

LIJEČNIČKE novine

> RAZGOVOR

Prim. BORIS UJEVIĆ



TEMA BROJA > REFORMA, NUNC AUT NUNQUAM

PBZ NENAMJENSKI KREDITI ZA LIJEČNIKE

POSEBNA PONUDA OD 15.11. DO 11.12.2021.

Dok članovi Hrvatske liječničke komore brinu o drugima, PBZ brine o njima. Imate planove i potrebe koje želite ostvariti, ali nedostaje vam gotovine? To ne mora biti prepreka. Iskoristite **posebnu ponudu od 15.11. do 11.12.2021.** za realizaciju PBZ nenamjenskog kredita do 300.000 kuna uz fiksnu kamatnu stopu te **bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva.**

Ako vam zatreba kratak predah od kredita, možete kod ugovaranja PBZ nenamjenskog kredita s otplatom u jednakim mjesečnim anuitetima ili mjesečnim ratama ugovoriti **preskok (početak otplate) anuiteta ili rate kredita.** Za ugovaranje i korištenje preskoka ne naplaćuje se naknada, a prvi preskok može se koristiti nakon isteka prvih šest mjeseci otplate kredita.

Dodatne informacije o ponudi PBZ-a za članove Hrvatske liječničke komore pronađite na internetskim stranicama www.hlk.hr ili kontaktirajte Magnifica tim u najbližoj PBZ poslovnici.

OTKRIJTE PREDNOSTI PBZ NENAMJENSKIH KREDITA

- fiksna kamatna stopa
- rok otplate od 13 do 120 mjeseci
- iznos kredita od 15.000 do 300.000 HRK
- izbor načina otplate kredita u: jednakim mjesečnim anuitetima ili ratama
- izbor datuma otplate kredita: posljednji dan u mjesecu ili neki drugi dan

Reprezentativni primjer ukupnih troškova za PBZ nenamjenski kredit u HRK

Vrsta kamatne stope	Fiksna kamatna stopa uz osiguranje korisnika kredita (CPI)	Fiksna kamatna stopa bez CPI police osiguranja
Valuta kredita	HRK	
Traženi iznos kredita	75.000,00 HRK	
Iznos naknade za obradu kreditnog zahtjeva	bez naknade	
Rok otplate kredita	7 godina	7 godina
Jednokratna premija osiguranja korisnika kredita (CPI) ⁶	3.861,90 HRK	-
Kamatna stopa	2,70% ¹	2,90% ¹
Efektivna kamatna stopa (EKS)	4,31% ²	2,94% ⁴
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	7.563,43 HRK	8.141,48 HRK
Mjesečni anuitet	980,89 HRK	987,62 HRK
Ukupan iznos za otplatu	86.425,33 HRK ³	83.141,48 HRK ⁵

¹ Kamatna stopa je fiksna za cijelo vrijeme otplate kredita.

² EKS je izračunat za navedeni iznos kredita, bez naknade, uz navedeni rok otplate i jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita (CPI). U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana. Točan izračun EKS-a klijent će dobiti u obrascu prethodnih informacija koji će mu se uručiti prije potpisivanja ugovora.

³ Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita, kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarnu kamatu za razdoblje od mjesec dana te jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita (CPI).

⁴ EKS je izračunat za navedeni iznos kredita, bez naknade i uz navedeni rok otplate. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana. Točan izračun EKS-a klijent će dobiti u obrascu prethodnih informacija koji će mu se uručiti prije potpisivanja ugovora.

⁵ Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita te kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalarnu kamatu za razdoblje od mjesec dana.

⁶ Osiguranje korisnika kredita Credit Protect Insurance (CPI) ugovara se sukladno poslovnoj suradnji s Generali osiguranjem d.d. Korisnik kredita osigurava se u slučaju smrti i privremene potpune nesposobnosti za rad (bolovanja), smrti (kao posljedice nesretnog slučaja ili bolesti) te otkaza. Trajanje osiguranja/pokriva jednako je roku otplate kredita. Premija osiguranja plaća se jednokratno unaprijed za cijelo razdoblje trajanja osiguranja. Visina premije ovisi o iznosu i roku otplate kredita.

POSEBNA PONUDA OD 15.11. DO 11.12.2021. FIKSNA KAMATNA STOPA U HRK

ZA KREDITE BEZ CPI POLICE OSIGURANJA:

- od 13 do 120 mjeseci - od 2,90% do 3,40%¹
(EKS od 2,94% do 3,45%)²

ZA KREDITE UZ CPI POLICU OSIGURANJA:

- od 13 do 120 mjeseci - od 2,70% do 3,20%¹
(EKS od 4,31% do 4,84%)³

Povrat troškova javnog bilježnika u razdoblju posebne ponude (pogodnost ne vrijedi za refinanciranje postojećeg PBZ nenamjenskog kredita ugovorenog 2020. i 2021. godine).

Kamatne stope iskazane su kao godišnje kamatne stope.

¹ Visina fiksne kamatne stope ovisi o kreditnom riziku klijenta.

² EKS je izračunat za iznos kredita 75.000,00 HRK i rok otplate 7 godina. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.

³ EKS je izračunat za iznos kredita 75.000,00 HRK i rok otplate 7 godina te jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita u iznosu od 3.861,90 HRK. U izračun EKS-a uključena je interkalarna kamata za mjesec dana.



**BRINEMO O SVEMU
ŠTO VAM ZNAČI**

LIJEČNIČKE NOVINE

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

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA

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

IZVRŠNI UREDNIK

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

IZDAVAČKI SAVJET

Alen Babacanli, dr. med. • Prim. Ines Balint, dr. med.
Vikica Krolo, dr. med. • Ivan Lerotić, dr. med.
Dr. sc. Krešimir Luetić, dr. med. • Prim. Mario Malović, dr. med.
Doc. dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med. • Ivan Raguž, dr. med.
Marija Rogoznica, dr. med. • Vesna Štefančić Martić, dr. med.
Ivana Šmit, dr. med. • Prim. Boris Ujević, dr. med. • Prof. dr. sc. Davor Vagić, dr. med. • Prof. prim. dr. sc. Lada Zibar, dr. med.

TAJNIK UREDNIŠTVA

Doc. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
e-mail: lijevnicke.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. • Prof. dr. sc. Ivica Lukšić, 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 Puljak, 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 oglašene lijekova objavljene u ovom broju Liječničkih novina cjelokupni odobreni sažetak svojstava lijeka te cjelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail: hlk@hlk.hr

Pretplatnička služba

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19 000 primjeraka

Predano u tisak 15. studenoga 2021.

LIJEČNIČKE NOVINE

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

IZDAVAČ

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

NASLOVNICA

"Vučedolska golubica"

- 4 UVODNIK**
Paralelni svjetovi (2.)
- 5 RIJEČ GLAVNE UREDNICE**
Historia magistra vitae (j)est
- 6 RAZGOVOR**
Prim. Boris Ujević
- 12 TEMA BROJA**
Je li reforma hrvatskoga zdravstva utopija?
- 21 KRONOLOGIJA COVID-19**
- 24 IZ KOMORE**
Odgovornost liječnika za sigurnost na cestama? • Donijeti ključne epidemiološke mjere • Nedostaje obiteljskih liječnika • Izobrazba liječnika sudskih vještaka
- 31 KOMORINI STIPENDIST**
- 32 RAZGOVOR S POVODOM**
Transplantacija jetre u djece
- 36 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA**
Hrvatsko dijabetološko društvo • Zakon o sigurnosti prometa
Primanja: HNB vs zdravstvo • Laser FLACS dostupan svima
Medicina u katastrofama • Izložba o 100 godina ORL klinike
- 49 COVID-19**
Povijest se ponavlja • Švedski pristup protiv pandemije
- 54 IZ SVIJETA**
Afganistan
- 55 MLADI LIJEČNICI**
e-Specijalizantska knjižica
- 59 VIVAT ACADEMIA**
Obrana doktorata u Švedskoj
- 60 SALUTOGENEZA**
Njezino veličanstvo kava
- 66 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE**
- 70 HRVATSKI ZA LIJEČNIKE**
- 74 IZ POVIJESTI MEDICINE**
- 80 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE**
- 85 LIJEČNICI SPORTAŠI**
- 86 IZDAVAŠTVO**
- 87 U GODINI ČITANJA**
- 88 LIJEČNIČKA PRIČA**
- 90 PUTOPIS**
- 96 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

PARALELNI SVJETOVI (2.)



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ, dr. med
predsjednik
Hrvatske liječničke komore

Prije nepunih godinu dana na ovom istom mjestu u našem glasilu napisao sam tekst uvodnika pod naslovom **Paralelni svjetovi**.

Napisao sam tada: *Postoji svijet u kojem već mjesecima živimo mi liječnici i ostali zdravstveni radnici. Svijet je to popunjenih odjela i intenzivnih jedinica, napregnutih hitnih službi i hitnih prijema, beskrajnih svakodnevnih testiranja, nemogućih zadataka pred epidemiološkim službama, opterećenih obiteljskih liječnika. Svijet premorenog i prenaprnatog zdravstvenog sustava. Sve većih brojeva ključnih epidemioloških pokazatelja. Visoke incidencije novozaraženih, nažalost čak najviše u Europskoj uniji. Visokog udjela pozitivnih među testiranim, među najgorima u EU. Svijet velikog broja hospitaliziranih i nažalost sve većeg broja umrlih.*

A postoji i onaj drugi, paralelni svijet. Svijet u kojemu naši sugrađani funkcioniraju uobičajeno. (...) Piju kavu, druže se (...), odlaze obiteljski u kupovinu ili u posjet rodbini i prijateljima. Svijet omalovažavanja opasnosti od epidemije, banaliziranja protuepidemijskih mjera, izravnog kršenja donesenih propisa. Svijet nesavjesnog ponašanja brojnih pojedinaca koji izravno doprinose širenju virusa.

Postoji već izlizan apstraktni slogan „Ostanimo odgovorni“, koji mnogi više uopće ne doživljavaju ozbiljnim, niti im pada na pamet da ga se pridržavaju. Svijet antimaskera, antivaksera, anti ... Svijet tzv. festivala slobode.

Zar tekst tadašnjeg uvodnika nije aktualan još i danas, godinu dana kasnije? Je li se nešto promijenilo od tada? Da, stiglo je cjepivo. Cijepilo se nešto više od polovice građana Hrvatske. Nažalost, nedovoljno da izbjegnemo ponavljanje prošlogodišnjeg scenarija u zdravstvenom sustavu. Hrvatski zdravstveni sustav opet je preopterećen velikim brojem COVID pozitivnih bolesnika. Bolnice su prisiljene otkazivati pružanje redovite, nehitne, zdravstvene zaštite. Svakodnevno se otvaraju novi COVID odjeli i COVID intenzivne skrbi, u njih se zaprimaju velikom većinom necijepljeni bolesnici, a osposobljenih djelatnika sve više nedostaje. Ali, taj svijet vide samo oni koji rade u njemu ili oni koji nažalost teško obole. Za sve druge taj je svijet nešto apstraktno, nešto tamo daleko, iza bolničkih vrata, iza ograde, iza debelih izoliranih zidova, iza vrata i prozora COVID odjela, gotovo pa nepostojeći, neki paralelni udaljen svijet.

Želimo slobodu, želimo pravo na izbor, nećemo potvrde, nećemo maske, nećemo zabrane, kliče manji, ali glasan dio naših sugrađana. Podršku i poticaj im daju utjecajni pojedinci i još utjecajnije institucije. Je li 0,5 % umrlih vrijedno ovog kaosa, pita se član Znanstvenog savjeta. Cijepljenje je molekularno tetoviranje i uništavanje budućih generacija, kaže profesor (nije liječnik) na Medicinskom fakultetu. COVID potvrde su teror, ponašajte se kako vas je volja, kaže Predsjednik Republike. Stalno vijeće Hrvatske biskupske konferencije izdaje priopćenje pod naslovom „Je li cijepljenje protiv COVID-19 moralno prihvatljivo?!“ Saborski zastupnici zazivaju pravo na virus, pozivaju na prosvjede i otpor, govore o definiciji cjepiva. Hoće li itko od nabrojanih skrbiti o brojnim teško oboljelima ili možda snositi ikakvu odgovornost za prevelik broj hospitaliziranih, za prevelik broj umrlih? Neće. Mogu govoriti što žele i neće osjetiti nikakvu posljedicu, osim možda u eventualnim pojedinačnim sudbinama svojih bližnjih.

Francuski predsjednik Macron najavio je uvođenje obveznih COVID potvrda 12.

srpnja, a u narednih mjesec dana cijepilo se više od 9 milijuna Francuza, što čini oko 15 % opće populacije. U istom tom ljetnom razdoblju u Hrvatskoj smo, uz brojanje vozila na naplatnim kućicama, noćenja i dolazaka turista, cijepili 2,87 % populacije ili cca 111 000 ljudi. Francuska je dakle cijepila petostruko više postotnih poena u odnosu na ukupnu populaciju u samo mjesec dana od najave uvođenja COVID potvrda. Francuska i Hrvatska, dva predsjednika republike, paralelni svjetovi. Spomenimo i da je upravo tada, početkom srpnja, u trenutku stagniranja broja cijepljenih, Poljska biskupska konferencija pozvala Poljake da se cijepi, podržala svakog Poljaka koji se želi cijepiti, bez zadržke ili upitnika. Dva crkvena vrha, dvije konferencije, paralelni svjetovi.

Iz recentnih podataka za Njemačku proizlazi da je 44 % COVID pacijenata u jedinicama intenzivnog liječenja starijih od 60 godina cijepljeno. Antivakseri su tu vijest dočekali trijumfalno kao potvrdu tvrdnje da cjepivo ionako ne štiti. No, nisu uzeli u obzir da je 86 % Nijemaca starijih od 60 godina cijepljeno s dvije doze. Jednostavnom matematikom može se zaključiti da cijepljeni Nijemci stariji od 60 godina imaju 8 puta manje izgleda dobiti teški oblik bolesti od necijepljenih. U mlađih je pak udio cijepljenih na intenzivnoj njezi daleko manji, oko 12 posto. Međutim, Njemačka zna da nema nepresušnu rezervu kapaciteta intenzivne skrbi zbog ograničenih resursa, prvenstveno ljudskih, i najavljuje ponovna protuepidemijska ograničenja upravo iz tog razloga. A Hrvatska...?

Završit ću ponovo citiranjem prošlogodišnjeg uvodnika: *U Hrvatskoj postoji svijet protkan zvukom respiratora, pištanjem monitora, sirenom vozila hitne pomoći, šuštanjem visokog protoka kisika, ožiljcima kože lica, profesionalnosti, iznimne odgovornosti i odlučnosti. Svijet liječnika i zdravstvenih djelatnika. Stvarni svijet života i težak svijet smrti.*

A postoji i svijet protkan svjetlima studijskih reflektora, kamera i mikrofona, PR savjetnika i savjeta, ispitivanjima javnog mijenja, neodlučnosti i taština. Svijet ekrana i anketa.

Definitivno postoje paralelni svjetovi oko nas.

Nekoliko njih.

Historia magistra vitae (j)est

U ovom broju pročitajte o ratnoj bolnici u Topuskome, iz 1991. godine, koju dr. Josip Žunić tada osniva na temelju prije naučenoga o planiranju profesionalnog postupanja u situacijama koje zovemo katastrofama. Nažalost, rat nas je prije trideset godina iznenadio, unatoč tome što smo svi učili povijest koja se ponavljala otkako je svijeta i vijeka, i da je upravo ona učiteljica života. Uskoro će se obilježiti dvije godine novih iznenađenja i novih katastrofa. Jesmo li smjeli biti iznenađeni? Jesno li štogod naučili iz svojih i tuđih prethodnih života? Jesmo li se pripremali za katastrofe? Imaju li kurikuli medicinskih fakulteta predviđenu nastavu iz onoga što se engleski zove *disaster medicine*? Imaju li zdravstvene ustanove postupnike za ovakve situacije? Mogu odgovoriti redom. Naravno da jesmo smjeli biti iznenađeni jer imamo pravo živjeti spokojno kad god je to moguće. No životne stvarnosti su nas naučile da taj spokoj moramo osigurati i strukturiranim planiranjem neželjenih a predvidivih situacija. Jer ni pandemija ni potres nisu nove ni nepoznate nepogode. A naš današnji svijet a ni mi, današnji živući, izgleda da nismo

odabrana generacija kojoj je sudba živjeti u raju. Ipak, nismo pripremljeni za katastrofe i nismo profesionalno naučeni kako postupati u ovakvim situacijama. Medicinskim fakultetima u Hrvatskoj tek predstoji uvesti obvezne kolegije iz ove, za nas liječnike, vrlo profesionalne materije. Pa ćemo tada s lakoćom kreirati postupnike, slično onomu što su liječnici učinili u Topuskom, 1991. Ipak, saznajemo o tečajevima izobrazbe iz ovakve medicine, o čemu također donosimo u ovom broju.

Na vrhu ovog vala plivamo, plutamo, tonemo i izranjamo i ne znamo kuda nas nosi. Cjepivo nam nudi izgubljeni kompas i nadamo se da će ipak dovoljan broj svih oko nas to konačno prepoznati. Kako ne bismo samo iščekivali čudo koje nam očigledno izmiče. Donosimo iskustvo iz Švedske koja je svoj kompas ponovo pronašla i cijepljena uživa skoro staro normalno. A ovdje o Švedskoj pišemo čak iz tri pera, sasvim slučajno.

Dr. Luka Vučemilo maestralno uspoređuje status zaposlenika Hrvatske narodne banke s liječničkim statusom. Pa bi bilo izvrsno



LADA ZIBAR

glavna urednica Liječničkih novina

kad pročitano ne bi završilo samo s „pametnome dosta“.

Nastavljamo s natječajem za liječničku priču. Tijekom sljedećih još deset mjeseci. Pozivam sve literature među nama da svojim uradcima obogate ovaj izbor.

Komora i ove godine nagrađuje najzaslužnije među nama i za nas. Predložite takve, prema uputama iz natječaja. Iznimne u struci, znanosti i promidžbi naših interesa.

Sa svakim studenim nas osvijesti vrijeme koje juri s nama i bez nas. I broji već 30 studenih od onoga 1991. kada su hrvatski branitelji, civili, ranjenici, liječnici i drugi posljednjim snagama odolijevali zlu. Zlu koje tu bitku nikada nije moralno dobilo. Studeni nas na to podsjeti. Da ne zaboravimo Vukovar, sveti-nju hrvatske povijesti!

ZA DRŽAVU PRIVATNA PRAKSA KAO DA NE POSTOJI

Prim. Boris Ujević, dr. med.

Prim. Boris Ujević, dr. med., spec. ginekologije, uža spec. iz humane reprodukcije, predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost HLK-a, govori za Liječničke novine kakav je odnos države prema liječnicima koji rade u privatnoj praksi, na koji način bi se učinkovito mogle smanjiti „liste“ čekanja te koji su glavni problemi s kojima se susreću liječnici privatnici u Hrvatskoj.

Razgovarala
ALICE JURAK

➤ Na čelu ste Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost. Koji je djelokrug vašega rada u praksi?

Povjerenstvo promiče i štiti interes liječnika zaposlenih kod privatnih poslodavaca. Povjerenstvo daje mišljenja o opravdanosti osnivanja, proširenja i promjene djelatnosti pružatelja zdravstvenih usluga u mreži zdravstvene djelatnosti i izvan nje, predlaže podnošenje zahtjeva resornom ministarstvu za donošenje rješenja o prestanku rada privatne prakse, zdravstvene ustanove i trgovačkog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Nadalje, sudjeluje u davanju suglasnosti na pravilnik Ministarstva o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti kojim se određuju ljudski i materijalni uvjeti pod kojima se može obavljati zdravstvena zaštita. Povjerenstvo određuje minimalne cijene privatnih zdravstvenih usluga. Povjerenstvo je izradilo cjenik zdravstvenih usluga, koji se nalazi na mrežnim stranicama Komore. Svaka privatna zdravstvena ustanova dužna je svoj cjenik dati na ovjeru Povje-

renstvu. To se za sada radi pisanim putem, ali je pred završetkom aplikacija kojom će se cjenik, a s njime i zahtjev za ovjeru, podnositi „online“

Povjerenstvo također razmatra zaprimljene prijedloge izmjene i dopune cjenika zdravstvenih usluga liječnika koje potom uvrštava u cjenik i određuje im minimalnu cijenu. Svime navedenim bavi se ovo Povjerenstvo, no tu su i brojni problemi s kojima se dnevno susrećemo i koje potom rješavamo. Država naime privatne poduzetnike, pa tako i one u zdravstvu, ne tretira baš najbolje. Usudio bih se reći da ponekad zaboravi na njih. Dat ću vam jedan primjer: kada je početkom godine krenulo cijepljenje zdravstvenih radnika, Ministarstvo je deklaratorno mislilo na cijepljenje svih zdravstvenih radnika, no u praksi nije ništa poduzelo da se cijepi i liječnici privatnici koji nisu u bolničkim sustavima. Bili su prepušteni sami sebi i vlastitoj organizaciji cijepljenja, umjesto da su kao i ostatak liječništva bili prioriteta skupina za cijepljenje s obzirom na to da liječnici imaju dvojaku odgovornost: odgovornost za

svoje zdravlje, ali i odgovornost za zdravlje svojih pacijenata. Mi kao Povjerenstvo više smo puta urgirali u Ministarstvu zdravstva i kod lokalnih zavoda za javno zdravstvo da organiziraju cijepljenje liječnika privatnika što prije. Nažalost, osim u rijetkim iznimkama, privatni liječnici su cijepljeni posljednji.

➤ **Čini se da se sustav odnosi maćehinski prema privatnoj praksi liječnika. Koliki su izgledi da HZZO ima više ugovornih odnosa s privatnicima?**

Kad se govori o zdravstvu, ne bi se trebalo govoriti o javnom i privatnom zdravstvu, nego o kvalitetnom i nekvalitetnom zdravstvu. Kvaliteta u privatnom zdravstvu sigurno je na visokoj razini. Generalno gledajući, u privatnom zdravstvenom sektoru postoje veliki kapaciteti za liječenje hrvatskih građana, pogotovo kada imao u vidu da je javni zdravstveni sustav preopterećen. Samo jedan primjer te preopterećenosti su „liste“ čekanja, koje su ogromne. Dio tih lista mogao bi se smanjiti na način da se dio pregleda obavi u privatnoj praksi. Postoje i rijetki primjeri gdje se to radi, poput specijalnih bolnica Magdalena i Medikol, no to su više iznimke nego pravila. Država bi doista mogla i morala angažirati privatnike u segmentu gdje postoji potreba. Sada je tu jedino još pitanje cijena. Bi li po cijenama po kojima plaća HZZO neki privatnici našli financijski interes u tome? Očigledno je da su npr. Magdalena i Medikol našli financijski interes. Postoji i opcija da država plati dio troška, a dio plaća sam bolesnik, ali o tome se nažalost ne razmišlja.

Za državu kao da privatna praksa ne postoji. Kada se šalje neki dopis iz Ministarstva zdravstva u pogledu, recimo, organizacije zdravstvene službe ili oko COVID-a, Ministarstvo zdravstva to uglavnom šalje na ravnateljstva svih





Alice Jurak s Borisom Ujevićem

javnih zdravstvenih ustanova, a ne šalje ravnateljima privatne zdravstvene ustanove na koje bi to trebali isto tako slati. Ravnatelji privatnih zdravstvenih ustanova tako vijesti dobivaju iz medija, a ravnatelji javnozdravstvenih ustanova te iste vijesti primaju ravno putem dopisa iz Ministarstva. U zakonu se spominju „zdravstvene ustanove“ no odgovorni u Ministarstvu zdravstva čitaju javne zdravstvene ustanove. Na papiru su sve te ustanove ravnopravne, no u stvarnosti one to nisu.

> Susrećemo se s činjenicom da ni korisnici zdravstvenih usluga na liječnike privatnike ne gledaju na isti način kao na one liječnike koji rade u sustavu javnoga zdravstva.

Još uvijek se misli da obvezno zdravstveno osiguranje treba pokriti baš svaki segment zdravstvene skrbi. Znamo da nigdje u svijetu to nije tako moguće. Kako promijeniti takva gledišta?

S obzirom na pokazatelje obolijevanja, smrtnosti i svega, jasno je kako javni sektor ne uspijeva pokriti sve potrebe hrvatskih građana i šteta je kako se privatni zdravstveni sektor, u kojem se nalazi ukupno 8 posto svih liječnika u Hrvatskoj, zanemaruje kao rješenje problema. HZZO ne prepoznaje mogućnost ugovornog odnosa u većoj mjeri s privatnim zdravstvenim ustanovama na korist hrvatskih građana. To bi smanjilo liste čekanja, povećalo dostupnost zdravstvene zaštite i u konačnici bi javnom zdravstvu smanjilo troškove jer kada bi

netko prije dospio doktoru, prije bi se počeo liječiti... Mislim da je tu golema neiskorištena mogućnost privatnoga zdravstva.

Ovih se dana pojavila vijest da će zbog „zagušenosti“ bolnica COVID bolesnicima otkazivanjem „hladnog“ programa i zbog toga nedostupnosti zdravstvene skrbi, osiguranicima HZZO-a omogućiti rješavanje svojih zdravstvenih problema u privatnim ustanovama. U vijesti se navodi: „*To bi za državu bila najjeftinija opcija, jer kad bi plaćala uslugu privatnicima, ne bi imala trošak zaposlenika, opreme, amortizacije, popravaka i ostalog*“.

Šteta što se do tog zaključka došlo na vrhuncu krize, raniji dogovor bi polučio veći uspjeh. Nadam se da angažiranje privatnika u krizi neće biti samo u krizi,

nego će se nastaviti i poslije. Preduvjet su za nastavak suradnje HZZO-a s privatnim ustanovama transparentni natječaji.

➤ Koji su glavni problemi liječnika privatnika u Hrvatskoj?

Prvo moram reći da je od 15 645 liječnika, koliko ih je u Hrvatskoj, njih 1247, odnosno osam posto, zaposleno u privatnom zdravstvu. Sektor privatnog zdravstva drži oko 17 posto ukupne medicinske opreme u Hrvatskoj.

Privatni poduzetnik u Hrvatskoj još uvijek je nešto na što se gleda s negativnim predznakom.

Problem je da država na privatno poduzetništvo ne gleda blagonaklono ni s podrškom. Država ga ne stimulira već destimulira.

Velik je problem puno teže financiranja, dobivanje kredita, odnosno općenito pokretanje poduzetništva, što je i inače trnovit i kompliciran postupak. U Hrvatskoj nema velikoga sluha banaka za odobravanje posebnih kredita liječnicima koji kreću u otvaranje privatne prakse.

Broj pacijenata može biti problem za uspješno poslovanje, doduše ne za one koji imaju ugovor s HZZO-om, jer oni lakše dolaze do potrebnog broja pacijenata.

Nadalje, problem su minimalni tehnički uvjeti koje propisuje prije spomenuti Pravilnik o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Tehnički zahtjevi su brojni i komplicirani te iziskuju velike troškove. Dok ih privatnici moraju zadovoljiti, većina javnog sektora te iste uvjete ne zadovoljava. I inače je boljka Hrvatske da je sve preregulirano, na papiru vodi se računa o svakoj (nepotrebnoj) sitnici, a u stvarnosti je to gotovo nemoguće ispuniti. Zatim, tu je i Pravilnik o davanju dozvola

za dopunski rad, koji treba pojednostaviti. Svako toliko se jave mišljenja da treba zabraniti dopunski rad liječnika. Treba uvijek iznova naglasiti da dopunski rad liječnika postoji u gotovo svim zemljama EU-a.

Problem je kod otvaranja privatne prakse i neinformiranost, stoga je i jedan od ciljeva ovoga Povjerenstva da bude referentno mjesto za liječnike koji žele otvoriti nešto privatno, mjesto na kojem mogu dobiti sve potrebne informacije bez nepotrebnog i suvišnog lutanja.

➤ Kakva je dinamika prelazaka liječnika iz sustava javnog zdravstva u privatnu praksu?

Sve više i više liječnika se odlučuje za samostalan rad. Naše Povjerenstvo radi na proširivanju Demografskog atlasa hrvatskog liječništva, koji je dostupan na mrežnim stranicama Komore i u kojem su prikazane sve privatne zdravstvene ustanove i liječnici zaposleni u njima. Budući da se podaci osvježavaju na mjesečnoj bazi, uvijek je vidljivo aktualno stanje. Osim odlaska liječnika iz Hrvatske, povećava se i prijelaz liječnika iz javnih u privatne zdravstvene ustanove. Moramo biti svjesni da se u privatnoj zdravstvenoj zaštiti radi na mnogo kvalitetnijoj opremi i da nema problema s nabavom repromaterijala. U javnom zdravstvu se moramo često baviti nedostatkom nekih osnovnih potreština i činjenicom da se radi na starim uređajima, a toga nema u privatnoj praksi. U javnom zdravstvu je znatna i velika neorganiziranost, pa i to utječe na liječnike da prelaze iz javnoga u privatni zdravstveni sektor. Od svih onih liječnika koji su od 2013. do danas napustili hrvatski zdravstveni sustav i otišli raditi nekamo u inozemstvo, na prvom mjestu kao razlog odlaska oni

navode nered u sustavu, pa se može pretpostaviti i da je to jedan od razloga odlaska liječnika iz javnoga u privatno zdravstvo.

➤ Zdravstveni turizam još je jedno područje u kojemu liječnici privatnici imaju značajnu ulogu. Je li to zbog pandemije zaustavljeno?

Pandemija je zaustavila sve, turiste svih vrsta, a pogotovo zdravstveni turizam. No ove je godine započeo oporavak toga zdravstvenog sektora. Vjerujem da će se sada, kad su cjepiva dostupna svima, stanje vratiti na nekadašnje.

➤ Tko je Boris Ujević?

Postoji anegdota koja kaže da je papu Ivana Pavla II. na jednom njegovom apostolskom putovanju, već kad se činio podosta bolestan i kad se po tabloidnim novinama nagađalo da boluje od uznapredovaloga Parkinsona, novinarka u zrakoplovu pitala da joj potvrdi koja mu je bolest zapravo dijagnosticirana. On joj je na to otprilike odgovorio: Osjećam se posve dobro, no ako me zanima od kojih sve bolesti bolujem, prvo što napravim otvorim vaše novine.

Vjerujem da će se mnogi naši kolegice i kolege liječnici, kako u javnom tako i u privatnom sektoru, složiti s tim da je danas manje važno što kažemo o sebi jer su mišljenja o nama često posljedice upisivanja našeg imena u internetske tražilice.

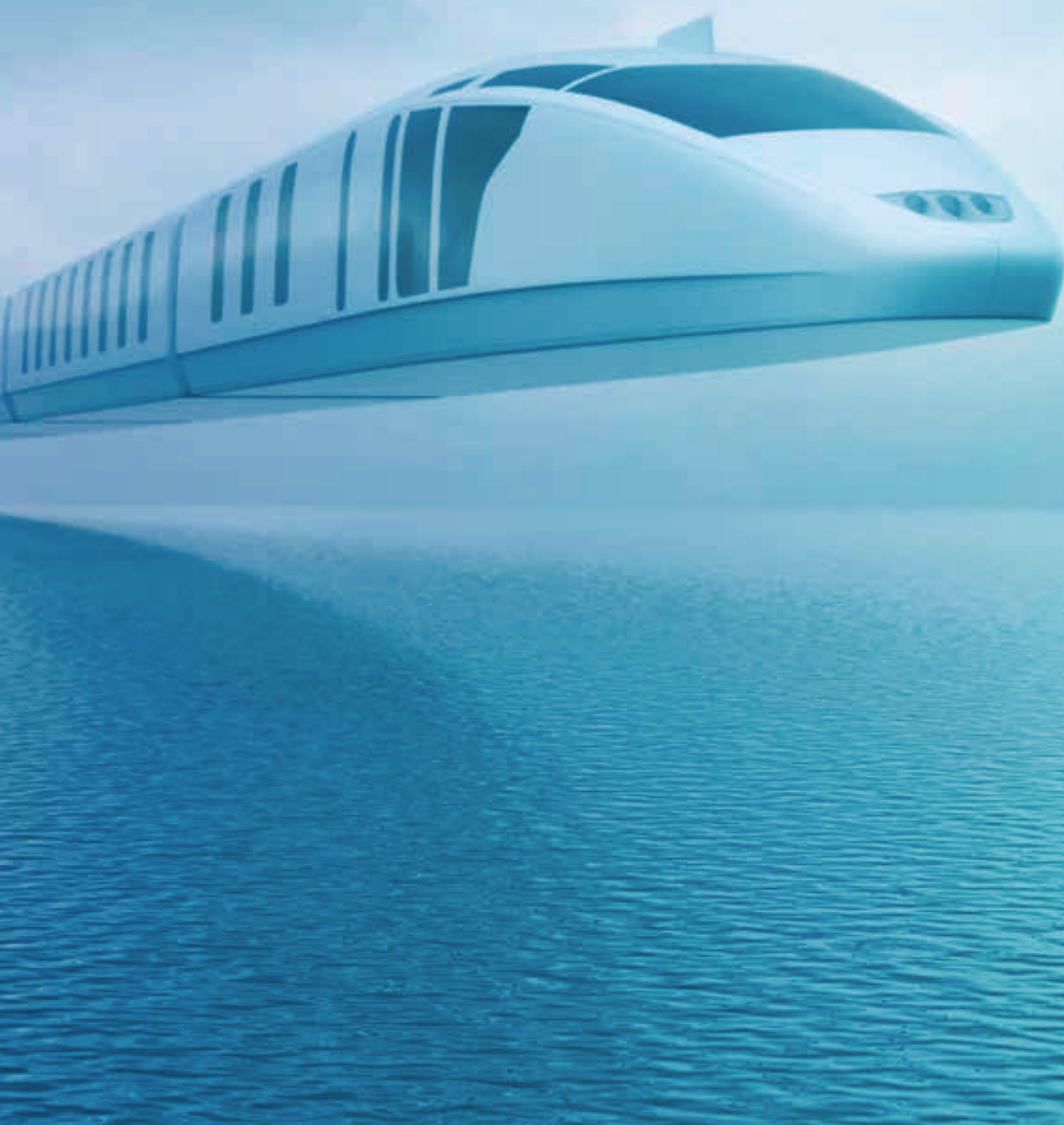
Stoga nisam siguran koliko će komu značiti ako kažem da sam suprug, otac i, što je za ovo glasilo možda važnije, liječnik koji već 30 godina u medicini nastoji biti na usluzi pacijentima, a posljednjih nekoliko godina u Hrvatskoj liječničkoj komori i drugim liječničkim udrugama pokušavam sudjelovati u unaprjeđenju statusa liječnika, njihova poziva i medicinske struke uopće.

JE LI REFORMA HRVATSKOG ZDRAVSTVA UTOPIJA?

NUNC AUT NUNQUAM

✍ Piše: ALICE JURAK

Reforma hrvatskog zdravstva jedna je od najčešće spominjanih reformi od osamostaljenja Hrvatske, prije više od 30 godina. Nekoliko puta čak i vrlo pompozno najavljivana, no nikada provedena. Odavno su dugovi zdravstva prešli kritičnu razinu. Ministar zdravstva Vili Beroš nedavno je (30. rujna 2021.) kazao kako je ukupan dug zdravstvenog sustava 13,83 milijarde kuna, od čega je dospjelo 6,2 milijardi, te za lijekove 4,5 milijardi kuna. Napomenuo je i kako se u Hrvatskoj za zdravstvo izdvaja 861 euro po stanovniku (7,4 posto), u EU je prosjek više od 3000 eura (9,9 posto), a da je za održiv sustav potrebno između 9 i 12 posto. Ocijenio je kako je sadašnji okvir funkcioniranja zdravstva dugoročno neodrživ i da ga je potrebno učiniti samoodrživim i financijskim stabilnim, no da je COVID-kriza zaustavila nastojanja da ga se reorganizira.



**Kako god bilo, jedno je neupitno:
hrvatski zdravstveni sustav treba
hitno početi liječiti i u konačnici -
izliječiti!**

Svoja viđenja o potrebi reforme zdravstva, zašto nikada do sada nije provedena i kako bi ona trebala izgledati, za Liječničke novine dali su predsjednica Hrvatskog liječničkog sindikata mr. sc. Renata Čulinović-Čaić, dr. med., predsjednik Hrvatske liječnike komore, dr. sc. Krešimir Luetić, direktor Udruge poslodavaca u zdravstvu, mr. Dražen Jurković, dr. med., dr. Ivan Bekavac, voditelj Ureda za stručno medicinske poslove HLK-a, te prof. dr. sc. Stjepan Orešković, pročelnik Katedre za medicinsku sociologiju



Dr. sc. KREŠIMIR LUETIĆ, dr. med.
predsjednik Hrvatske liječničke komore

i ekonomiju zdravstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Predsjednik HLK-a, dr. sc. Krešimir Luetić, sudjeluje u zdravstvenoj politici posljednjih desetak godina, a više od 20 godina radi u zdravstvenom sustavu kao bolnički liječnik.

“Otkad sam počeo raditi govori se o potrebi zdravstvene reforme. Imamo niz usvojenih reformskih dokumenata, poput npr. integracije i nacionalnog plana razvoja bolnica, usvojenoga 2014. godine. Ponekad imam osjećaj kao da smo svi mi u zdravstvu u onom filmu Beskrajn dan kad gledamo ponavljanje istih rečenica iz godine u godinu, istih

prijedloga, ali se stalno vrtimo u krug i ništa se ne pomiče s mjesta. Reforme su ostale samo mrtvo slovo na papiru i nisu u stvarnosti pokrenute, a kamoli provedene”, pojašnjava predsjednik HLK-a, dr. Luetić.

U zdravstvu je, nastavlja, problem i troškovna i prihodovna strana njegova proračuna. Imamo nerealno planirane i neodržive rashode bolnica zbog načina na koji HZZO definira cijene, pa je rezultat “gubitak” bolnica, koji moramo sanirati skoro svake godine. Moramo si priznati da trenutačno prikupljena sredstva od doprinosa za zdravstvo nisu dostatna za sadašnji model pružanja zdravstvene zaštite i prihvatiti da se dio proračunskih sredstava treba usmjeriti u zdravstvo.

“Također imamo apsurdnu situaciju da je financiranje zdravstva visoko centralizirano, a upravljanje bolnicama decentralizirano. Stoga trebamo ili centralizirati upravljanje ili decentralizirati financiranje. S druge strane, bez istovremene racionalizacije rashodovne strane, svjedočit ćemo svake godine daljnjom porastu troškova zdravstva i povećanju udjela iz proračuna za pokrivanje tih troškova. U dijelu puno bolje kontrole troškova ključni potezi su funkcionalno spajanje bolnica, smanjenje broja nezdravstvenog osoblja u zdravstvu, racionalizacija javne nabave, zajednička nabava posebno skupih lijekova sa susjednim državama. Ono što još uvijek nedostaje u našem zdravstvu, a preduvjet je kvalitetnog upravljanja zdravstvom, jesu sustavno mjerenje ishoda i parametara kvalitete te akreditacija zdravstvenih ustanova. Pored toga ključno je osnažiti primarnu zdravstvenu zaštitu kako bi se time rasteretilo sekundarni i terciarni segment zdravstvenog sustava, tj. bolnice.

Naše zdravstvo, što znamo i otprije, ali je dodatno pokazano u ovoj pandemiji, počiva na izvrsnim zdravstvenim djelatnicima, liječnicima, medicinskim sestrama i ostalim djelatnicima. Međutim, ozbiljno nam prijete odljev liječnika i drugoga zdravstvenog osoblja. **HLK još od prošle godine traži donošenje Zakona o plaćama i radnom vremenu liječnika, a već više godina predlaže nacionalno raspisivanje specijalizacija za liječnike”, kaže dr. Luetić.**

Međutim, dodaje, ako je nešto teško provesti 20 godina, onda to zasigurno nije jednostavno provesti. Bez konsenzusa glavnih političkih snaga u državi veći dio ključnih reformskih paketa ne može se provesti. Postizanje konsenzusa je *sine qua non* za reformu zdravstva.

Liječnička komora smatra, zaključuje dr. Luetić, da bi Vlada trebala pozvati oporbene čelnike, pripremiti popis reformskih mjera i pokušati postići konsenzus s oporobom kao preduvjet za njihovu provedbu. Odgovornost je dakle, zaključuje dr. Luetić, i na vladajućima i na oporbi.



Dr. IVAN BEKAVAC, dr. med.

voditelj Ureda za stručno medicinske poslove HLK-a

Tridesetak godina najave reformi, kaže dr. Ivan Bekavac, nekoliko parcijalnih

reformskih zahvata, uslijed političkih odluka te raspoloživih financijskih sredstava vanjskih donatora s izostankom očekivanih uspjeha nakon loše osmišljenih ili bezidejnih ciljeva, te još gore provedbe bez jasnih mjerljivih učinaka, praćene pretakanjem novca platitelja zdravstvenog doprinosa iz blagajne HZZO-a gdje je već bilo potrebno, uz posljedično usklađivanje cijena rada, neplaćanje dospjelih obveza zdravstvenih ustanova, trajnim rastom zdravstvene potrošnje rezultiralo je u konačnici nedostatkom sredstava u zdravstvu.

Dugogodišnji maćehinski odnos politike prema zdravlju nacije dodatno je opterećen višegodišnjim propustom zakonitog obračuna plaće zdravstvenim djelatnicima koji je dobio epilog tisućama pravomoćnih sudskih presuda u postupcima tužitelja zdravstvenih djelatnika po tužbama za neisplaćeni dio plaća u prekovremenom radu. Onima koji nisu tužili ponuđena je mogućnost obročnog plaćanja, zaključno svima kojima pripada neisplaćena plaća za prekovremeni rad bit će je potrebno isplatiti.

„Napominjem kako su nezakonitom neisplatom dijela plaće oštećene i tisuće zdravstvenih djelatnika, zaposlenika ustanova u vlasništvu države, koji su godinama upozoravali na financijsku štetu koju će zdravstvenom proračunu učiti držanje glave državne administracije u pijesku, a ruku u džepovima kolegica i kolega. Vlade RH, baš kao niti uprave zdravstvenih ustanova unatoč prosvjedima udruga zdravstvenih djelatnika, godinama nisu pokazali volju da isprave nezakonit obračun, a danas i u budućnosti iz sredstava namijenjenih dijagnostici i liječenju pacijenata zbrinut će blagajne brojnih advokatura i kance-

larija uključenih u ovu trakavicu, opet na štetu zdravlja nacije, opet bez odgovornosti za istu tu štetu mjerljivu u tablicama mortaliteta Eurostata, gdje Hrvatska bilježi istaknuta mjesta“, rekao je dr. Bekavac.

Nedostatak novca u zdravstvu, nastavlja dr. Bekavac, generira prevelika potrošnja neodgovornim poslovanjem u smislu izostanka kvalitetne objedinjene javne nabave, uslijed loše organizacije rada, prekasnog i nepravodobnog dijagnosticiranja brojnih stanja i bolesti, posljedično većih troškova dijagnostike i liječenja uz slabe i nezadovoljavajuće ishode, neprovedena certifikacija i zastarjela kategorizacija bolnica koje ne ispunjavaju svrhu, neučinkovita preventivna medicina koja ne uspijeva pravovremeno prepoznati potencijalne pacijente, dug državnog proračuna zdravstvenim ustanovama od gotovo dvije mlrd. kn godišnje, koji je nastao davnom odlukom države na temelju posebnog propisa o preuzimanju plaćanja obveze obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja za građane pripadnike ranjivih skupina koji broje otprilike milijun ljudi. Za njih doista godinama državni proračun ne uplaćuje osiguranje, već to solidarno čine drugi građani obveznici zdravstvenog doprinosa koji kreditiraju godinama državu i spašavaju život i zdravlje ovim neodgovornim postupanjem države pogođenim građanima.

Potrebno je, smatra dr. Bekavac, korjenito promijeniti pružanje zdravstvene zaštite, prepoznati važnost preventivne i primarne zdravstvene zaštite, organizirati rad odgovorno prema potrebama pacijenata i mogućnostima sustava, iskorijeniti koruptivne podloge javne nabave te osmisliti i vrednovati rad zdravstva temeljen na

HZZO pozdravlja napore za konsolidaciju zdravstvenog sustava

„Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje svakako pozdravlja pozitivne napore kojima bi se konsolidirao zdravstveni sustav. Mi iz HZZO-a na raspolaganju smo s našim iskustvom upravljanja, no nismo zakonodavac te sve ovisi o odlukama Vlade“, odgovorili su iz HZZO-a na upit o njihovom stavu oko nužnosti reforme zdravstva.

indikatorima kvalitete i ishodima liječenja.

„Toliko potrebna reforma hitne medicine osmišljena je i pripremljen je dokument Ministarstva zdravstva u čijoj izradi je 2016. sudjelovalo dvanaestero stručnjaka. Taj dokument predstavlja srž potrebnih promjena u izvanbol-

ničkoj i bolničkoj hitnoj medicini, kao i u hitnoj helikopterskoj medicinskoj pomoći. Poseban naglasak stavljen je na značenje i potrebe zdravstvenih djelatnika u hitnoj medicini.

Nadalje, potrebno je pripremiti i provesti provedbene akte na temelju ažuriranja zastarjelog neprovedenog Masterplana bolnica. Odluke o potrebnom broju bolnica bit će moguće donijeti tek nakon provedene analize pobola, smrtnosti, kvalitete i ishoda liječenja po ustanovama i jedinicama regionalne uprave. Potom, naravno, prema rezultatima analize primijeniti iskušane međunarodne modele upravljanja zdravstvenom zaštitom na dobrobit pacijenata i sustava u cjelini. **Potrebno je napraviti bazu ishoda liječenja koja je standard u razvijenim zemljama, uvesti sustav praćenja ishoda liječenja, žurno primijeniti međunarodne standarde upravljanja liječenjem skupim lijekovima kako bismo postigli najvišu razinu izlječenja pacijenata, kao i odgovorno upravljanje javnim sredstvima, a spomenuta baza ishoda liječenja temelj je takvog postupanja**“, kazao je dr. Bekavac.

Za nama su dvije nesretne godine epidemije COVID-19 i potresa koji su poharali Hrvatsku te dodatno narušili dostupnost ionako klimave zdravstvene zaštite. **Potrebno je dovršiti započete kapitalne projekte izgradnje bolnica te dovršiti provedbu studije izvodljivosti bolnice u Blatu.** Nužno je, smatra dr. Bekavac, izgraditi suvremenu nacionalnu dječju bolnicu za 21. stoljeće. Zagrebačke bolnice, zastarjele i neprimjerene, u neizvjesnosti potresa u vremenu pred nama doista predstavljaju golemu odgovornost za cijelo društvo, zahtijevaju izmještanje u nove suvremene objekte koje žurno

>>

treba početi osmišljavati te, konačno, do 2030. i izgraditi najvećim dijelom iz sredstava nove omotnice EU fondova. Pritom je potrebno izbjegavati skandalozne greške opterećene pogodovanjem poput rastakanja kapaciteta Instituta za tumore u Ilici ili indolenciju administracije prilikom davanja potrebne dozvole puštanja u pogon novih prostora OB-a Sisak dok se životno ugroženi pacijenti liječe u koronarnoj jedinici smještenoj u šatoru.

„Potpuno mi je neprihvatljivo dugotrajno odgađanje i kasno donošenje Nacionalnog plana za borbu protiv raka. Poražavajuća statistika mortaliteta naših građana od malignih bolesti, ali i od kroničnih nezaraznih srčanožilnih bolesti i drugih stanja, pokazuje kolika je nebriga i zanemarivanje zdravstvene stvarnosti doista obilježila posljednjih tridesetak godina našeg vremena. Dio odgovornosti svakako nosimo i mi građani zanemarujući vlastito zdravlje i važnost zdravih životnih navika, međutim, dugogodišnji izostanak zdravlja u svim politikama, kao egzemplar promašene državne zdravstvene politike, uzeo je i još uzima danak u životima naših najmilijih. Nažalost, u prijedlogu Nacionalnog plana ponovno je izostala neprepoznata važnost i uloga timova primarne zdravstvene zaštite u provedbi zdravstvene preventive. Važna je i provedba zdravstvene politike nepušenja i odgovorne konzumacije alkoholnih pića u svim segmentima i djelatnostima društva. U naše zdravstvo treba uvesti i kvartarnu prevenciju zdravlja, ali i volontiranje kao izraz međugeneracijske solidarnosti.

Svjestan činjenica, međunarodnih iskustava i odgovornosti prema našim građanima, tvrdim kako je potrebno otvoriti domaće tržište obveznoga zdravstvenog osiguranja te u skladu s prirodnim tržišnim zakonitostima i

međunarodnim iskustvima očekivati i trendove“, rekao je dr. Bekavac.

Digitalizacija zdravstva kao učinkovit alat nadzora i implementacije suvremenih dostignuća nedovoljno je zastupljena svih proteklih godina. Neprepoznata je važnost i potreba provedbe projekta e-medicinskog kartona građana, povezivanja baza podatak o pacijentu između primarne zdravstvene zaštite i bolničkog sustava. "Liste" čekanja potrebno je digitalizirati u cijelosti te centralno pratiti. Dio odgovornosti, kaže dr. Bekavac, trebaju ponijeti i građani redovitim dolaskom na zakazane dijagnostičke i terapijske postupke. Nepoznat dio "lista" čekanja nastao je uslijed izostanka nadzora nad upisom i provedbom postupaka.

Umjesto istaknutih reformskih poteza, nastavlja, u najavama izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti ponuđena nam je centralizacija upravljanja, *deja vu*, već viđen neslavni pokušaj nadziranja upravljanja i trošenja koji je bio površan i protokolarno vođen sa Ksavera, bez stvarnog interesa i volje za reformskim promjenama, koje jedino mogu biti temelj poboljšanju provedbe načela zdravstvene zaštite.

“Tri četvrtine dospelih neplaćenih financijskih obveza u zdravstvu terete upravo one kojima je vlasnik i upravitelj državna administracija. *Medice, cura te ipsum!* Ponuđeno nam je i ukidanje županijskih zavoda za javno zdravstvo koji su financijski dozreli i povijesno dokazani model dijagnosticiranja, liječenja i prevencije bolesti nedjeljivo utkan u život zajednice. Ponešto kozmetičkih mjera kojima se fingira reformu zdravstva ne može biti, niti je R od toliko potrebne reforme o kojoj sam prethodno široko elaborirao“, kazao je dr. Bekavac.



Mr. sc. RENATA ČULINOVIĆ-ČAIĆ, dr. med.
čelnica Hrvatskog liječničkog sindikata

Čelnica Hrvatskog liječničkog sindikata, mr. sc. Renata Čulinović-Čaić, dr. med., mišljenja je kako je sveobuhvatna, uspješna i kvalitetna reforma zdravstva zahtjevan i dugotrajan proces, koji mora obuhvatiti izmjene, dopune i prilagodbe svih zdravstvenih zakonskih propisa, pravilnika i pravnih pravila koja se odnose na područje zdravstva.

Kvalitetnu i funkcionalnu zdravstvenu zaštitu može pružiti samo zdravstveni sustav u kojem je zaposleno dovoljno liječnika (ali i svih ostalih zdravstvenih radnika), koji za svoj rad primaju primjerenu plaću, koji imaju pravo pregovarati o svojim plaćama i radnim uvjetima i čija se radna prava poštuju. I upravo to je prvi korak na kojem treba ozbiljno poraditi ako se želi provesti reforma zdravstva.

“Hrvatski liječnički sindikat, zajedno s ostalim liječničkim udrugama, upozorava na nedostatak liječnika u sustavu već više od deset godina, na što se vladajuće strukture uporno oglašuju. Podsjetit ću samo na „Rujansku deklaraciju“ iz studenog 2020., u kojoj su tri krovne liječničke udruge (Hrvatski liječnički

sindikata, HLK i HLZ) prije godinu dana upozorile javnost i Vladu RH na niz ozbiljnih problema s kojima se suočavaju hrvatski liječnici. Jedan od njih je i odlazak naših liječnika na rad u inozemstvo. Otvaranjem mogućnosti za zapošljavanje liječnika diljem EU postao je taj problem još veći.

Nedovoljan broj liječnika u sustavu generirao je i još uvijek generira ogroman broj prekovremenih sati, za čiji smo korektan obračun bili prisiljeni pokretati sudske procese, a konačnu potvrdu naših prava dobili smo i od Vrhovnog suda RH. Problem manjka liječnika jednako je ozbiljan u PZZ-u kao i u bolnicama", kaže dr. Čulinović-Čaić.

Stoga pripremu reforme zdravstva treba započeti donošenjem mjera zbog kojih liječnici neće razmišljati o odlasku u druge zemlje EU, a koje će poticajno djelovati na liječnike svih dobrih skupina, osobito naših mlađih kolega. Hrvatski liječnički sindikat je prije skoro tri godine uputio Ministarstvu zdravstva i županijama prijedlog konkretnih mjera za zadržavanje liječnika u Hrvatskoj. Neke su županije dio tih mjera prihvatile i počele provoditi, ali najveći dio njih uopće nije reagirao.

Status naših specijalizanata, smatra dr. Čulinović-Čaić, a posebno njihovi ugovori o specijalističkom usavršavanju, jedna su od važnih točaka koje bi u reformi trebalo detaljno i precizno obraditi i definirati. Tzv. lihvarski ugovori s nerealno visokim iznosima koje specijalizant mora vraćati matičnoj ustanovi ako ode raditi u drugu ustanovu sigurno ne djeluju poticajno na mladog liječnika. Poseban je apsurd da se specijalizantu kao dug matičnoj ustanovi obračunava i vrijeme koje je stvarno odradio u matičnoj ustanovi, u redovitom radnom vremenu ili u dežurstvima.

Svakoj kvalitetnoj reformi treba prethoditi kvalitetna i sveobuhvatna analiza uočenih nedostataka i problema u sustavu, svaki od njih pažljivo razmotriti i predložiti rješenja. Za takvu sveobuhvatnu analizu potrebno je prikupiti sugestije stručnih i upravnih vijeća svake zdravstvene ustanove jer se samo tako mogu dobiti konkretne i točne informacije o baš svim problemima koji se javljaju u zdravstvenim ustanovama na cijelom teritoriju RH. Pri tome podrazumijevam sugestije stručnih vijeća lišene utjecaja politike, ravnatelja i osobnih interesa.

Pacijent je središnja točka našeg zdravstvenog sustava. U reformi treba današnjim uvjetima prilagoditi i Zakon o zaštiti prava pacijenata, čiji tekst deciderano govori samo o pravima pacijenata, a obveze se skoro i ne spominju (obveze se indirektno iščitavaju iz Zakona o obveznim odnosima).

Postoji još niz tema, kaže dr. Čulinović-Čaić, koje ozbiljna reforma treba uzeti u obzir, vezano uz zdravstveno osiguranje, osnovni paket zdravstvenih usluga, cijenu zdravstvenih usluga (različita u privatnim i državnim ustanovama), kontrolu kvalitete rada, uspjeha liječenja, nadležnosti i provođenja odluka različitih povjerenstava (u odnosu na ovlasti ravnatelja)...

Reforma zdravstva je proces koji zahtijeva dulje vremensko razdoblje i nije vjerojatno da se može završiti u mandatu samo jedne vlade.

"Pozdravljam inicijativu za izmjene ZOZZ-a, jer sada važeći ZOZZ sadrži niz članaka koje treba dopuniti, doraditi ili izmijeniti. Postojeći ZOZZ sadrži i niz dobro definiranih pravila koja se, nažalost, ne poštuju. Slijedom toga, potrebno je osigurati mehanizme nadzora striktno primjene već postojećih propisa.

Međutim, nacrt prijedloga izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti (ZOZZ) predložen je s osnovnim ciljem centraliziranja zdravstvenih ustanova, osim domova zdravlja.

Čak i kada bi u najžešćem valu epidemije to i bilo racionalno, a mislim da nije, to bi zahtijevalo dodatna financijska sredstva, koja se u ovom prijedlogu ne spominju.

Pri tome mislim na reguliranje međusobnih prava i obveza između države i lokalne samouprave/grada Zagreba (osnivača zdravstvenih ustanova), jer su lokalne samouprave već započele niz investicija za koje ovaj Zakon ne predviđa način rješavanja niti način na koji će preuzeti trošak investicija i kredita na teret države.

Izmjenama Zakona mora prethoditi precizno definiranje međusobnih prava i obveza u obliku sporazuma između države i sadašnjih osnivača (lokalnih samouprava).

Predloženi tekst također sadrži niz nedovoljno jasno definiranih članaka vezanih uz reorganizaciju pojedinih zdravstvenih ustanova (zavoda za javno zdravstvo, zavoda za hitnu medicinu...) koje je potrebno razjasniti, redefinirati i/ili izmijeniti.

Svjedoci smo postojanja brojnih zdravstvenih zakona i propisa u kojima je propisano da će „pravilnik donijeti ministar“, ali ti pravilnici nisu nikada ugledali svjetlo dana. Isto se događa i u ovom Nacrtu prijedloga Zakona, u kojem nije definiran rok donošenja Pravilnika", kaže dr. Čulinović-Čaić.

Nužno je, dodaje, precizno definirati rok u kojem ministar mora donijeti Pravilnik predložene u pojedinim člancima Nacrta prijedloga novog ZOZZ-a.

Nadalje, Nacrt prijedloga predviđa sklapanje novog Ugovora o radu nakon

stupanja na snagu ovog Zakona. Imajući u vidu da Uredba o koeficijentima razlikuje rad u državnoj i županijskoj ustanovi, Uredbu o koeficijentima nužno je prilagoditi/promijeniti prije donošenja ovog Zakona.

Hrvatski liječnički sindikat je Ministarstvu zdravstva uputio prijedloge i primjedbe na Nacrt prijedloga izmjena i dopuna ZOZZ-a koje, osim već navedenih točaka, obuhvaćaju i prijedloge vezane uz članke koji reguliraju sporne točke navedene u odgovoru na prvo pitanje, a koje, smatram, da trebaju biti dio ozbiljne reforme.

„Detaljna razrada naših prijedloga po pojedinim člancima predloženog Nacrta Zakona o izmjenama i dopunama ZOZZ-a zahtijeva mnogo više prostora... Zaključno, Nacrt prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama ZOZZ-a u obliku u kojem je predložen još je jedan u nizu zakona u čiji se proces izmjena i dopuna krenulo prije nego što su ispunjeni neki osnovni preduvjeti“, kaže dr. Čulinović-Čaić. Reforma cjelokupnog zdravstvenog sustava, zaključuje, dugotrajan je, zahtjevan i mukotrpan proces. Izmjenama Zakona treba prethoditi niz postupaka koji će u konačnici razjasniti sporne točke navedene u ovom prijedlogu Zakona.

„U tijeku je rad Radne skupine za izradu Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama ZOZZ-a, nakon kojeg slijedi postupak savjetovanja s javnošću te daljnja procedura, odnosno Prijedlog izmjena i dopuna ZOZZ-a o kojemu se trenutno razgovara nije konačan. Uz Prijedlog izmjena i dopuna Zakona, Radnoj skupini nije priložena analiza prijedloga, ciljevi koji se žele postići niti učinci koji se očekuju, stoga za sada nije jasno što bi sve ovakvi prijedlozi mogli

donijeti. Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske smatra da je osnovno pitanje hoće li reforma polučiti bolje zdravstvene usluge za pacijente i korisnike zdravstvene zaštite te da promjena ZOZZ-a treba ići u tom smjeru. Na temelju Zakona o sanaciji javnih ustanova iz 2012. godine Republika Hrvatska ostvarivala je osnivačka prava nad većinom općih bolnica, no u konačnici, poslije završetka sanacije, financijsko stanje ovih ustanova bilo je slično početnom. Danas oko 75 % duga u zdravstvenom sustavu nastaje na strani bolnica koje su u državnom vlasništvu.

Držimo da opće bolnice i specijalne bolnice ne treba promatrati na isti način, s obzirom na to da se njihovi financijski rezultati uvelike razlikuju. Specijalne bolnice korektno posluju, a u razvoju mnogih sudjelovale su i županije, koje bi mogle izgubiti interes za daljnjim ulaganjem, kao i kod drugih ustanova kojima prestanu biti osnivači“, rekao je direktor Udruge poslodavaca u zdravstvu (UPUZ), mr. Dražen Jurković, dr. med.

Zavodi za javno zdravstvo i zavodi za hitnu medicinu, nastavlja dr. Jurković, financijski su stabilne ustanove, koje dobro funkcioniraju i poznaju potrebe područja na kojem djeluju te smatramo da njihovo ukidanje nije opravdano. Okrupnjavanjem ovih županijskih ustanova u dvije državne, stvorit će se ustanove s iznimno velikim brojem zaposlenika te se javlja pitanje mogućnosti učinkovitog upravljanja tako velikim, a teritorijalno udaljenim i specifičnim sustavima. Također mislimo, dodaje dr. Jurković, da je potrebno ojačati ulogu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. S obzirom na to da uz prijedlog nije dana analiza, u ovom trenutku ne vidimo kako bi pred-

ložena reorganizacija sustava pružila uštede i poboljšanje usluga.“

„Pojedinci spominju objedinjenu javnu nabavu, no smatramo da prenošenje vlasništva zdravstvenih ustanova na Republiku Hrvatsku nije uvjet te da se ona može provoditi i u kontekstu postojećih vlasničkih odnosa. Sada se isti materijali nabavljaju po različitim cijenama u različitim zdravstvenim ustanovama, zbog čega smatramo da bi objedinjena javna nabava mogla rezultirati uštedama, no također je potrebno paziti da ta ne dovede do monopola na tržištu.“

Predlažemo, govori dr. Jurković, i uvođenje obveze plaćanja naknade za korištenje usluge hitnog prijama u svrhu zbrinjavanja nehitnih stanja. Među mjerama na rashodnoj strani, predlažemo izdvajanje naknada za bolovanja i roditeljskih naknada iz zdravstvenog fonda te premještanje na neke druge odgovarajuće proračunske pozicije, s obzirom na to da bi se, prema našem mišljenju, iz zdravstvenog fonda trebalo financirati zdravstvene usluge, a ne naknade.

Nekako se stječe dojam da su svi sugovornici usmjereni na reformu kurativnog zdravstva. Kakav bi bio učinak ozbiljnog uključenja u reformske planove dijela prevencije koji se odnosi na sustavno strukturiranu vertikalnu edukaciju radi povećanja zdravstvene pismenosti stanovništva, izgleda da ostaje za neku novu temu broja.

Primum non nocere

Prof. dr. sc. Stjepan Orešković, pročelnik Katedre za medicinsku sociologiju i ekonomiku zdravstva na MEF-u u Zagrebu, mišljenja je kako se rješenje za hrvatsko zdravstvo nalazi u okretanju temeljnim principima, primijenjenoj znanosti i najboljim praksama. Veliki problemi, kaže, traže velike ideje. U tom kontekstu predlaže nekoliko načela za pristup promjenama u zdravstvu kojima bi se trebalo rukovoditi.

1. PRIMUM NON NOCERE

U teškoj i složenoj situaciji u kojoj se nalazi naše zdravstvo velika je opasnost od brzih zaključaka i površnih intervencija. Trenutak je podsjetiti se najvažnijeg Hipokratovog etičkog principa u pristupu pacijentu: najprije ne naškoditi. Hipokrat s Kosa u svom radu "Epidemije" napisao je: "Kad se radi o bolestima, važno je naučiti dvije stvari: pomoći, ili bar ne štetiti". Reforma je velika i komplicirana operacija s mogućim pozitivnim ali i negativnim zdravstvenim, ekonomskim i razvojnim posljedicama za „organizam“ od 3,88? milijuna ljudi. Prvi cilj je ne štetiti.

2. TOČNA DIJAGNOZA

Da bi terapija bila uspješna treba postaviti točnu dijagnozu. Točna i znanstvena dijagnoza „bolesti“ našeg zdravstva nije uspostavljena. Ne postoji suglasje i oko niza najelementarnijih pitanja. Ali zdravstveni djelatnici zapravo znaju odgovor. U anketi koju je tim istraživača sa ŠNZ A. Štampar provelo na uzorku zaposlenih u zdravstvu, na koju je odgovorilo više od 1500 ispitanika, na pitanje kakav je zdravstveni sustav u Hrvatskoj, samo 2% ispitanika smatra da je naš sustav „kvalitetan i dobro upravljan sustav koji dobro služi potrebama pacijenata“. „Ravnodušan“ komentar da nije „ni bolji ni gori od drugih segmenata društva“ odabralo je 33% ispitanika. Većina svih



ispitanika, njih 57%, smatra da je imamo „loše vođen i organiziran sustav koji previše troši i premalo isporučuje“.

3. ISTINA? ILI KREMŠNITE ZA DIJABETIČARA?

Istina je početak svake promjene. U reformu se ulazi s hipotezom da je naše zdravstvo u krizi jer ne prima dovoljno sredstava iz javnih izvora. Da je kronično podfinancirano. Da se nalazi na dnu europske ljestvice po udjelu bruto nacionalnog dohotka koji se izdvaja za zdravstvo. Zdrav-

stvena potrošnja svake godine raste za 3-4% brže, više i snažnije od rasta bruto domaćeg proizvoda. Nije teško izračunati koliko će narasti udio zdravstvene potrošnje u hrvatskom BDP-u u narednih 10 godina. Iz takve dijagnoze proizlazi i terapija: povećati izdvajanja iz plaća i na plaće, povećati izdvajanja iz budžeta, povećati participaciju, povećati, povećati, povećati.. A što ako ništa od toga nije istina? Što ako već preti log pacijenta s dijabetesom liječimo kremšnitama? Od 1994 godine kada je za prvu sanaciju potrošeno 277 milijuna kuna do zadnje od 2,9 milijardi kuna u užujku ove

godine. Ali, gle čuda „čim je prestao učinak sanacije od 2,9 milijardi kuna, dugovi su opet počeli rasti po 300 milijuna kuna mjesečno”. Upravo se priprema naredna sanacija. Ispravno je postaviti pitanje: kakve obrasce ponašanja i očekivanja kreira 27 godina kontinuiranih sanacija? Ne pretvara li se država u suca koji gubitnike pretvara u pobjednike? Država koja najneuspješnijim ravnateljima, najrastronijim županima, najvećim proizvođačima gubitaka vješa zlatnu sanacijsku medalju oko vrata?

4. STRUKTURE, PROCESI, ISHODI

Prije nego se odlučimo za iduću, 14-u po redu sanaciju zdravstva nameće se pitanje: možemo li zamisliti i ponuditi drugačiji pogled na zdravstvo? Hoćemo li ponuditi strukturnu reformu, bihevioralne instrumente i modele koji nagrađuju nove obrasce ponašanja liječnika, pacijenata, farmaceuta, osiguravatelja i države? Ponašanje usmjeravati nagradama (ili repliciranim nudge-ovima) i protokolima? Hoćemo li mjeriti financijske i kliničke ishode svake stimulativne i destimulativne mjere?

5. PRAVI MAJSTORI

Pravog je majstora teško naći. I za najjednostavnije kućne popravke dugo se čeka. Kad i nešto poprave najšješće je u skladu s principom „drži vodu dok majstori odu!”. A gdje tek naći prave znalce, prave majstore za reformu zdravstvenog sustava? Sustava koji stalno doživljava manje prepravke i popravke. A voda sve više curi, i prijeti poplavom. Ove godine iscurile su milijarde. Ubrzanje je takvo da će uskoro trebati angažirati i čitavu kompaniju za hitne intervencije. Zašto mislimo da je za liječenje bubrežnih kamenaca ili dijabetesa potreban doktorat znanosti i specijalizacija, dok odgovore na pitanje kojim se uporno bavio dobar dio dobitnika Nobelovih nagrada u zadnjih dvadeset godina, mogu dati amateri? I ove godine Nobela za ekonomiju dobio je David Card, profesor sa Berkeleyja, između ostalog i za doprinose razumijevanju ekonomike zdravstva. Naslovi poznatih Cardovih radova su „Does Medicare Save Lives?” ili „The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on HealthCare Utilization and Health”. I drugi dobitnici nagrade (Duflo, Kremer, Banerjee, Thaler, Kahneman, Stiglitz...)

dobili su nagrade djelomice i za napredak znanja u razumijevanju ponašanja ljudi u bolesti, liječenju i korištenju zdravstvenih resursa te funkcioniranju zdravstvenog osiguranja. Zašto u Hrvatskoj za najveći nacionalni izazov, kao sačuvati zdravlje i spasiti ekonomiju od kolapsa ne treba znanja niti obrazovanja?

6. ŠTAMPAR, RADIĆ I HORTON

Potreban je drugačiji pogled na medicinu i zdravstvo. Pomaknuti pogled od „miroskopskog razumijevanja medicine i zdravstva” (Štampar). Napraviti ono što sugerira glavni urednik Lanceta Richard Horton pitajući se u uvodniku Lanceta: „Što bi Štampar učinio danas”? Mi smo ga Hrvati kreirali i podarili svijetu u formi znanja i institucionalnog rješenja. U Hrvatskoj povijesti to su razumjeli Stjepan Radić i Andrija Štampar. O tim ciljevima je govorio Radić na otvaranju Škole narodnog zdravlja 1927. Investirali su po čitavoj Hrvatskoj i stvarali sve od laboratorija do filmske industrije (prva nagrada na Svjetskoj izložbi u Parizu). U utjecajnoj studiji „Investing in Health” Svjetska banka pokazala je sve benefite investiranja u zdravlje i zdravstvo.

7. SILA RAZVOJA

Zdravstvo i medicina su najveće pokretačke sile razvoja nacije. Niall Ferguson u svojoj knjizi Civilizacija navodi da je medicina jedna od šest „aplikacija” (natjecanje, znanost, vlasništvo, medicina, potrošnja i radna etika) zbog kojih je Zapad „pobjedio” ostale i postao globalno dominantan model. Zemlje koje koriste zdravstvo kao silu razvoja, izvoza, razvoja umjetne inteligencije, digitalizacije, robotizacije su ujedno najuspješnije zemlje svijeta.

8. SOCIJALNI KAPITAL

Uspješne reforme u zemljama poput Danske, Finske, Irske, pa i Poljske, dale su mjerljive efekte na ekonomiju, život i zadovoljstvo građana. Više zdravlja, manje bolesti, veća produktivnosti, manje administracije. Jasno je, zdravstvo postavljeno samo kao potrošač može voditi u kolaps nacionalne ekonomije. Zato je moderno zdravstvo usmjereno na zadovoljavanje stvarnih potreba i važan je

činioč rasta produktivnosti i rasta socijalnog kapitala.

9. EGZAKTNOST

U planiranju reformi moramo biti veoma egzaktni. Uredni sustavi precizno mjere kliničke, populacijske i ekonomske ishode svake zdravstvene intervencije, od neurokirurgije i imunologije do prevencije pretilosti ili kardiologije. Brzo kreiraju i uvode nove tehnologije. Stimuliraju promijene navika i ponašanja liječnika, medicinskih sestara i pacijenta. Ne možemo davati nemjerljiva obećanja. Birati najlakše puteve. Moramo točno odgovoriti na pitanje: Koliko i kako ćemo smanjiti smrtnost koju je moguće spriječiti i izbjeći prevencijom i javnozdravstvenim intervencijama (preventable mortality). Kako smanjiti dobno standardiziranu stopu smrtnosti na 100.000 stanovnika sa današnjih jako visokih 232? Ne moramo dostići talijanskih 100. Bilo bi super kada bi dosegli nego slovenskih 184. Kako ćemo dakle i što učiniti da nam javno zdravstvo bude efikasnije?

10. ISHODI

Moramo odgovoriti na pitanje: Što ćemo učiniti da nam bolnice budu efikasnije? Hoće li „bolnička” pripisiva smrtnost „amenable mortality ili treatable causes of death” mjerena dobno standardiziranom stopom smrtnosti na 100.000 stanovnika u narednih 5 godina sa sadašnjih visokih 140 pasti na slovenskih 80. Ne moramo dostići francuskih 63! Koje su točno mjere koje ćemo poduzeti da se to desi? Recimo počevši od bolničkih infekcija?

11. MAŠTA I KREACIJA

U odgovoru na pitanje kakvu reformu zdravstva želimo moramo biti slobodni, maštoviti i kreativni. Institucije koje je vode moraju biti inkluzivne. Samo tako osloboditi će se znanje i potencijali najobrazovanijeg i potencijalno najkonkurentnijeg sektora. Moramo odgovoriti na pitanje: Kako će izgledati zdravstvo i medicina za 10 ili 20 godina? Razmisлите, zar ne bismo željeli sudjelovati u takvom kreativnom, inovativnom, hrabrom projektu?

TUŽNI REKORDI

COVID-19 - kronologija 12. listopada - 14. studenoga 2021.

12. listopada

Hrvatski zavod za javno zdravstvo objavio je preporuke za primjenu treće doze u imunokompromitiranih osoba i docjepljivanje protiv COVID-19. Davanje 3. doze određenim kategorijama imunokompromitiranih osoba treba razlikovati od davanja tzv. booster doze.

18. listopada

U Hrvatskoj je danas počelo cijepljenje i trećom dozom protiv COVID-a. Namijenjena je, ponajprije, svim imunokompromitiranim osobama. Osim njima, docjepljivanje se preporučuje i svima starijima od 65 godina. Primjena treće doze počinje u trenutku kada je u RH cijepljeno 46 % ukupnog i 55 % odraslog stanovništva.

20. listopada

Danas imamo 3 162 nova slučaja od 10 691 testiranog, a pozitivnih je među testiranima gotovo 30 %. Broj aktivnih slučajeva danas je 11 995, među njima je 939 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga na respiratoru 131.

21. listopada

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) priopćila je danas da je od veljače 2020. do svibnja ove godine od COVID-19 vjerojatno umrlo oko 115 000 zdravstvenih djelatnika. WHO dodaje kako je od iznimne važnosti da zdravstveni djelatnici imaju prioritet prilikom cijepljenja.

23. listopada

U posljednjih tjedan dan u Hrvatskoj su od COVID-19 umrle 123 osobe, od kojih 93 nisu bile cijepljene. Među necijepljenima najviše je umrlih bilo u dobi iznad 65 godina. U dobnim skupinama od 30 do 64 godine preminulo je ukupno 16 osoba, sve su bile necijepljene.

24. listopada

Četvrti val epidemije donosi nagli rast pacijenata u bolnicama, gdje ih je danas više od 1 000, a ukupan broj preminulih prešao je 9 000 od početka izbijanja pandemije. Smrtnost u 3. valu bila je 2 %, a u ovom je 0,5 %, što znači da umire jedan od 200 oboljelih.

25. listopada

Europska agencija za lijekove (EMA) objavila je da se dodatna, tzv. booster doza cjepiva Moderne, može davati osobama od 18 godina i starijima najmanje šest mjeseci nakon primanja druge doze. EMA je prethodno u listopadu odobrila treću dozu cjepiva Pfizer/BioNTech i preporučila cijepljenje trećom dozom cjepivima tvrtki Pfizer/BioNTech ili Moderne osobama s oslabljenim imunim sustavom.

27. listopada

Današnji broj od 4 571 zaraženog od koronavirusa u Hrvatskoj drugi je najveći broj novozaraženih od početka epidemije u Hrvatskoj, nakon 4 620

pozitivnih na COVID-19 koliko je bilo evidentirano 10. prosinca prošle godine, na vrhuncu drugoga vala pandemije. Na današnji dan prošle godine bilo je 1 413 novopozitivnih.

29. listopada

Američka Uprava za hranu i lijekove (FDA) odobrila je cjepivo Pfizer/BioNTecha za djecu u dobi od pet do 11 godina, čime je to cjepivo postalo prvo protiv koronavirusa za malu djecu u SAD-u. Nakon ove odluke očekuje se da će cjepivo biti dostupno za 28 milijuna američke djece, od kojih su se mnoga vratila u školske klupe.

1. studenoga

Na svijetu je od početka izbijanja pandemije do danas od koronavirusa preminulo više od pet milijuna osoba. Prema podacima stranice Worldometer, ukupan broj preminulih iznosi 5 016 965. Najviše smrtnih slučajeva od COVID-19 bilježi SAD, njih 766 299. Slijede Brazil sa 607 860 te Indija sa 458 470.

4. studenoga

Danas imamo 6 310 novih slučajeva od 14 tisuća testiranih. To je čak 44 %. Umrle su 32 osobe. Ministar Beroš najavio je uvođenje novih mjere riječima "Ne možemo ograničavati život cijepljenima i preboljelima". Zbog odluke da u zdravstvenom sustavu i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj od danas svaki zaposlenik mora imati EU digitalnu COVID potvrdu, kao i posjetitelji i pratnja pacijentima, početku primjene sigurnosnih mjera u KBC-u Zagreb nazočio je i ministar zdravstva Vili Beroš. Ispred KBC-a Zagreb okupilo se oko 30 djelatnika koji nemaju COVID potvrdu, koja im treba za ulazak na radno mjesto, a ne žele se ni testirati. Nekoliko prosvjednika ometalo je ministra Beroša i ravnatelja bolnice Antu Čorušića u pokušaju davanja izjave medijima.

5. studenoga

Nacionalni Stožer civilne zaštite održao je konferenciju za medije na kojoj su objavljene nove mjere za suzbijanje pandemije koronavirusa. Od utorka, 16. studenoga, svi zaposleni u javnom sektoru dužni su predložiti digitalnu COVID-potvrdu, odnosno dokaz o preboljenju, cijepljenju ili negativnom testu prilikom ulaska na posao. To se odnosi na sve građane starije od 16 godina koji trebaju usluge državnih i lokalnih institucija te tvrtki čiji su one osnivači. Odluka nema ograničenje trajanja, odnosno na snazi je do daljnjeg.

6. studenoga

Čak 7 094 nova slučaja zaraze s COVID-19, to je rekordni broj od početka pandemije. Umrlo je 50 osoba, što je najviše u ovom valu. Testirano je 15 498 osoba, a udio novozaraženih među testiranima iznosi 45,77 %. U posljednja 24 sata cijepljene su 17 334 osobe.

9. studenoga

Danas imamo novi tužan rekord - 59 osoba je umrlo. Čak 70 % preminulih nije cijepljeno nijednom dozom, odnosno 17 osoba bilo je cijepljeno s dvije doze, a jedna osoba jednom dozom. Imamo 4 966 novozaraženih.

10. studenog

Čak 7 315 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2! To je najveći broj novozaraženih od početka pandemije.

11. studenoga

Premijer Andrej Plenković najavio je od idućeg tjedna (od 15. studenoga) uvođenje COVID potvrda za ulazak u javne ustanove i državne institucije te ponovno istaknuo važnost cijepljenja jer prema današnjim podacima od osam najmlađih umrlih, između 48 i 59 godina, nitko nije bio cijepljen. Nastavlja se crni niz. U posljednja 24 sata preminulo je 66 osoba, najviše od kada je počela epidemija u Republici Hrvatskoj. Zabilježeno je 6 315 novih slučajeva zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas 39 995. Među njima je 2 107 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 269 pacijenata.

12. studenoga

Posljednjih nekoliko dana diljem Hrvatske održavaju se prosvjedi protiv šire primjene COVID potvrda koje će biti obvezne u svim javnim i državnim službama. Građani su prosvjedovali u Zagrebu, Splitu, Osijeku i drugim hrvatskim gradovima.

13. studenoga

U posljednjih tjedan dana zabilježen je znatan interes za cijepljenjem među građanima. U Hrvatskoj je cijepljeno više od dva milijuna ljudi, skoro 60 posto odraslih! Od početka cijepljenja do danas utrošeno je 3 817 390 doza cjepiva, a cijepljeno je 49,88 % ukupnog, odnosno 59,63 % odraslog stanovništva. Jučer su utrošene 27 002 doze cjepiva, a od toga je 15 445 osoba cijepljeno prvom dozom.

14. studenoga

U Austriji je od noćas na snazi lockdown za sve necijepljene starije od 12 godina, a trebao bi trajati do 24. studenog. Tamošnje vlasti to su odlučile kako bi spriječile raspad zdravstvenog sustava. Svi koji nisu cijepljeni ili nisu preboljeli koronu neće smjeti napuštati svoje domove osim pod određenim okolnostima. Od pravila će se izuzeti oni koji obavljaju prijeko potrebne poslove, koji odlaze na posao, izlaze radi vlastitog tjelesnog i duševnog zdravlja ili zbog „osnovnih vjerskih potreba“.

Okrugli stol o izmjenama Zakona o sigurnosti prometa na cestama

NEPRIHVATLJIVO MUP-ovo PREBACIVANJE ODGOVORNOSTI ZA SIGURNOST NA CESTAMA NA LIJEČNIKE



Slijeva nadesno: Vikica Krolo, Ines Balint, Nataša Ban Toskić, Tomislav Franić, Ljiljana Mikuš, Tomislav Furlan, Željko Marušić

Budu li prihvaćene izmjene Zakona o sigurnosti prometa na cestama (ZSCP) prema kojima liječnici obiteljske medicine moraju prijavljivati pacijente čija promjena zdravstvenog stanja utječe na njihovu sposobnost vožnje, provođenje tog zakona će sustavno kršiti Zakon o liječništvu i Zakon o povjerljivosti podataka, kao i opasno narušavati povjerljiv odnos između liječnika obiteljske medicine i njihovih pacijenata, što smatramo nedopustivim. Tako je naglašeno na okruglom stolu na temu: „Prijedlog izmjena Zakona o sigurnosti prometa na cestama i obveze liječnika“, održanom 11. studenog u Hrvatskoj liječničkoj komori. Okrugli stol moderirala je zamjenica predsjednika HLK-a Vikica Krolo koja je istaknula kako će ovakve izmjene zakona dovesti do narušavanja odnosa povjerenja između pacijenta i liječnika, te kako ne postoji pravilnik o dijagnozama kojeg bi se liječnici trebali pridržavati.

Na Okruglom stolu sudjelovali su prim. Ines Balint, spec. OM, predsjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a, Tomislav Furlan, spec. med. rada, predsjednik Hrvatskog društva za medicinu rada HLZ-a, Nataša Ban Toskić, spec.

OM, predsjednica KoHOM-a, doc. dr. sc. Tomislav Franić, spec. psihijatar, zamjenik predsjednice Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a, prof. dr. sc. Željko Marušić s Fakulteta prometnih znanosti te mr. sc. Ljiljana Mikuš, prof. psihologije, pročelnica Sekcije za prometnu psihologiju Hrvatskog psihološkog društva.

„Mi smo liječnici, liječimo naše pacijente i gradimo povjerljiv odnos između naših pacijenata i nas vezano za njihovo zdravstveno stanje. Liječnici mogu savjetovati i upozoriti pacijenta na pridržavanje liječničkih preporuka u slučaju nekog zdravstvenog stanja ili propisivanja lijeka, apelirajući na njegovu građansku odgovornost. Prihvaćanjem ovih izmjena zakona, liječnici bi kršili Zakon o liječništvu jer bi nekoj trećoj strani slali podatke o pacijentima. Kršili bi i Zakon o povjerljivosti podataka, a nemamo ni privolu pacijenata da njihove podatke prosljeđujemo dalje. Prođe li ovaj zakon Hrvatska liječnička komora tražit će njegovu ocjenu ustavnosti,“ rekla je prim. Ines Balint, predsjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK-a.

Primjenom ovog zakona obiteljski liječnici, ali i svi ostali liječnici, postali bi izloženi prekršajnom postupku ako ne postupi po zakonu, a s druge strane, dolazili bi u sukob s profesionalnom etikom te kršili institut liječničke tajne. Istovremeno, lagano je za predvidjeti da bi sve to liječnike izložilo potencijalnoj agresiji pacijenata.

„Mi smo nezadovoljni kako su na naše primjedbe reagirali MUP i Ministarstvo zdravstva i svi oni kojima smo se obratili, od Predsjednika i Premijera RH do Predsjednika Sabora. Nikakav odgovor nismo dobili, a MUP u cijelosti ignorira primjedbe struke. Brojni kolege, već sada ako pošalju pacijenta na izvanredni pregled na medicinu rada, prijavljuju incidente s pacijentima, verbalne konflikte i prijeteće mailove. Proveli smo anketu među članovima KOHOM-a i liječnici koji su navršili 60 godina spremni su aktivirati svoje mirovine i otići iz obiteljske medicine jer na ovo gledaju kao na potencijalnu ugrozu cjelokupne egzistencije. Ovaj prijedlog zakona stvara pravnu nesigurnost u kojoj svaki liječnik oko svoje odluke oko svakog pacijenta, može prekršajno i građanskoopravno odgovarati pred sudom. Time i osiguravateljske kuće mogu tražiti nadoknadu štete izravno od liječnika“, rekla je Ban Toskić, predsjednica KoHOM-a.

Tomislav Furlan, specijalist medicine rada i predsjednik Hrvatskog društva za medicinu rada u Hrvatskom liječničkom zboru, istaknuo je kako su upravo specijalisti medicine rada educirani za procjenu zdravstvene sposobnosti vozača. „Svi liječnici, po novom prijedlogu Zakona, kad saznaju da postoji promjena zdravstvenog stanja pacijenta, trebali bi tom pacijentu izreći upozorenje koje u biti automatski suspendira njegovu vozačku dozvolu. To bi liječnici trebali upisivati u informatički sustav CEZIH. Predlagač zakona nije uzeo u obzir niti činjenicu da samo dio liječnika ima pristup CEZIH-u. Mi npr., specijalisti

medicine rada, ne koristimo CEZIH, kao niti dio bolničkih liječnika“ objasnio je Furlan. Dodao je kako su ove izmjene pokušaj MUP-a da prebaci na liječnike odgovornost za nešto što je u drugim državama EU ovlast agencije za sigurnost cestovnog prometa.

Psihologinja Ljiljana Mikuš istaknula je kako se kod izmjena ovog Zakona u biti radi o lošoj strategiji upravljanja rizicima, te kako Zakon ne uzima u obzir da je u prometu ključna osobna odgovornost pojedinca, tj. vozača.

Stručnjak za Fakulteta prometnih znanosti, Željko Marušić smatra da se ovim izmjenama zakona neće postići ono što MUP želi, a to je manji broj poginulih na cestama. Naime, Marušić je na okruglom stolu iznio podatak kako u Hrvatskoj na cestama pogiba čak 80 ljudi na milijun stanovnika, što je značajno više od prosjeka Europske Unije koji iznosi nešto manje od 50 ljudi na milijun stanovnika. Taj objektivan problem MUP pokušava neuspješno rješavati jednostranim mjerama poput izmjena zakona, umjesto da se poveća broj kontrola na cestama i izvjesnost kažnjavanja prometnih prekršaja.

Psihijatar Tomislav Franić, ujedno i zamjenik predsjednice Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a, govorio je pak o etičkim posljedicama usvajanja ovakvih izmjena zakona. „Ovo je velika etička dilema i problem. Riječ je o problemu koji može duboko narušiti povjerenje pacijenata u liječnike, a živimo u vremenu u kojemu je to povjerenje iz drugih razloga već dijelom narušeno. Ovi zakonski članci mogu napraviti veću štetu nego što su predmnjevanje koristi od njega.“ naglasio je Franić. Krolo je na kraju okruglog stola zaključila: Ključno je da je nužno ponovno uvesti redovite sistematske preglede za vozače, strože provoditi postojeći Zakon o sigurnosti na cestama i povećati izvjesnost kažnjavanja, a moguće je i primijeniti DRUID nomenklaturu na označavanje lijekova, sukladno preporukama Europskog savjeta za sigurnost prometa ETSC).

Radi se o klasifikaciji u kojoj se lijekovi označavaju bojama i na jasan način govore pacijentima kakav je utjecaj tih lijekova na sposobnost vožnje.

HLK traži brisanje iz Zakona obveze liječnika da prijave promjenu zdravstvenog stanja vozača

Vikica Krolo, zamjenica predsjednika HLK-a, Ines Balint, predsjednica Povjerenstva HLK-a za primarnu zdravstvenu zaštitu, i Ljiljana Čenan, zamjenica predsjednice navedenog Povjerenstva, sudjelovale su u utorak, 26. listopada na sastanku s predstavnicima Ministarstva zdravstva i Ministarstva unutarnjih poslova na temu izmjena i dopuna Zakona o sigurnosti prometa na cestama.

Predstavnice Liječničke komore, liječnice Krolo, Balint i Čenan, na sastanku su iznijele prijedlog HLK-a kojim se traži da se iz prijedloga ovog zakona u cijelosti ukloni obveza liječnika da prijavljuju MUP-u promjene zdravstvenog stanja vozača. U slučaju prihvatanja zahtjeva HLK-a ostala bi u zakonu jedino obveza za specijaliste medicine rada, koji su educirani i zakonom ovlašteni nakon pregleda izdavati liječničke potvrde za vozače.

Odnos liječnik – pacijent temelji se na povjerljivosti koja bi se značajno narušila predloženim izmjenama i dopunama zakona, a slična praksa ne postoji u većini država Europske unije.

Na sastanku je također istaknuto da će odredbe Zakona o sigurnosti prometa biti nemoguće primijeniti prije stupanja na snagu svih podzakonskih akata, tj. pravilnika koji detaljno razrađuju materiju iz zakona.

Ako će konačna verzija zakona sadržavati ne samo obvezu liječnika obiteljske medicine da prijavljuju promjenu zdravstvenog stanja nego i njihovu prekršajnu odgovornost, Hrvatska liječnička komora zatražit će preispitivanje ustavnosti navedenog zakona na Ustavnom sudu.

HLK i HLZ oštro osudili prosvjede pred domom ministra Vilija Beroša

Hrvatska liječnička komora i Hrvatski liječnički zbor oštro su osudili antivakser-ske prosvjede održane 14. listopada pred domom ministra zdravstva Vilija Beroša. Takvo prijeteće ponašanje pojedinaca upereno protiv obitelji bilo kojega građanina, a u ovom slučaju protiv dužnosnika, liječnika i člana oba ova udruženja, predstavlja iznimno neprihvatljiv čin potencijalnog dovođenja u opasnost obitelji.

Prosvjedima i demonstracijama nigdje u demokratskom društvu nije mjesto pred domovima pojedinaca, a takva okupljanja izravno ugrožavaju sigurnost članova obitelji.

Pozivi i poticanje na nasilje, te govor mržnje na društvenim mrežama, predstavljaju kazneno djelo. Nažalost, ovom neprihvatljivom prosvjedu prethodili su upravo takvi komentari na društvenim mrežama.

Pet krovnih liječničkih organizacija traže žurno donošenje šest ključnih epidemioloških mjera

Zbog izrazitog i rapidnog pogoršanja epidemiološkog stanja u Hrvatskoj i velikog pritiska na zdravstveni sustav te prijetjećeg preopterećenja bolnica i narušavanja njihovih sposobnosti za liječenje COVID-a, ali i ne-COVID bolesnika, pet liječničkih organizacija - HLK, HLZ, HLS, HUBOL i KoHOM - zatražile su početkom studenoga od Vlade RH i Nacionalnog stožera civilne zaštite žurno donošenje sljedećih mjera:

1. uvođenje obveznih COVID potvrda za rad kod svih poslodavaca (javni, državni i privatni);
2. uvođenje obveznih COVID potvrda za ulazak u zatvorene javne prostore (javna uprava, javna poduzeća, trgovački centri, kina, kazališta, restorani, kafići...);
3. ograničavanje broja osoba na svim okupljanjima u zatvorenim prostora

rima na 50, uz obvezne COVID potvrde (privremeno, tijekom sljedeća dva tjedna);

4. produljenje nastave online za učenike predmetne nastave osnovnih škola, učenike srednjih škola i studente na fakultetima (privremeno, tijekom sljedeća dva tjedna); nastavak održavanja razredne nastave po modelu A;
5. postupno odgađanje elektivnih programa u bolnicama;
6. organiziranje rada na punktovima za cijepljenje u svim većim gradovima u modelu rada 7 dana/12 sati.

Ciljevi koje pet liječničkih organizacija smatra da je moguće postići ovim mjerama jesu zadržavanje funkcionalnoga zdravstvenog sustava i sprječavanje njegova kolapsa. Naime, trend rasta hospitalizacija i pacije-

nata u jedinicama intenzivnog liječenja neminovno vodi do toga da oboljeli od COVID-a, kao niti drugi pacijenti, više neće moći dobiti zdravstvenu skrb na razini dosadašnje kvalitete i dostupnosti.

Suočeni smo u Hrvatskoj s iznimno žestokim valom epidemije. U posljednja dva tjedna broj pacijenata u bolnici i broj pacijenata na respiratorima narastao je za čak 72 %. Ako se odmah ne poduzmu nužne mjere, hrvatskom zdravstvu prijeti opasnost da uz sve oboljele od COVID-19 neće biti dovoljno specijaliziranih liječnika za liječenje najteže oboljelih.

Stoga pet vodećih liječničkih organizacija zaključuje: uz kontinuirani nastavak cijepljenja ove su mjere nužne kako bi se usporilo širenje zaraze, spriječio kolaps bolničkog sustava i osigurala dostupnost zdravstvene skrbi svim hrvatskim građanima.

Nedostaje 31 % ginekoloških timova u PZZ-u

Stanje je jednako loše i s ginekolozima u PZZ-u, kod kojih u odnosu na planiranu mrežu HZZO-a nedostaje čak 31 % ginekologa, tj. njih 104. Naime, 46 timova nema stalno zaposlenog ginekologa (nositelja tima), a 58 timova uopće nije ugovoreno. Jedan primarni ginekolog prosječno skrbi o 5 500 pacijentica, što znači da najmanje 250 000 žena nema odabranoga ginekologa u PZZ-u u javnom zdravstvu. Ginekolozi su u PZZ-u, s 54 godine, prosječno čak i nešto stariji od specijalista obiteljske medicine. Njih 69 je starije od 60 godina, a 21 ginekolog u ovoj skupini ispunjava i uvjete za starosnu mirovinu. Promatrano prema županijama, najteže je stanje u Brodsko-posavskoj, Bjelovarsko-bilogorskoj i Ličko-senjskoj županiji.

Prijedlozi Hrvatske liječničke komore za moguća rješenja

Liječnice Krolo i Balint su u ime HLK-a istaknule niz prijedloga mogućih rješenja ove goruće kadrovske krize u PZZ-u. Nužno je povećati broj liječnika, čime bi se smanjio prosječan broj pacijenata po liječniku, te raspisati, sukladno Nacionalnom planu specijalizacija 2020. - 2024., nove specijalizacije iz obiteljske medicine, ginekologije i pedijatrije za PZZ. Zdravstveni timovi na ovoj razini zdravstvene zaštite

su preopterećeni administracijom, što je moguće riješiti ili administrativnim rasterećenjem ili uvođenjem administratora u timove. Sa stručne strane, prijedlozi rješenja za povećanje kvalitete i učinkovitosti u PZZ-u se odnose na ujednačavanje smjernica za dijagnostiku i terapiju, praćenje ishoda liječenja, omogućavanje prikaza svih postupaka u radu i poticanje provođenja preventivnih programa.

Alarmantni podaci o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj

Obiteljskih liječnika i ginekologa svakim je danom sve manje i sve su stariji. Posljednjih 25 godina Hrvatska bilježi stalan pad broja zaposlenih liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) te se omjer liječnika u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti povećao na 1:3. Neulaganje u PZZ, od kojeg se očekuje da zbrine 80 % zdravstvenih potreba hrvatskih građana kako bi se rasteretio skuplji bolnički sustav, dovelo je do neracionalnosti u zdravstvu, manje dostupnosti zdravstvenih usluga građanima kao i lošijih ishoda liječenja.

Izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti trebaju ići u smjeru osiguravanja boljih uvjeta rada liječnicima u PZZ-u, jer su upravo uvjeti rada glavni razlog odlaska mladih liječnika iz Hrvatske. PZZ troši mali dio proračuna HZZO-a i uz manja, dodatna ulaganja u ovaj dio zdravstva,

građani bi, kao i sam zdravstveni sustav, ostvarili najveće koristi. Ovo su glavni naglasci s danas održanoga sastanka predstavnika HLK-a, Ministarstva zdravstva i HZZO-a, čija su glavna tema bili stanje u obiteljskoj medicini i ginekologiji u PZZ-u te moguća rješenja za budućnost ove razine pružanja zdravstvene skrbi.

U ime HLK-a na sastanku su sudjelovali zamjenica predsjednika HLK-a Vikica Krolo, predsjednica Povjerenstva za PZZ HLK-a Ines Balint, članica Povjerenstva za PZZ HLK-a Mirjana Semenić Rutko, predstavnica Ministarstva zdravstva - ravnateljica Uprave za PZZ MiZ-a Danica Kramarić, dok su iz HZZO-a sudjelovali Dubravka Pezelj Duliba, rukovoditeljica Službe za ugovaranje zdravstvene zaštite i Tatjana Bekić iz Službe za ugovaranje.

Sve manji broj liječnika obiteljske medicine

Podaci iz Digitalnog demografskog atlasa hrvatskog liječništva o broju i dobnoj strukturi liječnika u PZZ-u sve su alarmantniji. Liječnika je sve manje, a udio liječnika starijih od 60 godina svaki je dan sve veći.

U Hrvatskoj, u odnosu na planiranu mrežu HZZO-a, nedostaje 207 liječnika obiteljske medicine, tj. tolik je zbroj ugovorenih timova

bez stalno zaposlenog liječnika - nositelja tima i mjesta gdje uopće nisu ugovoreni timovi. Uz postojeći manjak obiteljskih liječnika zabrinjavajuće je i što su oni prosječno stari 52 godine, a čak ih je 33 % starijih od 60 godina. Među njima su i 184 liječnika obiteljske medicine koji su stariji od 65 godina te su navršili godine za odlazak u mirovinu.

U ovom razdoblju pandemije, kako pokazuje godišnji izvještaj HZZO-a za 2020. godinu, upravo su liječnici obiteljske i opće medicine imali rast broja kontakata s pacijentima. Ovakvo stanje u kojem istovremeno raste broj kontakata s pacijentima, a pada broj liječnika u PZZ-u, opstaje na pojačanom radu i entuzijazmu liječnika, što je dugoročno neodrživo.

PUBKVIZ HLK-a

na blagdan Sv. Luke, zaštitnika liječnika

18.10.2021. - nažalost opet online kao i 8.11. 2021.



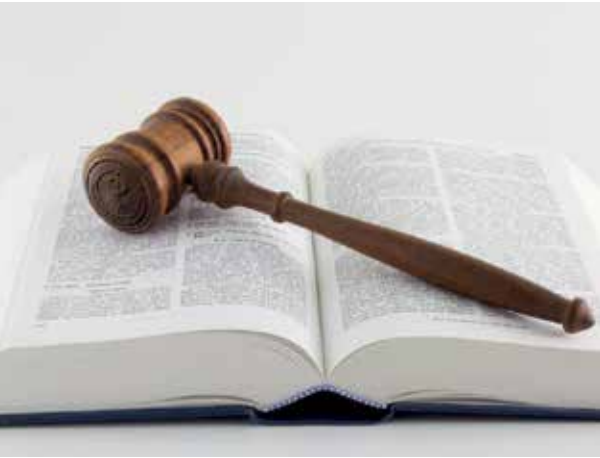
U zanimljivoj „epizodi“ našega kviza natjecalo se sedam sudionika. Pitanja je sastavila Lada Z. Posebnost ove večeri bilo je pripetavanje između po dvoje „finalista“, u jednom krugu ženskoga (Ana J.M. i Višnja K.) a u drugomu muškoga para (Tomislav P. i Toni D.). I svaki put po sedam puta. Pravi tie-break. Pogađalo se o sportu, glazbi, književnosti, zemljopisu, povijesti i koječemu još. Zna li koja vrsta životinje je pasmina Maine Coon? Iz četiri kruga dobili smo dva pobjednika, od kojih se jedan mora zvati Tomislav – to je već tradicija. A tradicija je

i da je to često Tomislav K. Drugi pobjednik je Toni D., također iz pobjedničkih momčadi, osobito kad imamo sreću „ići uživo“.

A 8. studenoga smo iz šest krugova imali četiri pobjede: Mislav Č. je briljirao čak tri puta, a jednom mu je to onemogućila Darija K., pobjedivši u jednom krugu. "Kako je bilo ime Cushingu po kome je nazvan Cushingov sindrom?"

A nagrade? I ovaj put nas vjerno prati Eucerin.

Tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještake



Hrvatska liječnička komora organizira tečaj za stalne sudske vještake koji će se održati od **22. do 26. studenoga 2021. u Središnjem uredu HLK-a**. Tečaj se sastoji od teorijskog i praktičnog dijela, a polaznici ostvaruju minimalno 20 bodova. Predavači na teorijskom dijelu tečaja su stručnjaci iz područja prava, suci te stručnjaci iz područja medicine, aktivni stalni sudski vještaci, dok se na praktičnom dijelu tečaja kandidat

educira uz mentora, stalnoga sudskog vještaka. S mnogim aktivnostima i primjerima iz prakse, tečaj HLK-a kvalitetno priprema buduće sudske vještake na sve izazove izrade sudskih vještačenja iz područja medicine kojim se kandidat bavi.

Već dvadesetak godina dugom tradicijom održavanja tečajeva za stalne sudske vještake, HLK osposobljava polaznike tečaja za izradu nalaza i mišljenja koji idu ukorak sa suvremenim postignućima sudskomedicinskog vještačenja.

Svojim programom i odabirom tema, tečaj pruža kvalitetna predavanja iz području prava i medicine koja potiču polaznike na razvijanje jedinstvenih vještina prilikom izrade sudskih nalaza i mišljenja. Uz to, polaznici se potiču na profesionalan i osobni razvoj, kao i na razvijanje etičkih vještina kako bi svojim stručnim znanjem, etičnošću i značajnim iskustvom ponudili redovnim sudovima kvalitetan zaključak koji je potreban sudu za utvrđivanje ili ocjenu neke važne činjenice u sudskom sporu.

Na teorijskom dijelu tečajeva kandidati sudjeluju u predavanjima iz područja prava i medicine te se upoznaju s temeljnim postulatima izrade sudskog nalaza i mišljenja, kao i načinima korištenja dokumentacije i sudskog spisa prilikom izrade vještačenja.

Praktični dio tečaja kandidati prolaze s imenovanim mentorom, dugogodišnjim stalnim sudskim vještakom za granu medicine za koju kandidat želi imenovanje. Praktični dio tečaja održava se u terminima i dinamikom kojom se kandidat i mentor dogovore. Kroz puno aktivnosti, primjera iz prakse te uz korištenje dopuštenih sudskih materijala, mentori će kvalitetno pripremiti kandidate, buduće sudske vještake, na suvremene izazove prilikom izrade sudskih vještačenja iz područja grane medicine kojom se u praksi bave.

Za sve informacije o tečaju, zainteresirani kandidati mogu se javiti na broj telefona: 01/4627 122 ili mobitela: 099 269 47 99, kao i na adresu elektroničke pošte erakovic@hlk.hr.

Anketa o napredovanju liječnika u zdravstvenom sustavu



Fakultet političkih znanosti i Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu te Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu istražuju bolji uvid u uvjete rada i napredovanja liječnika u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj, s naglaskom na

analizu čimbenika koji utječu na napredovanje liječnika na upravljačka mjesta u zdravstvenom sustavu.

Istraživanje je anonimno, a prikupljeni podatci koriste se samo u svrhu istraživanja, za izradu znanstvenih radova koji će biti predstavljeni na konferencijama i dostavljeni akademskim časopisima na recenziju.

Voditelji istraživanja očekuju da postoje institucijski, kulturološki i društveni čimbenici (među ostalima) koji utječu na mogućnost napredovanja na vodeće upravljačke pozicije u hrvatskom zdravstvu.

Kako bi se budućim politikama upravljanja omogućila dostupnost relevantnih podataka, bitno je sudjelovanje što većeg broja liječnika u ovom istraživanju.

Online upitnik je dostupan na mrežnim stranicama HLK-a.

Natječaj za dodjelu godišnjih nagrada HLK-a u 2021. godini

Hrvatska liječnička komora u studenom raspisuje "Natječaj za dodjelu godišnjih nagrada Hrvatske liječničke komore u 2021. godini". Natječaj će obuhvaćati razdoblje od 16.11.2020. do 15.11.2021.

Kao i do sada, nagrade će se dodjeljivati u kategorijama za najzapaženije stručno ostvarenje, za znanstveni doprinos unaprjeđenju liječničke struke i profesije, za iznimno djelovanje u zaštiti prava liječnika te promicanju interesa hrvatskog liječništva i za promicanje ugleda hrvatskih liječnika i liječničke struke u javnosti. Natječaj će biti objavljen na www.hlk.hr a članovi će biti i pojedinačno obaviješteni.

TEMA DRUKČIJI

NAJBOLJA FOTOGRAFIJA



Pozivamo liječnike

da nam za sljedeći broj Liječničkih novina (do konca studenog) pošalju tematsku fotografiju čiji su oni autori, a koja prikazuje temu "ADVENT".

Najbolju fotografiju (prema izboru uredništva) nagradit ćemo objavom u Liječničkim novinama.

Svoje fotografije možete poslati na info@restart.hr

Vrijeme održavanja je promijenjeno

3. KONGRES KOKOZ-a i

5. HRVATSKI KONGRES MEDICINSKOG PRAVA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM



1. - 3. travnja 2022. — Rovinj, hotel EDEN

Organizatori:

Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Hrvatska liječnička komora

Suorganizatori:

Hrvatska komora dentalne medicine
Hrvatska komora fizioterapeuta
Hrvatska komora medicinskih biokemičara
Hrvatska komora medicinskih sestara
Hrvatska komora primalja
Hrvatska komora zdravstvenih radnika
Hrvatska ljekarnička komora
Hrvatska psihološka komora

Tehnički organizator: Aorta d.o.o.
www.aorta.hr, kongres@aorta.hr



HRVATSKA
LIJEČNIČKA
KOMORA



KOKOZ
koordinacija komora
u zdravstvu

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA KOMORE U LISTOPADU 2021.

4. listopada	Gostovanje u emisiji „U mreži Prvog“ Hrvatskog radija (dr. V. Krolo)
11. listopada	Tribina „Humanitarni konvoj “Liječnika bez granica” opkoljenom Vukovaru – 30 godina poslije“, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
12. listopada	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora, Zagreb (dr.sc. K. Luetić)
14. listopada	Gostovanje u emisiji „Newsroom“ N1 televizije (dr.sc. K. Luetić)
22. listopada	Gostovanje u emisiji „Poligraf“ Hrvatskog radija (dr.sc. K. Luetić)
26. listopada	Sastanak u Ministarstvu zdravstva u vezi odredbe Prijedloga izmjena i dopuna Zakona o sigurnosti prometa na cestama, Zagreb (dr. V. Krolo, prim.dr. I. Balint, dr. Ljiljana Čenan)
28. listopada	Gostovanje u emisiji „Argumenti“ Hrvatskog katoličkog radija (dr. V. Štefančić Martić)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U LISTOPADU 2021.

6. listopada	Sjednica Izvršnog odbora
12. listopada	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
22. listopada	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
25. listopada	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
28. listopada	Sjednica Povjerenstva za mlade liječnike
1. – 31. listopada	Pet rasprava na Časnom sudu

Posebna ponuda PBZ nenamjenskih kredita za članove HLK

Hrvatska liječnička komora dogovorila je za svoje članove novu ograničenu akciju za ugovaranje povoljnih nenamjenskih kredita s Privrednom bankom Zagreb. **Od 15. studenoga do 11. prosinca 2021.** članovi Komore mogu u poslovnica PBZ-a ugovoriti nenamjenski kredit do iznosa od 300.000 kuna uz povoljnu fiksnu kamatnu stopu te bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva. Za dulje rokove otplate snižene su kamatne stope.

Fiksna kamatna stopa za kredite bez CPI police osiguranja za rok od 13 mjeseci do 10 godina je u rasponu od **2,90% do 3,40%** (EKS od 2,94% do 3,45%).

Fiksna kamatna stopa za kredite uz CPI policu osiguranja za rok od 13 mjeseci do 10 godina je u rasponu od **2,70% do 3,20%** (EKS od 4,31% do 4,84%).

Visina fiksne kamatne stope ovisi o kreditnom riziku klijenta.

U razdoblju posebne ponude izvršit će se **povrat troškova javnog bilježnika** (ne

vrijedi za refinanciranje postojećeg PBZ nenamjenskog kredita ugovorenog 2020. i 2021.).

Uz **fiksnu kamatnu stopu** i mogućnost **odabira dana u mjesecu za plaćanje kredita**, postoji i pogodnost **počeka otplate (preskoka) anuiteta ili rate kredita** za što se ne naplaćuje naknada, a prvi preskok može se koristiti nakon isteka prvih šest mjeseci otplate kredita. Ponudene pogodnosti članovi Komore moći će ostvariti u PBZ poslovnica kod osobnih bankara.

S EDUKACIJE U ŠVEDSKOJ

We're gonna need more ice!



Doc. dr. sc. BOJAN SUDAREVIĆ, dr. med., KBC Osijek

Specijalist sam urolog sa subspecijalizacijom iz transplantacije bubrega, radim na Zavodu za urologiju KBC-a Osijek. Krajem siječnja 2020. prijavio sam se na četvrti u nizu Natječaja Hrvatske liječničke komore (HLK) za dodjelu novčanih sredstava radi inozemnoga stručnog usavršavanja.

Za odredište edukacije odabrao sam Sveučilišnu bolnicu Sahlgrenska u Göteborgu u Švedskoj, što mi je prije nekoliko godina preporučio kolega urolog iz druge hrvatske ustanove. On je bio iznimno zadovoljan svojom edukacijom i istaknuo da, za razliku od drugih sličnih ustanova, u Sahlgrenskoj nisu imali ništa protiv asistiranja gostujućih liječnika na svim operacijama. Osim toga, Sahlgrenska je i jedna od vodećih švedskih transplantacijskih ustanova i čitave Skandinavije, gdje se obavljaju transplantacije jetre, gušterače, pluća, bubrega, crijeva i maternice.

Nakon što mi je edukacija bila odobrena, nekoliko sam puta odgađao odlazak zbog razbuktanja COVID-pandemije. Konačno sam, u dogovoru s HLK-om i voditeljem transplantacijskog odjela Sahlgrenske profesorom Lindnerom, uspio dogovoriti edukacijski posjet od tri tjedna, u listopadu 2021. godine.

Već samim ulaskom na prvi jutarnji sastanak u Sahlgrenskoj osjećao sam se dobrodošlim. Sudi-onici sastanka su se bez imalo teškoća "prebacili" na engleski jezik te sam odmah savjetovan da se djelatnicima obraćam imenom, a ne titulom i

prezimenom. Zahvalio sam Peru (pardon, profesor Lindneru) i predstavio se djelatnicima. Bez previše pitanja, uručena mi je iskaznica-ključ za pristup većini prostora bolnice te sam upućen asistirati Williamu na današnjoj transplantaciji bubrega.

Sam postupak transplantacije bubrega nije bitno odstupao od onoga u mojoj matičnoj ustanovi, uz poneki *"tip and trick"* koji vrijedi primijeniti u vlastitom radu. Od uvjeta na koje sam se navikao jesu veći, noviji i opremljeniji prostor, kao i mogućnost robotski asistirane donorske nefrektomije. Stekao sam dojam da medicinske sestre i liječnici nisu pod tolikim stresom te da su manje užurbani. Naravno, i u Sahlgrenskoj imaju teškoća s nedostatkom osoblja, s popunjenošću smještajnih kapaciteta te zauzetosti operacijskih dvorana, tako da se radi dijeljenja operacijskog bloka s drugim specijalnostima ponekad moralo čekati i nekoliko sati na razmjeni između dviju operacija (na primjer između donorske nefrektomije i implantacije bubrega od živoga donora). Primijetio sam da liječničko radno vrijeme nije fiksno, posao je gotovo u pravilu završavao oko 18, a ponekad i oko 20 sati. U razgovoru s liječnicima poslije sam doznao da im bolnica ne plaća sve ostvarene prekovremene sate već da se određuju slobodni dani, najčešće čitav tjedan.

Što se COVID-a tiče, primjetljiv je "slobodniji" pristup pandemiji, prvenstveno mislim na nošenje zaštitnih maski. U krugu bolnice gotovo da i nema osobe s maskom, a upozoren sam da je ona obvezna samo pri izravnom kontaktu s bolesnikom. Za onoga koji "nepotrebno" nosi masku misli se da je prehladen ili bolestan. Zaštitne maske nisu obvezne niti na javnim prostorima poput prodavaonica i trgovačkih centara. Ostale mjere, poput redovitog pranja ruku i održavanja razmaka, jednaki su kao i u Hrvatskoj.

S obzirom na zainteresiranost tamošnjih liječnika za hrvatske uspjehe na području transplantacijske medicine, Per me pretkraj mog boravka u Švedskoj zamolio da održim kratko predavanje o tome, što sam i učinio, uz kvalitetnu i bogatu raspravu.

Ipak se već trećeg dana mog boravka u Göteborgu dogodilo nešto što me se najviše dojmilo. Transplantacijska kirurkinja Ulrika ("mlađa"

dežurna taj dan) pitala me bih li joj asistira-
rao multiorgansku eksplantaciju bolesniku s moždanom smrću na Islandu. Plan je bio otplovati malim mlažnjakom, eksplantirati jetru i bubrege, dok bi torakalni kirurg (koji nas čeka na Islandu) eksplantirao srce, koje bismo mi onda žurno dostavili transplantacijskom timu u Göteborgu. Prvotno nisam ni shvatio da Island nije "tu negdje" u blizini – let zrakoplovom traje oko 3 sata, znatno dulje nego let Zagreb-Göteborg. Sa sobom sam ponio putovnicu i potvrdu o procijepljenosti na COVID-19 te transplantacijskom koordinatorskom izdiktirao OIB i ostale podatke, kako bi se u slučaju nezgode znalo tko je sve bio u zrakoplovu. Žurno smo prevezeni bolničkim prijevozom na "stražnji" ulaz zračne luke Landvetter u Göteborgu, gdje smo ugledali pilota i zrakoplov sa svega šest mjesta za putnike – Ulriku, koordinaticu, dvije instrumentarke i mene. Dok smo uzlijetali, a nakon pilotova objašnjenja na tečnom švedskom postupka u slučaju opasnosti, misli su mi se sudarale jedna s drugom. Treba preživjeti let, obaviti dobar posao (hrabri su kada se usude poslati nekog novog i "na neviđeno") te se brzo vratiti kako bi se mogla učiniti pravovremena transplantacija, prvenstveno srca, koje je najosjetljivije na hladnu ishemiju. Dok smo se spuštali prema Reykjaviku još je bio dan (djelomično i zbog promjene vremenske zone – još jedna prvotno predviđena činjenica) te su se jasno mogli vidjeti ledenjaci i poneki neaktivni vulkan, što je pridonijelo pomalo nadnaravnoj atmosferi. U zračnoj nas je luci dočekala islandska policija i pod rotacijom dovezla do bolnice (za putovnice nitko nije niti pitao, zadovoljili su se brojanjem pridošlih). Pristupili smo zahvatu, a prije toga sam se još jedanput osvrnuo na Atlantski ocean koji se ukazivao kroz prozor operacijske sale, i pomislio gdje sam se to iznenadno zatekao.

Eksplantacija je protekla uredno, za stolom gotovo da i nije bilo potrebe za verbalnom komunikacijom, kirurški smo se razumijevali. Nakon što smo pokrenuli *in situ* perfuziju organa i smjestili usitnjeni zdrobljeni led u trbušnu i torakalnu šupljinu, Ulrika je doviknula pomoćnoj instrumentarki: *"We're gonna need more ice!"* A ja sam, sada već opušteniji i siguran u uspješnost zahvata, instinktivno dobacio: *"It's a good thing that we're in ICEland."*

TRANSPLANTACIJA JETRE U DJECE U HRVATSKOJ

Razgovarala: Anna Mrzljak

Razgovaramo s prof. Juricom Vukovićem, voditeljem transplantacijskog jetrenog programa u djece u KBC-u Zagreb, jedinom mjestu u Hrvatskoj gdje je moguće učiniti ovakav zahvat. Transplantacija u djece složen je postupak i delikatniji nego u odraslih. Saznajemo kako je sve počelo, koji su rezultati i uspjesi te koji su problemi u pedijatrijskoj transplantacijskoj hepatologiji u Hrvatskoj.

> Kada i na koji način započinje transplantacija jetre u djece u Hrvatskoj?

Rekao bih da je začeta ranih osamdesetih godina kada prof. dr. Ivan Bradić nepunih desetak godina nakon zapadnih medicinskih središta izvodi prvu portoenterostomiju po Kasaiju u dojenčeta s atrezijom žučnih vodova, pri čemu je udario temelje kuće koju je dogradio prof. dr. Stipe Batinica, formirajući i vodeći tim za transplantaciju jetre u djece.

> Jeste li u početku surađivali s inozemnim središtima? Postoji li i dalje ta suradnja?

Ništa od toga ne bi bilo moguće da nismo imali bolesnike i cijelu ekipu profesionalaca sposobnih da sudjeluje, pomogne i podrži cijeli projekt. Prije uvođenja programa, a kad smo već osvijestili potencijalnu blagotvornost transplantacijskog liječenja, slali smo dio bolesnika u inozemstvo (Bicetre, King's College, Hamburg, Padova). Protokole postupanja i liječenja priskrbili smo u Bicetreu, a kako smo takrolimus od početka uveli u naš imunosupresivni protokol, prve smo dvije godine terapiju titrirali uz pomoć laboratorija u Parizu i ekspresne pošte. Kirurški smo inicijalno bili oslonjeni na Pittsburgh (tim Reyes/Mazariegos) i prvu smo transplantaciju planirali učiniti uz njihovu nazočnost, ali su sudbina i potrebe

naših bolesnika bile drukčije pa smo sve učinili sami. Inicijalno nismo bili dio Eurotransplanta i program smo primarno razvijali kao transplantaciju dijela jetre sa živog srodnika. Suradnja se održala do danas prvenstveno na konzultativnoj razini.

> Koliko djece je do sada tako transplantirano u Hrvatskoj?

U ovih dvadesetak godina učinili smo u 53 djeteta 63 transplantacije (od toga 54 segmentalne). U tom razdoblju samo dvoje djece na transplantacijskoj listi nije dočekalo presađeni organ zbog razloga koji su bili izvan naše moći.

> Kakvo je stanje danas? Tko sve od vaših kolega sudjeluje u postupku, tko čini tim?

Velika je promjena nastala uključenjem u Eurotransplant. U proteklom razdoblju samo je mijena bila stalna, tako da od tima koji je krenuo u ovaj projekt ostadoh samo ja. Nakon posljednje reevaluacije rezultata u proljeće 2019. formiramo novi uži tim na koji sam posebno ponosan.

Riječ je o timu čija je stožerna figura dr. sc. Danko Mikulić, dječji i transplantacijski kirurg iz KB-a Merkur, u čijoj se profesionalnoj osobi stječu sve pretpostavke za uspješnu sadašnjost, ali i budućnost našega programa. Njegov angažman potvrđuje da fizičke granice bolnica nisu prepreka i da je dobrobit bolesnika iznad svega, a da granice mogu postojati tek u našim glavama.

U kirurškom timu su i naši dječji kirurzi i dječji anesteziolozi. Pedijatrijski dio tima čine gastroenterolozi/hepatolozi i intenzivisti. Nužan dio čine i ekspertni radiolozi i patolozi.

> Koje su najčešće indikacije za transplantaciju jetre u djece? Koliko danas djece čeka transplantaciju jetre u Hrvatskoj? Kolika je njihova prosječna dob? Koliko dugo djeca u prosjeku čekaju jetru?

Najčešća je indikacija za transplantaciju jetre u djece atrezija žučnih vodova, potom brojne druge kolestatske bolesti jetre. Na današnji je dan dvoje djece na listi za transplantaciju jetre. Njihova prosječna dob u konkretnom slučaju ne znači ništa, jedno dijete ima 15 mjeseci, a drugo deset godina, prije pet dana je transplantiran četverogodišnjak. Kako je sve troje inicijalno bolovalo od atrezije žučnih vodova i liječeno portoenterostomijom po Kasaiju, njihova sadašnja dob savršeno ilustrira ishode liječenja osnovne bolesti. Trideset posto ih razvija progresivnu cirozu i zahtijeva transplantaciju najčešće u drugoj godini života, drugih 30 posto biva transplantirano u predškolskoj i ranoj školskoj dobi, dok još 30 posto biva transplantirano u adolescenciji. Otprilike deset posto bolesnika dočeka odraslu dob s vlastitom jetrom. Medijan čekanja na novi organ je oko 4 - 6 mjeseci, najkraće je bilo nepunih 48 sati, najdulje 18 mjeseci. Organi moždano mrtvih donora legitimno su dobri potencijalni organi, ali prolaze našu strogu selekciju.

> Uzimaju li se organi odraslih moždano mrtvih donora za djecu? Koliko je zastupljeno donorstvo sa živih osoba u djece u Hrvatskoj?

Hrvatska je čuvena izvan naših granica po svom kadaveričnom donorskom programu i po izvrsnim transplantacijskim programima, a ako govorimo o jetri, onda prvenstveno jetre u odraslih u KB-u Merkur. Tako koncipirana transplantacijska politika ne favorizira naročito donorstvo živih osoba kad je riječ o transplantaciji jetre u djece, a i meni je, kao osobi koja prva razgovara s roditeljima o mogućnostima potencijalnog donorstva, bilo puno lakše tu mogućnost sugerirati dok sam mogao reći da nijedan živi donor dijela jetre nije smrtno stradao. Aktualno je naš stav da ih obradimo kao potencijalnu rezervnu varijantu u slučaju potrebe za hitnom retransplantacijom.

> Trebaju li djeca imati prednost pred odraslima na tzv. "listama čekanja"?

Osobno mi je teško odgovoriti na to pitanje jer sam interesno uključen u transplantacijski program. Jedina je prednost za koju sigurno

Prof. dr. sc. Jurica Vuković, dr. med.

Klinika za pedijatriju KBC-a Zagreb i
MF Sveučilišta u Zagrebu, predstojnik
Katedra za pedijatriju MF Sveučilišta u
Zagrebu, pročelnik

Prof. Jurica Vuković u 11 rečenica

1. Reformiran u gimnaziji, završava MIOC, a izabравši medicinu odlučio se za poziv umjesto za struku.
2. Svjedočiti fascinantnom razvojnom putu jedinke od rođenja do pune fizičke i psihičke zrelosti te umanjivati prepreke na tom putu učinilo je pedijatriju najpoželjnijim specijalističkim izborom.
3. Uzori među pedijatrima odredili su rane interese.
4. Bolesnici s atrezijom žučnih vodova koje je susretao tijekom specijalizacije vapili su za sustavnim timskim pristupom.
5. Tako se rodio interes za pedijatrijsku hepatologiju.
6. Učio ju je uz bolesnike, stručne i znanstvene publikacije i tijekom jednogodišnjeg boravka kod prof. Oiviera Bernarda u Bicetreu u Parizu.
7. Tamo se „zarazio“ idejom da makar u jednom segmentu pedijatrije i mi svojom intervencijom možemo na smrt osuđenima vratiti zdravlje.
8. Boravak u Pittsburghu s ključnim članovima budućeg tima za transplantaciju jetre u djece KBC-a Zagreb upotpunio je pretpostavke za realizaciju navedene ideje.
9. Imao je sreću da se okuša kao nastavnik i možda je dorastao do učitelja.
10. Još uvijek voli čitati.
11. I u drugom životu sve će ponoviti jer Repetitio est mater studiorum.

znam da su je imala u pionirskim danima transplantacije jetre u SAD-u kad su bila prvi kandidati za ovaj oblik liječenja.

➤ Kako i tko sve provodi poslijetransplantacijsko praćenje?

Prati ga pedijatrijski gastroenterolog/hepatolog i koordinira potrebne kontrole s drugim specijalistima prema utvrđenom protokolu,



koji favorizira osjećaj nevelike ovisnosti izlječenog bolesnika o kontrolama i afirmira njegov doživljaj sebe kao zdravog pojedinca. Najčešći problemi nakon transplantacije jetre u djece temelje se na činjenici da ih vjerojatno zbog razmjerno malog broja u ukupnoj populaciji djece i dalje doživljavaju s čuđenjem, pa se ponašaju prema njima kao da su u najmanju ruku ometena u razvoju. A ona žive u svojim sredinama, idu u škole sa svojim vršnjacima, rade ravnopravno sa svojim kolegama, rađaju djecu kad odrastu, bave se sportom, prolaze adolescentne krize i odlaze od nas paženi i prepoznati kao osobe, kao članovi svojih obitelji, kao mladi ljudi kojima je vraćeno zdravlje.

➤ Kako je organiziran proces tranzicije iz pedijatrijske u skrb adultnog hepatologa?

Taj je proces bremenit brojnim problemima. Temeljni je, kako ga barem ja vidim, u činjenici da mi bivšeg bolesnika, sada zdravoga mladog čovjeka/ženu s presađenim organom ne uspijevamo pripremiti za činjenicu da on sada s prelaskom u adultnu skrb ponovo postaje bolesnik, jedan u nizu u pretrpanoj ambulanti sličnih. Da nakon doktora koji je znao sve o njemu, njegovoj školi, njego-

vim strahovima, njegovom odrastanju, sada postaje gospodica/gospodin i mora se uklopiti u standarde, smjernice, jer sustav jednostavno nema kapaciteta da ga individualno prepoznaje. Objektivno ni nema vremena, jer je radno opterećenje adultnog hepatologa u najmanju ruku deseterostruko veće od onoga pedijatrijskog. Zajednički pregledi u tranzicijskoj ambulanti, koji počinju po završetku puberteta i traju do trenutka kad bolesnik inicira potpun prelazak adultnom hepatologu, čini mi se pravim modelom tranzicije. U praksi gledajući istu sliku, nerijetko jedan vidi zmiju koja je progutala slona, a drugi vidi šešir. To ćemo promijeniti samo ako sliku gledamo zajedno.

➤ I za kraj, kakva je budućnost dječje transplantacijske hepatologije u Hrvatskoj?

Sada ulazi u prvu zrelost, preživjela je dječje bolesti, afirmirala vjeru u vlastite mogućnosti, ima mlade stručnjake koji timski razmišljaju, pomiču dobne, specijalističke i institucijske granice i ne zaboravljaju da sve to čine kako bi smrtno bolesnoj djeci omogućili da danas postanu zdrava djeca, sutra roditelji, a jednog dana i bake i djedovi.

Hrvatsko dijabetološko društvo

Cjelovita skrb većine osoba sa šećernom bolesti mora se provoditi u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite, uz bolju suradnju s dijabetolozima

Razgovarala: Lada Zibar

Doc. dr. sc. ANELA NOVAK, dr. med.

internist-endokrinolog u KBC-u Split,
predsjednica Hrvatskoga
dijabetološkog društva

➤ **Povodom Svjetskoga dana šećerne bolesti aktualiziramo problem epidemije ove kronične nezarazne bolesti koja traje već desetljećima, a sada je u sjeni pandemije COVID-19. Što je novo endokrinološka zajednica u Hrvatskoj dodala skrbi za pacijente s dijabetesom?**

Tema je ovogodišnjega Svjetskoga dana šećerne bolesti (ŠB) dostupnost zdravstvene skrbi osobama sa ŠB-om. Navedeno je pet temeljnih sastavnica te skrbi koja uključuje: dostupnost inzulina, peroralnih lijekova, mogućnost samokontrole, edukacije, pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti. Na sreću, osobama sa ŠB-om u Hrvatskoj dostupni su svi oblici inzulina i lijekova koji su dostupni i u razvijenim zemljama. Ono u čemu nismo tako dobri je dostupnost edukacije, te ne toliko dostupnost koliko svijest o važnosti pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti. A upravo su pravilna prehrana i tjelesna aktivnost temelji liječenja i prevencije ŠB-a. Stoga ne čudi da se i na službenim stranicama Međunarodne dijabetičke federacije (IDF) naglašava da se šećerna bolest tipa 2 može prevenirati u više od 50 % slučajeva.

Upravo prevencija i dostupnost zdravstvene skrbi osoba sa ŠB-om temeljna je ideja osnivanja Hrvatskoga dijabetološkog društva – HDD-a (u daljnjem tekstu Društvo) čiji su članovi uz endokrinologe-dijabetologe liječ-

nici/specijalisti obiteljske medicine. U radu Društva sudjelovat će i liječnici javnoga zdravstva, nutricionisti, psiholozi, sestre edukatori i patronažne sestre. Endokrinologe-dijabetologe vidim samo kao jedan kotačić u krugu skrbi s ciljem stvaranja preduvjeta za bržu komunikaciju između svih dionika sustava koji skrbe o osobama sa ŠB-om. Jedan od prioriteta rada Društva bit će organiziranje strukturirane edukacije za liječnike, sestre i pacijente na razinama gradova i županija, te rad na društvenim mrežama, kako bi sve potrebne informacije učinili lako dostupnima. Tako smo već započeli s objavljivanjem na našoj facebook stranici **DiaEdu**. Nadalje, važna nam je suradnja s udrugama osoba sa ŠB-om, radi čije dobrobiti je u konačnici Društvo i osnovano.

➤ **Što je dominantna promjena koju ovo novo Društvo želi potaknuti?**

Dosadašnja iskustva pokazuju da zdravstveni sustav najviše daje kad je organiziran na tzv. piramidni način, s brojnom, dobro educiranom i opremljenom primarnom zaštitom te malobrojnom, ali vrhunski educiranom i opremljenom bolničkom zaštitom. Razlog tome je što ipak samo manji broj bolesnika treba specijaliziranu i tehnički zahtjevniju skrb, za što bi bolnice isključivo i trebale služiti. Stoga HDD smatra da skrb o osobama sa ŠBT2 mora biti u ordinaciji obiteljske medicine, u blizini mjesta rada i života bolesnika, a ne tercijarne skrbi.

Što se tiče ŠB-a u Hrvatskoj, brojevi su sljedeći, endokrinologa-dijabetologa ima oko 160, a prema podacima CroDiab Registra u 2020. bilo je 310 212 osoba sa ŠB-om. Iluzorno je i nepotrebno organizirati skr

osoba sa ŠB-om, prvenstveno sa ŠBT2 na tercijarnoj razini. Liječnici/specijalisti obiteljske medicine u stvari su najdostupniji dio zdravstvene skrbi, najbolje poznaju bolesnika u njegovom pravom okruženju – obitelj, posao, navike, te najbolje mogu pratiti postizanje terapijskih ciljeva. Naša će uloga biti poticanje usavršavanja obiteljskih liječnika (pojedinaца ili u grupnoj praksi) i omogućavanja bolje i brže komunikacije, odnosno dostupnosti endokrinologa-dijabetologa. Tako bi skupine s najspecifičnijim potrebama mogle dobiti specijalističku dijabetološku skrb. Stoga temelj ovog Društva čine uz dijabetologe liječnici/specijalisti obiteljske medicine.

➤ **Dijabetes se očituje komplikacijama koje su sustavne i na taj način angažira brojne struke, od endokrinologa do kirurga, kardiologa, neurologa, nefrologa. Tko bi trebao biti „glavni“ u takvom timu?**

Kada govorimo o komplikacijama ŠB-a, to zasigurno zahtijeva multidisciplinarnu specijalističku skrb. Iako dijabetolozi jedini imaju naziv bolesti u svom imenu oni nisu "glavni" u organiziranju skrbi za osobe sa ŠB-om. Ponovno su liječnici/specijalisti obiteljske medicine ti koji najbolje poznaju svoje bolesnike, imaju potpun uvid u komorbiditete i komplikacije i koji na kraju objedinjuju sve dobivene informacije.

Mnogo važnije od liječenja komplikacija je njihovo najranije prepoznavanje. Postupak otkrivanja jednostavan je i većina je testova dostupna obiteljskim liječnicima i primarnim laboratorijima. Nije potrebno da bolnički specijalisti naručuju i provode

učestale kontrole, posebno dobro reguliranih bolesnika bez razvijenih komplikacija. Kontrole bi trebao indicirati obiteljski liječnik, a ako traži konzultaciju da uputi jasan upit na koji bolnički specijalist treba jasno odgovoriti u zaključku, bez bespotrebnih prepisivanja medicinske dokumentacije i nalaza koje mu je ionako obiteljski liječnik uputio.

U suradnji s kolegama iz obiteljske medicine započeli smo nekoliko projekata optimizacije zdravstvene skrbi osoba sa ŠB-om, vezane uz bolju i bržu međusobnu komunikaciju, izmjene dijabetičkih panela, izradu jednostavnih preporuka o učestalosti kontrola kroničnih komplikacija i ciljnim vrijednostima.

Cilj nam je i da u svim sredinama zaživi korištenje uputnica A5 jer je to jedan od alata koji povećava dostupnost zdravstvene skrbi.

> U vremenu brzih promjena farmakološke terapije nije jednostavno pratiti sve relevantno za liječenje ove bolesti. Imamo li svi u timu dostatnu cjeloživotnu edukaciju o dijabetesu?

U liječenju ŠB-a nije kompleksno pratiti farmakološku terapiju, ali je skupo, posebno ako ćemo liječenje ŠBT2 temeljiti samo na gomilanju sve više i više sve skupljih lijekova. Idealni lijek za ŠB ustvari ne postoji, pa ni "najbolji" inzulin ne može ispraviti greške u prehrani. Liječenje ŠB-a mnogo je kompleksnije iz drugog razloga. Mora se temeljiti na promjenama životnih navika, tj. fizičke aktivnosti i pravilne prehrane, a na to je najteže utjecati. Rad Društva temeljit će se upravo na promicanju svijesti o važnosti promjena životnih navika, gdje treba uključiti i druge struke, poput javnoga zdravstva, psihologa, nutricionista, ali i revitalizirati timski rad obiteljskog liječnika i visokoobrazovanih patronažnih sestara, posebno rad u grupama osoba sa ŠB-om.

Na pitanje o cjeloživotnoj edukaciji moram upozoriti da je najteže, a jako je važno, provoditi cjeloživotnu edukaciju bolesnika, jer se najbolji rezultati postižu ako bolesnik nauči što više o svojoj bolesti. No iako je to uspješan proces, s minimalnim troškovima, bez nuspojava on je i dugotrajan pa zahtijeva velik angažman medicinskog osoblja i stoga je u praksi slabo prihvaćen.



jeva velik angažman medicinskog osoblja i stoga je u praksi slabo prihvaćen.

> Koliko liječnici koji se bave oboljelima od dijabetesa imaju priliku educirati se izvan hrvatskih granica i tko im to omogućuje? Koristite li možda i stipendije koje nudi HLK?

Hrvatsko društvo za endokrinologiju i diabetologiju (HDED HLZ) već niz godina omogućuje svim svojim članovima stipendije za sudjelovanje na međunarodnim edukacijama, od kongresa do tečajeva, koji su u organizaciji društava poput ESE (European Society of Endocrinology) ili EASD (engl. European Association for the Study of Diabetes). Posljednje dvije godine su zbog pandemije sve edukacije održavane

virtualno, no dobra strana je bila što su tako edukacije bile dostupnije većem broju liječnika i bilo bi dobro da to jednim dijelom ostane i nakon ove pandemije.

Stipendije za inozemno stručno usavršavanje koje organizira HLK hvale je vrijedan projekt, ne samo za mlađe kolege već za sve liječnike, jer je naša edukacija cjeloživotna. Smatram da upravo treba poticati sve stipendije za edukacije koje nude društva, HLK ili ustanove u kojima radimo i koje najčešće podržava farma industrija, ali da ne budu pod njihovim izravnim pokroviteljstvom da bi svima mogle biti jednako dostupne.

>>

➤ **Kako ste se organizirali tijekom pandemije u pogledu dijabetološke trajne medicinske edukacije liječnika?**

Početkom 2020. HDED HLZ-a je pokrenuo Projekt unaprjeđenja suradnje endokrinologa i dijabetologa s liječnicima PZZ-a u Hrvatskoj. Projekt je prvotno proveden jednokratnim interaktivnim radionicama u kojima su specijalisti endokrinologije s obiteljskim liječnicima u malim skupinama prikazivali najčešće endokrinološke slučajeve relevantne u ordinaciji obiteljske medicine, diskutirajući i rješavajući stvarne situacije zajednički.

Pandemija koja je u tijeku zasad onemogućuje prvotno zamišljen način provođenja navedenoga projekta pa smo se stoga odlučili za provođenje serije webinaru u kojima smo na sličan način educirali, ali na elektronički način. Svi webinaru su snimljeni i dostupni na kanalu YouTube. Posljednjih nekoliko mjeseci to su nastavili mladi endokrinolozi koji su dosta aktivni i na društvenim mrežama putem stranice Sekcije mladih endokrinologa HDED koja je prepoznata u cijeloj regiji. Početkom studenoga organiziraju drugi online regionalni simpozij o endokrinopatijama u trudnoći, gdje je jedna od tema i ŠB u trudnoći. Također smo tijekom pandemije sve planirane aktivnosti Društva, poput simpozija i godišnjih sastanaka, održali virtualno.

➤ **Čini se da se u Hrvatskoj na nacionalnoj razini liječnička dijabetološka aktivnost strukturirano koordinira „po cijeloj zemljopisnoj mapi Hrvatske“. Vi ste zaposleni u Splitu. Kako gledate na odnos ove struke u Zagrebu prema ostatku Hrvatske? Kakvu komunikaciju imate i jeste li zadovoljni „zajedničkim jezikom“ s metropolom i ostatkom Hrvatske?**

U ambulantama endokrinologa–dijabetologa u Hrvatskoj se većinom liječe bolesnici sa ŠB-om, potom s bolestima štitnjače i osteoporoza, dok su druge endokrinološke bolesti mnogo rjeđe. Stoga, po meni, postoje razlike između dijabetologije i endokrinologije. Znači, u dijabetologiji nas većina ima dovoljno iskustva zbog velikog broja

bolesnika, obrada i praćenje su jednostavni i mogući u svim primarnim laboratorijima pa mislim da tu nema metropolizacije, osim dostupnosti tehničkih noviteta u dijabetologiji. Ali i tu ima promjena na bolje, npr. izmjenom pravilnika za propisivanje uređaja za neograničeno skeniranje glukoze kojim je omogućeno propisivanje pomagala svim bolničkim liječnicima bez obzira u kojoj ustanovi rade. Što se tiče inzulinskih pumpi i nepravedne raspodjele po regijama, naše se Društvo bori da inzulinske pumpe dođu na listu ortopedskih pomagala, što bi pridonijelo njihovoj dostupnosti bez obzira na mjesto bolesnikovog stanovanja.

Stoga smatram da u dijabetologiji nije problem komunikacija između samih specijalista, već nedovoljna komunikacija

prema obiteljskim liječnicima i patronažnim sestrama, koji imaju najvažniju ulogu u organiziranju preventivnih aktivnosti, a potom liječenju i praćenju većine bolesnika sa ŠB-om. Ovo je jedini način da zdravstvena skrb bude dostupna svim osobama sa ŠB-om, da spriječimo razvoj kroničnih komplikacija i omogućimo financijsku održivost zdravstvenoga sustava.

Ovaj razgovor koristim kao poziv svim dijabetolozima da razmisle što mogu promijeniti u svojoj sredini i da umjesto pogleda prema metropoli gledaju prema bolesnicima i kako im omogućiti dostupnost zdravstvene skrbi u mjestu njihova stanovanja.

anela.novak@gmail.com

ZDRAVI HUMOR



Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

Zakon o sigurnosti prometa na cestama (ZSPC) i obveze liječnika

VIKICA KROLO, dr. med.

liječnik opće/obiteljske medicine,
zamjenica predsjednika HLK-a

Posljednjih dvadesetak godina postoji obveza liječnika prema Zakonu o sigurnosti prometa na cestama, prema kojem svi liječnici koji liječe vozače, imaju zakonsku obvezu da policiji prijavljuju promjenu zdravstvenog stanja vozača.

Članak 233, stavak 3.

„(3) Ako se na liječničkom pregledu ili u tijeku liječenja utvrdi da vozač boluje od bolesti ili ima invalidnost zbog koje nije više sposoban sigurno upravljati vozilom, liječnik koji je obavio pregled ili je liječio vozača te izabran liječnik dužan je uz upozorenje bolesniku o tome obavijestiti policijsku upravu ili postaju u kojoj osoba ima prijavljeno prebivalište odnosno privremeno ili stalno boravište.“

Isto tako, ukoliko to liječnici ne učine, a vozač napravi prometni prekršaj, po procjeni policijskog službenika, liječnici mogu biti prekršajno prijavljeni i kažnjeni, po tom istom Zakonu.

Članak 233, stavak 4. i 5.

„(4) Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 15.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj pravna osoba ako postupi suprotno odredbama ovoga članka.

(5) Za prekršaj iz ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom od 1.500,00 do 5.000,00 kuna, fizička osoba i odgovorna osoba u pravnoj osobi i u tijelu državne vlasti ili tijelu jedinice lokalne (područne) samouprave.“

Presuda prekršajnog suca povlači za sobom i kaznenopravnu i građanskopravnu odgovornost liječnika, pri čemu novčani iznosi odštete mogu biti i više stotina tisuća kuna.

Na početku želim naglasiti da se ovaj Zakon odnosi na sve liječnike koji liječe pacijente, iako se u praksi do sada činilo da se ZSPC odnosi samo na izabrane opće/obiteljske liječnike.

Najčešći problemi prilikom provođenja ovog Zakona jesu:

Prijavljivanje pacijenata policiji nije u opisu rada liječnika, makar MUP ističe preventivni karakter ovih članaka ZSPC-a.

Liječnici rade na temelju povjerljivosti između pacijenta i liječnika. Moramo biti sigurni da će pacijent istinito iznijeti svoje simptome, da bismo ga mi na temelju anamneze, koja je temelj dijagnoze, uspješno liječili.

Ako će pacijent imati strah od privremenog ili trajnog oduzimanja prava na vožnju automobilom, on neće biti iskren liječniku pri navođenju svih svojih zdravstvenih problema.

Čuvanje povjerljivog odnosa između pacijenta i liječnika upisano je i u Kodeksu medicinske etike i deontologije, tzv. Hipokratova prisega.

Iznimka su liječnici specijalisti medicine rada, koji su educirani i Zakonom ovlašteni nakon pregleda izdavati liječničke potvrde za vozače, a MUP vozačke dozvole.

Hrvatska liječnička komora i liječničke udruge KoHOM i Hrvatsko društvo za medicinu rada HLZ-a su od početka bile zainteresirane za promjenu ZSPC-a te su sudjelovale u početnim razgovorima s MUP-om. Isto smo tako sudjelovali i u E-savjetovanju.

Isticali smo da nemamo podatak o tome posjeduje li pacijent vozačku dozvolu i koju kategoriju (osobno vozilo, profesionalni vozač itd).

Ne postoji Pravilnik o dijagnozama prema kojem bi svi liječnici postupali jednako, nego je sve ostavljeno slobodnoj procjeni pojedinog liječnika. Zaključili smo i da je nemoguće napraviti takav Pravilnik, jer medicina nije „matematika“, već svakog vozača i njegovo zdravstveno stanje treba pojedinačno procijeniti, a za to treba posebna edukacija koju ima samo specijalist medicine rada.

Pri svemu tome ističemo osobnu odgovornost vozača, koji bi se trebao odgovorno ponašati, a što je već regulirano ZSPC-om te nije potrebno dodatno opterećivati liječnike prijavljivanjem pacijenata policiji, narušavanjem povjerljivog odnosa te izdavanjem liječničke tajne.

Članak 197.

„Vozač koji upravlja vozilom u prometu na cesti mora biti tjelesno i duševno sposoban upravljati vozilom te za to imati potrebno znanje i vještinu.“

Članak 198, stavak 1.

„(1) Vozač koji je u tolikoj mjeri umoran ili bolestan ili je u takvom psihofizičkom stanju da je nesposoban za sigurno upravljanje vozilom, ne smije upravljati vozilom u prometu na cesti.“

Nezadovoljni predloženim izmjenama ZSPC-a, a uvažavajući argumente liječnika, 26. 10. 2021. bili su predstavnici Hrvatske liječničke komore na sastanku u Ministarstvu zdravstva s predstavnicima Službe za sigurnost cestovnog prometa MUP-a.

Dana 4. 11. 2021. sudjelovali smo na 35. tematskoj sjednici Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora, gdje se razgovaralo o predloženim promjenama ZSPC-a.

Iznijeli smo prijedlog Hrvatske liječničke komore da se ukinu svi članci ZSPC-a koji uključuju obvezu liječnika da prijavi promjenu zdravstvenog stanja vozača MUP-u, kao i prekršajne prijave za liječnike po tim osnovama.

Naglašavamo osobnu odgovornost vozača, što je već regulirano Zakonom.

Predlažemo uvođenje češćih obveznih sistematskih pregleda vozača, ovisno o životnoj dobi, kao i druge mjere upozorenja, na primjer uvođenje oznaka na kutijama za lijekove (tzv. „semafor“), čime bi pacijenti bili jasno upozoreni koji je lijek opasan za sigurno upravljanje vozilom.

Ako se ustraje u uključivanju liječnika u predloženi ZSPC, a prijedlozi budu ugrožavali sigurnost pacijenta i samih liječnika, HLK će ispitati na Ustavnom sudu zakonitost donesениh prijedloga zakona.

Osim uvjerenja u zakonsku podlogu takvog zahtjeva, vjerujemo da imamo i podršku zainteresirane javnosti, pacijenata, vozača, kao i svih razumnih hrvatskih građana.

Hrvatska narodna banka vs javni zdravstveni sustav



Dr. sc. LUKA VUČEMILO, dr. med.

Odlukom Ministra zdravstva 2016. godine osnovana je Radna skupina za statusna pitanja zdravstvenih djelatnika. Rezultat rada Radne skupine je dokument u kojem su predložene brojne mjere kojima bi se unaprijedio tadašnji položaj zdravstvenih djelatnika. Pet godina poslije, zahvaljujući Hrvatskoj liječničkoj komori (HLK), liječnici imaju povoljniju kamatu za stambene i nenamjenske kredite te povoljnije dopunsko osiguranje koje se plaća iz članarine. Ministri koji su mogli utjecati na unaprijeđenje položaja zdravstvenih djelatnika propustili su to učiniti, iako nisu propustili iskoristiti pogodnosti koje je ugovorila HLK. Predložene mjere Radne skupine u značajnoj su se mjeri temeljile na izjednačavanju prava zdravstvenih djelatnika s pravima koja imaju djelatnici drugih struka, dakle ništa više od onoga što neki u ovoj državi već imaju. Poticaj za pisanje ovog članka je objavljeno izvješće Državnog ureda za reviziju o obavljenoj reviziji usklađenosti

Hrvatske narodne banke (HNB). Hrvatska narodna banka, koja je središnja banka Republike Hrvatske, u vlasništvu je Republike Hrvatske jednako kao i klinička bolnica u kojoj sam zaposlen. Položaj zaposlenika HNB-a uvelike je određen odlukama guvernera, dok je položaj liječnika određen odlukama Vlade i sindikata. Osnovni je cilj HNB-a održavanje stabilnosti cijena, pri čemu HNB vodi računa i o stabilnosti financijskog sustava u cjelini, vodi monetarnu politiku, upravlja međunarodnim pričuvalima Republike Hrvatske, izdaje hrvatski novac, izdaje odobrenja za rad kreditnim institucijama, kreditnim unijama te institucijama za platni promet i elektronički novac te nadzire njihovo poslovanje. HNB obvezna je namjenski i svrhovito koristiti sredstva. Prosječna brutoplaća za prosinac 2020. za 687 zaposlenika HNB-a iznosila je 18 969,00 kn, odnosno neto 12 924,00 kn, a prosječna brutoplaća za prosinac 2020. za osam dužnosnika (guverner, zamjenik guvernera i šest viceguvernera) iznosila je 67 636,00 kn, odnosno neto 43 189,00 kn.

Više od jedne trećine svih zaposlenika HNB-a ostvarilo je izvanrednu isplatu radi obavljanja poslova od posebnog interesa za HNB u iznosu od 860,00 kn do 10 734,00 kn neto po zaposleniku. Razlog za odobrenje isplate je predan i savjestan rad te doprinos održavanju kontinuiteta poslovanja HNB-a u otežanim uvjetima poslovanja uzrokovanim pandemijom COVID-19 i potresom. Koliko je liječnika i medicinskih sestara te drugih zdravstvenih djelatnika dobilo „izvanrednu prigodnu isplatu” u svojim zdravstvenim ustanovama zbog održavanja kontinuirane zdravstvene skrbi u otežanim uvjetima poslovanja uzrokovanih pandemijom COVID-19 i potresom? Svi će se složiti da u ove posljednje dvije godine zdravstveni djelatnici nadljudskim naporima ostvaruju natprosječne rezultate rada, a koliko je onih među nama koji su na temelju članka 56. Temelnog kolektivnog ugovora za službenike i namještenike u javnim službama (TKU) dobili dodatak za uspješnost u radu koji omogućuje zdravstvenim ustanovama i upravama da zapo-

sleniku isplate dodatak za uspješnost na radu? Prema Zakonu o javnim službama za natprosječne rezultate u radu službenici i namještenici mogu svake godine ostvariti dodatak za uspješnost na radu koji može iznositi najviše tri plaće službenika, odnosno namještenika koji ostvaruje dodatak i ne može se ostvarivati kao stalan dodatak uz plaću, pri čemu kriterij utvrđivanja natprosječnih rezultata rada i način isplate dodatka za uspješnost na radu uređuje Vlada uredbom. S preko dva milijuna prekovremenih sati godišnje liječnici su ostvarili dodatnu koristi zdravstvenim ustanovama. Jesu li brojni odrađeni prekovremeni sati sami po sebi uvijek za isplatu bonusa ili novčane nagrade za uspješno obavljene radne zadatke koji izlaze iz okvira redovnih poslova zaposlenika i/ili za uspješno obavljene zadatke koji se odnose na kratkotrajno povećani opseg poslova?

Godinama su ministri zdravstva razmišljali kako zaustaviti odljev liječnika u inozemstvo i zadržati liječnike u Hrvatskoj. Jedna je od ideja bila i povoljnije kamate za stambene kredite. Nažalost, niti jedan ministar zdravstva nije uspio u tome iako su samo morali prekopirati model guvernera HNB-a koji je 2009. godine donio Odluku o visini kamatne stope koja se subvencionira zaposlenicima HNB-a u visini do 4,5 % kako bi zaposlenici i dužnosnici imali pravo na rješavanje stambenih potreba nakon što su na radu u HNB-u proveli najmanje dvije godine. U TKU postoji napisano da su Vlada i sindikati suglasni da će, sukladno pozitivnim propisima, a u okviru svojih prava i obveza, razraditi mogućnosti sudjelovanja u zadovoljavanju stambenih potreba zaposlenika, međutim, to se pokazalo kao mrtvo slovo na papiru. Zahvaljujući HLK-u liječnici imaju mogućnost povoljnijeg stambenog kreditiranja. I dok liječnici sami sebi plaćaju svaku ratu kredita u cijelosti, najviši pojedinačni neto iznos subvencije kamate isplaćen zaposleniku HNB-a u 2020. iznosi 49 662,00 kn, a prosječan iznos po zaposleniku je 11 217,00 kn neto godišnje.

Kroz naknadu troškova za premije za zdravstveno (dopunsko ili privatno) osiguranje,

Usporedba prava i pogodnosti zaposlenika Hrvatske narodne banke i djelatnika u javnom zdravstvenom sustavu

Opis	Hrvatska narodna banka	Javni zdravstveni sustav
Unaprjeđenja zaposlenika	U 2020. osnovna plaća uvećana za trećinu svih zaposlenika promocijom u više zanimanje ili povećanjem unutar raspona bodova istog zanimanja	Koeficijenti strogo definirani, ne postoji mogućnost povećanja koeficijenata unutar istog zanimanja
Jednokratne novčane nagrade	Isplatu za posebne radne rezultate (za uspješno obavljene zadatke koji se odnose na kratkotrajno povećan opseg poslova) ostvarilo je pola zaposlenika u iznosu od 400,00 kn do 41 123,00 kn neto po zaposleniku	TKU, čl. 56. Za ostvarene natprosječne rezultate rada, zaposleniku se može isplatiti dodatak za uspješnost na radu sukladno odredbama Zakona o plaćama u javnim službama.
Izvanredne prigodne isplate	Izvanredna isplata radi obavljanja poslova od posebnog interesa za HNB ostvarilo je više od 1/3 zaposlenika u iznosu od 860,00 kn do 10 734,00 kn neto po zaposleniku. Razlog za odobrenje isplate je predan i savjestan rad te doprinos održavanju kontinuiteta poslovanja HNB-a u otežanim uvjetima poslovanja uzrokovanim pandemijom COVID-19 i potresom.	0
Jubilarne nagrade	Npr. za 20 godina staža isplaćuje se 70 % od prosječne isplaćene plaće u HNB-u u prethodna tri mjeseca	TKU, čl. 68., za 20 godina staža isplaćuje se 1,75 osnovice (osnovica je 1800,00 kn neto)
Otpremnine	Tri prosječne mjesečne plaće isplaćene u HNB-u	TKU, čl. 60., 3 proračunske osnovice (proračunska osnovica = 3326,00 kn)
Darovi za djecu	700,00 kn neto dar za dijete do 15 godina + prigodan poklon u vrijednosti do 130,00 kn	TKU, čl. 69., 600,00 kn dar za dijete za Sv. Nikolu
Darovi zaposlenicima i prigodne potpore	700,00 kn neto dar za zaposlenike	0
Subvencije kamata za stambene kredite	Subvencija kamate zaposlenicima odlukom guvernera u visini do 4,5 % do iznosa od 200 000,00 eura	Dogovorom HLK-a i PBZ-a liječnici imaju povoljniju kamatnu stopu, bez subvencije kamate od strane poslodavca. TKU, čl. 74. Ugovorne strane su suglasne da će, sukladno pozitivnim propisima, a u okviru svojih prava i obveza, razraditi mogućnosti sudjelovanja u zadovoljavanju stambenih potreba zaposlenika.
Subvencije toplog obroka	HNB subvencionira 76,0 % od prodajne cijene toplog obroka do 12 000,00 kn godišnje	0
Bolovanje iznad maksimuma HZZO-a	95,0 % od osnovice koju čini prosjek posljednjih 6 plaća	85,0 % od prosjeka posljednje 3 plaće
Premije za životno osiguranje	8 dužnosnika i 14 rukovodećih zaposlenika ostvaruje naknadu troškova premije životnog osiguranja kao i trošak premije dopunskog osiguranja od nesretnog slučaja (20 160,00 do 35 844,00 kn neto godišnje)	0
Premije za zdravstveno (dopunsko ili privatno) osiguranje, premije životnog osiguranja, premije mirovinskog osiguranja III stup	Naknada troškova do 380,00 kn neto mjesečno po zaposleniku	HLK, koja se financira iz članarina, plaća policu dopunskog osiguranja za liječnike
Dodatak na plaću po osnovi komparativne vrijednosti plaća	Uvećanja plaće do 20 % osnovne plaće radi zadržavanja ili pridobivanja zaposlenika u HNB-u	0
Dodatne pogodnosti	Ako član Savjeta ne nastavi s radom u HNB-u, ima pravo na naknadu u visini posljednje plaće isplaćene u mjesecu prije prestanka dužnosti do novog zaposlenja, a najdulje godinu dana od dana prestanka obnašanja dužnosti	0
Dodatne pogodnosti	Novčana naknada za radove objavljene u publikacijama HNB-a, tečajevi stranih jezika za zaposlenike, troškove za potpore umirovljenicima povodom blagdana, školovanje djece preminulih zaposlenika HNB-a u vremenu trajanja redovnog školovanja do 26 godine života	HLK isplaćuje mjesečnu novčanu pomoć djeci preminulih članova HLK-a do navršanih 18 godina života

premije životnog osiguranja i premije mirovinskog osiguranja III stup zaposlenici HNB-a uštede dodatnih 4 560,00 kn godišnje. Dodatnih 12 000,00 kn godišnje uštede i kroz subvenciju toplog obroka. Nažalost, navedena praksa se ne provodi u zdravstvenim ustanovama. Ono što liječnici imaju, u odnosu na druge zdravstvene djelatnike, jest povoljnije dopunsko osiguranje koje HLK ugovara s osiguravajućim društvima i koje se plaća iz liječničkih članarina. Nažalost, zdravstvena administracija nije uspjela ono što je uspjelo guverneru HNB-a ili Oružanim snagama koji imaju zakonom definirano pravo na osnovno i dopunsko osiguranje na teret državnog proračuna Republike Hrvatske.

Dodatna stavka koju je zanimljivo prokomentirati je dodatak na plaću po osnovi komparativne vrijednosti plaća. Zaposlenici HNB-a mogu ostvariti uvećanje osnovne plaće ako postoji opravdana potreba usklađivanja njihovih plaća s visinom plaća koju za iste ili slične poslove ostvaruju zaposlenici u poslovnim bankama, drugim financijskim institucijama ili društvima. Dodatak može iznositi do 20,0 % osnovne plaće izražene brojem bodova. Dakle, osnovna plaća zaposlenika može se značajno uvećati kako bi se zadržalo ili pridobilo određenog zaposlenika u HNB-u. Ovakvo pove-

ćanje plaće u 2020. godini ostvarilo je oko 6 % svih zaposlenika HNB-a. Nažalost, u javnom zdravstvenom sustavu nemamo mogućnosti platiti nekoga više ako smatramo da njegove kompetencije to zaslužuju.

Kako bi za vrijeme bolovanja zaposlenici HNB-a bili što manje zakinuti u primanjima, u HNB-u imaju još jednu financijsku mjeru za svoje zaposlenike. Naime, naknada plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad koja se isplaćuje zbog bolovanja prema propisima o zdravstvenom osiguranju na teret HNB-a (bolovanje do 42 dana) isplaćuje se u visini od 95,0 % od osnovice koju čini prosjek plaće zaposlenika isplaćene u šestomjesečnom razdoblju koje prethodi nastanku privremene spriječenosti za rad. U zdravstvu poslodavac za to isto isplaćuje 85,0 % od prosjeka posljednje tri plaće. Također, za izračun jubilarnih nagrada i otpremnina u HNB-u koristi se prosjek plaće isplaćene u HNB-u, dok se u javnom zdravstvenom sustavu za izračun koriste osnovice koje su financijski višestruko manje od prosjeka plaće isplaćene u HNB-u.

Ovim tekstom ne želim umanjiti zasluge i vrijednost zaposlenika HNB-a, već izraziti žaljenje što zdravstveni djelatnici ne mogu ostvariti ista prava i pogodnosti. Pitanje je zašto zaposlenici različitih institucija u vlasništvu

Republike Hrvatske imaju različita prava. Radna skupina za statusna pitanja zdravstvenih djelatnika predložila je više mjera koje stoje u nekoj ladici i čekaju da naš „guverner“ usvoji prijedloge za unaprjeđenje statusa zdravstvenih djelatnika po uzoru na druge struke. I dok se zdravstveni djelatnici bore s pandemijom COVID-19 i čekaju uprave zdravstvenih ustanova i resornog ministra da makar ispoštuju prethodno usvojena prava, guverner i zaposlenici HNB-a koriste sve mogućnosti koje su im na raspolaganju da u najvećoj mogućoj mjeri iskoriste sve ono što mogu da unaprijede svoj položaj.

lukavucemilo@yahoo.com

Izvori:

Temeljni kolektivni ugovor za službenike i namještenike u javnim službama (NN 128/17, 47/18, 123/19 i 66/20), <http://www.propisi.hr/print.php?id=15074>

Izješće o obavljenoj reviziji usklađenosti Hrvatske narodne banke za 2020. https://www.hnb.hr/documents/20182/4026654/h-dur_pravomocno_izvjesce_2020.pdf/6fe94980-f43f-d48a-35cb-20f222d861a7?t=1634884736431

SIMPOZIJ O INTENZIVNOJ MEDICINI I COVID-19

U dvorcu Mihanović u Tuheljskim Toplicama održan je 8. listopada međunarodni simpozij „Intenzivna medicina u vrijeme pandemije COVID-19 – što smo naučili?“ u organizaciji Hrvatskog društva za intenzivnu medicinu (HDIM) i Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu Kliničke bolnice Dabrava.

Na simpoziju su aktivno sudjelovali liječnici intenzivisti iz vodećih središta u regiji koji su tijekom pandemije liječili najteže slučajeve COVID-19 te su u kolegijalnom duhu razmijenili znanja i iskustva o svim aspektima liječenja kritično oboljelih COVID-19 bolesnika. Teme simpozija bile su imunologija i farmakoterapija, mehanička ventilacija, izvantjelesne metode organske potpore, prevencija bolničkih infekcija te prikazi slučajeva i strategije liječenja. Uz poštivanje svih epidemioloških mjera, simpoziju je prisustvovalo više od 80 liječnika, a liječnici na specijalizaciji i



studenti bili su, kao i na drugim simpozijima u organizaciji HDIM-a, oslobođeni plaćanja kotizacije.

Prof. dr. Jasminka Perše

jasminka@kdb.hr

FLACS (Femtosecond Laser-Assisted Cataract Surgery) Najprecizniji laser dostupan svima!

ANDREJ PLEŠE, dr. med.
specijalist oftalmologije i optometrije

Dana 11. lipnja 2021. godine svečano je obilježen početak rada nove Dnevne bolnice Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u sustavu javne zdravstvene zaštite građana Grada Zagreba i Republike Hrvatske. U sklopu te Dnevne bolnice je Klinika za očne bolesti ponovo učinila iskorak u hrvatskoj oftalmologiji uvođenjem femtosekundnog lasera u operaciju komplicirane mrečne postupkom FLACS (eng. Femtosecond Laser-Assisted Cataract Surgery). Femtosekundni (FS) laser, vrijedan čak 3,5 milijuna kuna, prvi je takav u sustavu naše javne zdravstvene zaštite. Vizija za osiguranjem ovog vrhunskog postupka liječenja naših građana išla je ukorak sa svjetskim standardima te je tako uređaj kao prvi u Hrvatskoj naručen još 2016. godine. No zbog višegodišnjeg procesa izgradnje Dnevne bolnice KB-a „Sveti Duh“ instaliran je početkom ove godine. Naime, sada su njegove dobrobiti omogućene i u prvoj hrvatskoj javnoj zdravstvenoj ustanovi, u KB-u „Sveti Duh“, i to na uputnicu!

FS laser najpreciznija je vrsta lasera koja se trenutačno rabi u kirurgiji prednjega očnog segmenta. Uspješnost zahvata uklanjanja očne mrečne tim uređajem veća je od 99 %, a pruža i dodatnu mogućnost korekcije astigmatizma tijekom operacije mrečne.

Načelo djelovanja FS lasera je fotodi-



Prof. dr. sc. Biljana Kuzmanović Elabjer,
prim. dr. med.

rupcija ili fotoionizacija optički prozirnog tkiva, čime se stvara brzošireći oblak slobodnih elektrona i ioniziranih molekula. Tako generiran akustični udarni val služi za tretiranje tkiva. Trajanje je laserskog pulsa jedna femtosekunda (10-15 s), što smanjuje količinu kolateralnog oštećenja tkiva i čini FS laser sigurnim za uporabu u zahvatima koji zahtijevaju iznimnu preciznost. Duljina je trajanja primjene samog lasera na pacijentu svega 13 do 14 sekundi.

Klinička prednost uporabe FS lasera u operaciji mrečne ističe se kod operacije traumatske i kongenitalne mrečne, kod izrazito tvrde leće i kod slabosti zonula različite etiologije. Postižu se precizniji rezovi na rožnici i prednjoj kapsuli leće, što rezultira poboljšanim pozicioniranjem intraokularne leće u lećnoj vrećici. Nadalje, smanjuju se mehanički stres na zonule i količina ultrazvučne energije, što čuva endotel rožnice. Primjena FLACS-a pritom ne produljuje značajno trajanje standardne operacije mrečne.



Korištenje femtosekundnog lasera u
operaciji katarakte



Prof. dr. sc. Damir Bosnar, dr. med.

S ponosom ističemo da je, pod vodstvom predstojnika Klinike, prof. dr. sc. Mladena Bušića, prim. dr. med., za sve pacijente iz Hrvatske s indikacijom za FLACS taj dostupan s uputnicom HZZO-a na Klinici za očne bolesti KB-a „Sveti Duh“. Prvi certificirani oftalmolozi za rad sa FS laserom u javnom zdravstvu su prof. prim. dr. sc. Biljana Kuzmanović Elabjer, dr. med. te prof. dr. sc. Damir Bosnar, dr. med., istaknuti oftalmolozi ove klinike.

andrejplese@gmail.com

Dugoročna učinkovitost odmah od početka²

Bolesnicima s kroničnom limfocitnom leukemijom (KLL) IMBRUVICA (ibrutinib) nudi:



Konzistentnu kontrolu bolesti bez obzira na mutacijski status IGHV-a³



Dugoročno preživljenje - ishod opažen nakon 7 godina²



Jednostavnu peroralnu primjenu jedanput dnevno¹

Izaberite najprije IMBRUVICU za dokazano dugotrajnu kontrolu bolesti²

IMBRUVICA je u monoterapiji ili u kombinaciji s obinutuzumabom ili rituksimabom za liječenje odraslih bolesnika s prethodno neliječenom kroničnom limfocitnom leukemijom (KLL).

IMBRUVICA je u monoterapiji ili u kombinaciji s bendamustinom i rituksimabom (BR) indicirana za liječenje odraslih bolesnika s KLL-om koji su prethodno primili najmanje jednu terapiju.¹

Literatura:

1. Imbruvica Sažetak opisa svojstava lijeka
2. Byrd JC, et al. Up to 7 years follow-up of single-agent ibrutinib in the phase 1b/2 PCYC-1102 trial of first line and relapsed/refractory patients with chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma. Abstract presented at the 60th ASH Annual Meeting & Exposition; 1-4 December 2018; San Diego, CA, USA.
3. Burger J, et al. Ibrutinib for first-line treatments of older patients with chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma (CLL/SLL): a 4-year experience from the RESONATE-2 study. European Hematology Association (EHA); 14-17 June 2018; Stockholm, Sweden, Abstract: PF343.

IMB-CRO-OT-003-24/09/2021
CP-262744

 **pharmacyclics**[®]
An AbbVie Company


imbruvica[®]
(ibrutinib) filmom obložene tablete

janssen  Oncology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

Skrraćeni SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA

Samo za zdravstvene djelatnike: prije propisivanja lijeka molimo pročitajte zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku. Janssen div. of Johnson & Johnson SE d.o.o., Oreškovičeva 6H, Zagreb.

NAZIV LIJEKA i Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet

IMBRUVICA 140 mg filmom obložene tablete (ibrutinib) : EU/1/14/945/007; 008

IMBRUVICA 280 mg filmom obložene tablete (ibrutinib); EU/1/14/945/009; 010

IMBRUVICA 420 mg filmom obložene tablete (ibrutinib); EU/1/14/945/011; 005

IMBRUVICA 560 mg filmom obložene tablete (ibrutinib); EU/1/14/945/012; 006

Terapijske indikacije: IMBRUVICA je u monoterapiji indicirana za liječenje odraslih bolesnika s re-lapsnim ili refraktornim limfomom plaštenih stanica (engl. mantle cell lymphoma, MCL). IMBRUVICA je u monoterapiji ili u kombinaciji s rituksimabom ili obinutuzumabom indicirana za liječenje odraslih bolesnika s prethodno neliječenom kroničnom limfocitnom leukemijom (KLL). IMBRUVICA je u monoterapiji ili u kombinaciji s bendamustinom i rituksimabom (BR) indicirana za liječenje odraslih bolesnika s KLL koji su prethodno primili najmanje jednu terapiju. IMBRUVICA je u monoterapiji indicirana za liječenje odraslih bolesnika s Waldenströmovom makroglobulinemijom (WM) koji su prethodno primili najmanje jednu terapiju, ili u prvoj liniji liječenja za bolesnike kod kojih kemomunoterapija nije prikladno liječenje. IMBRUVICA je u kombinaciji s rituksimabom indicirana za liječenje odraslih bolesnika s WM om.

Doziranje i način primjene: Liječenje ovim lijekom mora započeti, te nadzirati liječnik s iskustvom u primjeni lijekova za liječenje raka.**Doziranje: MCL:** Preporučena doza za liječenje limfoma plaštenih stanica je 560 mg jedanput na dan. **KLL i WM** Preporučena doza za liječenje kronične infocitne leukemije ili Waldenströmove makroglobulinemije, bilo u monoterapiji ili u kombinaciji, je 420 mg jedanput na dan (za detalje kombiniranih režima liječenja, vidjeti dio 5.1 SmPC). Liječenje se mora nastaviti do progresije bolesti ili kod bolesnik više ne podnosi liječenje. Kada se IMBRUVICA primjenjuje u kombinaciji s terapijom protutijelima na CD20, preporučuje se lijek IMBRUVICA primijeniti prije terapije protutijelima na CD20 ako se daju istoga dana. **Prilagodbe doze** Umjereni i snažni CYP3A4 inhibitori povećavaju izloženost ibrutinibu (vidjeti dijelove 4.4 i 4.5). Kada se uzima istodobno s umjerenim CYP3A4 inhibitorima, doza ibrutiniba mora se sniziti na 280 mg jedanput na dan. Kada se uzima istodobno sa snažnim CYP3A4 inhibitorima, doza ibrutiniba mora se sniziti na 140 mg jedanput na dan ili prekinuti primjena na najviše 7 dana. Liječenje lijekom IMBRUVICA mora se prekinuti za svaku novu pojavu ili pogoršanje ne hematološke toksičnosti stupnja ≥ 3 , neutropenije s infekcijom ili vrućicom stupnja 3 ili višeg, ili hematološke toksičnosti stupnja 4. Jednom kada se simptomi toksičnosti povuku na stupanj 1 ili vrate na početno stanje (oporavak), liječenje lijekom IMBRUVICA se može ponovno započeti s početnom dozom. Ako se toksičnost ponovno pojavi, dnevna doza se mora smanjiti za 140 mg. Drugo smanjenje doze za 140 mg može se razmotriti prema potrebi. Ako ove toksičnosti potraju ili se ponove nakon dva smanjenja doze, prekinite primjenu lijeka. Preporučene prilagodbe doza opisane su niže:

Pojava toksičnosti	Prilagodba doze nakon oporavka za limfom plaštenih stanica	Prilagodba doze nakon oporavka za kroničnu limfocitnu leukemiju / Waldenströmovu makroglobulinemiju
Prva	započnite ponovno s 560 mg na dan	započnite ponovno s 420 mg na dan
Druga	započnite ponovno s 420 mg na dan	započnite ponovno s 280 mg na dan
Treća	započnite ponovno s 280 mg na dan	započnite ponovno s 140 mg na dan
Četvrta	prekinite primjenu lijeka IMBRUVICA	prekinite primjenu lijeka IMBRUVICA

Propuštena doza: Ako doza nije uzeta u predviđeno vrijeme, može se uzeti što je prije moguće istog dana, uz povratka na normalni raspored uzimanja sljedeći dan. Bolesnici ne smiju uzeti dodatne tablete kako bi nadoknadili propuštenu dozu. **Posebne populacije Starije osobe** Nije potrebna specifična prilagodba doze za starije bolesnike [dobi ≥ 65 godina]. **Oštećenje bubrega** Nisu provedena specifična klinička ispitivanja u bolesnika s oštećenjem bubrega. Bolesnici s blagim ili umjerenim oštećenjem bubrega bili su liječeni u kliničkim ispitivanjima lijeka IMBRUVICA. Nije potrebna prilagodba doze za bolesnike s blagim ili umjerenim oštećenjem bubrega (klirens kreatinina veći od 30 ml/min). Mora se održavati hidratacija i periodično pratiti razina kreatinina u serumu. Bolesnicima s teškim oštećenjem bubrega (klirens kreatinina < 30 ml/min) lijek IMBRUVICA smije se primijeniti samo ako korist nadilazi rizik te je potrebno pažljivo pratiti bolesnike zbog moguće pojave znakova toksičnosti. Ne postoje podaci za bolesnike s teškim oštećenjem bubrega ili za bolesnike na dijalizi (vidjeti dio 5.2). **Oštećenje jetre** Ibrutinib se metabolizira u jetri. U ispitivanju oštećenja jetre, podaci su pokazali povećanje izloženosti ibrutinibu (vidjeti dio 5.2). Za bolesnike s blagim oštećenjem jetre (Child Pugh stadij A), preporučena doza je 280 mg na dan. Za bolesnike s umjerenim oštećenjem jetre (Child Pugh stadij B), preporučena doza je 140 mg na dan. Potrebno je pratiti bolesnike zbog moguće pojave znakova toksičnosti lijeka IMBRUVICA i prema potrebi slijediti smjernice za prilagodbu doze. Ne preporučuje se primjena lijeka IMBRUVICA bolesnicima s teškim oštećenjem jetre (Child Pugh stadij C). Teška bolest srca Bolesnici s teškom kardiovaskularnom bolesti nisu bili uključeni u klinička ispitivanja lijeka IMBRUVICA. Pedijatrijska populacija Sigurnost i djelotvornost lijeka IMBRUVICA u djece i adolescencija u dobi od 0 do 18 godina nisu ustanovljene. Nema dostupnih podataka. **Način primjene** IMBRUVICA se mora primijeniti peroralno jedanput na dan s čašom vode, otprilike u isto vrijeme svaki dan. Tablete se moraju progutati cijele s vodom i ne smiju se lomiti ili žvakati. IMBRUVICA se ne smije uzimati sa sokom od grejfruta ili seviljske (gorke) naranče (vidjeti dio 4.5). **Kontraindikacije** Prosojiteljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari navedenih u dijelu 6.1. Uzimanje pripravaka koji sadrže gospinu travu je kontraindicirano u bolesnika koji uzimaju lijek IMBRUVICA. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi:** Događaji povezani s krvarenjem U bolesnika koji su liječeni lijekom IMBRUVICA prijavljeni su događaji krvarenja, povezani s trombocitopenijom i bez nje. To uključuje manje događaje krvarenja poput kontuzija, epistakse i petehija, te velike događaje krvarenja, neke sa smrtnim ishodom, uključujući gastrointestinalno krvarenje, intrakranijalno krvarenje i hematuriju. Varfarin ili drugi antagonisti vitamina K ne smiju se primjenjivati istodobno s lijekom IMBRUVICA. Primjena antikoagulansa ili lijekova koji inhibiraju funkciju trombocita (antitrombocitni lijekovi) istodobno s lijekom IMBRUVICA povećava rizik od velikog krvarenja. Veći rizik od velikog krvarenja uočen je s antikoagulansom nego s antitrombocitnim lijekovima. Potrebno je razmotriti rizike i koristi antikoagulantne ili antitrombocitne terapije kada se primjenjuju istodobno s lijekom IMBRUVICA. Bolesnike je potrebno pratiti zbog moguće pojave znakova i simptoma krvarenja. Dodatke prehrani, poput pripravaka ribljeg ulja i vitamina E potrebno je izbjegavati. Dodatke prehrani, poput pripravaka od ribljeg ulja i vitamina E potrebno je izbjegavati. Primjena lijeka IMBRUVICA u bolesnika kojima je potreban drugi antikoagulans ili lijek koji inhibira funkciju trombocita može povećati rizik od krvarenja, a posebno je potreban oprez ako se primjenjuje antikoagulantno liječenje. Liječenje lijekom IMBRUVICA mora se prekinuti barem 3 do 7 dana prije i poslije operacije, ovisno o vrsti operacije i riziku od krvarenja. Mehanizam nastanka događaja povezanih s krvarenjem nije u potpunosti jasan. Bolesnici s kongenitalnom hemoragijskom dijatezom nisu ispitivani. **Leukostaza** U bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA prijavljeni su slučajevi leukostaze. Visok broj limfocita (> 400 000/ μ l) u cirkulaciji može doprinijeti povećanom riziku. Razmotrite privremeni prekid primjene lijeka IMBRUVICA. Bolesnike se mora pažljivo pratiti. Prema potrebi, primijenite potporne mjere uključujući hidrataciju i/ili citoredukciju. **Ruptura slezene** Nakon prekida liječenja lijekom IMBRUVICA prijavljeni su slučajevi rupture slezene. Kod privremenog ili trajnog prekida liječenja lijekom IMBRUVICA potrebno je pažljivo pratiti status bolesti i veličinu slezene (npr. klinički pregled, ultrazvuk). U bolesnika kod kojih se pojavi bol u lijevom gornjem dijelu abdomena ili vrhu ramena potrebno je procijeniti i razmotriti dijagnozu rupture slezene. **Infekcije** Infekcije (uključujući sepsu, neutropenijsku sepsu, bakterijske, virusne ili gljivične infekcije) zabilježene su u bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA. Neke od navedenih infekcija bile su povezane s hospitalizacijom i smrti. Većina bolesnika s fatalnim infekcijama imala je i neutropeniju. Bolesnike se mora pratiti zbog moguće pojave znakova vrućice, abnormalnih rezultata pretraga funkcije jetre, neutropenije i infekcije, a prema potrebi mora se započeti prikladno liječenje infekcije. U bolesnika koji imaju povećani rizik za oportunističke infekcije u obzir uzmite profilaksu sukladno standardnoj skrbi. Nakon primjene ibrutiniba prijavljeni su slučajevi invazivnih gljivičnih infekcija, uključujući slučajeve aspergiloze, kriptokoke i infekcija gljivicom *Pneumocystis jirovecii*. Prijavljeni slučajevi invazivnih gljivičnih infekcija povezani su sa smrtnim ishodima. Nakon primjene ibrutiniba uz prethodno ili konkomitantno imunosupresivno liječenje, prijavljeni su slučajevi progresivne multifokalne leukoencefalopatije (PML), uključujući i one sa smrtnim ishodom. Liječnici moraju uzeti u obzir pojavu PML-a u diferencijalnoj dijagnozi u bolesnika s novim ili pogoršanim neurološkim, kognitivnim ili bihevioralnim znakovima ili simptomima. U slučaju sumnje na PML potrebno je poduzeti prikladne dijagnostičke procjene, te prekinuti liječenje dok se ne isključi PML. U slučaju bilo kakve neodlučnosti, potrebno je uzeti u obzir upućivanje neurologu i provođenje prikladnih dijagnostičkih pretraga za PML uključujući snimanje magnetskom rezonancom (MR) po mogućnosti s kontrastom, ispitivanje cerebrospinalne tekućine na DNK JC virusa i ponovljene neurološke procjene. **Jetreni događaji** U bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA pojavili su se slučajevi hepatotoksičnosti, reaktivacije hepatitisa B i slučajevi hepatitisa E koji može biti kroničan. U bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA pojavilo se zatajenje jetre, uključujući slučajeve sa smrtnim ishodom. Prije početka liječenja s lijekom IMBRUVICA potrebno je procijeniti stanje funkcije jetre i status virusnog hepatitisa. Tijekom liječenja bolesnike je potrebno periodički nadzirati na promjene parametara jetrene funkcije.

Prema kliničkim indikacijama, sukladno lokalnim medicinskim smjernicama potrebno je provesti testiranje virusnog opterećenja i serološko testiranje na infektivni hepatitis. Kod liječenja bolesnika kojima se dijagnosticiraju jetreni događaji razmotrite savjetovanje sa stručnjakom za bolesti jetre. **Citopenije** Citopenije stupnja 3 ili 4 nastale tijekom liječenja (neutropenija, trombocitopenija i anemija) bile su prijavljene u bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA. Potrebno je jednom mjesečno kontrolirati kompletnu krvnu sliku. **Intersticijska bolest pluća (IBP)** U bolesnika koji su liječeni lijekom IMBRUVICA prijavljeni su slučajevi intersticijske bolesti pluća. Pratite bolesnike zbog moguće pojave plućnih simptoma koji upućuju na intersticijsku bolest pluća. Ukoliko se razviju simptomi, privremeno ukinite lijek IMBRUVICA iz terapije i prikladno liječite intersticijsku bolest pluća. Ukoliko su simptomi perzistirajući, u obzir uzmite rizike i koristi liječenja lijekom IMBRUVICA i slijedite smjernice za prilagodbu doze. **Aritmija i zatajenje srca** Fibrilacija atrijsa, undulacija atrijsa i slučajevi ventrikularne tahiaritmije zatajenje srca bili su prijavljeni u bolesnika koji se liječe lijekom IMBRUVICA. Slučajevi fibrilacije atrijsa i undulacije atrijsa bili su prijavljeni naročito u bolesnika s čimbenicima rizika za bolesti srca, hipertenzijom, akutnim infekcijama i prethodnom atrijskom fibrilacijom u anamnezi. Sve bolesnike potrebno je periodički klinički pratiti zbog moguće pojave srčanih manifestacija, uključujući aritmije srca i zatajenje srca. Bolesnike u kojih se razviju simptomi aritmije ili nova pojava dispneje, omaglice ili nesvjestice mora se klinički procijeniti i ako je indicirano mora im se napraviti elektrokardiogram (EKG). U bolesnika kod kojih se razviju znakov i/ili simptomi ventrikularne tahiaritmije, lijek IMBRUVICA potrebno je privremeno ukinuti iz terapije te se prije mogućeg ponovnog započinjanja terapije treba napraviti temeljitu ocjenu kliničke koristi/rizika. U bolesnika s postojećom atrijskom fibrilacijom, kojima je potrebna terapija antikoagulansima, mora se u obzir uzeti alternativna opcija liječenja od liječenja lijekom IMBRUVICA. Kod bolesnika koji tijekom uzimanja lijeka IMBRUVICA razviju fibrilaciju atrijsa, potrebno je detaljno procijeniti rizik od tromboembolijske bolesti. U bolesnika s visokim rizikom u kojih primjena alternativne terapije od liječenja lijekom IMBRUVICA nije prikladna, mora se razmotriti dobro kontrolirano liječenje s antikoagulansima. Bolesnike je potrebno nadzirati tijekom liječenja lijekom IMBRUVICA kako bi se uočili mogući znakov i simptomi zatajenja srca. U nekima od tih slučajeva srčano se zatajenje povuklo ili ublažilo nakon prekida primjene ili smanjenja doze lijeka IMBRUVICA. **Cerebrovaskularni inzult** U bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA prijavljeni su slučajevi cerebrovaskularnog inzulta, prolaznog ishemijskog napadaja i ishemijskog moždanog udara, uključujući smrtne slučajeve, sa i bez istodobne fibrilacije atrijsa i/ili hipertenzije. Među slučajevima s prijavljenom latencijom, od početka liječenja lijekom IMBRUVICA do nastupa ishemijskih vaskularnih stanja središnjeg živčanog sustava u većini slučajeva je prošlo više od nekoliko mjeseci (više od jednog mjeseca u 78 % slučajeva i više od šest mjeseci u 44 % slučajeva), zbog čega je navedena potreba redovitog praćenja bolesnika (vidjeti dio 4.4 Aritmija srca i hipertenzija i dio 4.8 SmPC). **Sindrom lize tumora** Uz terapiju s lijekom IMBRUVICA bio je prijavljen sindrom lize tumora. Bolesnici s velikom tumorskom masom prije liječenja imaju rizik za nastanak sindroma lize tumora. Pažljivo pratite bolesnike i primjenjujte prikladne mjere opreza. **Nemelanomski rak kože** U objedinjenim komparativnim, randomiziranim ispitivanjima faze 3, prijavljen je nemelanomski rak kože s većom učestalošću u bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA nego u bolesnika liječenih predređenim lijekovima. Potrebno je pratiti bolesnike kako bi se uočila pojava nemelanomskog raka kože. **Hipertenzija** U bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA zabilježena je hipertenzija (vidjeti dio 4.8). Bolesnicima koji uzimaju lijek IMBRUVICA treba redovito kontrolirati krvni tlak te po potrebi uvesti ili prilagoditi terapiju antihipertenzivima tijekom liječenja lijekom IMBRUVICA. Hemofagocitna limfohistiocitoza (HLH) U bolesnika liječenih lijekom IMBRUVICA prijavljeni su slučajevi hemofagocitne limfohistiocitoze (HLH), uključujući slučajeve sa smrtnim ishodom. HLH je po život opasan sindrom patološke aktivacije imunološkog sustava koji karakteriziraju klinički znakov i simptomi vrlo izražene sistemske upale. HLH karakteriziraju vrućica, hepatosplenomegalija, hipertrigliceridemija, visoke serumske vrijednosti feritina i citopenije. Bolesnike je potrebno upozoriti na simptome HLH a. Bolesnike kod kojih se razviju rane manifestacije patološke aktivacije imunološkog sustava potrebno je odmah procijeniti te razmotriti dijagnozu HLH a. **Interakcije** Ijekova Istodobna primjena snažnih ili umjerenih CYP3A4 inhibitora s lijekom IMBRUVICA može dovesti do povećane izloženosti ibrutinibu i posljedično većeg rizika za toksičnost. Suprotno tome, istodobna primjena induktora CYP3A4 može dovesti do smanjene izloženosti lijeku IMBRUVICA i posljedično do rizika od nedostatka djelotvornosti. Stoga se istodobna primjena lijeka IMBRUVICA sa snažnim CYP3A4 inhibitorima i snažnim ili umjerenim CYP3A4 induktorima mora izbjegavati kada god je moguće, a istodobna primjena može se uzeti u obzir samo kada potencijalna korist jasno nadladvava potencijalne rizike. Bolesnike je potrebno pažljivo pratiti zbog moguće pojave znakova toksičnosti lijeka IMBRUVICA ako se mora uzimati CYP3A4 inhibitor (vidjeti dijelove 4.2 i 4.5). Ako se mora uzimati CYP3A4 induktor, potrebno je pažljivo pratiti bolesnike zbog moguće pojave znakova nedostatka djelotvornosti lijeka IMBRUVICA.

Žene reproduktivne dobi Za vrijeme uzimanja lijeka IMBRUVICA, žene reproduktivne dobi moraju koristiti visoko učinkovitu metodu kontracepcije (vidjeti dio 4.6). **Pomoćne tvari s poznatim učinkom** Bolesnici s rijetkim nasljednim poremećajem nepodnošenja galaktoze, potpurnim nedostatkom laktaze ili malapsorpcijom glukoze i galaktoze ne bi smjeli uzimati ovaj lijek. Jedna filmom obložena tableta sadrži manje od 1 mmol (23 mg) natrija, tj. zanemarive količine natrija. Umor, omaglica i astenija bili su prijavljeni u nekih bolesnika koji su uzimali lijek IMBRUVICA i moraju se uzeti u obzir pri procjeni bolesnikove sposobnosti da upravlja vozilima ili radi sa strojevima. **Nuspojave** Sažetak sigurnosnog profila Nuspojave koje su se najčešće javljale ($\geq 20\%$) bile su proljev, neutropenija, mišićno-koštana bol, osip, krvarenje (npr. modrice), trombocitopenija, mučnina, pirsleksija, artralgija i infekcije gornjeg dišnog sustava. Najčešće nuspojave stupnja 3/4 ($\geq 5\%$) bile su neutropenija, limfocitoza, trombocitopenija, pneumonija i hipertenzija.

NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:

Janssen-Cilag International NV Turnhoutseweg 30 B-2340 Beerse Belgija

KAKO JE ORGANIZIRANA EDUKACIJA O MEDICINI U KATASTROFAMA ZA LIJEČNIKE U HRVATSKOJ?

Prim. dr. Boris Hrečkovski, dr. med.

spec. opće kirurgije i traumatologije Opće Bolnice Slavonski Brod, međunarodni MRMI instruktor, MRMI International Board

Doc. dr. sc. Mario Kopljar, dr. med.

međunarodni MRMI instruktor, specijalist opće, abdominalne i onkološke kirurgije, KBC Sestre milosrdnice, Medicinski fakultet, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Premda se medicinska struka u svijetu i Hrvatskoj oduvijek suočavala s velikim nesrećama, ratnim stradanjima i elementarnim nepogodama, te su u tu svrhu već prije razrađeni posebni programi, tečajevi i specijalizacije, u posljednje vrijeme sve više se shvaća da primjereno zbrinjavanje unesrećenih u masovnim nesrećama predstavlja izazov ne samo za medicinsku struku, nego i za sve druge segmente javnih službi i društva.

Masovne nesreće (katastrofe) posebna su vrsta velikih nesreća u kojima potrebe za zbrinjavanjem često nadmašuju postojeće mogućnosti zbrinjavanja i zahtijevaju kada se dogode drukčiju organizaciju i metodiku rada.

Stoga je prepoznata nužnost vertikalne i horizontalne koordinacije, komunikacije i nadzora organizacije i metodike rada izvanbolničke i bolničke medicinske službe, policije, vatrogasaca, županijskih i nacionalnih stožera civilne zaštite, medija i drugih koji sudjeluju u lancu zbrinjavanja masovne nesreće. Cijeli sustav zbrinjavanja jak je koliko i njegova najslabija sastavnica.

U sklopu Europskog društva za traumu i hitnu kirurgiju (ESTES – www.este-online.org) razrađen je stoga sveobuhvatan program zajedničkog osposobljavanja svih relevantnih struka i djelatnosti za djelovanje u masovnim nesrećama i katastrofama, a ti edukativni programi provode se pod vodstvom međunarodnog udruženja za medicinski odgovor na masovne nesreće i katastrofe (International MRMI Association – www.mrmi.eu).

S ponosom možemo reći da je upravo Hrvatska jedna od prvih zemalja u kojoj je započela organizirana edukacija liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika te drugih prije spomenutih službi za usklađeno djelovanje u slučajevima masovnih nesreća i katastrofa, a hrvatski stručnjaci su među prvima postali međunarodni instruktori na takvim tečajevima (MRMI – medicinski odgovor na masovne nesreće, engl. *Medical Response to Major Incidents*).

MRMI vježbom se simulirala velika nesreća, a njeno saniranje i zbrinjavanje velikog broja ozlijeđenih zahtijeva vertikalnu i horizontalnu koordinaciju svih uključenih sudionika, izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe, ostalih žurnih službi te kriznog stožera kao središnje točke upravljanja odgovorom na kriznu situaciju. Polaznici u realnom vremenu prolaze stvaran scenarij zbrinjavanja masovne nesreće od izvanbolničkog medicinskog zbrinjavanja na sceni, transporta, bolničkog zbrinjavanja komunikacije i koordinacije između hitnih službi na sceni, u kriznom zapovjednom središtu, u medicinsko prijavno-dojavnoj

jedinici, komunikaciji s medijima, izračunom preventabilne smrtnosti i komplikacija s završnom skupnom evaluacijom rezultata rada.

NA MRMI tečaju izvode se dvije simulacijske vježbe primjenom MACSIM simulacijskog modela, uz uporabu objektivnih podataka koji se koriste u realnom vremenu. Svi su ozlijeđeni iz stvarnog događaja (Madridski teroristički napad 2004. godine) i svi su skorirani prema ljestvici jakosti ozljeda – Injury Severity Score – ISS.

Otkada tečaj postoji?

MRMI tečaj poslijediplomski je tečaj Europskog društva traumatologa i hitnih kirurga koji je nastao radom tima međunarodnih eksperata (2008. – 2009.) na čelu s prof. Sten Lennquistom iz Švedske. Prvi međunarodni osnovni i instruktor-ski MRMI tečaj održan je u Hrvatskoj. Najstarije MRMI središte za edukaciju u EU nalazi se u Slavonskom Brodu.

Kako je to organizirana edukacija u RH?

Hrvatski zavod za hitnu medicinu (HZHM) s kriznim stožerom Ministarstva zdravstva RH prihvatio je program edukacije u kojem se upotrebljava MRMI tečaj na nacionalnom jeziku. Kandidate za polaznike MRMI tečaja bira HZHM s ciljem da što veći broj izvanbolničkih i bolničkih djelatnika iz svih krajeva Hrvatske prođe edukaciju. MRMI tečajevi se održavaju u edukacijskom središtu Opće bolnice Slavonski Brod, uz surad-

nju s Hrvatskim društvom za medicinu katastrofe koji imaju licenciju za održavanje nacionalnih i međunarodnih MRMI tečajeva. MRMI tečaj podiže znanje i kompetencije svih djelatnika uključenih u zbrinjavanje ozlijeđenih u velikim nesrećama te je ovo primjer jednoga multidisciplinarnog pristupa rješavanju kriznih situacija jer su u tečaj i vježbu uključeni i vatrogasci, policija i drugi djelatnici iz sustava civilne zaštite. Kontinuirana edukacija odvija se u edukacijskom središtu središta Opće bolnice Slavonski Brod od 2013. godine i do sada je održano ukupno 8 nacionalnih MRMI tečajeva.

Je li ovakva edukacija dio nekih specijalizacija?

Vizija je HZHM-a i kriznog stožera Ministarstva zdravstva da se pomoću MRMI tečaja izvrši sustavna i obuhvatna edukacija svih medicinskih djelatnika, neovisno o specijalizaciji i mjestu rada, kao i pripadnika drugih službi koje sudjeluju u odgovoru na masovne nesreće. Isto se

tako pomoću MRMI tečaja mogu i testirati pojedini dijelovi sustava za medicinski odgovor na veliku nesreću. Opća bolnica Slavonski Brod koristi MRMI protokole u organizaciji i metodici rada u medicinskom odgovoru na epidemiju s COVID-19.

Kako je to organizirano izvan Hrvatske?

MRMI je poslijediplomski tečaj Europskog društva za traumatologiju i hitnu kirurgiju koji je pohađalo više od 6 000 polaznika iz 28 različitih država u organizaciji 12 edukacijskih središta. U uspostavljanju ovih tečajeva u brojnim državama Europe i svijeta, od Slovenije do Tajlanda, ključnu su ulogu imali upravo i hrvatski međunarodni instruktori. Pomoću MRMI tečajeva se provjeravaju postojeći protokoli i planovi sustava kako bi se utvrdile eventualne nepravilnosti i napravile korekcije. Uz upoznavanje s organizacijom rada u odgovoru na masovnu nesreću, tečaj polaznicima

omogućuje provjeru vlastitih sposobnosti donošenja odluka u kriznim situacijama, kao i sposobnosti za rad u timu te prilikom primjene standardnih operativnih postupaka.

Kontinuirana MRMI edukacija se, uz suradnju hrvatskih i slovenskih međunarodnih instruktora, odvija od 2011. godine u Sloveniji u vojarni Novo Mesto.

Jesu li potres i pandemija promijenili hrvatsku edukacijsku praksu?

Nažalost, zbog epidemiološke situacije uzrokovane pandemijom COVID-19 donekle je smanjen intenzitet edukacije iz područja medicine katastrofe, ali uz podršku Vlade, Ministarstva zdravstva i HZHM-a u narednom se razdoblju planira desetak novih MRMI tečajeva u Hrvatskoj. Zadnji MRMI tečaj organiziran je u Sl. Brodu od 15.- 17. listopada 2021.

bhreckovski@gmail.com

Gerontološko/gerijatrijski film

Primjer hrvatske uspješne prakse na 17. Kongresu EuGMS-a

Na gerijatrijskoj tribini o specijalizaciji i poslijediplomskom studiju iz gerijatrije održanoj 12. listopada u Hrvatskom liječničkom domu u Zagrebu premijerno je prikazan gerontološko/gerijatrijski film „Prehrambenogerontološke norme - primjer hrvatske uspješne prakse“. S osobitim ponosom ističemo da je film gotovo istovremeno odabran za prikazivanje na 17. Kongresu Europskog društva za gerijatrijsku medicinu (EuGMS) koji je održan u Atini od 11. do 13. listopada

ove godine. Hrvatsko društvo za gerontologiju i gerijatriju HLZ-a i Povjerenstvo za gerijatriju MZ RH u prikazali su u ovom kratkom video materijalu uspješan model integracije zdravstvene i socijalne zaštite starijih osoba s posebnim naglaskom na nutritivnu skrb interdisciplinarnim gerontološko/gerijatrijskim pristupom korisnicima u domu za starije. Ovo je još jedan način isticanja potrebe i promicanja kontinuiranih oblika edukacije iz gerontologije i gerijatrije kojima stručnjaci različitih

profila okupljeni u stručnim društvima i Povjerenstvu MZ-a nastoje unaprijediti razinu skrbi za starije osobe.

Film u trajanju od sedam minuta možete pogledati na linku:

<https://youtu.be/pQuW2V5JVtc> ili u verziji s engleskim titlovima <https://1drv.ms/u/s!AtwAyNoUHNyyg71xUXspH5o7P-8TB7g?e=eqWLuV>

Doc. prim. dr. sc. Spomenka Tomek-Roksandić, dr. med. i doc. prim. dr. sc. Tajana Pavić, dr. med.

PRIKAZ IZLOŽBE „U VREMENSKOM POMAKU“

Otorinolaringološka klinika Medicinskog fakulteta u Zagrebu od analognog do digitalnog doba

IVAN MLINARIĆ, dr. med.

Rujan i listopad mjeseci su slavlja za Kliniku za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Ove godine riječ je o posebno značajnoj proslavi s obzirom na to da Klinika slavi velik jubilej – 100 godina svoga djelovanja. S radom je počela 26. rujna 1921., a 22. listopada iste godine svečano je otvorena prvim predavanjem iz kliničke medicine na novom zagrebačkom Medicinskom fakultetu. Održao ga je jedan od osnivača Fakulteta i prvi predstojnik Klinike, prof. dr. Dragutin Mašek (1866. – 1956.).

Upravo stoljeće poslije, u suradnji Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti (Hrvatski muzej medicine i farmacije, Odsjek za povijest medicinskih znanosti Zavoda za povijest i filozofiju znanosti), Medicinskog fakulteta u Zagrebu te KBC-a Zagreb (Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata) priređena je izložba „U vremenskom pomaku: Otorinolaringološka klinika Medicinskog fakulteta u Zagrebu od analognog do digitalnog doba“ koja je otvorena 27. rujna 2021. u Dvorani Hugo Botteri KBC-a Zagreb, nazvanoj po istaknutom hrvatskom internistu i redovitom profesoru Medicinskog fakulteta, Ivanu Hugu Botteriju (1876. – 1963.). Autorstvo izložbe potpisuju Silvija Brkić Midžić, prof., prof. dr. sc. Stella Fatović-Ferenčić i prof. dr. sc. Drago Prgomet.

Tom je izložbom, lociranom u pomalo neobičnom ambijentu, predstavljen dio spomenute baštine. Naime, postav je izložen u frekventnoj okolini ispred predavaonica u Edukacijskom centru Zapad KBC-a Zagreb. Mjesto je to susreta i prolaza brojnih studenata i zaposlenika KBC-a koji će, nadam se, odvojiti malo vremena, zastati i pogledati



Izložbeni su se eksponati detaljno proučavali.

Ljubaznošću Klinike za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata KBC-a Zagreb.

ekspozite. Predstavljena su 22 plakata velikog formata na kojima su prikazane fotografije iz povijesti i sadašnjosti ORL klinike Medicinskog fakulteta u Zagrebu, dajući nam na taj način mogućnost usporedbe zabilježenih trenutaka iz stogodišnje povijesti Klinike. Uz uvodni plakat, obrađene su sljedeće teme: lokacije i zgrade Klinike, liječnici i predstojnici Klinike, ambulate, operacijske dvorane, previjališta, laboratorij, audiološki centar, odnosno audiologija i fonijatrija, bolesničke i dječje sobe, predavaonice, knjižnica te muzej.

Fotografije iz različitih razdoblja, prikazane usporedno, kao svjedoci vremena, potiču na analizu mnogobrojnih aspekata situacije koju prikazuju – od samog načina i tehnike fotografiranja te izrade fotografije, preko arhitekture i interijera Klinike, medicinske opreme do stila odijevanja, a dodatan kontrast daje i razlika u boji fotografija. Kao svojevrsan vodič kroz izložbu posjetitelji su imali prilike pročitati i članak Stelle Fatović-Ferenčić i Silvije Brkić Midžić „Vizualna memorija struke – pogled na fotoalbume otorinolaringološke klinike“, objavljen u novom broju

Liječničkog vjesnika. Broj je to koji je u cijelosti posvećen 100. godišnjici osnivanja Klinike za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata KBC-a Zagreb i Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Ljubitelji povijesti medicine u tome broju čeka još jedna poslastica – članak Drage Prgomete „Klinika za bolesti uha, nosa, grla i kirurgiju glave i vrata Medicinskog fakulteta u Zagrebu: prvih sto godina (1921. – 2021.)“ – dostupan također online, kao i cijeli broj (<https://lijecnicki-vjesnik.hlz.hr/>). Doprinosima povijesnomedicinskoj historiografiji ovdje nije kraj jer je u sklopu ove velike proslave pripremljena i fotomonografija „Vizualna memorija struke“ Stelle Fatović-Ferenčić i Drage Prgomete, predstavljena 4. listopada 2021. u Preporodnoj dvorani HAZU.

Izloženim vremeplovom ORL klinike u Zagrebu možete putovati sve do 31. prosinca ove godine, stoga nemojte propustiti pruženu priliku – izostrite pogled i tragajte za detaljima prikazanog!

ivan.mlinaric93@gmail.com

Povijest se ponavlja, ili?



LJILJANA PODRUG, dr. med.

Dragi svi! Prošlo je pet mjeseci od moga pisanja za Liječničke novine. Iskreno, nisam mogla pretpostaviti da ću opet pisati, i zato nikada neću reći nikad. U broju od lipnja na papir sam prenijela svoje iskustvo sa sudjelovanja na Velesajmu, kamo sam kao liječnik specijalist kliničke citologije bila upućena iz matične ustanove da trijažiram osobe koje će se cijepiti. I bilo je lijepo, izvrsno organizirano. I tada sam pozvala sve liječnike, neovisno o tome jesu li iz bolničkog ili bilo kojega drugog zdravstvenog sustava, da se uključe, i učinili su to, i ponosna sam na sve nas. Naša je obveza, i moralna, i profesionalna, da u ovom trenutku budemo izvor istinitih i točnih informacija o dobrobiti cjepiva protiv bolesti koju uzrokuje SARS-CoV-2.

Od trenutka kada se saznalo da će djelatnici u zdravstvu i socijalnoj skrbi na posao moći samo uz COVID potvrde, mislim i na cijepljene, one koji su COVID preboljeli, i one negativne na testu,

nastala je strka koju su potaknuli oni koji se samo iz njima poznatih razloga ne žele cijepiti, a ne žele se niti testirati. I ne bih bila toliko razočarana da se nisu javile medicinske sestre i tehničari, oni s kojima radimo, koji su uz pacijente više vremena od liječnika, s toliko netočnih iskaza, neprovjerenih informacija i dezinformacija.

I tada dolazi 4. listopada, prvi dan primjene COVID potvrda, i već u prvim jutarnjim vijestima čujem o prosvjedu pred glavnim ulazom u KBC Zagreb. Po dolasku doma upalim TV i sada gledam ono što sam jutros slušala: razularena skupina ljudi više, jedna žena ne da ministru Berošu da dođe do riječi, hoda za njim, vuče ga za rukav kao da joj je ukrao novčanik. Prepoznajem i samozvanoga fitness gurua koji je u vrijeme kad su mjere bile najstrože otvorio tere-tanu. I on iskaljuje gnjev na ministru, ravnatelj KBC-a mora zvati policiju. I tada dolazi ono najgore, čovjek u svećeničkoj odori iz svega glasa viče "Vješala, vješala!" prema ministru. Ne vjerujem, osjećam sram, vjernica sam, ali on ne pripada mojoj Crkvi.

Bijesna sam, sutra saznajem da je svećenik isusovac, najobrazovaniji svećenički red u crkvi, kojoj je pripadao i velikan iz doba vješala i lomača, Ruđer Bošković. I razmišljam je li ova trojka koju sam uočila znala da više ispod prozora Zavoda za dječju onkologiju i hematologiju gdje leže teško bolesna djeca, koju su medicinske sestre morale držati u krilu jer su bili tako uplašeni da su morale zatvoriti sve prozore i smirivati ih. Jesu li znali da u bolnici leži oko tisuće bolesnih ljudi, da se o njima brine oko pet tisuća zaposlenika, poštenih i vrijednih ljudi, jesu li znali da se u zemljama u razvoju jedna doza cjepiva dijeli na tri osobe. Ne znam, ali znam da se ona žena u crnom mora javno ispričati svima njima. Ne znam je li medicinska sestra

ili nije, no jedna je sestra rekla da ne želi da joj dva puta tjedno netko čačka nos, a bilo bi dobro da joj ta "četkica dođe i do mozga", zar ne? Također znam da se ispričati mora i fitness guru čija je kći plakala ispred teretane kada su joj tatu odveli u zatvor, a sada su zbog njenog oca plakala teško bolesna djeca, i zato umjesto mišića neka trenira svoj mozak. I na kraju, svećenik koji je zazio vješala mora doći na odjel i ispričati se osobno svakom djetetu, medicinskoj sestri i liječniku, pa ako mu oni oprostite, onda će i Bog, no napisat ću: "Nemoj mu oprostiti, Bože, jer je znao što čini!"

Kada sam kao specijalistica školske medicine cijepila djecu, nitko, nikada, nije bježao, protestirao pred školom, niti su roditelji tražili ocjenu Ustavnog suda o cijepljenju npr. protiv hepatitisa B, koje je bilo uvedeno 1999. godine, a sada se cijepi i bebe u rodilištu. I kako je moguće da 22 godine poslije, u 21. stoljeću, kada ljudi turistički lete u svemir, netko može tako neodgovorno širiti laži o cjepivu protiv COVID-a, a kako smo ga samo čekali da bude proizvedeno i bude dostupno.

I zato molim sve zdravstvene djelatnike da povjeruju znanosti, a oni koji se još nisu cijepili da učine taj korak i cijepi se! Nemojte propustiti priliku da ne bude kasno. I za kraj, priča mi kolegica koja se prije tjedan dana cijepila na Velesajmu, kako se sestra koja ju je cijepila hvali da ona to još zaobilazi, a to nije lijepo. Ja sam se cijepila u svojoj matičnoj ustanovi, sestra je bila stručna i srdačna, ali bez ikakvih dvojbi vezanih uz cijepljenje. Živimo u vremenu kad moramo biti dostojni svog poziva. Ines, hvala Vam!

ljiljana.podrug@gmail.com

Švedski pristup borbi protiv pandemije COVID-19

✍ **Dr. sc. NATAŠA ČRNE FUREŠ, dr. med.**
internist, nefrolog
Medicin - och geriatrikklinken,
Värnamo sjukhus, Region Jönköpings Län

Je li je kontroverzan i toliko kritiziran pristup Švedske borbi protiv pandemije COVID-19 u konačnici doista promašen, neodgovoran, rizičan i nemilosrdan prema starijoj populaciji, kao što je bio opisan u medijima širom Europe, ili je istina možda ipak malo drukčija? Da bi se bolje razumjeli uzroci takvom pristupu, potrebno je malo bolje poznavanje švedskog društva, mentaliteta te načina razmišljanja i funkcioniranja.

Pojava novog virusa nije odmah izazvala paniku u društvu niti u nadležnim institucijama. U početku pandemije jedino je preporuka bila da se čak i kod najblažih simptoma ostane kod kuće, te da se održava razmak i redovita higijena ruku.

Prvi val pandemije bio je za Švedsku iznimno težak: mnogo potvrđenih slučajeva i preminulih (većinom starijih osoba s kroničnim bolestima) osnovna su obilježja toga razdoblja. Upravo u tom dijelu bilo je i pogrešnih odluka, kao što će to naknadno potvrditi i posebna parlamentarna komisija za ocjenu uspješnosti borbe protiv COVID-19. Nedostatak testova bio je razlog zašto su u početku bili testirani samo bolesnici koji su zahtijevali bolničko liječenje, a nedostatak osobne zaštitne opreme bio je povod za diskutabilan službeni stav Zavoda za javno zdravstvo da zdravstveno osoblje ne mora nositi zaštitne maske ako nema simptoma. Kad bi netko bio u kontaktu s oboljelim osobom, nije bilo samoizolacije, nego je dobio obavijest da

je bio u kontaktu i da pripazi na pojavu simptoma u sljedećih 14 dana. U slučaju da je osobi potvrđen COVID-19, svi bi ukućani ostajali kod kuće minimalno 7 dana nakon pozitivnog testa, a prije povratka na posao. Povratak oboljelog na posao u pravilu se preporučivao nakon dva dana bez simptoma.

Što se tiče mjera u javnosti, nošenje maski u unutarnjim prostorima nikada nije zaživjelo niti je bilo preporučeno, osim ako je netko to sam htio, tako da se tek u većim sredinama moglo vidjeti poneku osobu s maskom na licu, najčešće u javnomu gradskom prijevozu ili trgovini.

U drugom i trećem valu pandemije ograničen je broj ljudi u svim zatvorenim prostorima, ovisno o njihovoj veličini (trgovine, restorani, kafići), te broj ljudi za istim stolom. Sve manifestacije, kako na otvorenom tako i u zatvorenom, bile su otkazane (uključujući kina, kazališta i sl.). Preporučeno je bilo i maksimalno 8 osoba na privatnim okupljanjima. Drugi, a posebno treći val karakterizirao je i razmjerno malo preminulih, unatoč prilično visokom dnevnom broju novih slučajeva (8 000 – 10 000 novih slučajeva dnevno u populaciji od oko 10 milijuna stanovnika).

Pomoću otprije postojećeg sustava (i mobilne aplikacije) kojom svaka osoba ima uvid u sve podatke iz svoga zdravstvenog „kartona“ kao i termina kod liječnika ili medicinske sestre, odvijalo se naručivanje u središta za cijepljenje koji su postavljani na pogodnim mjestima. Cijepljenje je prolazilo bez čekanja u redovima, bilo je samo potrebno doći u točno dogovoreno vrijeme. Jedino je bilo malo teže dobiti termin za cijepljenje, jer je sustav funkcionirao tako da su se za cijepljenje u određeno

vrijeme mogle prijaviti samo određene skupine ljudi. Tako se krenulo sa cijepljenjem starijih od 85 godina, osoba koje rade u kućnoj njezi i domovima za starije, osoblja u zdravstvenom sustavu koje su u kontaktu s COVID pacijentima, imunokompromitiranih osoba i osoba s kroničnim bolestima, pa tek onda postupno prema mlađoj populaciji u intervalima od 10 godina (skupine od 60-70, 50-59, 40-49, 18+ i naposljetku 16+).

Do danas je cijepljeno 81 % svih starijih od 16 godina, a prvu dozu ih je primilo 85 %. Cijepe se svi stariji od 12 godina (do sada je prvu dozu primilo 35 % onih između 12 i 16 godina).

S trećom se dozom počelo 1. rujna 2021. Prvi su bili na redu imunokompromitirani bolesnici koji su treću dozu smjeli dobiti najmanje dva mjeseca nakon druge doze. Za sve ostale vrijedi kao pravilo najmanje 6 mjeseci od druge doze. Druga je skupina bila na redu 80+ i svi koji rade u kontaktu s njima. Treća je skupina krenula prošli tjedan, i to su oni stariji od 65 godina.

Zašto ne spominjem četvrti val? Trenutačno stanje ne bi se moglo opisati kao još jedan val. Naime, povratak na posao i u škole se dogodio sredinom kolovoza, kada je dvije doze cjepiva primilo oko 70 % odraslih. Od tada je krivulja novih slučajeva po danu porasla s ljetnih niskih vrijednosti na 500 do najviše 1000 novih slučajeva dnevno i ostala je na toj razini. U tom razdoblju povratka u školu zapravo se više dogodio nagli porast slučajeva obične prehlade, što je imalo za posljedicu



značajnu stopu bolovanja, ali je udio COVID pozitivnih u testiranjima bio oko 3 %. Dodatno su ukinute sve restrikcije 29. rujna 2021., što je značilo otvaranje noćnih barova i restorana, organiziranje koncerata i predstava, bez ograničenja broja ljudi u zatvorenom prostoru ili za stolom. Od tada je prošlo mjesec dana i nismo vidjeli nikakav porast novih bolesnika. Što se tiče umrlih, od početka jeseni najviše ih je bilo desetak na dan, ali prosječno od 2 do 5 dnevno.

U županiji gdje ja živim i radim postoje tri akutne bolnice. Sve tri skupa pokrivaju područje od oko 366 000 stanovnika. U doba drugog i trećeg vala imali smo istovremeno 60 - 80 hospitaliziranih bolesnika s COVID-om, od čega 12 - 15 u JIL-u. Otkada je treći val jenjao krajem proljeća, ti su brojevi spali na 2 - 8 hospitaliziranih, od čega 1 - 2 u JIL-u. U posljednja 3 - 4 mjeseca preminuo je jedan ili dva mjesečno, i to osobe starije životne dobi s komorbiditetima. Sada se svi pacijenti koji zahtijevaju hospitalizaciju moraju kod primitka testirati na COVID, ali to ne vrijedi i za polikliničke pacijente. Zdravstveno osoblje mora imati masku kod kontakta s pacijentom bližem od jednog metra, ali je ukinuta preporuka o nošenju vizira. Naravno, za kontakt s COVID pozitivnim bolesnikom i dalje vrijede prijašnje preporuke o zaštitnoj opremi.

Sve vrijeme trajanja pandemije, posebno za vrijeme prvoga vala, nije kolabirao

zdravstveni sustav (op.a. u nadležnosti lokalne, županijske uprave) unatoč pojačanom pritisku. Dobra suradnja između različitih regija pokazala se u slučaju kad bi ponestalo mjesta u jednoj bolnici jer su tada pacijenti preusmjeravani u bolnice u drugim dijelovima zemlje koje su u tom trenutku bile manje opterećene. To je uključivalo i transport bolesnika iz JIL-a zajedno s respiratorom i uz pratnju medicinskog osoblja i anesteziologa vojnim transportnim helikopterima. Neki su odjeli radili u smanjenom opsegu ili su privremeno bili zatvoreni, a osoblje je prebačeno na COVID odjele. Stupanj smrtnosti u JIL-u nije bio drastično visok, a inzistiralo se, između ostaloga, i na poznatim „mehaničkim“ mjerama (ležanje na trbuhu radi bolje saturacije kisikom u krvi, okretanje i sl.).

Iako je za osoblje u zdravstvenom sustavu bio aktiviran tzv. krizni ugovor, koji je omogućavao dulje radno vrijeme i jaču opterećenost poslom nego što je to propisano kolektivnim ugovorom, županije su djelatnicima koji rade na COVID odjelima isplaćivale značajne sume kao kompenzaciju za prekovremene sate i sl.

Kao primjer se može navesti da je županija u kojoj ja radim u slučaju ukidanja

ili prebacivanja već odobrenoga godišnjeg odmora isplaćivala po 3 000 eura za svaki takav tjedan. Svi troškovi koji su nastali kao posljedica pandemije podmireni su nedavno s državne razine, tako da u zdravstvenom sustavu nije nastao nikakav daljnji dug. Naravno, postoje odstupanja od regije do regije, tako da je moguće da su u nekim regijama uvjeti bili bolji ili lošiji.

Sudeći prema stanju posljednjih nekoliko mjeseci izgleda da procijepljenost od oko 80 % odrasle populacije „drži vodu“, bar kao jedan od čimbenika sadašnjega stanja. Nadam se da će cijepljenje trećom dozom ići dostatnom brzinom kako bismo zadržali sadašnje izrazito povoljno epidemiološko stanje.

Lakše je živjeti kad se zna da je u gradu u kojem živim bilo u posljednjih dva mjeseca desetak novih slučajeva tjedno (na oko 33 000 stanovnika) te se ne opaža nikakav porast. Također zbog činjenice da su nam bolnička mjesta znatno više popunjena pacijentima kojima su se kronične bolesti pogoršale tijekom pandemije ili pojavile nove te koji sada zahtijevaju našu pojačanu pažnju.

natasacrne@gmail.com

AFGANISTAN

Osvrt na „suvremenu povijest“

> 1. dio

✍ MISLAV ČAVKA

Prema i danas neosporenom nizu prijenosa imena, etimološkom a ne nužno etnogenetičkom, Harauvati(š), Horoathos, Chroati (dux Chroatorum), Hrvati unatoč „rupi“ od nekoliko stoljeća, ime Hrvat moguće potječe iz Perzije. Pod pojmom Perzija danas automatski predmnijevamo da se radi o Iranu, iako se zapravo radi o širem pojmu Perzijskog carstva, čiji se dio greciziranog (heleniziranog po Aleksandru Makedonskom) naziva Arahozija, a danas je dio Afganistana. Upravo je u tom području Aleksandar Veliki osnovao najistočniju Aleksandriju (Alexandria in Arachosia, pisana latinskom grafijom), a koja je islamskim osvajanjem s vremenom postala Kandahar, danas drugi najvažniji grad u Afganistanu, moguće i po lokalnoj verziji imena za Aleksandra: Skandar.

Afganistan, u smislu koji nalikuje na današnji, nastaje u 18. stoljeću kao zemlja Afgana koji se danas većinom nazivaju Paštuni. Paštuni su iranski narod čije je etničko područje podijeljeno u vrijeme najjače britanske kolonizacije svijeta administrativnom crtom nazvanom po Mortimeru Durandu, britanskom diplomatu. On je povukao granicu Hindukušom, tako da danas oko 25 milijuna Paštuna živi u Pakistanu, pretežno u pakistanskoj pokrajini Beludžistanu (Balučistan). Od toga vremena Paštuni, koji čine više od 40 % stanovništva, većim dijelom povijesti dominiraju afganistanskom državom (Paštuni iz klana Durani), iako je Afganistan višetetnička država s još oko 25 % Tadžika, oko 10 % Uzbeka i 10 % Hazara (Hazarijaca) te drugih naroda, no to se temelji na pretpostavkama jer je posljednji popis učinjen 1979. godine.

Stanovništvo je na prvi pogled vjerski mono-

litno jer je 99 % muslimansko, no kada se zagrebe ispod površine, nailazi se na podjelu između sunita i šijita (najčešće Hazari, a sunitske se skupine dalje dijele prema raznim tumačenjima Islama, od kojih je možda bitno spomenuti vehabijско učenje uvezeno iz Saudijske Arabije. Dominantni jezici su pašunski (jezik iz obitelji istočnoiranskih jezika) te Dari (varijanta perzijskoga), koji su i službeni jezici države, dok su turkijski (međusobno razumljivi s turskim) jezici više korišteni među Uzbecima, no često jezična pripadnost nije u korelaciji s etničkom.

William Brydon, naš kolega podrijetlom iz Škotske, jedini je prema legendi preživio pokolj u prvom od ukupno tri angloafganska rata kada je pobijeno svih 15 000 pripadnika kolonijalne britanske vojske i pratećih civila. Ratovi su vođeni za vrijeme tzv. Velike igre, nazvane tako zaslugom Rudyarda Kiplinga, možda poznatijeg po djelu „Knjiga o džungli“, kada se interesi Britanije koja je vladala Indijom (većinom današnja Indija, Pakistan i Bangladeš) počinju preklapati s interesima carske Rusije koja se nadala izlasku na luke „toplih“ mora i zaobilaženju Dardanela i Bospora. Porazom u trećem ratu 20-ih godina prošlog stoljeća Britansko carstvo počinje svoj put prema dolje, postavši drugo carstvo, nakon Aleksandrovo prije 2000 godina, pokopano u Afganistanu.

Nakon nemirnih i prevratnih 20-ih godina, kada je proglašena nezavisnost te donesen ustav po uzoru na turski ustav i Kemal pašu, poslije nazvanim Atatürk, Zahir Šah se 1933. kruni za kralja, čime daje prividnu stabilnost zemlji sljedećih 40 godina. Dvadeset godina

poslije kraljev rođak Daud Khan započinje približavanje SSSR-u koji poklanja autobuse i gradi bolnicu u Kabulu. Khan započinje s modernizacijom zemlje i davanjem većih prava ženama. Godine 1973. svrgava kralja i proglašava se predsjednikom te nastavlja s reformama i približavanjem komunističkom uređenju zemlje sa svojom „Narodnom demokratskom strankom Afganistana“ (u literaturi PDPA). No 1978. i on je svrgnut udarom slijeva, kada ga pučisti predvođeni Nur Muhamedom Tarakijem, koji svoje uzore vide u tada već zaboravljenom Staljinu, ubijaju i preuzimaju vlast.

Ovaj slijed događaja pokrenuo je sovjetsku intervenciju koja je završila 1989. kada je general Boris Gromov na sredini „Mosta prijateljstva“ sišao s oklopnog vozila i zadnje metre prema Uzbekistanu prešao pješice gdje ga je čekao njegov sin s cvijećem. Sovjeti su bili sami sebi obećali povlačenje u redu koje ne će sličiti na kaotično povlačenje američke vojske helikopterima iz Sajgona 1974. Predsjednik kojeg su postavili Sovjeti uspio je zadržati vlast tri godine, nakon čega su Kabul zauzeli Mudžahedini.

Neočekivano uspjelom iranskom revolucijom iz 1979., koja je navodno iznenadila tajne službe SAD-a i Izraela, američka se pažnja prebacuje na istok u Pakistan i sjevernije prema Afganistanu, uz sve čvršću suradnju s kraljevinom koju je utemeljio Ibn Saud 1932. na arapskom poluotoku. Islamske revolucije, koja se približava granicama SSSR-a, počinju se približavati i okoštale strukture SSSR-a jer je još živo sjećanje na domino efekt kojim se

boljševička revolucija širila srednjoazijskim državama (republikama SSSR-a). Prema tadašnjim sovjetskim demografskim procjenama, muslimanska populacija mogla bi vrlo brzo preplaviti SSSR (računalo se da bi polovica djece u školama ubrzo bila muslimanska). Brežnjev u dogovoru s poznatom „Trojkom“, koju su činili Gromiko, Andropov i Ustinov, odlučuje se za intervenciju s vojnicima isključivo muslimanske vjere (skupljenima u srednjoazijskim republikama), iako za npr. protuavionsko topništvo nije bilo dovoljno kadra. Vrlo brzo eliminiraju Hafizulaha Amina (koji je prethodno preuzeo vlast od Tarakija) te preuzimaju vlast, ali i pokreću rat koji će se oduljiti na sljedećih deset godina.

Nakon poraza u Vijetnamu, revolucije u Iranu, naftnih kriza i neodlučnog Jimmyja Cartera, tih se godina čini da Zapad gubi hladni rat, no to je tek bila uvertira jer su na Zapadu stupili na scenu Ronald Reagan i Margaret Thatcher te je nakon 450 godina prvi put izabran papa ne-talijan, tada krakovski biskup Poljak Karol Wojtyła koji uzima ime Ivana Pavla II. Nakon toga tadašnja socijalistička Jugoslavija gubi ulogu medijatora između Istoka i Zapada, a čime je tridesetak godina financirala život iznad vlastitih mogućnosti. Sovjetskom okupacijom SAD je dobio priliku SSSR-u stvoriti njihov Vijetnam. Malo poslije je Ronald Reagan najavio program Ratova zvijezda i utrku u naoružanju za koju su znali da SSSR ne može pratiti. Tijekom desetak godina CIA pretežno preko pakistanske tajne službe ISI naoružava borce protiv Sovjeta. Reagan ih naziva borcima za slobodu, a oni sami sebe nazivaju Mudžahedinima, a čiju smo apoteozu gledali u filmu „Rambo 3“. U to vrijeme u Afganistan ulazi mnogo boraca izvana, većinom iz zaljevskih zemalja, a koje se s vremenom počinje nazivati „arapskim Afganistancima“. Motivirani su svetom ratom protiv nevjernika, između ostalih i Osama bin Laden, koji 1988. osniva organizaciju zvanu „Baza“ Al Qaida.

Nakon povlačenja Sovjeta, predsjednik ostaje njihov pulen Muhamed Nadžibulah no građanski rat završava 1992. kada Kabul osvajaju Mudžahedini pod vodstvom Ahmada Šaha Masuda, tadžičkog ratnog vođe priznatog od većine mudžahedinskih skupina. Za predsjednika je izabran Burhanudin Rabanim, također Tadžik. Mir nije dugo trajao jer se građanski rat nastavio, sada s novim akterima, Talibanima.

mislav.cavka@yahoo.com

e-Specijalizantska knjižica ključni projekt Povjerenstva za mlade liječnike HLK-a

Tekst pripremili:

Ksenija Vučur Šimić, dr. med.

Filip Đerke, dr. med.

Marija Rogoznica, dr. med.

Povjerenstvo za mlade liječnike

Postojeći model praćenja napredovanja tijekom specijalističkog usavršavanja koji uključuje specijalizantske knjižice i dnevnik rada i dalje se ispunjava u rukom pisanom obliku. Iako po Pravilniku o specijalističkom usavršavanju to popunjava mentor (članak 18. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine), u praksi se gotovo uvijek radi o tome da to rukom popunjava sam specijalizant, a mentor na za to predviđena mjesta stavlja svoj potpis i faksimil i to na 80-ak za to predviđenih mjesta.

S obzirom na višegodišnja iskustva s terena, knjižice u svojoj ideji kontinuiranog praćenja stručnog napretka specijalizanta nikada nisu zaživjele. Najčešće se potkraj specijalizacije, u trenutcima učenja za ispit, trči po radilištima i skupljaju potpisi u knjižice, a prije toga se u intervalima od nekoliko tjedana gotovo mahomito popunjava dnevnik rada za prethodne godine i upisuju odrađeni elementi u specijalizantske knjižice. Također postoji mogućnost plaćanja studentima da to učine umjesto specijalizanta. To im nije bila ideja ni smisao te stoga smatramo zajedno sa svim akterima koji o ovoj temi odlučuju, a ponajprije s Nacionalnim povjerenstvom za specijalističko usavršavanje doktora medicine, sjesti za stol i osnovati radnu skupinu koja bi se bavila ovim pitanjem te u konačnici iznjedrila model po kojem bi mentor

kontinuirano pratio stručni napredak specijalizanta uz minimalno administrativno opterećenje. Tim bi svrha bila zadovoljena, a mladi bi liječnici i njihovi mentori bili u bitnome rasterećeni besmislenog „administrativnog maratona“.

Prijedlog Povjerenstva za mlade liječnike HLK-a ide u smjeru digitalizacije specijalizantskih knjižica. U prvom koraku s ciljem rasterećenja specijalizanta u ispunjavanju i mentora u silnom potpisivanju. S tim ciljem smo osmislili i distribuirali Upute kako ispunjavati postojeće Knjižice, koje se nalaze na web stranicama HLK/Povjerenstva za mlade liječnike. Nadalje, planiramo nadležnim tijelima predložiti implementaciju e-specijalizantskih knjižica koje bi se u svom obliku i sadržaju potpuno digitalizirale, samim time i digitalno potpisivale. Prije toga je nužna korekcija postojećeg znanja, vještina i kompetencija koje je nužno naučiti i obaviti tijekom specijalizacije. Nije realno očekivati neki postupak tijekom specijalizacije koji se rutinski ne radi niti u jednom središtu u Hrvatskoj.

O projektu e-specijalizantske knjižice kao idejnom rješenju, predstavnici Komore i ovog Povjerenstva govorili su u Ministarstvu zdravstva još 2019. godine, a cilj je digitalizacije i modernizacije sadašnjih specijalizantskih knjižica i dnevnika rada strukturirano prikupljanje i dokumentiranje podataka u sklopu specijalističkog usavršavanja, praćenje kvalitete pojedinih radilišta te u konačnici unaprjeđenje sustava specijalističkog usavršavanja, što u postojećem papirnatom obliku nije moguće.

ATOPIJSKI DERMATITIS

✉ Prof. dr. sc. Suzana Ljubojević Hadžavdić, dr. med.

spec. dermatologije i venerologije
Klinički bolnički centar Zagreb Medicinskog
fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Prim. dr. sc. Nives Pustišek, dr. med.

spec. dermatologije i venerologije, subspec.
dječje dermatologije,
Klinika za dječje bolesti Zagreb

Atopijski dermatitis (AD) česta je, kronično recidivirajuća upalna bolest kože karakterizirana složenom etiopatogeneom i raznolikim kliničkim fenotipom (1-3). Klinička prezentacija AD-a je kompleksna, a bolest je karakterizirana ponavljajućim dermatitisom, izraženim svrbežom i značajnim utjecajem na kvalitetu života oboljele osobe i cijele obitelji (1-3). AD se najčešće javlja u dječjoj dobi i procjenjuje se da je u industrijski razvijenim zemljama zahvaćeno 15-20% djece, odnosno 2-10% odraslih (4-7). AD je često prva bolest u atopijskom maršu, odnosno prva bolest na putu kasnijeg nastanka drugih atopijskih bolesti (8, 9). Česta obiteljska sklonost razvoju atopijskog marša posljedica je djelovanja istih genetskih i okolišnih čimbenika unutar jedne obitelji (10). Zadnjih godina veliki je napredak postignut u razumijevanju etiopatogeneze bolesti, a samim time su i terapijske mogućnosti značajno napredovale (11-13).

Etiopatogeneza atopijskog dermatitisa

Etiopatogeneza AD-a je složena, uvjetovana kombinacijom nasljedne predispozicije i okolišnih čimbenika (10, 14). U centru zbivanja je složen odnos oštećene strukture i funkcije epidermalne barijere i poremećene imunološke regulacije (15, 16). Oštećena epidermalna barijera nastaje zbog manjka strukturnog proteina filagrina, promjene pH rožnatog sloja, smanjenog stvaranja ceramida, odnosno oštećenja lamelarnih tjelešaca i pojačane aktivnosti proteaza (17). Poremećaj imunološkog sustava uključuje mehanizme prirodene i stečene imunosti. Iako centralnu ulogu u etiopatogenezi ima stečeni imunološki odgovor s glavnom ulogom Th2 staničnog odgovora i ekspresijom Th2 citokina interleukina (IL)-4 i IL-13 u lezionalnoj i nelezionalnoj koži (18), važnu ulogu imaju i Th22, Th17/IL-23 te Th1 citokinski odgovor (19). Važno je također spomenuti složenu interakciju imunskog sustava i mikrobioma kože (20). Uloga autoimunosti u etiopatogenezi AD-a nije u potpunosti razjašnjena, ali se pokazalo da se elementi autoimunosti mogu naći u više od 90% bolesnika (21, 22). Brojni alergeni i iritansi iz okoline kao na primjer sapuni, deterdženti, tvrdoća vode, izlaganje grinjama iz kuće prašine, alergeni iz hrane i slično, kao i stres mogu pogoršati simptome AD-a (21). Patofiziologija svrbeža kao najneugodnijeg simptoma AD-a je složena i nedovoljno razjašnjena, a samo češanje kože podržava bolest (21).

Klinička slika, dijagnoza i procjena težine bolesti

Klinička prezentacija AD-a je različita, a razlikuje se prema dobi (infantilna, dječja, adolescentna i odrasla dob) i težini kliničke slike (blagi, srednje teški, teški). Razlikujemo četiri klinička fenotipa s obzirom na početak i regresiju AD-a: skupina s ranim početkom i ranom regresijom, skupina s ranim početkom i kasnom regresijom, skupina s ranim početkom i perzistirajućom bolesti, te skupinu s kasnim početkom bolesti (2, 23). AD se klasično može podijeliti u dva oblika bolesti: alergijski ili ekstrinzični (uz povišene vrijednosti ukupnog IgE-a i specifičnih IgE-protutijela u krvi i/ili pozitivan prick-test na nutritivne i/ili inhalacijske alergene) i nealergijski ili intrinzični (vrijednosti ukupnog IgE-a specifičnih IgE-protutijela nisu povišene i negativni prick-test) (8). Česta su preklapanja ova dva oblika bolesti budući da nealergijski može prijeći u alergijski AD nakon potaknute senzibilizacije preko oštećene epidermalne barijere (8).

Infantilni AD (0 - 2 godine) obično zahvaća obraze, vlasište, vrat (slika 1), trup i ekstenzorne strane ekstremiteta te dorzuma šaka i stopala. Pelenska regija je tipično pošteđena kao i perioralna regija. Na zahvaćenim regijama razvijaju se eritematozne makule uz papulovezikule ili kraste koje mogu konfluirati u plakove koji vlaže i prekriveni su krustama (1). *AD dječje dobi* (2 - 12 godina) uz karakterističan polimorfizam kliničke slike sa zahvaćanjem ekstenzornih i fleksornih strana ekstremiteta (slika 2) te periorificalnih područja glave (1). *AD adolescenata* (12 - 18 godina) i *odrasle dobi* s naglašenim promjenama u pregibnim regijama (slika 3) uz promjene na očnim kapcima, šakama, stopalima uz jak svrbež, ekzorijacije, lichenifikaciju i razvoj hiperpigmentacija i hipopigmentacija (1).

Brojne komplikacije (bakterijske i virusne superinfekcije) i komorbiditeti često prate AD (1, 24). Komorbiditeti mogu biti alergijski i nealergijski (24). Gotovo 30% djece s AD-om u kasnijoj životnoj dobi razvit će astmu, odnosno gotovo 70% razviti će simptome alergijskog rinitisa (8, 9). Od alergijskih komorbiditeta svakako treba spomenuti razvoj kontaktne senzibilizacije i kontaktnog alergijskog dermatitisa (25). Od nealergijskih komorbiditeta posebno se ističu psihološki komorbiditeti poput naglašene separacijske anksioznosti i poremećaja vezanja engl. *attachment* kod djece do različitih oblika tjeskoba i depresivnih raspoloženja u adolescentnoj i odrasloj dobi (26). Poremećaj sna zbog noćnog svrbeža sa svim posljedicama je čest problem oboljelih (27). Posljednjih godina sve više se naglašava udruženost AD-a s kardiovaskularnim bolestima, hipertenzijom, osteoporozom, pretilnošću, autoimunim bolestima i gastrointestinalnim imunološko-posredovanim poremećajima (24, 28).

Dijagnoza AD-a se postavlja na temelju kliničke slike te je definirano više različitih dijagnostičkih kriterija.



Slika 1. Infantilni oblik atopijskog dermatitisa

Najčešće korišteni su kriteriji Hanifin i Rajka (29). Često korišteni dijagnostički kriteriji su kriteriji skupine autora iz Velike Britanije (engl. *UK Working Party Criteria*) (30), „Millenium“ kriteriji (31) i kriteriji Američke akademije za dermatologiju (32). Nakon postavljanja dijagnoze važno je procijeniti težinu bolesti i utjecaj bolesti na kvalitetu života oboljele osobe. Najčešće korišteni instrumenti za procjenu težine AD-a su indeks *SCORing Atopic Dermatitis* (SCORAD), the *Eczema Area and Severity Index* (EASI), *Investigator's Global Assessment* (IGA) (32, 33). Najčešće korišteni instrumenti za procjenu utjecaja AD-a na kvalitetu života oboljele osobe i članova obitelji su: *Children's Dermatology Life Quality Index* (CDLQI), *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) i *Family life dermatology indeks* (FLDI) (34).

Liječenje atopijskog dermatitisa

Liječenje treba prilagoditi svakom bolesniku uzimajući u obzir bolesnikovu dob, težinu kliničke slike, lokalizaciju kožnih promjena, intenzitet subjektivnih smetnji (svrbež, poremećaj sna i slično) te utjecaj bolesti na kvalitetu života oboljele osobe (11-13, 35). Cilj liječenja je smanjiti simptome, obnoviti oštećenu kožnu barijeru, spriječiti egzacerbaciju bolesti, spriječiti i liječiti komplikacije i komorbiditete (11-13, 35). U pacijenata s blagim oblikom bolesti ciljevi liječenja bit će ostvareni lokalnom terapijom, no za srednje teške i teške oblike uz lokalnu terapiju potrebno je primijeniti fototerapiju i/ili sustavnu terapiju te neke druge oblike terapije (35). Preporuke za liječenje AD-a prikazane su u tablici 1 (11-13).



Slika 2. Atopijski dermatitis dječje dobi



Slika 3. Atopijski dermatitis odrasle dobi

Opće mjere liječenja uključuju edukaciju oboljelih i članova obitelji, primjenu emolijensa, identifikaciju i izbjegavanje klinički relevantnih alergena i iritansa (11-13). U fazi pogoršanja dermatitisa za blage i srednje teške oblike bolesti primjenjuje se lokalna protuupalna terapija, lokalna kortikosteroidna terapija (LKT) i lokalna terapija kalcineurin inhibitorima (LCI). Izbor lokalnog preparata ovisi o dobi, lokalizaciji promjena i težini dermatitisa. U dječjoj dobi i na osjetljivim područjima poput lica, vrata, kožnih pregiba i genitalne regije savjetuje se primjena LKT slabije potentnosti zbog povećanog rizika od nuspojava na spomenutim regijama. Za ostala područja tijela, odnosno za srednje teške oblike bolesti moguće je kratkotrajno liječenje najučinkovitijim dostupnim pripravkom nakon čega slijedi postupna zamjena sve slabijim preparatima. Specijalan način primjene LKT-a za akutne vlažne dermatitise, osobito u djece, jest primjena razblažene LKT-a prve ili druge skupine pod vlažni povoj (uz vlažnu gazu koja se fiksira suhim povojem). LCI, takrolimus mast (0.03% i 0.1%) i pimekrolimus krema (1%) predstavljaju drugu liniju lokalnog protuupalnog liječenja AD-a. Prednost im dajemo na regijama kao što su lice, vrat, pregibi i genitalna regija te u proaktivnoj pri-

mjeni. Reaktivna primjena lokalne protuupalne terapije (u fazi akutne egzacerbacije) danas se sve više zamjenjuje proaktivnom primjenom odnosno primjenom dva do tri puta tjedno, obično u trajanju od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci radi smanjivanja recidiva, odnosno potpune obnove kožne barijere (11, 36). Nove lokalne terapije su inhibitori fosfodiesteraze 4 (krisaborol) i Janus kinaza (JAK) inhibitori (delgocitinib). Za srednje teške oblike AD-a koji ne reagiraju na lokalnu terapiju može se primijeniti fototerapija (12, 13).

Za teške oblike AD-a koji ne reagiraju na lokalnu terapiju i fototerapiju, a bolest ima značajan utjecaj na kvalitetu života oboljele osobe primjenjuje se sistemska imunosupresivna terapija (kratkotrajno sistemska kortikosteroidna terapija, ciklosporin A, azatioprin, mikofenolat mofetil) i nove ciljane terapije (biološka terapija i JAK inhibitori) (13). Dupilumab* je prva biološka terapija odobrena za liječenje umjerenog do teškog oblika AD-a u odraslih i adolescenata u dobi od 12 ili više godina te za teški oblik AD-a u dječje dobi od 6 do 11 godina koji su kandidati za sustavnu terapiju. Dupilumab je humano monoklonsko protutijelo koje inhibira djelovanje dva ključna citokina odgovorna za Th2

imunološki odgovor, IL-4 i IL-13 (13, 37, 39). Primjenjuje se subkutano, ima dobru podnošljivost i sigurnosni profil te tijekom primjene nije potrebna laboratorijska obrada. Najčešće nuspojave kod atopijskog dermatitisa, astme i kroničnog rinosinuitisa s nazalnom polipozom bile su reakcije na mjestu injiciranja (uključujući eritem, edem, pruritus, bol i oticanje), konjunktivitis, artralgija, oralni herpes i eozinofilija (37, 39). Tralokinumab je humano monoklonsko protutijelo koje specifično neutralizira interleukin-13, ključni citokin koji izaziva perifernu upalu u AD (37, 38). Brojni drugi biološki lijekovi (lebrikizumab, nemolizumab i drugi) u završetku su kliničkih studija (13, 37). JAK inhibitori (baricitinib, upadacitinib, abrocitinib i drugi) blokiraju unutar stanični prijenos signala nakon aktivacije citokinskih receptora te na taj način dolazi do blokade brojnih citokina (13). Najčešće prijavljene nuspojave su infekcije gornjeg respiratornog trakta, glavobolja, povišenje vrijednosti kreatin kinaze, blaža odstupanja u krvnoj slici te je potreban laboratorijski monitoring prije uvođenja i tijekom terapije (13). Glavna prednost primjene JAK inhibitora je brzi početak djelovanja, peroralna primjena i mogućnost modulacije terapije (prekid terapije te ponovni početak terapije) (13).

Zaključak

AD je kronično recidivirajuća upalna bolest kože visoke incidencije, kompleksne etiopatogeneze, kliničke slike i terapije. Individualni terapijski plan postavlja se na temelju bolesnikove dobi, težine kliničke slike, lokalizacije kožnih promjena te utjecaja bolesti na kvalitetu života oboljele osobe. Zahvaljujući velikom napretku koji je postignut u razumijevanju etiopatogeneze AD-a, brojne nove terapijske mogućnosti su na raspolaganju, naročito za teške oblike bolesti.

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

Tablica 1a. Terapijske opcije za liječenje atopijskog dermatitisa odraslih

TEŠKI AD: SCORAD >50 ili trajni dermatitis	Hospitalizacija, ciklosporin A, kratkotrajna terapija oralnim kortikosteroidima, metotreksat, azatioprin, mikofenolat mofetil, biološka terapija (dupilumab, tralokinumab)* i JAK inhibitori (baricitinib, upadacitinib, abrocitinib)*
SREDNJE TEŠKI AD: SCORAD 25-50 ili recidivirajući dermatitis	Proaktivna terapija lokalnim takrolimusom ili lokalnim kortikosteroidima (klasa II ili III), terapija vlažnim povojima, fototerapija (UVB 311 nm, srednja doza UVA 1), psihosomatsko savjetovanje, klimatska terapija
BLAGI AD: SCORAD <25 ili prolazni dermatitis	Reaktivna terapija lokalnim kortikosteroidima (klasa III) lokalni inhibitori kalcineurina
POČETNO STANJE: Osnovna terapija	Edukativni program emolijensi, uljne kupke izbjegavanje klinički relevantnih alergena i iritansa

Modificirano prema Wollenberg A. i sur (11, 13)
*Odobreno od Europske agencije za lijekove (engl. European Medicines Agency)
AD - atopijski dermatitis
SCORAD - Severity Scoring Atopic Dermatitis
JAK - Janus kinaza

>>

Tablica 1b. Terapijske opcije za liječenje atopijskog dermatitisa djece

TEŠKI AD: SCORAD >50 ili trajni dermatitis	Hospitalizacija, ciclosporin A, metotreksat, azatioprin, mikofenolat mofetil, Biološka terapija (dupilumab za djecu ≤ 6 godina)* i JAK inhibitori (upadacitinib za djecu ≤ 12 godina)*
SREDNJE TEŠKI AD: SCORAD 25-50 ili recidivirajući dermatitis	Proaktivna terapija lokalnim takrolimusom ili lokalnim kortikosteroidima (klasa II ili III), terapija vlažnim povima, fototerapija (UVB 311 nm, srednja doza UVA 1), psihosomatsko savjetovanje, klimatska terapija
BLAGI AD: SCORAD <25 ili prolazni dermatitis	Reaktivna terapija lokalnim kortikosteroidima (klasa II) lokalni inhibitori kalcineurina
POČETNO STANJE: Osnovna terapija	Edukativni program emolijensi, uljne kupke izbjegavanje klinički relevantnih alergena i iritansa

Modificirano prema Wollenberg A. i sur (11, 13)

*Odobreno od Europske agencije za lijekove (engl. European Medicines Agency)

AD - atopijski dermatitis

SCORAD - Severity Scoring Atopic Dermatitis

JAK – Janus kinaza

Literatura:

1. Ljubojević Hadžavdić S, Pustišek N. Atopijski dermatitis. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2019.
2. Bieber T, D'Erme AM, Akdis CA, Traidl-Hoffmann C, Lauener R, Schäppi G i sur. Clinical phenotypes and endophenotypes of atopic dermatitis: Where are we, and where should we go? J Allergy Clin Immunol. 2017;139:S58-S64.
3. Chu H, Shin JU, Park CO, Lee H, Lee J, Kee KH. Clinical diversity of atopic dermatitis: A review of 5 000 patients at a single institute. Allergy Asthma Immunol Res. 2017;9:158-68.
4. Deckers IA, McLean S, Linssen S, Mommers M, van Schayck CP, Sheikh A. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990-2010: a systematic review of epidemiological studies. PLoS ONE. 2012;7:e39803.
5. Flohr C, Mann J. New insights into the epidemiology of childhood atopic dermatitis. Allergy. 2014;69(1):3-16.
6. S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, Margolis DJ i sur. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. Allergy. 2018;73(6):1284-93.
7. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. Ann Nutr Metab. 2015;66Suppl 1:8-16.
8. Dharmage SC, Lowe AJ, Matheson MC, Burgess JA, Allen KJ, Abramson MJ. Atopic dermatitis and the atopic march revisited. Allergy. 2014;69(1):17-27.
9. Gustafsson D, Sjöberg O, Foucard T. Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis-a prospective follow-up to 7 years of age. Allergy. 2000;55(3):240-5.
10. Pyun BY. Natural history and risk factors of atopic dermatitis in children. Allergy Asthma Immunol Res. 2015;7:101-5.
11. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zach S, Deleuran M, Fink-Wagner A i sur. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(5):657-82.
12. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zach S, Deleuran M, Fink-Wagner A i sur. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(5):657-82.
13. Wollenberg A, Christen-Zach S, Taibeb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M i sur. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34:2717-44.
14. Otsuka A, Nomura T, Rerknimitr P, Seidel JA, Honda T, Kabashima K i sur. The interplay between genetic and environmental factors in the pathogenesis of atopic dermatitis. Immunol Rev. 2017;278(1):246-62.
15. Rerknimitr P, Otsuka A, Nakashima C, Kabashima K. The etio-

pathogenesis of atopic dermatitis: barrier disruption, immunological derangement, and pruritus. Inflamm Regen. 2017;37:14.

16. Czarnowicki T, Krueger JG, Guttman-Yassky E. Skin barrier and immune dysregulation in atopic dermatitis: an evolving story with important clinical implications. J Allergy Clin Immunol Pract. 2014;2:371-9.
17. Cork MJ, Danby SG, Vasilouly Y, Hadgraft J, Lane ME, Mostafa M i sur. Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis. J Invest Dermatol. 2009;129(8):1892-908.
18. Simon D, Wollenberg A, Renz H, Simon HU. Atopic dermatitis: Collegium Internationale Allergologicum (CIA) update 2019. Int Arch Allergy Immunol. 2019;178:207-18.
19. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. Lancet. 2020;396(10247):345-60.
20. Paller AS, Heidi H, Kong HH, Patrick Seed P, Naik S, Scharnschmidt TC i sur. The microbiome in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2019;143(1):26-36.
21. Malik K, Heitmiller KD, Czarnowicki T. An update on the pathophysiology of atopic dermatitis. Dermatol Clin. 2017;35:317-326.
22. Hradetzky S, Werfer T, Rösner LM. Autoallergy in atopic dermatitis. Allergo J Int. 2015;24:16-22.
23. Paternoster L, Savenije OEM, Heron J, Evans DM, Vonk JM, Brunekreef B i sur. Identification of atopic dermatitis subgroups in children from 2 longitudinal birth cohorts. J Allergy Clin Immunol. 2018;141(3):947-71.
24. Paller A, Jaworski JC, Simpson EL, Boguniewicz M, Russell JJ, Block JK i sur. Major comorbidities of atopic dermatitis: Beyond allergic disorders. Am J Clin Dermatol. 2018;19:821-38.
25. Thyssen JP, McFadden JP, Kimber I. The multiple factors affecting the association between atopic dermatitis and contact sensitization. Allergy. 2014;69:28-36.
26. Schonmann Y, Mansfield KE, Hayes JF, Abuabara K, Roberts A, Smeeth L i sur. Atopic Eczema in Adulthood and Risk of Depression and Anxiety: A Population-Based Cohort Study. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(1):248-257.e16.
27. Chang YS, Chiang BL. Sleep disorders and atopic dermatitis: A 2-way street? J Allergy Clin Immunol. 2018;142(4):1033-40.
28. Ascott A, Mulick A, Yu AM, Prieto-Merino D, Schmidt M, Abiabara K i sur. Atopic eczema and major cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. J Allergy Clin Immunol. 2019;143:1821-9.
29. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features on atopic dermatitis. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh). 1980;92:44-7.
30. Williams HC, Burney PG, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Hunter JJ i sur. Th UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis

I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. Br J Dermatol. 1994;131(3):383-96.

31. Schram ME, Leeflang MM, DEN Ottolander JP, Spuls PI, Bos JD. Validation and refinement of the Millennium Criteria for atopic dermatitis. J Dermatol. 2011;38(9):850-8.
32. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Felman SR, Hanifin JM, Simpson EL i sur. Guidelines of care for management of atopic dermatitis. Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014;70(2):338-51.
33. Schmitt J, Langan S, Deckert S, Svensson A, von Kobyletzki L, Thomas K i sur. Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: A systematic review and recommendation. J Allergy Clin Immunol. 2013;132(6):1337-47.
34. Rehal B, Armstrong A. Health outcomes measures in atopic dermatitis: A systematic review of trends in disease severity and Quality-of-life instruments 1985-2010. PLoS ONE. 2011;6(4):e17520.
35. Saini S, Pansare M. New insights and treatments in atopic dermatitis. Pediatr Clin North Am. 2019;66(5):1021-33.
36. Wollenberg A, Ehmann LM. Long term treatment concepts and proactive therapy for atopic eczema. Ann Dermatol. 2012;24(3):253-60.
37. Ratchasawan T, Banzon TM, Thyssen JP, Weidinger S, Guttman-Yassky E, Phipatanakul W. Biologics for treatment of atopic dermatitis: Current status and future prospect. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9:1053-65.
38. Wollenberg A, Blauvelt A, Guttman-Yassky E, Worm M, Lynde C, Lacour JP i sur. Tralokinumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: results from two 52-week, randomized, double-blind, multicentre, placebo-controlled phase III trials (ECZTRA 1 and ECZTRA 2). Br J Dermatol. 2021;184(3):437-49.
39. Sažetak opisa svojstava lijeka Dupixent, lipanj 2021.

Činjenice i zaključci u ovom članku predstavljaju isključivo stavove autorica i iznesene su neovisno o stavu naručitelja članka, tvrtke Sanofi Aventis Croatia d.o.o.'

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

MAT-HR-2100462-1.0 – 10/2021

58 | LIJEČNIČKE NOVINE | 204 - studeni 2021.

Kako izgleda obrana doktorata u Švedskoj

izv. prof. dr. sc. TOMISLAV KELAVA, dr. med.
Medicinski fakultet u Zagrebu

Kao mentor sa Sveučilišta u Zagrebu prisustvovao sam obrani doktorata kolegice Nikice Tomašić, pedijatrice koja je zbog želje za znanstvenim i stručnim usavršavanjem najprije otišla u Lund, a zatim u Stockholm. Doktorat je izrađen kao zajednički doktorat Biološkog odsjeka PMF-a u Zagrebu i Sveučilišta u Lundu. Obrana teme doktorske disertacije održana je u Zagrebu prema našim pravilima, dok je obrana same disertacije pod nazivom: „Mitochondrial dysfunction and the metabolism – studies on respiratory chain disorders“ održana prošloga rujna prema švedskom modelu. Mentori disertacije bili su docent Erik Eklund, a komentori profesorica Vineta Fellman, docent Eskil Elmer i ja. Obrana je održana u Lundu, sveučilišnom gradu na jugu Švedske, unutar golemoga bolničkog i istraživačkog centra kojem gravitira cijela pokrajina Skanija.

Postupak obrane disertacije

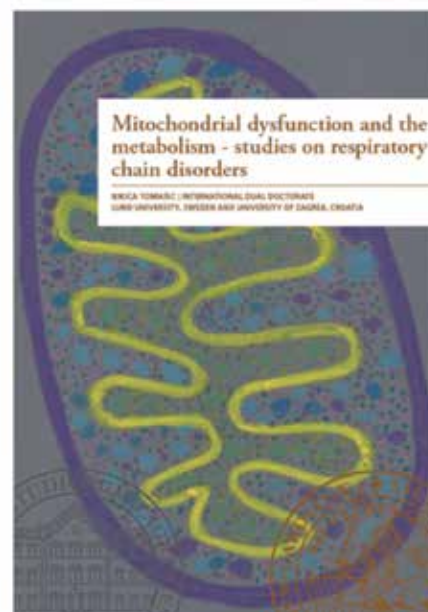
Obrana traje puna četiri sata. Najveća je razlika od našega modela postojanje oponenta (protivnika), tzv. đavoljeg odvjetnika. To je najvažniji član komisije čiji je zadatak temeljito preispitati vrijednost disertacije i kompetencije doktoranda. Oponent doktorata bio je docent Mario Ćuk s Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, što je veliko priznanje za njega i za naše Sveučilište.

Obrana započinje kratkim uvodnim predavanjem oponenta o sadašnjem stanju u području teme doktorata, u ovom slučaju o mitohondrijskim bolestima. Zatim doktorski kandidat predstavlja svoje rezultate na identičan način kao i u Hrvatskoj. Nakon toga započinje najvažniji dio obrane, u kojem oponent temeljito ispituje doktorskoga kandidata. Ispitivanje traje punih devedeset minuta, a pitanja su raznolika: teoretska, stručna, znanstvenoistraživačka, statistička, a jednim dijelom preispituju i stavove o znano-

sti i etici. Na dva pitanja doktorandica ne zna odgovor, ali s obzirom na težinu pitanja nitko se tome pretjerano ne čudi. Nelagodno mi je i pomisliti kako bi izgledala obrana kandidata koji nije izvrsno pripremljen. Sljedeći dio obrane sličan je ispitivanju kandidata u Hrvatskoj. U njemu svaki od preostalih članova komisije postavlja po dva pitanja. Nakon ispitivanja doktorandica i publika izlaze iz dvorane, a komisija i mentori ostaju na vijećanju koje je znatno dulje nego na našem Sveučilištu. Svaki mentor i član komisije iznosi svoje mišljenje o doktorskome kandidatu te kvaliteti znanstvenoga rada i kvaliteti odgovora na pitanja te nakon petnaestak minuta zaključujemo da je doktorat uspješno obranjen i izlazimo čestitati.

Izgled doktorske disertacije

Sadržaj disertacije odgovara onome što znamo o skandinavskom modelu i sastoji se od strukturiranog, proširenog sažetka koji obuhvaća pojedinačne publikacije u jednu cjelinu te od četiri znanstvene publikacije.



Naslovnica i poledina doktorske disertacije. Slike napravili: Stipe i Niko Tomašić.

Formalnim izgledom doktorata, poput boje naslovnice, Šveđani se znatno manje opterećuju pa doktorandi mogu sami izabrati izgled naslovnice, o čemu najbolje svjedoči priložena slika naslovnice obranjenе disertacije.

Administracija

U skladu s očekivanjima, administrativni dio je znatno pojednostavljen. Kada je glavni mentor s uzdahom spomenuo da sad trebamo riješiti papirologiju, izvadio je samo jedan omanji formular koji sam pomalo podcjenjivački pogledao.

Nažalost postupak priznavanja ovako teško stečenog doktorata u Hrvatskoj, iako je izrađen prema ugovoru između dvaju sveučilišta, nije se pokazao nimalo jednostavnim. Postupak još uvijek traje i o njemu bi se mogao napisati potpuno nov članak. Ako u budućnosti želimo imati više ovakvih suradnji, moramo poraditi na njegovom pojednostavljivanju.

tomislav.kelava@mef.hr

Njezino veličanstvo kava: kakva i koliko za bolje zdravlje?



 **Prof. dr. sc. LIVIA PULJAK, dr. med.**
Hrvatsko katoličko sveučilište
livia.puljak@unicath.hr

Tko želi živjeti vječno? Evo, svakodnevno pijenje kave možda vam smanjuje rizik od smrti. Tako kaže sustavni pregled u kojem su Zhao i suradnici uključili 17 istraživanja s više od milijun ispitanika. Međutim, to su bila opažajna, kohortna istraživanja i stoga sustavni pregled tih dokaza ima brojna ograničenja. Prvo, većina uključenih istraživanja nije prikazala podatke o metodama pripreme kave i kombinirani su podatci za kavu s kofeinom i kavu bez kofeina. Sastav šalice kave uvelike ovisi o načinu pripreme. Drugo, uočena povezanost ispijanja kave sa smrtnošću od svih uzroka mogla bi biti pristrana zbog postojanja zbunjujućih čimbenika (engl. *confounding factors*) koji nisu mjereni ili nisu poznati, ili zbog drugih mogućih razloga, iako valja naglasiti da je većina uključenih istraživanja kontrolirala glavne zbunjujuće čimbenike kao što su dob i status pušenja, unos alkohola i tjelesna aktiv-

nost. Treće, većina uključenih istraživanja samo je procjenjivala učestalost uzimanja kave na početku samoprocjenom, odnosno ispitanici su sami trebali navesti tu informaciju. Osobe koje su razvile hipertenziju ili druge rizične čimbenike za srčanožilne bolesti tijekom razdoblja praćenja u istraživanju mogu promijeniti svoje navike pijenja. Osim toga, mogućnost zaboravljanja (engl. *recall bias*) i pogrešna klasifikacija konzumacije kave također bi mogle nepovoljno utjecati na tumačenje povezanosti pijenja kave i smrtnosti od svih uzroka.

Ispijanje kave može biti obrnuto povezano s rizikom od smrtnosti u bolesnika s dijabetesom tipa 2, zaključuju Shahinfar i sur. Međutim, kažu, potrebno je više istraživanja s obzirom na vrstu kave, šećer i mlijeko koji se dodaju kavi, te povijest srčanožilnih bolesti kako bi se pokazali sigurniji rezultati. Zamislite tu grozotu, da od kave stvarno možemo dulje živjeti, ali onda nas dokrajči šećer koji smo stavili u kavu!

No, dobro, ako od kave možda i ne živimo dulje, ima li kakvih drugih potencijalnih koristi za naše zdravlje od njezinoga veličanstva?

Brojna istraživanja i brojni sustavni pregledi literature, pozabavili su se kavom, ili kofeinom, u raznoraznim kontekstima. Onaj koga bude zanimala ta literatura neka uzme neki dugi višegodišnji odmor da to sve prouči. Svašta se tu može doznati.

Analiza povezanosti između konzumacije kave i čaja, i pojave glioma, koja je uzela u obzir dozu, pokazala je da svaka šalice kave dnevno smanjuje rizik od glioma za 3 % i svaka šalice čaja dnevno smanjuje rizik od glioma za 3 % (Pranata i sur.). Veći unos kave može biti povezan

s manjim rizikom od raka prostate (Chen i sur.) i rakom jetre (Bhurwal i sur.).

Shao i suradnici uključili su u svoj sustavni pregled o povezanosti pijenja kave i rizika od moždanog udara 21 istraživanje s 2,4 milijuna ispitanika. Zaključuju da su pružili dokaze o značajnoj inverznoj povezanosti između konzumacije kave i rizika od moždanog udara. Najjača povezanost s moždanim udarom (21 % manji rizik) pronađena je za konzumaciju kave od 3 - 4 šalice dnevno i nije uočeno daljnje smanjenje rizika od moždanog udara s povećanjem razine konzumacije kave iznad te količine.

Prema novijim sustavnim pregledima nema povezanosti između pijenja kave i povećanog rizika za endometrioze (Kechagias i sur.) ili gestacijski dijabetes mellitus (Ni i sur.). Nema dokaza da umjerena konzumacija kave povećava rizik od stvaranja mokraćnih kamenaca u zdravih osoba, pod uvjetom da se održava preporučeni dnevni unos tekućine (Barghouthy i sur.).

U pacijenata s preboljenim infarktom miokarda, konzumacija kave nije bila povezana s povećanim rizikom od svih uzroka smrtnosti i srčanožilnih događaja (Ribeiro i sur.).

Proučavanjem sustavnih pregleda o kavi moguće je naći i neke bizarne informacije. Primjerice, izgleda da neki ljudi koriste klistir od kave kao metodu alternativne medicine kojom očekuju postizanje mistične detoksikacije. Sustavni pregled Sona i suradnika uspio je u literaturi pronaći samo prikaze slučajeva koji opisuju takvu praksu. Našli su u literaturi devet prikaza slučajeva koji opisuju štetne učinke klistiranja kavom. Sedam prikaza opisalo je nastanak kolitisa nakon samoprimjene klistira koji sadrži kavu; autori navode kako pretpostavljaju da je uzrok sama tekućina kave,



koja sadrži brojne kemijske tvari. Druga dva prikaza opisala su ozbiljnije štetne učinke. Nije pronađeno niti jedno istraživanje koje je analiziralo djelotvornost takvog postupka (Son i sur.).

No, evo još jedna ideja iz literature: neki ljudi, zamislite, uopće ne piju kavu (niti se klistiraju kavom) kako bi sebi osigurali korisne učinke za zdravlje, nego umjesto toga ispiru usta tekućinama koje sadrže kofein. Naime, pijenje kave može uzrokovati tjeskobu, nemir, žgaravicu, nesanicu, glavobolju, povećan arterijski krvni tlak itd. Stoga se ispituju novi načini konzumiranja kofeina kako bi se poboljšala tjelesna i kognitivna izvedba čovjeka. Dakle, tekućinom koja sadrži kofein preporučuje se ispiranje usta tijekom nekoliko sekundi (5 - 20 sekundi) bez daljnjega gutanja. Iako bukalna sluznica može apsorbirati kofein, povećana koncentracija kofeina u plazmi nije pronađena nakon ispiranja usta kofeinom, vjerojatno zbog kratkog

vremena ispiranje usta. Mehanizmi uključeni u potencijalni ergogeni učinak ispiranja usta kofeinom nisu potpuno poznati, ali su predložena dva moguća mehanizma. Prvi mehanizam uključuje vezanje kofeina s adenozijskim receptorima koji se nalaze u usnoj šupljini, što potiče povećanje oslobađanja neurotransmitera i brzinu pokretanja mišića. Drugi se mehanizam odnosi na receptore gorkog okusa koji se nalaze u ustima, a u izravnoj su vezi s regijama mozga koje su, pak, povezane s obradom informacija i nagradom. Ti se receptori, pak, aktiviraju kada su izloženi kofeinu i poboljšavaju mentalnu budnost. Je li ispiranje usta kofeinom učinkovita strategija za poboljšanje tjelesnih i kognitivnih performansi, upitali su se da Silva i suradnici. Pronašli su u literaturi 18 relevantnih istraživanja, od kojih je 15 ispitalo tjelesnu izvedbu, a tri kognitivnu. Sva uključena istraživanja opisala su poboljšanje kognitivnih sposobnosti uz ispiranje usta kofeinom. Učinci na tjelesnu izvedbu

nisu bili dosljedni.

No, sa svim opažajnim istraživanjima valja biti vrlo oprezan kad se donose zaključci jer povezanost nije isto što i uzročno-posljedična veza. I što sad, trebamo li nastaviti uživati u kavi jer brojna istraživanja ukazuju na mogućnost da bi to moglo imati korisne učinke na zdravlje? Naravno, odgovor nije jednostavan. Nije svejedno ni koju kavu pijete. Tverdal i suradnici pratili su više od pola milijuna Norvežana 20 godina i zaključili kako je nefiltrirana kava bila povezana s većom smrtnošću od filtrirane kave, a filtrirana kava bila je povezana s nižom smrtnošću od nekonsumacije kave.

Dakle, ako već uživate u kavi, bilo bi bolje ako je filtrirana, bez šećera i drugih dodataka, te je piti u umjerenim količinama. A ako vam dosadi ispijanje kave, možda krenuti s ispiranjem usta kavom. Ono klistiranje kavom se ne preporučuje

livia.puljak@gmail.com

PRIVATNA GINEKOLOŠKA ORDINACIJA

Daje se u najam kompletno opremljena ginekološko/opstetrička ordinacija površine 100 m² u centru Zagreba (Trg Marka Marulića)

Za sve dodatne informacije javite se na
e-mail: gynnova@gmail.com ili na telefon **099 2816368**

Test mjerenja zjeničnih reakcija za brzo otkrivanje glaukoma

✓ PORUKA ČLANKA

Ova jednostavna pretraga temelji se na zahtjevnim algoritmima koji analiziraju složenost zjeničnih signala, a koji su rezultat parasimpatičkih oscilacija u promjeru zjenica

Glaukom je jedan od vodećih uzroka nepovratnog gubitka vida u odraslih. Pravovremena dijagnoza i rani početak liječenja snižavanjem očnog tlaka još uvijek je jedini učinkoviti način sprječavanja gubitka vida koji može rezultirati sljepoćom. Glaukom je trenutačno moguće otkriti jedino na oftalmološkom pregledu u specijaliziranim ordinacijama. Tim inženjera i oftalmologa sa Sveučilišta RMIT iz Melbournea u Australiji pronašli su način pomoću kojega mogu postaviti sumnju na glaukom za nekoliko minuta, koristeći komercijalno dostupne infracrvene senzore pokreta oka i osobno

računalo. Ovakva jednostavna pretraga temelji se na zahtjevnim algoritmima koji analiziraju složenost zjeničnih signala, a koji su rezultat parasimpatičkih oscilacija u promjeru zjenica. Autori su se koristili algoritmima koji se temelje na takozvanoj Higuchijevoj fraktalnoj dimenziji te permutacijskoj i uvjetnoj entropiji. Navedeni izračuni pokazali su se manje zahtjevnima za računalna od dotadašnjih te se uspješno primjenjuju za analizu signala elektroencefalograma i elektrokardiograma.

U ovo pilot istraživanje uključili su ukupno 37 sudionika: 13 oboljelih od početnog glaukoma otvorenog kuta, 13 kontrolnih ispitanika slične prosječne dobi od 66 godina te 11 osoba mlađih od 33 godine. Kod prijašnjih istraživanja ispitanici su trebali sjediti u tami, a istraživači biti posebno educirani za dugotrajnu analizu i prikupljanje podataka. U ovom istraživanju ispitanici su pri standardnom osvjetljenju dvije minute gledali u zaslon osobnog računala, dok je obrada podataka bila u cijelosti automatska i trajala oko četiri sekunde. Rezultati su pokazali kako

je u bolesnika s glaukomom složenost zjeničnih signala bila značajno veća nego u kontrolnim skupinama ($P < 0,0001$), posebno kada su se za izračun rabile mjere fraktalne dimenzije.

Autori ističu kako navedeni rezultati ukazuju na velik potencijal mjerenja složenosti zjeničnih reakcija u ranom otkrivanju glaukoma uz pomoć lako dostupne opreme. Iako mehanizam nije u cijelosti razjašnjen, pretpostavlja se kako su kod glaukoma oštećene melanopsinske intrinzične fotosjetljive ganglijske stanice mrežnice koje sudjeluju u regulaciji veličine zjenica. Autori upozoravaju da su potrebna dodatna istraživanja na većem broju ispitanika koja bi validirala navedene rezultate te otkrila moguće utjecaje drugih bolesti i kliničkih čimbenika na rezultate.

(IEEE Access, vol. 9, pp. 144871-144879, 2021. DOI: 10.1109/ACCESS.2021.3122079)

 **Dr. sc. ADRIAN LUKENDA, dr. med.**
spec. oftalmolog, uži specijalist za prednji
očni segment

Specifičnosti prijeloma kostiju u dječjoj dobi tijekom pandemije COVID-19

✓ PORUKA ČLANKA

Učestalost prijeloma u dječjoj dobi smanjila se dva i pol puta tijekom prvih mjeseci COVID-19 pandemije, ali je više prijeloma nastajalo kod kuće, na trampolinu, biciklima i u mlađe djece

Istraživanje koje je uključilo 1745 bolesnika otkrilo je da su prijelomi distalnog radijusa češće liječeni neoperativno tijekom pandemije COVID-19. Smanjenje volumena prijeloma bilo je očekivano, međutim, neočekivan je bio proporcionalan porast učestalosti ozljeda kod kuće,

navode **Shah** i sur. (Children's Hospital of Philadelphia and the University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania, SAD). Kako je vrijeme prolazilo, postajalo je očiglednije da su ozljede povezane s trampolinom i biciklom u porastu, ali to autori na početku pande-

mije nisu očekivali. Autori su usporedili bolesnike s prijelomima tijekom ožujka i travnja 2020. s onima tijekom istih mjeseci 2018. i 2019. godine. Sveukupno se broj djece s prijelomima smanjio na ispod 10 dnevno, u usporedbi s više od 22 slučaja dnevno u prethodnim godinama

Antibiotici ne pomažu u liječenju „akutnog bronhitisa“ u djece

▼ PORUKA ČLANKA

Primjena amoksicilina ne skraćuje trajanje bolesti u djece s nekomplikiranom infekcijom donjega dišnog sustava

Već dulje vrijeme poznato je kako rezistencija na antibiotike predstavlja globalni javnozdravstveni problem, pri čemu značajnu ulogu ima propisivanje antibiotika na razini primarne zdravstvene zaštite. Antibiotici se tako često propisuju djeci s nekomplikiranom infekcijom donjeg dijela dišnog sustava, bez jasnog uporišta za takvu praksu u kliničkim istraživanjima. Engleski liječnici i znanstvenici stoga su proveli randomizirano, dvostruko slijepo, placebo kontrolirano kliničko istraživanje u 56 ambulanti primarne zdravstvene zaštite diljem Engleske, koje je za cilj imalo utvrditi skraćuje li amoksicilin trajanje umjerenih simptoma infekcije donjeg dijela dišnog sustava bez znakova upale pluća u djece.

U istraživanju su ukupno sudjelovala 432 djeteta u dobi od 6 mjeseci do 12 godina koja su se javila svome nadležnom liječniku zbog sumnje na akutnu infekciju donjega dišnog sustava s trajanjem simptoma kraćim od tri tjedna. Pri tome su se istraživači koristili definicijom iz ranijih istraživanja, prema kojoj je predominantni simptom navedene infekcije (za koju se često u svakodnevnoj kliničkoj praksi koristi i naziv akutni bronhitis) akutni kašalj uz druge simptome i znakove, poput otežanog disanja, iskašljavanja ili boli u prsištu. Isključni kriteriji bili su neinfektivni uzroci poput alergije ili egzacerbacije astme, sigurni virusni uzroci poput krupa, imunokompromitiranost te korištenje antibiotika u proteklih mjesec dana.

Rezultati istraživanja pokazali su da je medijan trajanja umjerenih težkih ili težih simptoma u skupini djece liječene antibioticima bio 5 dana (IQR 4 - 11 dana), a u skupini koja je primala placebo 6 dana (IQR 4 - 15), bez statistički značajne razlike. Nadalje,

razlika u trajanju simptoma nije uočena niti nakon što su bolesnici podijeljeni u pet različitih podskupina ovisno o kliničkim simptomima i znakovima poput različitih zvučnih fenomena, sputuma, vrućica, ubrzanog disanja ili procijenjenog lošeg stanja.

Autori su zaključili kako primjena amoksicilina za liječenje nekomplikirane infekcije lokalizirane u prsištu najvjerojatnije nema kliničkog učinka u djece, čak niti kada se posebno analiziraju podskupine bolesnika kojima se najčešće propisuje ova antibiotska terapija. Naposljetku su dodali kako bi liječnici trebali umjesto posezanja za antibioticima detaljno objasniti tijek bolesti koji se može očekivati u većine djece te savjetovati njihove skrbnike u kojim se slučajevima trebaju ponovo javiti liječniku.

(Lancet. 2021;398:1417–26. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01431-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01431-8))

 **Dr. sc. LOVRO LAMOT, dr. med.**
specijalist pedijatrije i uže specijalnosti iz
pedijatrijske reumatologije

($P < 0,001$). Usto se dob bolesnika snizila s prosječno 9,4 godine na 7,5 godina ($P < 0,001$), uz smanjenje broja zahvaćenih adolescenata tijekom 2020. Zbog pandemije se više prijeloma u dječjoj dobi dogodilo kod kuće (57,8 % prema 32,5 %; $P < 0,001$) ili na biciklima (18,3 % prema 8,2 %; $P < 0,001$), ali ih je bilo manje kod organiziranih sportova (7,2 % prema 26,0 %; $P <$

0,001) ili na igralištima (5,2 % prema 9 %; $P < 0,001$). U razdoblju pandemije, istraživači nisu primijetili povećanje vremena između ozljede i kliničke prezentacije. Međutim, podaci sugeriraju da se u posljednjim mjesecima pandemije djeca kasnije pojavljuju s prijelomima, ponekad s teškim posljedicama. Puno je odraslih izgubilo posao, a kao posljedica toga puno je djece izgubilo pristup privatnom

osiguranju. Dodatno je otkriće da su tijekom pandemije prijelomi distalnog radijusa češće bili liječeni neoperativno nego prethodnih godina (44,2 % prema 25,9 %; $P = 0,01$). Iako je neoperativno liječenje prijeloma distalnog radijusa odavno zlatni standard, značajan broj kirurga liječio je takve prijelome operativno. Pandemija je uvjetovala minimaliziranje kontakta sa zdravstvenim sustavom kako bi se cijele

obitelji zaštitile od potencijalne zaraze, što je rezultiralo povećanjem stope neoperativnog liječenja prijeloma distalnog radijusa u djece.

(J Pediatr Orthop. 2020;40:373-379.)

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

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA OBJAVLJENI U INOZEMNIM MEDICINSKIM ČASOPISIMA

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

- Čurlin M, Barbir R, Dabelić S, Ljubojević M, Goessler W, Micek V, Žuntar I, Pavić M, Božičević L, Pavičić I, Vinković Vrček I. Sex affects the response of Wistar rats to polyvinyl pyrrolidone (PVP)-coated silver nanoparticles in an oral 28 days repeated dose toxicity study. **Part Fibre Toxicol.** 2021 Oct 18;18(1):38. doi: 10.1186/s12989-021-00425-y.
- Kalanj K, Marshall R, Karol K, Tiljak MK, Orešković S. The Impact of COVID-19 on hospital admissions in Croatia. **Front Public Health.** 2021 Sep 9;9:720948. doi: 10.3389/fpubh.2021.720948.
- Karanović S, Ardin M, Tang Z, Tomić K, Villar S, Renard C, Venturini E, Lorch AH, Lee DS, Stipančić Ž, Slade N, Vuković Brinar I, Dittrich D, Karlović K, Borovečki F, Dickman KG, Olivier M, Grollman AP, Jelaković B, Zavadil J. Molecular profiles and urinary biomarkers of upper tract urothelial carcinomas associated with aristolochic acid exposure. **Int J Cancer.** 2021 Sep 27. doi: 10.1002/ijc.33827. Online ahead of print.
- Marinovic J, Mihanovic I, Maltar-Strmecki N, Bulat C, Zanchi J, Ljubkovic M. Coronary collateralization prevents myocardial ROS surge induced by revascularization after non-ST-elevation acute coronary syndrome: A pilot study. **Prog Cardiovasc Dis.** 2021 Sep 22:S0033-0620(21)00101-8. doi: 10.1016/j.pcad.2021.09.005. Online ahead of print.
- Nadarevic T, Giljaca V, Colli A, Fraquelli M, Casazza G, Miletic D, Štimac D. Computed tomography for the diagnosis of hepatocellular carcinoma in adults with chronic liver disease. **Cochrane Database Syst Rev.** 2021 Oct ;10(10):CD013362. doi: 10.1002/14651858.CD013362.pub2.
- Ostojic Z, Bulum J. Optical coherence tomography-guided percutaneous coronary intervention in a patient with an iatrogenic coronary artery stenosis. **EuroIntervention.** 2021 Oct 7:EIJ-D-21-00499. doi: 10.4244/EIJ-D-21-00499.
- Paštrovic F, Lucijanic M, Atic A, Stojic J, Barisic Jaman M, Tjesic Drinkovic I, Zelenika M, Milosevic M, Medic B, Loncar J, Mijic M, Filipec Kanizaj T, Kralj D, Lerotic I, Virovic Jukic L, Ljubic N, Luetic K, Grgic D, Majerovic M, Ostojic R, Krznaric Z, Luksic I, Piskac Zivkovic N, Keres T, Grabovac V, Persec J, Barsic B, Grgurevic I. Prevalence and prognostic impact of deranged liver blood tests in COVID-19: experience from the regional COVID-19 center over the cohort of 3812 hospitalized patients. **J Clin Med.** 2021 Sep 17;10(18):4222. doi: 10.3390/jcm10184222.
- Peric Z, Peczynski C, Polge E, Kröger N, Sengeloew H, Radujkovic A, Helbig G, Russell N, Bunjes D, Socié G, Potter V, Beelen D, Crawley C, Bloor A, Finke J, Schoemans H, Penack O, Snowden JA, Koenecke C, Basak GW. Influence of pretransplant inflammatory bowel disease on the outcome of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a matched-pair analysis study from the Transplant Complications Working Party (TCWP) of the EBMT. **Bone Marrow Transplant.** 2021 Sep 24. doi: 10.1038/s41409-021-01458-9.
- Pivac N, Erjavec GN, Sagud M, Perkovic MN, Tudor L, Uzun S, Petrovic ZK, Konjevod M, Dvojkovic A, Kozumplik O, Strac DS, Peraica T, Mimica N, Zivkovic M, Hirasawa-Fujita M, Domino EF. The association between BDNF C270T genetic variants and smoking in patients with mental disorders and in healthy controls. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.** 2021 Oct 9;110452. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110452.
- Primorac D, Čemerin M, Matišić V, Molnar V, Strbad M, Girandon L, Zenić L, Knežević M, Minger S, Polančec D. Mesenchymal stromal cells: potential option for COVID-19 treatment. **Pharmaceutics.** 2021 Sep 16;13(9):1481. doi: 10.3390/pharmaceutics13091481.
- Rasic D, Zenko Sever A, Rasic F, Strbe S, Rasic Z, Djuzel A, Duplancic B, Boban Blagaic A, Skrtic A, Seiwerth S, Sikiric P, Sever M. Stable gastric pentadecapeptide BPC 157 heals established vesicovaginal fistula and counteracts stone formation in rats. **Biomedicines.** 2021 Sep 13;9(9):1206. doi: 10.3390/biomedicines9091206.
- Svetina L, Košec A, Čurković M, Nola AI. A case study of complex disasters within the resilience framework in Zagreb, Croatia: Two earthquakes in one pandemic. **Environ Res.** 2021 Sep 24;204(Pt B):112079. doi: 10.1016/j.envres.2021.112079.
- Škara L, Huđek Turković A, Pezelj I, Vrtarić A, Sinčić N, Krušlin B, Uramec M. Prostate cancer-focus on cholesterol. **Cancers (Basel).** 2021 Sep 19;13(18):4696. doi: 10.3390/cancers13184696.
- Vukusic Rukavina T, Viskic J, Machala Poplasen L, Relic D, Marelic M, Jokic D, Sedak K. Dangers and benefits of social media on e-professionalism of healthcare professionals: scoping review. **J Med Internet Res.** 2021 Sep 23. doi: 10.2196/25770.
- Zelenika M, Lucijanic M, Bokun T, Bozin T, Barisic Jaman M, Tjesic Drinkovic I, Pastrovic F, Madir A, Luksic I, Piskac Zivkovic N, Luetic K, Krznaric Z, Ostojic R, Filipec Kanizaj T, Bogadi I, Virovic Jukic L, Kukla M, Grgurevic I. FibroScan-AST score predicts 30-day mortality or need for mechanical ventilation among patients hospitalized with COVID-19. **J Clin Med.** 2021 Sep 24;10(19):4355. doi: 10.3390/jcm10194355.
- Zulijani A, Dekanić A, Čabov T, Jakovac H. Metallothioneins and megalin expression profiling in premalignant and malignant oral squamous epithelial lesions. **Cancers (Basel).** 2021 Sep 9;13(18):4530. doi: 10.3390/cancers13184530.
- Žarković N, Orehovec B, Milković L, Baršić B, Tatzber F, Wonisch W, Tarle M, Kmet M, Mataić A, Jakovčević A, Vuković T, Talić D, Waeg G, Lukšić I, Skrzydlewska E, Žarković K. Preliminary findings on the association of the lipid peroxidation product 4-hydroxynonenal with the lethal outcome of aggressive COVID-19. **Antioxidants (Basel).** 2021 Aug 25;10(9):1341. doi: 10.3390/antiox10091341.

HARTMANN

Bolja njega na lakši način

- ✓ Elastični bočni paneli pružaju još veću udobnost i sigurnost
- ✓ 2 pričvrstne trake za brže i jednostavnije postavljanje
- ✓ Brže postavljanje pomaže sačuvati dostojanstvo bolesnika
- ✓ Postavljanje u manje koraka smanjuje fizičko opterećenje negovatelja
- ✓ Brže postavljanje ušteda je na vremenu



Novo
MoliCare®
Premium Elastic



Dostupno na listi HZZO-a

Šifra proizvoda	HZZO i ATK šifra	CEZIH šifra	Naziv proizvoda
165371	093 004 102 116	093 004 102 1065	MoliCare Premium Elastic 7 kapljica S
165372	093 004 102 116	093 004 102 1066	MoliCare Premium Elastic 7 kapljica M
165373	093 004 102 116	093 004 102 1067	MoliCare Premium Elastic 7 kapljica L
165471	093 004 102 217	093 004 102 2114	MoliCare Premium Elastic 8 kapljica S
165473	093 004 102 217	093 004 102 2115	MoliCare Premium Elastic 8 kapljica M
165472	093 004 102 217	093 004 102 2116	MoliCare Premium Elastic 8 kapljica L
165474	093 004 102 313	093 004 102 3017	MoliCare Premium Elastic 8 kapljica XL

Dulce cum utili!

Zahvaljujem vam na brizi – idem u bolnicu zbog bolesti, a radi izlječenja!

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



Zahvaljujem... / zahvaljujem se...

Hvala na... / hvala za...

Upravljanje je u jeziku sposobnost nekih riječi, npr. glagola, da otvaraju mjesta u rečenicama drugim riječima, npr. imenici u odgovarajućem padežu. Tako iza glagola *kupiti, vidjeti, čitati, učiti* i dr. riječi dolaze samo u akuzativu, pa je pravilno, npr. *kupiti lijekove, vidjeti pacijenta, čitati knjigu, učiti internu medicinu*. Iza nekih glagola pravilno mogu doći dva padeža. Npr. iza glagola *svjedočiti* pravilno dolazi ili dativ ili lokativ, pa je pravilno i *svjedočiti nekadašnjem sjaju* i *svjedočiti o nekadašnjem sjaju*.

Uz glagol *zahvaliti*, čije je značenje 'iskazati kome hvalu za što' pravilno dolazi akuzativ ili lokativ, pa je pravilno i *zahvaliti za razumijevanje, za čestitku, za posjet, za kupnju, za sve što ste učinili*, kao i *zahvaliti na razumijevanju, na čestitki, na posjetu, na kupnji, na svemu što ste učinili*.

I uz glagol *zahvaliti se*, čije je značenje 'odbiti, ne prihvatiti', pravilno dolazi ili akuzativ ili lokativ, što znači da je pravilno i *zahvaliti se za ponuđenu dužnost* i *zahvaliti se na ponuđenoj dužnosti*, i *zahvaliti se za pruženu mogućnost* i *zahvaliti se na pruženoj mogućnosti*.

I uz imenicu *hvala* pravilno dolazi ili akuzativ ili lokativ, pa je pravilno i npr. *hvala za poklonjenu knjigu* i *hvala na poklonjenoj knjizi*, *hvala za pažljivo slušanje* i *hvala na pažljivom slušanju*.

nje jezičnoga savjeta i *hvala na pažljivom slušanju jezičnoga savjeta*.

Evo radi preglednosti tih primjera u tablici.

PRIMJER	PADEŽ	PRAVILNO
<i>kupiti, vidjeti, čitati, učiti</i>	A	<i>kupiti lijekove, vidjeti pacijenta, čitati knjigu, učiti internu medicinu</i>
<i>svjedočiti</i>	L i D	<i>svjedočiti nekadašnjem sjaju</i> i <i>svjedočiti o nekadašnjem sjaju</i> 'iskazati kome hvalu za što'
<i>zahvaliti</i>	A i L	<i>zahvaliti za razumijevanje, za čestitku, za posjet, za kupnju, za sve što ste učinili, kao i zahvaliti na razumijevanju, na čestitki, na posjetu, na kupnji, na svemu što ste učinili</i> 'odbiti, ne prihvatiti'
<i>zahvaliti se</i>	A i L	<i>zahvaliti se za ponuđenu dužnost</i> i <i>zahvaliti se na ponuđenoj dužnosti</i> ; <i>zahvaliti se za pruženu mogućnost</i> i <i>zahvaliti se na pruženoj mogućnosti</i>
<i>hvala</i>	A i L	<i>hvala za poklonjenu knjigu</i> i <i>hvala na poklonjenoj knjizi</i> , <i>hvala za pažljivo slušanje jezičnoga savjeta</i> i <i>hvala na pažljivom slušanju jezičnoga savjeta</i>

Upotreba prijedloga *zbog* i *radi*

Prijedlozi su nepromjenjive riječi koje određuju odnose među riječima, ponajprije među imenskim riječima u tekstu. Pojedini prijedlog ponekad ima više značenja, poput prijedloga *na*, neki od prijedloga koji se često upotrebljavaju u istim kontekstima imaju različita značenja, poput prijedloga *zbog* i *radi*, a sve nas to može dovesti u nedoumicu koji prijedlog u kojem slučaju upotrijebiti. Značenje se nekoga prijedloga u hrvatskome jeziku veže i uz značenje padeža uz koji se javlja, ali svaki prijedlog ima i svoje posebno značenje po kojem se prijedlozi s istim padežom međusobno razlikuju.

Miješanje prijedloga *zbog* i *radi* jedna je od najčešćih pogrešaka jer oba prijedloga dolaze uz riječi u genitivu. Prijedlog *zbog* upotrebljava se za izražavanje uzroka, npr. *Otputovao je na more zbog bolesti*. (Zbog čega je otputovao na more?), dok se prijedlog *radi* upotrebljava za izražavanje namjere, cilja, onoga što će se dogoditi, npr. *Otputovao je na more radi oporavka*. (S kojom je namjerom otputovao na more?)

Dakle, pravilo je jednostavno ovako:

- Prijedlogom *zbog* izričemo uzrok.

– *Došao je u bolnicu zbog bolesti*. (zato što je bolestan)

- Prijedlogom *radi* izričemo namjeru (želju, cilj, svrhu).

– *Došao je u bolnicu radi izlječenja*. (s namjerom da se izliječi; da bi se izliječio)

Zamjenom prijedloga možemo dobiti rečenice pogrešna značenja:

– *Došao je u bolnicu radi bolesti*. (došao je u bolnicu s namjerom da dobije bolest!!!)

Ako umjesto prijedloga *radi* u rečenici upotrijebimo prijedlog *zbog* i obrnuto, to neće biti gramatička, ali jest značenjska pogreška. Naime, gramatički je pravilno i *Otputovao je na more radi oporavka*. (namjera njegova puta je opravak) i *Otputovao je na more zbog oporavka*. (uzrok njegova puta je opravak), ali nije sadržajno jer se na more putuje s namjerom opravka, a opravak nije uzrok putovanja.

Treba također naglasiti kako prijedloge *zbog* i *radi* nije pravilno upotrebljavati zajedno, npr.:

– *Došao je u bolnicu zbog radi izlječenja*.

Upotreba prijedloga *na* i *u*

Nerijetko se u komunikaciji kolebamo i u upotrebi prijedloga *na* i *u*. Prijedlozi *na* i *u* dolaze uz akuzativ i lokativ.

Prijedlog *na* upotrebljava se uz zemljopisna imena koja označavaju mjesto na uzvisini, uz imena otoka, uz imena pojedinih građevina i ustanova i dr. Na primjer: *Popela se na vrh planine*.; *Bili su na otoku Korčuli*.; *Diplomirala je na Medicinskome fakultetu*.; *Europsko prvenstvo će se igrati na francuskim stadionima*.; *Idem na tramvaj*. Prijedlog *u*, uz navedena značenja, označava i gornje mjesto nekoga predmeta, npr. *na krovu*, *na brodu*, ali ima i mnoga druga značenja, npr. u rečenicama *Poslala ga je na selo*.; *Ona je ostala na fakultetu*. i sl.

Prijedlog *u* upotrebljava se uz nazive mjesta, kao i u značenju da se nešto nalazi unutar čega, u granicama čega, kretanje prema nekom mjestu i dr. Npr. *Stigli smo u mjesto Korčulu*.; *Gradski stadion u Poljudu poznat je pod nadimkom „Poljudska ljepotica“*.; *Stavio je pismo u ladicu*.; *U arhitekturi je našao zadovoljstvo*.; *Ušao je u tramvaj*.

Pogrešna je upotreba prijedloga *u* i *na* tamo gdje oni po pravilu ne dolaze. Nije pravilno, npr. *Otišao je u fakultet, na poštu*. Pravilno je *Otišao je na fakultet, u poštu*. Pogrešna je i zamjena prijedloga *na*, npr. u izrazu na telefonu, prijedlogom *pri*. Dakle, nije pravilno *pri telefonu Petar Perić, nego na telefonu Petar Perić ili ovdje Petar Perić*.

Pozivamo Vas da nam se i dalje javljate na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr svojim prijedlozima i pitanjima u vezi s hrvatskim jezikom struke.

PROVJERITE ZNANJE:

1. U kojoj se rečenici ne javlja pogreška?

- A** U ovom trenutku od nikoga ne može dobiti pomoć.
- B** Danas ni od koga ne možeš dobiti točnu informaciju.
- C** Obecao je da neće popustiti u nikojem slučaju.
- D** O toj temi nisam mogao s nikim razgovarati.

2. Na prazna mjesta upišite pravilan oblik složene zamjenice (ni na koji, ni na koga, ni za što, ni na što).

- A** To mu _____ način nisu uspjeli objasniti.
- B** Nisam mislio _____ posebno.
- C** Iako se _____ ne ljutim, smeta mi neprofesionalnost.
- D** _____ se nije želio sukobiti.

3. U kojoj se rečenici javlja pogreška?

- A** U izvedbi se osjetilo svo njegovo znanje o morskim strujama.
- B** Sav njegov trud i sve njegovo umijeće nije nikoga zadivilo.
- C** Sva bogatstva i sva blaga nisu jamstvo sreće i mira.
- D** Sa svim smo bili upoznati već prije početka sastanka.

Točni odgovori: 1. B; 2. A ni na koji, B ni na koga, C ni za što, D ni na što; 3. A (svo).

PRVA PEDIJATRICA U OSIJEKU

Dr. MARIJANA BEDENIĆ (Beč, 15.9.1901. – Osijek, 6.1.1988.)



Dr. Marijana Bedenić

 IVICA VUČAK

U siječnju 1988. donio je osječki "Glas Slavonije" vijest o smrti dr. Marijane Bedenić. Pored kratkoga teksta u kojem je sažeto opisan njezin život s naglaskom na doprinos zdravstvu Osijeka, objavljene su i osmrtnice iz kojih je vidljivo da je njezina smrt ožalostila ne samo rodbinu nego i njezine kolege u osječkoj Podružnici Zbora liječnika, zaposlenike Opće bolnice, posebice Odjela za dječje bolesti te Doma narodnog zdravlja i Dječjeg dispanzera u kojem je radila do umirovljenja 1971. godine. Među starijim generacijama Osječanki i Osječana ima još dosta onih koje je dr. Bedenić, "Licika", desetljećima pregledavala i liječila. Obilježavanje 120. obljetnice rođenja "majke osječke pedijatrije" prigoda je i za podsjećanje na početke pedijatrije u Slavoniji.

Djetinjstvo i školovanje

Rosina rođ. Fischer i Alfred Langer, voditelj ureda druge najveće banke u Austriji (Austrian Creditanstalt), nadjenuli su

kćeri rođenoj 15. rujna 1901. u Beču ime Marianne. Ona je poslije ispita zrelosti položenoga 2. srpnja 1920. u Beču studirala medicinu od zimskog semestra 1920./1921. do zimskog semestra 1925./1926. Tri stroga ispita ("rigoroze") položila je ocjenom "zadovoljavajuće" (26. lipnja 1923., 3. svibnja 1926. i 25. studenoga 1926.). Na čast doktora sveukupne medicine promovirana je 30. studenoga 1926.

Početak liječničke karijere

Od 27. prosinca 1926. do 30. lipnja 1927. radila je u Općoj poliklinici u Beču. Od 1. srpnja 1927. do 31. prosinca 1927. radila je na internom odjelu Bolnice nadvojvotkinje Sofije (Sophienspital) u Beču gdje joj je šef bio prof. dr. Nikola Jagić (Liječničke novine br. 46, veljača 2006., str. 77. – 9.). Sljedećih 4 godine 1 mjesec i 1 dan radila je u Gradskoj dječjoj bolnici u Beču (od 12. siječnja 1928. do 29. veljače 1932.). Razdoblje od 1. ožujka 1932. do 31. svibnja 1932. provela je u Alergološkom odjelu Dermatološke klinike u Beču, a potom se od 1. lipnja 1932. do 1. srpnja 1932. usavršavala na Odjelu za dječju ortopediju i na Odjelu za novorođenčad pri Ginekološko-porođajnoj klinici u Beču.

Nastavak liječničke karijere u Osijeku

Dr. Marianne Langer se 2. siječnja 1933. u bazilici "Maria Treu" u Beču vjenčala s dr. Milanom Bedenićem (1894. – 1955.), specijalistom za unutarnje bolesti i šefom Školske poliklinike pri Domu narodnog zdravlja (DNZ) u rodnom mu Osijeku. Nakon mature 1913. on se upisao na medicinu u Beču. Poput mnogih i on je prekinuo studij nakon unovačenja 1915. Upućen je u Innsbruck u kojem je ostao do 1918. Zatim 1919. nastavlja studij i promoviran je u Beču 11. ožujka 1924. Poslije promocije radio je 17 mjeseci na Klinici za unutarnje bolesti prof. Chvosteka u Beču. Na početku studija upoznao se sa psihoanalitičkom znanosti Sigmunda Freuda, a

na klinici prof. Juliusa vit. Wagner-Jauregga polazio je psihoanalitički seminar Paula F. Schildera. Upoznavši osnovne postavke učenja Alfreda Adlera, odvojio se od Freudove psihoanalize i posvetio se proučavanju Adlerove "Individual-Psychologie".

Po povratku u Osijek dr. Bedenić je obavio staž (15. studenoga 1925. do 24. studenoga 1926.), te nastavio, kao volonter, do 17. siječnja 1927. na svim odjelima HKM (Huttler – Kohlhoffer – Monsperger) Zakladne bolnice u Osijeku. Od 1. travnja 1927. bio je liječnik Doma narodnog zdravlja (DNZ) u Osijeku dodijeljen Školskom dispanzeru, u kojem je pokrenuo Savjetovalište za mentalnu higijenu (odgojna pitanja i psihohigijenu). U rujnu 1927., po povratku s tečaja u bečkom savjetovalištu za izbor zvanja, otvorio je u Osijeku i Savjetovalište za izbor, odnosno promjenu zvanja. (U Zagrebu će biti otvoreno tek 1932.).

Nakon udaje preselila se doktorica Bedenić u Osijek u kojem je obavila jednogodišnji liječnički staž u HKM Zakladnoj bolnici. Specijalistički ispit iz pedijatrije položila je 3. srpnja 1935. u Zagrebu. Rješenjem Banske uprave u Zagrebu odobreno joj je obavljanje privatne liječničke prakse. Od 1. siječnja 1936. radila je u svojoj privatnoj pedijatrijskoj ordinaciji u Osijeku, a uz to je besplatno vodila Savjetovalište za odgojna pitanja djece pri DNZ-u u Osijeku.

O težini zadatka s kojim je, kao jedini pedijatar ne samo u Osijeku nego i u čitavoj Slavoniji, bila suočena sljedećih godina govori podatak o 744 umrle osobe u kotaru Osijek 1925. godine, među kojima je bilo 307 novorođenčadi, 40 djece od prve do sedme godine te još 17 u dobi od sedam do četrnaest godina. Mrtvozornici su najčešće navodili "opću slabost", a ponekad i "Božju volju" kao uzrok smrti. Kad je, na poticaj dr. Andrije Štampara, u Osijeku 19. prosinca 1926. otvorena novosagrađena zgrada Doma narodnog zdravlja, u njoj su bili smješteni Školska poliklinika, ali i Dispanzer za majke i dojen-



čad u kojem je radila ugovorna liječnica dr. Elizabeta Rosenbaum, a u Dječjem dispanzeru dr. Smail Hadži-Mulić.

Mliječna kuhinja u Dječjem dispanzeru izdala je 1928. godine 15 526 litara mlijeka (oko 50 l dnevno). Bolnica nije imala dječji odjel. U gradu je postojala "Kolijevka", mali dom s 20 postelja, financiran uglavnom dobrovoljnim prinosima, za smještaj nahočadi, socijalno ugrožene dojenčadi i male djece. Teško bolesna djeca kojoj je bolnička skrb bila nužna hospitalizirana su na odjelima za odrasle i to, gotovo uvijek, u postelji s odraslom osobom.

1941. – 1945.

Nastankom NDH obustavljen je rad Školskog dispanzera u Osijeku, a dr. Milan Bedenić udaljen iz službe zbog članstva u masonskoj loži "Budnost". No, već 30. rujna 1941. bio je preuzet u službu NDH i imenovan zdravstvenim nadzornikom, uz isplatu razlike novaca ustegnutih mu tijekom udaljenja od službe. Od 14. prosinca 1943. povjerenje mu je privremeno vršenje dužnosti upravitelja DNZ-a u Osijeku.

U srpnju 1942. imala je doktorica Bedenić neugodnosti zbog opasne peticije koju je povelio nekoliko osječkih liječnika tražeći onemogućavanje rada preostalim kolegama Židovima u Osijeku. Od 1. veljače 1943. bilo joj je povjerenje vodstvo Doma za majke i nedonoščad (preimenovanoga 26. srpnja 1943. u Dom za majke i dojenčad), otvorenoga u prostorijama bivšeg Sanatorija dr. Ive Herlingera (danas Europska avenija 14). U njemu je bilo mjesta za 20 majki i 35 djece koja su u Domu boravila do pola godine (nahočad godinu dana).

Poslije rata

Doktorica Bedenić je 8. studenoga 1945. postavljena, rješenjem Predsjedništva vlade NRH, za honorarnog liječnika u Domu za majke i dojenčad u Osijeku. Kao specijalist -pedijatar vodila je također i Okružni dječji dispanzer u Osijeku. Pri utemeljenju podružnice Zbora liječnika Hrvatske (ZLH) u Osijeku 11. rujna 1946. izabrana je za blagajnicu u novoj upravi.

Poslije adaptiranja dviju prostorija u susjednoj zgradi preseljena su djeca iz Doma u "Stalne jaslice", a u prostorijama Doma je 17. studenoga 1947. otvoren "bolnički stacionar" nazvan "Bolnički odjel pri dječjem dispanzeru". Na 36 postelja primana su samo djeca mlađa od tri godine. Doktorica Bedenić bila je voditeljica Bolničkog odjela te ravnateljica u Dječjem dispanzeru i nadzirala "Stalne jaslice".

Uspješno je provela dva polugodišnja tečaja za njegovateljice prije nego što je u Osijeku 1. travnja 1948. otvorena jednogodišnja Škola dječjih njegovateljica zatvorenog tipa (Internat Škole nalazio se u zgradi Dječjeg dispanzera i jaslica). Rukovoditelj Škole bila je dr. Marijana Bedenić, ravnateljica Dječjeg dispanzera s bolničkim odjelom. Za vođenje škole nije primala plaću

niti dodatak, a kao honorarna nastavnica bila je plaćena po satu 75 dinara. Škola je 23. studenoga 1948. prebačena s proračuna Ministarstva u proračun Gradskog narodnog odbora u Osijeku te uvrštena u proračun Dječjeg dispanzera s bolničkim odjelom. Doktorica Bedenić je, uz funkciju u Dječjem dispanzeru, nastavila obavljati funkciju ravnatelja Škole "za koju se i do sada mnogo zalagala u svrhu dobijanja novog nižeg medicinskog kadra". Osim nadzora nad radom cijele škole, predavala je predmet "Dječje bolesti" 50 sati (ukupno je bilo 330 sati nastave). U cilju podučavanja zdravstvenog osoblja obilazila je svaka dva tjedna ambulate i zdravstvene stanice na prostranom osječkom području, ponajčešće konjskom zapregom. Održavala je popularna predavanja po školama, organizacijama Crvenoga Križa i u Podružnici ZLH-a.

Veliku pomoć doktorici Bedenić predstavljao je dolazak 1948. dr. Vlade Oberitera iz Zagreba u Osijek. Radio je kao sekundarni liječnik na bolničkom odjelu i u ambulanti Dječjeg dispanzera (gdje je bilo i više od 100 pregleda dnevno). U jednom četveromjesečnom razdoblju morao je raditi sam zbog bolesti dr. Bedenić. Nakon godinu dana on se vratio u Zagreb, a u Osijek su dolazile dr. Vlasta Sykora, dr. Ljerka Montina i dr. Bosiljka Štampar.

Redni broj	Nastavni predmeti	Sati	Napomena
1.	Matematički jezik na prvoj godini	40	
2.	Historija	30	
3.	Zemljopis	30	
4.	Matematika	30	
5.	Ustav i zakonodavstvo	10	
6.	Biologija	30	
7.	Anatomija i fiziologija	30	
8.	Opća patologija sa osnovnim unutarnjim bolestima	30	
9.	Opća i lična higijena sa dezinfekcijom i dermatozama	40	
10.	Prva pomoć	20	
11.	Njega bolesnika	30	
12.	Sanitetska administracija	10	
13.	Poznavanje lijekova	10	
14.	Zarazne i parazitarne bolesti sa osnovama epidemiologije i bakteriologije	40	
15.	Fizični i duševni razvoj dojenčeta	40	
16.	Dječja higijena u njegoj i ishrani	40	
17.	Dječje bolesti u njegoj i ishrani	30	
18.	Pedagogija i dječja psihologija	20	
19.	Higijena žena u obziru na materinstvo i ginekologija	10	
20.	Organizam i zdravstvene zaštite matera i djece.	10	
21.	Financijera		
			4 x nedjeljno.
			Ukupno 330 sati

Iscrpljivanje poslom je doktorica Bedenić još teže podnosila zbog svoga slabog zdravlja, posebice nakon što je u listopadu 1947. operirana (ektirpacija miomatозne maternice i cistično primijenjenog jajnika) te nakon operacije pupčane kile. Prethodno joj je 1940. resecirana miom maternice. Obje su operacije obavljene u Osijeku. Poslije operacije osjećala se stalno slabom, smetao joj je pritisak u prsnoj koži i predjelu srca, imala je glavobolje i česte nesvjestice. Mučili su je povraćanje i jaki crijevni grčevi. Većinom je bila opstipirana. Gubila je na tjelesnoj masi (u nekoliko mjeseci opala je za šest kilograma). Pri liječničkom pregledu 26. svibnja 1949. bila je anemična, blijede boje kože i vidljivih sluznica, hipotenzivna (RR 90/60 mmHg), a puls joj je bio mekan, labilan, aritmičan. Zbog zaključka o nesposobnosti za obavljanje njezine liječničke službe preporučeno joj je bolovanje od šest tjedana, nužno radi oporavka, i to s nastupom od 1. lipnja 1949.

Velikim zauzimanjem doktorice Bedenić organizirana je 1949. Uprava za zaštitu majke i djeteta pri Povjerenstvu za narodno zdravlje za oblast Osijek u kojoj je i ona radila, pored svojih redovnih poslova, od 23. veljače 1950. jedan sat dnevno kao prvi, a zadugo i jedini stručni savjetnik. Posebice se istaknula pri uvođenju monovalentne pedijatrijske patronažne službe u Osijeku i Slavoniji. U drugoj polovini 1950. u Osijek je iz Zagreba upućena pedijatrija dr. Irena Grobelnik. Ona je preuzela rad na odjelu, što je omogućilo njegovo odjeljivanje od Dječjeg dispanzera koji je pod upravom doktorice Bedenić od 1951. priključen DNZ-u. Od 1. siječnja 1952. do 26. srpnja 1952. bila je doktorica Bedenić u Gradskoj poliklinici Osijek te opet vraćena za šefa Dječjeg dispanzera.

Prema ocjeni koju je 1. ožujka 1953. potpisao ravnatelj DNZ-a, dr. Bedenić, šef-liječnik Dječjeg dispanzera, je "Sposobna, samoinicijativna, razvija punu osobnu aktivnost za što bolje funkcioniranje i organizaciju svojega posla. Marljiva i savjesna, nažalost, uslijed bolesti svojega muža ne radi puno radno vrijeme i jedva može uz slabu pomoć liječnika početnika svladavati ogroman posao u ambulanti. Disciplinirana. Vlanjanje u službi i izvan nje korektno, odnos prema bolesnicima dobar. Politički se odnosi pozitivno prema postojećem državnom uređenju".

U SJEĆANJE

Dr. Marijana Bedenić

Smrcu liječnice Marijane Bedenić osječko zdravstvo izgubilo je istaknutog radnika uz čije je ime vezan razvoj osječkog zdravstva, posebno pedijatrije. Liječnica Bedenić bila je pionir i osnivač službe za zdravstvenu zaštitu majke i djeteta na području Slavonije i Baranje, a osnivač je i prvog bolničkog pedijatrijskog stacionara u Osijeku.

Majka osječke pedijatrije, dr. Bedenić osnovala je 1947. godine prvi bolnički pedijatrijski stacionar, odnosno primitivan dječji odjel koji je imao 36 kreveta, a tu su liječena samo djeca ispod tri godine. Kao jedini specijalist za dječje bolesti na području Slavonije i Baranje od 1935. do 1948. godine, zaslužna je za smanjivanje smrtnosti djece. U to vrijeme na terenu nema još liječnika, nema preventive, a pedijatrijska služba je u povojima.

Radila je kao rukovodilac novoosnovanog Doma za majke i dojenčad, organizirala je rad dispanzera, vodila savjetovništvo, a posebno ja zaslužna za uvođenje patronažne službe. U Osijeku je organizirala tečajeve i školu za njegovateljice i prvi je rukovodilac dječjeg bolničkog stacionara.

Bila je vrlo cijenjena kao stručnjak i neumoran borac za dječji život, a za svoj rad dobila je veći broj društvenih priznanja.

Teško bolestan, dr. Milan Bedenić je od 1950. bio praktično prikovan za postelju. Unatoč tomu nastavljao je s javnim predavanjima iz područja duševne higijene. Ležeći u postelji govorio je pred mikrofonom, dok je zainteresirana publika bila stotinjak metara dalje u dvorani u kojoj su ljudi iz "Narodne tehnike" postavili zvučnik. Gradivo svojih predavanja na tečajevima u Školskoj poliklinici između dva svjetska rata, a "koji se sada opet nastavljaju u Higijenskom zavodu", prikupio je te tako priredio knjigu naslovljenu "Duševna higijena u svakodnevnom životu". Predgovor je završio u proljeće 1955., no konačno objavljivanje knjige 1956. godine nije doživio. U pogovoru knjizi izložila je dr. Marijana život svoga supruga. Drugo, popravljeno i dopunjeno izdanje uredila je 1964. prof. dr. Duška Blažević iz zagrebačke Klinike za neuropsihijatriju.

Doktorica Bedenić je 1966. odlikovana ordenom Republike Hrvatske s brončanim

vijencem, a povodom 25. obljetnice AFŽ-a odano joj je 1970. posebno priznanje. Za postignute uspjehe u dugogodišnjem liječničkom radu i njezin doprinos aktivnosti u liječničkim organizacijama dobila je prigodom umirovljenja 1971. diplomu Saveza liječničkih društava Jugoslavije.

Pokopana je na groblju Sv. Ana pokraj svoga supruga i njegovih roditelja. Svi su 7. svibnja 2015. premješteni na osječko groblje Novi Grad.

Tijekom tri i pol desetljeća u Osijeku bila je dr. Bedenić veoma aktivna u različitim aspektima skrbi za bolesnu djecu pa je opravdano smatrana pioniricom pedijatrije na tom području. U svakom prikazu razvitka osječkog i slavonskoga zdravstva, posebice vezanoga za unaprjeđenja zdravlja djece, nezaobilazan je njezin doprinos.

ivica.vucak@gmail.com

Tri stoljeća anestezije

Dolorem sanare divinum opus est!



Doc. dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med.

specijalistica anesteziologije,
reanimatologije i intenzivnog liječenja,
uža specijalistica intenzivne medicine

Umanjiti bol je božansko djelo, znali su to još antički mudraci i bili su u pravu. Čovjek je dugo tražio sredstva za liječenje boli, stoljećima su za to korišteni biljni ekstrakti kao što su mak, korov jimson, crna bunika, mandragora te alkohol. „Spavajuće spužve“, koje su se nanosile na lice, bile su poznate od antike, a u nekim su se zemljama koristile sve do 13. stoljeća. Kirurgija i bol bile su nerazdvojne sve do sredine 19. stoljeća, zbog čega su indikacije za operacijsko liječenje bile malobrojne. Stoga je svladavanje boli bio osnovni preduvjet za nove prekretnice i dostignuća u medicini. Prva takva prekretnica dogodila se 16. listopada 1846. godine, na dan obilježavanja Svjetskoga dana anestezije, kada su William T. G. Morton (1819. - 1868.), mladi bostoniski zubar, i poznati kirurg u Općoj bolnici Massachusetts, John Collins Warren (1778. - 1856.), obavili prvi uspješan kirurški zahvat u eterskoj općoj anesteziji, čime su se zlatnim slovima upisali u povijest medicine. Upor-

nošću dr. Mortona, vođenim entuzijazmom i željom za novim otkrićima, uvidjelo se da eter, plin koji kada se udahne u odgovarajućoj dozi, omogućuje sigurnu i učinkovitu opću anesteziju. I to je bio samo početak suvremene anestezije koja će, kroz nadolazeća stoljeća do danas, doživjeti jedan od najvećih razvoja kao samostalna grana medicine. No, tome je prethodio niz na prvi pogled malih koraka koji su u konačnici doveli do razvoja anestezije kakvu danas poznajemo. Nakon etera i dušičnog oksidula, otkrivena su anestezijska svojstva kloroforma. Kloroform je primjenjivan putem gaze ili maske, a ordinirali su ga liječnici opće prakse, studenti medicine ili medicinske sestre. Spomenuti inhalacijski anestetici, zajedno s halotanom, odlaze u povijest krajem prošlog stoljeća otkrićem novih halogeniranih spojeva (izofluran 1970., desfluran 1992., sevofluran 1994.) koji su danas u širokoj primjeni i predstavljaju stup tehnike balansirane anestezije.

Jedan od prvih izvještaja o korištenju endotrahealne cijevi za dišni put, preteče današnjih endotrahealnih tubusa, objavio je pedijatar Joseph O'Dwyer (1841. - 1898.). Upotrijebio je metalne "O'dwyerove" cijevi u djece s akutnom opstrukcijom gornjih dišnih putova uzrokovanom difterijom (krup) te ih je sljepo uvodio u dušnik. Povijest ga pamti kao „oca intubacije dušnika“. Dodavanje balončića za napuhavanje ('cuff') na kraj endotrahealnog tubusa pripisuje se Arthuru Guedelu (1883. - 1956.) i Ralphu M. Watersu (1883. - 1979.) 1932. godine. Ovaj dodatak je omogućio uspješnu ventilaciju pluća pod pozitivnim tlakom. Chevalier Jackson (1865. - 1958.), otorinolaringolog, poznat kao „otac endoskopije“, budući da je ekstrahirao više od 2 000 stranih tijela iz jednjaka i dušnika, stvorio je preteču laringoskopa za endotrahealnu intubaciju, čime je započelo razdoblje izravne laringoskopije. Tehnika izravne laringoskopije Sir Roberta Reynoldsa Macintosha (1897. - 1989.) uslijedila je nakon što je 1937. godine imenovan profesorom anestezije na Sveučilištu u Oxfordu. Bio je prvi koji je opisao pozicionira-

nje vrha svoga novodizajniranog laringoskopa u epiglotidnu valekulu na bazi jezika, čime je pri podizanju otkriven cijeli grkljan. Od 1880. godine započinje upotreba kokaina, zatim novokaina, što je omogućilo kasniji razvoj lokalne anestezije, blokova periferih živaca i spinalne anestezije, tehnika danas poznatih kao 'regionalna anestezija'. Primjena barbiturata kao intravenskih anestetika počelo je 1932. godine. Natrijev tiopental postao je popularan nakon što je njegovu uporabu detaljno opisao dr. John Lundy (1894. - 1973.) s Klinike Mayo. Današnji intravenski anestetici otkriveni su malo poslije, uglavnom tijekom posljednjih sedamdesetak godina. Propofol je u kliničku primjenu uveden 1977. godine te je zahvaljujući svojim povoljnim farmakološkim svojstvima vrlo brzo stekao popularnost među anesteziolozima.

Praćenje bolesnika u anesteziji u početku se temeljilo isključivo na kliničkoj procjeni („ruka na pulsu“, praćenje boje i topline kože, manualno mjerenje arterijskog tlaka, ručna ventilacija na masku). Danas svjedočimo najmodernijim nadzornim i drugim tehničkim uređajima koji omogućavaju najsmjelije kirurške izvedbe u svim operacijskim domena. Poslijeoperacijske jedinice i jedinice intenzivne medicine nastaju 1960-ih godina. Danas anesteziolozi rade gotovo u svim bolničkim ustanovama, u ambulantama za jednodnevnu kirurgiju te u ambulantama za liječenje akutne i kronične boli.

Anesteziologija kao klinička struka prati i stvara nova saznanja medicine utemeljene na dokazima, svakodnevno razvija nove tehnologije praćenja fizioloških funkcija pacijenata te formulira nove farmakološke pripravke s povoljnim profilima u svrhu unapređenja sigurnosti bolesnika tijekom anestezijskih postupaka, smanjenja vremena provedenog u anesteziji te bržeg i kvalitetnijeg poslijeanestezijskog oporavka.

jpvavic58@gmail.com

Liječenje ranjenika u Ratnoj bolnici Topusko

Josip Žunić, Ivan Medved,
Nedjeljko Strikić

*Posvećeno primarijusu Nini Šikiću
(1944. – 2009.), karlovačkom kirurgu i
zapovjedniku Ratne bolnice Topusko*

Zbog sve prisutnijeg terorizma pobunjenih hrvatskih Srba Ministarstvo zdravstva je s Ratnim stožerom donijelo 1990. i 1991. godine niz mjera s ciljem bolje organizacije vojnog zdravstva i zdravstvenog sustava RH. JNA je tijekom povlačenja iz vojarni odnijela ne samo različito oružje nego i značajnu količinu lijekova, različitog medicinskog materijala i medicinske uređaje. Istovremeno je zdravstvene ustanove napustio značajan broj liječnika, uglavnom srpske nacionalnosti. Bilo je nužno u što kraćem vremenu organizirati zdravstveni sustav koji će moći zadovoljiti potrebe bolesnika, ali i ranjenika, ukoliko nastupi stanje ratnih djelovanja. Osnivanje ratnih bolnica trebalo je s jedne strane rasteriti postojeće bolnice i zdravstveni sustav, a s druge strane približiti zdravstvene djelatnike mjestu stradanja i ranjavanja u cilju što bržeg i kvalitetnijeg medicinskog brinjanja.

Medicinski centar Karlovac

U bolnici smo pristupili pripremama za moguća ratna razaranja i liječenje ranjenika. Krizni stožer je s Ministarstvom zdravstva vodio aktivnosti kojima je bolnicu trebalo pripremiti za ratna djelovanja. Na temelju iskustva stečenoga vojnom edukacijom pokrenuo je dr. Josip Žunić niz radnji: edukaciju medicinskih sestara (anestezioloških tehničara, medicinskih sestara odjela intenzivne medicine i drugih odjela), izrađen je popis esencijalnih lijekova, „Plan farmakoterapijskog postupka s ranjenicima“ i uređen je prostor za reanimaciju i nadzor operiranih ranjenika s tri operacijske dvorane.

Pokušaj edukacije timova opće i hitne medicine za stanja masovnih ranjavanja, iako započet, nije mogao biti proveden.



2. svibnja 1991. god. pristupio je kirurg dr. Ninoslav Šikić organizaciji prve mobilne kirurške ekipe u Karlovcu. U ekipi su bili kirurg Nino Šikić, anesteziolog Josip Žunić, liječnik Davorin Katušin te medicinski tehničari Ivan Galetić, Jozo Vidić i Adam Vlašić. Razlika između protokola koji je napisan primjenjivan u Topuskom, a poslije – identičan – u Karlovcu i protokola Ministarstva zdravstva u jednom je lijeku. Umjesto preporučenih penicilina i metronidazola mi smo primjenjivali antibiotik klindamicin. U terenskim uvjetima rada, ali i u „hitnom kirurškom traktu“ primjena klindamicina bila je bila jednostavnija, a prostor uskladištenja značajno manji.

Očekivao se i odlazak stanovništva iz Karlovca pa je bilo potrebno načiniti popis osnovnih lijekova i procijeniti potrebne količine za bolesne Karlovčane koji će ostati u gradu. U MUP-u su u svibnju i lipnju 1991. dr. Nino Šikić i dr. Josip Žunić pripadnicima jedinice specijalne policije prikazali osnove pružanja prve pomoći i samopomoći. Neki su pripadnici hrvatskih oružanih snaga imali identifikacijske pločice sa zapisanim imenom i prezimenom, krvnom skupinom i Rh, što se poslije pokazalo korisnim. Sve su nam ove

radnje predstavljale dodatno iskustvo za organizaciju rada Ratne bolnice Topusko.

Ratna bolnica Topusko (2.8. – 14.9.1991.)

Organizacija rada

Tijekom srpnja i kolovoza 1991. naglo se pogoršavala situacija u Hrvatskoj. Topusko je postajalo sve više izolirano, a intenzitet ratnih djelovanja bivao sve veći. Nastupa iseljavanje hrvatskog življa iz šireg prostora Topuskoga koje polagano zauzimaju srpski pobunjenici i JNA. Karlovac i Sisak, gradovi na koje se pret hodno „oslanjalo“ stanovništvo Topuskoga, postajali su sve „udaljeniji i teže dostupni“. Ratni stožer zdravstva već je prije donio odluku o osnivanju Ratne bolnice Topusko.

Ratna bolnica Topusko osnovana je 2. kolovoza na inicijativu Glavnog sanitetskog stožera Ministarstva zdravstva. Unatoč nekim organizacijskim nedostacima ratna je bolnica odgovorila na **tri zahtjeva**: 1. razvila je **vodstvo** ratne bolnice, 2. razvijene su **vještine** i u određenim uvjetima **kompetencije**, i 3. organizirani su **kapaciteti za hitan odgovor**.

Karlovački kirurg dr. Nino Šikić započeo je s osnivanjem ratne bolnice koja je imala konkretne zadaće na terenu: 1) **liječiti stanovništvo** koje je sve teže dolazilo po pomoć u karlovačku, sisačku ili zagrebačke bolnice, 2) omogućiti što ranije i kvalitetnije **zbrinjavanje ranjenika**, i 3) u području Topuskoga provoditi **higijenske i epidemiološke mjere**.

U bolnicu su dolazili iskusni liječnici tadašnjeg karlovačkog Medicinskog centra. Prva je ekipa bila dva tjedna, a potom su se mijenjale ekipe svakih tjedan dana. Prema rasporedu su odlazili liječnici različitih specijalnosti (kirurzi, anesteziolozi, ginekolozi, liječnici opće i hitne medicine, stomatolozi), medicinske sestre „instrumentarke“, anesteziološki tehničari, medicinske sestre drugih odjela, vozači. Ratna bolnica je imala anesteziološki uređaj (Draeger Sulla), nužne i dovoljne lijekove: infuzije, analgetike, antibiotike, antitetanus serum i imunoglobulin te druge potrebne lijekove za liječenje stanovništva.

Nažalost, Ratna bolnica Topusko nije imala dijagnostičku opremu (RTG i laboratorijske uređaje) niti transfuziologa. Transfuziolog je po potrebi bio kirurg, dr. N. Šikić, koji je svoj pripravnčki liječnički staž obavio u zagrebačkom Zavodu za transfuziologiju pa je imao najviše iskustva i znanja.

Lijekove smo donijeli, ali smo zatekli i puno donacijskih lijekova s kojima se je valjalo upoznati i primijeniti ih prema potrebi.

U jednoj velikoj prostoriji naišli smo na veliku količinu lijekova iz donacija. Budući da su nam tvornički nazivi mnogih lijekova bili nepoznati tražili smo generička imena, popise indikacija, doze i nuspojave. Posao smo obavili relativno brzo. Prostorija u kojoj su bili lijekovi bila je u prizemlju i imala je velik prozor. U neposrednoj blizini prozora eksplodirala je – prvi dan na razvrstavanju lijekova – granata. Krhotine su razbile prozor i „zabile“ se u zidove. Nasreću, nitko nije stradao. Bili smo iznenađeni i u panici pobjegli iz prostorije u hodnik kojim smo trčali u suprotnom smjeru – prema izlazu. S druge je strane izlaza bila zgrada „ZAHNOH-a“ koju je u trenutku našeg izlaska iz hodnika pogodila druga granata. Panično bježimo natrag i na pola puta netko viče: „Prva granata je „podbačaj“, druga „prebačaj“, gotovi smo ...!“ Hodnik kojim smo trčali imao je stakleni krov. Nasreću, treća granata nije bila ispaljena.

Središnje mjesto u početnom zbrinjavanju teških bolesnika – poslije trijaže - pripada anesteziologu koji sam ili u dogovoru s kirurgom (ovisno o situaciji s ranjenicima) odlučuje o primjeni sheme i postupka. Trijažu je

uvijek obavljao najiskusniji liječnik (kirurg ili anesteziolog). Tijekom prijema ranjenika u Ratnu bolnicu Topusko primijenjen je Plan farmakoterapijskog postupka s ranjenicima. Po dolasku u bolnicu provjerili smo organizaciju primjene „protokola“, sustav nadzora ranjenika, izvješća o promjenama stanja ranjenika i brzinu izvođenja naših postupaka. Postupci su morali biti dokumentirani.

U okviru farmakoterapijskog pristupa morali smo odgovoriti na pitanja: (1) tko će *indicirati* primjenu lijeka, tko će *primijeniti* lijek i *kada*; (2) *put primjene* lijeka i u kojoj *dozi*? (3) tko će *nadzirati* primjenu lijeka?

Postupci Plana farmakoterapijskog postupka s ranjenicima (iz 1991.) napisani su u Karlovcu, a primijenjeni su u Ratnoj bolnici Topusko. Postupci su bili uvježbani, a primjena se pokazala opravdanom. Protokolu su bili podvrgnuti svi ranjenici. U karlovačkoj smo bolnici isti protokol počeli primjenjivati 4.10.1991. god. (kada je bio napad na Karlovac).

Anesteziološka tehničarka koja je bila upoznata s protokolom i prva ga provodila u Topuskom bila je Đurđica Kralj. Na temelju ovog dokumenta načinjeno je istraživanje. Rezultati su prikazani na Europskom kongresu anesteziologa 1996. god u Londonu.

Razvijeno je vodstvo, sustav komunikacija unutar i izvan bolnice (s hrvatskim obrambenim snagama i Stožerom saniteta), vještine, kompetencije, kapaciteti, prijenos zadaća i izvješća o učinjenom. Pojedine skupine zdravstvenih djelatnika imale su jasno određene zadaće. Rad liječnika i medicinskih sestara – tehničara bio je organiziran tako da se u svakom dijelu dana „unaprijed znale zadaće“: tko radi trijažu, tko određuje medicinske postupke, tko punktira venu (koju venu, s intravenskom kanilom unaprijed dogovorenog promjera), u koje se i u koliko epruveta pohranjuje krv, koji se podaci moraju napisati na epruveti. Unaprijed je određeno tko postavlja infuziju (koju i u kojoj dozi), tko primjenjuje lijekove i u kojoj dozi (analgetike, antibiotike, antitetanus zaštitu). Najiskusniji je kirurg, dr. Nino Šikić, obavljao trijažu jer smo znali, a i vrlo brzo zapazili, da je ona u stanjima masovnih ozljeđivanja tijekom borbenih djelovanja izuzetno važan segment u postupku liječenja. Poslije trijaže slijedila je primjena „ratne sheme“ i drugih postupaka liječenja ranjenika. „Primarne obrade ratnih rana“ uvijek su se obavljali kirurzi pa je bila sigurna kvaliteta rada. Samo je iskustvo zdravstvenog osoblja moglo u takvim okolnostima zamijeniti skupe monitore kojih nije bilo. U kratko je vrijeme – uz prethodne pripreme - stečeno solidno iskustvo u masovnom zbrinjavanju ranjenika.

>>



Problem nastaje kada tijekom kratkog vremena dolazi veći broj ranjenika negoli je kapacitet bolnice. Tada je bitna trijaža: kome treba prvom pružiti pomoć, a tko može pričekati, a da mu se ne poremeti zdravstveno stanje. Organizacija rada i podjela zadataka moraju biti postavljene jasno i što je moguće jednostavnije, zadaće se moraju izvršavati brzo i kvalitetno. U svakom trenutku mora se znati što je što je tko učinio, zapovjedniku se mora kontinuirano davati povratna informacija o učinjenomu i mora postojati jasan zapis.

Nastojali smo u što je moguće kraćem vremenu pružiti nužnu i dovoljnu medicinsku skrb zbog veće vjerojatnosti preživljavanja ranjenika i minimalnih komplikacija. Upravo se tu pokazala opravdanost osnivanja Ratne bolnice: udaljenost između mjesta ranjavanja i bolnice bila je minimalna, a kirurška je pomoć pružena relativno brzo. Međutim, ponekad su intenzivna borbena djelovanja znatno usporavala transport ranjenika do Ratne bolnice. S druge strane često nismo mogli odmah transportirati ranjenike u zagrebačke kliničke bolnice zbog okruženja ili borbenih djelovanja. Ratno se pravo nije poštivalo. Da je bolnica bila na nekoj drugoj, udaljenijoj lokaciji (Viduševac, Karlovac, Sisak, Zagreb), sigurno bi bilo više smrtnih slučajeva. Treba naglasiti da nitko nije umro zbog toga jer mu nije pružena hitna medicinska pomoć kirurga i anesteziologa!

Dr. Nino Šikić rođen je u Sarajevu kao dijete prosvjetnih djelatnika. Otac, srednjoškolski profesor, preselio je u Karlovac gdje je dr. Šikić odrastao. Studij medicine završio je u Zagrebu, a potom je radio u Karlovcu. Bio je izvrstan kirurg, izuzetno „načitan“: „živa enciklopedija svijeta, društveno – političkih zbivanja i povijesti Karlovca“. Iako je bio teško bolestan još tijekom Domovinskog rata, nastavio je s aktivnostima u sanitetu HV-a tijekom i neposredno poslije rata. Poslije rata radio u karlovačkoj bolnici na kirurškom odjelu: operirao, dežurao i s puno poštovanja i strasti učio mlade – buduće kirurge. Kada su postojali kirurški problemi tražili smo njega. On bi problematiku bolesnika sagledavao vrlo detaljno: najprije bi sa suradnicima „raspravljao o bolesnom procesu u tijelu“, a potom oprezno donosio odluku o operaciji. Umro je u Karlovcu u 65-toj godini života.

Nekoliko dana nakon našeg dolaska, poslije 20. kolovoza, pojačali su se neprijateljski napadi na Topusko. Budući da su snage branitelja bile malobrojne i s naoružanjem koje nije bilo primjereno snazi neprijatelja predloženo je da se medicinska ekipa zbog sigurnosti povuče

na rezervni položaj Viduševac. Poslije kratko sastanka prijedlog je odbijen. Zdravstveni su djelatnici ostali u Topuskom s braniteljima. Odluka je bila ispravna jer su dva dana poslije – 29.8.1991. - uslijedili žestoki napadi na branitelje, s 12 teških ranjenika. Odluka zdravstvenih djelatnika bila je ispravna.

Rad u Ratnoj bolnici

Ratna je bolnica počela s radom 2. kolovoza, a prestala 14. rujna 1991., privremenim zauzimanjem Topuskoga. U bolnici je zbrinuto 439 bolesnika (270 branitelja, 168 civila i jedan neprijateljski vojnik), 357 muškaraca i 82 žene. Ranjeno je 75 osoba (55 branitelja i 20 civila), a sedam je branitelja je zbog teških ozljeda umrlo prije prijema u bolnicu.

Broj ukupno liječenih i broj liječenih civila tijekom vremena postupno se smanjuje. Nažalost, to nije bio slučaj i s brojem ranjenika. Poslije 19. kolovoza smanjen je broj civila koji u bolnici potražuju pomoć jer ih je značajan broj iselio iz svojih domova uslijed ratnih djelovanja. U bolnicu su dolazili civili zbog pogoršanja kroničnih zdravstvenih problema (srčani i plućni bolesnici, bolesnici s kroničnim problemima sa zglobovima) i akutnim upalama (gornjeg dišnog i mokraćnog sustava). Nije bilo potrebe za bolničkim liječenjem.

Prvi je ranjenik primljen drugog kolovoza, a nekoliko ih je zbrinuto između osmog i desetog kolovoza. Poslije 19. kolovoza intenzivniji su napadi neprijatelja pa je i češći prijem ranjenika i branitelja Topuskoga.

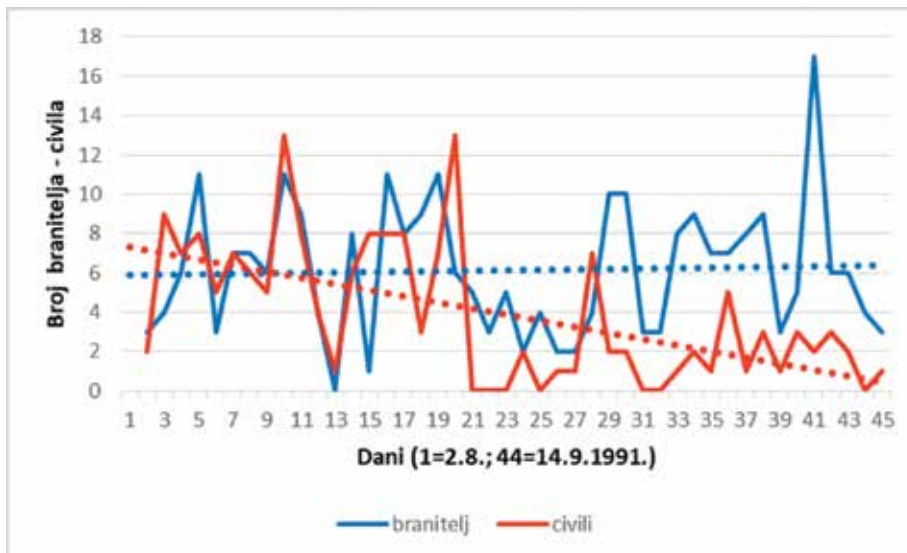
Zapaža se trend porasta broja ranjenika s vremenom, civila i branitelja. Od 19. do 28. kolovoza u bolnicu dolaze dnevno jedan do dva ranjenika. Slijede snažni napadi neprijatelja

na hrvatske obrambene snage 29. kolovoza. Najveći broj ranjenika primljen je 29. i 30. kolovoza: 24 teška ranjenika koji su poslije reanimacijskih postupaka i kirurškog zbrinjavanja transportirani u Zagreb. Vozilo s dva ranjenika moralo se 29. kolovoza vratiti u bolnicu jer se nije moglo „probiti kroz neprijateljski obruč“. Tada je noću, 29. na 30. kolovoza 1991. organiziran, a u ranim jutarnjim satima i realiziran, prvi uspješni helikopterski transport dva vitalno ugrožena ranjenika iz ratnog okruženja u Domovinskom ratu. Posadu helikoptera činili su pilot Julijan Matejčić, kopilot Ivan Bagarić i helikopterski mehaničar Dragutin Terihaj. Poznao sam kolegicu anesteziologinju, a tada specijalizanticu, dr. Denis Guštin, koja je prihvatila ranjenike u helikopteru i brinula se o njima dok nisu primljeni u KBC Zagreb – Rebroy.

„Bilo je rano jutro okupano maglom kroz koju se probijalo sunce. Čuli smo zvuk helikoptera, potom niz rafala iz automatskog oružja. Ugledali smo helikopter koji je sletio na rukometno igralište čiji su rubovi bili označeni bakljama. Emocije, oduševljenje, brz unos ranjenika, prijenos medicinskih podataka o ranjenicima kolegici Guštin, odlazak helikoptera. Potom opet rafalne paljbe četnika, na sreću bez uspjeha. Helikopter je nestao u magli.“

Poslije 30. kolovoza svakodnevno je u bolnici obrađeno do šest teško ozlijeđenih ranjenika. U bolnici su obrađivani i ranjenici s različitim i teškim tjelesnim ozljedama, opasnim po život: ozljedama prsnog koša, trbuha, izrazito ekstenzivne ozljede okrajina s teškim krvarenjima zbog kojih smo primjenjivali i krv.

Liječeni branitelji i civili u Ratnoj bolnici Topusko



Naši su ranjenici imali ozljede različitih dijelova tijela. Neki su imali posebno teške ozljede prsnog koša i pluća s jakim krvarenjima i bili su u stanju teškog traumatskog šoka i hemoragijskog šoka s velikim gubicima krvi. Nekoćina njih primila je više od 1000 ml krvi i između 7 i 8 litara infuzija tijekom prva dva sata liječenja! Energični reanimacijski postupci s kirurškim zbrinjavanjem ozljeda stabilizirali su hemodinamičko stanje i omogućili transport u KBC Zagreb. Niti jedan ranjenik koji je bio zbrinut u Ratnoj bolnici Topusko i transportiran u KBC Zagreb – Rebri nije umro! Poginulo je 6 branitelja.

Zbrinjavanje ranjenika u Ratnoj bolnici Topusko bilo je izuzetno značajno ne samo zbog onih kojima smo pomogli u Ratnoj bolnici Topusko nego i zbog iskustva kojeg smo stekli u vrlo teškim uvjetima i primijenili ga tijekom rata na stotinama drugih ranjenika tijekom Domovinskog rata.

Povratak svih medicinskih ekipa iz Topuskoga bio je vezan uz napade na konvoj vozila iz svih tada raspoloživih oružja. Nasreću, nitko od nas nije stradao.

Hrvatske su se snage povukle iz Topuskoga u subotu, 14. rujna 1991. godine. Sljedeći dan je dogovorom dežurnog anesteziologa, dr. Josipa Žunića, i kirurga, dr. Vere Kokot, sa šestog kata preseljena oprema kirurške i anesteziološke službe u visoko prizemlje zbog mogućih napada neprijatelja na grad i bolnicu.

Tri tjedna nakon što su se hrvatske snage priremeno povukle iz Topuskoga napadnut je 4.

listopada Karlovac. Provjerena „ratna shema“ i sustav organizacije rada koji je „na papir postavljen“ nekoliko mjeseci ranije, a provjeren u Topuskom, vrijednosti su koje smo mogli u Karlovcu primijeniti već u ranim popodnevnim satima 4. listopada 1991., odmah poslije artiljerijskog napada na grad i dolaska prvih ranjenika u karlovačku bolnicu.

Za kraj

Jedini stručni rad koji je objavljen o ratu u Topuskom bio je prikaz kirurga dr. Nine Šikića, anesteziologa dr. Josipa Žunića i transfuziologinje dr. Barbare Jović na kongresu kirurga u Splitu 1994. godine. Ovo je drugi zapis o 44 dana rada naše prve Ratne bolnice - Topusko. Na bojištu Topusko stekli smo prva iskustva u vojnoj – ratnoj – medicini u vrlo teškim uvjetima. Zdravstveni su djelatnici u bolnici pružili zdravstvenu skrb stanovništvu i braniteljima zbog ranjavanja, ozljeda i bolesti i osigurali provođenje higijenskih i epidemioloških mjera. Pretpostavka uspjeha su educirani zdravstveni djelatnici, definirani medicinski postupci, popis esencijalnih lijekova i medicinskih proizvoda u uređenim prostorima. U Ratnoj bolnici Topusko provjerili smo prije „zacrtan“ način rada i primijenili ga uspješno u karlovačkoj bolnici tijekom Domovinskog rata.

Ratna iskustva treba primijeniti za bolju organizaciju zdravstva u stanjima katastrofa zbog mogućih traumatskih, bioloških, kemijskih, radioloških i nuklearnih ugroza.

Sjećanje na te dane, sjećanje na mladiće koji su se s 20-tak godina borili, bili teško ranjeni, bili spremni dati svoj život da bi branili svetinju – svoju državu Hrvatsku – pojačava emocije tijekom pisanja ovih redaka. Mladi ljudi, puni ideala i ponosa! Tada smo prvi puta vidjeli ranjenike. Vidjeli noću strašan prizor kuće – nečijeg doma – koja je bila zapaljena! Prvi smo puta vidjeli starce, žene i djecu koji su prognani iz svojih sela i došli u Topusko. Preplašeni, s vrećicama u ruci, umorni, blijedi, neispavani i gladni... Ovo nisu samo riječi sjećanja na patnju, neizvjesnost, borbu za preživljavanje, hrabrost i upornost, ponos i vjeru našeg naroda, nego i riječi nade da se ovakva tragedija nikad više neće ponoviti.

U području Topuskoga sudjelovale su u borbama sve vojne i policijske postrojbe Republike Hrvatske. Zdravstvenu skrb pružili su zdravstveni djelatnici tadašnjeg Medicinskog centra Karlovac.

Hebrang Andrija. Organizacija i rezultati Ratnog saniteta. Znanstveno stručna Tribina – Ratna bolnica Topusko. Karlovac, 04. prosinca 2013.

Žunić J. The use of drug in the emergency surgery in a war area: Medical center Karlovac, Croatia. Pharmaca 1993;31:269-277.

Žunić J, Šikić N, Jerinić D, Vergot Z. Administration of hypertonic saline-dextran for hospital treatment of severe war injuries. BJA 1996;76 (Suppl 2): 115.

Šikić N, Žunić J, Jović B. Transfuzija krvi u predbolničkim kirurškim etapama (Naša iskustva iz rata u Topuskom – Kolovoz 1991.). Prvi Hrvatski kirurški kongres 15.17. rujna 1994. Split; Hrvatsko kirurško društvo;1994, str.799-804.

IZNAJMLJUJE SE POSLOVNI PROSTOR/STAN PREDVIĐEN ZA ZDRAVSTVENU DJELATNOST

Zagreb, ulica Medveščak - 84 m², na prvom katu s liftom. Prostor zadovoljava sve minimalno tehničke uvjete za zdravstvenu djelatnost. Aktualno u prostoru radi trgovačko društvo.

- > Prostor se sastoji od 4 sobe, 2 toaleta, hodnika i ostave
- > Plinsko etažno centralno grijanje
- > Klimatizirano
- > Alarmni sustav + kamere
- > Tramvajska stanica udaljena 20 metara
- > Javni parking ispred objekta

Postoji mogućnost preuzimanja trgovačkog društva koje je registrirano za pružanje usluga u zdravstvu – područje psihijatrije - zbog odlaska u mirovinu.

Za sve informacije, javiti se na tel. 01 46 84 365.



Svijet kakav stvaramo, dostupni lijekovi za svakog, svugdje, uvijek

Johnson&Johnson S.E. d.o.o.
Oreškovića 6H, 10010 Zagreb

janssen



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

NEKA NOVA TALASOTERAPIJA

LUCIA IVKOVIĆ, dr. med.

Subota ujutro, buđenje u 3:30 sati, slijedi kuhanje kave i završna provjera prognoze. Brza razmjena poruka s kolegicom iz Ljubljane i dogovor je potvrđen, krećemo za Preluku. Ostalo je još samo spakirati opremu u auto i spremna sam.

Kakve veze ima prognoza s ičime? Tko bi se na slobodnu subotu budio u tri sata ujutro i zašto?

Krenimo od početka. Prije petnaestak godina dospjela sam nizom sretnih događaja u Bol na Braču, ubrzo sam vidjela skupinu ljudi koji s osmijehom na licu klize i plešu po moru na poslijepodnevnom maestralu. Odluka je pala - moram naučiti (wind)surfati. Suvišno je reći da sam se odmah zaljubila u sport. Nakon dvije ljetne sezone roditelji su mi kupili opremu i moje je surfanje počelo napredovati. I tako sam završila gimnaziju, u ljetnim mjesecima uživajući u Bolu, mjestu koje s veseljem danas nazivam svojim drugim domom, te je došlo vrijeme fakulteta i upisala sam medicinu. Tijekom fakulteta zanemarila sam i svela na minimum sate i dane provedene na dasci, no nakon šest godina došao je i prvi posao liječnika. Svakodnevni se ritam promijenio uz, naravno, bolje financijske mogućnosti te sam shvatila koliko mi uistinu nedostaje surfanje i sve što ono donosi sa sobom. Obnovila sam opremu i sve slobodne dane i godišnji odmor posvetila sam surfanju i putovanjima u "surf meke".

Za mene je surfanje sloboda, potpuna sreća, odmor, mjesto i vrijeme kad potpuno zaboravim svakodnevnicu i probleme. Svi znamo koliko je liječnički posao zahtjevan, koliko frustrirajućih situacija susrećemo i koliko je teško odmaknuti se od toga. Surfanje je za mene izlaz iz kolotečine i način oslobađanja od nakupljenoga svakodnevnog stresa. Kad si na moru i gledaš iz daljine obalu, ne čuješ ništa osim zvuka daske koja ispod tebe odskače s malih valova, a sva osjetila su usredotočena na opremu koju kontroliraš i vjetar o kojemu ovisiš, uz adrenalin koji raste zbog brzine. Obuzima te nevjerovatna sreća i jedno-



stavno ne možeš razmišljati ni o čemu osim o ljepoti prirode koja te okružuje. Ako imaš sreće, u prolazu - osim prijatelja na moru koji ti mahne u prolazu - susrećeš i dupine. Zvuči filmski, ali se to događa i na našem prekrasnom Jadranu.

Kroz surfanje sam se naučila upornosti, neodustajanju, probijanju strahova i vlastitih granica, upoznala sam brojne ljude različitih profila, od profesionalnih baletana do kolega kirurga, stekla mnogobrojne prijatelje, proširila svjetonazor na način koji ne bih mogla da se nisam bavila ovim sportom. Volim putovati, sama ili u društvu, a s obzirom na to da većina ljudi najčešće izbjegava mjesta gdje svaki dan, cijeli dan, puše olujna bura, ta su još uvijek uspjela izmaknuti masovnom turizmu te su autentična. Jedino što povezuje takva mjesta jesu surferi, nasmijani, s gomilom opreme koju nose sa sobom, žuljevima na rukama te s bezbrojnim surf pričama i doživljajima koje međusobno razmjenjuju. Naučiš proučavati vremensku prognozu i razne modele (jedriličari znaju o čemu govorim) te poštuješ prirodu i njezinu snagu. Surfanje je više od sporta - to je doista stil života.

Najčešće pitanje koje čujem je: "Lucia, medicina i surfanje - kako to funkcionira?". Odgovor je - teško, ali može se uz dovoljno dobre volje. Surfanje nije dvoranski sport, mi ovisimo o prirodi i niz stvari se mora poklopiti, od slobodnih dana do jačine i smjera vjetra. Najčešće puše prekrasna bura u četvrtak, za vikend je bonaca i sredinom idućeg tjedna opet krene jugo. Tu ne možeš napraviti ništa, kako je tako je. Čekaš da se promijeni prognoza za sljedeći tjedan i nadaš se da će se poklopiti slobodan dan s vjetrom, te držiš palčeve da će tada i tvoji prijatelji moći na "prognozu".

I zato sam sretna kad imam privilegiju u subotu ujutro ustati i prije izlaska sunca pripremiti opremu te uskočiti u more na kratak jutarnji "session". Zašto ujutro i kako u Preluci puše teme su za drugo mjesto, Riječani vjerojatno znaju o čemu je riječ.

Moja je poruka za kraj: nađite uz našu prekrasnu i zahtjevnju profesiju kojom se bavimo nešto što će vas opustiti i usrećiti. Ako se poželite okušati u windsurfinju, na raspolaganju sam za sva dodatna pitanja. Sretno svima!

ivkoviclucia@gmail.com



Slijeva nadesno: Ivana Kovačević Vojtušek, Branimir Vurušić, Vid Barić, Slavenka Drakulić

Autor: **BRANIMIR VURUŠIĆ**
Pripremila: **prim. LJUBICA BUBIĆ**

DVOJNOST

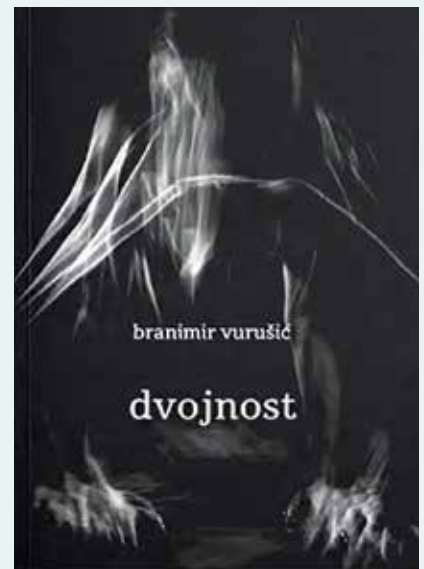
Predstavljanje knjige "Dvojnost" našega kolege nefrologa dr. med. Branimira Vurušića održano je 27. rujna 2021. na ljetnoj terasi Muzeja za umjetnost i obrt u Zagrebu. Toga nas je dana poslužilo vrijeme, a predstavljanje knjige bilo je prilagođeno epidemiološkim mjerama. Knjigu su uz autora predstavili Slavenka Drakulić, književnica, prim. dr. med. Ivana Kovačević Vojtušek, nefrolog, i za izdavača Vid Barić, književnik i novinar.

Promociju knjige prigodnim je riječima otvorio doc. Mario Laganović, predsjednik Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, koji je istaknuo da cijeli događaj ima i humanitarni karakter s obzirom na to da će prihod od prodaje knjige biti doniran inicijativi "Hrabrice", udruzi majki djece na dijalizi.

Dr. Branimir Vurušić autor je triju zbirka poezije, a "Dvojnost" je njegov prvi prozni uradak. Sam autor navodi da se ideja o pisanju ove knjižice rodila kao molba njegove liječnice, prim. Ivane Kovačević Vojtušek, da opiše svoje iskustvo liječnika nefrologa - bolesnika oboljeloga od kronične bubrežne bolesti, samoliječnog peritonejskom dijalizom. Liječnik nefrolog, koji se odabirom svog životnog poziva godinama susretao sa svojom bole-

šću kao tuđom, čitatelju nudi svu dubinu svojih dvojbi i strahova, ali i dio iskustva važnoga za razumijevanje i vjeru u uspjeh za kvalitetnijim životom. Autor nas vodi kroz svoja proživljavanja u trenutku kada je liječnik progutan bolešću, kada je sve više prisutan osjećaj nemoći i neizvjesnosti ishoda bolesti do trenutka u kojem autor prihvaća podršku osoba od povjerenja, vraća se slušanju glazbe, čitanju knjiga, svom voćnjaku, pa do potpunog prizemljenja rođenjem prvog unuka, zatim blizanaca - "princeze i flajela". Njegova obitelj, kako navodi autor, "uvijek je tu uz mene, diskretna, brižna, pouzdana", ona je njegova snaga, religija, čvrsta vjera i čuvar njegova samopoštovanja.

Liječnik bolesnik ima dovoljno empatije i objektivnosti prema bolesnicima, savjetuje ih iz vlastitog iskustva, nagovara na neodustajanje od borbe za kvalitetnijim životom i nastoji ih uvjeriti da u bolesti nisu sami, bar što se nas liječnika tiče. Knjiga završava u nadanju i vjeri u uspjeh, savjetima koji omogućuju bolesnicima da se pripreme za nove promjene i pobjedu nad bolešću: nakon nadomjesne terapije dijalizom transplantacija bubrega, pri čemu presađak donosi gotovo izlječenje. Autor je u tome



potpuno uspio: knjiga je pričana "spontano, grbavo, ali iskreno, uz brojne digresije od osnovne teme".

U druženju tijekom neslužbenog razgovora dr. Branimir Vurušić predložio je da se pokrene osnivanje Priznanja „Prim. dr. Zvonimir Puretić“ koje bi godišnje, prema izboru udruga bolesnika i Društva, pripalo liječniku koji je stručan, human, kolegijalan i nadasve brižan prema bolesnicima i njihovim obiteljima.

bubic.ljubica@gmail.com

Prim. dr. sc. Borka Pezo Nikolić, dr. med.

Zašto volim poeziju

*kroz žute krošnje
kiša se tiho igra
kesten odzvanja*



Za mene nema ljepšeg nadahnuća od poezije. Ritmičnim strofama možemo lagano plesati kroz život. Nije moguće navesti sve stihove i pjesnike koji su kreirali moje ushite, radosti, tuge i traženja. Puštam da me slobodne asocijacije vode. Baš kao što me spontano grle stihovi.

Ako ikada poželite osjetiti iz dubine vrelu utrobu Cordobe utočite u Lorcine stihove. Ako poželite stajati bos na vrelom tlu, u koridi i trčati kroz sunce, tako da vam niz usne curi sok naranče uzmite njegovu bol. Ako poželite jahati konja, pod mjesječevim sjajem, uzmite ga i napijte se stihova. Jer Lorca je umro od ljubavi.

Ako želite naučiti voljeti, napraviti strasno tkanje svoje duše upijte u sebe riječi Pabla Nerude. Obuhvatite ljubav što se skriva u svakom kutku i slavite je i veličajte.

Ako maštate kako na obali Seine gledate protok vremena i jedne rijeke, u jesenjim večerima pod tepisima od

lišća, ušuškajte se u pjesme Paula Eluarda, obucite kaput Charlesa Baudelairea i opijajte se, bilo čime, vinom, poezijom ili krepošću, kako vam drago.

Ako želite otputovati u hladne zimske dane, osjetiti sjever na svojoj koži i svu tugu koja protječe u vjetrovima i krčmarskoj Moskvi, uzmite u ruke Jesenjina. Neka vas nauči koliko sjete može biti u neuzvraćenoj ljubavi a koliko mnogo ljubavi nikada ne gasne prema majci.

Ako se zaželite filozofije i tvrda kamena iz kojeg uvijek nikne divan cvijet, uzmite u svoje ruke Tina Ujevića. Plovite mučnim i tjeskobnim da biste uronili u svoju dubinu, u mrak i tminu i nasmijali se životu koji prolazi s čašom pelina.

Zahvalna sam svakom pjesniku i svakom stihu koji su uvijek uz mene i koji unose čarobne esencije u moje biće.

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

Pogled

Bila je lijepa
Vjerojatno oduvijek
Kao što su lijepe žene većinom oduvijek lijepe.

Bila je koketna, zabavna, dopadljiva
Vjerojatno oduvijek
Kao što su koketne žene većinom oduvijek koketne.

Bila je samouvjerena, gorda, čak i tašta
Vjerojatno skoro oduvijek
Kao što se gordost stječe od malena.

Bila je te večeri nekako posebno lijepa
Mirisne i svježje oprane kose
Opojna, jednostavna i skladna.
Bila je te večeri na tren i krhka
Sitna u svojoj odlučnosti
U velikom prijelomu svoga života.
I po prvi put ga je tad pogledala
Onim pogledom od kojega zastaje dah
Makar samo na sekundu, makar samo na mah.

Bio je to onaj pogled
Koji se tek ponekad u životu zbiva
O kojem se razmišlja, o kojem se sniva.

Bio je to onaj pogled
Koji daje nadu u ljepotu življenja.
Oduvijek.

Prof. dr. sc. Branko Marinović, dr. med.

Dežurna noć na Rebru

*Posvećeno Mandici V., sobnoj medicinskoj sestri III. odjela
Klinike za pedijatriju Medicinskog fakulteta i KBC-a u Zagrebu*

Roditeljskih koliko strepnji, koliko nadanja, koliko treptaja
struji ka uzglavljlama dječjega odjela Tri?
Koliko misli teških u glavi se roji i vri?
Diše li teško, vrućicu ima li, srce da l' lupa?
Zar je baš morao ostati, zašto sad nismo skupa?
Jede li dobro, spava li mirno, da li ga pokriva netko?
Je li injekcija bolna, a vađenje krvi teško?
Da li je igračka draga na dohvatu ruke mu male?
U bolnici ozbiljnoj ima li mjesta za šale?
Plače li dugo i tužno, kako je moguće saznati
Dok hodnikom beskrajnim odmiču koraci poznati?
Kakav je puls, kako će pretraga proći?
Da li u bolu?
Ima li šansi srce umorno na kirurškom stolu?
Ne plači majko djeteta tugom i strepnjom okovana
Nisu sve potonule lađe, svjetlo se ugasio nije,
Bit će bolje, svanut će jutro novo, umiveno!
Znaj, bdiju jedne druge oči,
Svijaju se jedne druge ruke
Jedna je noćas vila k vašem djetetu sišla
To Mandica noćas hoda plavim stazama dječjih snova
Lebdi njen smijeh, leti njen pjev iznova
Miluje njena ruka, pokriva, briše, pere.
Noć dežurna rebarska gasne, novi nas osvaja dan.

(Ovo je druga liječnička priča koja ulazi u konkurenciju za izbor najbolje Liječničke kratke priče Liječničkih novina)

Moj posljednji doktor

Zašto sam uopće dolazila na taj Brač! A, opet znam da sam se već jednom morala suočiti sa tim mojim rođakom i odraditi na sudu raspravu oko nasljeđivanja nekretnina. On jednostavno hoće sve za sebe, ali neću mu to dopustiti. Iako mi ništa ne treba, imam i ja svoju djecu, a bogme i neke principe u životu. Umorio me taj život: previše pušim, tlak mi je povišen, sa viškom kilograma se "borim" godinama, fizički ću postati aktivna uvijek „od sutra“, o rastavi da i ne pričam, stalni stres na poslu...

Čim je moj rođak počeo sa svojim besmislicama, prvo sam osjetila slabost u nogama, a onda jaku, jaku bol u sredini prsiju. Stezalo me ponekad i ranije ali ovo je bilo razarajuće; počela sam se rušiti, gubiti svijest, a onda sam začula kako viču: *Koji je broj Hitne ovdje u Supetru? Ne, ne, - zovite 194, zovite 194!!!* Nestala sam, ne znam na koliko dugo, a sljedeće čega se sjećam je bio taj muški glas. Njegove ruke su mi dirnule čelo i podigle bradu, a licem se postranično približio mojem licu. Nisam ga mogla vidjeti, a ipak sam osjetila blagi, ali uvjerljiv miris muškog parfema. Sve je radio brzo, sigurno i pri tome odlučno govorio svojim suradnicima: *Približite mi def i dajte mi pedale, ovo je arrest!* Istovremeno je pustio moju bradu, udaljio lice i pokretom jedne ruke podigao moju košulju, a onda sa obje ruke podigao i prebacio grudnjak preko obje dojke i sve mi to gurnuo na grlo. Snažno mi je na prsa pritisnuo dvije hladne, vlažne metalne cigle i odmah uvjerljivim glasom rekao: *Ventrikularna, odmaknite se, defibrilirajte ču!!* Teško da mogu opisati toplinu, snagu, što li već..., koja mi je trenutno ispunila gornji dio trbuha, cijelo prsište, sve do vrata; duboko sam udahнула, osjetila kao da ću se probuditi, trepnula sam očima, ali... bila sam negdje daleko, nisam se mogla vratiti. Pokušala sam ponovno. U njegovoj prisutnosti sam se osjećala nekako zaštićeno, sigurno. Opet sam trepnula, i - ugledala ga. Klečao je na oba koljena sa moje desne strane i, malo nagnut preko mene, gledao u nekakav ekran. U djeliću vremena sam vidjela muškarca u ranim 40-im, precizno oblikovane brade, njegovanog zubala, kratke, rekla bih samo

prstima namještene frizure, prosjede kose, zrele muške tamne kože na licu. I opet miris njegovog parfema, a onda sam vidjela njegove ruke: široki dlanovi, dugi, ali jaki prsti, gdje god su me dotakli ostavljali su topao trag. *Imamo ku-er-es, dobro je!!* Izgovorio je staloženim, mirnim glasom. *Odmah otvori venski put, ti pazi na disanje, ja postavljam monitoring..., i odmah pozovi gliser. Idemo za Split!!* Žena i muškarac koji su bili u njegovom timu sve su obavljali mirno i uigrano, gotovo bez riječi. Sve je odisalo ozračjem povjerenja i sigurnosti.

Sljedeće čega se sjećam je bučni zvuk i teški miris brodskog motora. I valjanje broda. Opet sam se pokušavala vratiti, ovaj put iz još veće daljine i uz još veći napor. Nisam ga mogla vidjeti, ali sam osjetila kako me uhvatio za ruku (opet ta toplina!) i nagnuvši se do mog uha zapovjedno rekao: *Bori se, ne posustaj, molim te! Ja dajem sve od sebe, daj i ti, hajde molim te!* A onda drugačijim tonom glasa: *Opet ventrikularna...!!* I opet metalne, hladne i vlažne cigle na prsištu, i ona nevjerojatna energija, i drugi put..., i treći put..., a zatim odmah nekakva žareća struja u mojoj lijevoj ruci..., ali već sam ušla u tunel. U tamni tunel za koji vam ne mogu reći da li sam se u njemu penjala ili spuštala, ni koliko je dugo sve to trajalo. Sve, i prostor i vrijeme izgubilo je dimenziju, a na kraju tunela, sa plavičastim svjetlom u pozadini čekalo me poznato muško lice kojemu se nikako ne mogu sjetiti imena. Lice blagog pogleda na kojem titra osmijeh dobrodošlice. Lice koje obećava potpuni mir i oslobođenje od svega. Velikim naporom sam se pokušala okrenuti ne bih li još barem jednom vidjela njega, mog doktora. I uspjela sam. Upravo je zakoračio iz glisera na supetarsku rivu i počeo hodati. Hodao je teškim, umornim korakom zadovoljna čovjeka koji je dobro obavio svoj posao. Bez obzira na ishod.

A ja..., ja sam sretna što sam vam uspjela ispričati ovu priču. Priču o mojem posljednjem doktoru.

NATJEČAJ

za Liječničku kratku priču Liječničkih novina

- Liječničke novine HLK-a raspisuju natječaj za Liječničku kratku priču.
- Pravo sudjelovanja imaju doktori medicine Republike Hrvatske i doktori medicine iz inozemstva koji pišu hrvatskim jezikom.
- Priča može imati najviše

150 redaka ili 9000 znakova (uključujući razmake) i može se ilustrirati.

- Prednost imaju literarne teme iz područja medicine.
- Ocjenjivačko povjerenstvo odabirat će najbolje priče koje će se objaviti u LN-u, počevši od

listopada 2021. godine sve do rujna 2022. godine.

- Najbolja priča bit će nagrađena.

Materijali se šalju na adresu e-pošte: lijecnickaprica@hlk.hr s naznakom "Natječaj za Liječničku kratku priču".

Dr. Paul Janssen



JANS-CRO-eOT-08-09/11/2021, CP-273793

Bolesnici čekaju

Johnson&Johnson S.E. d.o.o.
Oreškovićeve 6H, 10010 Zagreb

janssen  | PHARMACEUTICAL COMPANIES OF


Dvoboj mediteranskih divova SARDINIJA vs SICILIJA

Jedna od 20 talijanskih regija i jedna od 5 njenih autonomnih pokrajina pamti povijest već 140 stoljeća. Feničani, Grci, Kartažani, Rimljani, Vandali, Ostrogoti, Bizantinci, Arapi, Normani, Španjolci, Francuzi, Talijani. Svi su vladali otokom. Bilo je tu i nešto Engleza i Habsburgovaca pa i turskih gusara. Nedavno su svratili i Ameri sa saveznicima. Je li onda čudno da Sicilijanci ne vjeruju nikome? Osim Vitu C.

Oduvijek me uzbuđuje suđenje. To je pravi posao za mene. Umišljam da imam bogomdani smisao za pravdu i pravicu. To mi je od onih zagorskih gena kojih imam manje-više oko 100 %. Stoga baš nisam zadovoljan činjenicom da mi nikad nisu dali da sudim. Ništa. Pa čak niti graničara vrtičarima ili prvašićima. Doduše, jednom sam u svađi mojih kćeri pokušao presuditi čije su cipele ljepše. Tragično i fizički bolno iskustvo koje sigurno neću ponoviti. Dakle, baš se veselim što ću eto, upravo sada, presuditi između dvaju, recimo, talijanska mega otoka. Stavio sam Sardiniju kao domaćina. Nju sam posjetio prije. Pa krenimo, neka bolji otok pobijedi!

Veličina, povijest

Veličinom su gotovo jednake, ipak je Sicilija malo veća pa nosi titulu

najvećega sredozemnog otoka. Usporedbe radi, ta dva otoka zajedno velika su kao Hrvatska. Brojem stanovnika pak Sicilija tri puta nadbrojuje Sardiniju. Jedna i druga, povijesno gledano, služile su svim velesilama koje je iznjedrio Mediteran i šire, te su na jedvice jada zadržale nešto od svoje autohtonosti i izvornosti. Sardinija više, oni imaju dvojezičje. Ploče su na talijanskom i sardu, a na sjeveru čak i trojezične, tj. i na katalonskom. Sardi su podrijetlom hispansko pleme, dok su Siciliju prvotno naselila tri italiska plemena. Povijest je i jednima i drugima ukratko bila vrlo burna, ali Siciliji daleko, daleko zanimljivija i kompleksnija. Ako ste u posjeti zbog nje, onda definitivno Sicilija.

Sardinija - Sicilija 0:1

Pristupačnost

Iako izgledaju daleko i izolirano, za nas iz sjevernih i zapadnih krajeva Hrvatske nisu nepristupačni. Dva do tri puta tjedno lete niskobudžetni zrakoplovi iz Trbiža, nama poznatijega kao Tarvisio. Na oba sam otoka putovao početkom listopada, što bih svakome preporučio. Idealno vrijeme, gužve nema, a taman toplo.

Sardinija - Sicilija 1:1

Priroda

Ovdje se moraju spomenuti vulkani. Ako ste ljubitelj tih glomaznih odušaka, onda za vas nema izbora i Sicilija je *must*. Na i oko nje su gotovo svi aktivni europski vulkani. (Island za ovu priliku nećemo smatrati Europom). Meni su vulkani manje-više nezanimljivi. Povezujem ih s pojmo-



Na Siciliji je temperatura mora u listopadu oko 23 stupnja. Idealno za osvježanje, posebno ako iz Afrike zapuše vruć vjetar nama poznatiji iz Volkswagenove game. Scirocco.

vima „smrad“, „vrućina“, „naporno penjanje“ i „dim“, dakle dodajte još „čušpajz od buče“ i „političar“ i dobili ste sve moje najodbojnije pojmove. Šalim se. Tko ne voli varivo od buče? Zanimarimo li vulkane po pitanju kojih sam subjektivan, ostatka prirode što se tiče Sicilija je sasvim OK, ali Sardinija je daleko više fora. Tri nacionalna parka, obala s desecima plaža i hrpe vidikovaca koji vam uništavaju raspored obilazaka jer na njima zastajete puno dulje nego ste planirali. Definitivno Sardinija.

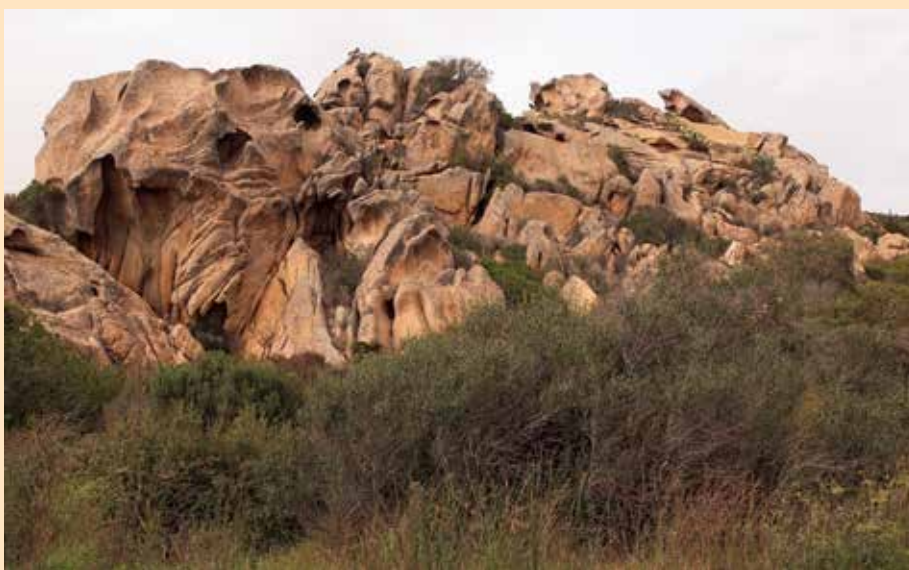
Sardinija - Sicilija 1:0

Hrana

Ako ste ljubitelj onih pirinejskih minijaturnih, tek okoćenih odojaka i janjaca, na Sardiniji ste na svojem. Ako ste pak obožavatelj tjestenine, Sicilija će vam više odgovarati. Na Sardiniji piju pivo, na Siciliji vino. To je gruba podjela, ali uistinu Sardininci popiju dvostruko više piva od prosječnog Talijana. Uz to na Sici-

liji prave čuvenu marsalu, nešto kao porto. Slatko vino koje svoj pobjesni uspjeh duguje činjenici da se nije kvarilo u bačvama na dugim putovanjima, pa su stoga kompletan urod otkupljivali Englezi. Kad ne

kuham osobno, najvolim hraniti se u malim obiteljskim restoranima, a na tom planu Sicilija je ipak znatno bolja. Još kada se tome doda moja neskrivena ljubav, zapravo besramno obožavanje opuncija (to je onaj



Garibaldi je prošao svaku stopu Italije i za svoj grob odabrao jedno posebno mjesto. Smaragdnu obalu. Taj dio Sardinije po svemu je izniman. Priroda je prekrasna, isto tako i arhitektura. To prate i sjajne cijene. Kvadrat nekretnine ovdje je tri puta skuplji nego u Monaku. Prekrasne su i žene. Doduše moja je prekrasna gdje god bila.

>>



Plaže na Sardiniji su nešto stvarno dojmljivo, ali ni mjestašca ponad njih neće vas ostaviti ravnodušnima. Dapače.

plod kaktusa koji zovu i indijskom smokvom, a koja ni s Indijom ni sa smokvama nema nikakve veze), koje su na Siciliji 10 kuna po kutiji ili otprilike 3 kn po kili, a možeš ih i džabe pobrati uz cestu na svakom koraku, jasno je kamo ide moj glas na tu temu. Nisam niti spomenuo cannoles - sicilijske slastice koje nastaju parenjem šaumrolne, ricotte i sladoleda. U barem pola zemalja sjeverne polutke zabranili bi ih zbog izazivanja ovisnosti.

Sardinija - Sicilija 0:1

Plaže

Sicilija ima sjajne plaže svih farba i fela, ali to je nedovoljno da bi ih se uopće stavilo u istu rečenicu s onima na Sardiniji. Premda mi u Hrvatskoj imamo ni s čim usporedivu obalu, ipak samo umišljamo da imamo najljepše plaže. Plaže na

Sardiniji lako bi posramile i one bahamske. Znam o čemu govorim. To nisu plažice (iako ima i takvih) od par kvadrata, već plaže koje jedva prehodaš bez dvije stajanke. Raznovrsne plaže vulkanskog ili silikatnog pijeska, sitnog šljunka ili bisernih zrnaca i redovito tirkizne i plave boje mora. Tirkizne u pličaku, a modre u malo dubljem. Stjenovite ili sjenovite plaže, zapravo plaže svake vrste osim betona. Naišli smo na jednu solidno ispunjenu plažu (uz cestu i subota popodne - prvi susjed dva do tri metra), iako su uglavnom bile tek lagano popunjene (dvadeset metara od ceste i nedjelja - prvi susjed 10 do 20 metara) ili pak potpuno prazne (sto metara od ceste i radni dan - prvi susjed negdje na Korzici). Definitivno Sardinija.

Sardinija - Sicilija 1:0

Cijene

Cijene su OK, smještaj je u sezoni jeftin i slobodno se razbahatite. Sardinija ima BDP viši od ostatka Italije, gotovo kao razvijeni sjever. Sicilija je druga priča. Tamo se potvrđuje neshvatljiv paradoks viđen i u našim krajevima. Vrlo plodna zemlja, prekrasna klima, raznovrsna priroda i marljivi ljudi, a rezultat u konačnici je siromaštvo, nezaposlenost i ogromna emigracija. Teško je razumljivo kako zemlja koja je prije dva tisućljeća bila žitnica cijeloga Rimskog carstva danas ne može prehraniti niti svoje stanovništvo. Shodno tome Italija ju je oslobodila saveznog poreza. Dakle, sve na Siciliji je bitno jeftinije. Jedna opaska: sjeveroistok Sardinije, oko Cerva i La Maddalene, mondena je izložbena pista rimskog jet seta i taj je kraj papreno skup, pa

ako ste na budžetu, planirajte skratiti obilazak tog dijela. No svakako ga posjetite.

Sardinija - Sicilija 0:1

Klima

Sardinija ima istu klimu kao Dalmacija. Uz to cijele godine, ali posebno zimi, brije sjeverozapadnjak. Maestral. Stoga bih rekao da sam joj skloniji ljeti. Sicilija je pak dosta južnije, čak malo vuče na Afriku i za moj je ukus pretopla. I flora joj je malo egzotičnija, ima drveća koje nigdje nisam vidio. Njoj bih bio skloniji na zimu. Stare kosti, što ćete! Stoga, neriješeno.

Sardinija - Sicilija 1:1

Sigurnost

Oba su otoka vrlo sigurna. Ni traga nikakvom osjećaju nelagode. Možda sam na Siciliji bio čak i malo preopušten i bezbrižan. Sicilija je apsolutno sigurna i posjetitelji u pravilu nemaju nikakvih neugodnosti. Iako su nas upozoravali da u većim gradovima ima kvartova u koje je bolje ne zalaziti, krađa i prijevara turista na Siciliji zapravo nema. Tamo, naime, uz talijansku službenu upravu stanovništvo nadgleda i „njihova“ vlast, čiji autoritet apsolutno priznaju, a kojoj odgovara image sigurnosti. Mafija. (Usput budi rečeno, mafija je dobila ime po prvim slovima rečenice "Smrt Francuzima od Talijana"). Ali u to se ne bih miješao. To je njihova stvar.

Sardinija - Sicilija 1:1

Lokalni transport

Ne postoji. Šalim se, ali se na Sardiniji izvan sezone busevi jako prorijede, a vlakovi staju. Nebitno, jer ćete na oba otoka rentati auto. I voziti se po solidnim i dobro održanim cestama. Na Siciliji i autoputovima, na Sardiniji ipak ne. To je jedina talijanska regija koja nema ni kilometra autoceste. Samo zato mala prednost Siciliji.

Sardinija - Sicilija 0:1

Čistoća

Sicilija nema savezni porez. Sve što se ubere na ime davanja ostaje kod njih. Svejedno otok ne funkcionira baš sjajno. Slabo se obnavlja, ne vide se ulaganja, a najmanje što treba jednom turistički orijentiranom kraju jesu brda smeća. A toga na Siciliji, posebno bliže gradovima, ima više nego Dinamovih igrača na posudbi. Toliko da ponekad nisam bio siguran nisam li slučajno u Albaniji. Na Albaniju me ponegdje podsjećala i Sardinija, ali ne smećem nego bunkerima. Nevjerojatno koliko su ih Nijemci napravili i koliki još stoje, a na kraju su otok napustili bez borbe. Kad smo već kod toga, Sicilija je doživjela najveće iskrc-

vanje cijelog WW-II. Pattonov desant bio je veći od onog u Normandiji. No to je druga tema, mi sad pričamo o smeću, a njega na Sardiniji nema. Stoga ona u ovoj kategoriji pobjeđuje.

Sardinija - Sicilija 1:0

Ljudi i naselja

Pristupačni, voljni pomoći, srdačni, čak i poprilično dobre volje za razliku od poslovično mrzovoljnih Talijana. Na oba otoka. Engleski ne baš, ali potpuno razumiju govor rukama. Sardinijska sela poput Bose ili gradići tipa Alghero, Castelsardo ili Santa Tereza su superbonboni. Na Siciliji su mi se više svidjeli gradovi. Palermo posebno. Preživ, preglasan, prebrz i malo premediteranski. Bez privatnosti, osim u crkvama, samostanima i parkovima kojih srećom ima predovoljno. Sve zajedno, kad dodate shopping i restorane, iznenađujuće mi se svidio. Volio bih doći tamo kad je pravi dernek. Dakle 14. i 15. srpnja kada je proslava u čast zaštitnice grada svete Rozalije koja je 1624. zaustavila kugu. Od tada se procesija ponavlja svake godine uz tulum prema kojem je karneval u Riju srednjoškolska zabava. To bih stvarno volio doživjeti. Možda jednog dana. Mlad sam. Iako Palermo ima moćne veze u svijetu i čak dva grada prijatelja u Hrvatskoj, Rijeku i Zagreb, sklon sam manjim gradićima i dajem laganu prednost Sardiniji.

Sardinija - Sicilija 1:0

Opći dojam

Ovdje se radi o nijansama i osobnim sklonostima. To vam je kao da uspoređujete Milano i Napulj. Bogat uređen i posložen sjever i siromašan, spontan i emotivan jug. Možda sam premalo divlji, previše sputan, ali meni osobno sjever nekako više leži. I sjevernjakinje su mi zgodnije. Sve u svemu, Sardinija mi je mrvicu bolje legla.

Sardinija - Sicilija 1:0

Presuda

Ako sam dobro zbrojio, to je 8:7 za Sardiniju. Bilo je prilično knap. Presudila je priroda. I plaže. Preporuka je dakle prvo posjetite Sardiniju. Posebno ako ste za kupanje i šetnje plažama. Ne idite sami. U paru ili parovima je idealno. Ostavite djecu kod kuće. Neka ih, nek malo uživaju. Na Sardiniji koncentrirajte se na sjever. Na Siciliji na zapad. Opustite se. Ne zaboravite da ste na otocima. Usporite satove.

Vaš bodul u srcu

Edo.toplak@zg.t-com.hr

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

KRATICE

AMZH Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
HAZU Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a, Hrvatsko društvo
HLK, genitiv HLK-a, Hrvatska liječnička komora
HLZ, genitiv HLZ-a, Hrvatski liječnički zbor
HZJZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo
NZJZ Nastavni zavod za javno zdravstvo
KB Klinička bolnica
KBC Klinički bolnički centar
MEF, genitiv MEF-a, Medicinski fakultet
MZ Ministarstvo zdravstva RH
OB Opća bolnica
PZZ Primarna zdravstvena zaštita
SB Specijalna bolnica

PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem online obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje online obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi. Maji Ferenčak, mag.oec., na broj telefona: 01/4500 830, u uredovno vrijeme od 8,00 do 16,00 sati, ili na e-mail: tmi@hlk.hr

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“ molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije. Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: 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 liječnika specijalista (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists) radi međunarodne kategorizacije i bodovanja (European CME Credits, ECMECs). Uvjeti i način prijave kao i sve druge potrebne informacije o međunarodnoj akreditaciji skupova, dostupni su putem sljedećeg linka:

<http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme>

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

Upala tipa 2 – podcast

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 21.10.2021.–28.02.2022.
Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

End-of-life care and deceased donation

Ministarstvo zdravstva
online training, 1.11.–31.12.2021.
gđa. Mirela Bušić, tel: 014556105,
e-mail: mirela.busic@miz.hr

Što znamo o dislipidemijama DNOOM

Zagreb, 2.11.2021.–01.04.2022.
dr. Biserka Bermagn Marković, tel: 014590100,
e-mail: tomislav.cunko@dnoom.hr

Akromegalija

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 2.11.2021.–10.3.2022.
Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Izazovi i rješenja u hipertenziji

Servier Pharma d.o.o.
Delnice, 2.11.–30.11.2021.
Lara Radošević, tel: 0992648436,
e-mail: lara.radosavic@servier.com

Interaktivni prikaz slučaja – Gaucherova bolest

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 5.11.2021.–31.3.2022.
Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Primjena parenteralne prehrane u jedinici intenzivne medicine – 1. dio

HD za kliničku prehranu HLZ-a
edu.frka.hr, 5.11.2021.–5.11.2022.
Korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666,
e-mail: podrska@frka.hr

Primjena parenteralne prehrane u jedinici intenzivne medicine – 2. dio

HD za kliničku prehranu HLZ-a
edu.frka.hr, 5.11.2021.–5.11.2022.
Korisnička podrška Frka.hr, tel: 08009666,
e-mail: podrska@frka.hr

Gripa

Dedal komunikacije d.o.o.
www.e-medikus.com, 5.11.2021.–5.2.2022.
Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Online tečaj „Mindfulness za adolescente od 11 do 18 godina“

Centar DAR
online, 12.11.–27.11.2021.
Petra Knežević, tel: 098319834,
e-mail: centardar@gmail.com

Simpozij „Mjesto i uloga telepsihijatrije danas“ Okrugli stol „Uloga i značaj novih tehnologija u skrbi za psihičko zdravlje – iskustva psihijatrijskih institucija“

Klinika za psihijatriju Vrapče
Zagreb, 15.11.2021.
Jasna Bolić, tel: 013780600,
e-mail: tajnistvo@bolnica-vrapce.hr

Kronična rana–prevencija i liječenje

G-M Pharma Zagreb d.o.o.
Karlovac, 15.11.2021.
Lidija Davčev, tel: 0916062676,
e-mail: lidija.davcev@g-m-pharma.hr

PRIMARNE IMUNODEFICIJENCIJE ODRAŠLE DOBI HRVATSKO REUMATOLOŠKO DRUŠTVO

Zagreb, 16.11.2021.
prim. Marko Barešić, dr.med., tel: 012388330,
e-mail: mbaresic@kbc-zagreb.hr

SMJERNICE ZA CIJEPLJENJE PROTIV GRIPE U DOBA PANDEMIJE COVID-19 za zdravstvene djelatnike

Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske
Zagreb, 16.11.2021.
Ivan-Kristijan Baricevic, tel: 0958552878,
e-mail: ivan.kristijan.baricevic@upuz.hr

SIMPOZIJ „PREHRANA BOLESNIKA S KRONIČNOM BUBREŽNOM BOLESTI“

Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i
transplantaciju i Hrvatsko društvo nutricionista
i dijetetičara
online, 16.11.2021.
doc.dr.sc. Mario Laganović, tel: 0954040116,
e-mail: marina.radunovic@dekra.com

„Zaštita reproduktivnog zdravlja“

Nastavni zavod za javno zdravstvo Brodsko-
posavske županije, Služba za zaštitu mentalnog
zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje
ovisnosti
Slavonski Brod, 16.11.2021.
Tamara Brežićević, tel: 098502035,
e-mail: ovisnostisb@gmail.com

Osnove izvanbolničkog zbrinjavanja velike nesreće

Zavod za hitnu medicinu Brodsko posavske
županije
Slavonski Brod, 16.11.2021.
dr. Branka Bardak, tel: 0953850001,
e-mail: bardakb18@gmail.com

Teret hipertenzije i fleksibilna terapijska rješenja u liječenju hipertenzije

Servier Pharma d.o.o.
Varaždin, 16.11.2021.
Ivana Ivanušić Capak, tel: 0995346811,
e-mail: ivana.ivanusic-capak@servier.com

XVII. Znanstveno-stručni simpozij: „Ratna bolnica Vukovar 1991. – dr. Juraj Njavro“

Nacionalna memorijalna bolnica Vukovar i Udruga
hrvatskih liječnika dragovoljaca 90.–91.
Vukovar, 17.11.2021.
Zoran Aleksijević, dr.med., tel: 0914521162,
e-mail: zoran.aleksijevic@ob-vukovar.hr

ULTRAZVUK KUKOVA U OTKRIVANJU RPK- razvojnog poremećaja kuka

Doctors & Co d.o.o.
Zagreb, 22.11.–26.11.2021.
Tomislav Ribčić, tel: 0958030801,
e-mail: tomislav.ribicic1@gmail.com
Iznos kotizacije: 7000,00kn

Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine

SANDOZ d.o.o.
webinar, 23.11.2021.
Petra Lešin, tel: 0912353414,
e-mail: petra.lesin@sandoz.com

KAKO SPRJEČITINASTANAK BIOFILMA U AKUTNOJ IKRONIČNOJ RANI

Specijalna bolnica za opću kirurgiju AGRAM
Zagreb, 23.11.2021.
Franjo Franjic, tel: 0989829360,
e-mail: ffranjic@stoma-medical.hr

Teret hipertenzije i poziv na akciju

Servier Pharma d.o.o.
Bjelovar, 23.11.2021.
Juro Zovkić, tel: 0992648434,
e-mail: juro.zovkic@servier.com

on-line predavanje: Zašto bolesnici sa ŠBT2 zaslužuju više kontrole HbA1c već u ranoj fazi bolesti

HLZ – Podružnica Split
online, 23.11.2021.
Marija Radman Livaja, tel:
021348033/0914570057,
e-mail: hlz-split@st.t-com.hr

„Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine“

Sandoz d.o.o.
webinar, 23.11.2021.
Marija Mihajlovski Gojun, tel: 0912353210,
e-mail: marija.mihajlovski_ext@sandoz.com

„Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine“

Sandoz d.o.o.
webinar, 23.11.2021.
Karlo Smiljan, tel: 0915511996,
e-mail: karlo.smiljan@sandoz.com

Hrvatska mreža primarne perkutane koronarne intervencije u doba elementarnih nepogoda 2020/2021

Radna skupina za akutni koronarni sindrom –
Hrvatskog kardiološkog društva
Zagreb, 23.11.2021.
Javor Vučić, tel: 0915075134,
e-mail: javor.vucic@novacon.hr

Neurološki pacijent – što možemo bolje?

Sandoz d.o.o.
webinar, 23.11.2021.
Ema Mahmić Baran, tel: 0912353413,
e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

Olumiant (baricitinib) – 4 godine iskustva u liječenju RA

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 23.11.2021.
Anto Barišić, tel: 012350999,
e-mail: barisic_anto@lilly.com

Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine

Sandoz d.o.o.
webinar, 24.11.2021.
Dora Jović, tel: 0912353422,
e-mail: dora.jovic_ext@sandoz.com

Primjena IPP u OOM

Sandoz d.o.o.
webinar, 24.11.2021.
Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

„Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s KZS – Titracijom do cilja“

Novartis d.o.o.
Osijek, 24.11.2021.
Bruna Mesić, tel: 016274220,
e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

„Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine“

Sandoz d.o.o.
webinar, 24.11.2021.
Slavko Žužul, tel: 0912353412,
e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

„Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine“

Sandoz d.o.o.
webinar, 24.11.2021.
Josipa Lončar, tel: 0912353112,
e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

„Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine“

Sandoz d.o.o.
webinar, 24.11.2021.
Danijela Ljubas Hižman, tel: 0913460149,
e-mail: danijela.ljubas-hizman@sandoz.com

Kako izliječiti hepatitis C?

Abbvie d.o.o.
Zagreb, 24.11.2021.
Marina Teklić, tel: 0992678613,
e-mail: marina.teklic@abbvie.com

Zbrinjavanje pedijatrijskih bolesnika na biološkoj terapiji

Sandoz d.o.o.
MS Teams, 24.11.2021.
Ivana Vig, tel: 0912353127,
e-mail: ivana.vig@sandoz.com

ZAGREBAČKA ŠKOLA PSIHOFARMAKOTERAPIJE

“ANTIPSIHOTICIU KLINIČKOJ PRAKSI”
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 24.11.-25.11.2021.
Paula Marinović, dr.med., tel: 012388394,
e-mail: paula.marinovic77@gmail.com
Iznos kotizacije: 1000-2000kn

Primjena IPP u OOM

Sandoz d.o.o.
webinar, 25.11.2021.
Ema Stazić, tel: 0912353193,
e-mail: ema.stazic_ext@sandoz.com

„Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine“

Sandoz d.o.o.
webinar, 25.11.2021.
Filip Lokin, tel: 0912353437, e-mail: filip.lokin@sandoz.com

„Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine“

Sandoz d.o.o.
webinar, 25.11.2021.
Josipa Lončar, tel: 0912353112,
e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

„Primjena IPP-a u ordinaciji obiteljske medicine“

Sandoz d.o.o.
webinar, 25.11.2021.
Ivan Antić, tel: 0913460150,
e-mail: ivan.antic@sandoz.com

MJERE PRISILE U KLINIČKOJ PRAKSI

KBC Rijeka
zoom, 25.11.2021.
Tina Šubat Lazinica, tel: 051333323,
e-mail: psihijatrija@kbc-rijeka.hr

Individualni pristup KOPB pacijentu

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Velika Gorica, 25.11.2021.
Adam Crnković, tel: 0997342155,
e-mail: acrnkovic@berlin-chemie.com

9. brodski simpozij o alkoholizmu, kockanju i modernim ovisnostima – „Utjecaj korona krize na prevenciju i liječenje ovisnosti“

Nastavni zavod za javno zdravlje Brodsko-posavske županije, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti
virtualno, 25.11.-26.11.2021.
gđa. Tamara Brežičević, tel: 098502035,
e-mail: ovisnostisb@gmail.com

SHIZOFRENJA 360° 4. hrvatska konferencija o shizofreniji s međunarodnim sudjelovanjem

Liječenje komorbiditeta i značaj tjelesne aktivnosti kod shizofrenih bolesnika
UDRUGA ZA ZAŠTITU I UNAPREĐENJE MENTALNOG ZDRAVLJA ZAJEDNO
Zagreb, 26.11.-27.11.2021.
Iva Šimunić, tel: 0913330733,
e-mail: iva.simunic@vivid-original.com
Iznos kotizacije: 920,00kn

50. Simpozij Hrvatskog društva za dječju neurologiju HLZ-a s međunarodnim učesćem

Hrvatsko društvo za dječju neurologiju i Klinika za pedijatriju KBC Rijeka
Rijeka, 26.11.-28.11.2021.
Ivana Marković, tel: 0958824382,
e-mail: ivana@conventuscredio.hr
Iznos kotizacije: 200,00kn

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

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Zadar, 26.11.-29.11.2021.
Marija Stivičić, tel: 0993394859,
e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Edukacijske vježbe obnove znanja i vještina za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare u IHMS

Zavod za hitnu medicinu OBŽ
Osijek, 26.11.-27.11.2021.
Ivan Vilović, mag.med.techn., tel: 0994866530,
e-mail: ivan.vilovic@zzhm-obz.hr

Radiološki edukacijski centar – MR tečaj

Referentni centar za radiologiju prevenciju, dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju bolesti glave i vrata Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske
Zagreb, 27.11.2021.
izv.prof.dr.sc. Dijana Zdravac, dr.med.,
tel: 0995435554,
e-mail: radioloski.centar@kbcsm.hr

Incidentalomi nadbubrežne žlijezde

Sekcija mladih endokrinologa HDEd-a
Zagreb, 28.11.2021.
Nino Matas, tel: 0989526647,
e-mail: nino.matas@gmail.com

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre-tehničare izvanbolničke HMS

Zavod za hitnu medicinu Brodsko posavske županije
Slavonski Brod, 28.11.2021.
gđa. Branka Bardak, tel: 0953850001,
e-mail: bardakb18@gmail.com

Olumiant (baricitinib) – 4 godine iskustva u liječenju RA

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 29.11.2021.
Anto Barišić, tel: 012350999,
e-mail: barisic_anto@lilly.com

Uhvati ritam

Sandoz d.o.o.
webinar, 30.11.2021.
Luka Radmanić, tel: 0912353424,
e-mail: luka.radmanic@sandoz.com

Teret hipertenzije i poziv na akciju

Servier Pharma d.o.o.
Sisak, 30.11.2021.
Marija Bobinac, tel: 0916551551,
e-mail: marija.bobinac@servier.com

„Neurološka rehabilitacija nakon CVI“

Sandoz d.o.o.
webinar, 30.11.2021.
Dženita Šola, tel: 0911202945,
e-mail: dzenita.sola@sandoz.com

„Kako sačuvati srce“

Sandoz d.o.o.
webinar, 30.11.2021.
Danijela Ljubas Hižman, tel: 0913460149,
e-mail: danijela.ljubas-hizman@sandoz.com

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Simpozij „Nove smjernice za liječenje glomerularnih bolesti“

Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
online, 30.11.2021.
doc.dr.sc. Mario Laganović, dr.med.,
tel: 0914223157, e-mail: mlaganovic@gmail.com

„Kardiološki pacijent – od dijagnoze do terapije“

Sandoz d.o.o.
webinar, 30.11.2021.
Dino Kosovec, tel: 0912353209,
e-mail: dino.kosovec@sandoz.com

Verzenios u bolesnica s HR+/HER2- metastatskim rakom dojke

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 30.11.2021.
Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Kardiovaskularni i nefrološki pacijenti- prevencija i liječenje

Sandoz d.o.o.
webinar, 30.11.2021.
Tamara Žic, tel: 0912353411,
e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Stručno predavanje

HLZ - Podružnica Rijeka
Gospić, 01.12.2021.
Jelena Lončarek, tel: 0912302302,
e-mail: hlzrijeka@gmail.com

Best Practice for Quality and Dose in Fluoroscopic Guided Interventional Procedures

KB Dubrava - Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu -
Hrvatsko društvo radiologa - Sekcija za intervencijsku radiologiju - Hrvatsko društvo radiološke tehnologije - Hrvatsko društvo za medicinsku fiziku
online, 1.12. 8.12. i 15.12.2021.
Ivana Kralik, tel: 0915298279,
e-mail: ikralik@kdb.hr

Taltz (iksekizumab) – evolucija u liječenju PSO, PsA i axSpA

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 1.12.2021.
Anto Barišić, tel: 012350999,
e-mail: barisic_anto@lilly.com

KIRURŠKE TEHNIKE U FORMIRANJU GASTROINTESTINALNIH ANASTOMOZA

KBC Osijek, Klinika za kirurgiju, MEF Osijek
Osijek, 02.12.-03.12.2021.
doc.dr.sc. Dalibor Divković, dr.med.,
tel: 0915065147,
e-mail: divkovic.dalibor@kbo.hr
Iznos kotizacije: 1000,00kn- specijalisti,
800,00kn- specijalizanti

Fleksibilna terapijska rješenja u hipertenziji

Servier Pharma d.o.o.
Čakovec, 02.12.2021.
Katarina Božićević, tel: 0916551530,
e-mail: katarina.bozicevic@servier.com

Okrugli stol: Downov sindrom

Lions Klub Vukovar
Vukovar, 3.12.2021.
Željko Dekić, tel: 0915193048,
e-mail: lionsclub.vukovar@gmail.com

Prosinaki simpozij

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za kožne i spolne bolesti
Zagreb, 3.12.2021.
Danijela Nordio, tel: 0911111262,
e-mail: danijela.nordio@kbcsm.hr

PSIHOTERAPIJA PSIHOZA U PSIHIJATRIJSKIM USTANOVAMA – modeli i pristupi u praksi – DIO III – Poveznica hospitalnog i posthospitalnog liječenja i kako ostvariti kontinuitet

HRVATSKO DRUŠTVO ZA PSIHOTERAPIJU, PSIHO SOCIJALNE METODE I RANU INTERVENCIJU KOD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA HLZ-a
Zagreb, 3.12.2021.
prim. Nina Mayer, tel: 013430057,
e-mail: nina.mayer@pbsvi.hr

EKG u obiteljskoj medicini

DN00M
Zagreb, 4.12.-5.12.2021.
prof.dr.sc. Biserka Bergman Marković,
tel: 0912022412,
e-mail: tomlislav.cunko@dn00m.hr
Iznos kotizacije: 400,00kn

EDUKACIJSKE VJEŽBE OBNOVE ZNANJA ZA LIJEČNIKE TE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARE IHMS

Zavod za hitnu medicinu Međimurske županije
Čakovec, 6.12.-7.12.2021.
Mario Matoc, tel: 0914900112,
e-mail: hitnasluzba94@gmail.com

Stručno predavanje

Hrvatski liječnički zbor - Podružnica Rijeka
Karlovac, 7.12.2021.
Jelena Lončarek, tel: 0912302302,
e-mail: hlzrijeka@gmail.com

Olumiant (baricitinib) – 4 godine iskustva u liječenju RA

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Rijeka, 7.12.2021.
Anto Barišić, tel: 012350999,
e-mail: barisic_anto@lilly.com

TEČAJ IZ OSNOVA MUSKULOSKELETNOG ULTRAZVUKA

Spektr putovanja
Zagreb, 9.12.-11.12.2021.
Vera Rakić, tel: 098235718,
e-mail: verakic@hotmail.com
Iznos kotizacije: 3500,00kn

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

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Crikvenica, 9.12.-12.12.2021.
Marija Stivičić, tel: 0993394859,
e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Cyramza u liječenju uznapredovalog ili metastatskog raka želuca – klinička iskustva

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Zagreb, 9.12.2021.
Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

ZNANOST IZA DEBLJINE

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Osijek, 10.12.-11.12.2021.
Mišo Debeljak, tel: 0912241420,
e-mail: mdebeljak@mefos.hr

13. Štamparovi dan

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar
Pleternica, 10.12.-12.12.2021.
Ino Kermc, tel: 0915478844,
e-mail: udrugastampar@gmail.com

Javnozdravstvene aktivnosti – jučer, danas, sutra

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar
Pleternica, 10.12.2021.
Ino Kermc, tel: 0915478844,
e-mail: udrugastampar@gmail.com

Budi cool, ne budi bully

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar
Pleternica, 10.12.2021.
Ino Kermc, tel: 0915478844,
e-mail: udrugastampar@gmail.com

XXXVIII SALTYSKOW MEMORIAL MEETING

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju
Zagreb, 11.12.2021.
Ana Šepac, tel: 098803770,
e-mail: ana.sepac@mef.hr

25.Simpozij Hrvatskog društva za regionalnu anesteziju i analgeziju – HLZ „Novi trendovi regionalne anestezije u dnevnoj kirurgiji u pandemiji Covid 19“

Hrvatsko društvo za regionalnu anesteziju i analgeziju – HLZ
Zagreb, 11.12.2021.
izv.prof.dr.sc. Ivan Šklebar, dr.med.,
tel: 014648120 098318317,
e-mail: kszdravcevic@fdmz.hr

ULTRAZVUK KUKOVA U OTKRIVANJU RPK- razvojnog poremećaja kuka

Doctors & Co d.o.o.
Zagreb, 13.12.-17.12.2021.
Tomislav Ribičić, tel: 0958030801,
e-mail: tomlislav.ribicic1@gmail.com
Iznos kotizacije: 7000,00kn

Kako možemo produžiti život KV bolesnicima?

Sandoz d.o.o.
webinar, 14.12.2021.
Ana Gongola, tel: 0912353171,
e-mail: karla.stanko@sandoz.com

Savjetom do zdravlja- otvorimo oči, osnažimo srce, obogatimo krv

Phoenix farmacija d.o.o.
online, 15.12.2021.
Ana Marija Samardžić, tel: 0912357827,
e-mail: a.samardzic@phoenix-farmacija.hr

SIMPOZIJ: Iskustva i izazovi u liječenju oboljelih od COVID-19

Klinička bolnica Dubrava
Zagreb, 16.12.-17.12.2021.
gđa. Iva Šimunić, tel: 09133330733,
e-mail: iva.simunic@vivid-original.com

Supervizija V

Gestalt centar Homa
Zagreb, 17.12.-19.12.2021.
Jasenska Pregrad, tel: 014683278/0915251560,
e-mail: jasenska.pregrad@gmail.com
Iznos kotizacije: 980,00kn + PDV

Bebe današnjice – rani razvoj u suvremenim okolnostima

NeuroArt kabinet za podršku integriranom razvoju djece
online, 18.12.-19.12.2021.
Iva Barić, tel: 0994393420,
e-mail: ivabaric209@gmail.com
Iznos kotizacije: 475,00kn

Skup u spomen na Božidara Špišića 2021.

Klinika za ortopediju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
online, 18.12.-31.12.2021.
Mihaela Manestar, tel: 012368911,
e-mail: ortopedija@kbc-zagreb.hr

Koristimo li puni potencijal lijeka Trulicity?

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Duga Resa, 20.12.2021.
Mario Dvorski, tel: 012350999,
e-mail: dvorski_mario@lilly.com

PISANI TEST U ČASOPISU

Upala tipa 2

C.T. – Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Pisani test u časopisu – 15.11.2021.-31.01.2022.
Dragan Bralić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

Novosti u liječenju upalnih reumatskih bolesti i gerontoreumatologija

C.T. – Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Pisani test u časopisu – 31.05.2021.-30.11.2021.
Dragan Bralić, tel: 01/4612-083,
e-mail: info@medix.hr

