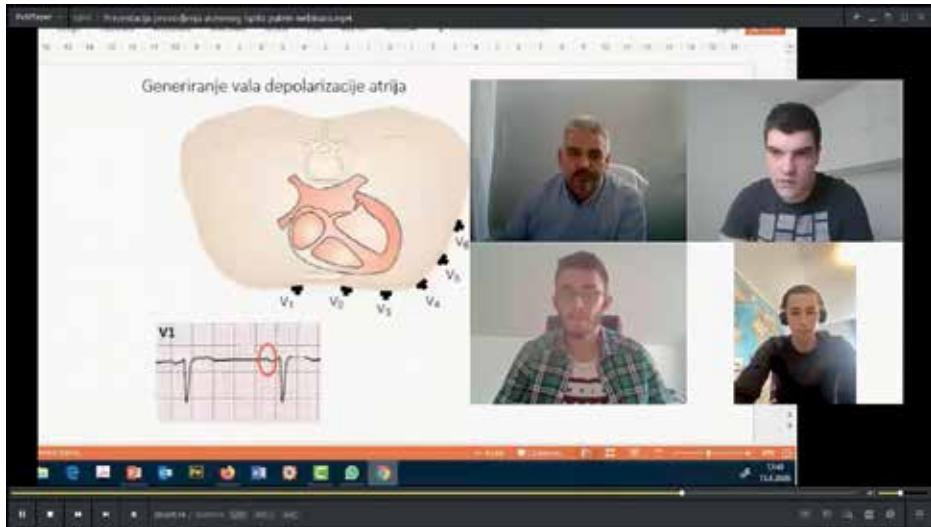
Atmosfera s prvog prijemnog ispita na daljinu (studij na engleskom), MEF Zagreb

Bilo kakav napredak u razvoju i primjeni e-učenja ne bi bio moguć bez odgovarajuće edukacije nastavnika. Stoga smo tijekom proteklih dvanaest godina organizirali niz predavanja i više od 40 dvodnevnih radionica, po uzoru na slične radionice sveučilišnog Centra za e-učenje, u okviru kojih smo polaznike (suradnici, asistenti, docenti, profesori, pročelnici, ravnatelji suradnih zdravstvenih ustanova, prodekan i dekani MEF-a) učili kako koristiti resurse i aktivnosti u LMS-u te kako primjenjivati različite tehnologije e-učenja u cilju povećanja kakvoće nastave. Nismo zabranili ni naše studente. Posljednjih osam godina redovito na samom početku akademске godine provodimo radionicu u kojoj brukoše najprije upoznajemo s primjenom e-učenja na MEF-u, a zatim ih „vodimo“ kroz LMS i upoznajemo s mogućnostima koje im LMS može pružiti.

Dakle, dobrom organizacijom rada, trajnom edukacijom kako nastavnika tako i studenata, te kvalitetnom korisničkom podrškom uspjeli smo prije početka epidemije aktivnost u LMS-u, prezentiranu prosječnim brojem posjeta kolegijima na LMS-u, povećati na približno 85.000 posjeta tjedno, dok smo istodobno u kolegije postavili preko 3.000 različitih

e-sadržaja poput predavanja u ppt-u, video zapisa s interneta, tematskih video predavaњa, testova, zadaća, lekcija i sl.

Znajući sve prethodno navedeno postaje jasnije s koje smo pozicije primjene e-učenja na MEF-u krenuli iz klasične u nastavu online. Imali smo relativno dobro uspostavljen i razvijen sustav, stoga je kod prelaska na nastavu online trebalo maksimalno iskoristiti postojeće mogućnosti poput aktivacije većeg broja neaktivnih nastavnika i njihovu aktivnost usmjeriti ka izradi i postavljanju onih nastavnih sadržaja koji su se pokazali najkorisnijim za povećanje kakvoće predmeta u virtualnom okruženju. Zbog svega toga, kao i zbog činjenice da je prijelaz na nastavu online ponajprije ovisio o sposobnosti nastavnika da se brzo snadu i prilagode novom i za mnoge nepoznatom okruženju, znali smo da trebamo što prije uspostaviti kvalitetnu korisničku službu koja bi u prijelaznom razdoblju nastavnicima bila na raspolaganju. Stoga je Ured za e-učenje tijekom prvih šest tjedana organizirao pružanje korisničke podrške tijekom koje su nastavnici mogli svakoga radnog dana u bilo koje vrijeme od 7 pa sve do 22 sata nazvati i dobiti potreban odgovor ili savjet za rješavanje problema. Ured je istodobno pokrenuo izradu niza edukacijskih materijala koji su trebali olak-



Provodenje usmenih ispita preko fakultetskog BBB videokonferencijskog sustava

šati snalaženje u virtualnom okruženju. Postavljen je poseban kolegij za nastavnike u koji su postavljeni svi relevantni dokumenti, upute, pravilnici i tutorijali za rad u LMS-u i primjenu e-učenja. Novonastalo stanje koristimo kako bismo dodatnom edukacijom nastavnike potaknuli da u svom radu koriste tehnologije e-učenja koje su se pokazale najkorisnijim za podizanje ne samo aktivnosti pojedinih predmeta već i za povećanje njihove kakvoće. Dodatnom edukacijom nastavnike obučavamo kako na prezentaciju u ppt-u snimiti svoj glas kojim objašnjava slajdove u prezentaciji, kako izraditi tematska video predavanja snimanjem cijelog zaslona, kako unutar LMSa postaviti banku pitanja i zatim je koristiti za izradu testova za samoprocjenu znanja, kako potaknuti studente na sudjelovanje u forumima za rasprave, kako odabrat i postaviti video zapise s kanala YouTube te kako koristiti različite videokonferencijske sisteme poput Zooma, BigBluButtona (BBB) i Jitsija za provođenje tzv. konzultacijskih webinara. Vrlo brzo se pokazuju i prvi rezultati takvog pristupa i rada s nastavnicima. Nakon prva četiri tjedna nastave online za 50 % se povećava broj video predavanja (96) i testova (27), da bi se nakon deset tjedana taj broj udvostručio (broj video predavanja s 216 na 452, a broj testova s 51 na 100). Kad se promatra ukupan broj nastavnih sadržaja on je povećan nakon 10 tjedana za gotovo

2000 novih materijala (s 3000 na 4960 različitih nastavnih materijala). Za isto vrijeme aktivnost predmeta u LMS-u, izraženih ukupnim brojem posjeta, raste na 2.298.325 posjeta/10 tjedana, što je prosječno oko 230.000 posjeta tjedno. Prema tome, uspjeli smo mudrom politikom i dobro postavljenom organizacijom podrške u samo 10 tjedana nastave online za gotovo tri puta povećati aktivnost predmeta u virtualnom okruženju.

Treba ovdje spomenuti da i pored velikog truda koji smo ulagali kako bi ublažili prijelaz naših nastavnika u za njih novo potpuno virtualno okruženje, ipak nismo uspjeli ukloniti sve moguće probleme što je dovelo do nastanka brojnih frustracija i napetosti, koje su sve utjecale na profesionalni i osobni život naših nastavnika. Profesionalno, morali su ne samo prijeći na nov oblik nastave već su trebali naučiti i niz novih tehnologija učenja potrebnih za rad u virtualnom okruženju. Stoga je početni prijelaz iz klasičnog u virtualno okruženje kod pojedinih nastavnika doveo do početnog nesnalaženja, kritiziranja i otpora, a u pojedinim slučajevima i do odustajanja od rada u LMS-u. Stanje je dodatno otežala činjenica da je dio naših nastavnika na suradnim zdravstvenim ustanovama bio neposredno uključen u prvu liniju obrane u suzbijanju epidemije. Isto tako ne treba zaboraviti niti potres, koji je pored ogromne materijalne štete uzrokovao i opću nesigurnost

jer se nije znalo hoće li se ponoviti. Sve su te promjene utjecale i na osobni život nastavnika, budući da su se uz provođenje nastave morali brinuti i paziti na svoje zdravlje kao i zdravlje svoje obitelji.

Budući da je rad u LMS-u zahtijeva dodatna znanja, dio nastavnika se pod utjecajem tadašnjih trendova vrlo brzo nakon prelaska na online nastavu okreće prema korištenju webinara kao odgovarajućoj zamjeni za klasičnu nastavu. Kako su kliničke vježbe u pojedinim predmetima ključni oblik rada, tako se u cilju pronalaženje odgovarajuće online zamjene počinju formirati mali stručni timovi, najprije na internoj medicini, a zatim na pedijatriji i kirurgiji. Zadatak im je bio da pripreme kliničke slučajeve koje su zatim putem video konferencijskog sustava prikazivali studentima u okviru online kliničkih vježbi u malim grupama. Budući da prilikom prelaska na nastavu na daljinu Fakultet nije posjedovao vlastiti video konferencijski sustav za provođenje webinara, našim smo nastavnicima sugerirali da privremeno koriste različite video konferencijske sisteme (poput Zoom-a, MS Teams-a, Meets-a i sl.). Naime, neposredno nakon prelaska na online nastavu započeli smo s postavljanjem i testiranjem „vlastitog“ video konferencijskog sustava BigBlueButton-a (BBB). Radi se o programu otvorenog koda koji smo integrirali u naš LMS sustav i koji ubrzao postaje glavni video konferencijski sustav za provođenje ne samo različitih oblika nastave već i za provođenje usmenih ispita na daljinu. Tijekom prvih deset tjedana online nastave organizirano je i održano preko stotinu webinara, posredstvom kojih su se provodila predavanja, seminari i kliničke vježbe.

Postupno smo u virtualnom okruženju stjecali sve više iskustva i sigurnosti, što nas je ohrabrilo da posve samostalno organiziramo i provedemo nadzirani prijemni ispit na daljinu za buduće studente studija medicine na engleskom. Pripreme su bile duge i opsežne, a uključivale su izradu ogovarajućih uputa studentima za provedbu ispita, postavljanje zasebnog LMS sustava za provođenje pismenog dijela ispita, te traženje i ispitivanje najboljeg načina nadzora nad rješavanjem testova. Prijemni ispit proveli smo tako

da se test pisao kroz sustav LMS, dok se kandidate nadziralo putem ZOOM aplikacije. Kako se radilo o našem prvom nadziranom prijemnom ispitu nismo bili sigurni hoće li tijekom ispita doći do gubitka internetske veze kandidata s našim sustavom LMS te što učiniti ako taj gubitak bude trajan. Na sreću ispit je prošao bez ijednog problema. Poslije smo uz još dva prijemna ispita s kandidatima iz različitih dijelova svijeta proveli i nekoliko velikih nadziranih pismenih ispita sa stotinjak studenata i ni u jednom od njih nije došlo do gubitka veze niti su se pojavili drugi nepredviđeni problemi. Bilo je to jedno novo i lijepo iskustvo koje nas je uvjerilo da smo sposobni organizirati i daleko veće i zahtjevниje pismene ispite na daljinu.

Jedna je od posebnosti studija medicine odvijanje nastave u turnusima tijekom kojih se pohađa samo jedan predmet a po završetku turnusa pristupa se ispitu. Budući da se zbog epidemije ispiti nisu mogli održavati na klasičan način, studenti su stvarali sve veći pritisak na Upravu MEF-a kako bi se što prije pronašlo rješenje za provođenje ispita. Naime, zbog nastave u turnusima došlo je do gomilanja ispita, uslijed čega je u razmјerno krakom vremenu prosječan student 5. godine mogao „skupiti“ između 5 i 8 ispita, a na red su već dolazili novi predmeti. Stoga je krajem travnja Fakultetsko vijeće donijelo odluku o provođenju usmenih ispita u virtualnom okruženju. Na zahtjev uprave MEF-a Ured za e-učenje izrađuje pisane upute i video tutorijale za provođenje usmenih ispita na daljinu. Upute su podijeljene nastavnicima, a gdje je bilo nužno provedene su radionice online o načinu provođenja usmenih ispita. Odluka da se usmeni ispiti smiju provoditi isključivo kroz LMS putem sustava BBB imala je dvojak učinak. S jedne strane prisilila je sve nastavnike da konačno počnu koristiti LMS, a s druge strane omogućila nam nadogradnju postojeće hardverske infrastrukture na kojoj se pokretnao naš BBB videokonferencijski sustav. Kako bismo sustav usmenih ispita posve automatizirali i učinili ga jednostavnim za korištenje, izradili smo pose-



Nadgledanje rješavanja pismenih ispita

ban dodatak za LMS koji je na osnovi primljenih podataka automatizmom u LMS-u postavljao kolegije za ispitivanje, u njemu bi postavio sustav BBB te upisao nastavnike, referentice i studente, pri čemu je studente u kolegij upisivao prema odgovarajućem rasporedu usmenih ispita. Zahvaljujući takvom pristupu nastavnik je trebao samo uči u svoj kolegij i unutar njega u sobu BBB te u njoj pričekati studente predviđene za usmeni ispit. Student bi tek deset minuta prije početka predviđenog usmenog ispita u svom profilu dobivao informaciju u koji kolegij treba uči, a kako je naziv kolegija za ispite sadržavao ime ispitivača tada bi saznao i kod koga je na usmenom ispitu. Do sada je na MEF-u bilo više od tisuću usmenih ispita na daljinu i, kako stvari trenutačno stoje, najvjerojatnije je da će se takav oblik ispitivanja provoditi sve do kraja ove akademске godine. Prema dosad pristiglim komentarima, iskustva nastavnika i studenata s usmenim ispitima na daljinu su izuzetno pozitivna u većine njih, tako da su se već pojavili zahtjevi da se u pojedinim predmetima takav način ispitivanja nastavi i nakon epidemije.

Iz prethodno opisanoga vidljivo je kako smo tijekom prvih deset tjedana napra-

vili ogroman iskorak u implementaciji različitih tehnologija e-učenja u nastavu na studiju medicine. Aktivnost u kolegijima je nastavljena sve do današnjih dana tako da se do kraja lipnja 2020. broj aktivnih posjeta povećao na preko 4 milijuna, dok je broj različitih nastavnih sadržaja povećan na više od 5200. Najveća korist od svega dosad učinjenoga vidjet će se već sljedeće akademske godine kada će svi ti nastavni sadržaji postati temelj za razvoj različitih metodičkih pristupa u nastavi te za uspostavljanje mješovitog oblika nastave za koju brojna znanstvena istraživanja pokazuju da značajno unaprjeđuju kakvoću i količinu usvojenog znanja studenta.

Kažu da iz nečega lošeg obično zna proizaći i nešto dobro. Tako je, u odnosu na medicinsko obrazovanje, deset tjedana COVID-19 za razvoj i primjenu e-učenja na MEF-u napravilo više nego što se uspjelo napraviti u proteklih nekoliko godina i usudio bih se reći više nego što bismo bez epidemije uspjeli postići tijekom sljedećih deset godina. Ne samo da je povećana aktivnost kolegija već smo, što smatram ključnim za podizanje kakvoće studija medicine, u LMS uspjeli privući velik broj nastavnika koji prije nisu koristili LMS.

BRIJEM NA INTERNU

Kako globalnu krizu pretvoriti u priliku za stvaranje novog i kvalitetnog edukacijskog sadržaja



Izv. prof. dr. sc. TINA DUŠEK, dr. med.

Zavod za endokrinologiju
KBC Zagreb

Sredinom ožujka ove godine na medicinskim fakultetima diljem svijeta zbog COVID pandemije obustavljena je klasična nastava te je započeto provođenje nastave na daljinu. Iako je situacija bila, i još uвijek jest, neizvjesna i teška, razdoblje izolacije je u mnogo чemu ljudi potaklo na kreativnost i pronalaženje novih rješenja u svakodnevnom funkcioniranju. Sukladno tome, u raznim segmentima života svjedočili smo brzim promjenama i prilagodbama na novonastale okolnosti.

Serija videozapisa "Brijem na internu" nastala je kao pokušaj nekolicine entuziјastičnih nastavnika Medicinskog fakulteta u Zagrebu da globalnu krizu pretvore u priliku da studentima medicine i mlađim liječnicima ponude nov, zanimljiv i koristan edukacijski sadržaj iz područja interne medicine. Transformacija u digitalni oblik komunikacije omogućila nam je da u kratkom roku okupimo na jednom mjestu stručnjake različitih profila koji su zajednički, u istome trenutku, provodili nastavne aktivnosti, svatko sa svoga radnog mjesta ili od kuće.

U sklopu navedenog projekta jednom tjedno je u formi 60-minutnog webinara prezentiran po jedan klinički slučaj za čije je uspјešno zbrinjavanje bila potrebna sinergija multidisciplinarnog tima. Webinar 'Brijem na internu' je koncipiran tako da se publiku postupno upoznaje s kliničkim slučajem, postavljaju im se pitanja (na koja oni odgovaraju kroz 'televoting' aplikaciju), a eksperti iz različitih područja se uključuju u raspravu, raspravljaju o diferencijalnim dijagnozama te podučavaju publiku i sebe međusobno o racionalnom dijagnostičkom i terapijskom pristupu pojedinim stanjima. Radi se o vremenski vrlo ekonomičnom formatu koji od predavača ne zahtjeva odlazak s radnoga mjesta ili iz kuće.

Go to www.menti.com and use the code 419196

Moguća etiologija pankreatitisa?



Predavači u webinaru 'Brijem na internu': gastroenterolog doc. dr. sc. Neven Baršić, kardiolog doc. dr. sc. Nikola Bulj, hematologinja doc. dr. sc. Nadira Duraković, klinički farmakolog izv. prof. dr. sc. Robert Likić, endokrinolog prof. dr. sc. Darko Kaštelan, nefrologinja dr. sc. Bojana Maksimović i endokrinologinja izv. prof. dr. sc. Tina Dušek, moderatorica.

Kroz interaktivne prikaze slučajeva cilj je bio pokazati studentima i mlađim liječnicima da je udruženo znanje kao i racionalni dijagnostički i terapijski pristup najbolji put do uspjeha. U vrijeme neizvjesnosti i straha zbog zdravstvene krize, ovi su webinari predavačima i sudionicima poslužili kao poželjan kreativni odmak od stvarnosti te prilika za ostvarivanje međusobne komunikacije. Vjerujemo da je i opuštena i prijateljska atmosfera koja je vladala među predavačima poslužila budućim liječnicima kao primjer kvalitetnih kolegijalnih odnosa koji također značajno doprinose

uspjehu liječenja bolesnika, a pored toga, i povećavaju kvalitetu života svih nas koji radimo u medicini.

Iako prvotno namijenjen generaciji studenata četvrte godine studija, ova serija webinara je vrlo brzo stekla popularnost među svim generacijama studenata kao i među specijalizantima internističkih struka te liječnicima primarne zdravstvene zaštite. Snimke webinara dostupne su na youtube kanalu: https://www.youtube.com/channel/UCmVl5Z4T-SZA4g2x8OgUIMw?view_as=subscriber

tdusek@mef.hr

KAJEM SE ...

 ZDENKA ČORKALO

„Gospodine, imate li gdje biti u samozolaciji? Ako imate, dobro je, a ako nemate vozimo vas u naš prostor koji smo organizirali za tu priliku,“ upitao me ljubazni djelatnik hrvatske policije. Nakon muke izolacije, testiranja na novi koronavirus i čekanja u Italiji, gdje sam boravio poslom, odlučio sam da ću u Domovinu a ne u Njemačku, u kojoj mi je obitelj. Brodom smo doplovili u luku. Odatle smo razvoženi prema rečenim adresama, a mene su odveli u zaselak Dalmatinske zagore, u staru, napuštenu kuću moje matere. Cvjetnica je, cvjetna nedjelja. Kuća je malo na uzvišenjem i osamljenijem mjestu, taman uz put koji vodi iz zaseoka. Nikoga nema, vidim po kućama koje su zatvorene, koje su, kao i materina, sve u travi i drači. Samoniklo poljsko cvijeće povremeno proviru kad vjetrić slegne bujnu travu. Nekada, na Cvjetnicu, to se cvijeće, uz ljubice koje rastu na hladnjem, više u sjeni nego na otvorenom suncu, stavljalо u vodu. Cvjetna voda je ujutro bila mirisljava i u njoj bi se umili. Ostatak cvijeća nosili bi u crkvu. Znam za stražnji ulaz u kuću kroz malu konobu a i ključ je uvijek na istom mjestu. Mater je zadnja otišla na vječno počivalište, puno godina poslije dobrog našeg oca. Javio sam se župniku pametnim mobitelom, a komu ću nego njemu, predstavio sam se jer je župnik tek došao u selo i o našem zaseoku ne zna ništa. Zamolio sam da mi nabavi nešto osnovne hrane, donijet ću mu novac odmah i staviti ispod kamena na ulazu u crkvu, ako je kamen još tam. Čovjek je bio uslužan, dao mi je kontakt broj, za svaki slučaj.

Kuću smo popravljali kako je u njoj nešto popušтало, zapravo, ja sam pomagao novcem a brat bi ljeti dolazio iz grada i vodio radove. Tako je unutrašnjost bila

„gladac a ne jadac,“ lošije je izgledala kad bi se gledalo izvanka. Od prošle godine vjetar je svašta nanio u slobodni dio velikog vrta iza kuće. Odmah sam riješio ono s kamenom pokraj vrata od crkve. Iznenadio sam se koliko je i crkva propala. Vrata su se rupičasto raspadala. To mi je zadatak žurno srediti, mislio sam u sebi. Župnik mi je ostavio nešto suhe hrane, za prvu pomoć.

Pred kućom, nekoliko suhih grana na nekoliko stabala nije trebalo puno lomiti, pucale su same od sebe. U štednjaku na drva zapalio sam vatru jer je struja bila isključena. Stol je uvijek stajao uza zid i tri sjedalice oko njega. Za oca, mater i ako im netko dođe u posjet. Mi bismo sve preokrenuli kad bi nas bilo više, premjestili bismo stol na sredinu kuhinje. U materinoj kredenci, iza stakla poznate mi i drage stvarčice. Šalice za kavu koje bi se vadile samo za goste ili o nekoj svetkovini. Na zidu iznad stola velika slika "Posljednja večera Isusa s učenicima". U kutu slike i sada su zataknute dvije fotografije: jedna u boji a jedna crno-bijela. Na crno-bijeloj smo nas četvoro djece dok smo išli u malu školu, a na onoj u boji smo mi kao odrasli, uz oca i mater koji stoje na početku i na kraju fotografije. Stol je starinski, u sredini je velika ladica u kojoj su bili posloženi žlice, vilice, noževi i još neki pribor za kuhanje. Otvorio sam i htio uzeti nož, župnik je poslao malo kruha, suhog mesa i bocu vode. Kad tamo, u ladici nije pribor nego papiri, dokumenti, sve složeno i vezano tankim špagom. Ne vidim gdje bi mogao biti pribor za jelo. Tražeći, našao sam samo po jedan komad od pribora i to u platnenoj vreći, u kojoj nam je nekada mater stavljalа kruh. Čudim se, ali koga ću što upitati? Polaganо jedem i odvezujem prvu hrpicu papira. Tu su računi i "plan potreba" ispisani materinom rukom: platiti misu za moga Matu, naoštiti veliku moti-

ku, kumu Slavku vratiti vreću gnojiva ili mu nadoknaditi kozjim mljekom koje je on prodavao nekomu u gradu, kad mali Slavkov dođe s posla zamoliti ga da obreže lozu oko kuće, dati nešto „Špicoki“ koja je kupila metar i po crnog platna za pregaču i prošila joj na „Singerici“ samo porub. Popis je bio dug: plati, vrati, kopaj ili okopavaj na nadnicu. Na drugomu je pisalo što se razbilo, otpalo, probušilo: vrata od konobe se rasklimala i u nju je ušao miš. Trebalо je sve iz konobe izvaditi, istjerati miša silom ili otrovom, vratiti stvari na svoje mjesto, učvrstiti vrata i s njima postupati kao da hodaš po jajima. Na malom prozoru iza kuće, sa sjeverne strane po kojoj bura uvijek mlati i trese cijelom kućom, tamo je jedna polovica prozorske drvenarije otpala i mogla je služiti samo za loženje. Promijeniti cijeli prozor nije mogla nego je nekako vezala ostatak od pola drvenog prozora sa željeznim nosačima od razbijenog. Molila je Boga da ne pukne staklo, slučajno ili namjerno.

U drugom, trećem i manjem, četvrtom zavezanim paketiću su razne potvrde, priznanice, poneko naše pismo, po koja slika od unučadi. Zajedno skupljeno i udruženo u važno, nekoliko je papira s pečatom, o vlasništvu kuće, zemlje i zapisnik o ostavinskoj raspravi iza moga dida Mate, očevog oca. Sve sam ostavio rasprostrto na stolu i legao na kauč ispod prozora. Neobrezane grane loze spustile se, neke udaraju u prozor. Mislim na mater, koliko sam joj mogao olakšati samo da sam ozbiljno o njoj mislio. Kako dobrí ljudi žive ne znamo dok ne dođemo i vidimo svojim očima, jer nam oni neće reći, neće se žaliti. Dobio sam svoj dio bolesti, a ne od virusa nego iz duše koja me opominje. Koliko saznanja mi je donijelo ovo svjetsko zlo? Komu ovo mogu reći? Iz očiju mi kapa sram i strah. Kajem se...

Liječnik - sam svoj statističar



Dr. sc. MARKO LUCIJANIĆ, dr. med.
Zavod za hematologiju,
Klinička bolnica Dubrava, Zagreb
markolucijanic@yahoo.com

Uvod

Je li vam se ikad pričinilo u svakodnevnoj praksi kako neobičnu komplikaciju novog liječenja dobivaju upravo žene? Ili da je vrijeme do ponovne hospitalizacije kraće u određenoj skupini bolesnika? Možda ste podatke o svojim bolesnicima upisali u tablicu Excel. Ali kako subjektivni dojam pretvoriti u argument, a možda i znanstvenu publikaciju?

Nedostupnost statističara, statističkog programa, kao i nesigurnost kako pogledati govore li podaci stvarno ono što liječnik priželjkuje, ograničavaju li ga da dobije konkretnе rezultate iz svojih podataka. Uskoro dolaze druge obveze i on/ona više nema vremena posvetiti se prijašnjim zadacima. Upravo je zato važno priruci imati brz i pouzdan način kako obraditi podatke u trenutku kad je statistička analiza potrebna, tj. sada kad smo dobili ideju. Cilj je ovoga članka pokazati da takav način postoji i da je dostupan svakome. Ovdje ću ukratko prikazati dvije radne knjige Microsoft Office Excela, besplatno dostupne na internetu. Namijenjene su za različit format podataka, a omogućuju brzu analizu ne-statističarima, dajući osnovnu informaciju je li je nešto statistički značajno ili nije. Idealne su za screening vlastitih podataka i brze odluke što dalje s njima. Temelje se na MS Excelu koji je široko dostupan software na gotovo svim računalima.

Kategoriski podaci

Ako ste evaluirali bolesnike u određenoj vremenskoj točki (npr. na početku istraživanja) i imate kategoriske podatke, tj. takve da su kodirani u stupcima s fiksnim unosima (npr. 1/0, muško/žensko, da/ne...), možete ih usporediti između dviju skupina od interesa (npr. bolesnici/kontrole) koristeći hi kvadrat (χ^2) test da dobijete informaciju postoji li statistički značajna razlika. Ako imate numeričke podatke (npr. visinu, dob, kreatinin, hemoglobin...) možete ih prelomiti u dvije kategorije na vrijednosti od interesa, kao npr. medijan mjerena ili dob > 65 godina, te ih također koristiti kao kategorisku varijablu (više/niže od željene vrijednosti). Za ovu namjenu postoji vrlo praktična i besplatno dostupna radna knjiga MS Excel nazvana DAG Stat¹.

DAG Stat kao ulazne parametre koristi podatke razvrstane u tablicu 2x2. Prvo je potrebno oblikovati tablice 2x2 iz vaših podataka ovisno o tome koje skupine želite usporediti, a potom je potrebno broj bolesnika u pojedinim kućicama unijeti u program (Slika 1). Program trenutačno izbacuje „sve što je moguće dobiti“ iz tablice 2x2 u kućicama niže. U kućici C65 (stupac C, redak 65) nalazi se vrijednost $P \chi^2$ testa.

DAG Stat je moguće downloadati s ovog linka: https://www.biostats.com.au/DAG_Stat/DAG_Stat.xls

Analiza preživljjenja

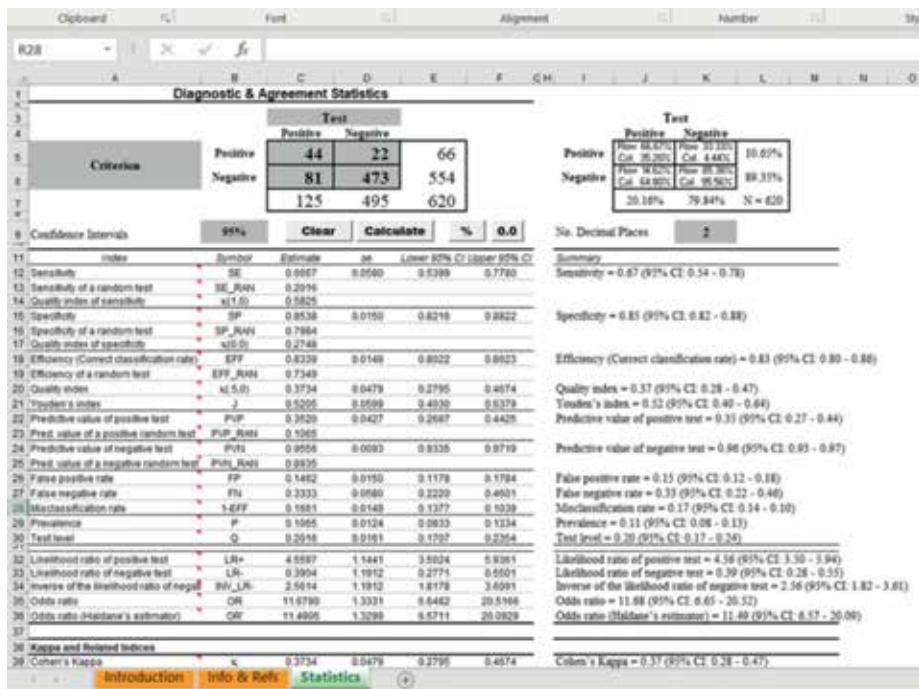
Ako ste bilježili ishode tijekom vremena, a svi uključeni bolesnici su fiksno praćeni određeno vrijeme (npr. godinu dana), onda ishode između skupina možete slobodno usporediti

χ^2 testom. Međutim, puno češće se događa da su neki bolesnici praćeni po nekoliko mjeseci, a neki godinama, ovisno o tome kako su dolazili u ambulantu, te nisu imali jednake izglede da dožive neželjeni ishod. Stoga su osmišljene metode analize preživljjenja koje taj problem uzimaju u obzir². Ishodi od interesa obično su smrt, napredovanje bolesti, tromboza ili krvarenje, duljina hospitalizacije ili ponovna hospitalizacija i sl., a analize se nazivaju ukupno preživljjenje (odnosno vrijeme do smrti), vrijeme bez progresije, vrijeme do tromboze i sl. Podaci za analizu preživljjenja moraju imati barem dvije kolone – jednu za vrijeme praćenja i drugu za status je li bolesnik doživio ishod tijekom tog vremena ili nije. Iako je obično za analizu preživljjenja potrebno imati komercijalni statistički program, a moguće ju je čak i brže i jednostavnije izvesti koristeći ovu posebno prilagođenu, besplatno dostupnu radnu knjigę MS Excel u nazvanu Data Grinder³.

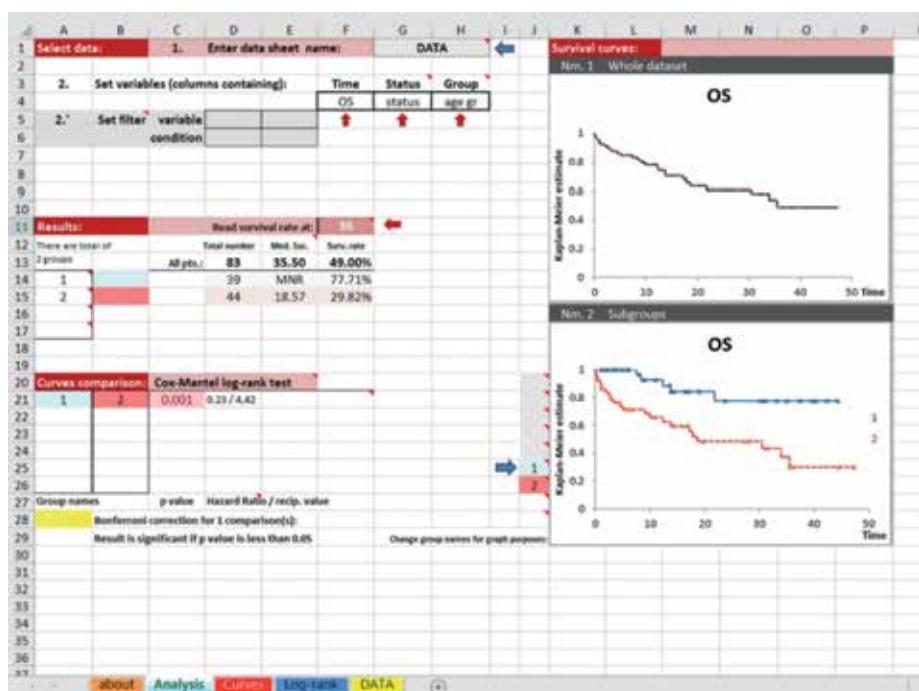
Za razliku od DAG Stat, gdje trebate unijeti već razvrstane podatke, u ovu radnu knjigu MS Excel trebate ukopirati svoje izvorne podatke na za to predviđen list. Program će očitati imena stupaca i vi ćete iz padajućih izbornika odabrati u kojem se stupcu nalazi vrijeme praćenja, status ishoda i skupine koje želite statistički usporediti. Program će izbaciti krivulje preživljjenja, osnovne podatke po skupinama, kao i vrijednost/i P za usporedbe između skupina (Slika 2). Vrijednost P je dobivena pomoću log-rank testa i nalazi se u kućici C21 (C21-C26 ako ima više podskupina i više međusobnih usporedbi). Zbog brojnih kalkulacija koje se odvijaju u pozadini program je, da bi se održala

brzina računanja, namjerno ograničen na najviše 300 bolesnika i usporedbu 4 podskupine.

Slika 1: Prikaz sučelja programa DAG Stat



Slika 2: Prikaz sučelja MS Excel statističkog programa za analizu preživljjenja



Za kraj

Iako je bolesnika možda malo, oni su vaši i predstavljaju jedinstveno iskušto „real-life“ vaše kliničke prakse. Samim time vaši su podaci vrlo vrijedni liječnicima i znanstvenicima koji se bave istim područjem, kao i bolesnicima kojima je takav uvid u stvarnost iznimno bitan. Neka vas ne smeta što gore navedeni programi koriste samo osnovne statističke testove. Važna je kakvoća ulaznih podataka, a ne složenost statističkih analiza koja često služi da bi sakrila nedostatke, čak i u najboljim svjetskim časopisima. Uostalom, rezultate svakog istraživanja treba interpretirati kroz prizmu kakvoće njegova dizajna i provedbe. Zato, ako analizirate retrospektivne podatke iz svoga vlastitog mini-registra, potrudite se da uključite sve bolesnike s navedenom bolesti, da pronađete što više nedostajućih podataka za pojedine bolesnike, kao i da ispratite/saznate njihove ishode. Ako vam ovi jednostavni probirni programi ukažu na važne signale koje se vi ne usudite sami objaviti, lako ćete naći statističara da to napravi s vama. Važno je signal ipak prvo prepoznati.

Štivo:

- Mackinnon A. A spreadsheet for the calculation of comprehensive statistics for the assessment of diagnostic tests and inter-rater agreement. Comput Biol Med. 2000;30(3):127-134. doi:10.1016/s0010-4825(00)00006-8
- Lucijanic M, Petrovecki M. Analysis of censored data. Biochem Med (Zagreb). 2012;22(2):151-155. doi:10.11613/bm.2012.018
- Lucijanić M. Survival analysis in clinical practice: analyze your own data using an Excel workbook. Croat Med J. 2016;57(1):77-79. doi:10.3325/cmj.2016.57.77

PERZISTENTNI ODGOVOR KORTIZOLA NA DEZMOPRESIN SLUŽI KAO PREDIKTOR POVRATA CUSHINGOVE BOLESTI U BOLESNIKA S POSLIJEOPERACIJSKOM KORTIKOTROPNOM INSUFICIJENCIJOM

Povrat Cushingove bolesti nakon operacije moguć je unatoč kortikotropnoj insuficijenci. Prediktivna vrijednost dezmpresinskog testa za detekciju povrata bolesti u ovom slučaju ostaje kontroverzna. U Francuskoj je provedeno multicentrično retrospektivno istraživanje koje je analiziralo može li izostanak odgovora na dezmpresinski test služiti kao prediktor za nisku vjerojatnost povratka bolesti. Analiza je uključivala veliku kohortu bolesnika s poslijeoperacijskom kortikotropnom insuficijencijom.

Ukupno je 95 bolesnika (82 % žena, dob 41 ± 14 godina) koji su preoperativno odgovorili na dezmpresinski test, a poslijeoperativno razvili kortikotropnu insuficijenciju (bazalni kortizol u 8 sati < 138 nmol/l) provelo dezmpresinski test u prva tri mjeseca poslije operacije. Poveza-

nost između rezultata dezmpresinskog testa i predikcije povrata bolesti provedena je regresijskim postupcima i ROC analizom.

Povrat bolesti zabilježen je u 17/95 bolesnika između 29. i 91. mjeseca poslije operacije. Vršna vrijednost kortizola [327, 95 % interval pouzdanosti (237 – 417) vs 121 (79 – 164) nmol/l, $P=0,0001$] i apsolutno povećanje za vrijeme dezmpresinskog testa [208 (136 – 280) vs 56 (22 – 90) nmol/l, $P=0,005$] bili su značajno veći u skupini bolesnika s povratom bolesti nego u skupini bolesnika koja je ostala u remisiji. Vršna vrijednost kortizola i povećanje bili su prognostički značajniji za detekciju povrata bolesti negoli rani poslijeoperacijski bazalni kortizol. U kontekstu kortikotropne insuficijencije imali su vršna vrijednost kortizola > 100 nmol/l

i povećanje > 30 nmol/l visoku negativnu prediktivnu vrijednost. Bolesnici s vršnom vrijednostu kortizola ≤ 100 nmol/l ($vs > 100$) ili povećanjem ≤ 30 nmol/L ($vs > 30$) imali su manju vjerojatnost za povrat Cushingove bolesti. Zaključak ovog istraživanja je da je izostanak odgovora na poslijeoperacijski dezmpresinski test značajno povezan s manjom vjerojatnosti povrata Cushingove bolesti. Ovakvi rezultati nude mogućnost stratifikacije bolesnika s poslijeoperacijskom kortikotropnom insuficijencijom u skladu s njihovim rizikom za povrat bolesti te na taj način mogu odrediti način njihovog daljnog praćenja.

(Europ J Endocrin. 2020;182(5):489–98.)

 GLORIA LEKŠIĆ, dr. med.

Barijatrijska kirurgija poboljšava disanje u pretilih bolesnika

PORUKA ČLANAKA

Neke teškoće s disanjem povezane s pretilošću mogu se poboljšati nakon barijatrijske operacije.

Pretile osobe možda će lakše disati nakon barijatrijske operacije, prikazuju rezultati malog istraživanja. Kako bi procijenili promjene u plućnoj funkciji povezane s barijatrijskom operacijom, istraživači su pregledali CT pluća u 51 pretilog bolesnika prije operacije te

ponovo, šest mjeseci nakon nje. Gubitak kilograma kao rezultat barijatrijske kirurgije poboljšava izgled pluća i dišnih putova na CT-u i to odgovara poboljšanju disanja i rada pluća, naglašavaju Copley i sur. (Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK). Pretilost ljudima može otežati disanje oslabljajući dišne mišiće. Svi su bolesnici, osim jednoga, u tom istraživanju podvrgnuti Roux-en-Y želučanom premoštenju. Prije operacije prosječan indeks tjelesne mase iznosio je $44,5 \text{ kgm}^{-2}$, a nakon operacije bio je 34 kgm^{-2} . Prije operacije, a potom i šest mjeseci nakon nje, istraživači su CT-om izmje-

rili veličinu i oblik traheje i procijenili 'zarobljavanje zraka' (eng. *air trapping*) - u kojem višak zraka ostaje u plućima nakon izdaha, smanjujući rad pluća. 'Zarobljavanje zraka' neizravan je znak opstrukcije u malim dišnim putevima pluća. Istraživanje je pokazalo da su operacija i gubitak tjelesne mase bili povezani sa strukturnim promjenama na plućima i traheji. CT je nakon operacije pokazao smanjenje zarobljavanja zraka i manju učestalost kolapsa traheje. Rezultati sugeriraju da se neke teškoće disanja povezane s pretilošću mogu poboljšati nakon barijatrijske operacije, zaključuju autori.

(Radiology. 2020;294:669–75.)

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

Poremećaji mentalnog zdravlja prisutni su i nakon barijatrijske operacije

PORUKA ČLANKA

Poremećaji mentalnog zdravlja, raspoloženja, samopoštovanja i prehrambenih navika nastavljaju se u tinejdžera do pet godina nakon barijatrijske operacije, unatoč znatnom gubitku kilograma.

Järvholm i suradnici (Skåne University Hospital, Malmö, Scania, Švedska) proveli su ne-randomizirano istraživanje tinejdžera podvrgnutih kirurškom liječenju adolescentske morbidne pretilosti i u kontrolnoj skupini koja je bila podvrgнутa konvencionalnom liječenju pretilosti. Podaci o izdanim psihijatrijskim lijekovima i specijalističkom liječenju mentalnih poremećaja preuzeti su iz nacionalnog registra. Samo u kirurškoj skupini dovršeni su upitnici za mentalno zdravlje, uključujući ocjenu Rosenberg Self-Esteem (RSE), Mood Adjective Checklist (MACL), Binge Eating Scale (BES) i Three-Factor Eating Questionnaire-R21 (TFEQ). Uključeni su podaci o ukupno 161 tinejdžera (81 u operativnoj skupini želučanog premoštenja Roux-en-Y) čije prethodno sveobuhvatno konzervativno liječenje nije rezultiralo primjerenum smanjenjem prekomjerne tjelesne mase. Prosječna dob bila je oko 16 godina; otprilike polovica su bile žene. U početku je prosječan ITM iznosio 44 kgm^{-2} ; u pet godina iznosio je 32 kgm^{-2} u kirurškoj skupini, a 42 kgm^{-2} u kontrolnoj. Udio sudionika s propisanim psihijatrijskim lijekovima nije se razlikoval između skupina prije polaznog razdoblja, oni u kirurškoj skupini imali su više specijaliziranih psihijatrijskih tretmana u pet godina nakon liječenja pretilosti nego kontrolna skupina. Autori misle da to ne znači da su operacijom pogoršavali poremećaje mentalnog zdravlja, već da su ti sudionici pažljivo nadzirani i imali veću mogućnost pristupa zdravstvenoj skrbi. Sveukupno, malo je bolesnika prekinulo psihijatrijsko

vencije: 20 % u kirurškoj skupini i 15 % u skupini s konvencionalnim liječenjem. Međutim, to je znatno više od 2 % propisanih takvih lijekova u općoj populaciji, a proporcije su se počele povećavati prije liječenja i nastavile 5 godina nakon intervencije u obje skupine. U kirurškoj se skupini RSE poboljšala 5 godina nakon operacije (s preoperativnih 19 na 22 nakon 5 godina; raspon ljestvice 0 - 30; veći rezultat je bolji), ali ukupno raspoloženje (MACL) nije. Prejedanje i nekontrolirano jedenje (BES) umjereni su poboljšani 5 godina nakon operacije. Mali pad 'emocionalnog' jedenja i malo povećanje kognitivne suzdržanosti (TFEQ) također su zabilježeni 5 godina nakon operacije. Iako se liječenje mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja nije razlikovalo između skupina prije polaznog razdoblja, oni u kirurškoj skupini imali su više specijaliziranih psihijatrijskih tretmana u pet godina nakon liječenja pretilosti nego kontrolna skupina. Autori misle da to ne znači da su operacijom pogoršavali poremećaje mentalnog zdravlja, već da su ti sudionici pažljivo nadzirani i imali veću mogućnost pristupa zdravstvenoj skrbi. Sveukupno, malo je bolesnika prekinulo psihijatrijsko

liječenje nakon operacije - tri (4 %) koja su primala psihijatrijske liječkove i šest (7 %) koji su dobili specijaliziranu skrb za mentalni poremećaj prije operacije. Nadalje, niti jedna varijabla mentalnog zdravlja ili poremećaji prehrane nisu bili značajno povezani s gubitkom kilograma pet godina nakon operacije. Dr. Stasia Hadjiyannakis i Annick Buchholz (Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, Ontario, Kanada) misle da većina mladih s teškom pretilošću koji se podvrgavaju barijatrijskoj kirurgiji i dalje imaju određen stupanj pretilosti nakon operacije i zbog toga će se i dalje suočiti s pristranošću s obzirom na težinu te diskriminacijom. Ostali socioekonomski čimbenici, poput siromaštva, koji doprinose riziku za mentalno zdravlje prije operacije, postoje i nakon operacije. Za neke bolesnike očekivani rezultati operacije ne odgovaraju uviјek stvarnosti nakon operacije. Neki su možda pripisali mnoge životne izazove/teškoće većoj tjelesnoj masi, a kada ti izazovi potraju unatoč značajnom gubitku težine nakon operacije, to može završiti velikim razočaranjem. Također, neki negativno ocjenjuju osobe koje se podvrgavaju barijatrijskim zahvatima jer da na "lakši" način nastoje smanjiti tjelesnu masu.

(Lancet Child & Adolescent Health. 2020;4:210-9.)

 doc. prim. dr. sc. GORAN AUGUSTIN, dr. med.
specijalist opće, subspecijalist abdominalne i onkoloske kirurgije

Anatomski precizna repozicija frakture distalnog radijusa ne poboljšava ishode

PORUKA ČLANKA

Preciznom anatomskom repozicijom frakture distalnog radijusa ne postižu se poboljšani ishodi u starijih bolesnika.

Istraživanja o važnosti precizne anatomске redukcije i repozicije za dobre rezultate frakture distalnog radijusa (FDR) u bolesnika starijih od 60 godina dale su nedosljedne rezultate. Prethodna istraživanja, prema kojima precizna repozicija anatomije ručnog zglobo nije potrebna za postizanje zadovoljavajućih funkcionalnih rezultata nemaju relevantnost u trenutačnoj populaciji starijih odraslih osoba koje su puno aktivnije i funkcionalno neovisnije, navode Chung i suradnici (University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan, SAD). Služili su se podacima iz istraživanja WRIST u kojemu

su procjenjivane mogućnosti liječenja FDR-a u starijih odraslih osoba kako bi ispitali jesu li radiografske mjere anatomске repozicije povezane s funkcionalnim ishodima i ocjenom bolesnika godinu dana nakon liječenja FDR-a. U mlađoj skupini (u dobi od 60 do 69 godina) svaki je stupanj povećanja radijalne inklinacije od normalnoga povezan s 1,1 kg slabijom snagom rukohvata, ili s pogoršanjem za 1,3 boda rezultata Michigan Hand Outcomes Questionnaire (MHQ) skorom, u usporedbi s neozlijedjenom rukom. Među bolesnicima starijim od 70 godina, svaki porast za 1 mm ulnarne varijance prema normalnoj osovini povezan je s 10,4 boda većim poboljšanjem MHQ rezultata dnevnih aktivnosti ozlijedene ruke za razliku od neozlijedene ruke. Samo su tri od 14 modela i dva od 84 koeficijenta korelacije pokazali statistički značajnu povezanost radiografskih mjer s ishodima. Klinički ovaj nalaz podrazumijeva da precizna anatomska repozicija zglobo nije potrebna za zadovoljavajuće ishode, zaključuju autorи. Uz pomoć ovih dokaza, kirurzi će se možda odlučiti da

skrate vrijeme operacije, ukupno trajanje zračenja te smanje korištenje resursa i povezane troškove koji bi bili utrošeni u postizanje savršene ili gotovo savršene repozicije. U postupku odlučivanja o liječenju, kirurzi mogu dati prednost željama bolesnika nad potrebom da se postigne točna repozicija. Rezultati ovog istraživanja mogu poboljšati kakvoću skrbi u upravljanju FDR-om za starije bolesnike. Matthew Costa iz bolnice John Radcliffe iz Oxforda u Velikoj Britaniji, koji je napisao pozvani komentar istraživanja, kaže da je zamisao vodilja kirurga koji operiraju prijelome zgloba vraćanje bolesnikove normalne anatomije. Stoga je iznenadujuće da položaj kosti izmijeren na rendgenu koji je snimljen nakon operacije ne čini prediktivnu funkciju bolesnika nakon što je njihov prijelom zacijelio. S obzirom na to da točan položaj fragmagenta kosti nije toliko važan kao što smo mislili, ima smisla da kirurzi jednostavno izravnaju prijelom odnosno zglob najbržom i najmanje rizičnom dostupnom opcijom, naglasio je. Radi se zapravo o promjeni načina razmišljanja - umjesto

Okolina u kojoj djeca odrastaju ostavlja biljeg na genima

PORUKA ČLANKA

U djece odrasle u siromašnjem susjedstvu postoje razlike u metilaciji DNK, jednom od temeljnih epigenetičkih procesa koji može utjecati na zdravlje i bolest.

Već dugo je poznato da su djeca odrasla u socioekonomski depriviranim područjima kasnije u životu lošijeg zdravlja no njihovi vršnjaci odrasli u imućnijem okruženju. Kao jedan od mogućih mehanizama koji doprinosi ovom fenomenu

spominju se promjene u epigenomu, odnosno zbroju kemijskih modifikacija genoma, no do sada nije istražen sveukupan učinak okolišnih čimbenika na individualnoj i na razini obitelji na epigenetičke obrasce.

Stoga su znanstvenici i liječnici iz SAD-a, Ujedinjenog Kraljevstva i Danske analizirali podatke prikupljene u longitudinalnom istraživanju koje je imalo cilj ispitati utjecaj okoline na zdravlje, te ih povezali s obrascima metilacije DNK-a. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 1619 ispitanika (50 % djevojčica) rođenih 1994. i 1995. godine u Engleskoj i Walesu. Krvni uzorci za analizu metilacije DNK-a prikupljeni

da se rendgenskim zrakama ocjenjuje uspjeh ili neuspjeh liječenja, prednost se daje bolesnikovom vlastitom viđenju oporavka. Svim bolesnicima u ovom istraživanju reponiran je FDR načinom koji je liječnik smatrao prihvatljivim. Iako točan položaj kostiju na rendgenu možda nije toliko važan kao što smo vjerovali, cijelokupno izravnjanje distalnog radijusa i zgloba još je uvijek važno

za ublažavanje боли i za smanjenje rizika od komplikacija poput oštećenja tetiva ili živaca.

(JAMA Network Open. 2020;3(1):e1919433.)

 doc. prim. dr. sc. GORAN AUGUSTIN, dr. med.

specijalist opće, subspecijalist abdominalne i onkološke kirurgije

Osteosinteza prijeloma proksimalnog humerusa u starih rezultira lošijim ishodima

PORUKA ČLANKA

Veća stopa operativnog liječenja prijeloma proksimalnog humerusa u korisnika osiguranja Medicare povezana je s povećanim troškovima, štetnim događajima i gotovo jednakom smrtnošću.

Prema novim saznanjima, objašnjavaju Floyd i suradnici (Arnold School of Public Health, University of South Carolina, Greenville, South Carolina, SAD), rezultati bi trebali upozoriti ortopede i traumatologe na veću stopu štetnih događaja kod proširene upotrebe operativnog liječenja prijeloma proksimalnog humerusa fragilnijih skupina bolesnika. Smanjenje operacija moglo bi umanjiti smrtnost i štetne događaje za bolesnike s prijelomom proksimalnog humerusa. Autori su

pregledali medicinsku dokumentaciju svih korisnika Medicare osiguranja koji su vođeni pod šifrom navedenog prijeloma u 2011. godini. Evidentirano je ukupno 72.823 bolesnika. Stope operativnog liječenja kretale su se u rasponu od 1,8 do 33 %. Veće stope operacija bile su povezane s većim troškovima u godini nakon operacije. Svako povećanje stope operacija za 1 % bilo je povezano s porastom štetnih događaja od 0,09 % i porastom smrtnosti za 0,09 %, dok su

jednogodišnje neželjene pojave porasle za 0,19 % za svaki 1%-tni porast stope operativnog liječenja. Rizici su bili izraženiji za bolesnike s više pridruženih bolesti, višim rezultatima indeksa ranjivosti i one od 80 godina i starije. Prema procjenama prilagođenima riziku, troškovi su za kirurške bolesnike bili veći za 17.278 USD, dok su postoci neželjenih događaja porasli za 0,12 % boda sa svakim povećanjem stope operacije za 1 %. Rezultati pružaju vrlo važne zaključke o implikacijama promjene stope kirurškog liječenja.

(JAMA Netw Open. 2020;3:e1918663)

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

su u dobi od 18 godina, a povezanost između socioekonomskih čimbenika u okruženju i obrazaca metilacije ispitivana je na tri načina: uključujući ispitivanje već poznatih gena, ispitivanje epigenetičkih indeksa te analizom povezanosti pretraživanjem cjelokupnog epigenoma (engl. *epigenome wide association study*). Socioekonomski čimbenici određivani su pak na temelju statističkih podataka jedinica lokalne samouprave, podataka o kriminalitetu, sustavnim promatranjem okruženja te anketama u stanovništvu ispitivanog područja.

Rezultati istraživanja pokazali su kako djeca odrasla u socioekonomski depri-viranom okruženju pokazuju razlike u metilaciji DNK-a u genima uključenima u upalni odgovor i pušenje, no ne i u onima koji se povezuju s pretilošću. Analiza povezanosti s cjelokupnim epigenomom pokazala je pak razlike u genima uključenima u metabolizam ugljikohidrata. Razina povezanosti nepovoljnih čimbenika iz okoline i promjena obrazaca metilacije bila je niska no čvrsta za socioekonomске čimbenike na razini obitelji te na individualnoj razini za pušenje.

Autori ovog istraživanja na kraju su zaključili kako djeca odrasla u socioekonomski nepogodnom okruženju ulaze u odraslu dob s epigenomom koji je drukčiji od epigenoma djece koja su odrasla u povoljnijem okruženju te da rezultati do kojih su došli ukazuju na mehanizam kojim okruženje u djetinjstvu utječe na zdravlje u odrasloj dobi.

JAMA Netw Open. 2020;3(6):e206095.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.6095

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

RESEKCIJA GUŠTERAČE JE NAJSIGURNIJA I NAJISPLATIVIJA U SREDIŠTIMA S VELIKIM BROJEM ZAHVATA

Do sada nije poznato mogu li se troškovi kirurških zahvata na gušterači smanjiti centralizacijom operacija. **Ahola R.** (Dept. of Gastroenterology and Alimentary Tract Surgery, Tampere University Hospital, Finska) sa suradnicima iz Finske pretražio je nacionalni registar bolesnika koji su podvrgnuti pankreatoduodenektomiji (PD) u Finskoj između 2012. i 2014. godine.

Podaci o bolesnicima bilježeni su do devedesetog poslijeoperacijskog dana te im se izračunao Charlson indeks komorbiditeta (CCI). Komplikacije su klasificirane prema Clavien-Dindo. CCI je izračunat za svakog bolesnika. Bolnice su kategorizirane prema godišnjoj stopi resekcija: veliki volumen, VV operacija (≥ 20), srednji volumen, SV (6 - 19) i mali volumen, MV (≤ 5). Troškovi su izračunati prema obračunu za 2012. godinu.

Ispitivana populacija obuhvaćala je 466 bolesnika. Demografske obilježja bila su slična u sve tri skupine. Smrtnost je bila manja u središtimu VV operacija negoli u zdravstvenim središtimu SV i MV tijekom 30 dana (0,8 % u VV, 8,8 % u SV i 12,9 % u MV; $P < 0,01$) i 90 dana (1,9 % u VV, 10,5 % u SV i 16,1 % u MV; $P < 0,01$). Volumen bolnice i indeks komorbiditeta CCI bili su značajni čimbenici smrtnosti u multivarijatnoj analizi.

Medijan troškova u svih bolesnika bio je manji u skupini bolesnika operiranih u središtimu VV nego u središtimu SV i MV ($P = 0,019$), među Clavien-Dindo III klase ($P = 0,02$), među bolesnicima starijim od 75 godina ($P < 0,001$) i među bolesnicima koji su preživjeli više od pet dana ($P = 0,015$).

Autori ovoga istraživanja zaključuju kako je tridesetog i devedesetog poslijeoperacijskog dana smrtnost 10 puta

manja kada je bolesnik operiran u zdravstvenom središtu velikog volumena. Istraživanje pokazuje da su prosječni ukupni troškovi kirurškog liječenja u središtimu velikog volumena manji nego li u središtimu s manjim brojem resekcija gušterače, te iznose 82 - 88 % od troškova u središtimu manjeg volumena. Ovo istraživanje neosporan je dokaz kako operativno liječenje gušterače u zdravstvenim središtimu visokog volumena s većim brojem zahvata ima ne samo medicinske već i ekonomske razloge.

(Pancreatology. 2019;19(5):769-74.)

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

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Augustin G, Boric M, Barcot O, Puljak L. *Discordant outcomes of laparoscopic versus open appendectomy for suspected appendicitis during pregnancy in published meta-analyses: an overview of systematic reviews.* *Surg Endosc.* 2020 Jun 16. doi: 10.1007/s00464-020-07674-6.

Augustin G, di Saverio S. MRI Is Mandatory for the Assignment Into Antibiotic Treatment or Appendectomy Group of Patients During Pregnancy. *Am J Med.* 2020 May;133(5):e208. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.06.043.

Boban A, Hermans C. Safety of Relaxing Coagulation Control by anti-TFPI in Hemophilia Patients: Impact of Tissue Distribution of Tissue Factor. *J Thromb Haemost.* 2020 Jun 18. doi: 10.1111/jth.14955.

Bojanic K, Kuna L, Bilic Curcic I, Wagner J, Smolic R, Kralik K, Kizivat T, Ivanac G, Vcev A, Wu GY, Smolic M. Representation of CYP3A4, CYP3A5 and UGT1A4 Polymorphisms Within Croatian Breast Cancer Patients' Population. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 May 23;17(10):3692. doi: 10.3390/ijerph17103692.

Brnić D, Martinovic D, Zivkovic PM, Tokic D, Tadin Hadjina I, Rusic D, Vilovic M, Supe-Domic D, Tonkic A, Bozic J. Serum Adropin Levels Are Reduced in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Sci Rep.* 2020 Jun 9;10(1):9264. doi: 10.1038/s41598-020-66254-9.

Ćurković M, Košec A, Ćurković D. Math and Aftermath of COVID-19 Pandemic and Its Interrelationship From the Resilience Perspective. *J Infect.* 2020 Jun 13:S0163-4453(20)30401-1. doi: 10.1016/j.jinf.2020.06.020.

Dvojkovic A, Nikolac Perkovic M, Sagud M, Nedic Erjavec G, Mihaljevic Peles A, Svob Strac D, Vuksan Cusa B, Tudor I, Kusevic Z, Konjevod M, Zivkovic M, Jevtic S, Pivac N. Effect of Vortioxetine vs. Escitalopram on Plasma BDNF and Platelet Serotonin in Depressed Patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2020 Jun 11:110016. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110016.

Figl J, Perkov D. A Very Unusual Carotid Shunt Migration. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2020 May 23:S1078-5884(20)30370-1. doi: 10.1016/j.ejvs.2020.04.030.

Tjelovježba dokazano smanjuje rizik od nastanka sive mrene

Siva mrena ili katarakta povezana s dobi najčešći je uzrok slabog vida i sljepote u svijetu. Operacija mrene iznimno je uspješan način liječenja mrene koji je, međutim, povezan sa značajnim javnozdravstvenim troškovima. U posljednje vrijeme umnožena su epidemiološka istraživanja s ciljem prepoznavanja novih rizičnih čimbenika povezanih sa sivom mrenom. Do sada su prepoznati rizični čimbenici poput dobi, šećerne bolesti, izloženosti ultraljubičastim zrakama, pušenja, prekomjerne tjelesne mase i konzumiranja alkohola. Očna leča vrlo je osjetljiva na oksidacijska oštećenja i sve je više dokaza kako učinci tjelesne aktivnosti na povećanje razine enzima koji smanjuju oksidacijski stres i povećanje razine lipoproteina visoke gustoće ili HDL-a mogu smanjiti rizik od bolesti oka povezanih sa starenjem, poput sive mrene i degeneracije žute pjege.

Istraživači sa Sveučilišta Xi'an Jiaotong u

Kini i Sveučilišta Južna Australija proveli su pod vodstvom dr. Hong Jianga metaanalizu o utjecaju tjelesne aktivnosti na rizik od nastanka sive mrene, u koju su uključili 6 prospektivnih istraživanja provedenih na području SAD-a, Švedske i Ujedinjenog Kraljevstva, s ukupnim uzorkom od 171 620 sudionika. Tijekom razdoblja praćenja od 6 do 12 godina siva mrena povezana s dobi dijagnosticirana je u 19 173 (11,3 %) ispitanika. Podaci o razini tjelesne aktivnosti ispitanika prikupljeni su upitnikom i izraženi u jedinicama MET ili u tjednom broju sati provedenih u tjelovježbi. Pritom se MET (engl. metabolic equivalent of task) smatra pouzdanim mjerom za procjenu metaboličke aktivnosti za vrijeme tjelesne aktivnosti od prosjeka tjednog broja sati. Tjelesna aktivnost koja je 6 puta veća od aktivnosti u mirovanju je granica između treninga srednjeg i visokog intenziteti i označava se kao 6 MET. Povećana tjelesna

aktivnost bila je povezana s 10 % manjim rizikom od nastanka sive mrene ($P < 0,001$). U istraživanjima koja su koristila dnevni MET kao mjeru aktivnosti povezanost je bila veća nego u istraživanjima koja su kao mjeru koristila tjedni broj sati. Rizik od nastanka sive mrene smanjuje se 2 % za svakih 6 jedinica MET dnevnog povećanja tjelesne aktivnosti ($P < 0,001$), što odgovara otprilike jednom satu vožnje bicikla ili trčanja dnevno. Uzimajući u obzir porazan podatak o tome da je u razvijenom svijetu gotovo trećina odraslog stanovništva fizički neaktivna, autori se nadaju kako će nas rezultati ove i drugih sličnih metaanaliza potaknuti da odvojimo više vremena za tjelesne aktivnosti poput šetnje ili vožnje biciklom te time smanjimo rizik od nastanka brojnih bolesti, uključujući i sivu mrenu.

(Int J Ophthalmol. 2020 Apr 18;13(4):643-649. doi: 10.18240/ijo.2020.04.18.)

 dr. sc. ADRIAN LUKENDA, dr. med.
specijalist oftalmologije

Golubić AT, Poljak F, Bumber B, Huić D. Intraoperative Detection of Hyperplastic Parathyroid Gland With Positron Emitter 18F-Fluorocholine and Handheld Probe. *Clin Nucl Med.* 2020 May 20. doi: 10.1097/RLU.0000000000003106.

Homolak J, Kodvanj I. Widely Available Lysosomes Targeting Agents Should Be Considered as Potential Therapy for COVID-19. *Int J Antimicrob Agents.* 2020 Jun 6:106044. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.106044.

Kosovic I, Filipovic N, Benzon B, Vukojević K, Saraga M, Glavina Durdov M, Bocina I, Saraga-Babic M. Spatio-temporal Patterning of Different Connexins in Developing and Postnatal Human Kidneys and in Nephrotic Syndrome of the Finnish Type (CNF).

Sci Rep. 2020 May 29;10(1):8756. doi: 10.1038/s41598-020-65777-5.

Ljubičić M, Baković L, Čoza M, Pribisalić A, Kolčić I. Awakening Cortisol Indicators, Advanced Glycation End Products, Stress Perception, Depression and Anxiety in Parents of Children With Chronic Conditions. *Psychoneuroendocrinology.* 2020 Jul;117:104709. doi: 0.1016/j.psyneuen.2020.104709.

Majnarić LT, Wittlinger T, Stolnik D, Babić F, Bosnić Z, Rudan S. Prescribing Analgesics to Older People: A Challenge for GPs. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jun 5;17(11):E4017. doi: 10.3390/ijerph17114017

Nikolac Perkovic M, Sagud M, Zivkovic M, Uzun S, Nedic Erjavec G, Kozumplik O, Svob Strac D, Mimica N,

Mihaljević Peles A, Pivac N. Catechol-O-methyltransferase rs4680 and rs4818 Haplotype Association With Treatment Response to Olanzapine in Patients With Schizophrenia. *Sci Rep.* 2020 Jun 22;10(1):10049. doi: 10.1038/s41598-020-67351-5.

Papés D, Jeroncic A, Ozimec E. Redundancy and Methodological Issues in Articles on COVID-19. *Eur J Clin Invest.* 2020 Jun 7:e13301. doi: 10.1111/eci.13301.

Parat K, Radić M, Perković D, Biočina Lukenda D, Martinović Kaliterina D. Sjögren's Syndrome: An Important Confounder in Evaluation of Oral Features in Systemic Sclerosis. *Oral Dis.* 2020 Jun 22. doi: 10.1111/odi.13504.

Stupin A, Mihalj M, Kolobarić N, Šušnjar P, Kolar L, Mihaljević Z, Matić

A, Stupin M, Jukić I, Kralik Z, Grčević M, Kralik G, Šerić V, Drenjančević I. Anti-Inflammatory Potential of n-3 Polyunsaturated Fatty Acids Enriched Hen Eggs Consumption in Improving Microvascular Endothelial Function of Healthy Individuals—Clinical Trial. *Int J Mol Sci.* 2020 Jun 10;21(11):E4149. doi: 10.3390/ijms21114149.

Zakarija-Grković I, Cattaneo A, Bettinelli ME, Pilato C, Vassallo C, Borg Buontempo M, Gray H, Meynell C, Wise P, Harutyunyan S, Rosin S, Hemmelmayr A, Šniukaitė-Adner D, Arendt M, Gupta A. Are Our Babies Off to a Healthy Start? The State of Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in Europe. *Int Breastfeed J.* 2020 Jun 4;15(1):51. doi: 10.1186/s13006-020-00282-z.

Dulce cum utili!

Zadane formule poslovnoga pisma

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



Uvod

Svatko je od nas, i to ne samo jednom, trebao napisati poslovno pismo. Kako se ono sastoji od zadanih dijelova, a u sebi sadrži i dio zadatah formula, poput rečenice oslovljavanja i pozdravljanja na kraju pisma, nije neobično da ste pitali i za taj dio hrvatskoga jezika.

Ovladavanje vještinom pisanja nije spontano, već podrazumijeva trajno učenje i uvježbavanje prijenosa misli u pisani tekst. Naime, zbog pogrešaka primatelju nesvesno možemo prenijeti sadržaj suprotan onome koji smo željeli, a on će steći nepovoljno mišljenje o nama. I u formulama poslovnoga pisma treba voditi računa o nekim bitnim jezičnim pravilima jer nije svejedno koji ćemo oblik u pojedinoj formuli upotrijebiti. U ovom broj *Liječničkih novina*, kao što možete i pretpostaviti, proći ćemo strukturu poslovnoga pisma i ukloniti temeljne nedoumice do kojih može doći ako ne poznajemo jezičnu normu.

Sadržajni dijelovi poslovnoga pisma

Poslovno se pismo sastoji od podataka o pošiljatelju i primatelju, mjesta i datuma, predmeta, rečenice oslovljavanja, zahvale, bitne informacije, objašnjenja bitne informacije, upute, zaključka, pozdrava i potpisa. U nastavku ću objasniti spomenute dijelove i upozoriti na moguće jezične nepravilnosti koje se u njima mogu javiti.

Mjesto i datum

U različitim vrstama pisanih dokumenata svakako trebamo napisati datum. Napisati

ga možemo na više pravilnih načina. Ponajprije se pitamo trebamo li, i gdje, u datumu staviti zarez. To je pitanje jednoznačno propisano *Hrvatskim pravopisom*. Kada se datum nalazi iza naziva mjesta u nominativu, iza naziva mjesta obavezno se piše zarez, na primjer: Zagreb, 10. 7. 2020., a naziv mjeseca može se napisati i riječu, ali pritom treba paziti na to da oblik riječi bude u genitivu, na primjer: Zagreb, 10. srpnja 2020. Naziv mjeseca mora biti u genitivu zato što je riječ o skraćenome obliku koji dolazi od: Dana desetoga srpnja dvije tisuće i dvadesete godine. Zarez se ne piše kad se datum nalazi iza oznake mjesta u prijedložnome izrazu, na primjer: U Zagoru 10. 7. 2020. ili U Zagoru 10. srpnja 2020.; ili Na Hvaru 10. 7. 2020. ili Na Hvaru 10. srpnja 2020. Prilikom pisanja datuma treba još napomenuti kako ne treba pisati nulu (osim ako nije riječ o potrebi da se zauzme to mjesto kako netko ne bi dopisao brojku i time promijenio datum, a što bi mijenjalo bit dokumenta i njegova datiranja). Dakle, ne treba pisati Zagreb, 10. 07. 2020. / U Zagrebu 10. 07. 2020. ili Zagreb, 09. 07. 2020. / U Zagrebu 09. 07. 2020. Isto tako treba pisati bjeline između dana, mjeseca i godine, upravo na način kako sam navela u navedenim primjerima.

Rečenica oslovljavanja

Rečenica oslovljavanja dolazi na početku poslovnoga pisma i uvijek je u vokativu. Budući da je vokativ samostalan padež, uvijek se od ostatka rečenice odvaja zarezom. Zato ćemo i rečenicu oslovljavanja odvojiti zarezom i pritom paziti na to da poslovno pismo u novom retku počnemo pisati malim početnim slovom, a ne kao u engleskome jeziku

velikim početnim slovom. Naravno da se rečenica oslovljavanja može od ostatka pisma odvojiti i uskličnikom i da se pritom nastavak poslovnoga pisma piše velikim početnim slovom, ali preporuka je poslovne komunikacije da se ipak u poslovnim pismima nastoji upotrebljavati zarez. Evo nekoliko primjera rečenica oslovljavanja: *Poštovani (Cijenjeni) gospodine Tomiću*,...; *Poštovana (Cijenjena) gospodo Tomić*,...; *Dragi prijatelju*,...; *Draga prijateljice*,...; *Poštovani kolegice i kolege*,.... U rečenicama oslovljavanja možemo se kolebiti kako napisati prezime koje se odnose na muške ili ženske osobe. Pravilo je jednostavno: prezimena koja završavaju na -ić u vokativu dobivaju -u kada se odnose na muškarce, a ne dobivaju ga kada se odnose na žene. Sva ostala prezimena imaju vokativni oblik jednak nominativnom, npr. *Poštovani gospodine Leonardi*; *poštovani gospodine Vukov* i sl.

Iako smo u našoj rubrici već više puta bili govorili o tome kada zamjenicu Vi i Ti, i sve njihove oblike, treba pisati velikim početnim slovom, nije na odmet još jednom ponoviti. Dakle, kada u pismenom obraćanju jednoj osobi iz počasti upotrebljavamo zamjenice za 2. l. jd. i 2. l. mn. (ti, tvoj i vi, vaš), tada te zamjenice pišemo vel. poč. slovom: Ti, Tvoj, Tebi i Vi, Vaš, Vama...

Zahvala

Svakako je preporuka svakoga dobrog poslovnoga komuniciranja da najprije zahvalimo onima kojima pismo upućujemo. Zahvala obično povezuje neku prethodnu radnju koju je naš primatelj poduzeo s onim

o čemu ćemo mi pisati u poslovnome pismu. Na primjer možemo navesti: *Zahvaljujem Vam na informaciji koju ste mi poslali...*

Bitna informacija

To je osnova cijelog pisma, odnosno najvažnija informacija, npr. *Obavještavamo Vas o novom proizvodu...; Vaša molba nije prihvadena... i sl.*

Objašnjenje bitne informacije

Bitnu informaciju svakako trebamo potkrijepiti objašnjenjem navodeći razloge, argumente, dokaze. Npr. *Vašu molbu nismo mogli odobriti zbog nedovoljne dokumentacije...*

Uputa

Uputa govori o tome što primatelj treba učiniti da bi, npr. kupio novi proizvod ili da bi na njegovu molbu bilo pozitivno odgovoren, npr. ... *Molimo Vas da nam do kraja rujna slanjem elektroničkog pisma javite jeste li zainteresirani za novi proizvod; Da bi Vaša molba mogla biti prihvadena, morate poslati sljedeće dokumente...*

Zaključak

U njemu primatelja treba potaknuti na prihvatanje sadržaja i na djelovanje. Npr. *Ispričavamo se zbog propusta i molimo Vas...; Vjerujemo da ćete naše argumente prihvatiti i ispuniti svoju obvezu.*

Pozdrav

Pozdrav je kao bitan dio ljudske komunikacije ušao u mnoga književna djela, znao je postajati i ratnim pokličem, a kako se određenim pozdravom može prenijeti i dodatna informacija, a ne samo namjera pozdravljanja, znao je postati i dijelom određene ideologije ili političke opcije.

Pozdravljati se u svim jezicima može i u govoru i u pismu na različite načine. U posljednje su se vrijeme dva pozdrava u poslovnoj komunikaciji nametnula kao dominantna – *srdaćan pozdrav* i *lijep pozdrav*. Prilikom pisanja treba paziti na to da se pridjev koji stoji uz imenicu *pozdrav* piše bez *i*, odnosno da je riječ o neodređenoime obliku pridjeva, dakle treba pisati *lijep pozdrav*, a ne *lijepi pozdrav*. U razgovoru me je naša urednica profesorica Zibar zainteresirala za to da dublje istražim povijest oblika *lijep pozdrav* jer da se sjeća kako se taj oblik počeo upotrebljavati prije nekih deset godina,

odnosno da je riječ o novijoj pojavi toga oblika. Moram priznati da se ne sjećam kada sam ga počela upotrebljavati, samo znam da mi je taj oblik drag u poslovnoj komunikaciji kada želim biti sasvim neutralna. Budući da je riječ o zanimljivoj temi, svima nama korisnoj u komunikaciji, rado ću detaljnije sljedećih mjeseci istražiti tu pojavu. Možete se i vi uključiti u nju i javiti na adresu naše e-pošte svoja saznanja i način na koji upotrebljavate pozdrave. A za kraj ovoga potpoglavlja još malo pravopisnih pravila. U skladu s pravopisom zarez se ne piše iza pozdravnih riječi iza kojih slijedi potpis u novome retku:

Srdačan pozdrav

Ante Borić

Ali kada se pozdravne riječi i potpis nalaze u istome retku, iza pozdrava treba napisati zarez:

Srdačan pozdrav, Ante Borić.

Potpis

I na kraju svako poslovno pismo treba vlastočno potpisati, obično na crtu koja je za to predviđena. Računalom treba radi čitkosti napisati ime i prezime ispod potpisa (nerijetko se potpisujemo i ispod računalno napisanoga imena i prezimena) te po potrebi dodati zvanje, zanimanje, titulu.

Nakon što smo pismo napisali, trebamo ga temeljito pročitati i ispraviti moguće pogreške, zamoliti još nekoga da pismo pročita i komentira ga, a o komentarima razmislići. Kada na pismo dobijemo odgovor, trebamo razmislići o tome zbog čega jesmo ili nismo uspjeli. U slučaju neuspjeha trebamo ponovno napisati pismo u kojem ćemo drugim riječima i novim argumentima pokušati prenijeti isti sadržaj.

Pozivamo Vas da nam na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr pošaljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom struke.

PROVJERITE ZNANJE:

1. Riječi *Riječanin*, *Zagrepčanin*, *Konavljanka* ili *Konavoka* jesu:

- | | |
|---|----------|
| A | homonimi |
| B | ktetici |
| C | etnonimi |
| D | toponimi |
| E | etnici |

2. U kojem je nizu riječ koja je nepravilno napisana?

- | | |
|---|---------------------------------|
| A | kršćanstvo, čevapčić, trećina |
| B | srndač, pritišćući, svijećnjak |
| C | cjevčica, cvjećarnica, osjećati |
| D | iščašiti, čamčić, stečaj |

3. Tko je napisao rječnik pet najodličnijih europskih jezika (latinskoga, talijanskoga, njemačkoga, dalmatinskoga i ugarskoga) *Dictionarium quinque nobilissimarum Europae linguarum, Latinae, Italicae, Germanicae, Dalmaticae et Ungaricae*, tiskan u Veneciji 1595. i koji predstavlja prvi hrvatski rječnik uopće koji uvrštava hrvatski među »pet najodličnijih europskih jezika«?

Tockni odgovori: 1. E; 2. D; 3. Faust Vrankić

„Naš hrvatski jezik je naše blago“

Tom je rečenicom započinjao baš svaki sat materinjeg jezika davnih osamdesetih prof. Blago Vrankić u jednoj zagrebačkoj osnovnoj školi, sjeca se suradnica Liječničkih novina. U svjetlu globalizacije, relativizacije važnoga, fokusiranosti na sve užu struku, nalazim vrijednim ponavljati njegovu rečenicu, u nadi da će hrvatski jezik, naše blago, preživjeti, barem nas. U to ime, njegujemo hrvatski izričaj u hrvatskoj medicini! Lada Zibar

PODACI UMRLIH PACIJENATA

O primjeni Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) na umrle pacijente.

Izv. prof. dr. sc. IVANA TUČAK

Katedra pravno-teorijskih znanosti
Pravni fakultet Sveučilišta u Osijeku

KORIŠTENJE TIJELA UMRLIH U ZNANSTVENO-MEDICINSKE SVRHE

Korištenje tijela umrlih u nastavi i znanstvenom istraživanju u slučaju nepostojanja pristanka ovlaštene osobe predstavlja kazneno djelo povrede mira pokojnika iz čl. 332. Kaznenog zakona (Narodne novine, br. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19). Ovlaštena osoba je sam pojedinač koji to može učiniti izričito potpisivanjem izjave o darovanju tijela. Ovo njegovo pravo proizlazi iz prava osobnosti. No, Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine br. 100/18 i 125/19) u članku 232., stavku 4. propisuje i sljedeću iznimku od gornjeg pravila:

„Tijelo umrle osobe koja nije dala suglasnost za korištenje svojega tijela u nastavne i znanstvene svrhe može se koristiti u te svrhe ako su ispunjeni sljedeći uvjeti:

- ako se umrla osoba tome za života nije protivila u pisanom obliku
- ako u roku od 48 sati nije podnesen zahtjev za pokop ili kremiranje i
- ako je Etičko povjerenstvo nadležne visokoškolske ustanove suglasno s

korištenjem tijela umrle osobe u nastavne i znanstvene svrhe.“ Svi navedeni uvjeti moraju biti kumulativno ispunjeni.

KORIŠTENJE PODATAKA IZ MEDICINSKE DOKUMENTACIJE UMRLIH PACIJENATA U SVRHU ZNANSTVENIH ISTRAŽIVANJA

„Pod pravima osobnosti u smislu ovoga Zakona razumijevaju se prava na život, tjelesno i duševno zdravlje, ugled, čast, dostojanstvo, ime, privatnost osobnog i obiteljskog života, slobodu i dr.“

Opća uredba o zaštiti podataka se ne primjenjuje na osobne podatke preminulih osoba (par. 27), te je samim državama članicama Europske unije prepusteno donošenje pravila vezanih uz njihovu obradu. Opća uredba o zaštiti osobnih podataka ne odnosi se na obradu anonimnih informacija (par. 26):

„Načela zaštite podataka stoga se ne bi trebala primjenjivati na anonimne informacije, odnosno informacije koje se ne odnose na pojedinca čiji je identitet utvrđen ili se može utvrditi ili na osobne podatke koji su učinjeni anonimnima na način da se identitet ispitanika ne može ili više ne može utvrditi. Ova se Uredba stoga ne odnosi na obradu takvih anonimnih informacija, među ostalim za statističke ili istraživačke svrhe.“

Budući da je uređenje pitanja obrade osobnih podataka u Europskoj uniji prepusteno nacionalnim državama, države različito reguliraju ovo pitanje. Tako neke zemlje traže, osim u slučaju da je to izričito zabranio preminuli, posmrtni pristanak pokojniku bliskih osoba. To uključuje, primjerice, Italiju, Španjolsku, Slovačku i Mađarsku. Druge države, primjerice, Nizozemska, Belgija, Švedska i Finska, u svojem zakonodavstvu koje se odnosi na zaštitu osobnih podataka ne sadrže posebne odredbe koje se tiču osobnih podataka preminulih. U Sjedinjenim Američkim Državama se upotreba podataka preminulih osoba u istraživačke svrhe ne smatra istraživanjem koje uključuje ljudske subjekte te se oni mogu kori-

stiti i bez protokola vezanih uz informirani pristanak.

U Europi su medicinski podaci preminulih dodatno zaštićeni institutom liječničke tajne koji nastavlja obvezivati liječnika i nakon pacijentove smrti. Države mogu imati posebno zakonodavstvo koje se odnosi na medicinska istraživanja, a koje se primjenjuje usporedno sa

propisima o zaštiti osobnih podataka. U ovom kontekstu treba promatrati i članak 21. Zakona o liječništvu (Narodne novine, br. 121/03, 117/08).

„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 (moj naglasak), 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.“

Inače, važno je istaknuti da je pitanje uporabe medicinskih podataka preminulih u današnje vrijeme izuzetno aktualno. Tako je skupina istraživača, Digital Ethics Lab, Oxford Internet Institute, trenutačno usredotočena na razvijanje Kodeksa za donaciju posmrtnih medicinskih podataka koji će omogućiti ovu praksu.

Štivo: Cf. Beat M. Riederer, S. Bolt, Eric Brenner, José L. Bueno-López, A.R.M. Circlescu, D.C. Davies, Raffaele De Caro, P.O. Gerrits, Stephen McHanwell, Diogo Pais, Friedrich Paulsen, Odile Plaisant, Erdogan Sendemir, I. Stabile, Bernard J. Moxham, The legal and ethical framework governing Body Donation in Europe – 1st update on current practice, Eur J Anat, 16 (1): 1-21 (2012). Čl. 19. st. 2. Zakona o obveznim odnosima (Narodne novine, br. 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18) Marieke A. R. Bak, M. Corrette Ploem, Hakan Ateşyürek, Marieke T. Blom, Hanno L. Tan, Dick L. Willems. Stakeholders' perspectives on the post-mortem use of genetic and health-related data for research: a systematic review, European Journal of Human Genetics (2020) 28:403–416. Harbinja E. (2019) Posthumous Medical Data Donation: The Case for a Legal Framework. In: Krutzinna J., Floridi L. (eds) The Ethics of Medical Data Donation. Philosophical Studies Series, vol 137. Springer.

Profulali cijeli fudbal ili samo od šume ne vide drveće

 HRVOJE TILJAK

Sve pohvale inicijativi HLK-a da pita političke stranke što misle o najvažnijim pitanjima hrvatskog liječništva u predizbornu vrijeme. Možemo li biti zadovoljni ponuđenim odgovorima? Treba li ih komentirati?

Jedno se zapažanje ističe: na četiri stranice bogatog teksta pojma primarna zdravstvena zaštita navodi se samo četiri puta. U jednom navodu obrazlaže se da će se povratkom specijalista u PZZ rasteretiti pritisak na bolnički zdravstveni sustav (RESTART), u drugom se opisuje palijativna skrb u suradnji primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, te snaga zdravstvenog turizma (RESTART); u trećem postupno premještanje zdravstvene zaštite iz bolničke djelatnosti u PZZ (MOST), a u četvrtom se općenito govori o potrebi razvoja zdravstvene djelatnosti na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Niti jednom PZZ nije zaslužila samostalno obraćanje nego se skromno spominje kao dodatak ili prijvesak bolničkom zdravstvu. Sadržajno se nude rješenja kojim se rasterećuje bolnički sustav, uz delegiranje novih poslova PZZ-u (novi DTP-i, zdravstveni turizam i palijativna skrb).

Na pitanje o pet strateških projekata stranke opet odgovaraju slično: izgradnja Nacionalne dječje bolnice (HDZ i MOST) i Nacionalne sveučilišne bolnice (RESTART). Spominje se unaprjeđenje sustava hitne medicinske pomoći s naglaskom na helikoptersku hitnu pomoć (HDZ i MOST). Kako se u tom kontekstu spominju međunarodne obaveze Republike Hrvatske, međunarodno pravo i propisi (MOST), stječe se dojam pojčanog interesa za helikoptersku službu vezanu za turizam.

Konačno, PZZ se spominje na poticaj HLK-a u pitanju o dodjeli koncesija. Odgovori su kratki i kategorični ili nedostaju (Domovinski pokret). Dok se jedni zalažu za redefiniranje statusa domova zdravlja (HDZ), drugi su za omogućavanje svim liječnicima osnivanje privatne prakse temeljem ugovora sa zdravstvenim osiguranjem (MOST i RESTART). U odgovorima je zanimljivo nepoznavanje aktualne zakonske regulative kojom se ukida koncesija kao oblik rada u PZZ-u, tako da i pitanje i neki odgovori sadrže formulacije koje se ne bi trebale koristiti u planiranju buduće organizacije zdravstva (RESTART).

Potrebno je naglasiti da od 2000. do sada nema zdravstvenog sustava u EU-u koji u procjeni potrebe reforme zdravstva ne naglašava važnost PZZ-a i potrebu njegove reorganizacije, a isto je naglašeno i dokumentima Svjetske zdravstvene organizacije. Reforme zdravstva koje se posljednjih godine provode u EU-u postale su značajnije orijentirane na reforme bolničkih sustava, ali tek onda kad je u većini država djelomično ili potpuno dovršena reorganizacija PZZ-a kao temelja cijelog sustava.

Što se dogodilo u Hrvatskoj? Osiromašenje prvenstveno kadrovskih resursa PZZ-a stalno raste do zabrinjavajuće razine posljednjih godina. Unatoč zaklinjanju na postulate Andrije Štampara (što je prisutno i u odgovorima stranaka - RESTART) i usprkos načelnom prepoznavanju važnosti PZZ-a, zdravstvena politika Hrvatske ostaje gluha i sljepa na drastičan nedostatak timova obiteljske medicine, ginekologije i pedijatrije koji je posljednjih godine postao goruci problem funkciranja PZZ-a. Tekst u Liječničkim novinama koji slijedi nakon teksta o predizbornim obećanjima stranaka progovara o gubitku 2700 liječnika u sljedećih pet godina zbog umirovlje-

nja i iseljavanja. Komora prepoznaće problem, govori i piše o PZZ-u kao kadrovski najugroženijem dijelu zdravstva. Javni protesti u Zadru ukazuju na nedostatak ginekologa i pedijatara. A predizborna obećanja se time ne bave. Jesu li naši kandidati za Sabor izvan reproduktivne dobi pa nisu osjetili očaj trudnica koje ne mogu naći ginekologa da im vodi trudnoću u okviru koji nudi HZZO? Ili nisu osjetili zabrinutost majke koja čak i u Zagrebu jedva nađe pedijatra koji može preuzeti skrb o djetetu u okviru HZZO-a. Ili možda naše kandidate za Sabor nije niti briga za žene i djecu. Sudeći po postupcima nekih stranaka i nekih pojedinaca u predizbornu vrijeme, moguće je da ih i nije briga.

U svakom slučaju, odsutnost interesa za nedostatnost timova PZZ-a i preopterećenost postojećih timova ukazuje na odsutnost realnog uvida stranaka/politike u problematiku hrvatskoga zdravstva. Druga je mogućnost da nemaju interesa za djelatnost zdravstva i da ne mare za zdravlje hrvatskog stanovništva. Ponuđenim odgovorima na pitanja HLK-a potvrđuju sumnju iznesenu u naslovu članka.

Izvori

- The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more Than Ever. WHO 2008.
- Hrvatsko zdravstvo u sljedećih pet godina gubi oko 2700 liječnika zbog umirovljenja i iseljavanja. -Liječničke novine 6/2020.
- U Zadru održan prosvjed „Pošto žensko zdravlje“. Jutarnji list 26. siječnja 2020.
- Stavovi i mišljenja izneseni u tekstu isključivo su procjene autora koji nije član niti jedne stranke.

htiljak@gmail.com

OD TOKOFILIJE DO TOKOFOBIJE

 DUBRAVKO HABEK

Normalna spoznaja i reakcija na normalnu, željenu, očekivanu trudnoću i porođaj je tokofilična. Zdravstveni sustav zaštite materinstva i roditeljstva zasigurno je tokofiličan i temeljen prvenstveno odnosom povjerenja između porodničara i primalja s trudnicama, rodiljama i njihovim obiteljima.

Tokofobija (od starogrčkog τόκος, porođaj) pojam je straha za trudnoću i ishod porođaja rodničkim putem, s obzirom na prethodno iskustvo loših ishoda trudnoća i / ili porođaja, traumatičnim porođajem, jatrogenom ozljedom posebice genitalnog sustava rodilje, perinatalno oštećenom djecom s kasnjim posebnim potrebama, a koje je ostavilo značajni psihosomatski ili psihijatrijski (poslijetraumatski) poremećaj u majki u vidu tjeskobe, depresije ili fobije. Ovakvih je slučajeva u opstetričkoj kliničkoj praksi manje od 1 %. No, i u navedenim slučajevima realnih tokofobijskih, individualnom procjenom porodničara i odnosa s rodiljom i njezinom obitelji, značajan broj trudnoća završit će se rodničkim putem, što dokazuje klinička praksa. Pojam tokofobije kao straha od ishoda porođaja uvedeni su koncem prošlog stoljeća i počeo se koristiti u nekim rodilištima kao neopstetrička, psihijatrijska indikacija za elektivni primarni carski rez (EPCR) s vrlo niskim postotkom od ukupnih EPCR. Tako neki psihijatri pod dijagnozom F 40.2 klasificiraju tokofobiju pod specifične, prigodne fobije, s preporukom da se obavi porođaj carskim rezom. I tako postoji nalog psihijatra porodničaru da obavi carski rez!

Je li ista kategorija straha od željene trudnoće, straha od neželjene trudnoće ili straha za aktualnu trudnoću, odno-

sno postoje li vrste tokofobije? U literaturi nije moguće iščitati navedeno s čim se susrećemo u radu. Evidentno je da eksplozija psihijatrijske dijagnoze tokofobije u posljednje vrijeme ne korelira s globalnim mentalnim zdravljem mlađe ženske populacije i odnosi se samo na pojedinu rodilišta kao endeme. Tako je i prije tridesetak godina u nekim bolnicama postojala tzv. neuropsihijatrijska indikacija za medicinski prekid trudnoće - strah od (neželjene) trudnoće, zapravo tokofobia, pa se značajno koristila kao razlog besplatnog pobačaja, i to višekratno, i po nekoliko puta u jednoj godini. Nakon dnevno učinjenih desetak i više masovnih likvidacija, na otpusnim pismima pisalo je doslovno: *Dg: Grav. m. l. III. NPS. Op: Ab. artificialis*, gdje je NPS značilo skraćenicu neuropsihijatrijska indikacija. Nije čak ni pisala dijagnoza te NPS indikacije. Danas ovakve indikacije za prekid trudnoće pobačajem nema, ali ima za dovršenje trudnoće EPCR.

Razvojem defenzivnog porodništva filozofijom *inertia consumit corpus* posljednja dva desetljeća, porasta broja carskih rezova izvan okvira medicinskih preporučenih indikacija, navlastito EPCR i zanemarivanja drugih porodničkih vještina, tokofobia se počela koristiti, čini se kao široka dijagnoza, posebice u primigravidu bez iskustva s prethodnim trudnoćama i porođajima, gdje ona ima zasigurno drukčiju kategoriju.

Javno mnjenje današnjeg porodništva i stvaranja roditeljstva je mondeno trendovski operativno, estetički, medijski i mrežno forumaški te iskoristeno raznim sudbinama "loših praksa porođaja" koje u konačnici svjesno i nesvesno izazivaju masovnu tokofobiju. Tokofobia se tako danas nerijetko koristi pod zaledem carskog reza na zahtjev, tzv. "lakšim putem za rađanje carskim rezom", primjerice, na

određeni datum zbog povoljnih astroloških čimbenika, već učinjenih natalnih horoskopa za novorođenče, rađanje na dan rođenja bake, djeda ili pak nekih državnika pa, nadalje, zbog straha od nečega što još nije doživljeno, već je preneseno i pogrešno percipirano. Strah od trudnoće, porođaja i dojenja nalaže i strah od roditeljstva u značajnom broju slučajeva.

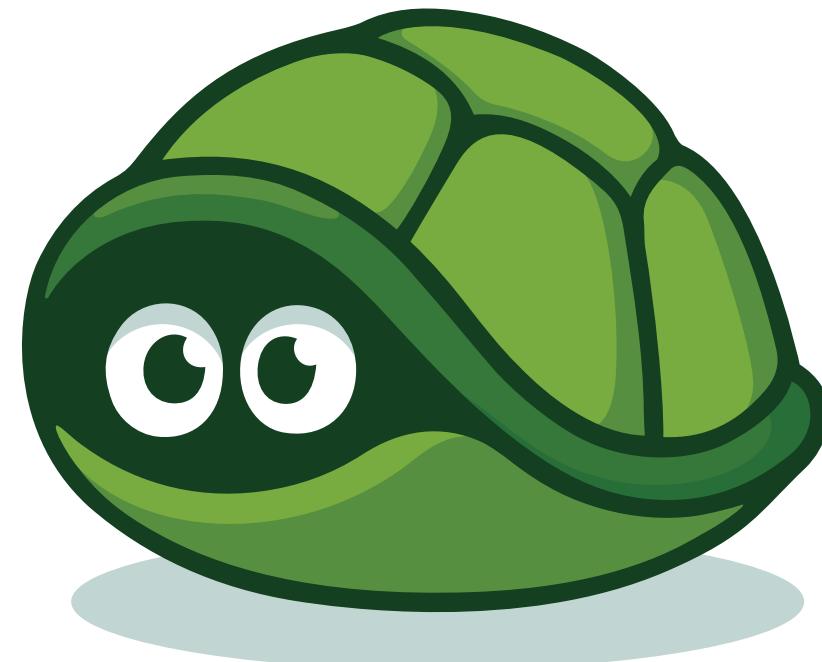
Strah od medicinskih postupaka normalna je reakcija i percepcija opasnosti, pa nije jasno gdje je nestao strah i tjeskoba od kirurškoga zahvata carskoga rezova i opće ili spinalne anestezije kao invazivnih postupaka u slučajevima nekih oblika tokofobije, pa toliko i upravo mondenski naglašeno bitne estetike uz taj postojeći strah od trudnoće i ishoda trudnoće koju EPCR peripartalnim programiranjem modulira i sprječava primarnu i primordijalnu prevenciju kroničnih bolesti u kasnijem životu. Danas je znanstveno neosporiva poveznica između EPCR-a i nastanka raznih poremećaja u ranom neonatalnom razdoblju u značajnom postotku, te kasnijeg kroničnog pobola (neupalne i upalne crijevne bolesti, respiracijske i nutricijske alergije, debljina, dijabetes, kronična imunodeficijencija, autizam, ADHD). Kasne i teške posljedice carskih rezova i opetovanih carskih rezova danas jesu značajnije češće previjalne placentacije i invazivne morbidne malplacentacije sa značajnim rizikom u svakoj sljedećoj trudnoći. Zašto o tome u nerijetko nečitljivim nepreglednim poljima tema o trudnoćama i porođajima nema neke priče, a medicinska literatura prepuna je znanstvenih dokaza? Tako roditelji laici svojim neznanjem i postupcima posredno mogu utjecati na pravo na zdravlje i razvoj svoje djece, a izvršitelji zahvata izravno, što je na temelju medicinsko-etičkih i stručnih klauzula nedopustivo. Klinički profesionalizam ne smije dopustiti sukob interesa između majke i nerođenoga, za život sposobnog djeteta, ni na čiju korist ili štetu, stoga se

psihijatri i porodničari moraju što prije usuglasiti, ili su već usuglašeni.

Forenzički, sociološki i deontološki opstetrički osviješten svijet postavlja pitanja:

- Što je onda zapravo tokofobija? Koja je prava, a koja iracionalna? Koliko ima pravih tokofobija sa psihijatrijskom pozadinom, a koliko „tokofobia“ koje to nisu?
- Kako je izostao strah od kirurškog zahvata carskog reza i anestezije kao invazivnih i agresivnih postupaka u osoba koje imaju strah od rodničkoga rađanja?
- Je li ista kategorija tokofobije u višerotkinja s prethodnim traumatičnim iskustvima i primigravida bez vlastitih iskustava u rađanju i je li postotak ove dijagnoze stoga toliko neujednačen kao i porodnička praksa?
- Na temelju čega je medicinska dijagnoza sazdana: od njenoga realnog postojanja, od pogrešne interpretacije, utjecaja medija, subjektivnih prenošenja iskustava drugih žena s njihovih porođaja javnim forumima ili pak defenzivnom opstetričkom praksom?
- Tko ima zapravo tokofobiju: liječnici ili zdrave trudnice, navlastito primigravide?
- Mogu li liječnici i primalje imati opravdan strah od vaginalnog porođaja, a nemati od carskog reza?
- Tko bi trebao raditi na prosvjećivanju, liječenju i realnom tumačenju prave tokofobije?

Tokofobija je prigodan strah i ne može se izlijecičiti operativno; nije ga moguće ektomirati, izrezati. Pravu tokofobiju valja shvatiti kao psihijatrijski poremećaj koji zahtijeva antepartalnu podršku i razgovore s opstetričarem ili psihijatrom ili pak psihijatrijsko liječenje psihofarmakologijom ili psihoterapijom. Ipak, najveći broj porodničara ne prihvata klinički rizik izvršenja operacijskog zahvata bez medicinskih indikacija i nosi se klauzulom “prvenstveno ne škoditi”.



Ne smije se zaboraviti da je EPCR kirurška intervencija s narušavanjem tjelesnog integriteta, ne spada u kategorije izbornih estetičkih zahvata ispravljanja naružnjenja, naprotiv, on je povreda tjelesnog integriteta u žena s narušenim mentalnim integritetom dijagnozom tokofobije, što brojna izvješća kliničke psihologije i psihijatrije povezuju s nastankom poslijeporođajne depresije, izražene simptome somatizacije, opsivno kompulsivnog poremećaja i tjeskobe. Djeca porođena s pomoću EPCR-a imaju onemogućeno pravo na zdravlje koje je medicinskim postupkom kompromitirano i nije zajamčeno, pa su potencijalno primarno bioetički i medicinski diskriminirana.

Forenzičari su nedavno prikazali ni prvi ni zadnji slučaj anesteziološke komplikacije sa smrtnim ishodom roditelje i živim novorođenčetom tijekom EPCR-a učinjenoga zbog tokofobije u primigravide. *“The authors report on the autopsy case of a 40-year-old primigravida without either coagulation disorders or anticoagulant/antiplatelet therapy, who developed a fatal intracranial subdural hematoma after spinal anesthesia (SA) for elective cesarean delivery for tocophobia. Intracranial subdural hematoma is the most dreaded complication of SA*

and is often misdiagnosed with postdural puncture headache.....” (Gioia S et al. Fatal Acute Intracranial Subdural Hematoma After Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery: Case Report and Review of the Literature. *Am J Forens Med Pathol* 2019;40:381–85.)

Definicija zdravlja je apsolutistička: fizičko, mentalno i socijalno blagostanje. Zdravlje se ne kupuje na metre i dekagrame, ne kupuje se na sniženju niti na akciji! Komercijalna medicina je primarno i poslovno napuhnuta, mora biti nakićeno lijepa, nauljena i nasoljena, nekonkretna je, jer inače propada. Liječništvo je struka definirana zakonom i brojnim deontološkim pravilnicima, temelji se na činjenju dobroga, na korist zdravima i bolesnima bez svjesnoga izazivanja jatrogenog pobola i smrtnosti i pretvaranja zdrave trudnice i fetusa u status bolesnika. Onaj tko ima pravu tokofobiju nema zdravlje i zahtijeva liječničku pomoć. Tokofobija nije strah od porođaja, ona je strah za trudnoću i porođaj! Javno mnjenje nije tokofilično, ono je tokofobično, a naš je posao ispraviti ga znanstvenim i profesionalnim apsolutizmom, a ne potencirati ga. Medicina je evidentno dosegla svoj vrhunac, jer je više bolesnih nego zdravih.

Rasni nemiri u Sjedinjenim Američkim Državama

Treba li nam dodatnih vrućih aktualnosti pored svega što nam priređuje 2020. godina?

 LADA ZIBAR

Novi koronavirus, potres, pret-hodni efluviј liječnika iz Lijepе naše, ekonomski neizvjesnost (najblaži eufemizam), nepravde prema hrvatskom liječništvu... Treba li nam još što?

Prije tri desetljeća imali smo Domovinski rat, bili smo sretni i zahvalni kada nas je međunarodna zajednica priznala i kada su države koje su tada živjele u miru pokazivale zanimanje za naše nedaće i eventualno nam pomagale.

Iz medija saznajemo za rasne nemire u Sjedinjenim Američkim Državama i za podršku po trgovima ponekih neameričkih prijestolnica i drugdje. Konkretni politički zahtjevi prosvjeda o kojima je ovdje riječ usmjereni su na zakonsku promjenu ovlasti policije pri uporabi sile prema prekršiteljima zakona. Okidač prosvjedima bilo je ubojstvo Afroamerikanca Georgea Floyda u Minneapolisu 25. svibnja tijekom policijske intervencije, pri čemu je primjenjena (zakonom dozvoljena) uporaba sile, očigledno prekomjerna. Pitam se tiču li nas se spomenuti događaji, u kojoj mjeri, kao ljude, ili možda baš kao liječnike. I nalazim da nas trebaju zabrinuti, baš kao i mi njih onomad, devedesetih.

Pokušala sam doći do podataka o aktualnostima koje bi se istodobno

odnosile i na liječnike i na rasne nemire u SAD-u. Postoje podaci koji ukazuju na to da su Afroamerikanci i među zdravstvenim djelatnicima možda ugroženiji (i moguće imaju veću smrtnost) od SARS-CoV-2 nego bijelci pa je za pretpostaviti da se to odnosi i na liječnike (no nisam našla pouzdan i updatiran podatak koji bi ovo brojčano i egzaktno potvrdio). Glas liječnika Afroamerikanaca komentira rizik od novog koronavirusa i od pripadnosti crnoj rasi, kao npr. čikaški kardiolog u "When COVID-19 Disparities and Racial Injustice Collide" (<https://www.medscape.com/viewarticle/932447>). Prof. Ognjen Gajić s Klinike Mayo u Minnesoti tvrdi da je „pandemija COVID-19 disproportionalno zahvatila siromašne i manjine i u zdravstvenom i u ekonomskom pogledu. Tako su izbile na površinu dugogodišnje podjele u društvu, rasna i etnička diskriminacija, i neriješeni problemi i prava manjinskog stanovništva.“ Aktualno pak bijelci još uvijek čine brojčanu većinu u SAD-u, no predviđanja ukazuju na inverziju u korist nebijelog stanovništva.

Komentari američkih liječnika i „neliječnika“ koje dobivam većinom opravdavaju „konačno“ traženje realne društvene jednakosti američkih crnaca, a potječu od pripadnika bijele rase. Istodobno mnogi ne opravdavaju prateće prosvjedno nasilje, osobito ono koje se odnosi na uništa-

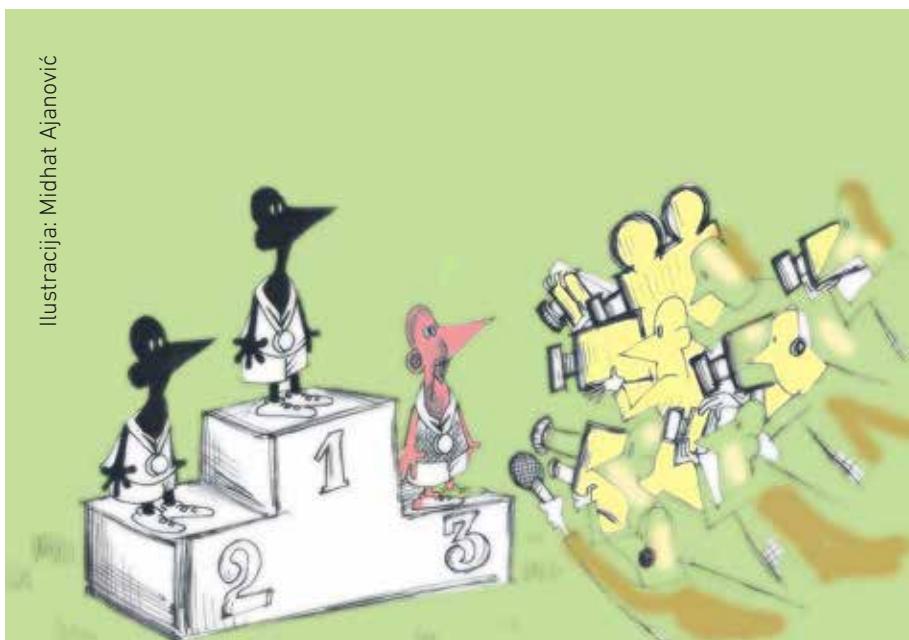
vanje umjetničkih djela (spomenika) koja prikazuju današnjim prosvjedicima nepoželjne povijesne osobe. (Y. Oulad Daoud) Većina istodobno zamjera brutalne postupke američke policije u vezi s uhićenjima, neovisno o rasi. (I. Ilić) Zagovaraju se reforme zakona koji se odnose na mogućnosti manipulacije propisima, što se može ogledati u ishodima vezanima za rasnu pripadnost, kao što su zakoni vezani za ovlasti policije. Zakonski ne postoji diskriminacija s obzirom na rasnu pripadnost, no suptilnijom analizom zakona vidi se da to baš i nije tako. Američki kazneni zakon je sam po sebi rasistički: kriminalna djela koja češće čine Afroamerikanci kažnjavaju se više i s duljim zakonskim kaznama od kriminalnih djela bijelaca koja su češća kod njih. Na primjer, za minimalne zakonske kazne zatvora bijelci moraju imati stotinu puta više droge (kokaina u prahu) od Afroamerikanaca (crack kokaina). Danas apostrofirani problem je u tome što pozitivni propisi (i način obuke) daje neka prava i slobode policajcima pri privođenjima prijestupnika koji se mogu drukčije interpretirati i na osnovi kojih policajac teoretski može ubiti pri privođenju zbog bilo kakvog (i „banalnog“) prijestupa. (S. Oulad Daoud) Pri tomu crnci češće stradavaju od bijelaca. A bijeli policajci pri tomu prolaze uglavnom ne(dostatno) kažnjeno. (R. Schnarr) Moji „sugovernici“ naglašavaju i potrebu revizije

kojemu su mogli djelovati kao „fini ljudi“ „bijele supremacije“.

U vezi sa socijalnim nejednakostima dodala bih svoj osobni dojam koji se odnosi na suptilne posljedice tih nejednakosti, odnosno aspekt rasne raspodjele među počiniteljima prekršaja i kaznenih djela. Povijesno gledano, a pri tome u tu povijest uključujem i sadašnjost kao njezin trenutačno posljednji dio, dostupnost onih uvjeta koji su povezani s odrastanjem u obrazovanje lude s većim izgledima za uredniji život nije bila jednaka crncima kao bijelcima i upravo bi tek stvarna jednakost u pravima i životnim prilikama uklonila statistiku koja je temelj diskriminirajućih predrasuda. Pri tome se prisjećam crtice iz biografije Warrena Buffetta („Snježna gruda...“, Alice Schroeder) u kojoj se pita ne krije li se u kineskom dječaku, koji ga vozi čamcem veslajući po kineskoj rijeci za novčiće zbog kojih neće umrijeti od gladi, možda neki novi Warren Buffett koji nikada neće imati priliku to postati zbog nezavidnih početnih životnih pozicija.

Hvala na komentarima mojim američkim „sugovornicima“ – liječnicima - Mark Hardy, Auchincloss Professor of Surgery and Director and Founder Emeritus of the Transplantation Service of Columbia University, New York City, i Ognjen Gajić, MD, PhD, Mayo Clinic, te „neliječnicima“ - Ronald Schnarr, neuroznanstvenik s Johns Hopkinsa, Slađana Oulad Daoud, psiholog, Kalifornija, Yassin Oulad Daoud, student umjetnosti i računarstva na Berkeleyu, Kalifornija, i Igor Ilić, elektroinženjer, Osijek/Singapur/Kalifornija i Tihana Šarlija, ekonomistica, New York City, koji su mi pomogli u pisanju ovoga članka. Vrijeme će pokazati razmjere i posljedice ovih prosvjeda, odnosno odraze u, nadam se, boljoj budućnosti. Jer, objektivno gledano na povijesnu vremensku crtu (s malom rezolucijom) budućnost je uvek bolja.

Ilustracija: Midhat Ajanović



načina na koji se prikazuje američka povijest, a s obzirom na poziciju bijelih kolonijalista, domorodaca i uvezenih robova. Osobito je važno na razini obveznog obrazovanja pružiti potpune informacije o značenju povijesnih događaja (kao npr. onih vezanih uz položaj crnaca u SAD-u), ne samo s aspekta „bijele“ (dominirajuće?) rase, kako bi takvo učenje bilo dostupno svima i tako utjecalo na objektivniji odgoj već u djetinjstvu. (Y. Oulad Daoud) Jer, u tome se slažu i sasvim mlađi i vrlo stari – zakon nije taj koji može sve promijeniti. (M. Hardy) Tako npr. neki američki predsjednici koje povijest uglavnom prikazuje u pozitivnom svjetlu imaju i rasistički dio životopisa. George Washington, prvi američki predsjednik, imao je robe. Njegov lik krasi novčanicu od jednog dolara, i po njemu je nazvan glavni grad SAD-a. Thomas Jefferson, treći američki predsjednik i slavljeni pisac Deklaracije Nezavisnosti, imao je robe i zlostavlja ih je, a Franklin Roosevelt, jedan od pobjednika 2. Svjetskog rata i osnivač socijalnog osiguranja iz toga je programa speci-

fično isključio Afroamerikance.

Nakon Olimpijade 1936. primio je sve američke medaljiste, osim Afroamerikanca Jesseua Owensa. Neki su sumnjičavi u učinke aktualnih prosvjeda, uz komentar da nema u njima ničega novog ali ih se ovako barem čuje. Također se ističe važnost raznolikosti „ponašanja“ pojedinih saveznih država u vezi s tretmanom ne samo Afroamerikanaca već i drugih manjina. „Češljaju“ se razne institucije vezane za moguću diskriminaciju, uključujući akademski središta. (M. Hardy) Pojedine škole prave dodatne programe, sada u korist nebijelih rasa. (T. Šarlija) R. Schnarr s Johns Hopkinsa možda najbolje iskazuje mišljenje, koje deklariraju i drugi koje ovdje citiram, o nedostatku političkog vodstva koje bi nedvosmisleno napustilo koncept građana drugog reda („lesser persons“) i bezrezervno se borilo protiv rasizma kao i protiv militarizacije policije. On drži da se ni republikanci ni demokrati nakon ukidanja ropstva nisu zaista potrudili oko ispravljanja socijalnih nejednakosti američkih crnaca. Navodi da su američki rasisti uvijek nalazili svoj politički „dom“ u

Branko Bokić, doktor medicine, profesionalni filatelist

Razgovor vodila ANNA MRZLJAK

- Kada je i kako započeo Vaš interes za filatelijom?

Filatelijom sam se zarazio još u 6. razredu osnovne škole. Povod je bio tipično medicinski.

Moj prijatelj s ljetovanja u Krku (i on se danas profesionalno bavi trgovinom poštanskim markama) pao je s bicikla i zadobio potres mozga. Kako bi ga roditelji zadržali u zatvorenom prostoru kupili su mu kolekciju tih šarenih papirića. Ubrzo sam i ja dobio svoje primjerke i tako je ta strast počela. Početkom školske godine i po povratku u Zagreb učlanio sam se u filateličko društvo i тамо upijao znanja od starijih sakupljača. Moja znanja o poštanskim markama, izdanjima, poštanskoj povijesti i specijalitetima svakim su danom rasla. Za vrijeme srednjoškolskog obrazovanja obilazio

sam filatelističke sajmove filatelije i nabavljao marke, pisma i dopisnice za svoju kolekciju i daljnju prodaju.

- Jeste li se i tijekom studija medicine bavili filatelijom?

Studij medicine vrlo je zahtjevan i traži potpunu posvećenost, no ljubav prema filateliji nije ni tada zamrla. Između predavanja, vježbi, sekcija i učenja za ispite trudio sam se odvojiti vrijeme za svoj hobi.

- Kada ste i kako medicinu zamijenili filatelijom?

Poput mnogih naših kolega zaposlio sam se u farmaceutskoj industriji, u marketingu i prodaji velike hrvatske farmaceutske tvrtke. Tamo sam stekao dragocjena iskustva i znanja o tržištu, prodaji, marketingu i odnosima s kupcima, što mi je jako pomoglo pri otvaranju vlastitog biznisa. U jednom je trenutku moj hobi prevladao i od 2006. godine profesio-



Hrvatska pošta izdala je 1998. poštansku marku povodom 100. godišnjice rođenja dr. Stjepana Betheima, psihijatra.

sionalno se bavim prodajom poštanskih maraka, kataloga i pribora. Otvorio sam trgovinu u središtu Zagreba.

- Koliko je aktivna filatelija u Hrvatskoj, koliko se ljudi njome bavi profesionalno, a koliko je hobista?

U Hrvatskoj se nekoliko ljudi profesionalno bavi filatelijom (u Zagrebu, Rijeci i Bjelovaru). Broj hobista teško je odrediti. Nekoliko stotina filatelistica organizirano je u filateličkim društvima diljem zemlje. Znatno je veći broj sakupljača koji samozatajno stvaraju svoje zbirke.

- Ima li hrvatskih liječnika filatelisti?

Filatelija je oduvijek bio hobi elite pa ne čudi što danas u Hrvatskoj ima dosta liječnika filatelisti. Neki su vrlo aktivni u svom hobiju. Osim stvaranja vlastitih kolekcija koje rado pokazuju na izložbama u Hrvatskoj i u svijetu, bave se i prućavanjem poštanske povijesti, tari-fama, posebnostima određenog područja i cenzurama te objavljaju svoje radove u specijaliziranim časopisima.



Od početka izdavanja 1991. godine svoje mjesto na poštanskim markama Republike Hrvatske našlo je vrlo malo žena. Cvjetka Zuzorić, Ivana Brlić-Mažuranić, Katarina Zrinska, Mirjana Bohanec, Marija Ružićka – Strozzi, Janica Kostelić, Nasta Rojc, Blanka Vlašić, Marija Jurić Zagorka, Jagoda Truhelka, Vesna Parun, Dragolja Janević, Antonija Krasnik, Milka Trnina, Dora Pejačević, Mija Čorak Slavenska, Sidonija Erdödy Rubido, Agnes Gonxse Bojaxhiu Majka Terezija, Zinka Kunc Milanov, carica Marija Terezija Nives Kavurić-Kurtović i Andela Horvat naše su svoje mjesto u većinski muškom društvu.

- Je li je medicinska tematika zastupljena na poštanskim markama?

Jest, štoviše, mnogi velikani iz prošlosti svjetske medicine našli su mjesto na markama, a popularna su i izdanja s tematikom Crvenog križa, borbe protiv tuberkuloze i malarije i sl.

- Kakva je budućnost filatelije u svjetlu gubitka značenja klasične pošte?

Kako je klasičnu poštu većim dijelom potisnula elektronička, filatelija je izgubila na masovnosti. Unatoč tome, poštanske agencije u cijelom svijetu izdaju poštanske marke i trude se privući zaljubljenike u taj hobi. Uz klasična izdanja tiskaju se marke na različitim materijalima (drvnu, platnu, plastici...) i u raznim oblicima, čak i različitim mirisa. Iako se broj filatelista smanjuje, vrlo se teško nalazi kvalitetan filatelički materijal na tržištu. No neke zemlje u svijetu, među kojima prednjači Kina, trenutačno proživljavaju procvat filatelije.



- Gdje se u Hrvatskoj započeti baviti filatelijom, kome se obrati?

Zainteresirani mogu kontaktirati filatelička društva u gradu u kojem žive ili se obratiti specijaliziranim trgovinama filatelije. Na internetu postoji nekoliko stranica koje pružaju odgovore na najčešća pitanja o poštanskim markama. Liječnici su osobito dobrodošli!

ETIKA

Nije baš sve relativno

✉ LADA ZIBAR

U jednom Hornbyjevom djelu gotovo je nerealan lik majke (a svakako fikcijski) koja samohrano odgaja sina školarca, i njih dvoje, s njene strane beskompromisno, uopće ne čine ono što ona misli da nije dobro činiti. Ne sjećam se detalja, ali izmislit ću, pa otpri-like, ne jedu meso, ne jedu slatko, ne gledaju televiziju, dječak nosi ortopedске cipele zbog platfusa i sl. Ovo „ne“ je istovjetno s „nikada“, baš nikada, a „da“ s „uvijek“, baš uvijek. Svi znamo da u stvarnom životu nema stopostotnih andela, a raspon grijeha, vrsta i učestalosti je neizmjeran. I tu nismo svi jednaki. Ni u mjeri broja, ni u mjeri sadržaja, o savjesti i pokajanju da ne govorim. Ono što još više začuđuje je raznolikost kriterija dobrog i lošega pri tomu, a i percepcije stvarnosti. I tu baš nema neke pomoći. Ipak, očekuješ da u slično vrijeme na sličnom mjestu i u sličnim okolnostima među ljudima slične naobrazbe možda vrijede slična pravila, no i nije baš tako. U komunikaciji nekakve intelektualne elite bilo bi idealno naići na samo filozofska neslaganja oko finijih pitanja, političkih, povjesnih,

etičnih, možda stručnih, organizacijskih i znanstvenih, ali bi sama komunikacija trebala slijediti neke uvijek iste pristojne uzuse koji ne bi trebali biti relativni. Osobito u sferi povjerljivosti korespondencije. No, čini se da nije tako, no ne stoga što nema idealnoga, nego stoga što se susrećemo s čak neočekivano niskim izdanjama, u kojima neki baš i ne vide ništa previše loše. Kultura grupnih (skupnih) komunikacija putem društvenih mreža i elektroničke pošte jest nešto relativno novo, no trebala bi slijediti zakonitosti komunikacije unutar skupine kao i u interakciji uživo, kakva u civiliziranim društvima postoji već stoljećima. Iako danas postoji pojam zviždača u pozitivnom kontekstu, on se nikako ne odnosi na pejorativne pojave cinkera, drukera, uhoda ili špijuna. Dakle, ako postoji određena skupina, ili kako je u cyber spaceu uvriježeniji termin grupa, bilo da se radi o prijateljima, stručnoj ili drugoj interesnoj zajednici, te da ta družina nije javna, već ili vrlo privatna ili vrlo službena, tada se podrazumijeva tajnost podataka podijeljenih unutar grupe. I ona je, kao kod lika s početka, bezkompromisna. Barem kao liječnička tajna! Nevjerojatno je da se događa, i to dvaput u istom danu (pun mjesec ili?), a triput u istom mjesecu, da neki član takvih skupina podjele

korespondenciju vođenu unutar „grupe“ s trećom osobom. U tri sasvim različite grupe kojima svjedočim, na gotovo isti način. Nevjerojatno! Moram ponoviti to čuđenje. I to iz redova, barem nominalno, vrhunskih intelektualaca i one društvene kreme koja stvara mišljenja, utječe na svijest ljudi i kroji tijekove naše sadašnjosti i budućnosti. No, tomu nije kraj. Neki od nas misle da za to mogu postojati opravdavajući argumenti. Moram spomenuti da se sadržajno ne radi o državnim tajnama, ne radi se o političkim zavjerama niti kriminalnim idejama. O sasvim običnim poslovnim i stručnim zapisima. U nezahvalno vrijeme COVID-19, kad ništa nije baš sasvim obično, no ipak... Naše je društvo nekonzektventno i tolerantno prema ovakvim prijestupima. U stilu „glavno da je sve unutar obitelji“. Kao u onom filmu o gnjusnom dekadentnom sloju suvremenoga građanskog društva „Neka ostane među nama“, gdje se znaju pravila igre, nema veze što su nakaradna. A akteri se ili kriju ili javno priznaju djelo ali ne i krivnju. Jer, pa što?! Cilj opravdava sredstvo. Kakav neužvišen cilj! Kakva prizemna sredstva! Kakve podzemne osobine!

SJEĆANJE NA STUDIJ MEDICINE U ZAGREBU 1948. GODINE (1. DIO)

Prim. doc. dr. sc. VJEKOSLAV BAKAŠUN, dr. med., rođen je u Kostreni 1929. godine. Specijalist epidemiolog, docent na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Istražuje povijest zdravstva u Rijeci.



Branko Vjekoslav Bakašun

U Liječničkim novinama br. 187 (ožujak 2020.), str. 84-87, objavljen je članak prof. Željka Poljaka „Kako se prije 75 godina u Zagrebu studiralo medicinu“. Prof. Poljak je upisao Medicinski fakultet u Zagrebu 1945. godine, prve poslijeratne godine. Ja sam MF upisao 1948. godine i potaknut ovim člankom želim opisati moja sjećanja na studij medicine. Posebno zbog toga što nisam bio Zagrebčan (što je mnogo lješi naziv nego da sam bio iz „provincije“), pa su neka zapažanja nešto drugačija, ali često bliska onima prof. Poljaka.

Upis na Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Odluka da podem na studij medicine u Zagrebu nije bila baš jednostavna ni za mene niti za moju obitelj jer je povezana s nekim „tehničkim“ problemima vezanim uz boravak u drugom gradu, ali svakako i finansijskim problemima. No, odluka je pala! Molbu za upis poslao sam poštom i čekao obavijest. Kada sam dobio obavijest da mi je upis odobren, valjda sam i zapjevalo! Počeo sam prikupljati ostale potrebne dokumente: liječničku svjedodžbu, potvrdu da sam tijekom gimnazijskog školovanja četiri godine učio latinski i fotografiju. Tada nije

bilo prijemnog ispita, niti su gimnaziske ocjene imale bitno značenje.

Trebalo je tražiti smještaj u Zagrebu, a nisam znao kako to učiniti. No, poslužila me sreća. Moj susjed je prethodne godine započeo studij u Zagrebu, ali je odustao, pa mi je ponudio svoju sobu u Zagrebu na Šalati u obiteljskoj kući u ulici Jagodnjak, niti deset minuta udaljen od MF-a, što sam objeruće prihvatio. Javio sam se pismom budućoj gazdarici i dobio pozitivan odgovor.

Iz grada prema kući vozio sam se tramvajem broj 14, u pravcu ulice Medveščak, do jedne postaje prije Gupčeve zvijezde. Od te, nama najbliže tramvajske postaje do kuće vodio je u prvom dijelu strmi put, na kojem su bile izgrađene stepenice od pruća i od nabijene zemlje pomiješane sa šljunkom. Bilo je vrlo nezgodno hodati tim stepenicama po kiši i snijegu kojeg je tih prvi godina mog boravka u Zagrebu bilo u izobilju.

Bio je određen datum upisa. Iz Rijeke sam noćnim vlakom putovao osam sati do Zagreba. Po dolasku na Glavni kolodvor pošao sam se malo osježiti zbog praktički neprospavane noći. U parku sam sjeo na klupu, pojao ono što sam ponio od kuće i popio već hladnog čaja. Bilo je rano i nije mi se žurilo, a neprospavana noć tražila je odmor. Susjed mi je na listu papira napravio skicu kretanja po Zagrebu na putu za MF. I krenuo sam. U nezaboravnom su mi sjećanju ostale Šloserove stube, kojima sam se prvi put iz Vlaške ulice (ili s Langovog trga) uspinjao prema zgradi Dekanata MF-a. Onih oko 250 stuba su još i danas tamo, vrlo ugodne za uspinjanje i ne znam postoje li igdje takve, sa širokim gazištem i malom međusobnom visinom stepenica. Kada sam došao na vrh tih stuba, ugledao sam velebnu zgradu Dekanata. Nije onda bilo visokih stabala, kao što je to sada, 2020. godine, pa je izgled te zgrade još više dolazio do izražaja. U studentskoj kancelariji Dekanata bile su samo tri osobe: gosp. Andrija Orlić, kao šef, te gđa Nada Lach i gđa Zorka Offenbacher. Bila su samo tri činovnika, a u prvoj godini nakon rata bilo je upisano i više od

1200 studenata, dok je naša generacija brojila 510 upisanih studenata. Samo tri činovnika u studentskoj kancelariji na onoliko velik broj upisanih studenata! Bez obzira na to, svo troje su uvijek bili posebno prijazni i susretljivi prema studentima (mnogima su čak znali imena), a sve se tada ručno upisivalo! U studentskoj kancelariji smo mi, koji nismo iz Zagreba, svake akademske godine dobili tzv. objavu za tri putovanja godišnje vlakom po povlaštenoj, nižoj cijeni, što bismo koristili za novogodišnje i prvomajske praznike te za kraj akademske godine.

Kada sam obavio formalnosti upisa krenuo sam u svoju podstanarsku sobu i upoznao se s vrlo prijaznom vlasnicom kuće. Pojeo sam ostatak onoga što sam donio od kuće. Tada, 1948. godine, nije se imalo gdje kupiti hranu niti pojesti pripremljeni obrok. Sve se kupovalo isključivo na „potrošačke karte“. Fizički i psihički umoran legao sam na postelju. Našao sam se po prvi puta u životu daleko od svoje rodne kuće i obitelji u velikom, meni nepoznatom gradu (Zagreb je tada, 1948. godine, bio za mene „velegrad“ s nešto više od 300.000 stanovnika). Kao braco iz „provincije“ neminovno sam sebi postavljao pitanje – hoću li uspjeti? No, mnogi su se prije mene našli u istom položaju i uspjeli, pa zašto ne bi i ja! Možda sam i zaspao s tim mislima.

Među nama studentima prve godine studija vladala je vreva i može se kazati neka „kakofonija“ različitih narječja i jezika, ali i različitih kultura. Bio nas je preveliki broj za kapacitete fakulteta. U predavaonicama i u laboratorijima vladala je velika gužva. Učilo se iz pohabanih, na šapirografu izvučenih skripata, koje smo naslijedivali od studenata prethodne godine kupujući ih za male novce. Tekstovi u tim skriptama bili su u pravilu podcrtani od početka do kraja, najčešće crvenom olovkom.

Želim naglasiti da su se autoriteti poštivali i pozdravljalo ih se dubokim naklonom! Povijesne osobe, one još iz razdoblja osnivanja Fakulteta, imale su svoj društveni prostor i izazivale posebno poštovanje među studentima.

Sjećanje na neka predavanja

Svakome studentu ostaju u sjećanju neka predavanja koja je slušao tijekom studija, kao i neki profesori koji su svojim nastupom ili načinom na koji su predavali bili nešto posebno, vrijedno pamćenja. Među njima, posebno impresivno bilo je prvo predavanje iz anatomije, koje je ujedno bilo i prvo predavanje studentima medicine na prvoj godini studija i koje je po tradiciji održao prof. dr. Drago Perović. On je 1917. godine bio među osnivačima Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i održao je 17. prosinca 1917. godine prvo nastavno predavanje.

Naše prvo predavanje bilo je zakazano za devet sati i ostalo mi je u trajnoj uspomeni iako su od tada prošle 72 godine! Još mnogo prije zakazanog termina bila je predavaonica Anatomskog instituta na Šalati već ispunjena do zadnjeg mesta, a oni zakašnjeli sjedili su na stepenicama. Za brukoš bio je to poseban događaj – započeli smo studij medicine. Veseli žamor širio se aulom. Upoznavali smo se, a osim iz Hrvatske bilo nas je iz svih krajeva Jugoslavije. Žamor se stišavao s približavanjem devet sati i u predavaonici je zavladala gotovo potpuna tišina ili se čuo tek neki vrlo tihi žamor na razini šaputanja. Svi smo bili impresionirani događajem koji je trebao uslijediti. Prošlo je već tih devet sati, a ništa se nije događalo. Točno u 9.13 otvorila su se vrata. Evo, ide profesor. No, umjesto profesora ušao je podvornik Joža, obučen u crni radni mantil, noseći pladanj pun uredno složenih bijelih, poput olovke dobro zašiljenih kreda, koje je položio na stol i vratio se. U 9.14 ponovno su se otvorila vrata i ponovno je ušao Joža i donio pladanj uredno složenih, također dobro zašiljenih kreda u tri boje, (crvena za arterije, plava za vene i žuta za živce) postavio pladanj na stol i vratio se. Nastao je potpuni muk da se moglo čuti zujanje muhe i točno u 9.15 u predavaonicu je doštojanstveno ušao prof. dr. Drago Perović, stasit i uspravan u hodu. Imao je tamne salonske prugaste hlače, crni podulji sako, bijelu košulju i žarkocrvenu jednobojnu kravatu, vezanu u veliki čvor. Tako je uvihek bio obučen, na svakom predavanju. Uz njega ušla je i prof. dr. Jelena Krmpotić i podvornik Joža. Kao jedan ustali smo sa svojih mjeseta u znak pozdrava. Kada je prof. Perović došao do sredine predavao-

nice dao nam je rukom znak da sjednemo. Nakon što se smirila škripa stolica uputio nam je prigodne pozdravne riječi, kao novoj generaciji studenata Medicinskog fakulteta u Zagrebu i budućim lječnicima. Jedna mi je rečenica, koju je izrekao na tom prvom predavanju, ostala u sjećanju. Kazao je: „Kolegice i kolege, u anatomiji ima toliko naziva koje morate naučiti koliko na vedrom tamnom ljetnom nebu možete prostim okom izbrojiti zvijezda.“ Nije kazao koliko je to broj, nego tek kasnije smo saznali da se na nebu u takvim uvjetima može izbrojiti oko 5.500 zvijezda, pa je, prema tome, trebalo u anatomiji naučiti toliko naziva. Impresivan broj (a jedan je naziv npr. bio *sulcus tendinis musculi flexoris carpi radialis!*), ali smo do ispitova ipak uspjeli naučiti. Možda su nas zbog tog mnoštva naziva neki kolege s drugih fakulteta („onih pametnih“) zadirkivali da za studij medicine ne treba neka velika pamet i mudrost, nego dobra radna stolica na kojoj treba dugo sjediti i „bubati“! Ali, kad ih tijekom života nešto zaboli, žure k tim bivšim studentima koji su svoje znanje „nabubali“, pa silom prilika promijene svoje mišljenje!

Prof. Drago Perović bio je izvrstan crtač i njegovi crteži na ploči, izrađeni u bojam, bili su prava umjetnost. Nekoji, kao npr. presjek zuba u veličini više od jednog metra, izrađen sa svim sitnim detaljima, arterijama, venama i živcima u Zubnoj pulpi, ostajao je na ploči nekoliko tjedana. Prostoručno bi na ploči nacrtao idealnu kružnicu. Kad ju je nacrtao, malo bi se odmaknuo i onako iz daljine ocjenjivao je li kružnica ispravna, ali uvihek je bila. Kao vrsni crtač, izradio je i nekoliko crteža objavljenih u bečkom *Toldts Anatomischer Atlas*. Svakoga bi dana, u poslijepodnevним satima, na anatomskoj sekciji kadavera obilazio od stola do stola, usput propitivao gradivo i obvezatno bi studenta pitao za ime i prezime, koje bi ponekad i komentirao u odnosu na područje odakle dolazi. Budući da sam stanovao u blizini Anatomskog instituta, ponekad bih profesora Perovića susreo u šetnji, uvihek s njegovom sestrom, i pritom bih se gotovo ukratio i pozdravio s dubokim naklonom. Kolegij anatomije slušali smo dvije akademске godine. U drugoj godini studija u skupini od po četvero dobili bi seciranje kadavera. Bila su tri područja: glava i vrat,

prsni koš i ruke te abdomen i noge. Svatko je secirao dva od ova tri dijela, a profesor bi nas redovito obilazio.

Oko dva mjeseca nakon početka mog studija medicine, dvojica starijih kolega iz Sušačke gimnazije odvela su me u Zavod za patologiju, gdje sam prisustvovao obdukciji umrle osobe. S čuđenjem sam gledao postupak obdukcije, a oni su iz prikrajka pogledavali mene i moju reakciju na taj prizor. Kada smo izašli (sjećam se, puhao je vrlo hladan vjetar), jedan od njih dao mi je jabuku koju sam prihvatio i rado pojeo. Očekivali su, valjda, da neću moći jesti nakon onoga što sam vidio. Tada su mi rekli: „slobodno nastavi studij medicine“, jer nisam pokazivao nikakve negativne reakcije na viđeno.

Na početku druge godine studija dobio sam stipendiju, u mjesečnom iznosu od 1.600.- dinara (a članovi Partije primali su stipendiju u iznosu od 1.800.- dinara). Stipendija se isplaćivala mjesečno, unaprijed, od 2. do 6. u mjesecu, u dvorišnoj zgradici u Ilici, gdje je bilo kino "Lika". Od tog novca plaćao sam stan 600 dinara, menza je bila 900 dinara, a tramvajska karta 90 dinara, tako da mi je iznos stipendije pokrivaos osnovne troškove boravka u Zagrebu, što je bilo veliko financijsko olakšanje za moju obitelj. Još nešto: tih poratnih godina u svijetu ženske mode došle su najlon čarape, koje se nisu mogle kupiti u slobodnoj prodaji, nego samo u švercu. Cijena im je bila visoka, ali ako je ženska osoba htjela biti u trendu, trebalo je kupiti te čarape. Dobro se sjećam ovoga: moj otac je bio pomorac i moja majka mu je kazala da kupi nekoliko pari ženskih najlon čarapa, što je i učinio. Budući da je moja gazdarica imala dvije kćerke, ponudio sam joj najlon čarape kao protuvrijednost za najamninu. Cijena jednog para čarapa u USA bila je tada oko dva dolara (a možda i manje). Gazdarica (a i kćerke) su to prihvatile, pa sam s dva para tih ženskih najlon čarapa platio mjesečnu najamninu, što je potvrda da je u švercu par najlon čarapa koštao 300 dinara! Možda usput treba napomenuti da su tada postojale zanatske radnje u kojima su se popravljale oštećene ženske najlon čarape (tzv. dizanje očica). (Nastavit će se)

Autor Vjekoslav Bakašun

Dr. ARTUR SOK

(Vinica, 1887. – Tockoje/Samara, 1915.)

Prilog povijesti otorinolaringologije u Vinogradskoj

 IVICA VUČAK

U prošlom broju „Liječničkih novina“ objavljen je informativan članak posvećen proteklom razdoblju postojanja otorinolaringologije u Bolnici na Vinogradskoj cesti u Zagrebu (Liječničke novine 190:94-5, lipanj 2020). Preseđenje bolnice sa stare lokacije u Ilici i ustrojstvo odjela bilo je podloga značajnom osvremenjivanju svakodnevnoga liječničkog rada. U narednim desetljećima iz Bolnice milosrdnih sestara na Vinogradskoj cesti u Zagrebu dolazili su protagonisti funkciranja i Zbora liječnika, i Zdravstvenog vijeća i Liječničke komore. Značajan su doprinos dali osnutku Medicinskog fakulteta (MEF-a) te bili i sveučilišni nastavnici, inovatori i akademici međunarodnog ugleda o kojima se, opravdano, zna više. No, mnogo je i onih drugih koji su radili dulje ili kraće vrijeme u toj bolnici, ali su potonuli u zaborav, neopravdano. Jedan od takvih je i dr. Artur Sok, o kojem je riječ u ovome prilogu.

Roden je 1. svibnja 1887. u Vinici, pokraj Varaždina, u obitelji tamošnjeg liječnika dr. Lovre Soka (1854. - 1889.), a krstio ga je župnik vinički Josip Petek (1843. - 1897.) 11. svibnja 1887. u župnoj crkvi sv. Marka Evangelista u Vinici.

Njegov otac, rođen u Pesnici sv. Margarete u Štajerskoj, još kao student medicine u Gracu oženio se 21. veljače 1881. Viktorijom Kleinsasser (1855. - 1920.) rođenom u Celju, a njihova kći Melania /Viktorija, Laura, Ana/ rođena

je 30. srpnja 1882. u Gracu. Na čast doktora sveukupnog liječništva Lovro je promoviran u Gracu 21. siječnja 1885. te u prvoj polovini 1886., sa suprugom i kćerkom doselio u Vinicu i postao privatni liječnik. Do njegova dolaska službu liječnika u Vinici obavljao je od 1839. Dr. Ivan Krstitelj Haslinger (1811. - 1887.). Dr. Sok je s obitelji u Vinici boravio u „Bolničkoj kući“. U travnju 1886. pristupio je Zboru liječnika u Zagrebu. Kasnije je postao općinski liječnik „tražen ne samo u Vinici i okolnim mjestima, nego i u susjednoj Štajerskoj“. Bio je i član Školskog odbora u Vinici.

Mali je Artur imao tek dvije i pol godine kad je njegov otac u dobi od 35 godina, na Božić 1889., „slomio si ruku i od upale krvi umro za 3 put 24 sata“. Prema novinskoj vijesti dvojica varaždinskih kolega kojima je poslao kočiju i poziv za pomoć nisu se odazvala, a vojnički liječnik dr. Ronay stigao je prekasno. Skrb o kćeri i sinu preuzeila je majka pa su preselili u Zagreb. Baveći se dulje vremena filigranskom umjetnošću, Viktorija Sok je stekla svojom izvanrednom vještinom lijep glas. Uvidjevši korisnost njezina poslovanja udijelila joj je Zemaljska vlada u Zagrebu dopuštenje slobodnog obilaska većih mjesta kraljevine Hrvatske i Slavonije i širenja nauka u toj umjetnosti. U studenom 1892. u Varaždinu je otvorila „veoma zanimljiv tečaj u poduci filigranskih radnja“. Stanovala je u Kancovoj kući nasuprot župnoj crkvi. „Budući je filigranska radnja ne samo zanimljiva nego i lako shvatljiva, a to gđa Sok znade veoma jednostav-

nim načinom svoje učenice uputiti da se predmet u potpunosti shvati i za nekoliko sati i samostalno izradi. Nema dvojbe da će gospode i gospodične pohrliti jer je nagrada veoma malena, gospode plaćaju 2 forinte, gospodične 1 forintu 50 novčića“. Kao „ispitana učiteljica“ otvorila je 1895. u Varaždinu zabavište za djecu. „S veseljem se podaje novomu zvanju i milota je za pogledati koliko se razumije sa svakim mališem strpljiva biti, poučiti i zabaviti ga, te koliko ju djeca vole“.

Artur je gimnaziju završio u Zagrebu i nakon mature upisao studij medicine u Innsbrucku. Opis glavnoga grada Tirola iz toga razdoblja ostavio je dr. Josip Škarić (1887.- 1975.), Bračanin, koji je na MEF-u u Innsbrucku proveo tri semestra, nakon jedne godine studija u Pragu, a prije odlaska u Beč u kojem će promovirati 1912. Po Škariću „Innsbruck s neobično razvijenim turizmom i sportom i poznatim sveučilištem imao je tada samo 60.000 stanovnika. Na MEF-u smo se svi poznavali, đaci i profesori i nije se nikad izostajalo s predavanja niti praktičnih vježbi. U tom gradu bila je samo jedna veća ulica, i to Ulica Marije Terezije s jednom većom kavanom. Tu su zalažili đaci iz bivše austrougarske monarhije, a najviše iz Hrvatske. Innsbručki MEF je bio na dobrom glasu, a poznato je da su profesori s toga fakulteta vrlo često preuzimali katedre na bečkom, berlinskom i drugim većim europskim fakultetima. U Innsbrucku se moglo naći mnogo gostionica s tirolskim specijalitetima, gdje bi u separatnim sobicama sjedi-

li profesori, a u običnim mi studenti. Zabavljali bi se u pričanju, ugodnom razgovoru i tihom pjevanju, a profesori su nam bili uvek blagonakloni... Mnogo se učilo, lijepo, solidno živjelo, a u slobodno vrijeme šetnje u prirodi, izleti, vesele večeri... Sve je bilo lijepo u tom malenom, simpatičnom gradu, a najviše prijateljstvo među kolegama".

I Artur Sok je, pored svojih studentskih obveza (predavanja, vježbi i polaganja ispita), bio aktivan član Hrvatskog akademskog društva „Velebit“ utemeljenoga u Innsbrucku 1893. godine. U upravi izabranoj za zimski semestar 1906./1907. bio je tajnik. U listopadu 1907. izabran je za predsjednika, a u ljetnome semestru 1909./1910. za revizora. Promocijom u Innsbrucku 4. ožujka 1911. postao je drugi rođeni Viničanin koji je postao liječnik, nakon što je to 1847. postigao Hinko Kučinić – Croata Vinicensis (Liječničke novine 187:72-3, ožujak 1920). U razdoblju završetka studija i promocije Artura Soka u njegovome rodnom mjestu liječničku službu je obavljao Josip Lochert (1872. – 1946.).

Nakon promocije se mladi dr. Sok vratio u Zagreb. Najprije je bio hospitant na odjelu za očne bolesti u Bolnici milosrdnih sestara u Vinogradarskoj ulici, a potom na odjelu za bolesti grla, uha, kože i spolovila koji je vodio dr. Dragutin Mašek vit. Bosnadolski (1866. – 1956.). Već 1. srpnja 1911. postavljen je sekundarnim liječnikom. U srpanjskom broju „Liječničkog vjesnika“ 1911. objavljen je njegov prikaz članka „Patološko-anatomska podloga Adams-Stockesovom simptomnom kompleksu“ iz „Godišnjaka tečaja za liječničko usavršavanje“ za godinu 1911. Slijedio je u rubrici „Kazuistica“ pod naslovom „Thrombophlebitis lijeve jugularne vene povodom otitis mediae suppurativa desnog uha“ opis dugotrajne bolesti, pokušaja liječenja i nalaza obdukcije 18-godišnjega S.H-a, koji je usprkos svim nastojanjima umro 1. kolovoza 1912. u bolnici. O Sokovom pristupu Zboru liječnika u Zagrebu jav-

ljeno je na mjesечноj skupštini održanoj 31. siječnja 1913. u prostorijama Dječjeg ambulatorija, Ilica 293, no već je pretходnog dana nazočio Glavnoj godišnjoj skupštini Zbora na kojoj je njegov šef preuzeo funkciju predsjednika Zbora. To je ona povjesna skupština Zbora na kojoj je dr. Ivan Kosirnik (1847. - 1924), primarijus (od 1883.) predstojnik internog odjela (od 1890.) i ravnatelj Bolnice milosrdnih sestara (od 1895.) odstupio s mjesta predsjednika Zbora (od 1897.) istodobno kad i s mjesta predsjednika i člana Zemaljskoga zdravstvenog vijeća (od 1894.) u znak protesta protiv postupanja Cuvajevih prema Zboru liječnika u „aferi“ prouzročenoj sudenjem atentatoru Jukiću (Liječničke novine 19:44-7, svibanj 2003.).

Dr. Sok bio je sudionik sjednice Kirurške sekcije Zbora 21. veljače 1913. na Kirurškom odjelu Bolnice milosrdnih sestara, a na onoj 11. travnja 1913. demonstrirao je pacijenta, 21- godišnjeg seljaka, koji je u potrazi za boljim životom otputovalo u Ameriku, ali se, već nakon godinu dana, morao vratiti zbog smetnji koje se upućivale na mogućnost postojanja tumora hipofize. I tekst predavanja o promjenama u likvoru bolesnika sa sifilogenim bolestima centralnog živčevlja koje je održao istoga dana objavljeno je u „Liječničkom vjesniku“. Suradnički honorar od 6 kruna darovan je Pripomoćnoj blagajni Zbora. U rubrici „Kazuistica“ objavljeni su opisi trojice bolesnika koje je prikazao 20. lipnja 1913. na zajedničkoj sjednici obiju sekcija. U prosincu 1913. objavljen je njegov prikaz bolesnika s otogenim moždanim apsesom prouzročenim lueticnim meningitisom. O liječenju luesa na dermatološkom odjelu dr. Mašeka izvijestio je 11. prosinca 1913. na zajedničkoj sjednici kirurške i dermatološke sekcije održanoj na Kirurškom odjelu Bolnice milosrdne braće. Spominje ga se među osobnim liječnicima nadbiskupa Posilovića (1834. – 1914.) u njegovim zadnjim danima.

Izbijanjem rata dr. Sok je, poput mnogih

njegovih kolega, morao prekinuti svoj svakodnevni rad, a svoje planove, stručne i životne, odgoditi za neko bolje vrijeme (Liječničke novine 132:68-73, rujan 2014). Unovačen u činu zamjenika pomoćnog liječnika bio je na srpskom frontu, a zatim poslan na sjeverno-istočni ruski front. Zarobljen je na Uskrs, 4. travnja 1915. Požrtvovno zbrinjavajući oboljele i ranjene u logoru Tockoe u samarskoj guberniji i sam je obolio od pijegavog tifusa i umro 9. prosinca 1915., u dobi od 28 i pol godina. Vijest o njegovoj smrti koju je poslao dr. Gyula Messinger, njegov supatnik u sužanstvu, stigla je u Zagreb tek sredinom siječnja 1916. Uz nekrolog, njegov je šef dr. Dragutin Mašek popisao njegove članke u „Liječničkom vjesniku“. S obzirom na ono što je dr. Sok pokazao u kratkom vremenu rada na odjelu dr. Mašeka opravdava zaključak o gubitku koji je njegova prerana smrt predstavljala za njegovu obitelji, ali i za njegov odjel i bolnicu.

Notica o unaprjeđenju dr. Soka za pomoćnog liječnika u austrougarskom sanitetu objavljena je u „Liječničkom vjesniku“ nakon vijesti o njegovoj smrti. Umjesto vijenca na odar dr. Soku njegove zagrebačke kolege su 158 kruna, prikupljenih do 26. veljače 1916., darovali Rakovčevu zakladi Zbora liječnika. Istoj će zakladi 100 kruna u spomen na gđu Viktoriju Sok, majku svoga nekadašnjeg suradnika koja je umrla u Zagrebu 6. travnja 1920. i pokopana na zagrebačkom groblju Mirogoju, darovati dr. D. M. (Dragutin Mašek), tada već jedan od prve trojice profesora novoga Medicinskog fakulteta u Zagrebu koji je 1919. odstupio s mjesta predsjednika Zbora, a nakon njega predsjednikom Zbora postao je dr. Lochert. Prof. dr. Miroslav Čačković je svoje odstupanje s mjesta glavnog urednika „Liječničkog vjesnika“ i potpredsjednika Zbora objasnio 15. listopada 1918. time što mu rad u bolnici i na fakultetu na kojem je postao dekan ne ostavlja više vremena za uređivanje „Liječničkog vjesnika“.

VIŠE OD STOLJEĆA BAKTERIOLOŠKOG ZAVODA U ZADRU

 EDI MODRINIĆ, arhivist

U 19. stoljeću medicina je doživjela velik napredak zahvaljujući suvremenim prirodoslovnim otkrićima, osobito na području fiziologije, patologije i mikrobiologije. Sve to upućivalo je i na potrebu mijenjanja i moderniziranja dotadašnjeg koncepta zdravstvene zaštite i skrbi stanovništva.

Prvi kemijsko-bakteriološki laboratorij osnovan je u Zadru, tada glavnom gradu austro-ugarske pokrajine Dalmacije, koncem 19. stoljeća. Vodio ga je mladi liječnik dr. Alfons Boara (1865. - 1911.). Međutim, njegovo djelovanje nije dugo trajalo. O tome piše dr. Božo Peričić (1865. - 1947.) u *Narodnom listu* 1905. godine, potaknut kolerom koja se proširila nakon velikih ljetnih vrućina te godine. U dva broja je objavio prijevod članka prof. dr. R. Paltaufa (1858. - 1924.), jer je „*držao vrednim prevesti ga jer i u našim prilikama čitanje će svakom korisno biti, a naše će vlastodršće možda potaknuti u*

pogledu nekih ovdje istaknutih pitanja na razmišljanje i življe djelovanje“ (*Narodni list*, 74 i 75, 1905.). Uz Paltaufov prijedlog o potrebi utemeljenja stalnih bakterioloških laboratorijs u pokrajinama za istraživanje tifusa, difterije, tuberkuloze i kolere, dr. Peričić je dopisao sljedeće: „*Pred jedno desetak godina bio se zasnovao takav laboratorij na dalmatinskom namjesništvu. Dakako bio je početak ali svakako dobar početak. Našla se bila u osobi dr. Boare i izvrsna izvježbana sila za bakteriološke i kemijske radnje. Zavidnost i nehaj brzo se i tu nađoše na poslu da sve poruše. Nu i pogledom na epidemije (pogibelji kojih je Dalmacija kao zemlja pri moru više izložena nego li druge) i pogledom na antimalariačnu borbu nestašicu dobro uređenog laboratorijsa je sramota i šteta od kojih nemaju da trpe druge pokrajine, u kojima i ako zemaljske vlade nemaju svojih laboratorijsa, tih ipak imade pri sveučilištu i velikim bolnicama, daj budi jedna od kojih imade svaka pokrajina*“. Isti je članak ponovno tiskan u *Narodnom listu* u ljeti 1911. (*Narodni list*, 60 i 61, 1911.).

Bakteriološki zavod otvoren je 1912. godine u sklopu Vojne bolnice u nekadašnjem samostanu klarisa sv. Nikole (u ulici Božidara Petranovića gdje je danas smješten Međunarodni centar za podvodnu arheologiju u Zadru). U to vrijeme bio je prva ustanova takve vrste u Dalmaciji. Ova ustanova imala je cilj u prvom redu unaprijediti znanstvena nastojanja i kontrolu u borbi protiv epidemija i zaraza te ujedno obrazovati buduće liječnike. Zavod je bio opremljen suvremenim uređajima, materijalom i sredstvima, što se može i vidjeti na priloženim fotografijama. Između ostalog, imao je deset radnih soba u kojima su bili smješteni higijenski odjel, bakteriološki odjel, soba za istraživanje na životnjama itd. U njemu su se mogle biokemijskim i mikrobiološkim metodama dijagnosticirati razne bolesti poput tada epidemiološki važne malarije, ali i drugih bolesti. Velike zasluge za otvaranje ovoga Zavoda imao je pokrajinski zdravstveni izvjestitelj dr. Karlo Vipauc (1851. - 1950.). Službu glavnog protomedika Dalmacije preuzeo je upravo 1912.



Slika 1. Higijenski odjel Bakteriološkog zavoda
(HR-DAZD-385 Zbirka fotografija, 5.8.26.)



Slika 2. Radna soba Bakteriološkog zavoda (za malariju)
(HR-DAZD-385 Zbirka fotografija, 5.8.30.)



Slika 3. Radna soba Bakteriološkog zavoda za visokovirulentne klice
(HR-DAZD-385 Zbirka fotografija, 5.8.27.)



Slika 4. Članovi obitelji dr. Karla Vipauca u posjetu Bakteriološkom zavodu
(Osobna ostavština dr. Karla Vipauca. U vlasništvu obitelji Vipauc iz Zagreba)

godine, a nakon otvorenja Zavoda imenovan je predsjednikom C. K. Zdravstvenog vijeća.

Krajem srpnja 1912. imenovan je za upravitelja novoosnovanog Zavoda dr. Miroslav Mikuličić (1883. - 1955.) rodom iz Bakra, do tada asistent na farmakološkom i patološkom institutu Sveučilišta u Gracu koji je do dolaska u Zadar objavio više znanstvenih radova (*Narodni list*, 60/1912.). Mikuličić je tijekom rada u tom Zavodu ustanovio i serološki potvrdio prvi slučaj undulirajuće groznice u Dalmaciji kod čovjeka. (*Liječnički vjesnik* 8/1942.). U siječnju 1918. pozvan je u Zagreb na Medicinski fakultet, gdje mu je kr. Zemaljska vlada povjerila uređenje Zavoda za opću i eksperimentalnu patologiju i farmakologiju (*Narodni list*, 6/1918.).

Prema izvještaju dalmatinskog Namjesništva podnijetom predsjedniku Ministarskog vijeća u Beču utrošeno je za opremanje Zavoda i za istraživanja tijekom 1913. godine 10 000 kruna (HR-DAZD-88, Vlada za Dalmaciju, kut. 678).

Nakon Mikuličića imenovan je od kolovoza 1914. za ravnatelja dr. Vaclav Neumann (1884. - 1956.), koji je bio asistent čuvenog profesora Jaroslava Hlave u Pragu.

Nakon Prvoga svjetskog rata Zadar je okupirala talijanska vojska, a Rapalskim

je ugovorom grad pripao Italiji. Zavod nastavlja s radom u siječnju 1919. kao Higijensko-bakteriološki laboratorij (*Laboratorio di vigilanza igienica e batteriologica*). U toj godini napravljeno je oko 600 bakterioloških, kemijskih i bromato-loških testova (*Il Corriere della Dalmazia*, 7/1920). Laboratorij je vodio bakteriolog dr. Giovanni Venturelli (*La Dalmazia*, 4/1921). Navodi se da je laboratorij raskošan i vrlo dobro opremljen materijalima i uređajima, međutim da postoji opasnost od zatvaranja laboratorija zbog nedostatka posla (*La Dalmazia*, 139/1920). Ministarstvo je 1923. g. odlučilo zatvoriti laboratorij (*L'Aquila del Dinara*, 32/1923). Ponovno je otvoren 1934. na istom mjestu pod imenom Higijensko-profilaktički laboratorij (*Laboratorio d'igiene e profilassi*), a vodio ga je dr. Gino Rolli.

Zadar je u angloameričkim bombardiranjima u Drugome svjetskom ratu bio veoma razrušen. Zgrada laboratorija bila je teško oštećena, a sačuvalo se nešto laboratorijske opreme. Nakon odlaska njemačke vojske u Zadar su 31. listopada 1944. ušli partizani. Novi kemijsko-bakteriološki laboratorij otvoren je 6. listopada 1944. u maloj vili „Farmokemije“ na Brodarici, gdje se tada nalazila ambulanta zapovjedništva jugoslavenske mornarice. Inventar laboratorija preuzet je iz Higijensko-profilaktičkog laboratorija, a šef laboratorija ostao je dr. Gino Rolli. Djelatnost

laboratorija bila je u početku minimalna, jer nije bilo ustanova koja bi se koristile njegovim uslugama. Tek je otvorenjem bolnice laboratorij započeo sa značajnijim radom, jer bolnica nije imala vlastiti laboratorij. Upravo ovaj laboratorij smatra se početkom javno-zdravstvenog djelovanja iz kojega se poslije iznjedrio Zavod za javno zdravstvo, odnosno njegove preteče. U Zbirci fotografija (HR-DAZD-385) Državnog arhiva u Zadru nalaze se fotografije nepoznatog autora nastale najvjerojatnije ubrzo nakon otvorenja Zavoda 1912./1913. godine. Na njima se jasno vidi cjelokupni interijer Zavoda, sa svim uređajima i opremom.
....

Državni arhiv u Zadru pridružio se sedmom festivalu povijesti, Klifestu, koji je održan ove godine od 12. do 15. svibnja u virtualnom okruženju. Za tu smo prigodu priredili izložbu „Bakteriološki zavod u Zadru“, koja donosi 17 fotografija od njegova osnutka krajem 19. stoljeća do kraja Drugog svjetskog rata. Osim fotografija donosimo i nekoliko novinskih članaka o djelovanju Zavoda i izvješće predsjedništva dalmatinskog Namjesništva iz 1914. godine. Izložba je objavljena i nadalje ostaje dostupna na mrežnim stranicama Državnog arhiva u Zadru (Digitalni arhiv).

edi.modrinic@dazd.hr

Na valovima 14. i 21. stoljeća

Dubrovačka karantena - najvažniji doprinos Hrvata srednjovjekovnoj svjetskoj zdravstvenoj baštini



Prim. dr. sc. LJILJANA BETICA RADÍC
spec. infektologije i ped. infektologije
e-mail: ljiljanarad@gmail.com

Metodama karantene i izolacije koje datiraju još iz 14. stoljeća te primjenom osobne zaštitne opreme svijet 21. stoljeća odgovorio je na prvi val pandemije novim virusom SARS-CoV-2. Zemlje koje imaju tradiciju javnoga zdravstva, kao što je Hrvatska, a ne one koje imaju najrazvijeniju medicinu, na čelu su zemalja koje danas uspješno vode bitku protiv korone.

U slučaju drugog vala velika su očekivanja od moderne medicine, poglavito u prevenciji cjepivom i učinkovitim lijekovima. Nikada prije u povijesti nije čitava svjetska zajednica bila toliko fokusirana na istraživanja jedne bolesti, nikad prije znanstvena zajednica nije bila toliko povezana i radila interdisciplinarno; po prvi put je sva važna literatura u vezi s COVID-19 besplatna i svima dostupna. Ono što je sigurno, odgovornost će i dalje biti na svakom pojedincu u poštivanju mjera odgovornog ponašanja.

Emergentne i reemergentne zarazne bolesti

Zarazne bolesti dio su nacionalne sigurnosti, a u Hrvatskoj su regulirane Zakonom o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (NN 79/07, 113/08, 43/09, 130/17 i 114/18) i posljednjim izmjenama i dopunama (NN 47/2020 od 17.04.2020.). Zakonom je određen Program mjera zaštite pučanstva od zaraznih bolesti (opće, posebne, sigurnosne i ostale). Karantena, kao sustav protuepidemijskih mjer, pripada sigurnosnim mjerama za zaštitu pučanstva od zaraznih bolesti i sastoji se u ograničenju slobode kretanja te u provođenju zdravstvenih pregleda

tijekom trajanja karantene. U karantenu se stavljaju osobe za koje se utvrdi ili posumnja da su bile u neposrednom dodiru s oboljelim osobama ili s osobama za koje postoji sumnja da su oboljele.

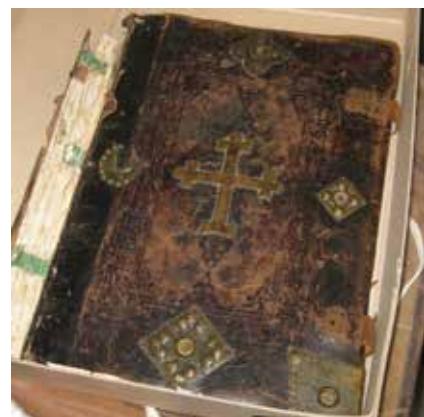
Sredinom 20. stoljeća, otkrićem antibiotika i rutinskim cijepljenjem, karantena je gotovo postala stvar prošlosti. Cijepljenje je, bez sumnje, najučinkovitija preventivna mjera zaštite pojedinaca i populacije protiv zaraznih bolesti. Bioterorizam i novonastale bolesti danas obnavljaju stare običaje.

Sve kulture imaju "svoju" dominantnu bolest. Rani srednji vijek borio se s leprom, poslije dominantno s kugom; industrijska revolucija bila je doba tuberkuloze; kraj 20. stoljeća „kuga 20. stoljeća“ bio je AIDS. Mi danas živimo u dobu raka, srčanožilnih bolesti i psihičkih poremećaja, ali isto tako u dobu prijetnji od bioterorizma i emergentnih i reemergentnih bolesti.

Unatoč upozoravajućim rastućim trendovima prethodnih emergentnih i reemergentnih bolesti, aktualni emergenti COVID-19 potpuno je iznenadio svijet i upleo se u sve društvene slojeve. Na prvo mjesto stavljeno je suzbijanje epidemije i spašavanje ljudskih života, dok se približavanjem kraja zdravstvene krize javljaju gospodarska pitanja.¹

Ratovi ili bolesti koje su promijenile svijet

Povijest određuju velike bitke, premda arhivski podaci pokazuju kako su za to odgovorne bolesti. Da Irwin Sherman danas piše knjigu o 12 bolesti koje su promijenile svijet, u kojoj opisuje velike boginje, tuberkulozu, sifilis, AIDS, influencu, kugu, kolera, malariju, žutu groznicu, dvije neinfektivne bolesti (hemofiliju i porfiriju) i bolesti biljaka

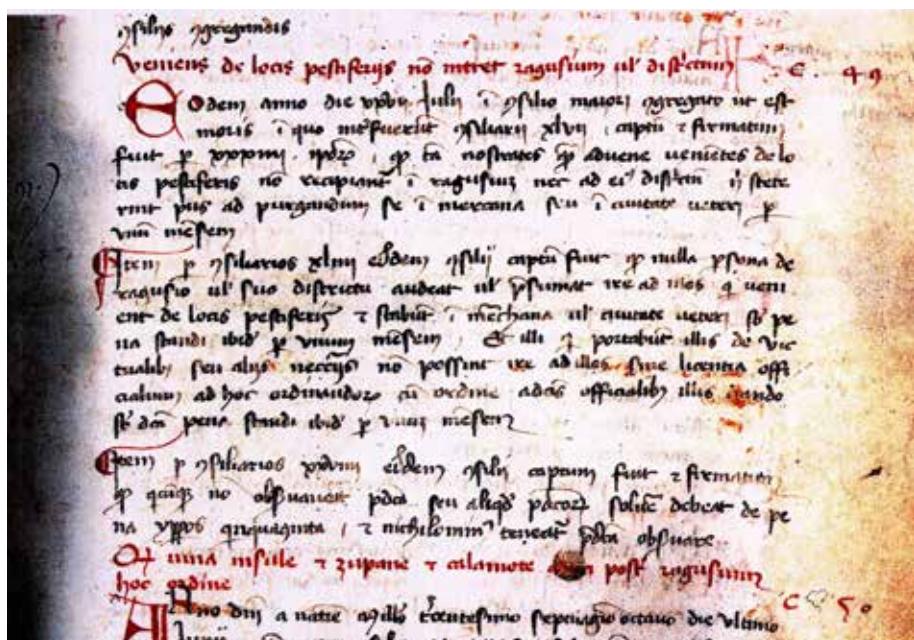


Slika 1. Dubrovački statut iz 1272. (Dokument se čuva u Državnom Arhivu u Dubrovniku, Sponza palača)

- krumpirova pljesan „Velika Irska glad“, neminovalo bi tom popisu dodata COVID-19, i to možda na prvo mjesto, uz kugu.²

U 21. stoljeću postala je Kina, odnosno provincija Hubei i njen glavni grad Wuhan, epicentrom nove zarazne bolesti COVID-19 u prosincu 2019. Prvi potvrđeni slučaj u Hrvatskoj zabilježen je 25. veljače 2020. Svjetska zdravstvena organizacija službeno je proglašila pandemiju 11. ožujka 2020.

Razdoblje srednjeg vijeka, koje počinje padom Zapadnog Rimskog Carstva 476. pa traje do Kolumbova otkrića Amerike 1492., obilježeno je, između ostalog, poznatim epidemijama kuge. Posebice je poznata velika epidemija kuge u 14. stoljeću (1347. - 1351.), nazvana „crna smrt“, koja je drugi od tri epidemijska vala i koja se proširila Europom s Istoka, vjerojatno iz Kine, izazvala pomor nezapamćenih razmijera i pokosila četvrtinu tadašnjeg stanovništva. Prema arhivskim podacima kuga ili, kako se u starim spisima navodi, peste, pestilenza,



Slika 2. Liber viridis, cap. 49, fol. 78, Odluka o uvođenju karantene u Dubrovnik iz 1377. (Dokument se čuva u Državnom Arhivu u Dubrovniku, Sponza palača)

mortalitas, male contagiosa, ili malatia, u Dubrovnik je stigla 1348.^{3,4} Različite su procjene umrlih, od 1000 do 10 000 umrlih pa i više, a umrlo je između 110 do 273 patricija.^{5,6}

Srednjovjekovna medicina temeljila se na hipokratovskoj humorano-mijazmatičkoj doktrini koja se održala do početka 19. stoljeća, a liječenjem su se bavili ljudi raznih zanima, za razliku od drugih zanata. Prema humoranoj teoriji zdravlje ovisi o ravnoteži četiriju životnih sokova ili „humora“: crna i žuta žuč, flegma (sluz) i krv, koja se može postići pravilnom prehranom, biljnim pripravcima, puštanjem krvi i pijavicama. Mijazmatička medicina tražila je uzroke bolesti u lošem utjecaju zraka, vode, truleži i raznih štetnih isparivanja „mijazmi“ na zdravlje. U slučaju bolesti tražila se pomoć svetaca. Dvjesto godina Križarskih ratova od 1095. do 1291. utjecalo je na razvoj europske trgovine s Istokom i donijelo promjene na starom kontinentu zbog boljeg upoznavanja Zapada s kulturom Istoka, posebice s arapskom i grčkom kulturom. Napredak u medicinskim spoznajama 12. stoljeća prijevodi su arapskih rukopisa kao i osnivanje prvih sveučilišta u 13. stoljeću. Avicenin Kanon

medicine koji je napisan 1030. objedinio je islamsku, starogrčku i starorimsku medicinu s elementima Ajurvede i postao pisanim djelom na kojem se temeljilo medicinsko obrazovanje u Europi onoga doba.

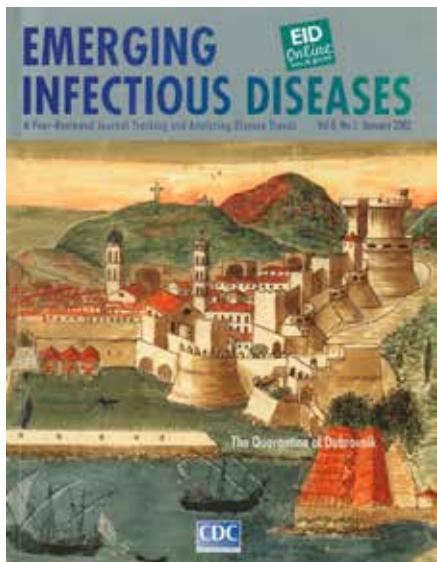
Dubrovačka republika u doba kuge

Gospodarski i kulturni procvat u Dubrovačkoj republici rezultat je povoljnog zemljovidnog položaja na razmeđu zapadnog i istočnog Sredozemlja, razvijenog pomorstva i prevlasti na morima, trgovačke veze sa zemljama razvijene kulture i republikanske države temeljene na zakonu i građanskim pravima.

Povijest zdravstvene kulture nekadašnje Dubrovačke republike bogata je kao i cjelokupna dubrovačka gospodarska, kulturna i znanstvena baština, o čemu svjedoče brojni dokumenti pohranjeni u Državnom arhivu u Dubrovniku, u Palači Sponza. Državni arhiv jedan je od najbolje sačuvanih arhiva za proučavanje srednjovjekovne prošlosti, uključujući dokumente za proučavanje zdravstvenih prilika u Dubrovniku. Statut iz 1272. jedan je od najstarijih pravnih dokumenata u Hrvatskoj i sadrži niz odredaba

koje se tiču medicine i općenito kvalitete života dubrovačkih stanovnika. Iz arhivskih dokumenata saznajemo da je 1336. bilo zabranjeno držati životinje u gradu, 1407. određeno je da se sve ulice popločaju, 1415. zaposlen je prvi čistač ulica, od 1407. do 1436. uveden je sustav odvodnje otpadnih voda, 1436. konstruiran je 20 km dug vodovod. Dubrovačka republika bila je vrlo inventivna glede zakona i javnih institucija, 1301. uvedena je medicinska služba, 1317. ljekarna, 1347. starački dom, 1377. donesena je uredba o karanteni, 1390. ustanovljena je stalna zdravstvena služba, 1418. ukinuto je ropstvo, 1432. osnovano je nahodište, u državnom skladištu čuvale su se rezerve žitarica i grahorica. Godine 1357. i 1380. u Dubrovniku je obavljen prvi popis stanovništva (onaj prvi u ratne svrhe), koji je ujedno i najstariji popis stanovništva u nas uopće.⁷ Proširuju se konzulati Dubrovačke republike na Mediteranu i Balkanu. Čak je i u proizvodnji oružja Dubrovnik postao središtem.

Dubrovačka republika je vrlo rano započivala liječnike strance na određeni rok, koji su bili na raspolaganju svim građanima, a mogli su savjetovati i vijeća, ali nisu sudjelovali u vlasti. Sveučilišno obrazovani liječnici bili su opterećeni humorano-mijazmatičkom teorijom bolesti pa kugu nisu smatrali svojom nadležnosti. Pučka medicina temeljila se na liječenju ljekovitim biljem. Tako su nakon prvih epidemija kuge 1348., gradske vlasti u mnogim mjestima uvodile mjere sukladno klasičnim teorijama „mijazmatičke medicine“. Pokušavali su očistiti zrak paljenjem slatko-mirisnog bilja, škropili kuće octom i ružinom vodom, provodili mjere pojačanog čišćenja, uklanjali uginule životinje i ljudske otpade. Ove mjere poboljšale su sanitarnе uvjete u gradovima, ali su malo učinile na preventiji epidemije kuge. U slučaju bolesti često se tražila pomoć svetaca. Zavjetna tradicija i kult Sv. Vlaha samo su neki primjeri religijske medicinske tradicije. Crkva sv. Vlaha posvećena je zaštitniku Dubrovnika sv. Vlahu, njegov blagoslov imao je moć protiv bolesti grla, a „grličanje“ kao religijska medicinska tradicija prisutna je i danas.^{8,9,10,11,12} Zbog strateškog položaja Grad je bio trajno izložen epidemijama



Slika 3. Naslovnica časopisa Emerging Infectious Diseases iz siječnja 2002. Akvarel nepoznatog autora Stare gradske luke u Dubrovniku s kompleksom zgrada „Lazareti“ iz 18.st.

kužnih bolesti; Leprozarij za bolesne u Dubrovniku, spomenut u statutu iz 1272., bio je smješten izvan zidina.¹³

Stari Dubrovčani empirijski su poznavali osobitosti plućnog i bubonskog oblika kuge i bili svjesni njene izrazite zaraznosti. Osim toga, Dubrovčani u to vrijeme razmišljaju o kontagiju kao uzroku zaraznih bolesti te imenuju specijalistu za kugu, »medicus pestis«.^{4,14} Svi liječnici i kirurzi nazočni u Dubrovniku 1348. umrli su tijekom epidemije. Koničar Dinko Ragnina piše: „Bilo je to jako zarazno, nije bilo nikakvog lijeka i svi su poumirali, kada su ljudi vidjeli da ih liječnici ne mogu obraniti, građani su odlučili napustiti grad i pročistiti zrak vatom.“ Stari Dubrovčani znali su da je tadašnja medicinska doktrina uzaludna.^{15,16}

Dubrovčani su nastojali predvidjeti mogući izvor i smjer kretanja zaraze. Dubrovački poklisari, dragomani, župnici župa Trebinjskomrkanske biskupije, kuriri, trgovci domaći i strani, vojnici i stražari na granici izvještavali su o zdravstvenom stanju u susjedstvu, kao i daljim područjima, npr. u sjevernoj Africi. U razgranatu obavještajnu mrežu bili su uključeni svi povjerljivi dubro-

vački građani, a zdravstveni službenici, kacamorti, vijesti su prenosili Senatu.¹⁷ Poznato je kako je kuga harala stotinama godina, nije se znao uzrok, prekretnica u medicini dogodila se tek krajem 16. stoljeća, 1590., kada je Zacharius Jensen izradio prvi mikroskop i zahvaljujući tome Antoni Van Leeuwenhoek otkrio prve mikroorganizme 1676., a Alexandre Yersin tek je 1894. dokazao bakteriju Yersiniju pestis kao uzročnika kuge. Dubrovačka republika živjela je od trgovine i najvažniji cilj je bio sprječiti širenje kuge bez ometanja slobodne trgovine. Onovremena medicina i liječnici nisu ponudili spasonosno rješenje.

Prva karantenska uredba na svijetu – izum Dubrovačke republike

Principi uvođenja karantene koji vrijede i danas sadržani su u uredbi Velikog vijeća Dubrovačke republike od 27. srpnja 1377. kada je od 47 nazočnih članova, Veliko vijeće odlučilo (s 34 glasa) zabraniti došljacima iz kužnih krajeva ulaz u grad Raguzu (Dubrovnik) ili njegovu okolicu, ako nisu prethodno proveli vrijeme u izolaciji na otoku Mrkanu ili u Cavtatu.

Dubrovačka karantena nije djelo liječnika. Nju su utemeljili vlastelini-trgovci, vlasnici brodova, kao kompromis između prijedloga njihovih talijanskih liječnika (da potpuno izoliraju Grad) i ekonomsko-političke nužde, koja im je nalagala glasovati protiv potpunog prekidanja trgovine.

U karantenskoj uredbi posebice zadivljuje kvalitativni konceptualni napredak u osmišljavanju izolacije za one koji mogu biti zaraženi, ali još ne pokazuju nikakve simptome bolesti. Ova protupidemijska mjera ulijevala je sigurnost u trgovackom poslovanju trgovcima, brodarima, pomorcima, ali i svim putnicima, čime su Dubrovčani podigli ugled, a time i vrijednost robe. Prema riječima akademika Grmeka, karantenska uredba jedna je od najvećih postignuća srednjovjekovne medicine.

Uredba o karanteni upisana je u „Zelenu knjigu“ ili „Liber viridis“ (c.49 fol.78) pod nazivom: *“Veniens de locis pestiferis non*

intret Ragusinum vel districtum” (“zabranjuje se došljacima iz kužnih krajeva da uđu u Dubrovnik i njegovu okolicu”) i čuva se u Državnom arhivu u Dubrovniku u palači Sponza.¹⁸

Time je Dubrovnik postao prvim gradom u svijetu koji je uveo karantenu bez prekida trgovine. Prije ulaska u Grad, došljaci iz kužnih krajeva trebali su provesti 30 dana u nadziranim izoliranim prostorima, kako bi se utvrdilo je li osoba razvila simptome bolesti. Prva karantena, koja je zapravo bila trentena, produljila se na karantenu u trajanju od 40 dana. Danas je najduža karantena u trajanju od 21 dan za Ebolu. Poznato je da su članovi posade Apollo 11, nakon povratka sa spektakularne misije odlaska na Mjesec 20. srpnja 1969. bili 21 dan u karanteni, koja se prakticirala još za dvije misije: Apollo 12 i 14, sve dok nije utvrđeno da na Mjesecu nema života.

Godine 1397. uslijedila je nova uredba protiv onih koji dolaze iz krajeva zahvaćenih kugom – *De ordinibus contra eos qui veniunt de locis pestiferis anno 1397 factis*. Uredbom se utvrdilo trajanje i mjesto karantene, odredile kazne za kršitelje te naredilo Malom vijeću imenovati tri zdravstvena službenika iz redova vlastele za nadzor provođenja spomenutih mjera. Za osobu za koju bi se utvrdilo da širi kugu u Gradu bile su predviđene visoke novčane kazne: od petsto perpera za vlastelina, a sto perpera za pučanina, teška tjelesna kazna, tamnica, uključujući i smrtnu kaznu.¹⁹ Karantenu su morali proći i došljaci i dubrovački građani za koje se sumnjalo da su oboljeli ili došli u kontakt s dokazanim izvorom bolesti.

Godine 1390. ustanovljena je zdravstvena služba kako bi se osiguralo provođenje zdravstvenih mjera i karantene. Zdravstveni službenici nazivali su se venecijanskim imenom *“officiales cazzamortuorum”*, u popularnom govoru kacamorti ili kačamorti. Izabirani su isključivo među aristokratima, nisu mogli odbiti ovu tešku i opasnu službu koju su morali obavljati cijelu godinu, ako bi preživjeli tako dugo.^{20,21}



Slika 4. „Doktor smrti“ („Plague doctor“) najznačajniji je simbol „Crne smrti“

Prva karantena je osnovana blizu Cavtata na otocima Mrkan, Bobara i Supetar, a prvi zidan objekt bio je Samostan sv. Marije na Mljetu 1397., gdje se vršilo temeljito raskuživanje ljudi i tereta koji su dolazili iz zaraženih krajeva.

Karantena je 1430. premještena na Danče, kasnije na otok Lokrum, preko puta stare gradske luke, a konačno je 1590. donesena odluka o gradnji velikog lazareta na Pločama, blizu istočnih vrata od Grada, koji se počeo graditi tek 1627. Predstavlja kompleks od 8 zgrada i 5 prostranih dvorišta sa zasebnim ulazom, nazvan „Lazareti“. Lazareti su spadali u nadležnost Zdravstvenoga magistrata sastavljenog od petorice vlastelina (Officiali alla Sanità) koji su propisivali praktične mjere protiv širenja zaraznih bolesti. Upravljanje Lazaretim bilo je povjereno kapetanu Lazareta i njegovu zamjeniku, koji su tu, zajedno s pomoćnim osobljem, morali

stanovati za trajanja mandata. S obzirom na iznimnu gospodarsku i stratešku važnost Lazareta za Dubrovnik, sklop je tijekom čitavoga razdoblja trajanja Dubrovačke republike bio dobro i redovito održavan iz državnih sredstava.²² Posljednji građevni zahvat na kompleksu završen je 2018. u okviru projekta Lazareti, kreativna četvrt Dubrovnika, sufinciranog iz Europskog fonda za regionalni razvoj. Arheološka otkrića tijekom građevinske obnove i novi istraživački rezultati objedinjeni su u monografiji Lazareti u Dubrovniku - Početak karantenske službe u Europi.²³

De Diversis u svom opisu slavnoga grada Dubrovnika navodi; „onaj koji dolazi iz okuženoga grada ili mjesta, ma tko bio, ne može ući u Dubrovnik, niti ga se priputšta bilo kamo na područje podvrgnuto Dubrovačima i ne smije ljubiti prijatelje i rođake niti se s njima rukovati“¹⁶

Karantena je negativno utjecala na trgovinu od koje je grad Dubrovnik živio. Ipak mјere protiv epidemije koje su donijeli Dubrovčani bile su ekonomski podnošljivije, za razliku od venecijanskih i milanskih mјera. Tako je Venecija u doba kuge zabranjivala ulaz svim brodovima u lagunu, a Milansko vojvodstvo je provodilo stroge i okrutne mјere kućnog pritvora i zazidavanja oboljelih. Provedbe odredbi o karanteni postale su okosnica u razvoju međunarodne pomorske protuepidemijske službe. Potaknule su ujedno osnivanje i izgradnju izolacijskih lazreta u vodećim mediteranskim gradovima poput Venecije (1423.) i Genove (1467.). Primjer Dubrovnika slijedili su i drugi lučki gradovi u Italiji, Francuskoj, Njemačkoj i drugdje. Bio je to i uzor za kasnije karantenske mјere na kopnu.

Dugo je trebalo da se otkrije prava istina o osnivanju prve karantene u Dubrovniku zbog određenih propusta u medicinsko-povjesnoj literaturi 19. stoljeća. Posebnu zahvalnost dugujemo enciklopedistu, akademiku Grmeku, koji je godinama proučavao Dubrovačku karantenu i čiji su zadnji eseji zauvijek odagnali sumnje i nedoumice o karanteni u medicinsko povjesnoj literaturi.²⁴ Knjige Zlate Blažine Tomić i Vesne Blažina o utemeljenju i razvoju zdravstvene službe u Dubrovniku predstavljaju nesumnjiv doprinos proučavanju uloge Dubrovnika u sustavu razvoja protukužnih mјera.^{12,25}

Prilog svjetskoj potvrđi statusa privjencu za dubrovačku karantenu je i fotografija akvarela nepoznatog autora Stare gradske luke u Dubrovniku s kompleksom zgrada „Lazareti“ iz 18. st. na naslovniči svjetski najpoznatijeg infektološkog časopisa Emerging Infectious Diseases iz siječnja 2002., posredstvom prof. dr. sc. Arijane Tambić Andrašević.²⁶

Ideja i prvi uspješni eksperiment karantene pojавio se u Dubrovniku. Dubrovnik je definitivno povijesni i konceptualni lider, ne samo u proglašavanju karantene 1377., već i uspostavi trajne medicinske službe 1390. Najstarija protuepidemijska mјera Dubrovačke republike - karantena, bez sumnje je najvažniji doprinos Hrvata srednjovjekovnoj svjetskoj zdravstvenoj baštini.^{24,27}

Osobna zaštitna oprema – od doktora smrti do skafandera

Prema arhivskim podacima liječnici su često oboljevali i umirali pa je uloga njihovih odijela imala protektivnu ulogu. Poznate ilustracije kulturnih maski kužnih doktora s kljunom, tzv. „Doktor smrti“ („Plaque doctor“), najznačajniji je simbol „Crne smrti“. Maske s kljunom bile su ispunjene mješavinom aromatičnih biljaka kako bi prevenirale udisanje okuženog “lošeg zraka”, što se u ono doba smatralo razlogom za širenje bolesti. Unaprijeđeno odijelo u stilu “zaogrnut od glave do pete” s kabanicom, rukavicama i čizmama osmislio je liječnik francuskoga kralja Luja XIII. Charles de Lorme 1619. Doktori su nosili dugi štap koji im je pomagao u liječenju bez dodirivanja pacijenta.^{28,29}

Kultna odijela srednjeg vijeka konceptualno su usporediva s osobnom zaštitom opremom - skafanderima 21. stoljeća. U cilju osobne zaštite još od epidemije Ebole do aktualne korona pandemije liječnici koriste posebnu odjeću, masku, zaštitne naočale, rukavice te pokrivalo za glavu i stopala.³⁰

Program Svjetske zdravstvene organizacije „Jedno zdravlje“

Klimatske promjene, velik broj stanovnika i intenzivna globalizacija u trgovini, putovanjima i migracijama dominantno su oblikovali 21. stoljeće. Sve to utječe na zdravlje stanovništva i povećava rizik od zaraznih bolesti. Moramo biti svjesni toga kako je čovjek u dramatičnim razmjerima promijenio okoliš u ekološkom smislu i svojim aktivnostima pridonio izbijanju mnogih novih bolesti, posebice onih koje se prenose sa životinjom na ljude. U posljednja tri desetljeća broj emergentnih i re-emergentnih bolesti raste. Više od 70 % ovih infekcija su zoonoze, čiji su uzročnici većinom virusi West Nile, chikungunya, dengue, Ebola, Usutu, Zika, influenca, SARS-CoV, MERS-CoV, virus hepatitisa E, aktualna pandemija SARS-CoV-2, ali i brojni drugi virusi, bakterije te paraziti. Zbog posljedica današnjega modernog načina života i klimatskih promjena, trendovi

pojave novih, kao i širenje postojećih emergentnih i re-emergentnih zoonoz, neminovalno će se nastaviti. Izazovi današnjice vezane su za unapređenje zdravlja i dobrobiti svih živih bića, uključujući i kvalitetu našeg okoliša. Međuovisnost zdravlja ljudi, zdravlja životinja i kvaliteta okoliša dokazana je i predstavlja središte filozofije jedinstvenog zdravlja, programa Svjetske zdravstvene organizacije pod nazivom „Jedno zdravlje“ (engl. „One Health“). Intersektorska suradnja humane i veterinarske medicine, nadzor nad mikrobiologijom okoliša i proizvodnjom hrane usmjereni su na unapređenje i poboljšanje zajedničkog zdravlja.¹

e-mail: liljanarad@gmail.com

LITERATURA:

- European Centre for Disease Prevention and Control. Towards One Health preparedness. Stockholm: ECDC; 2018.
- Sherman IW. Twelve diseases that changed our world. John Wiley & Sons; 2007 Aug 1.
- Blažina-Tomić Z. Kacamorti i kuga. Utemeljenje i razvoj zdravstvene službe u Dubrovniku. Zagreb-Dubrovnik: Zavod za povijesne znanosti HAZU u Dubrovniku, 2007: 18, bilješka 23.
- Jeren T. Povijest razvoja infektološke službe na tlu Hrvatske. Infektočki glasnik. 2005;25(3):125-130.
- Vekarić N. Broj stanovnika Dubrovačke Republike u 15., 16., i 17. stoljeću. Analni Zavoda za povijesne znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti u Dubrovniku. 1991;29.
- Krivošić S. Stanovništvo Dubrovnika i demografske promjene u prošlosti, Zavod za povijesne znanosti HAZU u Dubrovniku, Dubrovnik 1990;24(1):278-279.
- Šundrica Z. Popis stanovništva Dubrovačke Republike iz 1673/1674. godine, Arhivski vjesnik, II sv.2, Zagreb 1959, str 419.
- Borovečki A, Lang S. Povijesno-medicinski vodič kroz medicinu starog Dubrovnika. Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta u Zagrebu, Zagreb. 2001.
- Statut grada Dubrovnika sastavljen 1272. Urednici Ante Šoljić, Zdravko Šundrica i Ivo Veselić. Dubrovnik: Državni arhiv u Dubrovniku, 2002: VI, 56: 361.
- Jeremić R, Tadić J. Prilozi za istoriju zdravstvene kulture starog Dubrovnika. Centralni higijenski zavod; 1938(1): 116–119.
- Bakić J. Dubrovnik-grad najvrjednije higijensko sanitarnе hrvatske i svjetske baštine. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2006 Jul 7; Vol 2. Broj 7.
- Blažina Tomić Z. Kacamorti i kuga: utemeljenje i razvoj zdravstvene službe u Dubrovniku. Zagreb, Dubrovnik: Zavod za povijesne znanosti HAZU u Dubrovniku, 2007: 85–111.
- Bakija-Konsuo A, Mulić R. The history of leprosy in Dubrovnik: an overview. International journal of dermatology. 2011 Nov;50(11):1428-31.
- Kralj-Brassard R. Grad i kuga: Dubrovnik 1691. godine. Analni Zavoda za povijesne znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti u Dubrovniku. 2016;(54/1):115-170.
- Annales Ragusini Anonymi item Nicolai de Ragnina, Zagreb, JAZU, 1883: 227–228.
- De Diversis F. Opis slavnog grada Dubrovnika. (Predgovor, transkripcija i prijevod s latinskoga: Z. Janević-Römer), Zagreb, 2004.
- Blažina-Tomić Z. Kacamorti i kuga: utemeljenje i razvoj zdravstvene službe u Dubrovniku. Zagreb, Dubrovnik: Zavod za povijesne znanosti HAZU u Dubrovniku, 2007: 113-114.
- Zelena knjiga (Liber viridis), cap. 49, fol. 78, god. 1377., Dubrovnik, 27. srpnja 1377. god., Državni arhiv u Dubrovniku, Sig. 21.1/11a.
- Ravančić G. Crna smrt 1348.-1349. u Dubrovniku: srednjevjekovni grad i doživljaj epidemije (doktorska disertacija)
- Blažina-Tomić Z. Kacamorti i kuga: utemeljenje i razvoj zdravstvene službe u Dubrovniku. Zagreb, Dubrovnik: Zavod za povijesne znanosti HAZU u Dubrovniku, 2007:118–145, 163–201.
- Blažina-Tomić Z. Kacamorti i kuga: utemeljenje i razvoj zdravstvene službe u Dubrovniku. Zagreb, Dubrovnik: Zavod za povijesne znanosti HAZU u Dubrovniku, 2007: 85–111.
- Baće A, Viđen I. Lazareti na Pločama od pada Dubrovačke Republike do danas (1808.-2013.). Prostor: znanstveni časopis za arhitekturu i urbanizam. 2013; 23;21(2 (46)):326-39.
- Milošević A. Dubrovačke karantene i lazareti u: monografija LAZARETI U DUBROVNIKU, Početak karantske službe u Europi/ Milošević, Ante (ur). Dubrovnik: Zavod za obnovu Dubrovnika, 2018. str. 167-202.
- Grmek MD. Pojam infekcije u starom i srednjem vijeku, drevne socijalne mjere protiv zaraznih bolesti i osnivanje prve karantene u Dubrovniku (1377). Rad JAZU (knjiga 384) Zagreb:JAZU 1980: 9-55.
- Blažina-Tomić Z, Blažina V. Expelling the Plague. The Health Office and the Implementation of Quarantine in Dubrovnik, 1377-1533. Montreal-Kingston-London-Itaca: McGill-Queen's University Press, 2015.
- Tambic-Andrašević A. The Old Port of Dubrovnik (watercolor, 18th century) anonymous.(About the Cover). Emerging Infectious Diseases. 2002 Jan 1;8(1):110-1.
- Grmek MD. Doprinos hrvatskih liječnika medicinskim znanostima u svijetu. Med Vjes 1995; 27 (1-2):33-41.
- G. L. T., THE PLAGUE DOCTOR, Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, Volume XX, Issue 3, July 1965, Page 276, <https://doi.org/10.1093/jhmas/XX.3.276>.
- Cipolla, Carlo M. (1977). "The Medieval City". In Miskimin, Harry A. (ed.). A Plague Doctor. Yale University Press; 1977: 65–72. ISBN 978-0-300-02081-6.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed 2019-nCoV. ECDC: Stockholm; 2020.

POSLJEDICE POTRESA 9. STUDENOG

1880. NA ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Prema onodobnom „Liječničkom vjesniku“

Potresom dne 9. studenog 1880. oštećene zemaljske bolnice i javna kupališta:

Županijska bolnička

zgrada u Bjelovaru pretrpjela je štetu u tom da se je zid hodnika 48.66 odnosno 41.87 metara prema dvořištu nagnuo uslijed čega je svod prizemnoga kao i hodnika prvoga kata pokazivao znatne pukotine. Svodovi hodnika otvorili su se cijelom dužinom. Da se pogibelj odstrani, bilo je određeno spajanje vanjskog sa nutarnjim zidom željeznim sponama. Bolničke sobe ostale su neoštećene.

Bolnica milosrdne braće u Zagrebu

(na Harmici). Dimnjaci su se stranom proširili, a stranom popucali tako da se smjesta popraviti dotično na novo sazidati moraše. Zid na čošku blagovališta pukao je, a isto tako vatrobrani zid prema jugu te se moraju oba zida gvozdenim sponama svezati. Na **kirurškom odjelu** u drugome katu pukli su obluci hodnika. U hodniku kao i u nekim sobama pukao je zid te se mora izmjeniti. Radi veće sigurnosti određeno je da se sve prostorije osiguraju gvozdenim sponama.

Uopće nije bilo znatnije štete u prostorijama ovoga odjela.

Crkva milosrdne braće

nije pretrpjela nikakove štete.

Odjel medicinski. U hodniku popucalo je nekoliko prozora koji su podbočeni. Stubište prvoga i drugoga kata oštećeno je tako da su mu se vanjski zidovi nagnuli, a svodovi i popucali. Stube su zatvorene, a vanjski zid čvrsto poduprt i gvozdenim sponama sapet. Sobe na ovom odjelu dobro su sačuvane, osim neznatnih pukotina. U svim sobama prvog i

drugog kata neznatne su pukotine te ne škode nimalo solidnosti zgrade. Potrebiti popravak određen je po odaslanom povjerenstvu. Razizemne prostorije ostale su neoštećene te ne prijeti nikakva pogibelj stanovnicima.

Bolnica milosrdnih sestara

(u Ilici 83). Ova zgrada je manje oštećena nego Bolnica milosrdne braće. Glavni kvar opažen je u drugome katu zapadnoga krila, jer su se dimnjaci srušili, probili strop hodnika te ga znatno oštetili. Na tavanu se je srušilo oko deset dimnjaka. Prema jugu nešto je oštećen vjetrobrani zid te se mora spojiti gvozdenom sponom. U sobama prvoga i drugoga kata pukla je nadžbuka kao i dva poprečna zida. Opasnosti nema nikakve budući su glavni zidovi netaknuti, a štete se po uputi odaslanog povjerenstva popravljaju. Crkvica i prizemne prostorije dobro su sačuvane. U zgradi gdje spašavaju učenice primaljskog tečaja nema štete.

Dianino kupalište u Ilici br. 8 (otvoren 1834.) nije pretrpjelo nikakove štete te se nalazi u normalnome stanju.

Petrova kupelj u Novoj Vesi pretrpjela je štete u tome da je zid na stubištu djelomice pukao. U sobi br. 8 pukao je poprečni zid, strop je poduprt. U krilnoj zgradi prema istoku nagnuo se izvana na jugozapadnometu čošku glavni zid te se mora zamjeniti novim. Isto tako ima se skinuti dimnjak. Kabine su neoštećene, a manji opravci na cijeloj zgradi po povjerenstvu su određeni.

Kupališna zgrada Krapinskih Toplica

pretrpjela je znatniju štetu na južnoj strani radi velikih otvora. Stubište

je popucano te je moralno biti poduprto. U nekoliko soba je žbuka pukla. Pogibelji nema nikakve, a mane su popravljene.

Stubičke Toplice. Zgrade su popucale i svi su dimnjaci popadali ili popucali. Vatrobrani zid na sjevernoj strani zgrade porušio se, a s južne strane su zidovi znatno popucali. Glavni su se zidovi izbočili te ih se mora od temelje ponovno napraviti.

Maksimiljanov bazen (izgradio ga je 1814. biskup Maksimilijan Vrhovac) nije oštećen.

Inače nema štete koje bi potres nanio javnim bolnicama ili zgradama koje služe u istu svrhu u zemlji.

Na vrelima svih mineralnih kupališta nije se moglo ustanoviti nikakva promjena uslijed potresa te su ona ostala sasvim netaknuta.

(Liječnički vjesnik broj 8-9 / studeni-prosinac / 1880. godine, str. 105-6)
Dodajmo tome opasku koju je u svoje „Godišnje izvješće Zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu“, objavljeno u ožujku 1881. godine, unio ravnatelj dr. Ivan Rohaček (1843.-1898.) (od otvorenja 15. studenoga 1879. do kraja 1880. bio je u statusu voditelja ravnateljstva):

„Usljed potresa moralno se prvi katan obje strane isprazniti zbog čega je ravnateljstvo bilo prisiljeno, zbog pomanjkanja mjesta, iz zavoda otpustiti one oporavljene bolestnike i bolestnike kod kojih bijaše nade da bi se, uz daljnje boravljenje u Zavodu, sasmosti oporavili; stoga ih je iz zavoda otišlo najviše u studenom.“

(Liječnički vjesnik broj 3 / ožujak / 1881. godine, str. 37-43).

Priredio: Ivica Vučak

>>> KAVKAZ

 Piše: EDO TOPLAK, dr. med.

Tri liječnika i jedan povjesničar, sva četvorica vrlo fini i duhoviti momci zavidnog teka i cuga, uz to i iznimno naočiti i u dobroj tjelesnoj kondiciji odlučili su istražiti kulturne i geografske (manje) te gastonomске (malo više) znamenitosti Kavkaza.

Naš prvenstveni cilj bio je Armenija, interes su nam privukli njeni planinski vrhovi i samostani, njena kuhinja i gostoljubivost, njena tisućljetna kultura i burna povijest. U Gruziju smo svratili onako usput, jer je put preko nje ispaо sedam puta jeftiniji, pa rekosmo, kad smo već tu ajmo vidjeti i nešto od te Gruzije. Na kraju mogu konstatirati da se Gruziju isplati posjetiti podjednako kao i Armeniju. Ako vas put nanese u taj kraj svijeta, svakako ju nemojte preskočiti. Te su dvije zemlje zapravo vrlo slične. Barem nama "sa strane".

Tbilisi nas je poprilično iznenadio. U Gruziji smo očekivali prekrasnu prirodu, ali ne i uzbudljive gradove. Mislimo da ulazimo u bezveznu sovjetsku betonsku



Hrvatska ekspedicija poznatija kao "Sokoli s Kavkaza"

varoš, a dočekao nas je, uz vino i čokola-dirane marelice, lijep i živ, čist, simpatičan grad prošaran parkovima s obaveznom tvrđavom iznad njega.

Atmosfera opuštena i vesela, po kafićima i trgovima gotovo zapadnjačka.

Nakon Tbilisija polako krenusmo na jug u Armeniju. Granica je očekivano egzotična. Ozbiljan me carinik na tečnom engleskom pita: "Wer ar ju?" Ja mu odgovorim: "I am here." Carinik značajno i s odobravanjem kimne i digne rampu. Vlasnicima plave putovnice sa šahovnicom za ovaj kutak svijeta ne trebaju vize.

Armensku povijest, ali i sudbinu, definirala je činjenica da je najstarija kršćanska zemlja. Prva država kojoj je kršćanstvo bila službena religija. Još u prvim godinama 4. stoljeća, dakle prije Milanskog edikta koji je kršćanima u Rimskom carstvu zajamčio ravnopravnost, ovdje je kršćanstvo bilo ne jedna od, već jedina vjera. Priča ukratko ide ovako: Krajem trećeg stoljeća kršćanski misionar dolazi propovijedati u Armeniju. Kralj ga odmah baci u tamnicu, zapravo nekakvu rupu u zemlji i zaboravi na njega. Poslije 13 godina kralj se razboli, a njegovoj sestri u snu dode poruka da kralja može ozdraviti samo čovjek iz rupe. Kralj se sjeti propovjednika, pošalje po njega, ovaj ga ozdravi, počnu razgovarati, postanu prijatelji, kralj se pokrsti i proglaši kršćanstvo službenom religijom kraljevstva. Propovjednik je do danas ostao najpoštovaniji Armenac. Grgur Lusavorić tj. Sveti Grgur Prosvjetitelj. Armenka crkva je od tada nezavisna, nije pravoslavna. Poglavar armenske Crkve naziva se Katolikos.



Samostan Haghpat mjesto neobične energije i velike povijesne važnosti



Pješački most u Tbilisiju - uz povijesna zdanja nađe se i modernih arhitektonskih riješenja.

Svećenici im se žene, ali samo neoženjeni mogu postati biskupi. Kalendar je Julijanski. U rupi sam bio. Jedva ušao, još teže izašao. Drugi najcjenjeniji Armenac je Mestop Maštoc. Taj ih je naučio pisati. Jezik je težak, ali pismo im je nemoguće. Sve nekakvi crvi, gliste i zavijutci. Za ostatak povijesti Armenije ovđe nemamo prostora. Samo toliko da je Armenija bila kraljevstvo deset puta veće od teritorija koje sada zauzima i da unatoč činjenici da su u nedavnoj povijesti mogli i potpuno nestati ili izgubiti državnost, uspjeli očuvati svoju državu, jezik i pismo u okruženju susjednih carstava golema apetita.

Gdje god se nalaziš u Armeniji negdje oko tebe je neka planina bijelih vrhova. Uz planine još su dvije nezaobilazne stvari u toj zemlji - srednjevjekovne crkvice i haćkari. Haćkar je nama, koji poznajemo pojam stećka lako opisati, u doslovnom prijevodu znači križ u kamenu. Dakle to su podignuti ili polegnuti kameni blokovi s ukrasnom ornamentikom u kojoj je obavezno centralno uklesan križ. Ornamentika je začudno slična hrvatskoj srednjevjekovnoj. Uključujući i tropleter. Zapravo toliko je podudarnosti i veza između Armenije i Hrvatske od glagoljice i sv. Vlaha (Armenac) do Domovinskog rata da je napisana cijela knjiga pod naslovom "Armenija naš daleki blizanac".

Na žalost ljepote prirode, zelenilo livada, šarenilo cvijeća, planinski vrhovi ne mogu se niti približno predočiti riječima ili foto-

grafijama. Morat ćete mi vjerovati na riječ da je priroda tamo izuzetno dojmljiva.

Nešto između škotskog Highlanda i švicarskih Alpa. Ali intenzivnije i puno ljepše.

Armenija i Gruzija su još uvijek ruralne, nerazvijene i siromašne zemlje. To je neizbjegljiva istina koja se ne može sakriti iza prekrasnih krajoblika. Zemlje koje imaju objektivne probleme, nedavne ratove, nedostatak prirodnih resursa, visoke vulkanske planine, trusna područja i najgore od svega - ostavštinu socijalističke prošlosti. Siromaštvo se ogleda u svemu, ali možda je najvidljivije na cestama. Armenske ceste bi bilo gdje u Europi, osim možda u Albaniji, bile proglašene nacionalnom sramotom i katastrofom. Mostova je malo, tunela još manje. Terenca smo morali unajmiti jer je to praktično jedina vrst vozila koja ovđe može prolaziti. Iako postoje kratki odjeljci koje bi se mogli vrlo smjelo nazvati autocestom, njih ima samo na prilazima Erevanu. Gruzija je samo malo bolja.

Sažetak: Prekrasna priroda, ogromna kulturna baština i prebogata povijest. Obje države svaku paru viška ulože u obnovu spomenika kulture i identiteta. Naravno, ukoliko nije ne treba riješiti neku kavgu sa susjedima oko međe. Ljudi gostoljubivi i topli. Svi znaju za Hrvatsku. Turizam u povojima, uglavnom planinari i avanturisti iz Rusije, Irana i Kine. Hrana jeftina. Puno se jede sir, pa janjetina, svinjetina i povrće. Najpoznatije jelo im je kačapuri. Pečeno tjesto sa sirom i jajem, nešto između štrudle sa sirom i pizze u obliku oka sa polusirovim jajem na sredini. Fino, ali ništa senzacionalno. U Gruziji se piće izvrsno vino (kažu i čaj), a u Armeniji još bolji vinjak. Ako ne znate ruski sporazumijevat ćete se rukama. Promet u banani. Javni prijevoz uglavnom maršrutke (kombi), vlak, u gradovima bus i metro. Od automobila uz podosta Lexusa i BMWa uglavnom drtine, prastari ruski kamioni i autobusi tek malo mlađi od mene (pola stoljeća). Troškovi goriva upola manji nego kod nas. Ulagalice se za sakralne objekte naplaćuju. Lokalne valute gruzijski lari i armenški drami. Kartice slabo primaju. U totalu putovanje je ispalо toliko jeftino da mi nećete povjerovati, pa neću ni napisati.

Od poznatih Armenaca vjerojatno svi znate za Charlesa Aznavoura i Cher. Moj daleko najdraži je Gari Kasparov (rođen u Bakuu od mame Armenke, rođene Kasparjan). Od slavnih Gružijaca izvan politike (Staljin, Berija) ništa za spomenuti.

Ukoliko netko poželi u taj dio svijeta rado će mu dati puno detaljnije upute.

edo.toplak@zg.t-com.hr



Noravank. Raj za planinare i još jedan samostan s popisa UNESCOve kulturne baštine.

Zapisi seoskog liječnika s otoka Mljet-a

SINIŠA CAR, dr. med.

Kad me nazvala urednica da želi neki tekst od mene prvo sam pomislio da ču reciklirati neki od postojećih, objavljenih. Nije definirala temu, dobio sam odriješene ruke i čist papir. Četiri godine sam ovdje i sve to vrijeme sam jednom tjedno pisao kolumnu za neke dubrovačke novine. Sada već dulje vrijeme nisam napisao ništa. Kriza ideje uz ovu krizu koja nas je pogodila. Onda sam shvatio, ubivši lijenos, da nije nekako u redu obraćati se svojim kolegama kao što se obraćam strancima jer ipak nas veže neka tajna nit. Siguran sam da postoji toliko pitanja koja bi mi postavili, a koja samo mi, nesretnici po pozivu, možemo jedni drugima postaviti i na njih pokušati naći odgovor. Zamislit ću si što bi voljeli znati. Zove me prijatelj, naš kolega, da me konzultira oko svojih kardioloških problema i prije nego išta mogu zaključiti, on ginekolog po struci, puno mlađi od mene, daje si dijagnozu sam i kaže: „Izgorio sam na poslu!“. Nastavlja s pričom kako me tada, kad sam odlučio napustiti bolničku i specijalističku službu i doći na ovaj daleki otok na mjesto liječnika opće medicine, samo djelomično razumio, a danas, kad se njemu dešavaju slične stvari, da ujutro nakon buđenja razmišlja što bi sve najvrednije dao na žrtvenik samo da ne mora otići u bolnicu, potpuno me razumije i čini mu se da bi takav put i za nj bio opcija. Mirim ga. Pokazujem mu i drugu stranu. Nekad samo treba promijeniti perspektivu i bude lakše. Ne bi nikako bilo dobro da se svi doktori, pogotovo odlični poput njega, odluče napustiti službu da bi postali seoski liječnici. A to sam ja. Ne, ne podcjenjujem ovaj



posao, kao niti brojne kolege s kojima dijelim sudbinu! Volim se tako zvati jer vraćam se na početak, tamo kamo pripadam. Cijelo školovanje na medicinskom fakultetu uvjeravali su me, pa onda sam sebe tijekom uspona na ljestvici karijere, da bi u jednom trenutku epifanije shvatio da su me prevarili time što su me uvjeravali i da ne dolazi, niti nikad neće, taj trenutak u kojem si postigao to nešto što nema imena, a nema imena jer niti ne postoji. Zove li se to dovršenost možda? Evo me, uspijao sam! Nisam uspijao na način na koji svijet vidi uspjeh. Zato sam dolje. Tu sam u podnožju brda koje gledam s prozora između susjedinog rublja što se suši točno pred njime pa ga zaklanja, u ovoj malešnoj ambulantici (pleonazam) koja vlaži s jakim kišama, a s grmljavom nestane veze sa svjetom jer kontra statistici udari baš uvijek u instalacije telefonske mreže (operatori šalju poruku kojom nas obavještavaju da isključujemo opremu). Ja čekajući svoje mještane da im pomognem

koliko znam i umijem evo pišem ove retke svojim dragim kolegama. Onima koji su u sličnim prilikama kao i ja, ali i onima koji su u bolnicama, klinicama, u kojima se radi medicina vrijedna spomena, koji čitaju ovo što pišem u vremenu između vizite i odlaska u ambulantu ili operacijsku dvoranu. Čudno, ali meni u ovom razdoblju života upravo ovo što radim ima više smisla od onoga što sam radio nekad! Kažem u ovom životnom razdoblju jer sam dovoljno dugo na svijetu da znam da ništa nije u kamen uklesano, i da jedino mogu dalje ići ako uzmem u obzir da ne znam što će mi sutra biti važno. Infantilno su u krivu oni koji se busaju u neslovljivost vlastitih stavova. Kad sam odlazio bilo je to nešto vrijedno medijske pozornosti, a pričaju mi naši iseljeni doktori (Austrija) da takva praksa nije neuobičajena. Odlaze svi profili specijalista iz bolnica u opću praksu jer nakon nekog vremena ne mogu podnijeti više bolnički režim, noćna dežurstva. Znam za takve slu-



čajeve i kod nas, nisam jedini. Govori li to o krizi sustava ili možda o lošem kadroviranju? Činjenica je da me nisu pripremili, a vidim niti ove generacije koje dolaze, a koje je moja priča taknula pa mi se javljaju, na sve što me čekalo na profesionalnom putu. No ipak su trebali, i trebali bi sada, voditi računa da mlad čovjek tek pristigao na studij nema pojma o životu, a kamoli

o smrti i bolesti. Sve se nekako krivo podrazumijeva. Da će vrijeme koje je potrebno da se stvori „doktor” donijeti odgovore i gotova rješenja za sve situacije u kojima se moguće zateći. I sada, s dovoljno godina iskustva, zateknem se kako s grčem u želucu i upitnicima u očima rješavam neke stvari s bolesnikom i obitelji a da o njima ništa nije pisalo u knjigama, odnosno da knjige

koje bi mi mogle dati rješenje nisu na polici kraj onih medicinskih. Volio bih da onako patetično, kako neki rade u ovim trenucima propitkivanja, mogu nešto reći samom sebi u prošlosti. Ali neću! Zato jer ništa ne znam. Naslućujem nešto maglovito, još jako daleko da se razazna, razumije i izgovori. Odgovaram kad me pitaju, i svako postavljeno pitanje blagoslov mi je kao i odgovor koji dajem. Svima nam je jasno, nama liječnicima, da je tek djelić toga što dajemo sadržano u intervenciji, a ostalo se prenosi na bolesnika (možda je bolje nazvati ga darovanog nam bližnjeg), putovima koji nam nisu još mjerljivi poznatim mjernim instrumentima. Zato jest naš poziv ujedno i poslanje. Zato jest odgovornost čak puno veća od one za koju se prepostavlja da postoji. I zato sam ovdje gdje jesam. Ne samo ovdje u ambulantni, već i kad vježbam klavir, pripremam za nedjeljnu misu zbor koji vodim, kad pjevam s klapom ili jednostavno sjedim u jedinoj krčmi u selu s mješanima. Sve je to služenje i odvajkada je neraskidivo od poziva na koji smo odgovorili i puta kojim smo krenuli.

Babino Polje, 9.6.2020.

PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE

ŽENE MEĐU KRALJICAMA

Tin Ujević

Božanske žene, sva ljepota svijeta
i lavska gordost, i plahota srne,
kroz vaše čari uzvišene cvjeta
u plave dane, i u noći crne.
I, kada stopom punom svetog mira
budite zemlji ritam svih otkrića,
slutim vas srcem plamenim svemira,
slutim i ištem tajnu vaših bića.
Svaka je od vas rođena da vlada,
i da za prijesto pruži mlijeko dijete;
carice tijela, samo usnom sklada
i usnom želje pitam: što hoćete?

Ko će mi dati ključe vašeg čuda
i odgonetku vaše zagonetke?
Kakvo tajanstvo kriju vaša uda
i koje nade statue vam rijetke?
Božanske žene, što u snu i slavi
čekate zoru pravednih oltara,
pred vašim likom koljeno se savi,
a srce, zvučni plamen, već izgara.
Sunčane duše, zjeni poklonika
zaman vas skriva zločinačka tama;
pobožnu ljudstvu fali vaša slika,
jer vi ste Žene među Kraljicama.

Dr. Zvonimir Šubat

Legenda hokeja na travi, borac NOB-a i tridesetak godina liječnik bez diplome

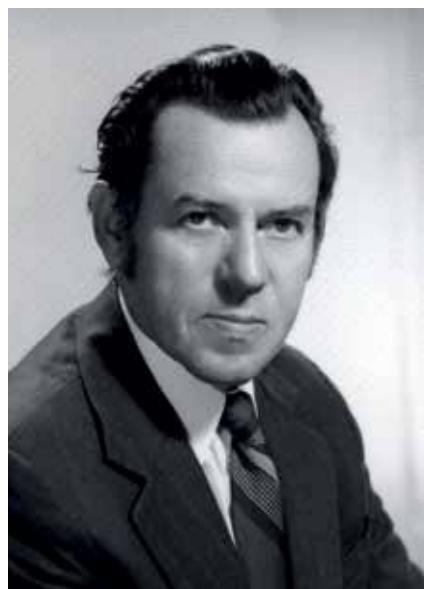
 EDUARD HEMAR

U novom nastavku naše rubrike predstavljamo Zvonimira - Zvonka Šubata. Rođen je 26. svibnja 1924. u Vrhovinama. Iako se rodio u Lici, porijeklom je bio iz Hrvatskog primorja. Njegov otac Dragutin bio je viši strojovođa rodom iz Zlobina kod Bakra, a majka Marija, rođ. Požarić, domaćica iz sela Plase kod Hreljina. Zbog očeve službe na željeznicu preselio se s godinu dana u Ogulin, gdje je proveo djetinjstvo i završio pučku školu. Potom je od 1935. živio u Zagrebu. Maturirao je na II. muškoj realnoj gimnaziji 1943. Zbog vrlo dobrog uspjeha nije morao polagati usmene dijelove velike i male mature. Po završetku gimnazije odmah je otišao u partizane. Do kraja II. svjetskog rata 1945. aktivno je sudjelovao u NOB-u. Bio je borac X. zagrebačkog korpusa - II. moslavacke brigade, koja je bila u sastavu II. operativne zone, te u I. brigadi i štabu XXXIII. moslavacke divizije. Tijekom rata više je puta ranjavan i dobitnik je više ratnih odlikovanja. Poslije rata radio je u personalnom odjelu II. Jugoslavenske armije i sanitetskom odsjeku Zagrebačkog korpusa - II. oblasti JA. Iz vojske je demobiliziran 1955. kao kapetan I. klase sanitetske struke i potom umirovljen. Na Medicinski fakultet u Zagreb upisao se 1946. Nastavio je studirati treću godinu 1949. u Beogradu a

potom se vratio na MEF u Zagrebu. Bio je na dužnosti tajnika Studentskog saveza MEF-a u Zagrebu.

Sportsku karijeru započeo je kao vježbač podmlatka Sokolskog društva Ogulin. Po dolasku u Zagreb plivao je na Savi, a bavio se i teniskom. Hokej na travi počeo je igrati s 13 godina 1937. kao član Hrvatskog sportskog kluba *Concordia*. Tijekom 1930-ih godina sekциja hokeja na travi *Concordije* bila je najuspješnija u tadašnjoj Kraljevini Jugoslaviji i od 1939. u Banovini Hrvatskoj. Zbog brojnih igrača *Concordia* je imala tri ekipe koje su zasebno nastupale na državnim prvenstvima, a Zvonko je bio član II. ekipe. Igrao je na poziciji desnog braniča i halfa. S *Concordijom II* osvojio je 1939. prvi Zlokarov pokal (natjecanje u rangu državnog kupa). Dolaskom II. svjetskog rata 1941. prekinuta su državna natjecanja. Svoj zadnji nastup prije odlaska u partizane imao je 1942. u Rimu kada je igrao za reprezentaciju Zagreba koja je pobijedila klub *Dopolavoro ministero lavori publici* s 1:0.

Nakon rata se u novoj FNR Jugoslaviji aktivno uključio u obnovu i razvoj hokeja na travi. Postao je član Upravnog odbora Fiskulturnog društva Zagreb koje je naslijedilo HŠK *Concordiju* kada je odlukom novih vlasti raspушtena. Izabran je 1947. za predsjednika stručnog odbora za hokej na travi Gradskog odbora Fiskulturnog saveza Hrvatske. Bio je 1948. jedan od suorgani-



Dr. Zvonimir Šubat

zatora prvoga trenerskog tečaja u Zagrebu. Od 1949. do 1951. živio je i radio u Beogradu. Postao je predavač hokeja na travi kao obaveznog predmeta na katedri za sportske igre novoosnovanog Državnog instituta za fiskulturu. Među njegovim studentima na DIF-u bili su budući istaknuti hrvatski sportski djelatnici i kineziolozi Vjekoslav Juras, Miro Mihovilović, Miloje Gabrijelić i Živko Radan (svi osim Jurasa bili su stariji od njega). Istovremeno s radom na DIF-u izabran je 1949. za prvog predsjednika Odbora za hokej na travi Jugoslavije. Bio je glavni pokretač hokejskog sporta u tadašnjim republikama Srbiji, Bosni i Hercegovini i Sloveniji. Sudjelovao u osnivanju klubova u Srbiji - Čukarički i Sekcije pri CDJA Partizanu



Reprezentacija Jugoslavije u hokeju na travi 1951. Stoe slijeva: V. Jurčec, savezni kapetan Z. Šubat, M. Pfaff, nepoznati, A. Fülepp, M. Mahen i A. David. Čuće: Purić, M. Ryšlavy, R. Škarica, Ž. Gavranović, L. Šooš i Felt.

u Beogradu. U Ljubljani je vodio dvotjedni tečaj hokeja na travi koji je rezultirao osnivanjem klubova *Enost* i *Ilirija* u Ljubljani, *Železničar* u Mariboru i *Kladivar* u Celju. Nakon obnove Saveza hokeja na travi Jugoslavije 1950. u Zagrebu, koji je imao sjedište u Beogradu, postao je prvi potpredsjednik i na toj dužnosti ostao deset godina. Uz to u SHTJ-u bio je tehnički referent, savezni kapetan i predsjednik disciplinske komisije. Predstavljao je SHTJ na sjednicama Fiskulturnog saveza Jugoslavije. Kao potpredsjednik SHTJ-a zaslužan je za nabavu hokejaške opreme za zagrebačke hokejaše. Prije odlaska iz Beograda, uspio je krajem 1951. s Generalnim sekretarom FISAJ-a Miroslavom Kreačićem ishoditi dozvolu da se sjedište Saveza hokeja na travi preseli u Zagreb. To je bio jedan od dvaju sportskih saveza koji je poslije rata kao prvi u tadašnjoj Jugoslaviji dislocirani iz Beograda.

Po povratku u Zagreb nastavio je aktivno djelovati. Dao je velik doprinos, uz Fedora Radoslava, izgradnji klupske zgrade sa svlačionicama u sklopu novoosnovanoga Hokejskog centra u Zagrebu. Godine 1952. postao je prvi predsjednik novoosnovanog Saveza trenera hokeja na travi Jugoslavije osnovanog u Zagrebu. Iste je godine jedan od inicijatora Kupa veterana, koji se tradicionalno održavao do 1961. u Zagrebu. Posebno je imao velike zasluge, zajedno s Fedorom Radoslavom, za obnovu Sportskog hockey kluba *Concordia* u prosincu 1952. Na Osnivačkoj skupštini SHK Concordia Šubat je izabran za prvog predsjednika i na toj je dužnosti ostao osam godina. Posebno je zanimljivo da je to bio gotovo jedini zagrebački sportski klub koji je od raspuštanja 1945. uspio vratiti svoje izvorno ime. Uza sve navedeno bio je 1955. jedan od pokretača školovanja mlađih naraštaja sudaca, a i sam je studio. U Savezu hokeja na travi

Hrvatske također je bio na dužnosti predsjednika i potpredsjednika.

Posebno je zanimljiva njegova liječnička karijera. Nakon odlaska u mirovinu 1955. počeo je raditi kao liječnik na ugovor, iako odmah po završetku fakulteta nije diplomirao. Položio je stručni ispit za liječnika opće medicine, ali je prema monografiji objavljenoj povodom 100-godišnjice MEF-a u Zagrebu iz 2017. diplomirao tek poslije tridesetak godina, u školskoj godini 1983./84. No to ga nije omelo da godinama prije toga radi u Domu zdravlja Črnomerec, zatim u Donoj Stubici, Ivanić-Gradu, Pregradi i Zavodu za socijalnu i zdravstvenu zaštitu odraslih osoba. Zadnji posao je obavljao u ambulanti opće medicine Tvornice lijekova Pliva u Zagrebu do 1991. Treba uzeti u obzir da je dr. Šubat imao velike zasluge u oslobođenju zemlje i da je u vojski također radio u sanitetu, pa mu je to olakšalo i kasnije zapošljavanje u liječničkoj struci.

Dr. Zvonimir Šubat ostati će najviše zapamćen kao jedan od najzaslužnijih osoba u povijesti hrvatskog hokeja na travi. Dobitnik je brojnih društvenih nagrada i priznanja. Izabran je 2006. za doživotnog počasnog predsjednika današnjeg Športskog hokej kluba *Concordia* iz Zagreba. Imao je bogat i sadržajan život te je doživio duboku starost. Preminuo je 1. travnja 2018. u 94. godini života. Pokopan je uz sve počasti na gradskom groblju Mirogoju.

Izvori: Autobiografija dr. Zvonimira Šubata; dokumentacija autora.

Lit.: 25 godišnjica SHK Concordia 1932 - 1957, Zagreb, 1957. (brošura), 80 godina od prve utakmice hokeja na travi u Jugoslaviji - 4000 godina hokeja u svijetu, Zagreb, 1989. (brošura); Medicinski fakultet - Sveučilište u Zagrebu 1917. - 2017., Zagreb, 2017.



Izv. prof. dr. sc. Vesna Lukinović-Škudar rođena je 18.10.1967. u Splitu, gdje je završila osnovnu i srednju školu. Medicinski fakultet upisala je i diplomirala u Zagrebu, gdje i sada živi i radi. Od 1996. godine zaposlena je na Zavodu za fiziologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu gdje je sada u zvanju izvanredne profesorice. U svom dugogodišnjem radu na Zavodu za fiziologiju sudjeluje u nastavi više kolegija diplomskih i poslijediplomskih studija - fiziologije, imunologije i temelja neuroznanosti na studijima medicine na hrvatskom i engleskom jeziku, te je vanjski suradnik na Stomatološkom fakultetu i Medicinskom fakultetu u Mostaru. Njeno područje stručnog i znanstvenog interesa je imunologija, u okviru koje kontinuirano objavljuje znanstvene i stručne radove. Sadašnje područje njenog užeg interesa je patogeneza

autoimunosnih bolesti – vitiliga i autoimunosnih bolesti središnjeg živčanog sustava. Vesna Lukinović-Škudar surađuje također kao istraživač s voditeljima više znanstvenih projekata gdje unutar svog područja istražuje imunološke čimbenike u patogenezi dijabetesa i Alzheimerove bolesti. Predsjednica je Povjerenstva za izdavačku djelatnost Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Članica je više stručnih društava.

Fotografije je počela snimati intenzivnije relativno kasno, a motiv je bio želja da zabilježi neki posebni trenutak, igru svjetlosti koja se neprestano mijenja. Za snimanje koristi kameru mobitela i pri tome ne vodi posebno računa o tehničkim aspektima fotografije i priznaje da u tome nije osobit stručnjak. Važno joj je uhvatiti raspoloženje ili atmosferu koja ju je potakla na fotografiranje i pokušati ju prenijeti na medij. Općenito ne snima ljudе već pejzaže. Pri tome su joj česte teme u samom njenom okružju, a osobito Šalata sa svojim parkom ispred Medicinskog fakulteta koji joj je jedno od omiljenih mјesta i to u svako doba dana ili godine. Često snima i dalmatinske otočke i morske motive. Fotografije nikad dodatno ne obrađuje i namjerno ih želi objaviti u svom izvornom obliku bez intervencije.



KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
 HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
 HD, genitiv HD-a, Hrvatsko društvo
 HLK, genitiv HLK-a, Hrvatska lječnička komora
 HLZ, genitiv HLZ-a, Hrvatski lječnički 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 zdravstva 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 lječničke 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: Maji Žigman, mag.oec., na broj telefona: 01/4500 830, u uredovno vrijeme od 8,00 – 16,00 sati, ili na e-mail: tmi@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Lječničkih 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: tmi@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 lječnika specijalista (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem sljedećeg linka: <http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

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

Povećanje stručnih znanja i IT vještina zdravstvenih djelatnika radi prevencije, te povećane dostupnosti ranog otkrivanja i intervencije kod poslijeporodne depresije
 Dom zdravlja Zagreb Zapad
 Zagreb, 20.2. – 30.9.2020.
 gđa. Danijela Kutija Leskovšek, br. tel: 091 525 2653,
 e-mail: dkutija@yahoo.com

Radiološka dijagnostika UIP-a / IPP
 edu.e-med.hr, 18.3. – 31.10.2020.
 gđa. Alenka Beravs Baš, br. tel: 00386 513 155 22.
 e-mail: alenka.beravs-bas@boehringer-ingelheim.com

Karakteristike enteralnih pripravaka i uvođenja enteralne prehrane
 edu.frka.hr, 9.4. – 9.10.2020.
 br. tel: 0800 9666, e-mail: podrska@frka.hr

Enteralna prehrana i nutritivne potrebe bolesnika
 edu.frka.hr, 9.4. – 9.10.2020.
 br. tel: 0800 9666, e-mail: podrska@frka.hr

Vitamin D i bolesti štitne i nadbubrežne žljezde
 edu.frka.hr, 9.4. – 9.10.2020.
 br. tel: 0800 9666, e-mail: podrska@frka.hr

Primjena vitamina D u odabranim indikacijama
 edu.frka.hr, 9.4. – 9.10.2020.
 br. tel: 0800 9666, e-mail: podrska@frka.hr

Uvod u svojstva i djelovanje vitamina D
 edu.frka.hr, 9.4. – 9.10.2020.
 br. tel: 0800 9666, e-mail: podrska@frka.hr

Omega – 3 masne kiseline: svojstva i djelovanje
<https://vitamini.hr/korisnik/signup/>, 24.4. – 15.10.2020.
 prof. dr. sc. Darija Vranešić Bender, dipl. ing.,
 br. tel: 091 377 4377, e-mail: dvranevi@kbc-zagreb.hr

“Stalevo – pouzdan partner s dugoročnim učinkom za liječenje Parkinsonove bolesti”
www.pharmabiz.hr, 27.4.2020. – 27.4.2021.
 g. Filip Lisjak, br. tel: 091 235 7799,
 e-mail: filip.lisjak@orion.hr

“Stalevo – pouzdan partner s dugoročnim učinkom za liječenje Parkinsonove bolesti”
www.pharmabiz.hr, 27.4.2020. – 27.4.2021.
 g. Filip Lisjak, br. tel: 091 235 7799,
 e-mail: filip.lisjak@orion.hr

Ehokardiografija u vrijeme Covid-19 pandemije
 Hrvatsko kardiološko društvo
edu.croecho.hr, 30.4. – 30.10.2020.
 g. Marijo Haban, br. tel: 0800 9666,
 e-mail: podrska@croecho.hr

Erektilna disfunkcija
www.plivamed.net, 1.5. – 31.10.2020.
 dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., br. tel: 098 499 925,
 e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

Osnovni principi pregleda pluća ultrazvukom
 Hrvatsko kardiološko društvo
edu.croecho.hr, 7.5. – 7.11.2020.
 g. Marijo Haban, br. tel: 0800 9666,
 e-mail: podrska@croecho.hr

e-Glaucoma Codes 5. međunarodni simpozij
 Referentni centar za glaukom ministarstva zdravljia RH
 Zagreb, 9.5. – 9.8.2020.
 gđa. Mia Zorić Geber, br. tel: 0914009111,
 e-mail: bruno@btmglobal.hr

Ultrazvuk pluća – osobitosti kardiogenog edema, ARDS-a i COVID - 19
 Hrvatsko kardiološko društvo
edu.croecho.hr, 14.5. – 14.11.2020.
 g. Marijo Haban, br. tel: 08009666,
 e-mail: podrska@croecho.hr

Antipsihotici
www.plivamed.net, 15.5. – 15.11.2020.
 dr. sc. Ivana Klinar, dr. med., br. tel: 098 499 925,
 e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

Ultrazvuk pluća – pneumotoraks i pleuralni izljev
 Hrvatsko kardiološko društvo
edu.croecho.hr, 21.5. – 21.11.2020.
 g. Marijo Haban, br. tel: 08009666,
 e-mail: podrska@croecho.hr

IX eKongres – “Multidisciplinarni pristup u endokrinologiji i dijabetologiji
 Deal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 22.5.2020. – 22.5.2021.
 gda. Vida Peterlik, br. tel: 013866905,
 e-mail: info@e-medikus.com

FoCUS – Focus Cardiac UltraSound
 Hrvatsko kardiološko društvo
edu.croecho.hr, 28.5. – 28.11.2020.
 g. Mario Ivanuša, br. tel: 012388888,
 e-mail: kardio@kardio.hr

Predijabetes – bolest ili siva zona?
 Hrvatsko društvo obiteljskih doktora
edu.e-med.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 Dragan Soldo, dr.med., br. tel: 08009666,
 e-mail: help@emed.hr

Metformi vs. Novi antidiabetici
 Hrvatsko društvo obiteljskih doktora
edu.lom.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 Dragan Soldo, dr.med., br. tel: 08009666,
 e-mail: podrska@lom.hr

Dijagnostika bolesti štitne i žljezde
 Agentius d.o.o.
edu.e-med.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 korisnička podrška edu.e-med.hr, br. tel: 08009666,
 e-mail: help@emed.hr

Istina i mitovi o beta blokatorima
 Hrvatsko kardiološko društvo
edu.cuvarisca.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 g. Mario Ivanuša, br. tel: 012388888,
 e-mail: kardio@kardio.hr

Liječenje hipertenzije fiksnom kombinacijom bisoprolola i amlodipina
 Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisca.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 korisnička podrška Cuvari srca, br. tel: 08009666,
 e-mail: halo.halo@cuvarisca.hr

Prikazi slučajeva u rehabilitaciji nakon akutnog koronarnog sindroma
 Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisca.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 korisnička podrška Cuvari srca, br. tel: 08009666,
 e-mail: halo.halo@cuvarisca.hr

Što je rehabilitacija kardioloških bolesnika?
 Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisca.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 korisnička podrška Cuvari srca, br. tel: 08009666,
 e-mail: halo.halo@cuvarisca.hr

Faze rehabilitacije nakon akutnog koronarnog sindroma
 Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisca.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 korisnička podrška Cuvari srca, br. tel: 08009666,
 e-mail: halo.halo@cuvarisca.hr

Optimizacija terapije poslije infarkta miokarda – čemu i zašto?
 Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisca.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 korisnička podrška Cuvari srca, br. tel: 08009666,
 e-mail: halo.halo@cuvarisca.hr

Optimizacija terapije poslije infarkta miokarda – dio drugi
 Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisca.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 korisnička podrška Cuvari srca, br. tel: 08009666,
 e-mail: halo.halo@cuvarisca.hr

Optimizacija terapije poslije infarkta miokarda – dio treći
 Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarisca.hr, 1.6. – 31.12.2020.
 korisnička podrška Cuvari srca, br. tel: 08009666,
 e-mail: halo.halo@cuvarisca.hr

Lokalni tretmani biofilma u rani
 KB Sveti Duh
 Zagreb, 1.6. – 31.12.2020.
 g. Franjo Franjić, br. tel: 0989829360,
 e-mail: ffranjic@stoma-medical.hr

Kako spriječiti nastanak biofilma u akutnoj i kroničnoj rani – učinkovita prevencija i lokalna terapija – KBD
 KB Dubrava
 Zagreb, 1.6. – 31.12.2020.
 g. Franjo Franjić, br. tel: 0989829360,
 e-mail: ffranjic@stoma-medical.hr

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Lokalna terapija akutne i kronične rane s biofilmom

- KBM
KB Merkur
Zagreb, 1.6. - 31.12.2020.
g. Franjo Franjić, br. tel: 0989829360,
e-mail: ffranji@stoma-medical.hr

Dijagnostički postupci i terapijske mogućnosti kod poremećaja funkcije simpatikusa

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsrca.hr, 2.6. - 31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsrca.hr

Autonomni živčani sustav - uvod

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsrca.hr, 2.6. - 31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsrca.hr

Selektivni beta blokatori - uvod

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsrca.hr, 2.6. - 31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsrca.hr

Učinkovitost beta blokatora u usporedbi s ostalim antihipertenzivima

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsrca.hr, 2.6. - 31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsrca.hr

Prikaz slučaja - veza između DMT2 i simpatičke hiperaktivnosti

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsrca.hr, 2.6. - 31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsrca.hr

Prikaz slučaja - Utjecaj hiperaktivnosti simpatikusa na arterijsku hipertenziju

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsrca.hr, 2.6. - 31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsrca.hr

Prikaz slučaja - Povezanost metalnog stresa i hiperaktivnosti simpatikusa

Zaklada Hrvatska kuća srca
edu.cuvarsrca.hr, 2.6. - 31.12.2020.
korisnička podrška Čuvari srca, br. tel: 08009666,
e-mail: halo.halo@cuvarsrca.hr

SPAF i COVID-19

Hrvatsko kardioščudo društvo/Bayer d.o.o.
ecme.bayer.hr, 3.6. - 1.10.2020.
g. Mario Ivanuša, br. tel: 0123888888,
e-mail: kardio@kardio.hr

Interakcija prirođenog i stečenog imuniteta u virusnim pandemijama

Dedal komunikacije d.o.o.
E-Medikus, 3.6. - 20.9.2020.
gda. Vida Peterlik, br. tel: 013866905,
e-mail: info@e-medikus.com

UZV abdominalnih organa

Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, 4.6. - 4.8.2020.
gda. Maja Andrić Lužaić, br. tel., e-mail: 099 4672922

e-Up-to-date Ophthalmology

Klinika za očne bolesti KB "Sveti Duh", Zagreb
Zagreb, 5.6. - 5.9.2020.
g. Mladen Bušić, br. tel: 0914009111,
e-mail: bruno@btmglobal.hr
Iznos kotizacije: specijalist 760,00kn, specijalizant
380,00kn

Hipotireoza

Hrvatsko društvo za štitnjaču HLZ-a
edu.e-med.hr, 5.6. - 31.12.2020.
br. tel: 08009666, e-mail: help@emed.hr

Prikazi slučajeva subkliničke hipotireoze

Hrvatsko društvo za štitnjaču HLZ-a
edu.e-med.hr, 5.6. - 31.12.2020.
br. tel: 08009666, e-mail: help@emed.hr

Subklinička hipotireoza

Hrvatsko društvo za štitnjaču HLZ-a
edu.e-med.hr, 5.6. - 31.12.2020.
br. tel: 08009666, e-mail: help@emed.hr

Novi pristup liječenju kardiovaskularne bolesti uz Xarelto

Bayer d.o.o.
ecme.bayer.hr, 9.6. - 9.9.2020.
dr. Diana Kralj, br. tel: 0915228546,
e-mail: kohom.hr@gmail.com

COVID-19 i šećerna bolest: dvije pandemije

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 15.6. - 16.8.2020.
dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

COVID-19 i akutna stanja

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 15.6. - 16.8.2020.
dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

COVID-19 u primarnoj zaštiti: problemi i rješenja

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 15.6. - 16.8.2020.
dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

COVID-19 i kronični kardiovaskularni bolesnik: ima li posljedica?

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 15.6. - 16.8.2020.
dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

Mindfulness za adolescente od 12 do 18 godina

Centar DAR
Zagreb, 22.6. - 31.8.2020.
gda. Vlatka Boričević Maršanić, br. tel: 098319834,
e-mail: centardar@gmail.com
Iznos kotizacije: 725,00kn

Prepreke na putu do glikemijske kontrole

Sanofi Aventis Hrvatska d.o.o.
e-dijabetes.hr, 23.6. - 31.10.2020.
korisnička podrška e-dijabetes, br. tel: 08009666,
e-mail: info@e-dijabetes.hr

Učinak pozitivnog početka može trajati i trajati - istraživanje dokaza

Sanofi Aventis Hrvatska d.o.o.
e-dijabetes.hr, 23.6. - 31.10.2020.
korisnička podrška e-dijabetes, br. tel: 08009666, e-mail:
info@e-dijabetes.hr

Učinak hipoglikemije

Sanofi Aventis Hrvatska d.o.o.
e-dijabetes.hr, 23.6. - 31.10.2020.
korisnička podrška e-dijabetes, br. tel: 08009666, e-mail:
info@e-dijabetes.hr

Neurološki bolesnici u vrijeme pandemije COVID-19

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 1.7. - 1.10.2020.
dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

Osobe obojile od psihičkih poremećaja i pandemije COVID-19

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 1.7. - 1.10.2020.
dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

Simptomi donjeg urinarnog trakta (LUTS)

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 1.7. - 1.10.2020.
dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., br. tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.hr

Zaskočimo šećer!

SANDOZ d.o.o.
webinar, 6.7.2020.
g. Josip Perkov, br. tel: 012353111,
e-mail: josip.perkov@sandoz.com

Prolazi li isključivo ljubav kroz želudac

SANDOZ d.o.o.
webinar, 7.7.2020.
g. Petar Bago, br. tel: 012353111,
e-mail: petar.bago@sandoz.com

Iskustva i izazovi primjene denosumaba u COVID 19 vremenu

Argen d.o.o.
Osijek, 7.7.2020.
g. Bernard Birtić, br. tel: 0914550038,
e-mail: bbirtic@gmail.com

Respiratori bolesnik s KV komorbiditetom

SANDOZ d.o.o.
webinar, 7.7.2020.
gda. Karla Stanko, br. tel: 012353111,
e-mail: karla.stanko@sandoz.com

"Sva lica beta bolatara"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 7.7.2020.
gda. Hana Varljen, br. tel: 012353111,
e-mail: hana.varljen@sandoz.com

Strah od nevidljivo

Dom zdravlja Zagreb Zapad
Zagreb, 7.7.2020.
gda. Danijela Kutija Leskovšek, br. tel: 0915252653,
e-mail: dkutija@yahoo.com

1. SERVIEROVA e-Radionica iz hipertenzije - Slavonija

Servier Pharma d.o.o.
webinar, 7.7. - 21.7.2020.
gda. Ivana Fabić Ojdanić, br. tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

2. SERVIEROVA e-Radionica iz hipertenzije - Slavonija

Servier Pharma d.o.o.
webinar, 8.7. - 22.7.2020.
gda. Ivana Fabić Ojdanić, br. tel: 0916551524,
e-mail: ivana.fabic-ojdanic@servier.com

KV rizik i liječenje boli

SANDOZ d.o.o.
webinar, 9.7.2020.
g. Jakov Vlak, br. tel: 012353111,
e-mail: jakov.vlak@sandoz.com

Novosti u liječenju kronične venske bolesti

Servier pharma d.o.o.
Pula, 9.7.2020.
gda. Ana Ljubas Žic, br. tel: 0992751736,
e-mail: ana.ljubas-zic@servier.com

"Protazi li ljubaz isključivo kroz želudac"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 9.7.2020.
g. Josip Barilar, br. tel: 012353111,
e-mail: josip.barilar@sandoz.com

Valsartani i kombinacije u liječenju hipertoničara

SANDOZ d.o.o.
webinar, 9.7.2020.
gda. Sandra Milin, br. tel: 012353111,
e-mail: sandra.milin@sandoz.com

"Svaki stres ima svoju priču"

SANDOZ d.o.o.
webinar, 9.7.2020.
gda. Ivana Šimunović, br. tel: 012353111, e-mail: ivana.simunovic@sandoz.com

Gastroprotekacija i eradikacija

SANDOZ d.o.o.
webinar, 9.7.2020.
g. Tihomir Žugec, br. tel: 012353111,
e-mail: tihomir.zugec@sandoz.com

Sva lica beta blokatora

SANDOZ d.o.o.
webinar, 9.7.2020.
gda. Dženita Šola, br. tel: 012353111,
e-mail: dzenita.sola@sandoz.com

Predavanja u Domu zdravlja Umag

Belupo d.d.
Umag, 10.7.2020.
g. Franjo Marković, br. tel: 0989837083,
e-mail: franjo.markovic@belupo.hr

Dijetoterapijski pristup u liječenju šećerne bolesti

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije
Rijeka, 10.7.2020.
gda. Alenka Brozina, br. tel: 051327123,
e-mail: alenka.brozina@gmail.com

Specijalizirane edukacije u sklopu Euprojekta "Jačanje kapaciteta stručnjaka koji pružaju psihosocijalnu skrb za hrvatske branitelje i stradalnike Domovinskog rata - Faza I"

Ministarstvo hrvatskih branitelja

Zagreb, 11.7. - 13.7.2020.
g. Stjepan Mileković, br. tel: 01 2308 606,
e-mail: stjepan.milekovic@branitelji.hr

AKADEMIX modul 7

www.ecme.bayer.hr, 12.7.2019. - 15.7.2021.
gda. Izabela Sinković Bukša, br. tel: 091 507 0329,
e-mail: izabela.sinkovic@bayer.com

AKADEMIX modul 7

www.ecme.bayer.hr, 12.7.2019. - 15.7.2021.
gda. Izabela Sinković Bukša, br. tel: 091 507 0329,
e-mail: izabela.sinkovic@bayer.com

"Liječenje gastroenterološkog pacijenta u ordinaciji obiteljske medicine"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 14.7.2020.
 gđa. Sandra Milin, br. tel: 012353111,
 e-mail: sandra.milin@sandoz.com

Gorke bolje modernog života
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 14.7.2020.
 gđa. Karla Stanko, br. tel: 012353111,
 e-mail: karla.stanko@sandoz.com

Managing the burden of hospital acquired medical device related pressure ulcers
Molnlycke Health Care Adria d.o.o.
 Lead.me/bbYctr, 14.7.2020.
 gđa. Matea Vlašić, br. tel: 0912888852,
 e-mail: matea.vlasic@molnlycke.com

"Liječenje boli - različite specijalnosti, isti zadatak"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 14.7.2020.
 gđa. Tamara Žic, br. tel: 012353111,
 e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Liječenje boli - kada koji NSAIL?
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 14.7.2020.
 gđa. Marija Mihajlovska, br. tel: 012353111,
 e-mail: marija.mihajlovska@sandoz.com

Multidisciplinarni pristup liječenja gastroenterološkog pacijenta
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 15.7.2020.
 gđa. Marina Matak, br. tel: 012353111,
 e-mail: marina.matak@sandoz.com

"Brojni aspekti fizijatrijskog pacijenta"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 15.7.2020.
 gđa. Josipa Lončar, br. tel: 012353111,
 e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

Gastroenterološki pacijent u ordinaciji obiteljske medicine
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 15.7.2020.
 g. Karlo Smiljan, br. tel: 012353111,
 e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com

"Odabранe teme iz gastroenterologije"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 15.7.2020.
 g. Ivan Antić, br. tel: 012353111,
 e-mail: ivan.antic@sandoz.com

"Brojni aspekti fizijatrijskog pacijenta"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 15.7.2020.
 gđa. Josipa Lončar, br. tel: 012353111, e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

Odabranе teme iz gastroenterologije
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 16.7.2020.
 gđa. Irena Gržentić, br. tel: 012353111,
 e-mail: irena.grzentic@sandoz.com

"Gastroprotekciјa i astma"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 16.7.2020.
 g. Tihomir Žugec, br. tel: 012353111,
 e-mail: tihomir.zugec@sandoz.com

"Odabranе teme iz gastroenterologije"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 16.7.2020.
 gđa. Ivana Šimunović, br. tel: 012353111,
 e-mail: ivana.simunovic@sandoz.com

Predavanja u Domu zdravlja Rab
Belupo d.d.
 Rab, 17.7.2020.
 g. Franjo Marković, br. tel: 0989837083,
 e-mail: franjo.markovic@belupo.hr

"Liječenje boli - različite specijalnosti, isti zadatak"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 17.7.2020.
 gđa. Tamara Žic, br. tel: 012353111,
 e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre-tehniciare izvanpolničke HMs
Slavonski Brod, 20.7. - 22.7.2020.
 gđa. Branka Bardak, br. tel: 0953850001,
 e-mail: bardakb18@gmail.com

MEDUNARODNI FORUM O BOLI
Poreč, 25.7. - 27.7.2020.
 gđa. Andrea Mršić, br. tel: 031511502,
 e-mail: mrsandrea385@gmail.com

"Gilt-iskustva u liječenju febukostatom"
SANDOZ d.o.o.
 webinar, 29.7.2020.
 gđa. Ivana Šimunović, br. tel: 012353111,
 e-mail: ivana.simunovic@sandoz.com

Od inzulinske rezistencije i nealkoholne bolesti masne jetre do karcinoma jetre - prikaz slučaja
Hrvatsko gastroenterološko društvo
 edu.gep.hr, 22.8.2020.
 prof.dr. sc. Neven Ljubičić, dr.med., br. tel: 08009666,
 e-mail: podrska@gep.hr

12. hrvatski Cochrane simpozij
Sveučilište u Splitu Medicinski fakultet
 Split, 3.9.2020.
 gđa. Anita Režić, br. tel: 021/557-923,
 e-mail: anita.rezic@mefst.hr
 Iznos kotizacije: 500,00kn, 250,00kn, (iznos uključuje PDV)

Hrvatska gorska služba spašavanja
Hrvatska gorska služba spašavanja
 Pula, 4.9.-6.9.2020.
 gđa. Žarka Rogić, dr.med., br. tel. 0993118543,
 e-mail: itls.prijava@gmail.com
 Iznos kotizacije: 3.000,00kn

Godišnji kongres Hrvatskog društva za vaskularnu kirurgiju HLZ-a s međunarodnim sudjelovanjem i Simpozij Hrvatskog društva medicinskih sestara i tehničara vaskularne kirurgije
Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko društvo za vaskularnu kirurgiju

Opatija, 10.9. - 12.9.2020.
 prof. dr. sc. Miljenko Kovačević, dr. med.,
 br. tel: 051 658665, e-mail: crosocvacs@gmail.com

IV. Simpozij o dojenju "Majčino mlijeko - najdragocjeniji resurs za novorođenčad i malu djecu" - praktična i savjetodavna podrška u rješavanju čestih poteškoća kod majke i male djece
Hrvatska udruga grupe za potporu dojenju

Zagreb, 11.9.2020.
 gđa. Marjana Jakčin, br. tel.: ,
 e-mail: 098 439030 / 091 9594659

Hrvatska gorska služba spašavanja
Hrvatska gorska služba spašavanja
 Koprivnica, 18.9.-20.9.2020.
 gđa. Žarka Rogić, dr.med., br. tel. 0993118543,
 e-mail: itls.prijava@gmail.com
 Iznos kotizacije: 3.000,00kn

UZV štitnjače i površinskih struktura glave i vrata
Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko senološko društvo
 Zagreb, 18.9. - 19.9.2020.
 gđa. Maja Andrić Lužaić, br. tel: , e-mail: 099 4672922

9th Congress of the Croatian Neurosurgical Society and Joint Meetings with the Czech Neurosurgical Society and Swiss Society of Neurosurgery

Hrvatsko neurokirurško društvo
 Vodice, 24. - 26.9.2020.
 prof. dr. sc. Miroslav Vukić dr. med.,
 smmarasan@gmail.com;
 http://neurosurgery-croatia2020.com/
 Btravel d.o.o., Goran Grbić, goran.grbic@btravel.pro
 Rana kotizacija za doktore medicine,
 specijaliste 1.500,00 kn
 Rana kotizacija za medicinske sestre
 i tehničare 750,00 kn
 Kasna kotizacija za doktore medicine,
 specijaliste 1.700,00 kn
 Kasna kotizacija za medicinske sestre i tehničare 750,00 kn

Tečaj biostatike za nestatičare - modul I - Kvantitativna i kvalitativna istraživanja u medicini
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
 Zagreb, 1.10.2020.
 gđa. Jelena Dinnjaković, dr.med., br. tel: 01 4863316,
 e-mail: biostatika@hzjz.hr

Tečaj biostatike za nestatičare - modul II - Kvantitativna i kvalitativna istraživanja u medicini
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
 Zagreb, 8.10.2020.
 gđa. Jelena Dinnjaković, dr.med., br. tel: 01 4863316,
 e-mail: biostatika@hzjz.hr

Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međunarodnim sudjelovanjem - CROCAD-20
Hrvatsko društvo za Alzheimerovu bolest i psihijatriju
 starje životne dobi HLZ-a
 Supetar, Brač, 10.10. - 14.10.2020.,
 Prof. dr. sc. Ninoslav Mimica, dr. med.,
 ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr,
 http://alzheimer-croatia2020.com/
 Btravel d.o.o., Goran Grbić, goran.grbic@btravel.pro
 Rana kotizacija za doktore specijaliste, ekonomiste, ravnatelje domova za starije 1.800,00 kn
 Rana kotizacija za članovi Hrvatskog društva za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starje životne dobi HLZ-a, članovi Hrvatskog društva za neuroznanost 1.300,00 kn

Rana kotizacija za doktore medicine - specijalizante, psihologe, socijalne radnike, socijalne -pedagoze, farmaceute, neuroznanstvenike 1.500,00 kn
 Rana kotizacija za medicinske sestre i tehničare 800,00 kn
 Kasna kotizacija za doktore specijaliste, ekonomiste, ravnatelje domova za starije 2.200,00 kn
 Kasna kotizacija za članovi Hrvatskog društva za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starje životne dobi HLZ-a, članovi Hrvatskog društva za neuroznanost 1.700,00 kn

Kasna kotizacija za doktore medicine - specijalizante, psihologe, socijalne radnike, socijalne -pedagoze, farmaceute, neuroznanstvenike 1.900,00 kn
 Kasna kotizacija za medicinske sestre i tehničare 1.000,00 kn

19. Lošinjski dani bioetičke
Hrvatsko filozofsko društvo
 Mali Lošinj, 11.10. - 14.10.2020.
 g. Hrvoje Jurić, br. tel: 01 6111808,
 e-mail: hijuric@yahoo.com

Pandemija kroničnih rana u novom desetljeću

Hrvatska udruga za rane
 Trogir, 15.10. - 16.10.2020.
 gđa. Dunja Hudoletnjak, br. tel: 0953777175,
 e-mail: dhudolet@kdsd.hr
 Iznos kotizacije: 1.000,00kn-1.100,00kn

Tečaj biostatike za nestatičare - modul III - Kvantitativna i kvalitativna istraživanja u medicini
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
 Zagreb, 15.10.2020.
 gđa. Jelena Dinnjaković, dr.med.,
 br. tel: 01 4863316,
 e-mail: biostatika@hzjz.hr

7. Hrvatski kongres iz neurorehabilitacije i restauracijske neurologije s međunarodnim sudjelovanjem i 7. Simpozij medicinskih sestara i fizioterapeuta neurološke rehabilitacije s međunarodnim sudjelovanjem
Hrvatska udružba za neurorehabilitaciju i restauracijsku neurologiju (HUNRN)
 Osijek, 21.10. - 24.10.2020.
 prof. prim. dr. sc. Silva Butković Soldo, br. tel: 031 512385,
 e-mail: sbutkovicsoldo@gmail.com

CSP 2nd International Congress on Pelvic Medicine and Health
CSP 2nd Postgraduate Course on Pelvic Medicine and Health
Hrvatsko društvo za pelviperineologiju, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku
 Dubrovnik, 22.10. - 25.10.2020.
 dr.sc. Damir Hodžić, prim.dr.med.,
 br. tel: 091 5121335,
 e-mail: dhodzic2003@yahoo.com

JGL u praksi s vama
JADRAN - GALENSKI LABARATORIJ d.d.
 Zadar, 23.10. - 25.10.2020.
 gđa. Jasmina Pejić, br. tel: 098 360695,
 e-mail: jasmina.pejic@jgl.hr

OCCSEE 2020. - V. optometrijska konferencija srednje i jugoistočne Europe
Veleučilište Velika Gorica

Split, 23.10. - 25.10.2020.
 mgr. Sonja Drugović, asis.bacc.ing.opt.,
 br. tel: 099 2905448, e-mail: sonja.drugovic@vgv.hr

Osnovni tečaj trajne izobrazbe Vježba predmeta Temelji liječničkog umijeća (TLU) Komunikacijske, praktične i kliničke vještini za nastavnika TLU
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
 Zagreb, 30.10. - 6.11.2020.
 prof.r.sc. Vesna Degoricija, dr.med.,
 br. tel: 091 4596872, e-mail: vesna.degoricija@mef.hr

RRT-med (Skup Robotiske rehabilitacijske tehnologije)
Pegasus International j.d.o.o.

Zagreb, 4.11. - 5.11.2020.
 Sven Darßer, br. tel: 099 225 2065,
 e-mail: info@rrt-med.com

"HDIR-6: Targeting Cancer" - The 6th Meeting of the Croatian Association for Cancer Research (HDID) with International Participation
Hrvatsko društvo za istraživanje raka (HDID)
 Zagreb, 5.11. - 7.11.2020.
 doc. dr. sc. Petar Ozretić, dr. med., br. tel: 098 659 083,
 e-mail: pozretic@rb.hr

4th ICCEB Meeting on Human Papillomaviruses: From Bench to Clinic
Institut Ruđer Bošković
 Zagreb, 25.11. - 28.11.2020.
 Vjekoslav Tomačić, br. tel: 098 986 8625,
 e-mail: tomacic@irb.hr

