

LIJEČNIČKE novine

> RAZGOVOR

Prof. **TOMISLAV FRANIĆ**

GODIŠNJA NAGRADA

HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE ZA 2021. GODINU



TEMA BROJA > LIJEČNICE I SPOLNA (NE)RAVNOPRAVNOST

RAKK

PUTOKAZ ZA RANU DIJAGNOZU MULTIPLOG MIJELOMA

RAKK: 4 KLJUČNE ZNAČAJKE MIJELOMA



Renalno oštećenje

Povišeni kreatinin i urea



Anemija

Kronični umor, kratkoča dah



Kalcij повишен

Zbunjenost, povraćanje, mučnina, probavne tegobe, pojačano mokrenje



Kosti oštećenja

Bolovi u kostima, spontane frakture, gubitak visine

POSUMNJAJTE NA MIJELOM UKOLIKO POSTOJE

- Dugotrajni bolovi u leđima i kostima (>4 – 6 tjedana)
- Opća slabost i umor
- Ponavljujuće i dugotrajne infekcije (pluća, mjeđura...)
- Povišena sedimentacija eritrocita
- Oslabljena funkcija bubrega
- Krvarenje iz nosa i neobjašnjive modrice



ZATRAŽITE SLJEDEĆE NALAZE

SE

Sedimentacija eritrocita je najčešće povišena (normalna u nesekretornom mijelomu ili mijelomu lakih lanaca)

KKS

Posebno обратити пажњу на normocitnu anemiju

Kreatinin i urea

Povišene vrijednosti mogu biti znak oštećenja bubrega

Rendgen bolne kosti

Pokazuje osteolitičke lezije ili frakture

UPUTITE PACIJENTA HEMATOLOGU

u slučaju dugotrajne prisutnosti ili ponavljanja navedenih simptoma i/ili u slučaju ako su navedene pretrage rezultirale lošim nalazima



LIJEĆNIČKE NOVINE

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

GLAVNA I ODGOVORNA UREDNICA

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

IZVRŠNI UREDNIK

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

IZDAVAČKI SAVJET

Alen Babacanli, dr. med. • Prim. Ines Balint, dr. med.
Vikica Krolo, dr. med. • Dr. sc. 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

Prof. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
e-mail: lijecnicke.novine@hlk.hr

UREDNIČKI ODBOR

Prof. prim. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med. • Ana Gverić Grginić, dr. med.
Prof. dr. sc. Ždenko 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. • Prof. dr. sc. Anna Mrzljak, dr. med.
Prim. Tatjana Nemeth Blažić, dr. med. • Prof. dr. sc. Davor Plavec, dr. med.
Prim. Matija Prka, dr. med. • Prof. prim. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.
Prof. dr. sc. Livia Puljak, dr. med. • Mr. sc. Ivica Vučak, dr. med.
Ksenija Vučur Šimić, dr. med.

UPUTA SURADNICIMA I ČITATELJIMA

Liječničke novine su glasilo Hrvatske liječničke komore za staleška i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno.
Izlaze mjesечно (osim u siječnju i kolovozu).
Godišnja pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.
Rukopisi se šalju e-mailom na adresu: hlk@hlk.hr ili e-adresu urednika. Članci ne podliježu recenziji i uredništvo se ne mora slagati s mišljenjem autora. Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

OGLAŠAVANJE

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

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

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

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

Tisak: Grafički zavod Hrvatske

Naklada: 19 000 primjeraka

Predano u tisak 7. veljače 2022.

LIJEĆNIČKE NOVINE

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

IZDAVAC

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

NASLOVNICA

Dobitnici godišnjih nagrada HLK-a

4 UVODNIK

Liječnici ili ubojice?!

5 RIJEČ GLAVNE UREDNICE

Anomija

6 RAZGOVOR

Prof. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med.

10 TEMA BROJA

Nije to za tebe, ti si žena!

18 KRONOLOGIJA COVID-19**22 IZ KOMORE**

Predstavljena knjiga • Stop nasilju nad liječnicima • Ploča dr. Šreteru • Godišnje nagrade • Napad Ministarstva na KoHOM • Tribina o etici • Knjiga o autizmu • Najbolja fotografija • Pubkviz • Pregled aktivnosti

30 RAZGOVOR S POVODOM

Prof. dr. sc. Boris Labar, dr. med.

32 IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA

Crveni nosovi • Antidoping kontrola • Transplantacija solidnih organa • 30 godina KB-a Dubrava • Adriatic liver forum • 145 godina LV-a

44 VIVAT ACADEMIA

Etika na MEF-u u Zagrebu

48 PRIMARCI

Sveobuhvatni pristup

49 COVID-19

Monoklonska protutijela • Remdesivir

52 SALUTOGENEZA**54 MLADI LIJEĆNICI****57 IZ SVIJETA****58 NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE****62 HRVATSKI ZA LIJEĆNIKE****64 PREMA IZBORU GLAVNE UREDNICE****66 VELIKANI HRVATSKE MEDICINE****70 IZ POVIJESTI MEDICINE****76 REAGIRANJA****77 ZANIMLJIVOSTI****78 SJEĆANJA****82 LIJEĆNICI UMIROVLJENICI****86 LIJEĆNIČKA PRIČA****88 PUTOPIS****92 KULTURA****96 KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA**

LIJEĆNICI ILI UBOJICE?!



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

Kako epidemija traje već treću godinu zamor lavinom namjerno proizvedenih laži i poluština sve je veći, pa se sve češće događa da se neke od tih laži provuku i niti ne demantiraju.

Najnoviji slučaj koji je privukao pozornost su sljedeće izjave koje su se u javnosti pojavile krajem siječnja:

„I samo istraživanje njihovo, HZJZ-a, pokazalo je da su stotine medicinskih djelatnika cijepljeno dva ili tri puta, zarazili se i unosili nažalost covid u bolnice mjesecima i posljedica je sigurno par tisuća smrti.“ (saborski zastupnik, populist)

„To znači da je praktično svaki hospitalizirani pacijent tijekom nekoliko dana sigurno došao u kontakt s barem jednim zaraženim cijepljenim zdravstvenim djelatnikom koji se nije morao testirati samo zato što je imao covid-potvrdu. Covid-potvrde u bolnicama su doslovno „dozvola za ubijanje.“ (znanstvenik, antivakserska zvijezda)

Iz izjava ove dvojice javnih pregalaca može se jednostavno zaključiti da su zdravstveni

radnici zapravo krivci ili odgovorni za velik broj oboljelih i umrlih od COVID-a. Strašno! Mislili smo da se već dvije godine borimo za živote i zdravlje naših pacijenata u teškim uvjetima pandemije, ali sada iz ovih izjava dvojice „stručnjaka“ saznajemo da činimo upravo suprotno?!

Zastupnik talijanist, koji se inače voli pozivati na struku, nema nikakvih problema suvereno javno govoriti o temama iz područja epidemiologije, vakcinologije i općenito medicine. Iznosi čak i broj smrti koje su skrivili medicinski djelatnici te govor o sigurnih par tisuća umrlih. Dakle, prema njegovoj izjavi mi medicinski djelatnici odgovorni smo za najmanje dvije tisuće umrlih sugrađana od COVID-19. Ako je sigurnih dvije tisuće, postavlja se pitanje koji je zapravo točan broj? Koliko je još nesigurnih, nepotvrđenih smrti koje smo navodno skrivili? Koliko je to ukupno? Tri tisuće, četiri ili možda čak pet tisuća smrti? Od uvođenja obveznih COVID potvrda u zdravstvo (listopad 2021.) do njegove izjave, od COVID-19 je u Hrvatskoj ukupno umrlo oko 4 500 građana. Jesu li onda, kako sugerira ovaj političar, možda sve te smrti skrivili neodgovorni medicinski djelatnici koji su se zarazili i mjesecima širili zarazu u bolnicama? Nadao sam se da će demagoške pirute, izokretanje činjenica i obmanjivanje javnosti od strane referendumaša prestati nakon završetka prikupljanja potpisa, barem nakon kraja službenog roka za potpis. Ali, očito sam se prevario. Tešku optužbu da smo mi medicinski djelatnici sigurno odgovorni za gotovo svakog drugog (a možda i više!) umrlog od COVID-19 saborski zastupnik izrekao je niti ne trepuvši. Ovu je optužbu nekoliko dana kasnije prisnažila Facebook zvijezda, molekularni biolog, tezom da gotovo svaki hospitalizirani bolesnik dođe u kontakt s nekim zaraženim djelatnikom te je zaključio da su COVID potvrde „dozvola za ubijanje“.

Naravno da su obojica promašila cijeli gol, stranu igrališta, utakmicu, a vjerojatno i sam sport. Svi koji radimo u bolnicama koje zbrijnavaju COVID bolesnike znamo da velika

većina COVID bolesnika dolazi u bolnicu već zaražena, putem hitnih prijema gdje dolaze iz svojih domova i iz svojih privatnih okruženja. Tek malom broju bolesnika pronađe se pozitivan test tijekom hospitalizacije. Niti u tim slučajevima ne možemo znati je li bolesnik bio u fazi inkubacije od dolaska u bolnicu do pozitivnog testa niti možemo znati kako je zaražen. Naravno, znamo i da su u bolnicama cijelo vrijeme na snazi mjere za sprječavanje širenja virusa u zdravstvenim ustanovama koje uključuju obvezne maske, higijenu i pojačano testiranje djelatnika (bliski kontakti, pojava bilo kakvih simptoma i slično). **Dakle izjava političkog populista da su COVID potvrde i zaraženi cijepljeni zdravstveni djelatnici sigurno odgovorni za par tisuća smrti je apsolutna neistina, preciznije rečeno opasna laž.** S tezama Facebook zvijezde i biologa i njegovim cjelokupnim dosadašnjim narativom koji je nažalost odmogao u borbi s pandemijom liječnici su vrlo dobro upoznati i na to ne treba dodatno trošiti riječi.

Kada se ovakve proizvoljne, netočne, nebulozne i opasne teze iznose u medijima, treba li nas onda čuditi da se u jednom dijelu izmanipulirane javnosti javlja ljutnja i bijes prema zdravstvenim radnicima. Nažalost, već smo svjedočili napadima na liječnike, a gotovo svakodnevno dobivamo nove informacije o podnesenim anonimnim ili neanonimnim kaznenim prijavama protiv liječnika, o maltreriranjima svakake vrste. Zato je iznimno važno svaku takvu neutemeljenu izjavu argumentirano demantirati.

Sve ovo je osobito važno sada, kada se u javnosti pojačano govori o razlozima visoke smrtnosti od COVID-19 u Hrvatskoj. Na ovaj se način implicira da su liječnici i ostali zdravstveni radnici za to odgovorni, što je netočno. **Za visoku hrvatsku smrtnost tri su najvažnija razloga: relativno niska cijepljenost i obuhvat cijepljenja prema dobrim skupinama, epidemiološke mjere među najblažima u EU i slabo pridržavanje važećih mjera. U sve tri kategorije stojimo prilično loše.**

Anomija

Anomija (grč., bezakonje) je pojam (meni sinestetički anemičnog zvuka riječi) koji označava nepridržavanje normi ili slom bilo kakvih moralnih vrijednosti, standarda ili društvenih pravila koje bi pojedinci trebali slijediti. Anomija se može razviti iz sukoba sustava vjerovanja i dovesti do raspada društvenih veza između pojedinca i zajednice te do velikih promjena i događaja. Svjedočimo li tomu danas? Jer kako nazvati ovo čudno vrijeme u kojem se građanski neposluh pojavljuje u sasvim promašenim ulogama prosvjednika, na temelju netočnih premissa o pandemiji. One su odraz djelovanja kvazistručnog i nadrilječničkog svijeta koji se trudi ovladati medijskim i duhovnim mainstreamom. Ideja slobode tako je pogrešno shvaćena, sramotno prožvakana, te se u ime slobode misli i govora suprotstavlja razumu znanošću vođenih autoriteta. Tek kada se odmaknemo na sigurnu povijesnu udaljenost koja omogućuje širi vremenski obuhvat i pruža jasniju perspektivu, tada možemo i ušutjeti gledajući neizbjegljene prizore prijelomnih događanja koji s vremenom na vrijeme resetiraju svijet, pri čemu se zabilježi i crna bilanca. Vrijeme između takvih prijelomnih neukrovitivih razdoblja daje nam priliku da gradimo bolju budućnost. A to znači uvažiti sve nužne promjene ne podilazeći prošlosti. I nadati se sretnjem preživljavanju. A sada nam je

izdržati ne popuštajući metafizičkim ezoterijama ni pedlja.

A virus prolazi svoj životni vijek (nadam se da ipak neće biti vijek) zaigrano mijenjajući fenotip, a s njim i nadimke, ne poštujući potpuno slijed grčkoga alfabeta pa ne znam čekamo li sada pi (π) ili? Kakogod, još uvijek živimo izloženi borbi za svakog pacijenta, s COVID-om ili bez, s molitvama za slobodnu postelju i onoga tko bi ga zbrinuo, u situaciji gdje nas nema dovoljno pa neprekidno radimo za kojeg liječnika više. A kada napustimo zidove radnih kuća, i dalje nas dočekuje bahata arogancija dijela sugrađana koja ignorira ovu tešku stvarnost, bezosjećajno uživajući u „paralelnom svijetu“ u kojemu nema te zavjereničke izmišljene bolesti, u kojemu su COVID bolnice, intenzivne, bolesni i umrli tek tlapnja diktature moćnih bjelosvjjetskih vladara i njihovih podanika. Međugradski autobusi su prepuni, a ulaznice za Berlinsku filharmoniju rasprodane, za publiku bez distance. Ni vozač autobusa ni gospođa s blagajne koncertne dvorane ne nalaze u čemu je problem.

Jesmo li se prestali čuditi egzodusu iz Hrvatske jer je poprimio razinu seobe naroda?! Jedino što je u tome čudno je što samo uporno tražimo krivce. Istodobno prihvaćajući višemanje prešutno devijacije sasvim bliske nam zbilje, dok lajemo samo na Mjesec. Čitam dnevničke zapise



LADA ZIBAR

glavna urednica Liječničkih novina

hrvatskog eruditu Z. M., koji s kasnosječanskim datumom iz 1984. piše: „Ja se ipak nadam da ćemo u Jugoslaviji za deset-dvadeset godina stvoriti uvjete za prestanak egzodusa naše pamet.“ Pametnomu dosta, osobito u vezi s krivcima i povijesnim tijekom.

U ovom broju, trenutku usprkos, nalazimo „mirnodopske“ (iliti necovid) teme i upoznajemo čitatelje s položajem žena liječnica u hrvatskoj medicini, s Crvenim nosovima i sa škrljevskom bolesti. Odmičemo se od medicine putopisom o Japanu, drugim dijelom osvrta na Afganistan i ponekom pjesmom. Vraćamo se u povijest sjećanjima na povijest hrvatske uspješnice – transplantacije i autentičnim svjedočanstvom o međunarodnom priznanju Lijepe nam naše, prije sada već trideset godina. I, kako bi ponudio PubMed, *entrez!* I nakon Godine čitanja, nastavimo s čitanjem.

Između pljeska i pljuske

Prof. dr. sc. TOMISLAV FRANIĆ, dr. med.

Zamjenik predsjednice Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a

Prof. dr. sc. Tomislav Franić, dr. med., specijalist psihijatrije, uže specijalizacije iz dječje i adolescentne psihijatrije te iz forenzičke psihijatrije za Liječničke novine govori postoje li češća kršenja etičkih normi i nepoštivanje liječničke etike u uvjetima pandemije, s kakvim se slučajevima susreće u svom radu kao zamjenik predsjednice Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a te zašto se liječnici nalaze između pljeska i pljuske.

Razgovarala
ALICE JURAK

- U Povjerenstvu ste za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a u drugom mandatu. Sada ste zamjenik predsjednice Povjerenstva. Koji je djelokrug rada tog povjerenstva?

Komora štiti prava i zastupa interese liječnika, unaprjeđuje liječničku djelatnost te se brine o ugledu liječnika i liječničkog zvanja. Jedan od vrlo važnih načina kako se to čini je pridržavanje visokih etičkih standarda. Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju je jedno od deset stalnih povjerenstava Komore. Čine ga predsjednica povjerenstva, zamjenik predsjednice i još pet članova, a svi su liječnici.

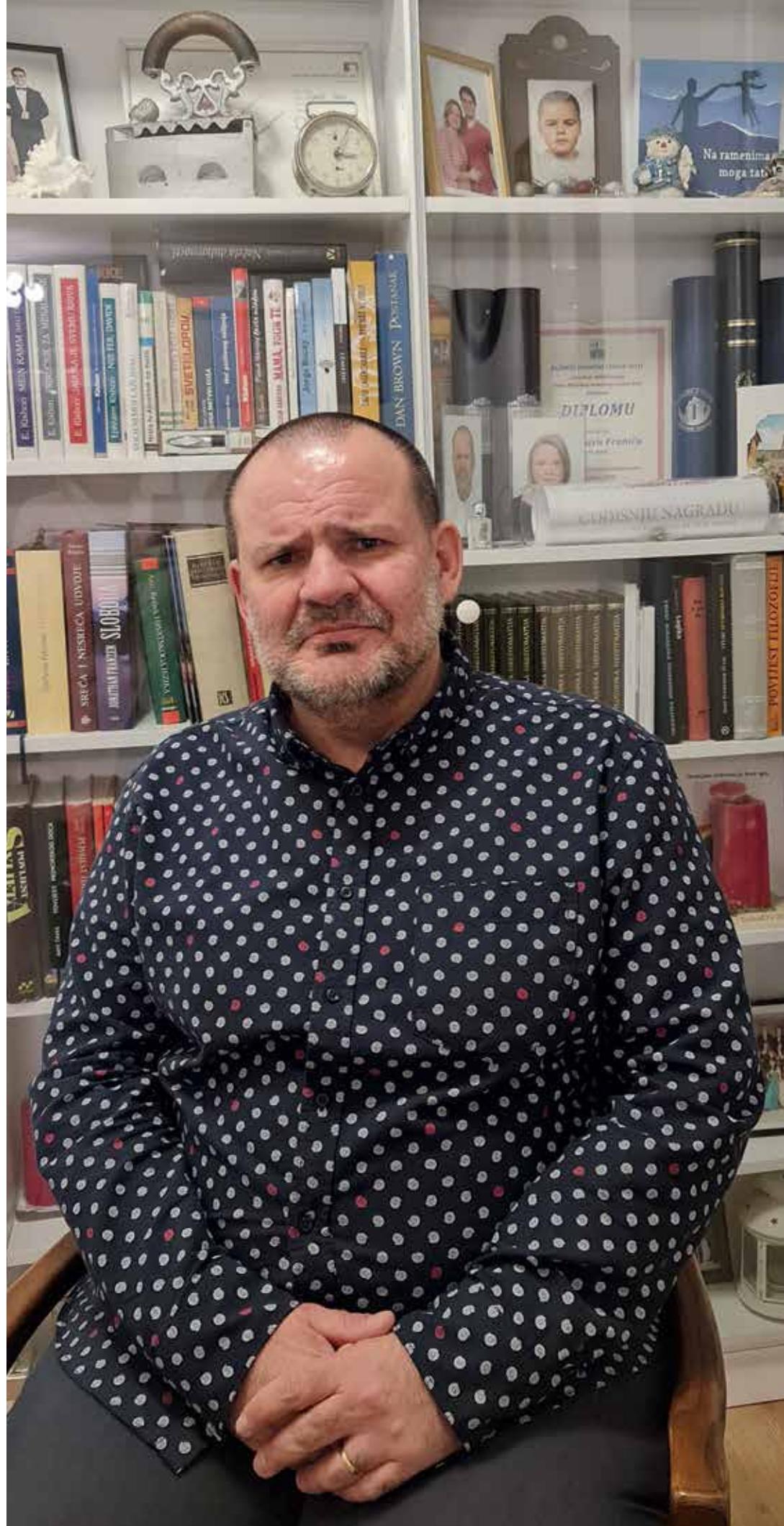
Da bi moglo djelovati Povjerenstvo mora imati uzuse svog djelovanja koji su regulirani nizom akata, no najvažniji je dokument Kodeks medicinske etike i deontologije. Stoga je prirodno prvi zadatak Povjerenstva predlaganje nacrta Kodeksa medicinske etike i deontologije. Liječništvo je zvanje koje je imalo prvi povijesni etički kodeks, Hipokratovu prisegu. Riječ je o dokumentu kojeg tako brojni danas spominju, a tako malobrojni znaju njegov sadržaj. Diplomirani liječnici i danas polažu prilagođenu moderniziranu verziju Hipokratovu prisege (Posljednja verzija iz 2017. Chicago, SAD, dopunjena na 68. općoj skupštini Svjetskog liječničkog udruženja).

Ipak ne možemo ostati samo na Hipokratu. Kako je razvoj medicine i društva dinamičan on donosi i otvara nove etičke dvojbe i područja te je to potrebno stalno pratiti kroz promjene i dopune Kodeksa. Trenutačno je na snazi Kodeks medicinske etike i deontologije NN 139/15 koji je donesen zajedničkim radom mješovite skupine Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ). Kodeks uređuje niz područja. Uz temeljna načela i završne odredbe u deset poglavlja propisana su etička načela kao što su: obveze prema pacijentu/bolesniku, planiranje obitelji i regulacija ljudske plodnosti, umirući pacijent, presađivanje tkiva i organa, biomedicinska istraživanja, ljudski genom, odnos prema osobama s ograničenom slobodom, odnosi prema drugim liječnicima i struci.

Povjerenstvo prati i nadzire provođenje pravila medicinske etike i deontologije te poduzima odgovarajuće mjere u slučaju njihovog kršenja, raspravlja i daje mišljenje odnosno tumačenje o pojedinim pitanjima iz medicinske etike i deontologije, nadzire poštivanje etičkih načela u ostvarivanju prava građana na zdravstvenu zaštitu, poduzima potrebne prethodne radnje za provođenje postupka pred Sudom Komore, svoj rad koordinira s ostalim tijelima Komore, obavlja i druge poslove predviđene ovim Statutom te drugim općim aktima Komore i svoj rad općenito koordinira s ostalim tijelima Komore.

► S kakvim se pritužbama na liječničku etičnost najčešće susrećete? Jesu li te pritužbe češće opravdane ili nisu?

Povjerenstvo nadzire poštivanje etičkih načela u ostvarivanju prava građana na zdravstvenu zaštitu i to su daleko najčešće pritužbe, rjeđe su pritužbe liječnika na kolege. Ono što se može primijetiti je da broj slučajeva raste iz godine u godinu. Razlozi za to mogu biti različiti. Najlogičnije objašnjenje bi bila veća javna vidljivost i eksponiranost HLK-a u općoj i stručnoj javnosti u posljednja dva mandata, a što su vam neke mogućnost zaštite u situa-



ciji gdje mislite da ste oštećeni veće, veći je i priljev zahtjeva za zaštitu. Manjim dijelom je razlog sve prisutnija participativna medicina koje moramo biti svjesni, u kojoj pacijent sve više postaje partner, te nesporazumi koji proizlaze iz uvijek difuzne granice i različitih tumačenja gdje prestaju ili dokle sežu određena „prava“. No, bez obzira što pojedine naše sjednice traju i po 4 do 5 sati s po više od stotinu točaka u različitim fazama obrade, to je dobro. Kao psihijatar smatram da svaku dvojbu i konflikt treba razriješiti, a ne pomesti pod tepih. Gomila ispod tepiha s vremenom postaje veća i neizbjegno zapnemo za nju, padnemo i razbijemo nos. Stoga ne smijemo zatvarati oči. Najmanje posla i grešaka imaju oni koji ne rade ništa.

Što se tiče vrste pritužbi one su različite, kako po granama medicine tako po naravi pritužbe. Gotovo je nemoguće pronaći granu medicine u kojoj nismo imali pritužbu, no to ne znači nužno da je negdje neetičnost češća, a negdje rijeda. Kao prvo, to su prethodni postupci a konačnost i opravdanost pritužbe donosi Časni sud komore. Povjerenstvo u tzv. prethodnom postupku tek utvrđuje na temelju pritužbe i stanja dostavljenih dokaza i očitovanja liječnika postoje li indicije povrede Kodeksa. Nadalje, postoje i specifičnosti profesija koje su dodatno regulirane specijalnim zakonima koji štite osobito ranjive populacije pa je tu lakše posumnjati da nešto nije učinjeno etički, primjer su pedijatrija i osobe s duševnim smetnjama. Dakle, uspjeh ili neuspjeh nečije pritužbe jako ovisi o pripremi zahtjeva i priloženim dokazima. Nažalost etička povjerenstva matičnih ustanova liječnika na koje se pritužuje često budu ili preskočena ili se, neopravданo, proglašavaju nenadležnim, uključivo i samo Ministarstvo zdravstva koje često predmete prosljeđuje nama bez prethodne provjere instrumentima s kojima oni raspolažu. Ovdje je važno naglasiti da je Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju u potpunosti neovisno tijelo od Ministarstva zdravstva, pa

čak je u svojim odlukama potpuno neovisno i o drugim tijelima komore.

Vrlo je česta i pogrešna interpretacija da je Povjerenstvo, pa i sama Komora, u istom košu kao i MZ što je apsolutno pogrešno. Bez obzira radi li se o dobrim ili lošim potezima to su dva u potpunosti odvojena tijela, nerijetko i suprotnih razmišljanja.

U konačnici, potrebno je ponovo naglasiti da je HLK i njeno Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju nadležno uključivo za liječnike s aktivnom licencijom, a pritužbe su često opširne i uključuju cijele multiprofesionalne timove ili bolnice, u kojim slučajevima mi ne možemo ocijenjivati moguću neetičnost proizašlu iz rada drugih profesija, za razliku od Ministarstva zdravstva ili institucijskih etičkih povjerenstava.

Zaključno, kao Povjerenstvo u svom radu pronalazimo da i liječnici rade povrede Kodeksa medicinske etike i deontologije, ali u jako malom broju u odnosu na ulazni broj pritužbi.

► Kakav je odnos posla vašeg Povjerenstva u odnosu na Časni sud?

U ovom dijelu rada Povjerenstvo je uključeno u jednu od javnih ovlasti koje Komora ima i iz ovog dijela proizlazi percepcija javnosti i opće javnosti da je Povjerenstvo „kazneno tijelo“ što je jako daleko od stvarne situacije.

Časni sud Komore je zasebno tijelo koje uključuje suce pravnike kao predsjednika i zamjenika predsjednika i članove koji su liječnici. Časni sud provodi disciplinski postupak koji se pokreće na zahtjev pacijenta odnosno druge osobe koja ima pravni interes, predsjednika HLK-a, nekog od tijela HLK-a te na zahtjev ministra nadležnog za zdravstvo. I to je tijelo koje izriče disciplinske mjere koje, ako se utvrdi disciplinska odgovornost u pravom sudskom postupku s mogućnošću izvođenja dokaza, izriče disciplinske mjere.

Disciplinske mjere mogu biti teže: ukor, javni ukor, novčana kazna, privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) od mjesec dana do godine dana, trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad (licence) i lakše: opomena, novčana kazna.

Časni sud disciplinsku odgovornost utvrđuje po čitavom nizu osnova: povreda odredbi zakona o obavljanju liječničke djelatnosti, povreda Kodeksa medicinske etike i deontologije Komore, nestručno obavljanje liječničke profesije, ponašanje prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama, koje vrijedi ugled liječničke profesije, neispunjavanje Statutom ili drugim općim aktom članskih obveza prema Komori.

Od navedenoga samo su Povreda Kodeksa medicinske etike i deontologije Komore i ponašanje prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama kojim liječnik vrijedi ugled liječničke profesije izravno područje Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju. U tim slučajevima Časni sud zaprima zahtjev za pokretanje disciplinskog postupka i onda prosljedi zahtjev za pokretanje prethodnog disciplinskog na prethodni postupak kojeg provodi Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju. Postupak je već prethodno opisan.

► Jesu li liječnici u Hrvatskoj dostatno upoznati s Kodeksom medicinske etike i deontologije?

To nikada nije moguće dostatno poznavati. Čak i mi u Povjerenstvu po pojedinim pitanjima imamo rasprave i odluke nerijetko nisu jednoglasne. Ipak, dio liječnika je upoznat s postojanjem Kodeksa i njegovim osnovama pa i samo polaganje Liječničke prisege čini nas svjesnim da naša struka spada u one u kojima se traži etičnost na visokoj razini. Zašto liječnici nisu upoznati? Nisu dovoljno upoznati jer radimo s ljudima i nijedan papir i nijedan kodeks ne može zamisliti i predvidjeti sve scenarije koje život piše.

Tu je i stalni napredak medicine koji je za određeni broj ljudi pa i liječnika etički izazovan, primjer je da se s jedne strane borimo za produljenje svakog dana života i preživljavanje sve mlađe nedonoščadi, a s druge strane se postavlja pitanje posljedica takvih djela na početku života ili na kraju i jurimo li pod pritiskom vlastite omnipotencije ili pritiskom javnosti u distanazu.

➤ Što biste s ove pozicije rado poručili liječnicima? Možemo li očekivati od generacija mlađih liječnika bolje poznavanje etičkih postulata koji obvezuju liječnike u njihovom radu?

Ovo pitanje je primjer zamke. Ili vjerujemo kako mi stariji godinama, autitetom ili hijerarhijom odmah spadamo u skupinu koja je po nekom pitanju „bolja“, ili obrnuto, da će nove generacije biti bolje od nas. I dok za medicinu kao profesiju već desetljećima mjerljivo vidimo da je sve bolja i bolja, na području etike pitanje je složenije. Neke stvari sam već spomenuo u smislu da su neslućeni napredci medicine doveli do otvaranja brojnih, novih etičkih pitanja. Neka od njih su toliko zastrašujuća do razine da smo ih jednostavno odlučili zabraniti, poput kloniranja ljudi.

Nismo dakle mi „stariji“ bolji, štoviše, zapanjujuće je koliko neke iznimke u visokim krugovima, do razine akademika ili uprava visokih obrazovnih ustanova ili institucija ne poznaju, pa čak i ne priznaju etiku i pokazuju ignoriranje ili uvrijedeno reagiranje na naše upite. Čak bih rekao da određene podskupine naših kolega s godinama imaju sve manje suptilnosti u prepoznavanju etičkih načela na gorivu rasta njihove stručnosti, ugleda, pozicije, moći. Ipak su to rijetki slučajevi na sveukupan broj liječnika, no i samo jedan može nanijeti veliku štetu profesiji. Što se mlađih tiče, mislim da su oni čak „etičniji“ od nas starijih. Imaju veći intrinski potencijal da takvi i ostanu, no tu je važna uloga

eduksije, opće, a onda i profesionalne. U tom smislu i Povjerenstvo ima aktivnu ulogu u smislu da smo u posljednja dva manda održali niz posjećenih tribina u različitim gradovima s različitim aktualnim etičkim temama i dvojbama na kojima ne izlažu samo liječnici nego i profesionalci drugih struka vezanih uz tu temu. Često su to suci, odvjetnici, profesoari prava, etičari, predstavnici MUP-a, korisnici naših usluga. Osim toga, etika je i u kurikulu edukacije za sudske vještak u organizaciji HLK-a, također su česti napisi i tekstovi poput ovoga u Liječničkim novinama, kojima pokušavamo podignuti opću razinu svijesti, ali i upozoriti i na specifične etičke probleme.

Kao psihijatar i kod ove teme moram napomenuti da su „prve tri najvažnije“. Naime, mi smo društvena bića koja u svom razvoju moraju usvojiti i određene društvene norme, pri čemu ih usvajamo svako do različite razine, ali ipak sve u granicama prirodne distribucije pod zvonom Gaussove krivulje s pripadajućim ekstremima. U tom razvoju razvijaju se i naš biološki sebični dio „odmah ovdje i sada, bez obzira na druge i okolnosti“, smješten u dubokim područjima moždanog debla, nasuprot pravila, granica, zabrana, razmišljanja o drugima koji su negdje u prefrontalnom korteksu, a između je naš ego ili ono što smo mi i naš identitet između čekića i nakonja ove dvije jake sile. Idealno bi bilo kad bi sile super ega izborile svoj prostor kroz urođenu moralnost koja se uklapa u društveno prihvatljive okvire. Nažalost, to se ne događa uvijek pa postoji niz neformalnih, općenitih društvenih normi i sankcija za njihovo kršenje. Nastavno postoji i medicinska etika i deontologija kao moralne vrijednosti naše profesije.

Zaključno bih rekao da naša intrinskična etičnost počiva na onome što donosimo sa sobom iz svog osobnog razvojnog naslijeda. Ako su ti temelji dobri, onda se na to mogu nadograditi i specifične spoznaje i saznanja o tome što uključuje profesionalna etika, a onda to i usvojiti i primjenjivati.

➤ Kako komentirate nepoštivanje liječničke etike u uvjetima aktualne pandemije?

Ja ne bih rekao da postoje neka osobito češća kršenja etičkih normi i nepoštivanje liječničke etike u uvjetima pandemije. Riječ je samo o dojmu i glasnoći. Liječnici nisu ništa manje etični nego prije. Ono što viđamo su iznimno rijetki pojedinci koje većinom znamo i otprije, ali su sada samo glasniji i vidljiviji jer su dobili prostor i veću razinu potpore marginalne i sebične skupine koja pod krinkom vlastitih prava i osobnog komfora, strahova ili frustracija sada izljeva i očiglednim psihijatrijskim fenomenom projekcije pripisuju liječnicima vlastite slabosti jer ih ne mogu priznati sebi. Od pljeska sad misle da zaslužujemo pljusk. A i u vrijeme pljeskanja i u vrijeme pljuskanja jednako smo radili svoj posao. Dakle, riječ je o skupini marginalnih pojedinaca koji imaju pravo na slobodu govora i pisanja, no svatko nosi svoju osobnu odgovornost za to.

➤ Tko je Tomislav Franić?

Hm? Znate kako kažu? „Samoljepljiva reklama, najbolja reklama.“ Tko sam ja? Pa ja sam izabrao psihijatriju da bih to saznao. Ali još ne znam. Ipak, imam još nekih 17 godina da uspijem. Znam ono što bih volio biti, ali ne znači da jesam. Dobar suprug i otac. Ponosan suprug i otac studenta medicine jesam. Tu je i naš Grgo, sjevernoafrička papiga žako. Osobno sam uvijek neki bundžija i borac za pravednost, nekakav don Kihot počevši od prvih studentskih demonstracija 1995. Eto, postao sam i profesor na neki čudan način koji nije bio u primarnom planu, zahvaljujući činjenici da imam valjda neki šarm i nešto radova da privučem EU projekte, do sada već tri u vrijednosti više milijuna eura no u profesionalnom smislu nikad neću znati odgovor na najvažnije pitanje. Utvaram sebi da sam kliničar i da mi je to najvažniji dio profesionalnog života no to nikad neću znati jer je priroda moje profesije takva da je teško mjeriti ishode. To će ostati samo kao osobna impresija pacijenata.

U VELJAČI SE DILJEM SVIJETA OBILJEŽAVA
MEĐUNARODNI DAN ŽENA I DJEVOJAKA U
ZNANOSTI

NIJE TO ZA TEBE,
TI SI ŽENA!

#METOO – NO WAY!!!

✍ Pišu: ALICE JURAK i LADA ZIBAR



Opća skupština UN-a je prije sedam godina 11. veljače proglašila Međunarodnim danom žena i djevojaka u znanosti. Ciljevi obilježavanja ovog dana su promicanje ravnopravnog sudjelovanja djevojaka i žena u obrazovanju, usavršavanju, radu i donošenju odluka u znanosti; eliminacija svake diskriminacije žena, uključujući u području obrazovanja i zapošljavanja, te premošćivanje pravnih, ekonomskih, socijalnih i kulturnih barijera poticanjem razvoja obrazovnih politika i programa, promoviranjem razvoja karijere u znanostima i prepoznavanja postignuća žena u znanosti.

Dugogodišnje pristranosti i rodni stereotipi odvraćaju djevojke i žene dalje od područja povezanih sa znanosću, a prema podacima Udruge Sofija za zaštitu i promicanje ljudskih prava, trenutačno je na svijetu manje od 30 % žena istraživačica. U odnosu na muškarce, objavljiju manje radova, manje su plaćene za svoja istraživanja i ne napreduju jednako kao i muški kolege.

>>

LIJEĆNICE I SPOLNA (NE)RAVNOPRAVNOST



Ne tako davno pojedine su specijalnosti bile neprijemčive za žene, za liječnice. Savsim otvoreno se iskazivao takav službeni, iako nepisan stav, uz besramna objašnjavanja fiziologije ciklusa spolnih hormona, trudnoća, majčinstva i antropometrijskih „zakonitosti“. U tim su strukama vladale gotovo vojnički ustrojene hijerarhije, u kojima nije bilo mesta za liječnice, odnosno one koje bi formalno mogle parirati tada u nas neupitno samo muškim sposobnostima. Prošlo je 15 godina otkako je na svjetskoj pozornici MeToo, pokret koji iznosi u javnost svjedočenja spolnog zlostavljanja i uznemiravanja, većinom žena, pokret kojim su se „poslužili“ poznati kako bi svojim pričama potaknuli svijest o često prešućenim odnosima i kako bi razotkrili neke poznate osobe kao nečasne i takvom artikulacijom privukli veću pažnju društva i izazvali nužno djelovanje, sankcioniranje, destigmatizaciju i svakako promjenu od učestalog i gotovo ubičajenoga do nedozvoljenoga, neprihvatljivoga, ili na engleskome NO WAY! Za razliku od žutog tiska želnoga senzacionalizma, prostačke verzije feminizma, besprizornog ekshibicionizma, neukusnog pokazivanja određenog prsta, političkih obračuna i namještene bruke, potražili smo paradigme sjećanja i aktualnosti koje su osnova za konstruktivna događanja i korake koji imaju za cilj osigurati uvjete života i rada koji bi sprječili seksističku praksu u liječničkoj zajednici kao dio borbe protiv diskriminacije žena,

liječnica, od medicinskih fakulteta do radnih sredina, odnosno bolnica, domova zdravlja i drugih institucija, u kojima tek rijetko imaju rukovodeće položaje. Spolnoj nejednakosti posvećene su i stranice vodećih medicinskih časopisa, poput Lanceta, pa se čini da je timing za ovu temu sinkron brizi i potezima akademiske zajednice u ovom području na međunarodnoj razini.

Mora se priznati da je tijekom proteklih desetljeća u iskustvima žena – studentica medicine kao i liječnica, zabilježena velika promjena u onome što nikada nije bilo „normalno“, ali je bilo učestalo i društveno „prihvaćeno“ iako ne i prihvatljivo. Komentari muških liječnika, često starijih u odnosu na kolegice o kojima je riječ, uz uporabu nepristojnih riječi ili seksualnih aluzija, tako ubičajenih koncem prošloga tisućljeća, ipak danas ne „prolaze“, ne izazivaju smijeh ni osmijeh, ni nemoćno crvenilo, već osudu i prijave, ako uopće do tako nečega dode. Nekadašnje sankcije su se nekada svodile na eventualne muške fizičke obraćune, o kojima su se rumori zataškavali, a „uspješan“ „sposoban“ šef svakako znao „smiriti“ situaciju na stanje „pojeo vuk magare“. Koliko je specijalantica ili asistentica otrpjelo perfidne ucjene skrivene iza verbalnog ili taktilnog uznemiravanja! Koliko je generacija slijedilo ponizavajući uzor seksipilne privlačnosti da bi se nametnuli u svijetu u kojem objektivni kriteriji znanja trebaju biti kriteriji

>>

napredovanja! Koliko je studentica u još nezrelim nježnim godinama oplakalo neugodne situacije u pozvanim susretima „nasamo“ s onima koji bi trebali biti samo učitelji – autoriteti! I koliko ih je pri pokušaju traženja razumijevanja i osude sa strane učitelja kojima su vjerovali našlo na oportunističku i defanzivnu uputu da se povuku, jer je „tako oduvijek i nema smisla buniti se“. „Svi to znaju, i nikomu ništa“. Dakle, nije više tako. A ako jest, ipak je anegdotalno. Nadamo se. Nedostaje svakako „rutinski“ automatizam konzervativne netolerancije prema seksističkom izražaju, u obliku za žrtvu nestigmatizirajućih prijava koje se neće relativizirati, u kojima neće doći do zamjene uloga pri čemu bi razumijevanje bilo na strani „izazvanoga“. Uvođenje takvog mehanizma treba biti ohrabrujuće i moguće već na „kućnoj“ instanci. S posljedicama koje pak obeshrabruju ovaj vid mobinga, odnosno zlostavljanja ili kako već.

Unatoč poboljšanju svijesti o nedopuštenoj komunikaciji, bontonu i spolnoj jednakosti, vrijeme je da se s obraćuna s negativnim „običajima“ krene sa stvaranjem uvjeta za ostvarenje formalnih prava žena liječnica, ne samo za edukacijom i specijalizacijom, već i za rukovodećim položajima. Ne samo zbog fizioloških obilježja koje određuju majčinstvo, već i zbog još uviјek patrijarhalnih privilegija muških kolega, nerijetko se žene, čak i kada su u većini u određenom kolektivu, ne nalaze konkurentnima za liderske pozicije. Osobito se na takvim mjestima „ne vide“ upravo one koje ne žele prihvatići fenotip tipičnih šefova, koji većinom nije ženstven. Dio poželjnih promjena sastoji se i u promjeni društvenog stava prema potrebi za „čvrstom rukom“. Dio uvjeta koji bi umanjili mogućnost diskriminacije nalazi se u objektivnijim i uniformnijim procjenama znanja, poput tzv. board certifikata u SAD-u. Drugo važno područje potrebnih infrastrukturnih prilagodbi liječničke zajednice je sve ono što olakšava majčinstvo, a poznato je socijalnoj državi, od bolje organizacije radnog vremena jaslica i vrtića, prilagodbe organizacije radnog vremena majki liječnica (dežurstva, bolovanja, specijalizantski rasporedi) i sl.

Suočavanje čitatelja s ovakvim sadržajem nudi prigodu za otključavanjem još zaključanih gorkih sjećanja. Pisana riječ, za razliku od usmene predaje, obvezuje. Jer *verba volant, dok scripta manent*. Među hrvatskim liječnicama u usporedbi s hrvatskim liječnicima relativno je malo onih koje su profesionalnu karijeru provele na rukovodećim položajima, s najvećim akademskim dosezima i reputacijom vrhunskih stručnjaka.



Prof. dr. sc. ADRIANA VINCE, dr. med.

Jedna od takvih vrsnih hrvatskih stručnjakinja, redovita profesorica u trajnom zvanju te pročelnica Zavoda za infekcije probavnog sustava Klinike za infektivne bolesti, prof. dr. sc. Adriana Vince, kaže da kako bismo razumjeli spolne diskriminacije bitno je poznavati nekoliko ključnih definicija koje su važne za razumijevanje spolne diskriminacije u medicini.

Ravnopravnost spolova znači da su žene i muškarci jednakopravni u svim područjima javnog i privatnog života, da imaju jednak status, jednakе mogućnosti za ostvarivanje svih prava kao i jednaku korist od ostvarenih (Zakon o ravnopravnosti spolova, članak 5, NN 69/17). Također, a vezano za pitanje trudnoće, navodi se da je odredbom čl. 6. st. 2 istog Zakona propisano da se zabranjuje diskriminacija na temelju bračnog i obiteljskog statusa, kao i da se nepovoljnije postupanje prema ženama na osnovi trudnoće i materinstva smatra diskriminacijom.

„Na pitanje o spolnoj diskriminaciju u medicini nije jednostavno odgovoriti. Nepobitna je činjenica da je biti žena liječnica zahtjevno zbog ženine prirodne funkcije majčinstva. Sama tema majčinstva intimno je pitanje svake žene i njene obitelji i potrebno je puno rada i odricanja kako bi se obiteljski život uskladio s uspješnom karijerom.

Mlade žene kada upisuju medicinu ne razmišljaju o tome i s puno entuzijazma se posvećuju studiju i svojoj ambiciji da postanu liječnice. Tijekom studija se spolna diskriminacija uglavnom ne osjeća i činjenica je da među studentima medicine sada prevladavaju djevojke (60 % / 40 %), i sam odnos nastavnika prema studentima uvelike se promjenio, nastavnici više nisu nedodirljivi autoriteti koji propovijedaju s katedre nego se trude biti moderatori u stjecanju novih znanja i vještina, danas postoje ankete o zadovoljstvu studenata na fakultetskoj i sveučilišnoj razini tako da, mislimo, kako spolna diskriminacija postaje iznimno rijetka.

Po završetku studija slijedi traženje posla (specijalizacije) i tu se mlade liječnice znaju požaliti da se u nekim strukama preferira muški spol te da na razgovorima za posao budu postavljena nedozvoljena pitanja poput „Jeste li u stalnoj vezi“, pa čak do onog najintimnijeg „planirate li obitelj u skorije vrijeme?“. Takva pitanja govore više o osobi koja ih upućuje, no vjerujemo da si ponekad pojedinci još dozvoljavaju takav pristup. To su zaostaci patrijarhalne kulture u društvu gdje muški autoriteti uzimaju pravo ulaziti u žensku intimu pod izlikom „dobrobiti za bolnicu“ i sl.

S kronicnim manjkom liječnika i raspisivanjem većeg broja specijalizacija vjerujemo da su neugodnosti na razgovorima za posao postale rijetkost. Broj ženskih kandidata koji se javlja na natječaje za specijalizacije u pravilu je veći od muških, a svi kandidati se objektivno boduju prema Pravilniku o mjerilima za prijam specijalizanata, eventualno ocjena dojma u samom razgovoru kandidatu može teoretski donijeti prednost ukoliko postoji mala razlika u zbroju osnovnih bodova“, pojašnjava prof. Vince.

Prema demografskom atlasu HLK-a 67 % liječnika u Hrvatskoj su žene. U 2019. godini 62 % diplomiranih liječnika bile su žene. To su podaci koji definitivno pokazuju brojčanu premoćnost žena u medicini u Hrvatskoj danas.

Liječnice, nastavlja prof. Vince, najčešće pokazuju afinitet za struke poput pedijatrije, dermatologije, oftalmologije, fizikalne medicine, obiteljske medicine. Mislimo da je danas veći problem dobiti željenu specijalizaciju u željenom gradu (mjestu) nego što je bitno svladati prednost muškog spola. Čak i u kirurškim strukama javlja se i prima na specijalizaciju sve više žena.

Što se tiče napredovanja u struci, ženska pozicija je složenija zbog paralelnog angažmana u svakodnevnim izazovima majčinstva i obiteljskog

života. Nepobitna je činjenica da odsutnost dvije godine zbog trudnoće i porodiljnog dopusta može omogućiti muškom kolegi da istovremeno napreduje u struci, upiše doktorski studij i tako npr. postane asistent na katedri, ali to je stvar ženinog izbora i obiteljskog dogovora. Isto tako muškarci češće putuju na različita dulja stručna usavršavanja u inozemstvo, što im opet daje određenu prednost u kompetencijama kojima raspolažu, a samim tim i u bodovima za napredak u karijeri.

Sve se to može kasnije nadoknaditi ako je žena doista zainteresirana za napredak u karijeri, no potrebno je uložiti veći trud i uspješno balansirati između posla i obitelji i, naravno, imati veliku podršku obitelji i dogovor oko izgradnje karijera.

Isto je tako činjenica da liječnice koje imaju manje obiteljskih obveza lakše i brže napreduju u karijeri jer jednostavno mogu više vremena posvetiti znanstvenom radu, stručnim i društvenim aktivnostima.

„Mislim da u današnjoj slici medicine nema razlike u percepciji muških i ženskih kandidata za pojedine pozicije ako su jednako dobri u svom poslu. To vrijedi za stjecanje položaja šefova odjela ili znanstveno-nastavnog predavanja na katedramu. No vodeći upravljački položaji u zdravstvu (uz časne iznimke) povezani su često s političkom podobnosti, pa kako su žene općenito manje sklone političkim aktivizmu, tako i ovaj faktor dodjele funkcija ide u korist muških kolega. Međutim, mislim da žene kad jednom dosegnu neki visoki upravljački položaj donekle teže funkcioniraju u „upravljačkom“ svijetu jer se kontakti, druženja, pa tako i dijeljenje bitnih informacija, politički dogовори i ustupci lakše ostvaruju među muškarcima, ali tako je u svim djelatnostima i medicina nije iznimka. I to je onda glavni razlog zašto još uvijek osjećamo da živimo u „muškom svijetu“, kaže prof. Vince.

Pogledamo li hrvatsku medicinsku stvarnost, trenutačno su samo tri žene ravnateljice bolnica, dekani medicinskih fakulteta su muškarci, rektori sveučilišta su uglavnom muškarci (osim u Rijeci), prorektori su većinom muškarci, predsjednik HLK-a je muškarac, predsjednik HLZ-a je muškarac, ministar zdravstva je muškarac, ministar znanosti je muškarac.

Zanimljiva je činjenica, naglašava prof. Vince, da su u našoj najstarijoj udruzi hrvatskih liječnika, Hrvatskom liječničkom zboru, od njenog postanka 1874. godine do danas pred-

sjednici bili isključivo muškarci. Rekla bih, kaže, da muškoj dominaciji ipak doprinosi manja zainteresiranost i usmjerenošć žena na visoke funkcije. Većina liječnica nije politički ambiciozna, niti je spremna odvojiti dodatno vrijeme za osvajanje vrhunskih položaja, važnije im je da se ostvare kao dobri stručnjaci i očuvaju kvalitetan obiteljski život. U 24 sata u danu ne možete sve postići, morate raditi kompromise. Prof. Vince smatra da su upravo sveučilišta i fakulteti mjeseta gdje se može više pozornosti posvetiti spolnoj jednakosti kod izbora prorektora, prodekanu kao i pročelnika katedri, jer je uvjeren da tu ima dovoljno ženskih kandidata koji mogu izvrsno obavljati te funkcije.

„Što se tiče neugodnih iskustava, prvo neugodno iskustvo doživjela sam već na prvoj godini studija gdje mi je profesor izravno rekao na kraju ispita da „nisam pametna“, što mi naravno nije bilo ugodno i nekoliko je mjeseci imalo odjeka na moju samosvijest. Nadam se da u današnjim uvjetima to više ne bi bilo moguće jer bi se studenti žalili, što meni onda nije padalo na pamet. Poslije sam podcenjivački stav doživjela i na ispit iz kirurgije, ponovno slično iskustvo s cijenjenim profesorom kirurgije. I tu sam bila dosta povrijedena, ali srećom nazirao se kraj studija.

Na većini razgovora za posao po završetku studija najviše me razočarao nezainteresiran pristup članova povjerenstva koji su mi odmah dali do znanja da nisam ozbiljan kandidat. U tadašnje vrijeme - rane osamdesete, znalo se da neke klinike preferiraju muške kolege. Bila sam među najboljim studentima svoje generacije i nakon studija imala sam jasnou predodžbu gdje bih željela raditi. To su bile Klinika za infektivne bolesti i KB Jordanovac, koje su mi se činile dobro organiziranim manjim bolnicama, a nisam imala afinitet za rad u velikim sustavima. Bila sam na nekoliko razgovora u Klinici za infektivne bolesti i tek nakon dvije godine „pokušaja“ uspjela sam dobiti mjesto kao liječnik sekundarac. Jedan mi se od profesora u povjerenstvima nedavno ispričao što nije davnih dana podržao moj prijem u bolnicu jer je smatrao da su Zaraznoj „potrebeni snažni muškarci“. Poslije se uvjerio da sam ja bila snažnija od brojnih muškaraca pa je imao potrebu da mi to i prizna, doduše kad je već bio u mirovini.

Kada sam konačno krenula raditi u Zaraznoj bolnici, žene su u njoj bile u manjini. Imala sam sreću što sam imala izvrsnu mentoricu, profesoricu Jeren, koja se uvijek zauzimala za ženska prava pa me savjetovala i podržavala u

brojnim prilikama. No, u svakodnevnom radu nije bilo jednostavno, vrijedila su stroga pravila, morallo se marljivo raditi, imali smo osjećaj da nas stariji kolege stalno procjenjuju i ocjenjuju, a o obiteljskim problemima, djeci ili planiranju obitelji nije bilo popularno govoriti. Bilo je normalno raditi bez naknade u tzv. popodnevnim „edukativnim“ dežurstvima, a otići doma ujutro nakon dežurstva bila je rijetkost. Dok sam bila na specijalizaciji bilo nas je ukupno pet specijalizanata; usporedbe radi, trenutačno u Klinici za infektivne bolesti imamo 36 liječnika na specijalizaciji, od toga su 24 žene.

Svemu usprkos uspjela sam ostvariti stručnu i znanstveno-nastavnu karijeru usporedno s obiteljskim životom s troje djece, koja su mi uvijek davala dodatnu radost i snagu da se mogu suočiti sa stručnim problemima. Rodila sam dvoje djece za vrijeme specijalističkih obilazaka i vratila se na posao 3 do 6 mjeseci poslije poroda. Teški su bili trenuci odvajanja od djeteta, snalazila sam se na različite načine, djecu su čuvale bake, studentice, tete, jaslice i vrtići. Medicina je doista moj životni poziv i uvijek sam smatrala da „stručno ostvarena majka“ može djetetu pružiti više, no to je, naravno, moj osobni stav“, priča prof. Vince.

Dok je bila mladi specijalist, nastavlja, u Klinici su imali jake „ličnosti“ na vodećim položajima koji su pratili kako ona i drugi mladi specijalisti napreduju i usmjeravali su ih prema određenim područjima infektologije pa tako i prema određenim funkcijama u Klinici. Mislim da smo tu imali podjednake izglede i bez obzira na spol, ako smo se pokazali kao ambiciozni i željni napredovanja u struci.

„Osobno sam prošla brojne upravljačke funkcije - od šefa odjela, predstavnice Klinike u upravnom vijeću, zamjenice ravnatelja, ravnateljice i sada pročelnice katedre za infektologiju. Na svim tim funkcijama imala sam jednak dobre odnose s kolegicama i kolegama i trudila se dati doprinos razvoju struke, infrastrukturni bolnice i edukaciji studenata i specijalizanata. Uvijek sam birala suradnike oba spola, pri izboru mi nije bio važan spol nego stručnost, osobnost, kolegjalnost, ambicioznost, komunikacijske sposobnosti i ostvarenje u timskom radu“, govori prof. Vince.

Stanje je danas, zaključuje prof. Vince, glede spolne ravnopravnosti u medicini puno bolje nego što je bilo prije 30 - 40 godina. No ima još puno prostora za napredak kako bi se potakle žene da intenzivnije sudjeluju u utrci za ostvarenjem karijere u stručnom i znanstveno-nastavnom okruženju.

>>

Osnovno je pojačati osnovnu edukaciju i svjesnost iz područja spolne diskriminacije, političkog funkcioniranja države i uloge žena u različitim oblicima društvenih aktivnosti. Takvu edukaciju treba provoditi već od viših razreda osnovne škole, kao i u srednjoj školi.

Što se konkretne pomoći tiče, bilo bi važno ženama pružiti mogućnost individualno prilagođenih modaliteta rada nakon rođenja djeteta, omogućiti 4-satno radno vrijeme, rad dva do tri puta tjedno do treće godine djetetova života, s ciljem da se liječnicama omogući kontinuirano bavljenje strukom i znanosti.

Trebalo bi također omogućiti finansijske olakšice za žene koje žele raditi nakon 6-mjesečnog porodiljnog dopusta, kako bi mogle lakše snositi troškove „čuvanja“ djeteta.

Dakle, puno se toga može i potrebno je napraviti na razini države i lokalne zajednice da bi se ženama pružio ravnopravan put u ostvarenju karijernih ciljeva, ako to one žele.



SANDRA BARANOVIĆ, dr. med.

Sa spolnom diskriminacijom na svojem profesionalnom putu susrela se i Sandra Baranović, dr. med., otorinolaringolog na Odjelu kirurgije glave i vrata Zavoda za kiruršku onkologiju Klinike za tumore, KBC Sestre milosrdnice.

„Nakon fakulteta odradila sam pripravnicički staž u KBC-u „Sestre milosrdnice“, u trajanju od godinu dana i tada sam shvatila da želim specijalizirati otorinolaringologiju. Zaljubila sam se u tu granu medicine. Tada sam mislila: „Odluka je pala! Sada samo čekam natječaj za specijalizaciju i moj daljnji put i napredak u liječničkoj karijeri kreću!“ Moj stav bio je pozitivan, pun uzbudjenja, optimizma i nestripljenja da krenem

dalje. A onda me zaplijusnuo val realnosti. Tada, 2011. godine i sljedećih nekoliko godina, raspisivalo se uglavnom jedno do dva mjesto za specijalizaciju po bolnici u Zagrebu, jednom u dvije godine otplike. Bila sam spremna čekati ostvarenje svog cilja i odluke, ali nisam čekala pasivno. Počela sam raditi u hitnoj pomoći u Bjelovaru i povremeno u ostalim ispostavama Bjelovarsko-bilogorske županije. Tamo sam provela tri, za mene vrlo vrijedne godine. Na trećem javljanju na natječaj u KBC-u „Sestre milosrdnice“ dobila sam specijalizaciju te polozila specijalistički ispit 2020. godine. Od tada radim na Odjelu kirurgije glave i vrata Klinike za tumore KBC-a „Sestre milosrdnice“.

Zapravo, najviše susreta sa spolnom diskriminacijom imala sam prije nego što sam zakoračila u kirurgiju glave i vrata. Pri tome mislim na intervju za specijalizaciju. Na jednom razgovoru bila su mi upućena pitanja tipa „Znadem li da je otorinolaringologija kirurška struka?“, zatim mi je objašnjeno da neke operacije traju i po 6 do 8 sati i pitanje „Zar me nitko ne čeka kod kuće?“ Također me se pitalo bih li bila spremna, ako dobijem kod njih specijalizaciju, raditi samo ambulantu, bez kirurškog dijela struke. Sjećam se da su kolegicu s moje godine, članovi povjerenstva pitali: „Koliko imate kilograma?“ – pretpostavljam uz insinuaciju da se zbog sitnije grude nije u stanju baviti tim poslom. Možda su ista pitanja postavljali i muškim kandidatima za specijalizaciju, ali ženska intuicija mi kaže da nisu. U načelu se zna koje klinike nemaju tradiciju primanja žena u svoje krugove. A onda kad dođete na razgovor za to radno mjesto, njihova pristojna nezainteresiranost za ženske kandidate vam to i potvrdi“, kaže dr. Baranović.

Najviše je, kaže, zapravo iznenadi, razočara i razljuti kad čuje mlađe kolege koji bilo koju kiruršku granu nazivaju muškim poslom, a osobito ju je razočaralo da je upravo njih češće čula da se tako izražavaju. Tijekom specijalizacije i u kratkom specijalističkom stažu dr. Baranović nije osobno i izravno bila izložena komentarima spolne diskriminacije, ali im je više puta svjedočila, osobito u kirurškoj dvorani.

Razlog zašto kritike na osnovi spola nisu njoj bile upućene, kaže dr. Baranović, dijelom je i zbog njezinog shvaćanja takvih komentara, tj. „mindseta“. Naznaku seksističkog komentara uglavnom anulira sarkastičnim humorom. Prirodno tako reagira i pokazalo se, kaže, kao primjerena taktika koja rezultira dobrim odnosom s muškim kolegama i uglavnom se nasmijemo. „Ali ne mislim da je to 'recept' ili savjet kolegicama kako se nositi u takvim pri-

likama, jer takvih ne bi trebalo niti biti“, kaže dr. Baranović.

Na pitanje imaju li žene u medicini jednake izgleda za napredovanje kao i njihovi muški kolege ili se žene ipak još uvijek trebaju truditi i raditi više, jače i bolje da bi postigle napredak u karijeri, dr. Baranović kaže da je tek dvije godine specijalist i da je vrijeme produktivnosti i napretka zapravo tek počelo.

„Radim na Odjelu kirurgije glave i vrata koji ima gotovo jednak omjer muških i ženskih liječnika specijalista, i nisam osjetila diskriminaciju ili negativan stav muških kolega po tom pitanju. Profesionalna kompetitivnost je prisutna kao u većini kirurških struka, ali ne prema spolu. Izgledi za napredovanje žena zapravo su zaustavljeni na prvoj etapi - dobivanje specijalizacije iz neke kirurške struke. Ako uspijete kao žena „probiti“ tu prvu predrasudnu barijeru, mislim da dalje sve ovisi o vama“, zaključuje dr. Baranović.

O spolnoj diskriminaciji u medicini razgovarali smo i s prvom i zasada jedinom dekanicom Medicinskog fakulteta u Zagrebu, prof. dr. sc. Nadom Čikeš.

Tijekom studija, uz predanost studiju medicine, prof. Čikeš je imala zanimanje za publicistiku i njezin prvi rukovodeći posao bio je onaj glavne urednice studentskog časopisa „Medicinar“.

Zapošljavanjem u Klinici za unutarnje bolesti Medicinskog fakulteta i KBC-a Zagreb osvijestila je brojne izazove, mogućnosti i odgovornosti djelovanja liječnika u društvu. Obrazovanje za odgovornosti pročelnice kliničkog zavoda i dekanice Medicinskog fakulteta te za upravljanje obrazovnim reformama, istraživačkim ili infrastrukturnim projektima zahtijevalo je pristup tada raspoloživoj literaturi, putovanja na relevantne skupove i institucije, dok danas virtualna dostupnost omogućuje lako stjecanje informacija o modernom rukovodenju.

Imala je, kaže, privilegiju biti odgovorni sudionik Bolonjskog procesa, usklajivanja obrazovnih i zdravstvenih standarda s europskim, posebno u godinama pristupanja Hrvatske EU. Sada, kao dopredsjednica Europske unije liječnika specijalista (UEMS) ima vodeću ulogu u poslijediplomskoj izobrazbi europskih liječnika specijalista u EU.

„Drago mi je da sam u okviru svoga profesionalnog razvoja imala prilike surađivati i steći znanja od uglednih liječnica i profesorica u Hrvatskoj, europskim zemljama i SAD-u. U mojoj radnom vijeku položaj žena u medicini i zdravstvu vidljivo se mijenjao: u doba mog upisa na studij bile su žene studentice u manjini, a ove je akademске godine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu upisano 60,35 % studentica. Porastom broja studentica povećavao se i broj liječnica, dok nije došlo do takozvane feminizacije medicine u pojedinim specijalnostima. Liječnice su i dalje rijetke u nekim, posebno kirurškim specijalnostima. Od percepcije žena u medicini i svakodnevnom zdravstvenom okruženju, koja često nije bila ravнопravna u pristupu od strane kolega, drugih zdravstvenih stručnjaka, a posebno javnosti, danas se iskazuje izričito transparentna i javna želja za spolnom jednakošću. Postoji i zanimljiva situacija da se žene, posebno znanstvenice, nakon razdoblja većih obiteljskih obveza aktivno i uspješno opet posvećuju istraživačkom i nastavnom radu, postaju plodonosne i uspješne mentorice“, govorи prof. Čikeš.

U uglednim medicinskim časopisima (npr. britanskom Lancetu) ili medicinsko-obrazovnim časopisima i sada se raspravlja o spolnoj neravnopravnosti, pomanjanju zanimanja žena za kirurške specijalnosti ili potrebne potpore za to, o niskoj reprezentativnosti žena na rukovodećim poslovima u akademskoj medicini, znanosti i zdravstvu. U okviru suvremenog razvoja medicinske izobrazbe usmjerenoj prema studentu zahtijeva se više sadržaja o općim kompetencijama, tj. profesijskom ponašanju, što uključuje i pitanje ravнопravnosti. Na studiju medicine, nastavlja prof. Čikeš, a posebno na poslijediplomskoj razini, **potrebitno je stvoriti okruženje učenja u kojem se podučava i podrazumijeva spolna ravнопravnost, kao i svaka druga ravнопravnost u odnosu na moguće manjinske ili diskriminirane skupine.** U poslu valja težiti ravnoteži između rada, obitelji i osobnog života, formulirati politike s naglaskom na specijalističko usavršavanje koje se odvija u reproduktivnom razdoblju života mlađih kolega kad se osnivaju obitelji: potrebno je okruženje u kojem je moguća potpora u svim aspektima, npr. potpomognuta trudnoća, gubitak trudnoće, porodiljski dopusti itd. Treba se uključiti u međunarodnu raspravu u okviru kirurških struka u kojima postoji manjak žena u procesima izobrazbe.

„U područjima vlastite odgovornosti nastojala sam prepoznati i djelovati u situacijama koje promoviraju i podupiru ulogu žena, posebno

U Hrvatskoj su 46 % aktivnih znanstvenika žene

**Prema podacima
Ministarstva znanosti
i obrazovanja, a koje
na svojim stranicama
prenosi Sofija, Udruga
za promicanje i zaštitu
ljudskih prava, 46 %
aktivnih znanstvenika u
Hrvatskoj su žene.**

**U Europi su, prema
podacima s weba Udruge
Sofija, samo četiri zemlje u
kojima žene čine većinu u
znanosti - Bugarska, Litva,
Latvija i Danska. Nažalost,
djevojke se često uvjerava
kako nisu dovoljno pametne
za uspjeh na području
znanosti ili da dječaci i
muškarci imaju prirodni
afinitet prema nekom
određenom polju. Unatoč
tim preprekama, žene i
djevojke i dalje predvode
inovacije i revolucionarna
istraživanja. Rade na
projektima koji spašavaju
život, istražuju svemir i
postavljaju temelje za
razumijevanje strukture
svijeta.**

mladih suradnica, ohrabriti ih u višestrukim važnim životnim ulogama, što mi je posebno omogućila mentorska uloga. Zalagala sam se za prepoznavanje i eliminiranje eventualnih nepravdi te sam nastojala stvarati kulturu suradnje i razumijevanja uz unaprjeđenje timskog rada s naglaskom na poštivanju svih suradnika i njihovih poslova, pospješiti razvoj empatije, steći vještine zajedničkog donošenja odluka. Drago mi je da sam već rano smatrala liderstvo elementom timskog rada te osobnim pristupom anticipirala današnji pojam uključivosti nastojala prenijeti na suradnike. Upoznala sam nedavno uvedenu praksu obrnutog mentorstva (*reverse mentoring*) u velikim korporacijama i uglednim sveučilištima. Riječ je o „profesijskom prijateljstvu“ i suradnji starijeg iskusnog stručnjaka ili znanstvenika s članom mlade generacije u timu, što postiže izvrsne znanstvene rezultate, a mlađi kolege stječu znanja o strateškim ili kulturološkim temama. Nastojim ostvariti to iskustvo s mlađim kolegicama. Premda se u Hrvatskoj, kao i u većini zemalja, opaža znatan manjak žena na vodećim položajima u zdravstvenim i akademskim institucijama, imala sam priliku i čast ostvariti iskustvo pročelnice Zavoda za kliničku imunologiju i reumatologiju KBC-a Zagreb, jedine dekanice u povijesti Medicinskog fakulteta, jedine urednice Liječničkog vjesnika, predsjednice Europskog odbora za reumatologiju i sekcije UEMS-a te sada dopredsjednice Europske udruge liječnika specijalista (European Union of Medical Specialists, UEMS).

Moje očekivanje jest da nas u skoroj budućnosti očekuje veća zastupljenost žena na odgovornim položajima u zdravstvu i akademskoj medicini. U posljednje vrijeme, nakon koraka u korporativnom svijetu, na sveučilištima i u zdravstvu mijenja se razumijevanje kompetencija liječnika: umjesto menadžmenta prednost se daje liderstvu. Na medicinskim fakultetima se teži podučiti liječnike o liderstvu na studiju medicine te na poslijediplomskim doktorskim i specijalističkim studijima; uveden je europski program specijalističkog usavršavanja liječnika u liderstvu. Obrazovni sadržaji opisuju novo lice lidera koji iskazuje uključivost i empatiju uz odlučno i mudro vođenje, potiče kulturu suradnje i osjećaj pripadnosti ustanovi, što vodi većem radnom zadovoljstvu i većoj uspješnosti institucije. Studije pokazuju da je takav sustav rukovođenja uspješan, da su žene lideri već iskazivale takve osobine u većoj mjeri nego muškarci, sklonije su kolaborativnom a ne kompetitivnom vođenju“, zaključuje prof. Čikeš te dodaje da takva istraživanja najavljuju da će žene biti bolji lideri u 21. stoljeću.

>>

ŽENE SU USPJEŠNIJI LIDERI U PANDEMIJSKOJ KRIZI

Osnivanje Tematske Federacije UEMS-a za spol, različitost i uključivost

Prof. dr. sc. NADA ČIKEŠ, dr. med.
potpredsjednica UEMS-e

Tijekom prošle godine prof. dr. sc. Nada Čikeš vodila je radnu skupinu Proširenog izvršnog odbora Europske unije liječnika specijalista (*European Union of Medical Specialists*, UEMS), koja je pripremala dokument za osnivanje Tematske federacije koja će se posvetiti pitanjima spola, različitosti i uključivosti (tematska federacija je tijelo koje UEMS osniva s namjerom da se stvori platforma za područja aktivnosti koja pripadaju različitim disciplinama te će se usmjeriti na analizu postojećih informacija, promociju i procjenu dodane vrijednosti u tom području, suradnju relevantnih sudionika i buduće aktivnosti). Dokument u kojem se navodi niz podataka koji tumače potrebu da UEMS osnuje novo tijelo i usmjeri svoje zanimanje za teme vezane uz spol, različitosti i uključivost prihvaćen je na sjednici Vijeća UEMS-a u listopadu 2021.

U dokumentu se navodi da je posljednjih desetljeća mnogo tekstova i sastanaka posvećeno temi žena u medicini i ravnopravnosti spolova, no žene su i dalje slabije predstavljene u medicini i znanosti, posebno u nekim granama medicine i rukovodećim pozicijama. Kasnije je to pitanje uključeno i u koncept različitosti te uključivosti. Podatci OECD-a pokazuju da se ukupna proporcija žena liječnica povećala od 29 % u 1990. na



46 % u 2015., uz velike razlike među zemljama. Veliko istraživanje objavljeno u Španjolskoj (Spanish General Medical Council: *Diagnóstico de género de la profesión médica*, Gender Diagnosis in the Medical Profession) pokazalo je mnoge zaključke, uz podatak da žene već čine više od 60 % zaposlenika, ali je njihova zastupljenost u vodećim pozicijama u zdravstvenom sustavu manja od 30 %.

Britanska publikacija *The Closing the Gap in Healthcare Leadership Diver-*

sity: A Witt/Kieffer Study, objavljena 2015. godine, zaključuje da su zdravstvene organizacije bile uspješne u smanjivanju razlika u posljednjim godinama uz upute da treba nastaviti rad. Istraživanje u okviru Nacionalnog zdravstvenog sustava u Ujedinjenom kraljevstvu (NHS) 2020. godine pokazuje da spolna jednakost (unatoč izvjesnom poboljšanju) i dalje zahtijeva unaprjeđenje, a rasna i etnička pitanja još su veći izazovi. Nedavno istraživanje u časopisu *Lancet* jasno pokazuje spor napredak i

znatne barijere za napredovanje žena u liderstvu u zdravstvenim i akademskim sredinama. Prikazane su strategije i argumenti organizacijskih intervencija koje unaprjeđuju žene u liderstvu.

COVID-19

Tijekom pandemije žene su u medicini i zdravstvu bile izložene većem, često neproporcionalnom radnom opterećenju. Istovremeno, neka istraživanja pokazuju da žene ojačavaju organizacijsku klimu, povećavaju društvenu odgovornost i reputaciju, bile su uspješniji lideri u pandemijskoj krizi. **Zemlje kojima su žene bile na najvišim liderskim pozicijama imale su manje potvrđenih smrtnih ishoda.** Očekuje se da će iskustva stecena u pandemiji pozitivno utjecati na promjene u odnosu na sustav spolne neravnopravnosti.

RAZLIČITOSTI

Postoje tradicionalne definicije različitosti (*diversity*) koje uključuju rasu, spol, nacionalnost i spolnu orijentaciju, a proširene su i na dob, socioekonomski status, životno iskustvo. Među oblicima neravnopravnosti u poštivanju različitosti, danas se sve više spominje i spolni ageizam (*gender ageism*). Velike analize pokazuju da **tvrte s većom spolnom različitošću u vrhu uprave bolje rade, strateški se usmjeruju prema inovacijama, otvorenije su prema promjeni, manje prema rizicima.** Postoji dakako i moralni argument za povećanje različitosti u najvišem timu rukovođenja.

UKLJUČIVOST

Kad se govori o različitosti i jednakosti nužno se povezuje s uključivošću

(*diversity, equity and inclusivity*, DEI), a najvažnija je u tome uloga institucijskog rukovođenja i liderske uključivosti. Uključivo liderstvo je hitan i dostižan cilj, koji omogućuje upravljanje različitostima te rukovodstvo može postići najviše uspjeha s različitim timovima. Strategije koje se temelje na istraživanjima pokazuju da priznavanje različitosti umjesto ignoriranja može zahtijevati provođenje teških razgovora umjesto izbjegavanja, ali sigurno vodi prema unaprjeđenju. Institucijska usmjerenošć prema uključivosti pridonosi razvoju organizacije i pokazuje organizacijsku kulturu.

AKCIJA

Povećanje stanja različitosti ne povećava i djelotvornost; važno je kako organizacija primjenjuje koncept različitosti i želi li se promijeniti. Rukovodstvo se treba usmjeriti na stvaranje okruženja u kojem se zaposlenici osjećaju ugodno, ako upozoravaju na nedovoljnu uključivost. Napori se usmjeravaju na povećanje zastupljenosti različitih socijalnih skupina, dakako i na pojedince. Kako bi institucija profitirala od rasne i spolne različitosti očekuje se da se institucija usmjeri prema učenju i podučavanju, unaprijedi organizacijsku i upravljačku kulturu. U nizu članaka u medicinskim časopisima, a posebno u časopisu Lancet 2021. godine prikazuje se potreba strateških i organizacijskih promjena, uz poruke usmjerene prema zdravstvenoj skrbi.

U Španjolskoj je 2018. godine *General Medical Council of Spain* prihvatio dokument „**10 zapovijedi za spolnu jednakost u liječničkoj profesiji**“ (*Decálogo de género y profesión*), koji ohrabruje kulturne promjene među medicinarkama, izražava javno poštovanje prema načelima jednakosti među ženama i muškarcima u profesiji, uz obvezu primjene u svim aspektima liječničke profesije.

Publikacija Vodič Asocijacije za medicinsku edukaciju u Europi (AMEE) 2016. elaborira dizajn, izvedbu i ocjenjivanje izobrazbe o različitostima, uvodi terminologiju, naglašava da je potrebno podučavanje o različitostima kao integralni dio kurikula relevantnog za kliničku praksu. U časopisima i sastancima posvećenim medicinskoj izobrazbi različitost, uključenost i jednakost navode se kao strateški imperativi i pokretači akademske izvrsnosti na medicinskim fakultetima. Specijalnu pozornost valja posvetiti programima specijalističkog usavršavanja, obrazovnom okruženju, važnom utjecaju obrazovnih uzora. Potrebno je usvojiti spoznaje o obilježjima novih generacija, novim načinima učenja i njihovom osjećaju društvene nepravde. Specijalizanti su budući lideri i donositelji odluka u skoroj budućnosti.

PRIJEDLOG UEMS-a

Predlaže se osnivanje nove Tematske Federacije za spol, različitost i uključivost, koja će se posvetiti mogućim izazovima koji postoje u Europi. UEMS bi trebao provjeriti broj žena i muškaraca doktora medicine u zemljama članicama, a posebno broj žena i muškaraca u upravnim tijelima Specijalističkih sekcija UEMS-a i Europskih odbora te drugih tijela UEMS-a do 2021. godine. Stvarna i aktualna slika situacije trebala bi biti temelj za daljnje akcije, npr. analizirati razloge stanja koje će se utvrditi u UEMS-u. Analiza bi trebala odgovoriti postoji li razlika u plaćama u zemljama članicama EU, postoje li zakoni o ravnopravnosti te mјere koje su relevantne za navedene teme. Očekuje se rasprava i prijedlozi o obrazovnim, organizacijskim i drugim aktivnostima.

NOVI KORONAVIRUS

COVID-19 - kronologija (14. prosinca 2021.- 5. veljače 2022.)

14. prosinca

U posljednja 24 sata zabilježen je 3 071 novi slučaj zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 21 396. Među njima je 2 253 pacijenta na bolničkom liječenju, od toga ih je na respiratoru 315. Preminulo ih je 56.

16. prosinca

Hrvatski sabor izmijenio je jučer Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti. Njime se uvode kazne od 30 do 50 tisuća kuna za odgovorne osobe koje ne poštuju obvezu predočenja COVID potvrda u javnopravnim tijelima.

20. prosinca

EMA je preporučila odobravanje cjepiva Nuvaxovid, proizvođača Novavax, namijenjenog osobama starijima od 18 godina. Nakon što mu Europska komisija da službeno odobrenje, Nuvaxovid će biti peto cjepivo protiv koronavirusa koje će se moći koristiti u zemljama Europske unije. I prije odobrenja EU je potpisala ugovor o kupnji 200 milijuna doza ovog cjepiva.

25. prosinca

Francuska ima najviše zaraženih od početka pandemije! Francuske vlasti su izvijestile o 104 611 novih slučajeva zaraze koronavirusom u protekla 24 sata, što je najveći dnevni broj slučajeva od početka pandemije u toj zemlji.

30. prosinca

U posljednja 24 sata zabilježeno je 5 958 novih slučajeva zaraze virusom SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 25 521. Među njima je 1 858 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga je na respiratoru 239, a preminulo ih je 27.

5. siječnja

U posljednja 24 sata zabilježeno je 8 587 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2 te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 35 202. Među njima je 1 841 pacijent na bolničkom liječenju. Od toga je na respiratoru 230 pacijenata, a preminula su 32.

11. siječnja

U Sloveniji su u posljednja 24 sata potvrđene 5 163 zaraze koronavirusom, što je za 1 760 više nego prije sedam dana, ali i najviše infekcija od početka epidemije prije 22 mjeseca, što se pripisuje sada već dominantnoj varijanti omikron koronavirusa.

12. siječnja

COVID- 19 ubuduće će se, na indikaciju, potvrditi brzim antigenskim testovima u ordinacijama privatne zdravstvene zaštite koje imaju ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Za potvrđivanje bolesti nakon brzog antigenskog testa više neće biti potreban PCR, te će se na temelju tog brzog testa izdavati liječničke potvrde o preboljelom COVID-19 koje će vrijediti samo u Hrvatskoj, izjavio je ravnatelj HZZJ-a Krunoslav Capak.

13. siječnja

U Hrvatskoj je danas premašen broj od 13 000 umrlih od COVID-19, od 25. veljače 2020. kada je zabilježen prvi slučaj zaraze u Hrvatskoj. Do danas je ukupno zabilježeno 794 190 osoba zaraženo "novim" koronavirusom.

14. siječnja

U Hrvatskoj je u proteklih sedam dana evidentirano više od 48 600 slučajeva zaraze koronavirusom, što je najveći broj u jednom tjednu u protekle dvije godine. Od tri milijuna novih slučajeva svakoga dana u svijetu polovica otpada na Europu.

16. siječnja

Brzo antigensko testiranje na koronavirus počinje sutra u većem dijelu ordinacija primarne zdravstvene zaštite unatoč izraženom protivljenju dijela liječnika obiteljske medicine koji kažu da nisu dobili naputke od resornog Ministarstva i nemaju uvjeta za testiranje.

17. siječnja

U splitskome KBC-u se od COVID-19 liječi 230 oboljelih, od kojih je 42 na respiratoru, priopćeno je iz županijskog Stožera civilne zaštite. Pročelnik tog stožera Damir Gabrić rekao je kako je broj od 230 hospitaliziranih osoba zaraženih koronavirusom u splitskom KBC-u najveći od početka pandemije.

19. siječnja

U posljednja 24 sata zabilježeno je 10 427 novih slučajeva zaraze SARS-CoV-2, najviše do sada, te je broj aktivnih slučajeva u Hrvatskoj danas ukupno 56 208. Među njima je 1 796 pacijenata na bolničkom liječenju, od toga su na respiratoru 204 pacijenta. Preminulo ih je 45.

24. siječnja

Dosadašnja tjedna izvješća Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo (HZZJ) odsad će zamijeniti izvješća na mjesечноj bazi. Svi podaci iz tjednih izvješća bit će sastavni dio mjesecnih izvještaja toga Zavoda.

28. siječnja

Čak 63 611 ljudi umrlo je 2021. u Hrvatskoj, što je rekordan broj umrlih od davne 1945. godine! Privremeni su to podaci Državnog zavoda za statistiku. Napomenimo da je i pandemska 2020. godina bila rekordna po broju umrlih nakon Drugog svjetskog rata, jer su preklani umrle 57 023 osobe.

31. siječnja

Hrvatska je oborila još jedan tužan rekord: u posljednjih sedam dana bilježimo 370 umrlih. Po broju umrlih od COVID-19 u posljednjih sedam dana Hrvatska je, u odnosu na broj stanovnika, definitivno najgora na svijetu. Riječ je o podacima koje donosi Worldometer. HZZJ objavljuje 19. verziju praporuka za postupanje s oboljelim i kontaktima.

1. veljače

Mijenaju se pravila za COVID potvrde. Od 1. veljače vrijedit će 270 dana za one koji su cijepljeni dvjema dozama. Ravnatelj HZZJ-a Krunoslav Capak najavio je kako se razmišlja o skraćenju karantene za sve cijepljene na sedam dana i skraćenje izolacije za bolesne na pet dana, a to će regulirati preporuke HZZJ-a koje će se donijeti uskoro.

2. veljače

U Hrvatskoj se sekvinciranjem dokazano pet uzoraka pozitivnih na podvarijantu omikron BA.2. Ova je podvarijanta već potvrđena u 40 zemalja, među njima i u Sloveniji.

3. veljače

„Koronavirus se još uvijek razvija. Malo je vjerojatno da će omikron zauvijek ostati dominantna varijanta COVID-19, rekla je za BBC Maria Van Kerkhove, epidemiologinja Svjetske zdravstvene organizacije. „Ovaj se virus još uvijek razvija, još uvijek se mijenja... i neće sve završiti ovim najnovijim valom koji je obilježio omikron niti će to biti posljednja varijanta o kojoj, nažalost, raspravljamo”, rekla je Van Kerkhove.

4. veljače

Tužna statistika: broj umrlih u našoj zemlji prešao je 14 tisuća. Konkretno, s jučerašnjih 13 989 danas se broj umrlih popeo na 14 035. Važno je napomenuti da se radi o porastu od četiri tisuće ljudi u manje od tri mjeseca. S druge strane, od ožujka 2020. do 17. studenog 2021., odnosno u 17 mjeseci, ukupno je 10 050 ljudi preminulo od virusa SARS-CoV-2.

5. veljače

U Hrvatsku do kraja veljače stiže novo cjepivo protiv korone - Nuvaxovid američke tvrtke Novavax.

U Komori je predstavljena knjiga „Farmakogenetika u kliničkoj praksi“

U Komori je 14. prosinca 2021. predstavljena knjiga "Farmakogenetika u kliničkoj praksi: Iskustvo s 55 lijekova korištenih u kliničkoj praksi", urednika prof. dr. Dragana Primorac i prof. dr. Wolfganga Hopnnera. Knjiga, u čijem pisanju je sudjelovalo 17 znanstvenika i liječnika iz Hrvatske i inozemstva, namijenjena je tržištu EU-a i SAD-a. Knjiga sadrži do sada najopširnije i sveobuhvatne informacije o kliničkoj implementaciji farmakogenetike za 55 lijekova obrađenih u knjizi, a članovima Komore dostupna je putem platforme HeMED. U knjizi se prikazuju genski polimorfizmi važni za farmakogenetičku analizu, indikacije za genetičko testiranje i preporuke vezane uz prilagodbu terapije rezultatima genske analize, sukladno preporukama Europskog konzorcija za provedbu kliničke farmakogenetike. O važnosti knjige najbolje govore podaci koje je objavio vodeći američki medicinski časopis JAMA, a koji ističu da samo u SAD-u godišnje više od dva milijuna hospitaliziranih bolesnika nakon uzimanja lijekova ima ozbiljne štetne učinke lijekova, dok njih 106 000 zbog štetnih učinaka lijekova umre. Zbog toga samo u SAD-u zdravstveni sustav izdvaja 30 milijardi dolara godišnje za liječenje komplikacija uzrokovanih štetnim učincima lijekova. S druge strane, nedavni podatci za Europu pokazuju da se 7 do 13 % pacijenata prima u bolnicu zbog neželjenih reakcija na lijekove, te da bi korištenjem farmakogenetike značajan dio tih učinaka mogao biti spriječen. Jedan od urednika knjige, prof. Primorac, ista-



Prof. dr. Dragan Primorac, prof. dr. Elizabeta Topić i dr. sc. Krešimir Luetić

knuo je na promociji: „S obzirom na to što je sve do sada u Hrvatskoj napravljeno po pitanju implementacije personalizirane medicine, posebice farmakogenetike u kliničku praksu, mislim da se Hrvatska u kratkom razdoblju može pozicionirati kao jedan od europskih lidera u ovom području. Na tome intenzivno rade i Hrvatsko društvo za personaliziranu (preciznu) medicinu i Hrvatsko društvo za humanu genetiku Hrvatskog liječničkog zabora. Osim što bi se sustavnim uvođenjem farmakogenetike u kliničku praksu značajno podigla konkurentnost hrvatskoga zdravstvenog sustava, smanjila bi se i pojavnost neželjenih učinaka lijekova. Predstavljajući knjigu, dr. sc. Krešimir Luetić, predsjednik Komore, istaknuo je

kako je Komora ponosna što je ovako važan klinički priručnik realiziran upravo u Hrvatskoj. U Hrvatskoj se farmakogenetska testiranja već niz godina provode u Specijalnoj bolnici Sv. Katarina u suradnji s OneOme-om, spin-off tvrtkom američke Klinike Mayo, te u drugim zdravstvenim institucijama poput KBC-a Zagreb i KBC-a Sestre milosrdnice. Ovaj projekt realizirali su Specijalna bolnica Sv. Katarina, Međunarodno društvo za primijenjene biološke znanosti (International Society for Applied Biological Sciences), uz partnerstvo Komore. Ona je omogućila putem svoje platforme Hrvatska elektronička medicinska edukacija (HeMED) svim hrvatskim liječnicima pristup knjizi.

Obavijest umirovljenim članovima Komore!

Smatramo važnim obavijestiti umirovljene članove HLK-a da njihovim umirovljenjem **ne prestaje automatizmom** i članstvo u Hrvatskoj liječničkoj komori, a time i članska prava i obveze. Članstvo u Hrvatskoj liječničkoj komori obvezno je isključivo za liječnike koji rade na neposrednim poslovima pružanja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, dok je za sve ostale dobrovoljno. Podsjećamo kako je pravovremeno plaćanje članarine obveza svakog člana HLK-a utvrđena odredbama Zakona o liječništvu i Statutom HLK-a. Sukladno Odluci o upisnini i članarini za članove HLK-a od 1. siječnja 2017. utvrđeno je kako članarina za umirovljene članove iznosi 60,00 kn mjesечно, bez obzira posjeduje li član važeće Odobrenje za samostalan rad. S time u vezi obavještavamo sve umirovljene članove kako i dalje imaju obvezu plaćanja članarine u iznosu od **60,00 kn mjesечно**. Ukoliko želite, u svakom trenutku možete pokrenuti postupak brisanja iz Imenika liječnika (više informacija o postupku brisanju iz Imenika liječnika na www.hlk.hr ili tel. 01 45 00 830).

Komora traži postupanje MUP-a i DORH-a

Komora je sredinom prosinca prošle godine zatražila od Ministarstva unutarnjih poslova informaciju o postupanju MUP-a prema pojedincima koji su na prosvjedu u Bjelovaru vrijedali i prijetili jednoj liječnici. Naime, ispred zgrade Zavoda za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije 9. prosinca održan je antivakserski prosvjed na kojem je snimljen i video. Iz videa se jasno vidi kako dio prosvjednika vrijedja liječnicu zaposlenu u Zavodu za javno zdravstvo Bjelovarsko-bilogorske županije, te kako joj prijete, unose joj se u lice te pozivaju na nasilje. S obzirom na to da ovo nije prvi takav slučaj i da je sličnih verbalnih napada i prijetnji prema liječnicima bilo i prije Komora je zatražila od MUP-a informaciju o tome kako su okvalificirali ovo protuzakonito ponašanje prosvjednika te hoće li nakon završetka kriminalističkog istraživanja podnijeti kaznenu prijavu. Također, Komora ima saznanja da su se u više hrvatskih



gradova u blizini zdravstvenih ustanova pojavili plakati koji sadrže prijetnje liječnicima i medicinskim sestrama da će im biti suđeno i da će „odgovarati“ zbog provođenja cijepljenja protiv COVID-19. Komora ove plakate smatra nedopustivim, očitim činom pritiska, uz nemiravanja i poticanja na nasilje i mržnju prema zdravstvenim radnicima te poziva policiju i državno odvjetništvo da procijene postoje li u njima elemenata kaznenih djela, kako bi se izbjegla daljnja radikalizacija te moguće nasilje prema zdravstvenim radnicima.

Otkrivena ploča s nazivom Park dr. Ivana Šretera

Povodom obilježavanja rođendana dr. Ivana Šretera je 22. prosinca pred KBC Zagreb svečano otkrivena ploča parka koji nosi njegovo ime. Ovim je činom i Zagreb simbolično odao počast „hrvatskom Gandhiju“, kako je zbog zagovaranja suživota Hrvata i Srba bez nasilja i netrpeljivosti prozvan ovaj liječnik i velik humanist. Doga-

đaju je nazočio dr. sc. Krešimir Luetić u ime Komore, koja je i potaknula postupak imenovanja parka.

Komora je u spomen na njegovo djelovanje i požrtvovnost 2018. godine je potaknula da ulica, trg ili park nosi ime po dr. Šreteru, izjavio je prigodom otkrivanja ploče dr. Luetić. Ponasni smo što smo pokrenuli tu inicijativu i zahvaljujemo

Gradu Zagrebu što su prepoznali važnost dr. Šretera u nacionalnim okvirima, kao simbola požrtvovnosti, ali i kao simbola mučeništva i herojskog. U njegovom djelovanju i drugi naraštaji mogu vidjeti primjer dobrog liječnika, mirovostva, a prije svega domoljublja, poručio je dr. Luetić.

Dr. Šreter rođen je 22. prosinca 1951. u Pakracu. Bio je liječnik, fizijatar, ravnatelj bolnice u Lipiku i predsjednik Kriznog štaba za zapadnu Slavoniju. Na barikadama u naselju Kukunjevcu srpski pobunjenici su ga 18. kolovoza 1991. oteli i na taj datum Hrvatska obilježava Nacionalni dan mirovostva. Posljednji put viđen je živ 29. kolovoza 1991. Mrtvim je proglašen 1993. godine, a do danas nije utvrđeno kada je i gdje ubijen niti gdje se nalaze njegovi posmrtni ostaci. Dr. Šreter najviši je državni dužnosnik stradao u Domovinskom ratu.



KOMORA DODIJELILA GODIŠNJE NAGRADE ZA 2021.

Hrvatska liječnička komora dodijelila je 29. prosinca 2021. godišnje nagrade istaknutim pojedincima za postignuća ostvarena u 2021. godini. Laureati su doc. dr. sc. Tomislav Kopjar, izv. prof. dr. sc. Zenon Pogorelić, doc. dr. sc. Ivana Mikolašević, doc. dr. sc. Marija Santini i Sanja Vištica, magistra novinarstva.

„Cijenjeni i dragi laureati, čestitam Vam na vašim postignućima, na vašim rezultatima, kojima ste kolegama, ali i cijelom našem društву ukazali da i u ovom teškom pandemijskom vremenu hrvatski liječnici djeluju i ostvaruju izvrsne stručne, strukovne i znanstvene rezultate. Rezultate vrijedne posebnog priznanja, rezultate vrijedne godišnje nagrade Hrvatske liječničke komore. Hvala vam od srca na vašim naporima i vašim ostvarenjima. Želim zahvaliti i svim kolegicama i kolegama koji se već skoro dvije godine na prvoj crti bore s COVID-om. Zahvaliti na profesionalnom, ali i društvenom doprinosu da ta borba bude što uspješnija. Želim im odati iskreno priznanje na tolikoj žrtvi, trudu, odricanju i samoprijegoru“, izjavio je predsjednik Komore dr. sc. Krešimir Luetić na dodjeli održanoj 29. prosinca u dvorani Hrvatskog liječničkog doma u Zagrebu.

Nagrada za najzapaženije stručno ostvarenje u 2021. godini dodijeljena je doc. Kopjaru, specijalistu opće kirurgije i subspecijalistu kardijalne kirurgije iz KBC-a Zagreb te docentu na MEF-u u Zagrebu. Doc. Kopjar je kao glavni operater i član tima za transplantaciju pluća KBC-a Zagreb u noći sa 16. na 17. travnja izveo obostranu transplantaciju pluća, prvu takve vrste u Hrvatskoj. Ova visoko zahtjevna operacija iznimno je uspjeh hrvatskog zdravstva i hrvatskih liječnika, budući da su se godinama kandidati za transplantaciju pluća iz Hrvatske upućivali u Beč. Kako bi cijeloviti program transplantacije pluća zaživio u Hrvatskoj, doc. Kopjar se s još dvojicom kolega liječnika dodatno usavršavao iz transplantacije pluća u AKH Wien, gdje je sudjelovao i asistirao na tridesetak zahvata. Stekavši visoko specijalizirana kirurška znanja i vještine, doc. Kopjar je zajedno s ostalim članovima transplantacijskog tima, uz podršku kolega iz Beča, u travnju ove godine uspješno izveo ovu povijesnu operaciju, čime je otvoreno novo područje transplantacije u Hrvatskoj. Od travnja do danas u Hrvatskoj je izvedeno ukupno devet ovakvih operacija.

Nagrada za znanstveni doprinos unaprjeđenju liječničke struke i profesije u 2021., lijećnicima mladim znanstvenicima životne dobi do 40 godina, dodijeljena je doc. dr. sc. Ivani Mikolašević, dr. med., specijalistici interne medicine zaposlenoj na Zavodu za gastroenterologiju KBC-a Rijeka i docentici na MEF-u u Rijeci. U svojoj stručnoj i znanstvenoj karijeri doc. Mikolašević je objavila više od 70 znanstvenih i stručnih radova. U 2021. godini objavila je 11 izvornih i 10 preglednih znanstvenih radova tiskanih u znanstvenim časopisima indeksiranim u bazi Web of Science. Teme njezinih znanstvenih radova obuhvaćale su područje gastroenterologije, a najviše ih je vezano za nealkoholnu masnu bolest jetre.



nicima znanstvenicima životne dobi iznad 40 godina, dodijeljena je izv. prof. dr. sc. Zenonu Pogoreliću, dr. med., specijalistu dječje kirurgije zaposlenom u KBC-u Split i izvanrednom profesorom na MEF-u u Splitu. Uz iznimno aktivan kirurški rad, prof. Pogorelić je posvećen i znanstvenom radu te je u 2021. godini objavio 20 radova indeksiranih u Web of Science, od kojih je 19 indeksirano u časopisima koji se citiraju u Current Contentsu. Prof. Pogorelić je u gotovo svaki znanstveni rad uključio i po jednog studenta medicine, čime mlade ljude potiče, osim na klinički, i na znanstveni rad.

Nagrada za znanstveni doprinos unaprjeđenju liječničke struke i profesije u 2021., lijećnicima mladim znanstvenicima životne dobi do 40 godina, dodijeljena je doc. dr. sc. Ivani Mikolašević, dr. med., specijalistici interne medicine zaposlenoj na Zavodu za gastroenterologiju KBC-a Rijeka i docentici na MEF-u u Rijeci. U svojoj stručnoj i znanstvenoj karijeri doc. Mikolašević je objavila više od 70 znanstvenih i stručnih radova. U 2021. godini objavila je 11 izvornih i 10 preglednih znanstvenih radova tiskanih u znanstvenim časopisima indeksiranim u bazi Web of Science. Teme njezinih znanstvenih radova obuhvaćale su područje gastroenterologije, a najviše ih je vezano za nealkoholnu masnu bolest jetre.

Nagrada za iznimno djelovanje u zaštiti prava liječnika te promicanju interesa hrvatskog liječništva u 2021. dodijeljena je doc. dr. sc. Mariji Santini, dr. med., specijalistici infektologije i subspecijalistici intenzivne medicine, zaposlenoj u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ docentici na MEF-u u Zagrebu te predsjednici Hrvatskog društva za infektivne

bolesti HLZ-a. U iznimno teškim vremenima borbe s novim koronavirusom i pandemijom, doc. Santini je koordinirala izradu smjernica za liječenje COVID-19 u Hrvatskom društvu za infektivne bolesti. Također je u ime društva nedvosmisleno i jasno podržala zajedničke inicijative krovnih liječničkih organizacija prema Stožeru, Vladu i općoj javnosti po pitanju borbe s pandemijom. U suradnji s Hrvatskim društvom obiteljskih doktora HLZ-a organizirala je webinare o COVID-19 i cijepljenju. Uz nastupe u medijima, u vezi s pandemijom i cijepljenjem, doc. Santini je sve vrijeme radeći u Jedinici intenzivnog liječenja Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ i vlastitim primjerom ukazivala na kontinuirane napore liječničke struke u borbi protiv pandemije.

Nagrada za promicanje ugleda hrvatskih liječnika i liječničke struke u javnosti u 2021. dodijeljena je novinarki i reporterki Nove TV Sanji Višticu, magistri novinarstva. Tijekom 2021. godine Sanja Vištica je kontinuirano izvještavala javnost o pandemiji izazvanoj novim koronavirusom. Radi što točnjeg i objektivnijeg izvještavanja javnosti o pandemiji, u svojim reportažama za sugovornike birala liječnike, ističući time važnost liječničke struke u borbi s pandemijom. Izvještavajući o alarmantnom stanju u bolnicama, aktualnim epidemiološkim mjerama, ali i razbijajući mitove o cijepljenju, Sanja Vištica je u brojnim javljanjima s terena omogućila da javnost čuje poruke liječnika koji su na prvoj crti borbe s pandemijom. Svojim hrabrim i profesionalnim djelovanjem značajno je pridonijela jačanju ugleda hrvatskih liječnika i promociji liječničke struke u javnosti.

Komora oštro osudila napad Ministarstva zdravstva na predsjednicu KoHOM-a

Nije uobičajeno da se Komora o istoj temi dva puta očituje na isti način, ali javna difamacija koju je Ministarstvo zdravstva 19. siječnja 2022. pokrenulo prema liječnici Nataši Ban Toskić, predsjednici KoHOM-a - najveće udruge obiteljskih liječnika, dovela je Komoru u situaciju da je, u cilju istinitog informiranja javnosti i zaštite interesa i integriteta dr. Ban Toskić, svih obiteljskih liječnika, kao i svih liječnika - naših članova, prisiljena reagirati i ponoviti već jednom izrečene stavove o neprihvatljivosti ovakve komunikacije Ministarstva zdravstva.

Posao političara, kao i posao onih koji vode neko ministarstvo, sastoji se i od sposobnosti prihvatanja javne kritike političkog djelovanja te od spremnosti za argumentiranu javnu raspravu. Suprotno tome, napadi na osobnoj razini uvijek su pouzdan pokazatelj nespremnosti za konstruktivnu raspravu i pomanjkanje argumenata. Razmjena argumenata, javni dijalog ili polemika su jedno, a priopćenje Ministarstva zdravstva kojim se pokušava diskreditirati pojedinac, potkopati njegov legitimitet, posve je nešto drugo.

Kada su napadi *ad hominem* upućeni od strane vodstva Ministarstva prema osobi zaposlenoj u sustavu kojim upravlja to Ministarstvo, kao što je slučaj s jučerašnjim pokušajem difamacije liječnice od strane Ministarstva zdravstva, oni u sebi sadržavaju pokušaj ušutkavanja kritičara i implikitnu prijetnju sigurnosti radnog mjesta napadnute osobe.

Kolegica Ban Toskić predsjednica je najveće udruge koja okuplja čak trećinu svih liječnika obiteljske medicine, a koja uspješno godinama javno zagovara kako interes tih liječnika, tako i interes pacijenata, a sve s ciljem bolje organizacije primarne zdravstvene zaštite.

Komora ovaj pokušaj Ministarstva zdravstva da osobnom difamacijom ušutka predsjednicu KoHOM-a i sam KoHOM smatra duboko neprihvatljivim i destruktivnim za javno zdravstvo. Interes je javnoga zdravstva da udruge

liječnika, Komora, sindikati, udruge pacijenata, kao i pojedinci liječnici, u javnosti aktivno ukazuju na probleme i predlažu rješenja, što KoHOM, kao i druge udruge liječnika, već godinama čine. Komora želi ukazati Ministarstvu zdravstva da hrvatski liječnici i njihove udruge neće šutke promatrati rastuće probleme u zdravstvu. Dapače, svi oni, i Komora kao krovna i najveća strukovna organizacija liječnika, uvijek i svugdje će javno zastupati interes javnoga zdravstva i liječništva, a ne interes politike i političara.

Liječnici obiteljske medicine svakodnevno daju velik obol zbrinjavanju pacijenata u ovoj pandemiji. Sve to čine uz redovitu, svakodnevnu skrb za oboljele od drugih akutnih i kroničnih bolesti. Očito je da postoje brojni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji se ne rješavaju već godinama, obiteljskih liječnika je premalo, s prevelikim brojem pacijenata na jednog liječnika te sa značajnim administrativnim opterećenjem. Također je i prije omikrona bilo jasno da kapaciteti sustava testiranja na COVID-19 nisu odgovarali stvarnim epidemiološkim potrebama pojedinih razdoblja.

Premda to nije uobičajeno, Komora je stoga prisiljena parafrasirati vlastitu poruku izrečenu prošle godine kao reakciju na sličan napad na kolegicu Ban Toskić: „Prozivanje pojedinog liječnika s pozicije Ministarstva zdravstva ne pridonosi konstruktivnom rješavanju problema prisutnih u organizaciji testiranja niti predstavlja poželjan način komunikacije unutar liječničke struke i sustava zdravstva. U ovoj do sada nezapamćenoj globalnoj krizi trebaju se svi dionici javnog prostora ponašati i komunicirati iznimno odgovorno, tj. njihova komunikacija treba uvijek za cilj imati konstruktivno rješavanje problema. U fokusu zdravstvene administracije i svih zdravstvenih radnika treba biti što učinkovitija borba protiv pandemije s ciljem očuvanja života i zdravlja naših sugrađana. Neprimjerjen način komunikacije, *ad hominem* napadi i retorika prozivanja neće nam pomoći u toj zajedničkoj borbi.“

Stav HLK-a o zahtjevima za provođenje anketa među liječnicima

Hrvatska liječnička komora nerijetko prima upite za provođenje anketa među liječnicima. Radi se o upitima sa strane liječnika ili drugih osoba koji provode istraživanja u različite svrhe, poput npr. izrade doktorske disertacije. Zamolbe se odnose na pristup liječnicima putem kontaktnih adresa koje HLK posjeduje za svoje članove. HLK ima stav da takav pristup ne omogućuje, osim za ankete koje Komora sama kreira ili u njima sudjeluje, radi specifičnih interesa liječništva.

Tribina HLK-a: Liječnička etika - primjeri iz prakse

Na Medicinskom fakultetu u Rijeci je 10. prosinca 2021. održana tribina „Liječnička etika - primjeri iz prakse“ koju su organizirali Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a i Županijsko povjerenstvo HLK-a za Primorsko-goransku županiju.

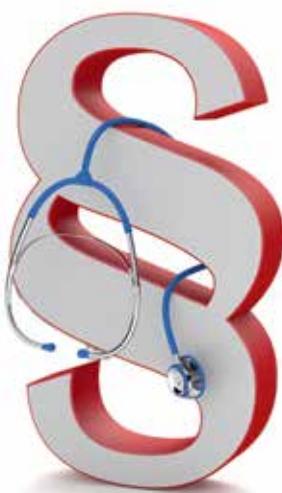
Članovi etičkog povjerenstva (prof. Tea Štimac, dr. Dragutin Petković, prof. Lada Zibar, dr. Vesna Tabak, prof. Tomislav Franić) kritički su predstavili najčešće etičke primjere iz rada povjerenstva, s objašnjenjima utemeljenima na Kodeksu medicinske etike i deontologije. Dr. sc. Vlado Skorup, mag. iur., sudac Županijskog suda u Rijeci govorio je o pravnoj perspektivi ove tematike („Neka promišljanja o liječničkoj etici sa stajališta sudske prakse“). Tribina je organizirana po hibridnom modelu, i za predavače i



za slušače. Iz New Yorka se kao predavač priključio medicinski etičar prof. dr. sc. Barron Lerner, dr. med., profesor na New York University, autor knjige „The Good Doctor“. Tribinu u cijelosti mogu pogledati članovi HLK-a putem: <https://www.hlk.hr/pogledajte-tribinu-hlk-ljecnicka-etika-primjeri-iz-prakse.aspx>

Za praćenje tribine putem linka, članovi HLK-a koriste istu lozinku kojom pristupaju Portalu za članove, uz ostvarenje bodova HLK-a.

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, prijave na: kongres@aorta.hr



TEMA ZAUVIJEK MLAD

NAJBOLJA FOTOGRAFIJA

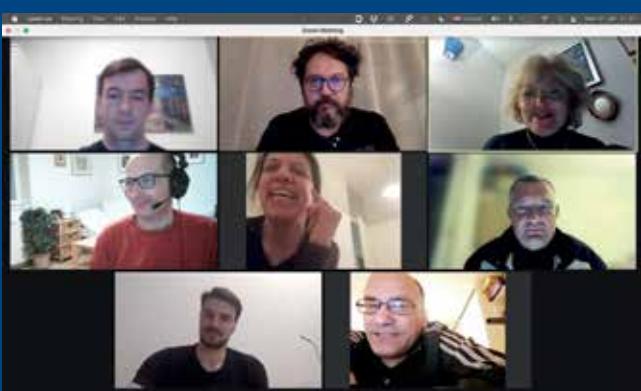


Pozivamo lječnike
da nam za sljedeći broj
Liječničkih novina (do konca
veljače) pošalju tematsku
fotografiju čiji su oni autori,
a koja prikazuje temu "VRATA".
**Najbolju fotografiju (prema
izboru uredništva) nagradit
ćemo objavom u Liječničkim
novinama.**

**Svoje fotografije možete
poslati na info@restart.hr**

PUBKVIZ HLK-a

20.12.2021. i 31.1.2022. ONLINE



20. 12. 2021. Tomislav P. priredio je glazbeni kviz. Prvi krug pitanja bio je kombinacija pitanja "nastavi stihove pjesme", a pobijedila je Vlatka Č. U drugom i trećem krugu dominirao je Ivan Ž. nadmašivši sve u poznavanju skladatelja klasičnih opera te pjesama 60-tih i 80-tih. Četvrti krug

je pobijedio redoviti Tomislav K., nadasve inspiriran pitanjima o hitovima iz filmova o James Bondu. U petom krugu nismo imali pobjednika, ali je u šestom do pobjede došla Borka P. N. potpomognuta kćerkom Katarinom, odgovarajući na pitanja o Božićnim pjesmama.

31.1.2022. pitanja je sastavio Ivan Ž. Pitanja su obuhvatila područja geografije, nacionalne povijesti, znanosti i zanimljivosti iz života znanstvenika, opere na kraju filma od zlatnog doba Hollywooda do danas. U kojem je gradu 1806. godine pokrenut prvi studij medicine u današnjoj Hrvatskoj? Iz pet krugova imali smo tri pobjednika: Tomislav K, Lada Z. i Tomislav P.

Eucerin i ovaj put nagrađuje pobjednike!

Sljedeći je kviz opet online u ponedjeljak 28.2.2022. u 20 h, a priprema ga Dino Š.

Prijavite se na pubkviz@hlk.hr

> PREGLED AKTIVNOSTI DUŽNOSNIKA U PROSINCU 2021. I SIJEČNJU 2022.

3. prosinca	Sastanak Radne skupine Ministarstva zdravstva za izradu Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (dr. sc. K. Luetić, dr. V. Krolo)
3. prosinca	Svečanost povodom 60. obljetnice rada i djelovanja Poliklinike SUVAG, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)
3. prosinca	Gostovanje u emisiji HRT-a „Studio 4“ (dr. sc. K. Luetić)
7. prosinca	Online sastanak ENMCA - European Network of Medical Competent Authorities (dr. L. Rossini Gajšak, dr. Ž. Žegarac)
8. prosinca	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora (dr. sc. K. Luetić)
9. prosinca	Sastanak s predstavnicima Ministarstva zdravstva i Ministarstva gospodarstva vezano za priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija (dr. I. Bekavac)
10. prosinca	Tribina HLK „Liječnička etika - primjeri iz prakse“
13. prosinca	Webinar HLK „Cijepljenje protiv COVID-19 – nedoumice i najnovije spoznaje“
14. prosinca	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora (dr. V. Krolo)
14. prosinca	Promocija knjige "Farmakogenetika u kliničkoj praksi: Iskustvo s 55 lijekova korištenih u kliničkoj praksi"
15. prosinca	Gostovanje u emisiji „U mreži Prvog“ Hrvatskog radija (dr. V. Štefančić Martić)
16. prosinca	Svečana proslava 30. godišnjice Kliničke bolnice Dubrava (dr. I. Šmit)
17. prosinca	Gostovanje u emisiji „Studio uživo“ N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
21. prosinca	Gostovanje u emisiji „Izaberi zdravlje“ Hrvatskog radija (dr. sc. K. Luetić)
21. prosinca	Otvorene izdvojene post-Covid poliklinike Specijalne bolnice za plućne bolesti, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)
22. prosinca	Svečano otkrivanje ploče s nazivom Parka dr. Ivana Šretera, Zagreb (dr. sc. K. Luetić)
22. prosinca	Predstavljanje prijevoda knjige NeuroTribes (Neuroplemena), Zagreb (dr. sc. K. Luetić, prof. dr. L. Zibar, doc. dr. T. Franić)
28. prosinca	Gostovanje u emisiji „Studio uživo“ N1 televizije (dr. sc. K. Luetić)
29. prosinca	Svečana dodjela godišnjih nagrada HLK za 2021. godinu, Zagreb
4. siječnja	Gostovanje u emisiji „Newsroom“ N1 televizije (dr. V. Krolo)
5. siječnja	Gostovanje u emisiji „Briefing“ portala Jutarnjeg lista (dr. sc. K. Luetić)
11. siječnja	Gostovanje u emisiji „RTL Direkt“ (dr. sc. K. Luetić)
21. siječnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora (dr. V. Krolo)
21. siječnja	Predavanje studentima 6. godine studija medicine u okviru nastave iz predmeta Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (dr. I. Bekavac)
21. siječnja	Gostovanje u Dnevniku N1 televizije (dr. V. Krolo)
25. siječnja	Gostovanje u emisiji HRT-a „Labirint“ (dr. V. Krolo)
26. siječnja	Sjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskoga sabora na temu reforme zdravstva (dr. sc. K. Luetić, dr. V. Krolo)

> SASTANCI TIJELA KOMORE U PROSINCU 2021. I SIJEĆNJU 2022.

7. prosinca	Sjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost
9. prosinca	Sjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost
11. prosinca	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
14. prosinca	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
16. prosinca	Sjednica Izvršnog odbora
20. prosinca	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
22. prosinca	Sjednica povjerenstva za mlade liječnike
3. siječnja	Sjednica Središnjeg izbornog povjerenstva
18. siječnja	Sjednica Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika
21. siječnja	Sjednica Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu
26. siječnja	Sjednica povjerenstva za mlade liječnike
28. siječnja	Sjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju
31. siječnja	Sjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor
31. siječnja	Sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina
1. prosinca – 31. siječnja	10 rasprava na Časnom sudu

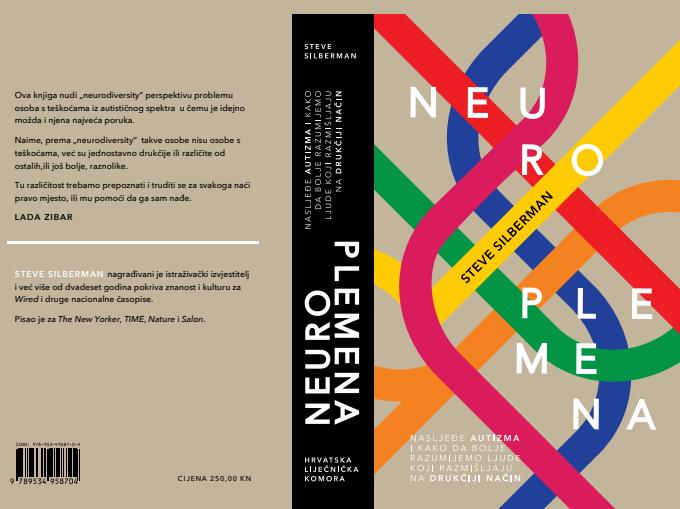
Knjiga o autizmu NEUROPLEMENA

Hrvatska liječnička komora stoji iza prijevoda knjige o autizmu i neuroraznolikosti **NeuroTribes** (hrvatski **Neuroplemena**) američkog autora Stevea Silbermana. Knjiga se bavi poviješću autizma, prikazuje entitet koji je postojao stoljećima prije nas, probleme definicije autizma te društvenog i medicinskog odnosa prema autizmu. Urednici prijevoda su Lada Zibar i Krešimir Luetić, recenzenti su Tomislav Franić i Katarina Pavičić Dokoza, a prijevod potpisuje Višnja Kabaln Borenić.

Knjiga se bavi temom autizma te daje povijesni pregled autističnog ponašanja kao danas prepoznatljivog u onih koji su živjeli prije više stoljeća, poput kemičara Cavendisha iz 18. stoljeća kojemu se pripisuje otkriće vodika i niz drugih važnih otkrića.

Prikazan je povijesni pregled odnosa prema djeci i osobama s teškoćama iz autističnog spektra koji nije bio prikladan u još ne tako davnoj prošlosti, a sam poremećaj kao takav do prije koje desetljeće nije bio niti primjeren definiran niti klasificiran.

Ovo je prilog povijesti medicine i zanimljivo štivo koje može poslužiti kao putokaz u medicinskoj skrbi i društvenoj etici u ovom području.



Prodajna cijena knjige u knjižarama je 250 kn. (Školska knjiga, Verbum, VBZ, Nova stvarnost)

Knjiga se može naručiti i na mail info@aorta.hr

Cijena za članove HLK sada iznosi 180 kn plus dostava.

Prof. dr. sc. BORIS LABAR, dr. med.

Početak transplantacije koštane srži u Hrvatskoj



S prof. BORISOM LABAROM, pokretačem transplantacije koštane srži u Hrvatskoj, razgovarala je Lada Zibar

Umirovljeni ste liječnik, internist, hematolog. Vaše ime je u liječničkim krugovima u Hrvatskoj asocijaciju na transplantaciju koštane srži. U tom ste području „ispisali“ povijest hrvatske medicine. Kako se s današnjim vremenskim odmakom sjećate ključnih događaja koji su prethodili uvođenju ove metode liječenja u našu sredinu?

Transplantacija koštane srži u vrijeme s kraja 70-ih i početka 80-ih godina prošlog stoljeća bila je eksperimentalna metoda liječenja. No odmah se uvidjelo da je transplantacija djelotvorna u liječenju akutnih leukemija. E. Donall Thomas, voditelj transplantacijskog programa u Seattleu (dobjitnik Nobelove nagrade 1990.) pomakao je liječenje transplantacijom u prvu liniju terapije akutnih leukemija. Na taj je način, od neizlječive bolesti od koje su bolesnici umirali u pravilu unutar godine dana, njih 40 - 50 % izlječeno. Broj je i veći kada se govorio o mlađim bolesnicima. U nas je interes za transplantaciju prepoznat također krajem 70-ih godina. Skup tada vodećih hrvatskih hematologa i znanstvenika iz Instituta Ruđer Bošković složili su se da je transplantacija metoda liječenja koju treba primijeniti u našoj kliničkoj medicini. Rad te skupine koordinirao je prof. Milivoj Boranić čija su istraživanja na eksperimentalnom modelu u Hrvatskoj i Nizozemskoj upravo povezana s transplantacijom. Uzgred ovdje treba reći da je Boranić među prvima

opisao antileukemijsku djelotvornost transplantiranih stanicu u miša. Puno kasnije upravo će se ta spoznaja koristiti u liječenju tumora i na jedan je način preteča adoptivne imunoterapije. Prihvaćena je i ustanova gdje će se osnovati Centar i provoditi liječenje, KBC Zagreb. Kolega Bogdanić i ja krenuli smo na stručno usavršavanje u jedan od vodećih Centara u Europi, u Hôpital Saint-Louis u Parizu. Nakon povratka u Zagreb osnovan je transplantacijski tim. Sam postupak liječenja zahtjeva suradnju niza dijagnostičkih i kliničkih struka pa jedna ili dvije osobe ne mogu provoditi samo liječenje. Tako su u našem timu aktivno djelovali i radili liječnici iz Centra za HLA-tipizaciju u odabiru davaljatelja za transplantaciju, liječnici radioterapeuti u fazi pripreme i zračenja cijelog tijela sa ciljem da se unište leukemijske stanice i liječnici transfuziolozi u slučaju potrebe obrade transplantata. Inače, matične stanice dobivene iz koštane srži opetovanim ubodima stražnjega grebena zdjelične kosti, plivaju u krvi. Transplantat se primjenjuje poput transfuzije u razmjerno sporoj infuziji. Nakon transplantacije prati se hematološki oporavak u kojem sudjeluju citomorfolozi. Neobično je važno ustvrditi radi li se o davaljevim stanicama a ne o oporavku bolesnikove koštane srži. Metodama citogenetike, imunologije i molekularne biologije moguće je točno utvrditi jesu li prisutne stanice 100 % davaljeve ili primateljeve ili se radi o tzv. mijesanoj kimeri (mješavini davaljevih i primateljevih stanica). U razdoblju nakon transplantacije javljaju se brojne komplikacije poput infekcija kao što su sepsa, bakterijske, gljivične ili virusne upale pluća, ali i komplikacija koja je spoznata nakon uvođenja transplantacije, nazvana reakcija transplantata protiv primatelja (GvHD), koja ima akutni i kronični oblik bolesti. Kako napada brojne sustave i organe, nužna je koordinacija i zajednički rad mnogih liječnika, od patologa, infektologa, pulmologa, dermatologa, gastroenterologa i ginekologa. Ovaj stresan i vrlo zahtjevan posao ne može i bez psihološke podrške pa je u tim uključen i psiholog, odnosno psihijatar.

Nakon osnivanja tima i odjela sa sterilnim jedinicama, krenulo je liječenje. Prvo liječenje transplantacijom provedeno je 8. veljače 1983. u bolesnika s teškom aplastičnom anemijom. Uskoro će biti 39 godina od prve transplantacije. U to je vrijeme na ovim prostorima, ali i šire, u

susjednim zemljama poput Austrije i Mađarske, zagrebački centar bio jedini koji je liječio transplantacijom.

► Koliko se postupak transplantacije koštane srži promjenio tijekom proteklih desetljeća?

Transplantacija je u posljednjih 40 godina doživjela velik napredak. Ovdje ću naglasiti samo neke. Danas kao izvorište matičnih krvotvornih stanica sve manje koristimo koštanu srž, a sve više matične stanice iz periferne i umbilikalne krvi. Transplantacija se u početku zbog toksičnosti postupka primjenjivala samo u mlađih bolesnika. Danas je modifikacijom pripreme i primjenom ne tako agresivnih programa kemo-radioterapije moguće primijeniti ovo liječenje i u bolesnika do 70. godine života ako nemaju težih pridruženih bolesti. Kao davaljeli sve se češće koriste nesrodnii podudarni davaljeli, a moguće je liječenje i tzv. haploidentičnim srodnim davaljeljima, koji su s bolesnikom podudarni u 50 % antigena tkivne snošljivosti. Uz alogeni koristi se i autologna transplantacija, pri čemu je bolesnik sam svoj davaljelj. Autologna transplantacija omogućuje primjenu intenzivnih programa liječenja a infuzija vlastitih matičnih stanica nakon agresivne terapije omogućuje brzu uspostavu funkcije koštane srži. Ova je metoda djelotvorna ponajprije u limfoma i multiplog mijeloma. Usto su indikacije za liječenje bolje odredene, a potporna je skrb ovako diferentnih bolesnika značajno unaprijedena. Stoga se može reći da ako postoji indikacija za liječenje u pravilu više nije teško naći pogodnog davaljela. Sve što sam naveo radi se u Centru na Rebru. Isto tako treba napomenuti da na transfuziji na Rebru postoji banka umbilikalne krvi kao izvorište matičnih stanica. U Zakladi Ana Rukavina nalazi se vrlo važan Registar dobrovoljnih darivatelja krvotvornih matičnih stanica.

► Koja su etička pitanja vezana uz ovo područje medicine?

Jedno je od temeljnih etičkih pitanja rang lista za liječenje. Broj zahtjeva u početku je značajno premašivao kapacitet Centra za transplantaciju. Stoga je odmah nakon nekoliko transplantacija osnovano Etičko povjerenstvo s ciljem da utvrdi kriterije za liječenje i kriterije hitnosti liječenja, što je regulirano Pravilnikom o liječenju transplantacijom. Povjerenstvo se sasta-

jalo jednom mjesečno i određivalo je, odnosno mijenjalo je listu za liječenje transplantacijom ovisno o hitnosti. Danas kada se transplantacijski program uhodao i kada je u našem Centru moguće liječiti više od 100 bolesnika godišnje, nema više potrebe za rang listom, pa svaki novi kandidat ulazi na listu i liječi se u optimalnoj fazi s obzirom na osnovnu bolest. Bolesnici potpisuju informirani pristanak, uz detaljno objašnjenje o postupku liječenja.

► Koliko je hematoloških središta u Hrvatskoj koja transplantiraju koštanu srž? A kako „ostatak“ hematološke mreže u našoj zemlji sudjeluje u liječenju ovih bolesnika?

Za sada se u Hrvatskoj, koliko znam, transplantacijom liječi u četiri centra. U Zagrebu na Rebru liječi se alogenom i autolognom transplantacijom. U ostala se tri centra, KB-u Merkur, KB-u Dubrava i KBC-u Split, provodi liječenje autolognom transplantacijom.

Transplantacijski tim na Rebru sastaje se jednom tjedno i raspravlja o tijeku liječenja i novim bolesnicima. Svi hematološki centri u Hrvatskoj pismeno predlažu liječenje, a njihovi liječnici mogu prisustvovati sastanku tima i prikazati svoje bolesnike. Potvrđuje se indikacija za liječenje i potom se kreće u traženje podobnog davaljela. Ako nema srodnog davaljela, pretražuju se veliki svjetski registri da se pronađe odgovarajući nesrodnji davaljelj. Pretraživanje u prosjeku traje najdulje 3 do 4 mjeseca. Kada se utvrdi postojanje podobnog davaljela, npr. u Njemačkoj, našem se Centru dostavlja prijedlog kada će se vaditi matične stanice. Obično se uzimaju matične stanice iz periferne krvi. U početku su naši liječnici prenosili transplantat iz inozemstva u Hrvatsku. Odlazili su u određene bolnice u točno dogovoren vrijeme gdje su se vadile matične stanice i prenijeli bi ih u Zagreb pod strogo kontroliranim uvjetima. Danas je to rutina i transplantat brzom poštom obično stigne u Zagreb za 24 sata.

► Koliko može suvremena hematologija promjeniti sudbinu oboljelih od zločudnih hematoloških bolesti?

Uz transplantaciju je posljednjih godina upravo eksplozija novih pristupa liječenja ciljanom terapijom, tzv. pametnim lijekovima, koji atakiraju zločudne tumorske stanice. Sve je veći broj djelotvornih monoklonskih protutijela. No ono što posljednjih godina najviše pobuduje pozornost je primjena CAR T-stanične terapije. Da to ukratko objasnim. T-limfociti na svojoj površini imaju receptor kojim se vežu na antigen određene stanice i sudjeluju u njenoj destrukciji. Antigen na tumorskoj stanici i receptor na T-limfocitima odnose se kao brava i ključ, što znači da svaki antigen ima svoj ključ, jedinstveni receptor na T stanicama. Međutim, ako

T-limfociti nemaju specifičan receptor za određeni antigen tumorske stanice, oni je ne napadaju i ne reagiraju na njih. Stoga T-limfocite treba „naučiti“ da prepoznaju antigen na tumorskoj stanici. Postupak kreće izdvajanjem bolesnikovih T limfocita kojima se u laboratoriju unese gen za receptor nazvan kimerički antigenski receptor – CAR, receptor specifičan za antigen koji se nalazi na tumorskim stanicama. Nakon toga mogu se T limfociti s tim receptorom značajno ekspandirati, i potom vratiti bolesniku kako bi specifično i ciljano uništavale tumorske stanice. U nekim leukemija i limfoma zločudne tumorske stanice imaju na svojoj površini CD19 antigen. Danas je moguće liječenje tih zločudnih tumora s CAR T-stanicama kojima je prethodno ugrađen receptor za CD19. Liječenje je vrlo djelotvorno. Taj tip T stanica ne reagira na tumore s drugim antigenima.

► Kako u hematologiji funkcioniра prijelaz pacijenata iz pedijatrijske hematološke skrbi u skrb hematologa za odraslu populaciju?

Ovdje treba reći da je gornja dobna granica do 18 godina. Međutim, adolescentni, bilo mlađi ili stariji, liječe se i na pedijatriji i na internoj ovisno o tome gdje su započeli liječenje. No u većini slučajeva se bolesnici stariji od 18 godina liječe na internističkoj hematologiji. Treba reći da je upravo u toj graničnoj populaciji usporedljiv rezultata u liječenju akutnih limfocitnih leukemija pokazano da je pedijatrijski program liječenja učinkovitiji od programa liječenja koji su primjenjivali internisti. To je i bio razlog zašto u adolescentnoj populaciji internisti danas primjenjuju pedijatrijski program liječenja.

► U kojoj je mjeri pandemija ugrozila dijagnostiku i liječenje oboljelih od zločudnih hematoloških bolesti?

Nažalost ovdje mogu spekulirati jer u nas takva vrsta praćenja ne postoje. No podaci iz SAD-a, kao i podaci iz Portugala, jasno pokazuju da je u doba pandemije značajno porasla smrtnost od ne-COVID uzroka. U Portugalu je smrtnost od ne-COVID uzroka bila oko 9 % veća u promatranoj razdoblju (ožujak – rujan 2020), nego prethodnih godina u istom razdoblju. Najčešći uzroci smrtnosti bile su kardijalne i neurološke bolesti, te zločudni tumori.

► Kad biste mogli utjecati na „političke“ odluke u ovoj kriznoj situaciji, što biste ključno predložili?

Iako jeiza mene puno godina, ja sam i dalje naivan kada je o politici riječ, ali ču vam odgovoriti na pitanje. Prvo bih puno veću važnost u donošenju odluka dao struci i stručnjacima. Drugo, uključio bih više stručnjaka eksperata za pandemiju koji su, po meni, marginalizirani. Jeste li ikad čuli da je netko na postavljena stručna, ali i druga pitanja, rekao da ne zna, ali da će pitati eksperta i tada konkretno odgovoriti? Imate dvoje liječnika u stožeru koji, izgleda, da sve znaju. Što manje improvizacija, ali i netočnih odgovora najvažniji je „lijek“ u nastojanju da ti javnost vjeruje. Jednom kada se donesu mjeri, pa kakve god one bile, moraju vrijediti za sve, a ne samo za neke. Na tome bih inzistirao. **Za mene ne bi bio nikakav problem proglašiti cijepljenje obaveznim.**

► Kako gledate na ulogu umirovljenih liječnika, poput vas, u suvremenoj medicini? Može li se zvanje poput vašega „umir(ov)iti“?

Ovo pitanje ima lice i naličje. Starija životna dob nosi mudrost, strpljenje i iskustvo. No svakako se dijelom gubi kreativnost i, što je posebno važno, potreba da se sagledaju stvari dugoročno. Stoga mi stariji uglavnom razmišljamo od danas do sutra i po nama velike promjene nisu baš poželjne. Jasno, uvijek ima iznimaka. Nažalost, mi smo još uvijek sredina koja ne zna i ne može problem rješavati na temelju određenih kriterija, već se isključivo kao rješenje nudi načelo „ili svi ili nitko“. COVID pandemija mnogo je toga promijenila pa će u buduće odlazak u mirovinu sve više ovisiti o biološkoj a ne kronološkoj dobi.

Dok sam bio mlađi i ja sam često razmišljao zašto ti „starci“ ne odlaze u mirovinu i otvore prostor mlađima. Srećom to nisam zaboravio i sa 65 godina (kao zaposlenik Fakulteta mogao sam ostati do 70) otiašao sam u mirovinu. Ali sada radim u privatnoj ambulanti tri puta tjedno, imam više vremena za bolesnike, pratim što se događa u hematologiji i ne osjećam se nepotrebnim što je, mislim, za nas starije osjećaj s kojim se treba suočiti i prihvati ga na ispravan način. I dalje mi je medicina poticaj i zadovoljstvo kada mogu nekome pomoći.

U svoje vrijeme uvijek sam se grozio kada je za šefove jedan od mogućih razloga produženja, odnosno neodlaska u mirovinu, bila rečenica: „Nema ga tko zamjeniti“. **Nema nezamjenjivih, a s druge strane, ako ga nema tko zamjeniti što je radio puste godine?! Uspješnost nekoga šefa u prvom se redu procjenjuje brojem naslijednika.**

► Tko je Boris Labar?

Pa, Boris Labar je zagrebački Zadranin koji vuče korijene iz Biograda na moru. Već kao dijete povezao se s vodenim sportovima, ponajprije vaterpolom. U zreloj životnom razdoblju vaterpolo je bio potreban bijeg od stresa u medicini. Uz moju obitelj su medicina i vaterpolo druge dvije ljubavi. Moja supruga Željka također je liječnica. Dva sina podarili su mi petero unuka. U ovoj životnoj fazi i dalje s njima dijeлим probleme i radosti, posebno s unucima.



DONOSE OSMIJEH DJECI NA LIJEČENJU U BOLNICU

PETRA BOKIĆ, Crveni nosovi, Zagreb

Već jedanaest godina članovi udruge **CRVENI NOSOVI klaunovidoktori** pomoći umjetnosti profesionalnog klauniranja, humora i smijeha, pružaju psihosocijalnu podršku onima koji se nalaze u teškim životnim prilikama. Budenjem životne radosti, osnažuju djecu na liječenju u bolnici, njihove roditelje, starije i sve one kojima je to najpotrebnije.

Velika su podrška i pomoći u prihvaćanju situacije, nošenju sa strahovima, nesigurnostima i dosadom. Osluškujući potrebe djece i njihovih roditelja, klaunovidoktori redovito posjećuju devet bolnica zahvaljujući podršci svojih donatora. Priznanje za svoj neumorni rad primili su 2012. godine dobivši nagradu Ponos hrvatske za humano djelo.

Tko su klaunovidoktori?

Klaunovidoktori su umjetnici, educirani profesionalni izvođači, sposobljeni za rad s bolesnom djecom, starijima i nemoćnima te s djecom i mladima s poteškoćama u razvoju. Nisu liječnici, ali nisu ni volonteri, jer rad u specifičnim uvjetima zahtijeva radno vrijeme i potpunu predanost, edukaciju te rad i razvoj na sebi. Svaki klaundoktor prošao je proces audicije i obuke za rad u osjetljivom bolničkom okruženju. Osim umjetničkih vještina, educiraju se i na području psihologije, sociologije, pedagogije, komunikologije, a nužno je i poznavanje bolničkih postupaka. Nakon što dobiju zeleno svjetlo za rad u zdravstvenim ustanovama, klaunovidoktori usko surađuju s medicinskim osobljem kako bi ublažili tjeskobu i strah koje osjećaju hospitalizirana djeca i njihove obitelji. No, ni tada edukacija ne prestaje. Postupci i edukacije koje klaunovidoktori usvajaju odredene su Crvenonosnim **Kurikulumom**, a njihovu edukaciju propisuje i prati **Međunarodna škola humoru u Bečeju** (International School of Humor), koja djeluje pod okriljem međunarodne organizacije **RED NOSES Clowndoctors International**.

Uz dobar smisao za humor koji je prirođan svakom klaunu, on je i biće koje se kroz svoju umjetničku i životnu vještinu ogoljuje te svakome pristupa bez predrasuda, ranjivo,

nespretno i nadasve iskreno. Zato se svako dijete i svaki kojima klaundoktor pristupi, mogu s njime podsvjesno povezati i iskreno mu se nasmijati. Upravo je to smisao i snaga svake posjete bolnici, jer djeca i njihovi roditelji, uz klaunsku intervenciju, uspjevaju ponovno pronaći trenutke životne radosti i snage, što dovodi do lakšeg prihvaćanja teških situacija u kojima se nalaze.

Povijest klaunova u bolnicama

Klaunovi su prisutni u bolnicama još od vremena Hipokrata jer su i tada liječnici smatrali da dobro raspoloženje pozitivno utječe na proces ozdravljenja. U novije vrijeme prisutnost profesionalnih klaunova koji rade u bolnicama kao dio zdravstvenog tima započelo je prije trideset godina. Godine 1986. započinje era klaunske terapije kada su Karen Ridd u Winnipegu i Michael Christensen u New Yorku, neovisno jedan o drugom, započeli praksu prisutnosti klauna u pedijatrijskim bolnicama. Karen Ridd, klaunesa Robo, specijalistica za dječji život, osnovala je prvi kanadski terapijski klaunski program u Dječjoj bolnici Winnipeg. Gotovo istovremeno, Michael Christensen, poznati klaun Big Apple Circus, nastalog u New Yorku, osnovao je Big Apple Circus Clown Care, nakon što mu je brat hospitaliziran u Prezbiterijanskoj bolnici u New Yorku. Tijekom boravka u bolnici često su ga posjećivali kolege koji su mu dolazili u sobu odjeveni u svoje uobičajeno klaunsko odijelo. Medicinsko osoblje primijetilo je kako dolazak klaunova u bolnicu blagotvorno utječe i na ostale hospitalizirane pacijente jer su ih ovi čudni i neobični posjetitelji zabavljali i nasmijavali.

Najznačajniji ishod posjeta bio je taj da su se pacijenti osjećali sretnije, a kako im se raspoloženje popravljalo, morali su uzimati manje lijekova. Potaknut viđenom dobrobiti, Michael, čije je klaunovsko ime bilo gospodin Stubbs, odlučio je raditi u paru s još jednim klaunom. Tako su 1986. godine na bolničke odjele ušli prvi zdravstveni klaunovi i započeli eru klaunovskih terapija u

SAD-u. Dr. Stubbs i drugi umjetnici Big Apple Circusa, stvorili su trenutke užitka kako bi animirali djecu tijekom hospitalizacije na pedijatrijskim odjelima. Zatim su osnovali i prvu stabilnu jedinicu za podršku koju čine klaunovi, Clown Care Unit. Ovaj događaj pratili su i drugi klaunovi u Bostonu, Los Angelesu, San Franciscu i diljem SAD-a. U nekoliko mjeseci provedeno je još sedamnaest projekata u pedijatrijskim bolnicama raspoređenih po cijeloj zemlji, u kojima je sudjelovalo oko devedeset profesionalnih klaunova i dvjesto tisuća pacijenata. Sva ta iskustva djelovala su kao katalizator za mnoge programe diljem svijeta pa su osnovana i druga udruženja klaunova u zdravstvu, uključujući Francusku, Njemačku, Veliku Britaniju, Italiju, Španjolsku, Švicarsku, Austriju, Kanadu, SAD, Australiju, Brazil, ali i Hrvatsku. Mnogi klaunovi su iz svijeta cirkusa otišli u bolnice i zdravstvene ustanove kako bi radili kao zdravstveni klaunovi. Tako je i 1994. godine u Austriji osnovana neprofitna organizacija RED NOSES, a 2003. godine pokrenuta je i međunarodna organizacija RED NOSES International. Njezinim djelom su i **CRVENI NOSOVI klaunovidoktori, osnovani 2010. godine, na inicijativu Zorana Vukića, prvoga profesionalnog klauna u zdravstvu u Hrvatskoj, doktora Ludeka**.

CRVENI NOSOVI klaunovidoktori dio su međunarodne priče

Danas je RED NOSES International jedna od najvećih organizacija klaunova koji rade u zdravstvu na svijetu, s lokalnim organizacijama u jedanaest zemalja. Udruga CRVENI NOSOVI klaunovidoktori od svog osnutka svoje je djelovanje, od redovitih bolničkih posjeta na dječjim odjelima u Zagrebu, proširila i na druge gradove u Hrvatskoj. Čvrsto utemeljena, nacionalno priznata i cijenjena u široj javnosti, udruga djeluje timovima u **Zagrebu, Splitu, Rijeci i Osijeku** te broji dvadeset i šest klaunodoktora. Krovna organizacija CRVENIH NOSOVA klaunovadoktora okuplja tim profesionalaca koji operativno i umjetnički

podupiru razvoj programa, a u njegovom sklopu djeluje i spomenuta Međunarodna škola humora u kojoj klaunovidoktori usvajaju i nadograđuju umjetnička znanja s vrhunskim umjetnicima i učiteljima klaunske umjetnosti. Razmjena iskustava s ostalim partnerskim organizacijama daje dodatnu vrijednost CRVENIM NOSOVIMA i znanje koje usmjeravaju usavršavanju i profesionalnoj izvrsnosti, kako bi klaun jednog dana bio prisutan u svakoj bolnici za svako dijete.

Programi CRVENIH NOSOVA klaunovadoktora u zdravstvu

Klaunovidoktori do sada su donijeli osmijeh na više od **210 000 lica**, što svjedoči rasprostranjenosti misije koju provode. Sa svojim redovitim posjetima djeci u bolnici nisu tek povremeni gosti, već stalno prisutni prijatelji na koje se djeca i njihovi roditelji mogu osloniti kad im je najteže. S početkom pandemije došlo je do brojnih promjena, no vrlo brzo su pronašli načine kako doskočiti situaciji te su nastavili donositi osmijeh i za vrijeme potpunog zatvaranja. Razne društvene mreže i platforme te ponajviše upornost, omogućile su im da se klaun pokaže na malim ekranima i tako dođe do djece u bolnici, ali i do djece koja su u tom trenutku bila na kućnom liječenju. S otvaranjem bolnica i dječjih odjela klaunovi su se vratili svojoj primarnoj misiji te trenutno posjećuju KBC Zagreb, KBC Sestre milosrdnice, Dječju bolnicu Srebrnjak, Kliniku za dječje bolesti Zagreb, Polikliniku za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, KBC Rijeka, KBC Osijek, KBC Split i Opću bolnicu Vinkovci. Klaundoktorske posjete u bolnicama odvijaju se u redovno radno vrijeme, prema unaprijed dogovorenom rasporedu s odgovornim osobama, uz prihvatanje svih pravila ustanova koje posjećuju. Iako klaunovska posjeta sadrži elemente animacije, ona je mnogo složenija. Klaunovidoktori u bolnicu dolaze u paru s glavnim revizitima: umjetnosti, humorom, igrom i emocijama. Klaun u bolničkoj sobi stvara okruženje u kojem igra i djetinjstvo imaju veću snagu od dijagnoza i straha te uvijek stavljaju djece ispred njegove bolesti i na trenutke mu vraća život kakav je vodilo prije ulaska u bolnicu. Uvijek se otvara onima koje susreće. Njegova iskrena emocija dozvoljava djeci da i sami iskažu svoju radost ili tugu. Klaun djetetu pruža sigurno okruženje u kojemu se može izraziti, a onda ga svojim jedinstvenim kreativnim pristupom uči kako da svoju bol preobravi u snagu. Uz psihosocijalnu podršku koju pružaju, i obitelji djece



koje se suočavaju s bolešću, kao i medicinsko osoblje bolnice, osnažuju se za daljnju borbu. Stalna prisutnost klaunovadoktora u bolnici stvara radost i poticajan ugodaj koji je nužan za oporavak.

Nakon godina djelovanja u bolnicama, klaunovidoktori uočili su potrebu za klaunovskom intervencijom i u laboratorijima, dnevnim bolnicama, kirurškim i ortopedskim ambulantama te čekaonicama hitne pomoći. Uz redovit program uvode i neke posebne programe kao što je Intenzivan osmijeh, gdje jedan klaundoktor šest sati dežura i po potrebi te pozivu medicinskog osoblja, intervenira smirujući djece i odvraćajući mu pažnju od nelagodne pretrage. Zanimljiv je i program **Cirkus Pacijentus** za djecu koja se nalaze na dugotrajnom bolničkom liječenju. Radionice cirkuskih vještima s djecom završavaju peti dan s predstavom za roditelje, prijatelje i medicinsko osoblje. Cilj je ovog programa vratiti djeci doticaj sa životom koji postoji izvan bolnice i dokazati im da, unatoč trenutačnim prilikama, i dalje mogu imati svoje djetinjstvo i osjećati se radosno i bezbrižno. CRVENI NOSOVI klaunovidoktori željno iščekuju povratak ovim dvama programima, čim im prilike nastale pandemijom koronavirusa to dozvole.

Svoj fokus na onome što rade, dokazuju i programom Humor u zdravstvu koji su osmislili za liječnike i medicinske sestre, bez obzira jesu li aktivni u sustavu zdravstva ili su još uvijek u postupku školovanja. Cilj im je podići svijest o značenju humora koji pomaže u liječenju, posebice djece, jer humor ruši krute barijere između zdravstvenog osoblja i pacijenata, otvara vrata

dijalogu i postaje pozitivna snaga u lakšem svladavanju teških trenutaka. Program redovito provode za učenike i učenice viših razreda Škole za medicinske sestre Vinogradarska. Kroz program uče o vrstama humor-a, primjerenost humor-a u različitim prilikama, a u radioničkom dijelu programa nude im niz praktičnih alata i savjeta kako se humorom poigrati u svakodnevnom radu s djecom.

Stručnjaci o potrebi humora, smijeha i klauna u bolnici

U rujnu 2020. godine, CRVENI NOSOVI klaunovidoktori organizirali su online panel-diskusiju „Umjetnost klauna povezuje kulturu, zdravlje, znanost...“ pod pokroviteljstvom Ministarstva kulture, koja je okupila brojne stručnjake. Cilj panel-diskusije bio je okupiti stručnu javnost iz različitih područja te istaknuti značenje povezivanja te suradnje kulture i zdravstva u ostvarivanju dobrobiti za najosjetljivije skupine društva, posebice djece koja se nalaze na liječenju u bolnici.

Rečeno je da smijeh pozitivno utječe na cjelokupno psihofizičko zdravlje, smanjuje razinu hormona stresa, povećava razinu endorfina te smanjuje razinu osjećaja болi. Stimulira i imunosni sustav, što je važno i u ovo vrijeme pandemije.

Humor i ležerniji pristup ima višestruke ishode kako na osobu tako i na njezino okruženje, roditelje, braću, sestre, susjede. U kriznim situacijama humor je onaj element koji nas izvlači.

„Suradivali smo i surađivat ćemo i dalje s Crvenim nosovima“, istaknula je prof. prim. dr. sc. Jasminka Stepan Giljević, predstoj

>>

nica Zavoda za hematologiju i onkologiju „Dr. Mladen Ćepulić“ te je istaknula važnost klaunovadoktora: „Bez obzira na fazu liječenja u kojoj se dijete trenutačno nalazi, svaki je osmijeh jednako vrijedan“.

Programi CRVENIH NOSOVA klaunovadoktora izvan zdravstvenog sustava

Osluškujući potrebe onih koje posjećuju, njihovih obitelji, stručnog osoblja, ali i svojih donatora i partnera, provode i druge redovite i posebne programe, imajući na umu da je potreba za radošću prisutna i izvan bolničke sobe.

Redovito posjećuju domove za starije i nemoćne diljem zemlje s klaun paradama i nastupima crvenonosnog glazbenog sastava **Ni Neki Bend**. Nakon višegodišnjih redovitih posjeta domovima za starije i nemoćne, osmisili su program **Cirkus Varijete**. Radijnice jednostavnih cirkuskih vještina na kojima korisnici domova, uz pomoć klaunovadoktora, imaju priliku ponovno probuditi svoje talente sa svojim prijateljima iz doma, osmislići cirkusku predstavu.

Redoviti su posjetitelji i dječjim domovima koji skrbe o djeci bez roditelja ili odgovarajuće roditeljske skrbi. Provode i **Karavan orkestar**, poseban program u obliku interaktivne glazbene predstave klaunovadoktora. Prilagođen je za djecu s teškoćama u razvoju, a izvode ga uživo u rehabilitacijskim središtima diljem Hrvatske, ali i online od pojave pandemije.



Program se odlikuje suptilnim pristupom, jednostavnom i gotovo neverbalnom komunikacijom koju ostvaruju s djecom, ostavljajući im prostor za reakciju, u kojem god obliku ona došla.

Posebno značenje misije koju provode CRVENI NOSOVI klaunovadoktori vidljiv je i u Sisačko-moslavačkoj županiji, koju posjećuju programom Lokalni Emergency Smile (**Hitni osmijeh**) još od početka siječnja 2020. godine, nedugo nakon velikog potresa u Petrinji. Ljudima na potresom pogodjenom području pružaju psihosocijalnu pomoć na njima jedinstven način,

snagom osmijeha i humora koji u ljudima budi snagu i čini ih otpornijima.

CRVENI NOSOVI klaunovidoktori je udruga koja teži zdravijem i humanijem društvu te tako pridonosi dobrobiti svih ljudi budeći životnu radost, osobito u teškim i kriznim trenucima. U posebnom fokusu su im djeca koja se nalaze na liječenju u bolnici. Klaun i dijete stavljaju igru i smijeh ispred djetetove bolesti i na trenutak vraćaju djetinjstvo na njegovo pravo mjesto. Provodeći svoju misiju, klaunovi ju svakodnevno i žive.

petra.bokic@crveninosovi.hr

Borzan traži zabranu prodaje energetskih pića maloljetnicima

Potpredsjednica SDP-a, potpredsjednica socijalista i demokrata u Europskom parlamentu te europarlamentarka, liječnica, Biljana Borzan, zatražila je krajem 2021. od ministra zdravstva Vilija Beroša da zakonom zabrani prodaju energetskih pića maloljetnicima i time ispunи obećanje koje dao polovicom prošle godine.

Podsjetimo, ministar Beroš je tada kazao da će regulirati to pitanje nakon tragične smrti djeteta koje je umrlo nakon konzumacije energetskog pića. Borzan smatra da bi zabrana prodaje bila mnogo učinkovitija i pravednija od poreznih rješenja, navodeći kako u dijelu europskih zemalja postoje slične zakoni.

PBZ NENAMJENSKI KREDITI ZA LIJEČNIKE

POSEBNA PONUDA OD 31.1. DO 26.2.2022.

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 31.1. do 26.2.2022. za realizaciju PBZ nenamjenskog kredita do 300.000 kuna uz fiksnu kamatnu stopu te bez naknade za obradu kreditnog zahtjeva.

Kod ugovaranja PBZ nenamjenskog kredita možete ugovoriti preskok (poček otplate) anuiteta ili rate kredita. Tako ako vam tijekom otplate kredita zatreba kratak predah, slobodno možete pauzirati anuitet ili ratu kredita. Za ugovaranje i korištenje preskoka ne naplaćuje se naknada, a prvi preskok može se koristiti nakon isteka prvih šest mjeseci otplate kredita.

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

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 mjesecnim 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		
Rok otplate kredita		
7 godina		
Naknada za obradu kreditnog zahtjeva		
bez naknade		
Jednokratna premija osiguranja korisnika kredita (CPI) ⁶	3.861,90 HRK	-
Fiksna kamatna stopa	2,70% ¹	3,20% ¹
Efektivna kamatna stopa (EKS)	4,30% ²	4,84% ²
Mjeseci anuitet	980,89 HRK	997,77 HRK
Ukupan iznos kamate za razdoblje otplate	7.563,43 HRK	9.012,90 HRK
Ukupan iznos za otplatu	86.425,33 HRK ⁴	87.874,80 HRK ⁴
	83.141,48 HRK ⁵	84.596,87 HRK ⁵

¹Prikazane su najviša i najniža moguća fiksna kamatna stopa. Visina kamatne stope ovisi o individualnom odnosu klijenta s PBZ-om te uvjetima kredita. Individualni odnos klijenta i PBZ-a temelji se na procjeni kreditnog rizika klijenta i ukupnom poslovanju klijenta i PBZ-a.

²EKS 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.

³EKS 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.

⁴Ukupan iznos za otplatu uključuje iznos glavnice kredita, kamate obračunate do kraja otplate kredita uvećane za iznos interkalne kamate za razdoblje od mjesec dana te jednokratnu premiju za policu osiguranja korisnika nenamjenskog kredita (CPI).

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

⁶Osiguranje 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/pokriće jednak 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 31.1. DO 26.2.2022.

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 2021. i 2022. godine).

Kamatne stope iskazane su kao godišnje kamatne stope.

¹Visina kamatne stope ovisi o individualnom odnosu klijenta s PBZ-om te uvjetima kredita. Individualni odnos klijenta i PBZ-a temelji se na procjeni kreditnog rizika klijenta i ukupnom poslovanju klijenta i PBZ-a.

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

³EKS je izračunat za iznos kredita 75.000,00 HRK, bez naknade, 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**

TRANSPLANTACIJA SOLIDNIH ORGANA i u pandemiji perjanica hrvatske medicine

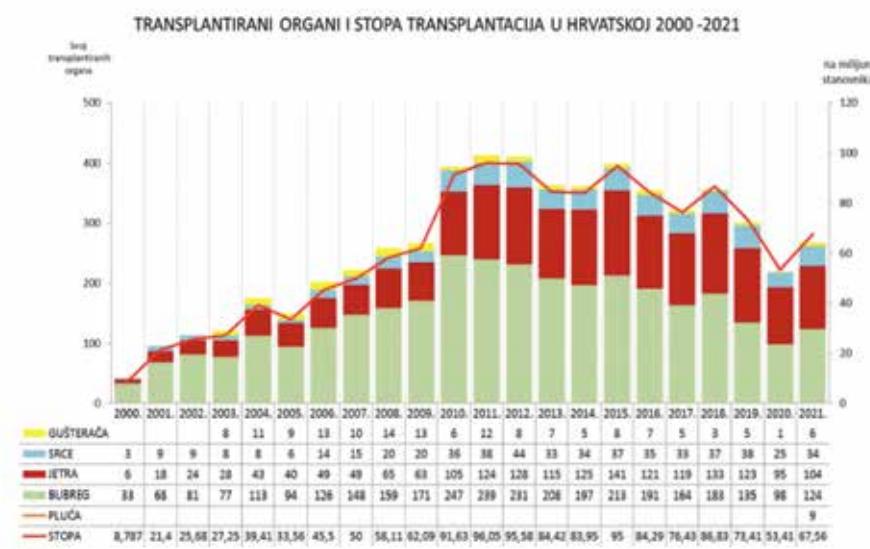
Pripremila LADA ZIBAR

Frustrirani već dvogodišnjim trajanjem pandemije s nesigurnošću provjeravamo izvješća o pozitivnim statističkim trendovima u medicini, u uvjetima traženja ravnoteže između zaštite bolesnika od zaraze sada više ne novim koronavirusom s jedne strane i neuskraćivanja najboljeg postupka liječenja za oboljele od zatajenja solidnih organa. Svi smo svjesni i mnogih drugih problema koji otežavaju izvedbu transplantacijskih postupaka, a odnose se na organizaciju prostora i kadrova, s obzirom na prenamjenu mnogih bolničkih dijelova u COVID odjele i na nedostatak kadra u transplantacijskim timovima zbog angažmana u COVID-u, obolijevanja od COVID-19 ili izolacija zbog kontakta s oboljelima. U svome poslu transplantacijski su liječnici bili izloženi ne samo medicinskim i organizacijskim izazovima, već i etičkim dvojbama s jedinstvenim ciljem – *primum nil nocere!*

S ponosom vas upućujemo na sljedeće grafikone, koji govore više od riječi.

Sva transplantacijska središta i programi za sve organe nastavili su raditi tijekom pandemije. Transplantacijski programi u našoj zemlji su u prethodnoj pandemskoj 2021. godini ostvarili trend porasta broja transplantacija solidnih organa približavajući se prijepandemskoj razini. I ne samo to, Hrvatska je te iste godine dobila još jedan, vrlo zahtjevan, transplantacijski program – transplantaciju pluća.

O ovim uspjesima ali i problemima donosimo dojmove transplantacijskih liječnika.



TRANSPLANTACIJE ORGANA U TRANSPLANTACIJSKIM CENTRIMA 2021



Doc. dr. sc. Stipislav Jadrijević, dr. med., kirurg i voditelj transplantacijskog programa za simultanu transplantaciju bubrega i gušteraca, KB Merkur, Zagreb

„Iako je 2021. bila pandemiska godina, transplantacijski program u Hrvatskoj je bio na zavidnoj razini. Održali smo

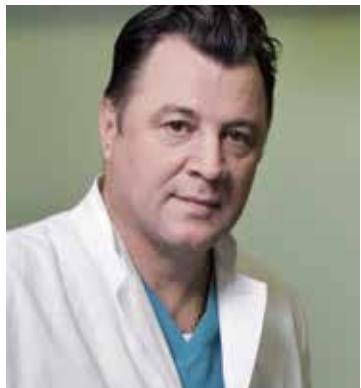
transplantaciju gotovo svih organa na razini koja se približava onoj iz 2019. A broj transplantiranih gušteraca koje transplantiramo istodobno s bubregom je bio čak i veći. Pri tome smo se strogo držali protupandemskih mjera, a svi su primatelji kao i darovatelji bili testirani na SARS-CoV-2. Imunosupresivni pristup nije mijenjan.“

Prim. dr. sc. Dinko Škegro, dr. med., nefrolog i voditelj transplantacijskog programa za transplantaciju bubrega, KB Merkur, Zagreb

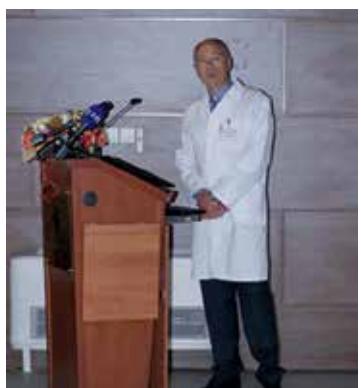
„Ako usporedimo dvije pandemijske godine, mogli bismo zaključiti da smo u 2020. godini bili preoprezni jer smo svi pre malo znali o opasnosti novih okolnosti. Te godine smo imali manji broj transplantacija bubrega. U 2021. godini smo na temelju iskustva zaključili da su ishodi transplantacija u prethodnoj godini bili dobri, zbog čega smo bili hrabriji, pa smo u protekljoj godini u KB-u Merkur imali čak 51 transplantaciju bubrega, što je čak više nego prije pandemije, s dobrim ishodom. U pojedinačnim smo situacijama timski procjenjivali rizike i tome se prilagođavali. Provodili smo i transplantacije sa živih darivatelja, no ipak rijde, s obzirom da se takav zahvat može vremenski planirati. Kandidatima za transplantaciju sustavno smo preporučili cijepljenje protiv SARS-CoV-2. U režimu poslijetransplantacijskih kontrola koristili smo se i telededicinom kako bismo smanjili izloženost pacijenata zarazi.“

Akademik Željko Kaštelan, urolog i voditelj transplantacijskog programa za transplantaciju bubrega, KBC Zagreb, Zagreb

„Transplantacijski program za bubreg u KBC-u Zagreb ostvario je 43 transplantacije u 2021. godini, identičan broj kao i prethodne, prve „COVID“ godine, 2020. Pandemija COVID-19 značajno se osjetila i unutar Eurotransplanta, poglavito smanjenjem programa transplantacija s moždano-mrtvih darivatelja i otežanom međunarodnom razmjrenom organa. Značajni su bili i problemi zrakoplovnog prijevoza alociranih organa. Napokon, problemi vezani uz izloženost zarazi SARS-CoV-2 i infekciju bolesnika na dijalizi doveli su nerijetko do odbijanja alociranih organa. Zbog teške epidemiološke situacije u zemlji i prodora virusa u KBC Zagreb nekoliko puta smo bili primorani privremeno obustaviti program transplantacije bubrega



Doc. dr. sc. Stipislav Jadrijević, dr. med.



Prim. dr. sc. Dinko Škegro, dr. med.



Akademik Željko Kaštelan

na tjedan dana. Od provedene 43 transplantacije bubrega protekle godine značajno je napomenuti da nitko od transplantiranih bolesnika nije zaražen SARS-CoV-2 u ranom poslijetransplantacijskom tijeku. Obrada bolesnika na dijalizi za „listu“ za transplantaciju također je nesmetano funkcionirala i, što je važno za naglasiti, broj bolesnika na „listi“ čekanja nije značajnije porastao. Zaključno, možemo reći da je 2021. g. program transplantacije bubrega u KBC-u Zagreb protekao sigurno u neposrednom poslijetransplantacijskom tijeku za sve naše transplantirane bolesnike, a manji broj provedenih transplantacija zbog navedenih razloga nije rezultirao povećanjem broja bolesnika na „listi“ čekanja. Naš entuzijazam i želja za dalnjim poboljšanjem programa čak i u ovim teškim uvjetima pandemije niti u jednom trenutku nije bila upitna.“

Prof. dr. sc. Tajana Filipek Kanižaj, dr. med., pročelnica Zavoda za gastroenterologiju, KB Merkur, iz transplantacijskog tima za jetru KB-a Merkur

„Pandemija COVID-19 unijela je jedinstvene promjene i nametnula ogroman teret na sve aspekte zdravstvenog sustava. Bez obzira na činjenicu kako je transplantacija jetre vitalna procedura i jedina metoda liječenja dijela bolesnika s terminalnim bolestima jetre, preliminarni podaci ukazuju kako je u mnogim zemljama svijeta došlo do značajnog smanjenja postupaka nakon izbijanja pandemije. Iako se pokazalo da je broj transplantiranih organa prema mjesecima u Republici Hrvatskoj direktno obrnut broju oboljelih i potrebi za skrbi o bolesnicima teško oboljelima od COVID-19, zahvaljujući požrtvovnosti stručnjaka KB-a Merkur održana je zavidna aktivnost ovog važnog programa i u pandemiskim godinama. Usprkos svim izazovima potrebe za neposrednom angažiranosti članova transplantacijskih timova u borbi s COVID-om, u KB-u Merkur je u 2020. godini učinjeno 86 transplantacija jetre, a u 2021. 96, pri čemu 5 simulta-

nih transplantacija jetre i bubrega. Iako se broj transplantacija jetre u KB-u Merkur u 2020. godini smanjio za 23 % u odnosu na 2019., ono što budi optimizam je činjenica da je u 2021. godini porastao za 8 % u odnosu na prethodnu godinu. Osim organizacijskih izazova i utjecaja obolijevanja od COVID-19 kandidata za transplantaciju jetre na potrebu odgode postupka, možda najizraženiji učinak na smanjenje transplantacijskih aktivnosti ima smanjenje broja raspoloživih donora za transplantaciju jetre u pandemiji (u 2019. on je iznosio je 34,1, dok u 2020. 25,1, odnosno u 2021. 29,5 na milijun stanovnika). Nedostatak se nastojao kompenzirati povećanjem iskorištenosti ponuđenih organa, koji je posljednjih godina u stalnom porastu (2019. vs 2020. vs 2021.: 86 % vs 90 % vs 92 %). Transplantacijski program možda je jedan od oglednih primjera kako je pandemija COVID-19 utjecala na dostupnost liječenja ostalih bolesnika. Unatoč svim našim naporima smanjenje ukupnog broja raspoloživih donora produžilo je vrijeme čekanja na „listi“ za transplantaciju jetre (medijan čekanja u 2019. iznosio je 33 dana, u 2020. 32 dana, a u 2021. 87 dana). Posljedice je uočen i porast težine jetrene bolesti (MELD-a) kandidata na „listi“ čekanja. Došlo je i do promjene strukture osnovnih indikacija za postupak transplantacije jetre, uz porast udjela bolesnika s akutnim zatajenjem jetre (2019. vs 2020. vs 2021.: 8 % vs 18,4 % vs 11,4 %) i zločudnim bolestima (2019. vs 2020. vs 2021.: 26,5 % vs 20,6 % vs 35,8 %) te smanjenjem onih s alkoholnom cirozom (2019. vs 2020. vs 2021.: 34,5 % vs 28,7 % vs 21,4 %). Nadalje, broj bolesnika obrađenih i novoregistriranih za postupak transplantacije jetre pao je za 5 %, od pacijenata u aktivnom statusu na „listi“ čekanja broj transplantiranih pao je za 8 %, a umrlih i nepodobnih za transplantaciju jetre porastao je za 7 %. Važno je istaknuti da optimizam budi pozitivan trend broja transplantacija u 2021. godini koji je održao KB Merkur na prvoj poziciji na transplantacijskoj karti RH. Izvrsni rezultati programa čak i u vrijeme jednog od najvećih zdravstvenih izazova za čovječanstvo govore o entuzi-



Prof. dr. sc. Tajana Filipec Kanižaj, dr. med.



Doc. dr. sc. Danko Mikulić, dr. med.



Doc. dr. sc. Tomislav Kopjar, dr. med.

jazmu, profesionalnim i organizacijskim kvalitetama cijelog transplantacijskog tima KB-a Merkur.“

Doc. dr. sc. Danko Mikulić, dr. med., kirurg iz transplantacijskog tima za jetru, KB Merkur, Zagreb

„Za razliku od 2020., prve pandemiske godine, kada su hrvatski programi transplantacije jetre u jednom kratkom razdoblju vršili transplantacije samo kod hitnih indikacija, u cijeloj 2021. godini su se transplantacije vršile neometano za sve bolesnike. Naravno, ukupni broj transplantacija je i prošle godine bio nešto niži od prijepandemiskih godina, što je prvenstveno posljedica pritiska pandemije na donorska središta i manjeg broja donora. Međutim, uzimajući u obzir sve teškoće (medicinske, organizacijske, kadrovske) s kojima se donorski i transplantacijski programi susreću u vrijeme pandemije, vidljiv je oporavak u odnosu na 2020. godinu i mislim da možemo biti vrlo zadowoljni rezultatima u 2021. Sam broj transplantacija jetre je bio oko 10 % veći nego u 2020., što ukazuje na čvrstoću i prilagodljivost donorskog i transplantacijskog programa u zahtjevnim uvjetima pandemije. Rezultati preživljjenja presadaka i bolesnika su bili na razini ranijih godina. I dalje bilježimo porast dobi kadaveričnih donora za jetru pri čemu je Hrvatska sa srednjom dobi donora od 62 godine na vrhu, kako u zemljama Eurotransplanta, tako i u svjetskim okvirima. Broj bolesnika na listi čekanja za transplantaciju jetre se prošle godine povećao za oko 10 %, a među indikacijama bilježimo sve veći udio hepatocelularnog karcinoma nakon što je uspješno dobivena bitka s hepatitisom C kao uzrokom kronične jetrene bolesti. Za najmanje bolesnike aktivan je program split transplantacije jetre u djece, u suradnji KB-a Merkur i KBC-a Zagreb.“

Doc. dr. sc. Tomislav Kopjar, dr. med., kirurg iz transplantacijskog tima za transplantaciju pluća, KBC Zagreb, Zagreb

Liječenje završne (nemaligne) plućne bolesti oduvijek je bio izazov za struku.

Dah života za ove pacijente završava kada su iscrpljene sve druge mogućnosti liječenja. Dok mnogi nažalost podlegnu raznim oblicima uznapredovale bolesti, dio njih su kandidati za transplantaciju pluća. Unatoč svim naporima struke i čovječanstva općenito protekla 2021. godina i dalje je ostala u sjeni pandemije uzrokovane koronavirusnom bolešću. Međutim, ne smijemo dozvoliti da nam to zasjeni sve dobre trenutke i dostignuća koja su se potkrnala „ispod radara“ u protekloj godini, a bilo ih je. Osobito važan trenutak za Hrvatsku je početak programa transplantacije pluća.

Ranije su bolesnici s uznapredovalim plućnim bolestima morali putovati izvan Hrvatske radi liječenja kada je jedini preostali modalitet bila transplantacija. Sretan sam da je nakon prve bilateralne transplantacije pluća, koja je uspješno izvedena u travnju 2021. u bolesnika s uznapredovalim emfizemom, do kraja godine u KBC-u Zagreb izvedeno još



Prof. dr. sc. Igor Rudež, dr. med.

osam transplantacija pluća pa smo 2021. zaključili s devet uspješnih transplantacija. Osim bolesnika s plućnim emfizemom transplantirani su i bolesnici s drugim indikacijama poput cistične fizbroze, plućne hipertenzije i intersticijalne plućne bolesti (npr. hipersenzitativni pneumonitis). S ponosom nosim ulogu transplantacijskog kirurga u timu za transplantaciju pluća KBC-a Zagreb.“

Prof. prim. dr. sc. Igor Rudež, dr. med., kirurg i voditelj Transplantacijskog programa za srce, KB Dubrava, Zagreb

“Program transplantacije srca u KB-u Dubrava treba sagledati kroz prizmu posljednje prijepandemiske 2019. godine kada je u KB-u Dubrava učinjena 21 transplantacija srca i u tom trenu smo bili vodeća ustanova za transplantaciju srca u RH. Sljedeće, 2020. godine, KB Dubrava je dva puta bila dostupna samo COVID pozitivnim bolesnicima (ožujak-lipanj, studeni-prosinac) i između tog razdoblja učinjeno je 12 transplantacija srca, a 2021. godine smo bili “izvan stroja” do početka srpnja te smo u preostalom razdoblju učinili 6 transplantacija. Ukratko, u dvije pandemische godine učinili smo 18 transplantacija srca te smo izuzetno ponosni jer smo u krajnje nepovoljnim uvjetima uspjeli održati zahtjevan transplantacijski program.”

Obilježena 30. obljetnica djelovanja KB-a Dubrava u zdravstvenom sustavu RH

Klinička bolnica Dubrava je 16. prosinca 2021. obilježila važnu obljetnicu 30 godina djelovanja u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Ustanova koja je od početka pandemije je bila glavni nacionalni centar za zbrinjavanje oboljelih od COVID-19 i u kojoj je liječeno više od 7500 bolesnika. Nažalost, od plana da se uz znanstveno-stručni simpozij “Iskustva i izazovi u liječenju oboljelih od COVID-19” održi i svečana proslava te važne obljetnice, zbog nepovoljnih epidemioloških prilika i velikog broja hospitaliziranih bolesnika tijekom 4. vala panemije, sve su aktivnosti osim simpozija morale biti odgođene.

Ssimpozij je održan online 16. i 17. prosinca 2021., a program je bio raspoređen u šest sekcija. Prvog su dana izložene teme

vezane za iskustva specijalista interne medicine, infektologije i anestezijologije u liječenju oboljelih od COVID-19 te izazovi s kojima su se susreli u Respiracijskom centru i jedinicama intenzivne medicine. Tijekom drugog dana su specijalisti drugih specijalnosti iznjeli svoja iskustva u liječenju oboljelih te o post-COVID sindromu. Posebno zanimljiva je bila sekcija specijalizanata i medicinskih sestara/tehničara koji su približili svoj rad u Primarnom respiracijsko-intenzivističkom centru KB-a Dubrava. Na simpoziju su sudjelovali renomirani međunarodni predavači koji su svojim izlaganjima dodatno obogatili program, a izlaganja je online pratilo više od 1500 sudionika iz zemlje i inozemstva.

MARKO TARLE, dr. med.

ADRIATIC LIVER FORUM (ALF) I ULTRASOUND COURSE FOR HEPATOLOGISTS

Izv. prof. dr. sc. IVICA GRGUREVIĆ,
FEBGH, FRCP

Predsjednik Organizacijskog odbora 7.
Adriatic Liver Forum and Ultrasound
course for hepatologists

U Zagrebu su 3. i 4. prosinca 2021. održani sedmi **Adriatic Liver Forum (ALF)** i **Ultrasound course for hepatologists** u organizaciji Hrvatskoga gastroenterološkog društva (HGD), Hrvatskog društva za ultrazvuk u medicini i biologiji (HDUMB) Hrvatskog liječničkog zbora, te KB-a Dubrava i Referentnog centra Ministarstva zdravstva RH za interdisciplinarni ultrazvuk u medicini pri KB-u Dubrava. Zbog epidemioloških okolnosti ova su dva skupa održana u hibridnom obliku, tako da je dio predavača i moderatora bio u studiju, dok su ostali predavači i svi polaznici program pratili putem video-prijenosa. ALF predstavlja platformu za stručnu i znanstvenu suradnju hepatologa iz zemalja ju-



Prof. Ivica Grgurević

goistočne i srednje Europe i organizira se jednom godišnje u obliku monotematskih konferencija, koje okupljaju vodeća imena iz najprestižnijih hepatoloških središta u Europi. Ove je godine ALF bio posvećen

problematici bolesti jetre u kontekstu pandemije COVID-19. Prikazani su glavni naglasci nedavno održanog Baveno VII konsenzusa o dijagnostici i liječenju portalne hipertenzije, o čemu su govorili eksperti uključeni u izradu smjernica Baveno VII, te su održane i dvije sesije posvećene prevenciji i predikciji u hepatologiji. Drugi dan je održan ultrazvučni tečaj za hepatologe, na kojem su prikazane suvremene metode ultrazvučne dijagnostike u hepatologiji od ultrazvuka u sivoj skali, Doplera, kontrastom pojačanog ultrazvuka, a posebna sesija posvećena je primjeni elastografije u bolestima jetre. Nakon predavanja održane su vježbe iz elastografije jetre, gdje su uz pridržavanje epidemioloških mjera mladi gastroenterolozi vježbali izvođenje različitih elastografskih metoda na modelima. Predavanja na ALF-u i ultrazvučnom tečaju održali su vodeći inozemni i domaći eksperti iz područja hepatologije i ultrazvuka iz 13 europskih zemalja, a program je pratio 131 polaznik.



Detalj s vježbi iz ultrazvučne elastografije jetre za mlade gastroenterologe. Vježbe vodi prof. dr. Ioan Sporea, voditelj Trening centra Svjetske federacije društava za ultrazvuk u medicini i biologiji iz Temišvara

U POVODU 145. OBLJETNICE LIJEČNIČKOGA VJESNIKA

MARTIN KUHAR,
ŽELJKO KRZNARIĆ

Povodom 145. godišnjice *Liječničkoga vjesnika*, njegov izdavač Hrvatski liječnički zbor izdao je dopisnicu s likom liječnika Ante Schwarza (1832. – 1880.) i naslovnicom prvog broja toga najdugovjećnjega hrvatskoga medicinskog časopisa.

Priča o *Liječničkom vjesniku* i njegovome kulturnom, znanstvenom i društvenom značaju počinje u devetnaestom stoljeću, kada je Hrvatska i dalje dio Habsburške Monarhije, no sa sve snažnijim razvojem nacionalne svijesti i identiteta. Ukidanje kmetstva, stvaranje građanskog sloja i počeci industrijalizacije polagano transformiraju hrvatsko društvo i otvaraju prostor novim oblicima udruživanja i djelovanja. Ti opći procesi prelili su se i na područje zdravstva i medicine, koje je karakterizirano ubrzavanjem institucionalizacije i profesionalizacije, te tako obilježeno otvaranjem novih bolnica, donošenjem novoga zdravstvenog zakonodavstva i tiskanjem sve većeg broja publikacija.

Redoviti sastanci liječnika radi razmjene iskustava i raspravljanja o tekućim stručnim pitanjima počeli su se održavati još 1830-ih godina, no intenziviraju se u drugoj polovici 19. stoljeća. Dana 26. veljače 1874. godine sastala se u Zagrebu skupina liječnika koja je donijela odluku o osnivanju liječničkog društva, što obilježavamo kao Hrvatski dan liječnika. Pravila društva potvrđena su 27. travnja iste godine, a sve kulminira 3. kolovoza 1874. godine, kada je na konstituirajućoj sjednici skupina liječnika u Zagrebu osnovala Sbor liječnika kraljevine Hrvatske i Slavonije i za njegovog predsjednika izabrala Franju Miličića, tadašnjega županijskog fizika u Zagrebu. Zadaća Zbora bila je «njegovati liječničke znanosti, njegovati i promicati zdravstvene interese, najposlje nastojati o krepkom i kolegialnom radu i svezi na



korist liečničkoga stališa.» Iste godine osnovano je i moderno zagrebačko sveučilište, ali nažalost bez medicinskog fakulteta koji će biti osnovan tek 1917. godine, pred kraj Prvoga svjetskog rata.

U takvim okolnostima, osnovni preduvjet za ispunjenje Zborovih ciljeva bilo je postojanje nacionalnoga medicinskog časopisa. I zaista, već u siječnju 1877. godine Zbor tiska prvi broj svojega službenog glasila *Liječničkog vjesnika*, mjesečnika kojemu je osnovna zadaća bila «unapredjivati znanstvenu svoju struku i obće zdravstvo, a tako i stališke interese.» Za prvoga urednika izabran je Ante Schwarz, tajnik Odsjeka za zdravstvo Zemaljske vlade, koji je ujedno bio zaslužan za osnivanje Primaljskog učilišta i Zemaljskog rodilišta 1877. te Zavoda za umobolne u Stenjevcu 1879. godine, a intenzivno se bavio i hrvatskim medicinskim nazivljem. Schwarz je bio i predsjednik Zbora od 1. siječnja 1877. do 3. kolovoza 1878., a poslije njegove smrti 1880. godine nastupaju teški trenuci za *Liječnički vjesnik* koji počinje izlaziti neredovito i skoro se gasi.

Ipak, stanje se s vremenom stabiliziralo i *Liječnički vjesnik* nastavlja izlaziti te postaje jednim od svega stotinjak svjetskih časopisa koji – tek uz manje prekide – u kontinuitetu izlaze od devetnaestoga stoljeća do danas, a prema trajnosti izlaženja predstavlja najdugovjećniji hrvatski medicinski časopis. Za usporedbu, The New England Journal of Medicine počinje izlaziti 1812., The Lancet 1823., BMJ 1840., a JAMA 1883. godine.

Medicinski časopis nije samo ogledalo događaja iz medicine jednoga naroda, nego i okupljalište akademske zajednice, mjesto znanstvene i stručne rasprave i sredstvo distribuiranja praktičnih iskustava i znanja. Šarmantna dopisnica izdana u povodu obljetnice neka nam, stoga, bude podsjetnik na naše najstarije glasilo u kontinuitetu i na njegovu ulogu u razvoju medicine u Hrvatskoj. Ona je poruka i simbol opstanka u vremenu koje lako briše i lako zaboravlja.

www.hlz.hr

KAKO U HRVATSKOJ POSTIĆI STANDARD ANTIDOPING KONTROLE KOJI PROPISUJE WADA

Prof. dr. sc. DAVOR PLAVEC, dr. med.

U nedjelju 17. listopada 2021. održana je u Selcu Izborna skupština Hrvatskog društva za sportsku medicinu (HDSM) Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ) na kojoj je izabrano novo vodstvo. Za predsjednika društva izabran je prof. dr. sc. Davor Plavec, dr. med., a za prvog dopredsjednika izv. prof. dr. sc. Vladimir Ivančev, dr. med. Također je prihvaćen i program rada HDSM-a HLZ-a za iduće mandatno razdoblje, a čiji je glavni fokus briga za bolju zdravstvenu skrb sportaša u Hrvatskoj. Stoga je HDSM HLZ dodatno potaknut prijedlogom Izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a koji je osnova za najavljenu reformu zdravstva (trenutačno u postupku) izrazio svoju zabrinutost vezanu za status Službe za antidoping HZJZ-a, a koja nije u skladu s jasnim pravilima Svjetske antidoping agencije (WADA).

Što je sporno?

Prema pravilima WADA-e jasno se navodi da:

"[Nacionalna antidoping agencija, NADO] je osnovana [od strane NOC-a/Vlade/Zakona donesenog u parlamentu, itd.] s ciljem djelovanja kao Nacionalna antidoping organizacija za [zemlju]. Kao takva, a u skladu s člankom 20.5.1 Kodeksa, [NADO] posebno ima potrebnu ovlast i odgovornost da bude neovisna u svojim operativnim odlukama i aktivnostima od sporta i vlade. Bez ograničenja, ovo uključuje zabranu bilo kakvog sudjelovanja u njezinim operativnim odlukama

ili aktivnostima bilo koje osobe koja je istodobno uključena u upravljanje ili rad bilo koje međunarodne federacije, nacionalne federacije, organizacije velikih natjecanja, nacionalnog olimpijskog odbora, nacionalnog paraolimpijskog odbora, ili vladine službe odgovorne za sport ili antidoping."

S obzirom na višestrukе probleme koje su zbog statusa antidoping službe imale druge države (Rusija, Sjeverna Koreja, Crna Gora) te s obzirom da su postojale naznake o dolasku inspekcije WADA-e krajem godine, u Hrvatskoj smo smatrali da nam je dužnost da kao stručno društvo upozorimo na činjenicu koja nas može dovesti u status zemalja kao što su Sjeverna Koreja i Rusija. Nikako ne bismo voljeli da se to dogodi našim sportašima koji ulažu silan trud te nikako nisu odgovorni za trenutačno stanje vezano za nacionalnu antidoping kontrolu. Sličan slučaj imala je, nedavno, i Crna Gora, koja je bila na popisu "non-compliant" zemalja, ali je skinuta s tog popisa nakon što je WADA pozitivno ocijenila i prihvatala izmjene i dopune Zakona o sportu, početkom listopada.

Hrvatska je već više puta upozorenata zbog navedenog statusa nacionalne antidoping službe. Iako su sportski dužnosnici (Zlatko Mateša, predsjednik Hrvatskog olimpijskog odbora) te ravnatelj HZJZ-a (doc. dr. sc. Krinoslav Capak, dr. med.) izjavili da takva opasnost Hrvatskoj ne prijeti jer da WADA gleda praksu, a ne pravni okvir, važno je naglasiti da WADA nema praksu donositi odluke na prečac, ali kad ih jednom doneše onda su posljedice za sportaše i te kako ozbiljne. Osim navedenog statusa antidoping službe, koja nije nezavisna,

ona nema niti Žalbeno vijeće, a iz razloga zbog kojih su neki od naših sportaša suspendirani zbog korištenja nedozvoljenih sredstava vidljivo je da nedostaje i sustavna edukacija vezana uz doping. Dodatan problem je nedozvoljeni promet sredstvima za doping koji je izrazito raširen među korisnicima teretana i u maloljetnika, što izrazito nepovoljno utječe na zdravstveno stanje tih osoba.

Inače nema nikakvog razloga da Hrvatska ne ustroji nezavisnu agenciju jer je takav zakonodavni okvir već imala prije malo više od deset godina. Tada ju je Vlada RH (2010. godine) zbog uštede ukinula zajedno s još nekim agencijama te je ona pripojena Hrvatskom zavodu za toksikologiju. Danas je to Služba za antidoping Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, a time Hrvatska ne zadovoljava WADA-inne kriterije. Da stvar bude apsurdnija, nikakve uštede time nisu ostvarene jer je kompletan proračun HADA-e prebačen ustanovama koje sada obavljaju navedeni posao.

Ne vidimo da bi izdvajanje HADA-e kao zasebne, nezavisne agencije, trebalo biti problem, a otklonilo bi bilo kakvu sumnju vezanu uz pridržavanje pravila WADA-e te omogućilo našim sportašima koji su najbolji ambasadori Hrvatske da mirno spavaju i natječu se na međunarodnoj sceni. Bilo je stvarno otužno gledati ruske tenisače kako primaju medalje za pobjedu u Davis kupu kao reprezentacija Ruske teniske federacije i pri tome nemaju pravo slušati svoju himnu.

Smatramo da neargumentirana uvjeravanja kako se suspenzija neće dogoditi nisu zalog kvalitetnog rješenja koje poštuje pravila WADA-e.

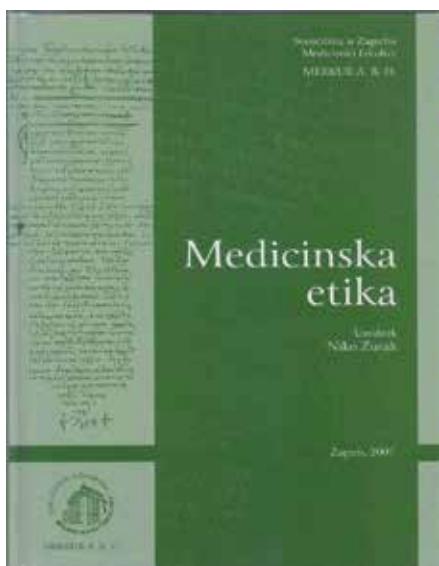
dplavec@bolnica-srebrnjak.hr

MEDICINSKO-ETIČKI SADRŽAJI

Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

ANA BOROVEČKI, MARIJAN KLARICA

Medicinsko-etički sadržaji dio su nastave na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (MEF) već niz godina. Dekanski kolegij i Fakultetsko vijeće MEF-a donijeli su 1995. godine odluku da se u nastavni program kao poseban kolegij uvede medicinska etika. Godine 1995. tiskan je prvi, a 1996. drugi priručnik medicinske etike, urednika Antona Švajgera. Godine 2007. dovršen je i objavljen udžbenik Medicinska etika Zuraka i suradnika.

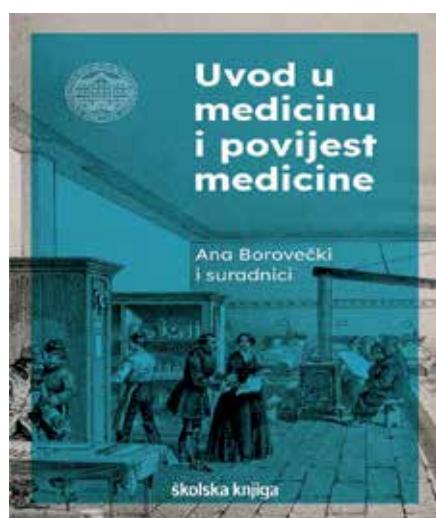


Danas je premet **Medicinska etika** smješten na 6. godini studija medicine. Voditelj kolegija je dekan MEF-a. Nastava se odvija kroz 40 sati nastave, od kojih samo 4 sata otpada na predavanja, a ostalo su sve seminari. Nastava nastoji prikazati sva etička pitanja u raznim područjima medicine. Radi se o interkatedarskom predmetu te u nastavi sudjeluje više katedri MEF-a kao i nastavnici s Pravnog fakulteta, Filozofskog fakulteta i Katoličkog-bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Nastavom ovog predmeta pokrivene su sljedeće teme: medicinska etika i MEF u Zagrebu; etički pojmovi, teorije, načela i metode, medicinska etika u svjetlu kršćanske antropologije, zdravstveno (medicinsko) pravo i granice koje pravo

postavlja medicini i pružanju zdravstvenih usluga - kazneno djelo nesavjesnog liječenja, profesionalna medicinska etika, prigovor ili priziv savjesti, komore u zdravstvu, korupcija u zdravstvu, medicinska informacija, dijete kao pacijent, etički aspekti zaraze HIV-om, etika u psihijatriji – autonomija i (pri)sila, etika u ginekologiji i opstetriciji, etički aspekti genetičkog savjetovanja kod nasljednih karcinoma, etika uporabe životinja u biomedicinske svrhe, etika u kliničkim istraživanjima, etička povjerenstva, uvod u neuroetiku, transplantacija organa, etička pitanja u intenzivnoj medicini, etička pitanja u palijativnoj medicini, pregled odluka o kraju života.

Na engleskom dodiplomskom studiju također postoji predmet **Medical ethics** s istom stanicom i sličnom strukturu nastave koji vodi izv. prof. dr. sc. Ana Borovečki. U nastavi ovog predmeta također sudjeluje više katedri MEF-a, kao i nastavnici s Pravnog fakulteta, Filozofskog fakulteta i Katoličkog-bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Predmet se nalazi na 3. godini studija.

Etičke sadržaje nalazimo i u nastavi drugih predmeta kao što su Uvod u medicinu i povijest medicine, Interna medicina, Ginekologija, Psihijatrija, Organizacija zdravstvene zaštite s ekonomikom zdravstva, Palijativna medicina, Uvod u znanstveni rad.

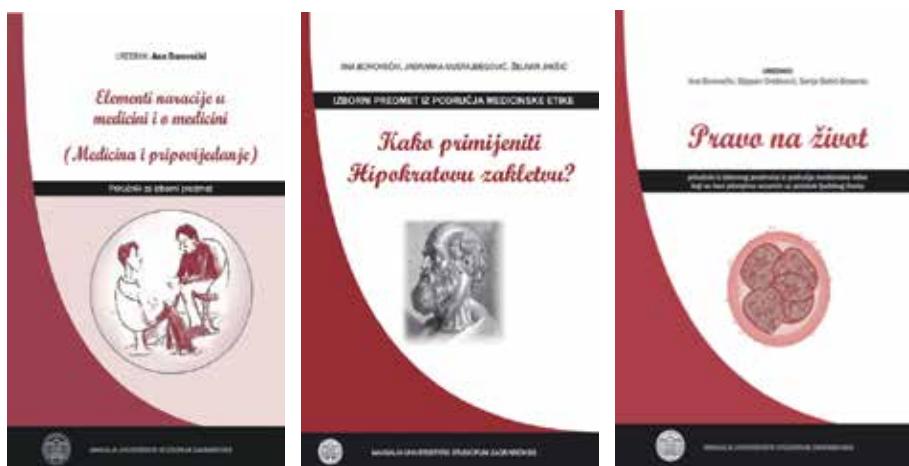


Na dodiplomskoj nastavi nalazimo i izborne predmete koji se bave etičkim pitanjima u medicini. Na prvoj godini studija nalazi se izborni predmet **Kako primijeniti Hipokratovu zakletvu?** Radi se o predmetu koji slijedeći postavke Hipokratove prisege daje osnovni pregled glavnih etičkih pitanja (odnos-liječnik i pacijent, početak života, kraj života i etička pitanja vezana uz infekciju HIV-om). Predmet je osmislio pokojni prof. dr. sc. Želimir Jakšić, poslije je njegovo izvođenje preuzeila prof. dr. sc. Jadranka-Mustjabegović, a sada predmet vodi izv. prof. dr. sc. Ana Borovečki.

Na prvoj godini nalazi se i najnoviji u nizu izbornih predmeta s medicinsko-etičkim sadržajima **Elementi naracije u medicini i o medicini** voditeljice izv. prof. dr. sc. Ane Borovečki. Ovaj predmet na interdisciplinarni način progovara o pripovijedanju u medicini govoreći o piscima koji su bili liječnici, o književnim djelima koja se bave medicinskim temama i u hrvatskoj i u svjetskoj književnosti, ali i o važnosti pacijentove priče u svakodnevnom radu liječnika, ali i s aspekta etnologije i kulturne antropologije te, na kraju, progovara o konceptu narativne etike. U nastavi ovog izbornog predmeta sudjeluju uz nastavnike s MEF-a i predavači s Odsjeka za komparativnu književnost i Odsjeka za etnologiju i kulturnu antropologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, Odsjeka za povijest hrvatske književnosti HAZU-a.

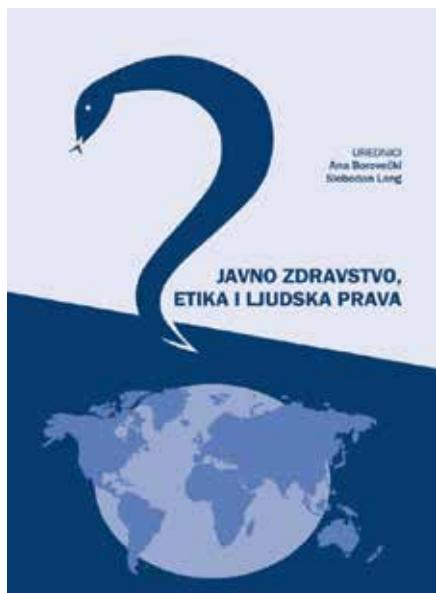
Na drugoj se godini studija nalazi se izborni predmet **Pravo na život** voditelja prof. dr. sc. Stjepana Oreškovića. I ovdje se radi o interdisciplinarnom predmetu u kojem, uz sociologe i liječnike s MEF-a, u nastavi sudjeluju i predavači s Pravnog fakulteta (Katedra za obiteljsko pravo), Filozofskog fakulteta (Odsjek za etnologiju i kulturnu antropologiju) i Katoličkog-bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Predmet se bavi etičkim problemima vezanim uz početak ljudskog života.

Za sve ove izborne predmete postoje i sveučilišni priručnici.



U sklopu niza stručnih poslijediplomskih studija kao što su Klinička farmakologija, Psihijatrija, Javnozdravstvena medicina i Obiteljska medicina, također se nalaze moduli koji se bave etičkim pitanjima u tim područjima, a vodi ih izv. prof. dr. sc. Ana Borovečki.

U sklopu poslijediplomskog studija **Javnozdravstvena medicina** za kolegij **Javno zdravstvo, etika i ljudska prava** priređen je i sveučilišni priručnik pod istim naslovom urednika Ane Borovečki i Slobodana Langa.



Na doktorskome studiju MEF-a **Biomedicina i zdravstvo** odavno je prepoznato značenje etičkih tema. U sklopu obvezatnoga metodološkog predmeta za sve polaznike doktorskog studija, bilo da su upisali prvu godinu studija **Struktura, metodike i funkcioniranje znanstvenog rada 1** čiji su voditelji prof. dr. sc. Zdravko Lacković,

prof. dr. sc. Jelka Petrak i izv. prof. dr. sc. Ana Borovečki, postoji modul koji se bavi pitanjem etike u znanosti. Voditelji su tog modula izv. prof. dr. sc. Ana Borovečki i prof. dr. sc. Zdravko Lacković. Modul se sastoji od predavanja i vježbi kojima je svrha uvesti studente doktorskog studija u etiku u znanosti. Stoga je i izdan sveučilišni priručnik na hrvatskom, engleskom jeziku i u ruskome prijevodu pod naslovom **Odgovorno ponašanje u znanosti** čiji su urednici Ana Borovečki i Zdravko Lacković. Priručnik ima za cilj dati studentima pregled najvažnijih etičkih problema ne samo u znanosti nego i u području medicine općenito. Osim u ovome predmetu, na doktorskom studiju Biomedicina i zdravstvo etičke su teme zastupljene i u sklopu još nekih metodoloških predmeta. Tako se u sklopu metodološkog predmeta **Medicinska praksa zasnovana na dokazima**, voditelji kojega su prof. dr. sc. Željko Alfrević i prof. dr. sc. Ratko Matijević, tako-



der govori i o etici u medicini zasnovanoj na dokazima. U metodološkom predmetu **Osobitosti kliničkih medicinskih istraživanja**, voditelja izv. prof. dr. sc. Roberta Likića, također je dio posvećen etici u kliničkim istraživanjima. Također se u metodološkome predmetu **Genomski pristupi u biomedicinskim i translacijskim istraživanjima**, voditelja izv. prof. dr. sc. Frana Borovečkog, nalazi dio koji se bavi etikom i genomikom. Na doktorskome studiju **Neuroznanost** postoji kolegij **Neuroetika** na prvoj godini studija, čiji su voditelji prof. dr. sc. Srećko Gajović i dr. sc. Julija Erhardt.

Osim kroz nastavu, dodatna svijest o etičkim i profesionalnim dužnostima dodatno je naglašena i tijekom promocije novih doktora medicine, koji su dužni prije primanja diplome dati Ženevsku prigru Svjetskog liječničkog udruženja. Odnedavno se koristi prijevod dr. Eduarda Oštarijaša i prof. prim. dr. sc. Lade Zibar.

Medicinski fakultet čvrsto vjeruje da napredak u znanstvenom razumijevanju ljudskog zdravlja i bolesti donosi jasnu korist i dobrobit cijelom čovječanstvu. Taj se napredak temelji na čestitom obavljanju znanstvenih istraživanja, istinitom i točnom prikazivanju nalaza istraživanja te kritičkom i odgovornom tumačenju tih nalaza.

Oni studenti koji se tijekom studija odluče za znanstveno-istraživački rad dodatno se senzibiliziraju za pitanja etike u istraživanjima kroz rad Etičkog povjerenstva MEF-a. Na temelju članka 135. Statuta Sveučilišta u Zagrebu na MEF-u su 2008. godine osnovane dvije radne skupine, Radna skupina za rad s pokusnim životinjama i Radna skupina



za pitanja povezana s etičkom prihvatljivošću biomedicinskih istraživanja (istraživanja na ljudima). Zbog različitosti u istraživanjima na životinjama i ljudima ne može pristup radnih skupina ocjeni prijedloga biti i nije jednak za sve prijedloge upućene na ocjenu. Članovi obiju radnih skupina, koji imaju veliko stručno i znanstveno iskustvo, ocjenjuju individualno etičku prihvatljivost svakog prijedloga istraživanja.

Fakultet je svjestan činjenice da su i povremene nehotične pogreške i individualne razlike u tumačenju nalaza istraživanja prirođan i sastavni dio kreativnog procesa u znanosti. Međutim, Fakultet jasno ističe da su neprihvatljivi svi oblici prijevare u znanosti i znanstveno nedoličnog postupanja, a posebice prepisivanje (plagijarizam), izmišljanje (fabriciranje) i krivotvorene (falsificiranje) rezultata istraživanja. Takvi postupci izravno ugrožavaju i vjerodostojnost i uspješnost i društveni ugled znanosti. Samim činom stupanja u našu akademsku zajednicu, svi znanstvenici, nastavnici, suradnici i studenti MEF-a preuzeли su obvezu da u svim svojim aktivnostima održavaju najvišu razinu moralnog integriteta i etičnosti, te znanstvene i profesionalne čestitosti.

Fakultet u cijelosti prihvata uobičajenu svjetsku praksu, prema kojoj je prvo i glavno mjesto istraživanja i rješavanja svakoga mogućeg slučaja prijevare u znanosti i znanstveno nedoličnog postupanja ona ustanova i/ili ustrojbena jedinica ustanove u kojoj se dotično znanstveno istraživanje provodi. Stoga je MEF preuzeo obvezu da za sve članove svoje akademske zajednice sastavi jasne i detaljne naputke o pravilnom i čestitom postupanju u znanosti, kao i pravila postupanja pri optužbama za znanstveno nedolično postupanje i prijevaru u znanosti. Fakultet sve akademske građane poziva na kontinuiranu primjenu te trajno poboljšavanje tih naputaka i pravila.

S obzirom na činjenicu da se nastava na našem Fakultetu (kao i na drugim svjetskim sveučilištima) temelji na suvremenoj znanosti (engl. evidence-based medicine), spomenuta pravila se na isti način primjenjuju i na primarne znanstvene publikacije i na sve ostale profesionalne publikacije članova Fakulteta, a osobito na knjige, nastavne tekstove te na seminarske i ispitne eseje te stručne i znanstvene radevine studenata.

Za sva ova navedena pitanja odgovorno je Povjerenstvo za akademski integritet.

Nastojeći promicati načela etičkog postupanja sažeta u Ženevskoj liječničkoj prisezi, MEF je ustanovio tijekom Domovinskog rata u znak priznanja i zahvalnosti za promicanje načela humanosti i etičnosti u očuvan-

nju zdravlja i spašavanju ljudskih života godišnju Nagradu „Medicina“. Prvi put je dodijeljena 1992. godine Ratnoj bolnici Vukovar. Otada MEF dodjeljuje tu istaknuto nagradu ustanovama i pojedincima, svjestan da bez etike i etičnog postupanja nema medicine.

Za 2020. godinu nagrada je dodijeljena: Zavodu za intenzivnu medicinu i neuroinfektologiju i Odjelu za striktnu izolaciju Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ MEF-a u Zagrebu te Primarnom respiratornom intenzivističkom centru KB-a Dubrava.

Djelatnici Zavoda za intenzivnu medicinu i neuroinfektologiju, te Odjela za striktnu izolaciju kao dijelovi Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ - naše stožerne ustanove za intenzivno liječenje infektoških bolesnika, dali su tijekom pandemije

COVID-19 nemjerljiv doprinos u liječenju i spašavanju života najugroženijih bolesnika.

Primarni respiratori intenzivistički centar (PRIC) u KB-u Dubrava podnio je najveći teret borbe protiv najtežih oblika jer je tamo hospitalizirao nekoliko tisuća COVID-19 bolesnika. Doprinos liječenju i spašavanju života u tom Centru daju i davali su, osim djelatnika iz Klinike za infektivne bolesti, i intenzivisti iz drugih zagrebačkih bolnica.

Bez striknog pridržavanja etičkih načela u procesima edukacije, radu s bolesnicima i radu u zdravstvenim timovima i institucijama nema dobrih uvjeta za razvoj zdravstvenog sustava. U stvaranju novoga stručnog i znanstvenog naraštaja liječnika osnova su načela etičnosti na kojoj počivaju odgoj i obrazovanje studenata. MEF u Zagrebu nastoji to u svome radu i promicati.

ana.borovecki@mef.hr

Dosadašnji dobitnici godišnje nagrade "Medicina" za humanost i etičnost

Godina	Dobitnici Nagrade
1992.	Djelatnici Medicinskog centra Vukovar
1993.	Djelatnici Kliničke bolnice «Split»
1994.	Opća bolnica i Dom zdravlja u Vinkovcima
1995.	Djelatnici Kliničke bolnice u Osijeku
1996.	Djelatnici Opće bolnice «Dr. Josip Benčević» Slavonski Brod
1997.	Djelatnici Opće bolnice u Dubrovniku
1998.	Djelatnici Opće bolnice u Karlovcu
1999.	Djelatnici Opće bolnice «Dr. Ivo Pedišić» Sisak
2000.	Djelatnici Opće bolnice u Gospiću, Šibeniku i Zadru
2001.	Djelatnici Opće županijske bolnice Pakrac
2002.	Djelatnici Zavoda za sudsku medicinu i kriminalistiku MEF-a u Zagrebu
2003.	Ghislaine Jacquier i pok. Fabienne Schmit
2004.	Prim. dr. Slobodan Dešković, prim. dr. mr. sc. Ivan Kujundžić, doc. dr. sc. Ante Čorušić, doc. dr. sc. Darko Chudy, dr. Mladen Predrijevac, mr. sc. dr. Mladen Lončar, dr. Juraj Njavro
2005.	Djelatnici Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu
2006.	Glavni stožer saniteta Republike Hrvatske
2007.	Allain Finkelkraut
2008.	Prof. dr. sc. Anica Jušić, predsjednica Hrvatskog društva za hospicij/palijativnu skrb, Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, Hrvatska udruga prijatelja hospicija
2009.	Prof. dr. sc. Branko Richter
2010.	Doc. dr. sc. Dragutin Buneta
2011.	Dr. Vesna Bosanac, ravnateljica Opće bolnice u Vukovaru
2012.	Jerry Blaskovich, dr. med., Zaklada Ana Rukavina
2013.	Hrvatska gorska služba spašavanja
2014.	Prim. dr. Dragutin Ivanović
2015.	Udruga darivatelja krvi
2016.	Dr. Magdalena Nardelli-Kovačić
2017.	Transplantacijski program Republike Hrvatske
2018.	Prim. mr. sc. Josip Buljan
2019.	Akademik Ivica Kostović
2020.	Zavod za intenzivnu medicinu i neuroinfektologiju i Odjel za striktnu izolaciju Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ MEF-a u Zagrebu te Primarni respiratori intenzivistički centar KB-a Dubrava.

SVEOBUVATNI PRISTUP



JELENA ŠAKIĆ RADETIĆ, dr.med.
specijalistica obiteljske medicine

Sveobuhvatan pristup podrazumijeva istodobno rješavanje akutnog i kroničnog problema, prihvatanje rizika i nesigurnosti, unaprjeđenje zdravlja, prevenciju bolesti, liječenje, trajnu zdravstvenu zaštitu, potporu i palijativnu skrb te rehabilitaciju.

Nedavno sam bila u društvu kolegice s fakultetske godine koja je nakon nekog vremena provedenoga u obiteljskoj medicini odlučila specijalizirati oftalmologiju. Naravno, mi liječnici ne znamo razgovarati o puno temu izvan medicine pa je tako bilo i ovoga puta. Kolegica je izjavila kako je jedva čekala otici iz obiteljske medicine jer ju je plašila tolika širina.

Razmišljala sam poslije o njezinim riječima. To je upravo ono zbog čega volim obiteljsku medicinu. Volim tu njezinu „širinu“. Ta „širina“ nije uopće monotona i jednolična. Vrlo je dinamična, izazovna, na trenutke zahtjevna, teška, pa na trenutke radosna i vesela.

U toj se „širini“ krije dojenče koje majka donosi na sistematski pregled i cijepljenje. Veselo je na početku, onda se mršti jer smo ga razodjenuli i malo mu je hladno. Ijuti se i plače. Majka je zabrinuta je li dobilo dovoljno na tjelesnoj masi i nije li možda malo „mlohavo“. Umirujem majku, pohvalim ju kako radi sve baš kako treba. Divno je držati to malo biće u naručju i dobiti osmijeh na odlasku.

U toj „širini“ je i gospodin Ivan. Dolazi na redovitu godišnju kontrolu hipertenzije. Suradljiv je pacijent koji sluša savjete svoje liječnice. Prolazimo njegovu antihipertenzivnu terapiju. Razgovaramo koliko često se dogode skokovi tlaka. Kakve su vrijednosti lipidograma, koliko puta tjedno šeta i koliko dugo. Ponosno pokazuje tablice u kojima vodi evidenciju tlaka.

Tu je i mlada djevojka s bolnim mjesecnicama koja zbog toga izbjegava sate tjelesnog

odgoja u školi i usto ima majku koja je u tome podržava. Pokušavaš razgovarati s djevojkom i s majkom. Pojašnjavaš, educiraš, trudiš se i nadaš se da će ovoga puta biti bolje i da će riječi doći na plodno tlo. Ne želiš odustati.

„Širina“ ima i jednog mališana s visokom temperaturom kojega u ordinaciju dovode mladi roditelji nesigurni, uplašeni i s tisuću pitanja u glavi, pa je u pratnji borbena baka koja će se pobrinuti da dijete dobije sve što treba dobiti - čitaj, što je baka zamislila da treba dobiti.

Tu je i gospodin, član lovačkog društva. Po tko zna koji puta je čobancem i dobrim vinom izazvao žučne kolike. Na operaciju ne želi jer se boji, a voli se družiti, uživa organizirati lovačka druženja, voli kuhati i pojesti, voli i popiti vino iz svoga vinskog podruma. I svaki puta se posvađamo. A on samo slegne ramenima i kaže: „Ajde doktorice, ne budite toliko strogi. Donijeti će u vama dobrog vina. Nitko mu ne može odoljeti! Pa kako će ja grešnik?“ Obeća da će biti bolji i pomirimo se. A oboje znamo da će sve biti kao i do sada i oboje smo sretni što još nije imao većih posljedica.

U jednom je dijelu te „širine“ mlada žena koja boluje čak od četiri autoimunih bolesti i kojoj vid rapidno propada. Svjesna je toga da za mjesec, godinu ili tri više neće vidjeti. Nije se udala jer je sigurna: „Tko bi me ovakvu uopće htio!“ Pomirila se s tim da neće nikada imati svoje dijete. Uvijek je samo dadilja svojim nećacima koji svoju tetu u čudu gledaju dok sebi daje supkutanu terapiju svaki tjedan i broji pola šake tableta svaki dan. Danas joj je baš teško jer je oftalmologinja uočila puknuće staklastog tijela i sada joj vid dodatno zaklanja tamna „fleka“. Danas se ne zna nositi sa svime. Preteško je. Ne spava. Loše jede. Na poslu uspije odrediti svoje zadatke, ali s mukom. Pustim je da plače. I šutimo. U tišini koja kaže da je razumijem. Suosjećam. I žao mi je što medicina nema lijeka za njezine oči. Uz već pola šake lijekova, nevoljko joj propisujem još jedan. Mora uzeti antidepresiv. Njezine kompenzacijске snage su iscrpljene. „Dobro, doktorice, vjerujem vam i vjerujem da je to za moje dobro. Uzimat će ga.“ Nakon nje ostaje

gorak osjećaj. Ali ne možemo svima pomoći onako kako bismo htjeli. To nije realno. Život je Gaussova krivulja. Ona je na jednom od njezinih krajeva. I s tom mišlju primaš sljedećeg pacijenta iz „širine“ obiteljske medicine.

Taj bi išao na more s djevojkom, a ne radi dovoljno dugo da bi ostvario pravo na godišnji odmor. A toliko je jako voli! Sada radi i ima novaca. Jako bi je volio odvesti na more, barem pet dana. „Doktorice, pomozite mi. Mogu li dobiti neko bolovanje?“

Za kraj smjene je kućna posjeta pacijentici u dobi od 82 godine. Boluje od karcinoma maternice s metastazama. Unazad nekoliko dana više ne može iz kreveta. Na stidnici ima ružne metastaze koje krvare. Previjamo ih svaki dan. Nije lijep prizor. Sestra i ja pokušavamo biti što nježnije kako bi je manje boljelo. Žena je to koja smireno, dostojanstveno i bez puno drame podnosi svoju sudbinu. Djeci je rekla svoje posljednje želje. Pripremila odjeću koju će joj odjenuti kada umre. Niti jednom je nisam čula da se na bilo što žali. Nikada je ne boli. Sve je dobro. „Bez razloga se svi brinete. Pa čim se rodimo, znamo da ćemo jednog dana umrijeti. To je normalno.“ Danas je meni dosta teško. Ružne su te rane. Baš ružne. Kao da je to primjetila. Nasmije se i kaže: „Ne brinite se, doktorice. Naživjela sam se. Dočekala unučad i praunučad. Plesala sam u kolu, pjevala. Voljela sam život. I ničega mi nije žao. Osim jedne stvari. Žao mi je što sam pripadala samo jednom muškarcu. Baš sam bila blesava! Nemojte vi biti ludi kao ja. Vjerujte ovoj starici. Živite život punim plućima! Život je prekrasan!“ Sve tri smo se nasmijale. Mi smo nastavile previjanje, a ona nam je pričala o muškarcima koji su joj se udvarali, a ona im nikada nije uzvratila.

Zar nije prekrasna ova „širina“ obiteljske medicine?! Svi su oni moje neprocjenjivo životno i profesionalno iskustvo. Te širine se nikada nisam bojala. Prigrlila sam je kao vrijednost koja me obogačuje i stvara od mene dobru liječnicu. Sretna sam i zahvalna što sam to znala prepoznati, cijeniti i što se nisam bojala preuzeti odgovornost.

jelenasr80@gmail.com

Monoklonska protutijela protiv SARS-CoV-2

Doc. dr. sc. MARIJA SANTINI, dr. med.

infektolog, subspec. intenzivne medicine

MARIJA KUSULJA, dr. med.

specijalizantica infektologije

Od početka pandemije COVID-19 traga se za terapijskim i profilaktičkim rješenjima. Nedostatak inovativnih antimikrobnih lijekova te rastuća antimikrobnja rezistencija doveli su do potrebe za stvaranjem monoklonskih protutijela usmjerenih na patogene već prije pandemije. Neka od njih su u kliničkoj primjeni (npr. protiv RSV i toksina *C. difficile*). Od proljeća 2020. god. traje utrka u razvoju monoklonskih protutijela za SARS-CoV-2. Ubrzo su proizvedena, testirana te ih je FDA odobrila u SAD-u u jesen 2020. god., a EMA u EU u proljeće 2021. Ona dokazano reducira hospitalizaciju i smrtni ishod u visoko rizičnih nečijepljenih osoba. Dokazi za cijepljenu populaciju su ograničeni, ali također povoljni.

Monoklonska protutijela se vežu za šiljasti protein SARS-CoV-2 i sprječavaju njegovo vezanje na ciljnoj stanici. Ona se preporučuju u bolesnika s blagim i umjerenom teškim COVID-19 koji imaju rizik za progresiju u teški oblik (≥ 65 godina, pretili, trudnice, bolesnici s šećernom bolesti, kroničnom bubrežnom bolesti, srčanožilnim bolestima, plućnim bolestima te imunokompromitirani). Treba ih dati što prije, idealno do petog dana, a svakako do desetog dana bolesti. Primjenjuju se parenteralno. Njihova dostupnost povremeno može biti smanjena. Nove varijante virusa mogu utjeti na njihovu učinkovitost. Stoga je njihova primjena složena i zahtijeva izvrsnu organizaciju infuzijskih središta. Kliničari trebaju poznavati dominantnu varijantu virusa kako

bi upotrijebili učinkovito monoklonsko protutijelo.

Danas u svijetu dostupna monoklonska protutijela su: sotrovimab, casirivimab/imdevimab, bamlanivimab/etesevimab te regdanvimab.

Sotrovimab se daje jednokratno 500 mg intravenski. Značajno reducira rizik za hospitalizaciju i smrtni ishod u bolesnika s ranim, blagim do umjerenim COVID-19, s jednim ili više rizičnih čimenika za tešku bolest uz dobar signarnosni profil (nuspojave slične kao kod placebo) [1]. Sotrovimab je učinkovit protiv varijante Omicron i očekuje se da će ovu učinkovitost i zadržati. Ono je protutijelo izbora ako dominira Omicron [2].

Casirivimab/imdevimab se daje jednokratno 600 mg/600 mg intravenski ili subkutano (ako se ne može ostvariti venski put). Značajno reducira potrebu za hospitalizacijom i smrtnu ishode u odnosu na placebo [3]. Nuspojave su rijetke, umjereni teške i povezane s infuzijom (vrućica, urtikarija, svrbež, abdominalna bol, crvenilo lica). Subkutano davanje je praćeno većom učestalošću lokalnih reakcija [4]. Ograničeni dokazi ukazuju da može smanjiti progresiju asimptomatskog nosilaštva u simptomatsku bolest [5]. Nažalost, nema učinka na Omicron [6] i ne savjetuje se kada dominira Omicron.

Bamlanivimab/etesevimab se daje jednokratno 700 mg/1400 mg intravenski. Također je pokazao redukciju hospitalizacije i smrti u odnosu na placebo [7-9]. Nuspojave su rijetke i blage, vezane uz infuziju (mučnina, svrbež, vrućica i osip). Nije učinkovit i ne treba ga davati protiv varijante Omicron i Delta [2]. Ovo protutijelo se jedino navodi kao mogućnost za liječenje djece (<12 godina i <40 kg) [10].

Regdanvimab se daje jednokratno intravenski 40 mg/kg (maksimalno 8000 mg). Odobren je u EU, Jučnoj Koreji i Australiji. Smanjuje rizik za hospitalizaciju, potrebu za kisikom i smrtni ishod u odnosu na placebo, uz izrazitiju učinak u bolesnika s rizičnim čimbenicima. Nažalost, *in vitro* nema učinka protiv Omicrona [11].

Prema Smjernicama za liječenje oboljelih od koronavirusne bolesti 2019 (COVID-19), verzija 4 do 21. prosinca 2021. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske odobrilo je primjenu sotorovimaba, casirivimaba/imdevimaba i regdanvimaba.

Zaključno, monoklonska protutijela protiv SARS-CoV-2 su korisni lijekovi. Nikako nisu zamjena za cijepljenje. Veliki problem je gubitak njihove učinkovitosti zbog mutacije virusa. Njihovo uvođenje u antivirusnu terapiju još jedna je povjesna prekretnica koju je donijela pandemija. Saznanja o njima rastu i mijenjaju se. Za očekivati je da će monoklonska protutijela uskoro biti nova klasa lijekova u širokoj primjeni i protiv drugih virusnih i bakterijskih uzročnika.

Literatura:

1. *N Engl J Med* 2021, 385, 1941-1950, doi:10.1056/NEJMoa2107934.
2. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/about-the-guidelines/whats-new/>
3. *N Engl J Med* 2021, 385, e81, doi:10.1056/NEJMoa2108163.
4. <https://www.fda.gov/media/145611/download>
5. *JAMA* 2022, doi:10.1001/jama.2021.24939.
6. <https://www.phe.gov/emergency/events/COVID19/investigation-MCM/Bamlanivimab-etesevimab/Pages/bamlanivimab-etesevimab-regen-cov-ordering-update.aspx>
7. <https://www.fda.gov/media/145802/download>
8. *JAMA* 2021, 325, 632-644, doi:10.1001/jama.2021.0202.
9. *N Engl J Med* 2021, 385, 1382-1392, doi:10.1056/NEJMoa2102685.
10. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-expands-authorization-two-monoclonal-antibodies-treatment-and-post-exposure-prevention-covid-19>
11. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.12.14.472630v1.full.pdf>

Remdesivir u ranoj fazi COVID-19 sprječava napredovanje bolesti u nehospitaliziranih bolesnika

Remdesivir dokazano poboljšava kliničke ishode u hospitaliziranih bolesnika sa srednje teškom i teškom kliničkom slikom COVID-19. Ovo istraživanje je provedeno kako bi se provjerila učinkovitost remdesivira u simptomatskih nehospitaliziranih bolesnika u sprječavanju napredovanja bolesti. Radilo se o randomiziranom, dvostruko slijepom, placebo kontroliranom istraživanju u koje je uključeno 562 oboljela od COVID-19 s trajanjem simptoma kraćim od 7 dana i barem jednim rizičnim čimbenikom za napredovanje bolesti (dob \geq

60 god., pretlost, art. hipertenzija, šećerna bolest, imunokompromitiranost...). Bolesnici su primali remdesivir tijekom 3 dana (prvi dan 200 mg IV, drugi i treći dan 100 mg IV) ili placebo. Primarni ishod je bio kompozit od hospitalizacije ili smrti od bilo kojeg uzroka do 28. dana. Rezultati su pokazali 87 % manji rizik za hospitalizaciju ili smrtni ishod u skupini koja je primila remdesivir.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2116846?query=featured_coronavirus

Pripremio Ivan Margeta, dr. med.

ZEC NE NOSI NAOČALE JER JEDE MRKVU



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

Mrkva je dobra za vid, standardna je narodna priča. Djeci se govori da zec ne nosi naočale jer jede mrkvu, kako bi ih se ponukalo da jedu malo više mrkvice. Veza između mrkve i vida teoretski ima smisla jer mrkva sadrži beta-karoten, koji se u našem tijelu pretvara u vitamin A. Vitamin A je prekursor rodopsina, fotopigmenta koji se nalazi u štapićima u mrežnici našeg oka, a štapići nam pomažu da vidimo noću. Kao rezultat nedostatka vitamina A nastaje noćna sljepoča. Međutim, za održavanje dobrog vida potrebna je samo mala količina vitamina A. Hrana bogata beta-karotenom i vitaminom A

utječe na naš vid samo ako našem tijelu nedostaje vitamina A.

Standardna, dobro uravnotežena prehrana u razvijenom svijetu općenito sadrži dovoljnu količinu vitamina A, pa stoga jedenje veće količine mrkve neće činiti dovoljno veliku razliku da utječe na vid.

Kad se pogleda znanstvena literatura, nema dokaza visoke razine za tvrdnje o mrkvi i učinku na vid. Nije moguće naći randomizirane kontrolirane pokuse u kojima je ispitivan učinak mrkve na bilo što vezano za vid, a niti sustavnih pregleda literature. Vrlo je malo bilo kakvih istraživanja vezanih za mrkvu i vid.

Istraživanja na tu temu bavila su se prednostima dodataka prehrani koji sadrže beta-karoten ili vitamin A, a ne baš mrkvom. Međutim, i ta istraživanja često ispituju kombinaciju raznih suplemenata. Primjerice, 2001. je objavljen randomizirani kontrolirani pokus u kojem je ispitivan učinak suplementacije visokim dozama vitamina C i E, beta-karotena i cinka za makularnu degeneraciju i gubitak vida povezane sa starenjem. Ispitanici su podijeljeni u skupine koje su primale (1) antioksidanse (vitamin C, 500 mg; vitamin E, 400 IU; i beta-karoten, 15 mg); (2) cink, 80 mg, kao cink oksid i bakar, 2 mg, kao bakrov oksid; (3) antioksidanse plus cink; ili (4) placebo. Jedino statistički značajno smanjenje u stopama barem umjerenoga gubitka vidne oštchine zabilježeno je

u osoba koje su primale antioksidanse plus cink. Ni s jednom od formulacija nije povezan nikakav statistički značajan ozbiljan štetni učinak.

Christian i suradnici su 1998. objavili rezultate kliničkog pokusa provedenog u ruralnim dijelovima Nepala čiji je bio cilj ispitati učinak vitamina A i beta-karotena na učestalost noćnog sljepila tijekom trudnoće i postporodnjog razdoblja u ruralnim ravnicama Nepala. Istraživači su u tri godine randomizirali oko 29 000 žena u generativnoj dobi. Žene su primale vitamin A, beta-karoten ili placebo. Dodatak vitamina A smanjio je učestalost noćnog sljepila tijekom trudnoće sa 10,7 % među kontrolama na 6,7 % (relativni rizik 0,62, 95% interval pouzdanosti: 0,45 - 0,85). Dodatak beta-karotena imao je manji učinak (relativni rizik 0,83, 95% interval pouzdanosti: 0,63 - 1,11).

Mrkva i ostale prednosti

Međutim, u literaturi ima zanimljivih rezultata iz sustavnih pregleda na druge teme o mrkvi. Hongbin i suradnici 2021. objavili su sustavni pregled opažajnih istraživanja u kojem su isptali povezanost između konzumacije mrkve i karcinoma pluća. Uključili su 18 istraživanja u kojima je sudjelovalo 202 969 osoba i 5 517 pacijenata s karcinomom pluća. Ukupni omjer rizika (engl. *odds ratio*, OR) u 18 istraživanja za rak pluća bio je 0,58 (95 % CI 0,45 - 0,74) usporedbom najviše

kategorije s najnižom kategorijom konzumacije mrkve. Autori zaključuju kako integrirani epidemiološki dokazi iz opažajnih istraživanja podupiru hipotezu da konzumacija mrkve može smanjiti rizik od raka pluća, posebno za adenokarcinom.

Luo i suradnici su 2017. objavili sustavni pregled o unosu mrkve i incidenciji raka urotela. Uključili su 6 epidemioloških opažajnih istraživanja. Analiza je pokazala značajno smanjen rizik od raka urotela u osoba s visokim unosom mrkve (OR = 0,63, 95% CI 0,44 - 0,9).

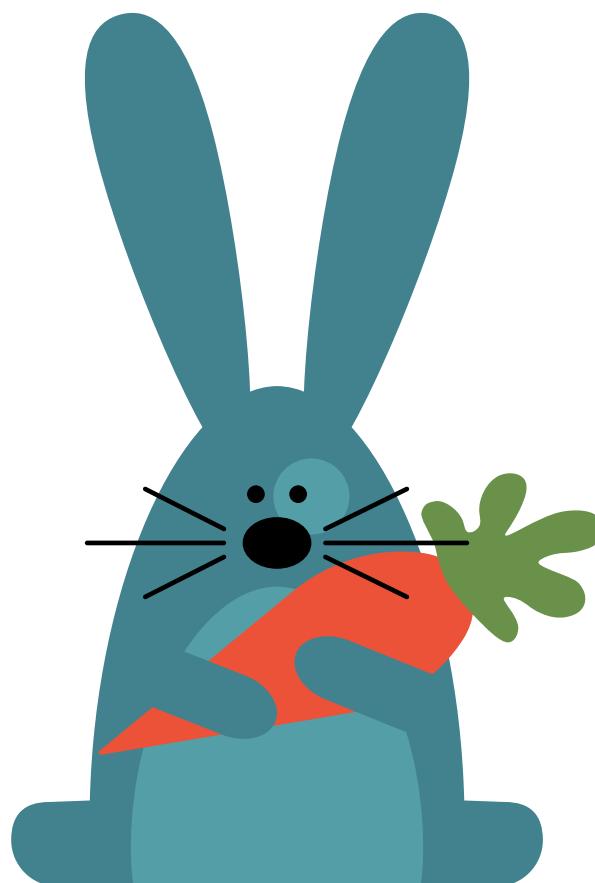
Naravno, uvjek valja biti malo suzdržan s očekivanjima kad se rezultati istraživanja temelje na opažajnim istraživanjima koja su međusobno veoma različita.

Želite biti narančaste boje: 10 mrkvi dnevno

Prije nego uključite goleme količine mrkve u svoju prehranu, razmislite bi li vam se sviđalo da ste narančaste boje. Višak karotena u tijelu naziva se hiperkarotenemija ili karotenemija. Hess i Myers prvi put su 1919. opisali „karotinemiju“ kao novu kliničku sliku u časopisu JAMA. Od tada je opisan niz slučajeva diskoloracije kože i bjeloočnica među osobama koje jedu velike količine biljne hrane koja sadrži karoten. Ako se baš želite malo obojiti mrkvom, trebali biste jesti barem 10 mrkvi dnevno nekoliko tjedana. Međutim, Vakil i sur. opisuju kako takva prehrana može biti povezana s bolji u trbuhi, mučnjom, glavoboljom i amenorejom.

Ovisnost o mrkvi

Prema znanstvenoj literaturi, neki ljudi postanu i ovisni o mrkvi. U časopisu British Journal of Addiction, 1992. je opisan niz od tri slučaja



ovisnosti o mrkvi s tipičnim simptomima razdražljivosti i nervoze koji prate apstinenciju, uz dugotrajnu ovisnost i nemogućnost jednostavnog prekida. Tri pacijenta (muškarac i dvije žene) bili su pušači, a ocijenili su ovisnost o mrkvi vrlo sličnom onoj o duhanu. Kaplan je 1996. objavio još jedan slučaj ovisnosti o mrkvi. Ovisnost se javila u 49-godišnjakinja u uvjetima stresa zbog bračnih problema, što je dovelo do depresije i pojačanog pušenja. Pacijentica je tvrdila da su osjećaji žudnje za mrkvom i simptomi ustezanja bili prilično različiti od onih povezanih s pušenjem.

Mrkva: biti ili ne biti

Nažalost, ako pojedete prikolicu punu mrkve, nećete se pretvoriti u superheroje koji imaju supermoć ekstremnog noćnog vida. Ali malo dodatnog povrća u vašoj prehrani,

pogotovo u ovo doba godine, može biti samo dobra stvar, zar ne? A možda vam i smanji rizik od karcinoma pluća i urotela. Samo vodite računa neka tih mrkvi bude manje od 10 dnevno.

Literatura

Age-Related Eye Disease Study Research Group. A Randomized, Placebo-Controlled, Clinical Trial of High-Dose Supplementation With Vitamins C and E, Beta Carotene, and Zinc for Age-Related Macular Degeneration and Vision Loss: AREDS Report No. 8. Arch Ophthalmol. 2001;119(10):1417–1436.

Christian P, West KP Jr, Khatry SK, Katz J, LeClerq S, Pradhan EK, Shrestha SR. Vitamin A or beta-carotene supplementation reduces but does not eliminate maternal night blindness in Nepal. J Nutr. 1998 Sep;128(9):1458-63.

Hess AF i sur. Carotinemia: A New Clinical Picture. JAMA 73:1743-1845, 1919.

Kaplan R. Carrot addiction. Aust N Z J Psychiatry. 1996 Oct;30(5):698-700.

Vakil A i sur. Hypercarotenemia: A case report and review of the literature. Nutrition Research. 1985;5(8):911-917.

Xu H, Jiang H, Yang W, Song F, Yan S, Wang C, Fu W, Li H, Lyu C, Gan Y, Lu Z. Is carrot consumption associated with a decreased risk of lung cancer? A meta-analysis of observational studies. Br J Nutr. 2019 Sep 14;122(5):488-498.

OTKAZI MLADIH LIJEĆNIKA TIJEKOM PANDEMIJE COVID-19

 KSENIJA VUČUR ŠIMIĆ, dr. med.

Povjerenstvo za mlade liječnike HLK-a
mladi@hlk.hr

Pandemija COVID-19 dovela je do narušavanja ionako "klimavog" zdravstvenog sustava. Osim što je stvorila probleme bolesnicima, uzrokovala ih je i liječnicima, posebno mladima koji su prvi na udaru za rad u hitnim službama i COVID odjelima. U proteklih godinu dana na stranim portalima mogli su se pročitati članci o sve većem broju zdravstvenih djelatnika, uključujući i mlade liječnike, koji su dali otakaz na svojim radnim mjestima. Na jednom američkom portalu bilo je nave-

deno da zdravstveni djelatnici ne daju otakaz jer ne žele obavljati svoj posao već zato što ne mogu podnijeti nemogućnost pružanja primjerene zdravstvene skrbi svojim bolesnicima. Čak su i prije pandemije COVID-19 mnogi od njih pronalazili kompromis između vlastitih idea obavljanja profesije i realnosti funkciranja zdravstvenog sustava. Pandemija ih je jednostavno pogurnula preko te granice s kojom se više nisu mogli nositi. Također, na australskom portalu The Guardian objavljen je članak koji govori o očajnim liječnicima koji sve više daju otakaze. I prije ove pandemije bili su mnogi liječnici iscrpljeni zbog stresa i prekovremenih sati, a pandemija je još više pogoršala stanje. Zbog manjka osoblja i velikog

priljeva bolesnika u bolnice primijećeno je da moral djelatnika sve više opada. Zbog potrebe za popunjavanjem smjena rade se promjene rasporeda rada gotovo svakodnevno, što stvara neizvjesnost i pojačava stres te onemogućuje bilo kakvo planiranje privatnog života. Također, mali trenuci, poput zajedničkog obroka s kolegom ili odmora uz kavu, nestali su tijekom pandemije. U nastavku donosimo priče kolega koji su dali otakaz u protekle dvije godine.

Izvor:

- [1. https://www.theatlantic.com/health/archive/2021/11/the-mass-exodus-of-americas-health-care-workers/620713/](https://www.theatlantic.com/health/archive/2021/11/the-mass-exodus-of-americas-health-care-workers/620713/)
- [2. https://www.theguardian.com/australia-news/2021/nov/01/i-desperately-want-to-quit-the-often-unbearable-burden-on-australias-junior-doctors](https://www.theguardian.com/australia-news/2021/nov/01/i-desperately-want-to-quit-the-often-unbearable-burden-on-australias-junior-doctors)



Ivan Marković, dr. med., specijalist alergologije i kliničke imunologije

Specijalizaciju iz alergologije i kliničke imunologije započeo sam 2012. u OB-u »Dr. Ivo Pedišić« Sisak, a nakon četiri godine specijalizantskog staža prešao sam u KB Dubrava gdje sam 2018. položio specijalistički ispit i nastavio raditi u svojstvu alergologa i kliničkog imuno-

loga. Otkaz sam dao u srpnju 2021. i otada radim u SB-u za plućne bolesti. Ostao sam, dakle, u javnozdravstvenom sustavu, trajni odlazak iz Hrvatske nije mi bio opcija. I prije pandemije COVID-19 bio je rad u jednoj kliničkoj bolnici vrlo izazovan i zahtjevan, što je bilo očekivano i mislim da to ne treba posebno isticati. Očekuje se da pokrije posao odjelnog internista, hitnjaka, zatim specijalista i konzultanta u okviru svoje (uže) specijalizacije, a pritom da sve to odradite podjednako kompetentno, ponekad i istodobno na više radilišta. Ta se »svestranost« u našim uvjetima i dalje percipira kao normalna. **Poseban problem je taj što mi »usmjereni« specijalisti imamo niži koeficijent nego specijalisti internisti s užom specijalizacijom, što znači da za isti posao dobivamo manju plaću.** To izaziva osjećaj nepravde i mislim da se o ovome još uvjek nedovoljno govori. Mislim da smo dobrim dijelom i sami odgovorni što se ne aktiviramo

više u rješavanju ovog pitanja. Jesam li i prije pandemije razmišljao o promjeni radnog mjesto? Ponekad jesam. Osobito teško su mi padala dežurstva u hitnoj službi koja su bila izrazito psihofizički naporna. Često se događalo da morate primiti, primjerice, 26 bolesnika na 19 slobodnih kreveta i slično. Golema odgovornost, neprestano preispitivanje svojih odluka, a čest je bio i osjećaj da sav taj trud nije prepoznat. S druge strane, tu su bili mentor i kolege od kojih sam mogao puno naučiti, koje sam mogao uвijek konzultirati i jedni drugima bili smo podrška. Mislim da je to iznimno bitno. S nekim od njih i dalje sam stalno u kontaktu. Općenito, sada već s malim odmakom mogu reći da mi je rad u jednoj kliničkoj bolnici, iako se zapravo radi o malom broju godina staža u svojstvu specijalista, pružio vrijedno i nezamjenjivo kliničko iskustvo. Pandemija COVID-19 i dugo-trajno zatvaranje KB-a Dubrava za sve ne-COVID djelatnosti bili su za mene

ipak presudni. Nešto manje od godinu dana radili smo gotovo isključivo COVID-19. U drugom valu priključili su nam se i kolege iz drugih ustanova koji su radili u KB-u Dubrava po oko mjesec dana te bi se vratili u svoje matične ustanove. Neke su se kolege dobrovoljno prijavljivale za rad u tzv. COVID bolnici i na tome im skidam kapu. Ipak, nemojte me pogrešno shvatiti, nije isto odraditi mjesec do dva pa se vratiti koliko-toliko redovitom poslu kao i raditi na COVID-odjelu mjesecima u kontinuitetu i neizvjesnosti. Osim toga, **u svojoj specijalnosti nazadujete ako je uopće ne prakticirate mjesecima.** Ne mogu ni zamisliti kako

je bilo specijalizantima u KB-u Dubrava kojima je dugo vrijeme trpjelo usavršavanje u njihovom području. Jedna kolegica je nekom prilikom rekla da se pandemija događa cijelom gradu i šire, a ne samo KB-u Dubrava. Mislim da se ne treba čuditi odlasku nekih djelatnika, nadam se da je sada bolje stanje. **U drugu ustanovu prešao sam prvenstveno zbog toga što sam dobio priliku za daljnji profesionalni razvoj u smjeru alergologije, što mi je otprije bila želja i motivacija.** Zaključio sam da bi to s obzirom na odlazak dijela kolega i »prelijevanje posla« bilo teško izvedivo da **sam ostao raditi u KB-u Dubrava.**



**Diana Špoljar, dr. med.
specijalistica hitne medicine**

Prije pandemije COVID-19 razmišljala sam o promjeni mjesta rada, no to je zaista bilo samo na razini razmišljanja da možda prijeđem u neku manju bolnicu izvan Zagreba. Tijekom pandemije shvatila sam da ne želim raditi u bolničkom sustavu, pa čak ni u manjoj bolnici. Rad u KB-u Dubrava (KBD) za vrijeme pandemije, kad je taj KBD bio isključivo COVID bolnica, izrazito je utjecao na moju odluku o otkazu jer sam uvidjela nesu-

vislost, nepripremljenost i neorganiziranost bolničkog i zdravstvenog sustava naše zemlje. **Razlozi koji su utjecali na mene da dam otkaz prvenstveno su povezani s načinom funkciranja bolničkoga, ali i zdravstvenog sustava.** Smatram da vodeće strukture ponekad i žele pomoći rješavanje problema s kojima se susrećemo u svakodnevnom radu, ali je sustav tako posložen da do rješenja jednostavno ne dolazi. Jedan od konkretnih primjera je pitanje prostora hitne službe u KB-u Dubrava. Naime, godinama se priča da će nam se omogućiti nov i primjereno prostor za rad. Na svoje sam oči vidjela tlocrte predviđenog prostora, nekoliko ravnatelja nam je obećalo da će se taj prostor zaista i ostvariti te da su sredstva za to izdvojena, ali do toga još uvijek nije došlo.

Rad u hitnoj službi je naporan, iscrpljujući, stresan te mentalno i fizički zahtjevan. Unatoč tome nemamo beneficirani radni staž, nemamo manju satnicu, nemamo odgovarajuće uvjete (konkretno govorim za KBD), nemamo odgovarajuću plaću, a nema ni naznake da će doći do pozitivnih promjena. Zaista volim svoj posao i imala sam prilike raditi s divnim ljudima. Otkaz nisam dala zato što je posao tako naporan ili zato što bih imala problema s kolegama.

Otišla sam jer sustav iskorištava zdravstvene radnike u hitnim službama bez primjerene kompenzacije. Po onome što vidim među kolegama, gotovo svi su već doživjeli 'burnout'. Moje su kolege izrazito predani poslu, u privatno vrijeme se informiraju o stanju bolesnika, naknadno provjeravaju kako su bolesnici koje su pregledavali u smjenama. Ne rade svoj posao 'reda radi', nego se zaista brinu o bolesnicima. Međutim, zbog prevelikog broja pregleda u hitnoj službi, premalog broja osoblja (liječnika i srednjeg medicinskog osoblja), zbog zastoja koji nastaju zbog preopterećenosti sustava i nepostojanja ili nepoštivanja algoritama postupanja, moje su kolege na izmaku snaga. Njima se može pomoći na nekoliko načina, a to su: smanjenje broja smjena u hitnoj službi, povećanje broja osoblja u smjeni, priznavanje beneficiranog radnog staža, kontinuirana edukacija o trošku ustanove, propisivanje jasnih smjernica postupanja i pridržavanje istih (što uključuje i primjenu sankcija u slučaju nepridržavanja) te sveukupna potpora bolnice i njenih djelatnika radu u hitnoj službi, što god to podrazumjevalo u danom trenutku. Svi trebaju hitnu službu u nekom trenutku. Tada nas se sjete i traže od nas pomoć. Bilo bi nam draga da nas se kolege i oni na rukovodećim pozicijama sjete i kad je nama potrebna pomoć.



Jere Žarko, dr. med.
specijalist anesteziologije,
reanimatologije i intenzivne
medicine

Mogućnost otkaza i odlaska iz Hrvatske za mene je uvijek postojala bez obzira na pandemiju COVID-19. Ne mogu reći da se radilo o nekoj velikoj želji, ali bio sam svjestan te opcije i svega što ona nosi sa sobom. Mislim da većina objektivnih razloga uvijek govori u prilog odlaska. Sve nas na našim radnim mjestima u Hrvatskoj u prvom redu drže subjektivni razlozi poput obitelji, prijatelja, navika i poznatih mjesta. Meni se poklopilo da su osobni razlozi i bolja polovica postali u jednom trenutku motiv za odlazak, a sve ono što rad u uređenijim sustavima objektivno nosi bilo je samo bonus u cijeloj priči. Vrlo je teško uspoređivati naše zdravstvo s onima u bogatijim i uređenijim zemljama, što se jasno vidi po tome što u njemu rade prije svega ljudi koji su osobno vezani za Hrvatsku, a nema baš navale stranaca, osim onih koji imaju administrativne prepreke za rad u nekim drugim državama. **Rad u KB-u Dubrava za vrijeme COVID-19 nije trebao iznenaditi nikoga tko je otprije upoznat s načinom na koji se problemi u hrvatskom zdravstvu rješavaju. Pristup je uvijek isti: skromne organizacijske sposobnosti, manjak primjerene infrastrukture, kadrova i opreme**

te golem entuzijazam koji iz ljudi izvlači nemoguće. To je patentirani recept tijekom cijele moje karijere, a po pričama starijih kolega i puno dulje od toga. Za mene to nije bio neki posebno prijeloman trenutak, nego samo još jedna crtica u nizu. Više me je razočarala reakcija našeg društva općenito, čiji se kapacitet za solidarnost, žrtvu i brigu za druge pokazao kratkoga daha. Mislim da to jako puno govori o sumornoj perspektivi promjena u načinu razmišljanja koje su nam nužne. "Burnout" je prisutan u svim zdravstvenim sustavima u svijetu, a kod nas vjerojatno posebno naglašen jer puno toga ovisi o osobnoj motivaciji pojedinca i već spomenutom entuzijazmu, a manje o sustavnim rješenjima. Nije realno očekivati da mi, s dotrajanim bolnicama, nedostatnim kadrom,

manjkom opreme, niskim planiranim ulaganjima i starim bolesnim stanovništvom „ganjamo“ rezultate razvijenih zemalja bez osobne žrtve, koja mora ostavljati posljedice. Ako tome dodamo da su psihičke teškoće čak i među zdravstvenim radnicima još uvijek velik tabu pa nam se stalno govori da je nama još lakše nego onima prije nas i da se na svaki znak posustajanja uglavnom gleda sa zgražanjem, onda imamo stanje kakvo imamo. Problem je sve veći, prevencije nema, terapije za to još manje. **Odgovorni za funkciranje sustava moraju ili jasno reći da mi više ne možemo ispunjavati tako visoka očekivanja ili učiniti zdravstvo i ljude koji u njemu rade prioritetom ove države. Nisam optimističan i ne očekujem da će se bilo što od toga stvarno dogoditi.**

ZDRAVI HUMOR



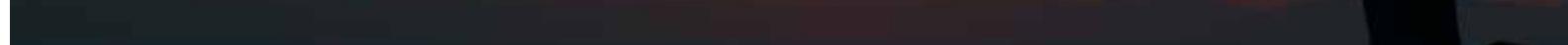
Ilustrirala Tisja Kljaković Braić

AFGANISTAN

Osvrt na „suvremenu povijest“

> 2. dio

 MISLAV ČAVKA



Deveti rujan je datum bitniji za povijest Afganistana, a možda i svijeta od 11. rujna jer je tada ubijen Šah Masud po naredbi Osame bin Laden. Šah, genijalni strateg iz vremena otpora Sovjetima 1992. je postao ministar obrane za vrijeme predsjednika Burhanudina Rabanima, a obojica su bili Tadžici (istočnoranski narod). To je bilo prvi put u povijesti da Paštuni nisu bili vladajuća klasa te je sve vrlo brzo preraslo u novi građanski rat u kojem su razne zaraćene mudžahedinske vojske držale razne dijelove Kabula dok se svrgnuti predsjednik Muhamed Nadžibulah sakrio u bazu UN-a, a čiju je eksteritorijalnost Šah Masud poštovao.

Kao njihov najveći takmac pojavljuje se Gulbadin Hekmatyar, Paštun i osnivač prve islamske stranke koji zauzima jug Kabula i predsjedničku palaču, često prikazivanu na slikama koje ilustriraju razinu uništenja ostataka Kabula iz 20. stoljeća. Kako je pokojni Fran Višnar jednom plastično objasnio; zamislite Berlin 1946. s okupacijskim zonama saveznika vojski koje se međusobno svakodnevno granatiraju. Sve frakcije su podržavane od okolnih zemalja, tako da se velika količina oružja, novca i ideologije slijeva u Afganistan iz Irana, Pakistana, Tadžikistana, ali i Indije dok je slavina iz SAD-a zatvorena jer „Carstvo Zla“ više ne postoji. A nastavlja se pritok i ljudstva i novca iz zemalja „Zaljeva“ koji su već od vremena otpora prema Sovjetima u Afganistanu i sve se češće nazivaju arapskim Afganistancima.

Pakistan, prisutan kao igrač u Afganistanu već desetljećima, preko svoje tajne službe ISI jača

svoj utjecaj jer milijuni Afganistanaca jedino školovanje koje su dobivali je bilo u pograničnim medresama gdje žive od 80-ih godina te su 1994. već odrasli ljudi. Te se godine pojavljuju Talibani kao nova snaga, samo dvije godine nakon zauzeća Kabula od strane Mudžahedina (Talib znači na paštunskom učenik). Na poticaj vjerskih vođa većinom iz Kandahara, i pod njihovim vodstvom, najistaknutiji vođa je svakako bio mula Muhamed Omar, Talibani jačaju kao mješavina paštunskog nacionalističkog, militantnog islamističkog i džihadističkog pokreta (nekad plemenska pravila, „Paštunvali“ prepostavljuju čak i Šerijatu), te polako svojim jednostavnim i oštrim shvaćanjem šerijatskog prava zadobivaju simpatije lokalnog stanovništva kojem je dosta korumpiranosti i kriminala Mudžahedina koji se ponašaju kao ratni vođe (Warlords). Samo 4 godine nakon osnivanja (1996.) Talibani lakoćom osvajaju Kabul iz kojeg bježe ratni vođe te započinju novi otpor na Sjeveru pod vodstvom Šaha Masuda u dolini Panšir, a kasnije će postati poznati pod nazivom Sjeverni savez (Northern Alliance). Osvojivši Kabul izvlače komunističkog predsjednika iz UN-ove baze te ga vješaju na ulici jasno najavivši svoj krvavi pir (možemo primjetiti da rijetko koga UN-ove baze uspiju zaštititi). Talibansku vlast priznali su samo Pakistan, Saudijska Arabija i Ujedinjeni Arapski Emirati.

Tog ranije spomenutog 9. rujna Masud nervozno provjerava kamjeru koja nikako da počne snimati a koju su pred njega dovela dvojica Belgijanaca (naravno povezanih s četvrti Molenbeek), čistih dosjea (po ideji bin Adena)

podrijetlom iz Maroka (kasnije se dokazalo Tunisa), a koji su se dotad nešto okušavali u novinarstvu. No, netom pošto je Masud izvadio kazetu sve je eksplodiralo te ga smrtno ranilo (umro je u helikopteru na putu za Tadžikistan), a Masudovog glasnogovornika, pjesnika Masuda Kalilija ranilo. Šah Ahmad Masud je kao frankofil rado primao novinare iz frankofonih zemalja i sam je posjetio Strasbourg u svibnju 2001. kako bi upozorio na veze talibana i Pakistan. Unatoč petogodišnjoj vladavini Talibani nisu do kraja uspjeli osvojiti Afganistan te je 2001. još desetak posto zemlje bilo pod kontrolom Sjevernog saveza.

Osama bin Laden dolazi početkom rata u Afganistan kao humanitarni radnik (sjetimo se mnogih humanitarnih organizacija po Hrvatskoj za vrijeme agresije, ali i u BiH kasnije) no s vremenom, iako arapski Afganistanci (ili kako ih neki nazivaju afganistanski Arapi) nisu igrali bitniju ulogu u otporu Sovjetima, počinje zadbivati veće ambicije te 1988. osniva Al Qaidu (arapski baza, temelj), pan-islamističku organizaciju koja više ne gleda samo lokalno. Osama bin Laden je rođen kao pripadnik milijunaške saudijske obitelji, a 1991. nudi Saudijskoj Arabiji svoje mudžahedinske trupe kao zaštitu nakon iračkog zauzimanja Kuvajta, no obitelj Saud se okreće Amerikancima što bin Laden otvoreno kritizira i smatra velikom uvredom jer nevjernici dolaze na arapski poluotok gdje su dva najsvetiјa mjesta Islam-a. Nakon toga odlazi nakratko u Afganistan te 1992. u Sudan odakle počinje planirati terorističke akcije po svijetu.

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

PORUKA ČLANKA

Žene s akutnom torakoabdominalnom disekcijom aorte tipa A češće se javljaju kasnije nakon pojave simptoma, s komplikacijama, i češće umiru u bolnici nego muškarci. Kasni se ishodi ne razlikuju među spolovima.

Primjetno veći postotak žena ima teže, odnosno uznapredovale komplikacije, uključujući šok i malperfuziju, rezultati su opservacijskog istraživanja, navode Gleason i sur. (University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA). Ovi nalazi upućuju na to da se žene javljaju kasnije nakon pojave simptoma ili nakon što stignu u hitni prijem prođe više vremena do postavljanja dijagnoze. Autori su analizirali podatke iz Interventional Cohort of the International Registry of Acute Aortic Dissection o spolnim razlikama u prezentaciji, operativnom pristupu i ishodima u bolesnika upisanih u bazu podataka od 1996. do 2018. godine. Otprilike jedna trećina od 2823 bolesnika bile su žene (34,3 %), a bile su značajno starije od muškaraca (medijan 65,4 prema 58,6 godina). Žene

Aortna disekcija tipa A možda je povezana s lošijim ranim ishodima u žena

su imale značajno veću vjerojatnost da će imati intramuralni hematom (19,4 % prema 13,2 %) ili potpunu (17,2 % prema 10,2 %) ili djelomičnu (24,8 % prema 19,4 %) trombozu lažnog lumen-a. Zahvaćenost luka aorte i koronarnih arterija bila je slična među spolovima; međutim, aortna insuficijencija bila je vjerojatnija u muškaraca (64,9 % prema 53,5 %). Muškarci su češće podvrgnuti Bentallovoј operaciji, kompletном luku, "elephant trunku" i drugim operacijama. Bolnička smrtnost tijekom razdoblja istraživanja bio je veći u žena (16,7 % prema 13,8 %). Nakon prilagodbe, ženski spol je imao tendenciju prema većoj ukupnoj bolničkoj smrtnosti (omjer izgleda 1,4), ali ne u posljednjem desetljeću upisa (OR 0,93). Petogodišnja smrtnost i stope reintervencije nisu se značajno razlikovale među spolovima. Autori zaključuju da iako nisu uočene razlike u petogodišnjoj smrtnosti ili reintervenciji, potrebno je razmotriti prilagođeni kirurški pristup kako bi se smanjile spolne razlike u stopi rane smrtnosti za torakoabdominalnu disekciju aorte tipa A (TAAD). Autori navode da je disekcija aorte vrlo smrto-

nosna i njezina smrtnost ovisi o vremenu, tako da nosi stopu rane smrtnosti oko 1 do 2 % po satu u prvih 48 sati. Svaka je minuta važna, a ovo bi nas istraživanje trebalo provocirati da prepoznamo da se ženama dijagnosticira u uznapredovalijim stadijima akutne katastrofe te stoga moramo učiniti sve da pokušamo smanjiti to vrijeme do dijagnoze i intervencije. Dr. Roh Yanagida (Assistant Professor of Surgery, the Lewis Katz School of Medicine, Temple University, Philadelphia, Pennsylvania, USA) komentirao je da, za razliku od sadašnjeg istraživanja, prethodna istraživanja nisu pokazala lošije preživljjenje žena s TAAD-om. Postoje ograničenja svojstvena retrospektivnoj prirodi ovog istraživanja, rekao je. Kao što je spomenuto u odjeljku o ograničenjima, njihovi podaci nisu uključivali važne nalaze koje je teško ispravno procijeniti u trenutku prezentacije, kao što su slabost i klinički dojam, koji mogu usmjeravati plan dijagnostike i liječenja.

(Ann Thorac Surg. 2021 May 27:S0003-4975(21)00727-X.)

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

VIRTUALNA NASTAVA MOŽE ŠTETITI DJEĆJEM VIDU

PORUKA ČLANKA

Upitnicima je utvrđeno značajno povećanje simptoma nedostatne konvergencije te drugih simptoma očnog zamora u djece nakon virtualne nastave.

Dvije godine nakon početka pandemije COVID-19 sve je više dokaza o nepovolnjom utjecaju promjena u načinu života na vid i zdravlje očiju u djece. To se u prvom redu odnosi na povećanje vremena koje djeca provode za računalom. Tako je nedavno istraživanje na 120 000 ki-

neske djece u dobi od 6 do 8 godina utvrdilo trostruko veće stope rasta kratkovidnosti u odnosu na razdoblje prije pandemije.

Dječji oftalmolozi iz očne bolnice Wills u SAD-u pod vodstvom prof. Judithe Lavrich istražili su akutne očne simptome 110-ero

zdrave djece u dobi od 10 do 17 godina nakon 3 do 10 sati punе ili hibridne virtualne nastave. Učenici su prije i nakon virtualne nastave trebali ispuniti prilagođeni CISS upitnik o simptomima insuficijentne konvergencije pri gledanju na blizinu te upitnik o astenopskim smetnjama poput nelagode,

PORUKA ČLANKA

Nadzor osoba s velikim nasljednim rizikom za duktalni adenokarcinom gušterače može omogućiti raniju dijagnozu, ali još uvijek nema jasne koristi za preživljenje.

Overbeek i sur. (Sveučilišni medicinski centar Erasmus, Rotterdam, Nizozemska) pratili su 366 asimptomatskih pojedinaca (prosječna dob 54 godine) s procijenjenim 10 %-tnim ili većim cijelivotnim rizikom za duktalni adenokarcinom gušterače (eng. *pancreatic ductal adenocarcinoma* - PDAC); u 201 pacijenta bio je mutacijski negativan obiteljski karcinom gušterače (*familial pancreatic carcinoma* - FPC), a preostalih 165 bili su nositelji mutacije gena osjetljivih na PDAC. Godišnji nadzor uključivao je endoskopski ultrazvuk i MRI/magnetsku rezonantnu kolangiopankreatografiju (MRCP) pri svakom dolasku. U ovom nadzornom programu koji je trajao trinaest godina, rak gušterače razvio se u 9,3 % osoba s dokazanim mutacijom u genu osjetljivosti za rak gušterače. Rizik je bio osobito velik

NADZOR OSOBA S VELIKIM RIZIKOM ZA KARCINOM GUŠTERAČE NIJE POVEZAN S BOLJIM ISHODOM

za one s mutacijom gena CDKN2A ili Peutz-Jeghersovim sindromom. Velika incidencija PDAC-a u ovim skupinama podupire preporku da su ti specifični nositelji mutacija povoljni kandidati za nadzor. Međutim, suprotno očekivanjima, nije otkriven rak gušterače u osoba s obiteljskom anamnezom raka gušterače, ali bez poznatih genskih mutacija. Od 10 bolesnika koji su razvili PDAC, šest je imalo resektabilan tumor, od kojih su tri dijagnosticirana u ranoj fazi. Nije bilo smrtnosti povezane s operacijom. Ostala četiri predstavljena su kao simptomatski metastatski intervalni karcinomi. Medijan preživljjenja bolesnika s PDAC-om bio je 18 mjeseci. Autori su otkrili da je endoskopskim ultrazvukom otkriveno više solidnih lezija nego MRI/RCP-om, a posljednji nije dodao relevantnu dijagnostičku vrijednost. Ipak, pravodobna identifikacija resektabilnih lezija pokazala se kao izazov, a potrebni su i osjetljiviji dijagnostički biljezi. Sveukupno, zaključuju autorи, nisu pronađeni uvjer-

ljivi dokazi da se nadzorom doista postiže bolji ishod raka gušterače. U usporedbi sa slučajevima sporadičnog raka gušterače, visokorizični pojedinci koji su sudjelovali u nadzornom istraživanju imali su raniji stadij raka gušterače te su češće podvrgnuti potencijalno kurativnoj kirurškoj resekciјi i činilo se da im je preživljenje nešto dulje. Dr. Joe Hines sa Sveučilišta California u Los Angelesu, California, SAD, direktor UCLA Agi Hirshberg Centra za bolesti gušterače, koji nije bio uključen u istraživanje, kaže da genetika raka gušterače počinje utjecati na kliničke preporuke za dijagnostiku i liječenje. Ovo istraživanje potvrđuje koncept probira za bolesnike s većim rizikom za ovu bolest, a s vremenom će ovaj pristup rezultirati boljim ishodima i duljim preživljenjem.

(Gut. 2021;Apr 5:gutjnl-2020-323611. [Online ahead of print.])



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

umora, osjećaja suhoće i naprezanja očiju.

Rezultati obaju upitnika su pokazali značajnu razliku u simptomima prije i nakon virtualne nastave. Prosječna ocjena na CISS upitniku porasla je s 5,17 na 9,82 ($P < 0,001$), pri čemu je više od 60 % djece prijavilo povećanje simptoma nedostatne konvergencije pri radu na blizini. Naime, kod gledanja na

blizinu oči se trebaju međusobno približiti. Ako je konvergencija nedovoljna, bilo nakon dugotrajnijeg napora ili kod nekih bolesti, oči će pri gledanju na blizinu „bjezati“ prema van zbog čega će nastupiti smetnje poput mutnijeg i dvostrukog vida, zamora pa i glavobolje. Takve ozbiljnije simptome imalo je čak 17 % učenika koji ih nisu imali prije virtualne nastave. Ocjene astenopije također su

porasle gotovo dvostruko, s 1,58 na 2,74 ($P < 0,001$) i bile su prisutne u više od polovice ispitanika.

Možemo se nadati kako će budući formati virtualne nastave uzimati u obzir i potrebu za odmaranjem očiju od rada na blizinu kako bi se smanjile tegobe u djece. Istraživanje nije obuhvatilo i ukupno vrijeme koje su djeca provela za elektroničkim ure-

đajima, što zasigurno može utjecati na intenzitet simptoma. Autori preporučuju roditeljima da obrate pažnju na navedene simptome u djece te ih prema potrebi upute na oftalmološki pregled.

(J AAPOS. 2022 Jan 12:S1091-8531(22)00003-9. doi: 10.1016/j.jaapos.2021.10.003.)



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

Upala niskog stupnja kao rizični čimbenik za srčanožilne bolesti i smrtnost u bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2

Šećerna bolest tipa 2 povezana je s kontinuiranom upalom uzrokovanim disfunkcijom masnog tkiva i insulinskog rezistencijom. Visoko osjetljivi-CRP (hs-CRP) biljeg je za sustavnu upalu niskog stupnja, a veće razine u plazmi povezane su s povećanom incidencijom srčanožilnih događaja u različitim populacijama.

Cilj je ovog istraživanja bio procijeniti odnos između hs-CRP-a i srčanožilnih događaja kao i smrtnosti u visokorizičnih bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2.

SMART (engl. Second Manifestations of ARTerial disease) je bilo prospektivno kohortno istraživanje koje je uključilo 1679 bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2.

Coxov regresijski model primijenjen je na procjenu neželjenih srčanožilnih rizika i ukupne smrtnosti ispitanika u odnosu na vrijednosti hs-CRP-a. Podaci su prilagođeni prema dobi, spolu, indeksu tjelesne mase, pušenju, konzumaciji alkohola, non-HDL-kolesterolu i mikroalbuminuriji.

Tijekom praćenja, koje je u prosjeku trajalo 7,8 godina, dogodilo se 307 novih srčanožilnih događaja i 343 smrtnih ishoda. Povećanje vrijednosti hs-CRP-a za jednu jedinicu povezano je s povećanim rizikom od žilne i ukupne smrtnosti. Nije pronađena povezanost

između vrijednosti hs-CRP-a i srčanog ili moždanog udara.

Upala niskog stupnja, mjerena hs-CRP-om, neovisan je rizični čimbenik za žilnu smrtnost i ukupnu smrtnost, ali ne i za srčanožilne događaje u visokorizičnih bolesnika s dijabetesom tipa 2. Konična upala niskog stupnja može biti cilj liječenja za smanjivanje ostatnog srčanožilnog rizika u bolesnika sa šećernom bolesti tipa 2.

(Cardiovasc Diabetol. 2021; 20: 220.)

 PETRA RADIĆ, dr. med.

ODABRANI RADOVI HRVATSKIH LIJEČNIKA objavljeni u inozemnim medicinskim časopisima

Uređuje prof. dr. sc. Jelka Petrak

Babić Leko M, Pleić N, Gunjača I, Zemunik T. Environmental factors that affect parathyroid hormone and calcitonin levels. *Int J Mol Sci.* 2021 Dec 21;23(1):44. doi: 10.3390/ijms23010044.

Banovac I, Grgurevic L, Rumenovic V, Vukicevic S, Erjavec I. BMP3 affects cortical and trabecular long bone development in mice. *Int J Mol Sci.* 2022 Jan 12;23(2):785. doi: 10.3390/ijms23020785.

Barac Nekic A, Knezevic N, Zibar Tomsic K, Kraljević I, Balasko A, Skoric Polovina T, Solak M, Dusek T, Kastelan D, Croatian Acc Study Group. The effect of surgeon expertise on the outcome of patients with adrenocortical carcinoma. *J Pers Med.* 2022 Jan 13;12(1):100. doi: 10.3390/jpm12010100.

Baressa Šegota S, Lorencin I, Smolić K, Andelić N, Markić D, Mrzljak V, Štifanić D, Musulin J, Španjol J, Car Z. Semantic segmentation of urinary bladder cancer

masses from CT images: a transfer learning approach. *Biology (Basel).* 2021 Nov 4;10(11):1134. doi: 10.3390/biology1011134.

Barišić N, Turudić D, Marić LS, Tešović G. Vaccination in pediatric acquired inflammatory immune-mediated neuromuscular disorders. *Eur J Paediatr Neurol.* 2021 Dec 30;36:159-176. doi: 10.1016/j.ejpn.2021.12.014.

Čulić V. Digoxin and beta-blockers in patients with heart failure. Letter regarding the article 'Clinical outcomes with digoxin vs. beta-blocker for heart rate control in permanent atrial fibrillation with heart failure'. *Eur J Heart Fail.* 2021 Nov 23. doi: 10.1002/ejhf.2392.

Čužić S, Antolić M, Ognjenović A, Stupin-Polančec D, Petrić Grba A, Hrvatić B, Dominis Kramarić M, Musladin S, Požgaj L, Zlatar I, Polančec D, Aralica G, Banić M, Urek M, Mijandrušić Sinčić B, Čubranić

A, Glognarić I, Bosnar M, Eraković Haber V, Claudins: beyond tight junctions in human IBD and murine models. *Front Pharmacol.* 2021 Nov 17;12:682614. doi: 10.3389/fphar.2021.682614.

Dabo I, Skočilić I, Vivat B, Belac-Lovasić I, Sorta-Bilajac Turina I. Spiritual well-being for croatian cancer patients: validation and applicability of the croatian version of the EORTC QLQ-SWB32. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Nov 13;18(22):11920. doi: 10.3390/ijerph182211920.

Doričić R, Orzechowski M, Nowak M, Tutić Groška I, Bielińska K, Chowaniec A, Ramšak M, Łuków P, Muzur A, Zupanič-Slavec Z, Steger F. Diversity competency and access to healthcare in hospitals in Croatia, Germany, Poland, and Slovenia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Nov 12;18(22):11847. doi: 10.3390/ijerph182211847.

Flegar D, Filipović M, Šućur A, Markotić A, Lukač N, Šisl D, Ikić Matijašević M, Jajić Z, Kelava T, Katavić V, Kovačić N, Grčević D. Preventive CCL2/CCR2 axis blockade suppresses osteoclast activity in a mouse model of rheumatoid arthritis by reducing homing of CCR2hi osteoclast progenitors to the affected bone. *Front Immunol.* 2021 Dec 3;12:767231. doi: 10.3389/fimmu.2021.767231

Grgurević I, Bozin T, Mikus M, Kukla M, O'Beirne J. Hepatocellular carcinoma in non-alcoholic fatty liver disease: from epidemiology to diagnostic approach. *Cancers (Basel).* 2021 Nov 21;13(22):5844. doi: 10.3390/cancers13225844.

Grgurević I, Madir A, Trkulja V, Bozin T, Aralica G, Podrug K, Mikolašević I, Tschoatzis E, O'Beirne J, Pinzani M. Assessment of clinically significant portal hypertension by two-dimensional shear wave elastography. *Eur J Clin Invest.* 2022 Jan 18:e13750. doi: 10.1111/eci.13750.

Homolak J, Babic Perhoc A, Knezovic A, Osmanovic Barilar J, Virag D, Joja M, Salkovic-Petrisic M. The effect of acute oral galactose administration on the redox system of the rat small intestine. *Antioxidants (Basel).* 2021 Dec 24;11(1):37. doi: 10.3390/antiox11010037.

Janković T, Dolenc P, Rajić Bumber J, Gržeta N, Kriz J, Župan G, Pilipović K. Differential expression patterns of TDP-43 in single moderate versus repetitive mild traumatic brain injury in mice. *Int J Mol Sci.* 2021 Nov 11;22(22):12211. doi: 10.3390/ijms222212211.

Japjec M, Horvat Pavlov K, Petrovic A, Staresinic M, Sebecic B, Buljan M, Vranes H, Giljanovic A, Drmic D, Japjec M, Prtoric A, Lovric E, Batelja Vuletic L, Dobric I, Boban Blagaic A, Skrtic A, Seiwerth S, Sikirić P. Stable gastric pentadecapeptide BPC 157 as a therapy for the disable myotendinous junctions in rats. *Biomedicines.* 2021 Oct 27;9(11):1547. doi: 10.3390/biomedicines9111547.

Kavazović I, Krapić M, Beumer-Chuwonpad A, Polić B, Wensveen TT, Lemmermann NA, van Gisbergen KPJM, Wensveen FM. Hyperglycemia and not hyperinsulinemia mediates diabetes-induced memory CD8 T cell dysfunction. *Diabetes.* 2022 Jan 14:db210209. doi: 10.2337/db21-0209.

Kendel Jovanović G, Dragaš Zubalj N, Klobučar Majanović S, Rahelić D, Rahelić V, Vučak Lončar J, Pavićić Žeželj S. The Outcome of COVID-19 lockdown on changes in body mass index and lifestyle among croatian schoolchildren: a cross-sectional study. *Nutrients.* 2021 Oct 26;13(11):3788. doi: 10.3390/nu13113788.

Kralj T, Kokot A, Zlatar M, Masnec S, Kasnik Kovac K, Milkovic Perisa M, Batelja Vuletic L, Giljanovic A, Strbe S, Sikiric S, Balog S, Sontacchi B, Sontacchi D, Buljan M, Lovric E, Boban Blagaic A, Skrtic A, Seiwerth S, Sikiric P. Stable gastric pentadecapeptide BPC 157 therapy of rat glaucoma. *Biomedicines.* 2021 Dec 31;10(1):89. doi: 10.3390/biomedicines10010089.

Krečak I, Karaman I, Jakelić S. Darier's sign. *Eur J Intern Med.* 2022 Jan 6:S0953-6205(22)00006-1. doi: 10.1016/j.ejim.2022.01.004.

Lucijanic M, Bistrovic P. Remdesivir associated bradycardia might be a sign of good prognosis in COVID-19 patients. *Clin Microbiol Infect.* 2022 Jan 6:S1198-743X(21)00725-4. doi: 10.1016/j.cmi.2021.12.017.

Lucijanic M, Krecak I, Soric E, Sedinic M, Sabljic A, Derek L, Jaksic O, Kusec R. Thrombocytosis in COVID-19 patients without myeloproliferative neoplasms is associated with better prognosis but higher rate of venous thromboembolism. *Blood Cancer J.* 2021 Nov 29;11(11):189. doi: 10.1038/s41408-021-00585-2.

Marinović B, Miše J, Jukić IL, Bukvić Mokos Z. Pemphigus—the crux of clinics, research, and treatment during the COVID-19 pandemic. *Biomedicines.* 2021 Oct 28;9(11):1555. doi: 10.3390/biomedicines9111555.

Martinovic D, Tokic D, Martinovic L, Kumric M, Vilovic M, Rusic D, Vrdoljak J, Males I, Ticinovic Kurir T, Lupi-Ferandin S, Bozic J. Adherence to the Mediterranean diet and its association with the level of physical activity in fitness center users: Croatian-based study. *Nutrients.* 2021 Nov 12;13(11):4038. doi: 10.3390/nu13114038.

Mitrečić D, Hribljan J, Jagečić D, Isaković J, Lamberto F, Horánszky A, Zana M, Foldes G, Zavan B, Pivoriūnas A, Martinez S, Mazzini L, Radenovic L, Milasin J, Chachques JC, Buzanska L, Song MS, Dinnyés A. Regenerative neurology and regenerative cardiology: shared hurdles and achievements. *Int J Mol Sci.* 2022 Jan 13;23(2):855. doi: 10.3390/ijms23020855.

Nikodem K, Ćurković M, Borovečki A. Trust in the healthcare system and physicians in Croatia: a survey of the general population. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jan 16;19(2):993. doi: 10.3390/ijerph19020993.

Omrčen H, Zorićić Cvek S, Batičić L, Šućurović S, Grubić Kezele T. Gender-related differences in BMP expression and adult hippocampal neurogenesis within joint-hippocampal axis in a rat model of rheumatoid arthritis. *Int J Mol Sci.* 2021 Nov 10;22(22):12163. doi: 10.3390/ijms222212163.

Osmanovic Barilar J, Knezovic A, Homolak J, Babic Perhoc A, Salkovic-Petrisic M. Divergent effect of central incretin receptors inhibition in a rat model of sporadic Alzheimer's Disease. *Int J Mol Sci.* 2022 Jan 4;23(1):548. doi: 10.3390/ijms23010548.

Pavlović Mavić M, Šeparović R, Tečić Vugr A, Vazdar L. Difference in estimation of side effects of chemotherapy between physicians and patients with early-stage breast cancer: the use of patient reported outcomes (PROs) in the evaluation of toxicity in everyday clinical practice. *Cancers (Basel).* 2021 Nov 25;13(23):5922. doi: 10.3390/cancers13235922.

Pribisalić A, Popović R, Salvatore FP, Vatavuk M, Mašanović M, Hayward C, Polašek O, Kolčić I. The Role of socioeconomic status in adherence to the Mediterranean diet and body mass index change: A follow-up study in the general population of Southern Croatia. *Nutrients.* 2021 Oct 26;13(11):3802. doi: 10.3390/nu13113802.

Prokšelj K, Brida M. Pre-term birth: a novel risk factor for cardiovascular disease in women? *Eur Heart J.* 2021 Dec 9:ehab838. doi: 10.1093/eurheartj/ehab838.

Pupić-Bakrač J. In Reference to analysis of the clinical features and surgical outcomes of first branchial cleft anomalies. *Laryngoscope.* 2021 Dec 16. doi: 10.1002/lary.29989.

Pupić-Bakrač A, Pupić-Bakrač J, Beck A, Jurković D, Polkinghorne A, Beck R. Regarding "Human dirofilariasis in the 21st century: A scoping review of

clinical cases reported in the literature". *Transbound Emerg Dis.* 2021 Dec 16. doi: 10.1111/tbed.14431. Online ahead of print.

Raos D, Abramović I, Tomić M, Vrtarić A, Kuliš T, Čorić M, Ulamec M, Katušić Bojanac A, Ježek D, Sinčić N. CNV hotspots in testicular seminoma tissue and seminal plasma. *Cancers (Basel).* 2021 Dec 31;14(1):189. doi: 10.3390/cancers14010189.

Roganovic J, Ricci E, Polychronopoulou S, Fioredda F. Isolated neutropenia preceding acute lymphoblastic leukemia in children. *Pediatr Blood Cancer.* 2021 Dec 16:e29518. doi: 10.1002/pbc.29518.

Samardžija B, Pavešić Radonja A, Zaharija B, Bergman M, Renner Ě, Palkovits M, Rubeš G, Bradshaw NJ. Protein aggregation of NPAS3, implicated in mental illness, is not limited to the V304I mutation. *J Pers Med.* 2021 Oct 23;11(11):1070. doi: 10.3390/jpm11111070.

Sobočan N, Himelreich-Perić M, Katušić-Bojanac A, Krasić J, Sinčić N, Majić Ž, Jurić-Lekić G, Šerman L, Marić A, Ježek D, Bulić-Jakuš F. Extended prophylactic effect of N-tert-Butyl- α -phenylnitron against oxidative/nitrosative damage caused by the DNA-hypomethylating drug 5-Azacytidine in the rat placenta. *Int J Mol Sci.* 2022 Jan 6;23(2):603. doi: 10.3390/ijms23020603.

Šikić J, Planinić Z, Matišić V, Friščić T, Molnar V, Jagačić D, Vujičić L, Tudorić N, Postružin Gršić L, Ljubičić Đ, Primorac D. COVID-19: the impact on cardiovascular system. *Biomedicines.* 2021 Nov 15;9(11):1691. doi: 10.3390/biomedicines9111691.

Štrbe S, Gojkovic S, Krežic I, Zizek H, Vranes H, Barisic I, Strinic D, Orct T, Vukojevic J, Illic S, Lovric E, Muzinic D, Kolenc D, Filipčić I, Zoricic Z, Marcinko D, Boban Blagaic A, Skrtic A, Seiwerth S, Sikiric P. Over-dose lithium toxicity as an occlusive-like syndrome in rats and gastric pentadecapeptide BPC 157. *Biomedicines.* 2021 Oct 20;9(11):1506. doi: 10.3390/biomedicines9111506.

Šutić M, Vukić A, Baranašić J, Försti A, Džubur F, Samardžija M, Jakopović M, Brčić L, Knežević J. Diagnostic, predictive, and prognostic biomarkers in non-small cell lung cancer (NSCLC) management. *J Pers Med.* 2021 Oct 27;11(11):1102. doi: 10.3390/jpm11111102.

Vilovic T, Bozic J, Zuzic Furlan S, Vilovic M, Kumric M, Martinovic D, Rusic D, Rada M, Tomicic M. Mental health well-being and attitudes on mental health disorders among family physicians during COVID-19 pandemic: A connection with resilience and healthy lifestyle. *J Clin Med.* 2022 Jan 15;11(2):438. doi: 10.3390/jcm1120438.

Vukicevic S, Colliva A, Kufner V, Martinelli V, Moimas S, Vodret S, Rumenovic V, Milosevic M, Brkljacic B, Delic-Brkljacic D, Correa R, Giacca M, Maglione M, Bordukalo-Niksic T, Dumic-Cule I, Zacchigna S. Bone morphogenetic protein 1.3 inhibition decreases scar formation and supports cardiomyocyte survival after myocardial infarction. *Nat Commun.* 2022 Jan 10;13(1):81. doi: 10.1038/s41467-021-27622-9.

Žagar T, Hlača N, Brajac I, Prpić-Massari L, Peternel S, Kaštelan M. Bullous Sweet syndrome following SARS-CoV-2 Oxford AstraZeneca vaccine. *Br J Dermatol.* 2021 Nov 24. doi: 10.1111/bjd.20876.

Dulce cum utili!

Na liječničkome pregledu, i to specijalističkome (1. dio)

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



Uvod

Danas će nas tema članka povesti na liječnički pregled, točnije na jedan specijalistički pregled u kojem nećemo dati medicinsku dijagnozu, nego onu jezičnu. Sigurna sam da ćete iz dijela primjera bez većih problema prepoznati o kojoj se specijalizaciji radi, a sigurna sam i u to da se dio primjera sigurno upotrebljava i u području medicine koje je Vaša specijalnost. U ovom ćemo broju napraviti uvodni dio pregleda, a pregled nastavljamo i u sljedećem broju.

Uvodni dio pregleda

Dobar dan, jeste li mi dobro? Gdje je povreda? Jeste li znala da...?

Dobar dan, jeste li dobro? Gdje je ozljeda? Jeste li znali da...?

Dativ prisnosti ili etički dativ

Primjetili ste da sam u prvoj rečenici drugoga retka izostavila zamjenicu *mi*. Nisam to, naravno, učinila slučajno.

Riječ je o nenaglašenom obliku osobne zamjenice *ja* u dativu. Sjetit ćete se još iz škole kada vam je bilo zadano da odredite padeže riječima u tekstu, a nije to bilo lako jer riječi u nekim padežima imaju isti oblik, da padeži služe za označavanje odnosa i uloge imenskih riječi u rečenici, što vam je moglo biti od pomoći pri njihovu određivanju. Danas ćemo govoriti o tome da padeži mogu služiti i za nešto više od samoga označavanja odnosa i uloge imenskih riječi u rečenici. Pritom treba ponoviti da imenskim riječima zovemo sve promjenjive riječi koje se mogu sklanjati ili deklinirati, tj. mijenjati po padežima, prema tome imenske su riječi imenice, pridjevi, zamjenice i brojevi.

No, vratimo se primjeru s početka ovoga ulomka. Zamjenica *mi* je, kao što je već rečeno, nenaglašeni oblik osobne zamjenice *ja* (N *ja*, G *mene*, *me*, D *meni*, *mi*, A *mene*, *me*, L *meni*, I *mnom(e)*). Dativ je padež kojim se izriče *kome* ili *čemu* je radnja namijenjena ili prema *kome* ili *čemu* je radnja usmjerena. Dativ ima tri značenja. Prvo je značenje dativa 'primicanje ili

odmicanje radi kakve štete ili koristi ili neke druge namjere', drugo je značenje dativa 'pripadanje', a treće 'sklonost i toplina', odnosno prisnost, simpatiziranje ili duševna blizina s osobom kojoj se obraćamo. Zbog toga se takav dativ zove dativom prisnosti ili etičkim dativom. Uporaba dativa prisnosti ili etičkoga dativa česta je u razgovornome stilu kada nekome želimo pokazati da s njim imamo prisan odnos ili ga prisjetiti da smo prije ostvarili prisan odnos i da takav odnos s njim želimo zadržati. Zato nije rijetkost da upravo oblike nenaglašenih oblika osobnih zamjenica u dativu nalazimo u komunikaciji medicinskoga osoblja s pacijentima. Prisnost se izražava nenaglašenim oblikom osobnih zamjenica u dativu koje glase: *mi*, *ti*, *nam*, *vam*, npr. *Jesi li mi dobro?*, *Kako sam ti bio vrijedan!*, *Pozdravi nam prijatelj!*, *Ja sam vam to učinio još jučer.*

Dativ prisnosti ili etički dativ može u razgovoru biti odlično retoričko sredstvo, ali trebamo biti svjesni njegove uporabe i ne smijemo u njoj pretjerati pa zato rečenicom: *Sinoć smo ti se našli s Majom i Lukom, pa smo ti se uputili*

pogledati dobru predstavu u kazalištu i tamo smo **ti** vidjeli Ivanu., u kojoj se etički dativ javlja čak tri puta, možemo prenijeti posve drugačiji sadržaj od bliskosti i simpatije.

Povreda – ozljeda

Jesu li riječi *povreda* i *ozljeda* istoznačnice ili bliskoznačnice? U riječi *povreda* nalazimo korijen -*vred*- koji se pojavljuje u malo drugačijem obliku i u riječima *vrijedan* i *vrijednost*. Riječ *ozljeda* ima drugačiju etimologiju. Njezin korijen glasi -*zlijed*- koji se pojavljuje i u riječima *ozlijediti*, *ozlijeden*, *ozljeđenica*, *ozljeđenik*, *ozljeđenost*. Riječ je o dvije riječi koje nemaju isto ni blisko značenje. Zanimljivo je kako te dvije riječi 1988. godine definira Vladimir Loknar u knjizi *Teme iz medicinskog nazivlja*. Kaže da se u hrvatskome medicinskom nazivlju riječ *ozljeda* ustalila kao oznaka za primarni čin (primarno oštećenje tijela), a *povreda* za sekundarni čin (sekundarno oštećenje tijela). Prema tome, riječ *ozljeda* pretežno se rabi za konkretno značenje, a riječ *povreda* za apstraktno značenje. Takvo razgraničavanje značenja svoje uporište ima u hrvatskome stručnom nazivlju iz 19. stoljeća.

Dakle, ukratko, u hrvatskome se standardnome jeziku u suvremenoj uporabi razlikuju značenja riječi *povreda* i *ozljeda*; *povrijediti* i *ozlijediti*. Glagol *povrijediti* znači uvrijediti koga riječu ili postupkom, a može značiti i prekršiti zakon ili propis. Glagol *ozlijediti* znači nanijeti ozljedu ili zadobiti ozljedu tijela djelovanjem vanjske sile pri čemu nastaje tjelesna rana. Možemo razlikovati unutrašnju ozljedu, vanjsku ozljedu, mehaničku ozljedu i sl. Dakle, da se vratimo našim primjerima – *Gdje je ozljeda?* ili u sličnom primjeru: *U nesreći je ozli-*

jeđeno ili ranjeno više putnika čije će rane sanirati u obližnjoj bolnici., a *Pazi kako se izražavaš jer su me tvoje riječi povrijedile.*

Jeste li znala da...? / Jeste li znali da...?

U medicinskoj se struci nerijetko u obraćanju pacijentu na *vi/Vi* iz poštovanja pojavljuje odstupanje od gramatičke norme u obliku predikata (glagola). Prilikom obraćanja jednoj osobi na *vi/Vi*, odnosno kada zamjenicu *vi/Vi* upotrebljavamo u značenju jednine, a ne množine, moramo predikat (glagol) koji uz nju dolazi staviti u množinu muškoga roda bez obzira na to je li osoba na koju se ta zamjenica

odnosi muškarac ili žena. Tako nisu pravilne rečenice: *Poštovana gospodo, pisala ste nam o svom problemu.* ili *Vi ste došao. / Vi ste došla.*, *Vi ste to zaslužio. / Vi ste to zaslužila.*, nego treba: *Poštovana gospodo, pisali ste nam o svom problemu.*, *Vi ste došli.* ili *Vi ste to zaslužili.*, odnosno *Jeste li znali da...?*

Vjerujem da ste u članku pronašli ponešto novo i da ćemo specijalistički pregled nastaviti zajedno u sljedećem broju *Liječničkih novina*.

Pozivamo Vas da nam na adresu elektroničke pošte: hrvatski.jezik@hlk.hr pošaljete pitanja u vezi s hrvatskim jezikom struke, a sada riješite dva jezična zadatka koja slijede.

PROVJERITE ZNANJE:

1. Upotrijebite riječ u pravilnome značenju i pravilan oblik riječi vodeći računa o kontekstu rečenice.

- A Trenirao sam tenis, ali sam nakon jedne _____ koljena morao prestati. (ozljeda/povreda)
- B Doživjeli smo udaranje _____ o brod i naginjanje _____. (valovi, jedra)
- C Oba se _____ sastoje od dvaju _____. (ispit, dio)
- D Priča govori o dvojici _____ koji su najbolji _____. (djecak, prijatelj)

2. U kojim se rečenicama javlja pogreška?

- A Je li on pametan?
- B Jer ti savjest mirna?
- C Je si li ga i ove godine pozvao na priredbu?
- D Hoćeš li mi, molim te, kupiti novine?

Totni odgovori: 1. A ozljede, B valova, jedra, C ispit, dječaka, prijatelji; 2. B je ih, C jesu.

Prof. dr. sc. PETAR ORLIĆ, dr. med.

POČECI TRANSPLANTACIJE BUBREGA U RIJECI I HRVATSKOJ

S prof. Petrom Orlićem, doajenom hrvatske transplantacije, razgovarala je Lada Zibar

► Kakva su Vaša sjećanja na početak transplantacije u Rijeci – Hrvatskoj i tadašnjoj državi?

Prvu polovicu 1969. godine proveo sam na Nefrološkoj klinici u bolnici Necker u Parizu na francuskoj stipendiji. U toj je bolnici izvršena prva transplantacija bubrega u Europi 1959. Za vrijeme mog boravka izvršili su 15 transplantacija. Nastojao sam prisustvovati zahvatima sa živih darovatelja. Nažalost, nisam vidio niti jednu eksplantaciju, jer bolnica nije imala odjela gdje su liječeni potencijalni darovatelji organa.

Koncem 1969. u riječkoj bolnici osnovali smo Transplantacijsku sekciju. Predsjednici su bili prof. Vinko Frančićković i predstojnik Zavoda za fiziologiju prof. Šime Vlahović. Za tajnika je odabran dr. Daniel Rukavina, asistent u Zavodu za fiziologiju. Iz bolnice „Dr. Zdravko Kučić“ sudjelovali su kirurzi, anestesiolozi, nefrolozi, transfuziolozi, bakteriolog i biohemičar.

Prvi sastanak je održan 29. prosinca 1969. Dogovorili smo se da se sastanci održavaju svakog drugog ponedjeljka u 17 sati na Zavodu za fiziologiju. Posljednji sastanak je bio 22. prosinca 1971. Članovi su prema dogovoru iznosili teme iz svoje specijalnosti. Susreti su pridonijeli boljoj suradnji i nakon što smo započeli s transplantacijom. Laboratorijski za transfuziju surađivao je u tipizaciji HLA antigena s prof. Matejom Plavšak iz Kliničnog centra u Ljubljani. Nekoliko puta su nam se pridružili sudske medicinare prof. Volarić i prof. Vlatko Silobrčić iz Imunološkog zavoda u Zagrebu koji je proizvodio antilimfocitne globuline.

U Jugoslaviji su se pripremale transplantacije bubrega u Beogradu, Zagrebu, Ljubljani i Rijeci. Polovinom travnja 1970. rekao mi je prim. dr. Branko Fink, zamjenik prof. Frančićkovića, da je u „Novom listu“ pročitao da su u Ljubljani presadili bubreg. Primatelj je nažalost umro od infekcije poslije dva tjedna. Kliničnom centru u Ljubljani trebalo je puno

vremena za oporavak i uvođenje programa transplantacije. Rijeka je s najmlađim medicinskim fakultetom u zemlji izgledala kao najslabiji „trkač“, ali je iznenadila svojom kompetencijom koja je bila rezultat dugotrajne i temeljite pripreme te entuzijazma.

Prvu transplantaciju izveli smo u subotu 30. siječnja 1971. Želja prof. Frančićkovića bila je da se to izvede u miru bez znanja javnosti. Zamolio je novinarku „Novog lista“ koja je vodila zdravstvenu rubriku da o događaju piše nakon što se odigra. Problem je bio u tome što „Novi list“ nije izlazio nedjeljom, tako da bi vijest o transplantaciji druge novine objavile prije lokalnog glasila. Rezultat toga je bio da je subotni „Novi list“ donio vijest da će se u bolnici na Sušaku izvršiti transplantacija bubrega. To je jako razljutilo prof. Frančićkovića i poremetilo odnose s novinarkom. Prema dogovoru u bolnici sam proveo tri dana i vodio brigu o bolesniku.

Primatelj je bio 34-godišnji bolesnik iz Pule. Uzrok bubrežnog zatajenja bio je kronični glomerulonefritis. Darovatelj bubrega bila je njegova 49-godišnja majka. Oporavak je bio brz, a primatelj je ostvario dobru kvalitetu života. Umro je nakon 14,5 godina od tumora jetre. Do kraja godine učinili smo još pet presađivanja od živog darovatelja.

Prvu transplantaciju bubrega od umrle osobe učinili smo 15. svibnja 1972. Darovatelj je bila žena koja umrla nekoliko dana poslije prometne nesreće. Primatelj je umro nakon 6 mjeseci od milijarne tuberkuloze. Na obdukciji darovatelja bubrega nađene su promjene u smislu tuberkuloze, ali taj podatak nije bio stigao do nas.

U organizaciji Kirurške sekcije HLZ-a pozvani smo da prikažemo iskustvo u transplantaciji bubrega nepunu godinu dana od prvog zahvata. Predavaonica u Šubićevoj ulici bila je ispunjena do posljednjeg mesta. Predavanja su održali prof. Frančićković, voditelj dijalize prof. Jerko Zec, liječnica iz tipizacijske službe dr. Eja Miculinić te prof. Vlatko Silobrčić iz Imunološkog zavoda. Ja sam bio u dvorani da odgovaram na pitanja. Predavanja su saslušana u tišini, pitanja nije bilo.



U nadi da će nekad nešto napisati o svom boravku u Francuskoj i aktivnosti na transplantaciji bubrega povremeno sam pisao svoje uspomene. Rado sam se odazvao kada su mi kolege s Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini s Medicinskog fakulteta u Rijeci predložili da napišemo knjižicu u jubilarnoj 50. godini početka transplantacije bubrega u Rijeci i Hrvatskoj.

U prvih 20 godina presadili smo 281 bubreg od živog darovatelja i 188 od umrle osobe. Udio bolesnika iz naše regije kretao se oko 25 %, iz ostalih dijelova Hrvatske oko 25 %, a ostatak od 50 % bolesnici iz drugih republika i pokrajina.

Nesrodne žive darovatelje nismo prihvaćali. Iznimno smo učinili u dva slučaja. Prvi je bio tzv. „slobodan bubreg“ (engl. free kidney). Radilo se o medicinskoj sestri s tegobama zbog pelvične ektopije desnog bubrega. Tegobe su bile toliko jake da je ona čvrsto odlučila riješiti se tog bubrega. Obradom se našao manji bubreg s tri arterije i tri vene. Primatelj je bio mladić koji je odbacio majčin bubreg nakon šest mjeseci. Zahvat je bio težak, ali se trud isplatio. Bubreg je preživio 20 godina, a nakon toga je primatelj dobio bubreg od umrle osobe. Drugi je bolesnik bio otac našeg kolege koji je dobio bubreg od svoje HLA-identične supruge.

Obradom majke za darovatelja otkrivena je aneurizma lijenalne arterije promjera 2 cm. Lijevu nefrektomiju učinili smo subkostalnim pristupom. Aneurizmu smo odstranili nakon što smo podvezali arteriju medijalno i lateralno od aneurizme. Oboje su imali uredan tijek.

Opisao bih i slučaj renalne insuficijencije devet godina nakon darovanja bubrega sinu. Zahvat je izведен izvan Hrvatske. Nakon toga je učinjeno više punkcijskih biopsija presatka. Nakon nekog vremena pacijent je počeo osjećati treperenje nad transplantatom. U središtu gdje je operiran ustanovljena je arterijsko-venska fistula. Pokušano je endoluminalno zatvaranje fistule, ali bezuspješno. Bubreg se morao odstraniti, a bolesnik se vratio na dijalizu. U Indiji je dobio bubreg živog darovatelja. Kod oca se razvila insuficijencija preostalog bubrega oko 9 godina nakon darivanja bubrega. Na Floridi je dočekao transplantaciju od umrle osobe. Uzrok insuficijencije očevog bubrega bila je IgA nefropatija.

► Kako biste usporedili sadašnje i ondašnje mogućnosti edukacije, informacije, uvjete, tehnologiju i farmakološki napredak?

Na svim tim poljima ostvaren je velik napredak. Iz vlastitog iskustva mogu usporediti klasičnu laparotomiju i laparoskopski zahvat. Izotopi i ultrazvuk omogućili su nove mogućnosti dijagnostike i liječenja. U početku nam je koncentracija natrija u urinu dosta pomogla u dijagnostici akutnog odbacivanja transplantata, a danas se služimo histologijom. Dok smo imali skromnu imunosupresiju većina primatelja bubrega bila je mlađa i imala jači imunosni odgovor na transplantat. S vremenom se situacija jako promjenila. Kandidati za transplantaciju su znatno stariji i imaju slabiji imunosni odgovor, a raspolažemo daleko jačim imunospresivnim lijekovima.

Spomenuo bih Vam slučaj sporog prihvaćanja mjerena središnjeg venskog tlaka (SVT). Za njega sam doznao ranih 70-ih. Radi se o jeftinom i jednostavnom pomagalu u procjeni hidracije bolesnika. Prošle sam godina na internetu našao prvi članak o SVT-u iz 1946. u Texasu. Iznenadilo me kako se to saznanje sporo širilo.

► Koliko se područje transplantiranih organa ustrojilo terminološki, zakonski i etički tijekom proteklih pola stoljeća?

Kad smo započeli s transplantacijom mogli smo koristiti žive srodne darovatelje, a od umrlih samo one nakon srčanog zastoja. U obzir dolaze osobe s kraniocerebralnim ozljedama i krvarenjem te infarktom miokarda.



Prof. Lada Zibar i prof. Petar Orlić

Smrt utvrđuju dva liječnika koji ne pripadaju transplantacijskom timu. Važno je što prije učiniti perfuziju bubrega da se skrati topla ishemija. U početku smo perfuziju započeli nakon laparotomije. Poslije smo vršili perfuziju in situ kroz femoralnu arteriju ili a. ili jaku po ulasku u abdomen.

Zakon o uzimanju i presadijanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja donesen je 1980. Prema članku 4. dijelovi tijela se mogu uzeti ako se umrla osoba za života nije tome izričito protivila, odnosno njegovi roditelji, bračni drug ili punoljetno dijete umrlog. U praksi je 80-ih pozitivan odgovor obitelji dobiven u oko 1/3 slučajeva, a isto toliko se protivilo odnosno otpalo zbog medicinskih razloga.

Na inicijativu bolesnika na dijalizi pokrenuta je kampanja da se zakon promijeni u smislu pretpostavljenog pristanka, tj. da se organi mogu uzeti ako se punoljetna osoba za života nije izjasnila da se protivi davanju. Dijelovi tijela maloljetne umrle osobe kao i duševno bolesne osobe mogu se uzeti samo uz pristanak njenih roditelja, bračnog druga ili punoljetnog djeteta ili staratelja. Do promjene zakona došlo je tek krajem 1988. godine. Svjesni koliko bi transplantacijski koordinatori mogli unaprijediti dobivanje organa od umrlih darovatelja tražili smo od ministarstva da ih konačno imenuje. To se dogodilo 1998. Posljedice toga znamo. Došli smo na prvo mjesto po broju darovatelja na milijun stanovnika. Godinama smo na dijalizi imali više od 2000 bolesnika. Godišnje je svaki bolesnik koštao državu oko 50 000 tadašnjih njemačkih maraka.

Tradicionalni običaj je da se bolesnik podvrgava operativnom zahvalu ako od njega očekuje

izlječenje ili poboljšanje zdravlja. U transplantacijskoj medicini darovatelj se podvrgava operaciji da bi pomogao drugoj osobi. Time on izlaže sebe opasnosti da naruši svoje zdravje ili čak izgubi život. Od davnine su poznati slučajevi pružanja pomoći ugroženoj osobi koji su završili ozljedama ili čak smrću. Na temelju toga se prihvata i rizik darovatelja organa.

► Imate dug i lijep profesionalni i osobni život. Otkrijte nam neke tajne svoga recepta. Što biste savjetovali mladim liječnicima?

Pred kraj osnovne škole hitno sam operiran zbog ileusa izazvanog invaginacijom crijeva. Vjerojatno je to utjecalo na odluku da izabrem studij medicine. Bio sam jednu godinu demonstrator iz fizike i tri godine iz fiziologije. Odlazak na stipendiju u Pariz i angažman oko transplantacije bubrega produljilo mi je trajanje specijalizacije. Kasnije sam doznao da je odlazak u Francusku ponuđen četvorici starijih kolega, ali ga nisu prihvatali. Kako sam nakon specijalizacije nastavio raditi na odjelu za urologiju, kasnije na urološkoj klinici te položio i ispit iz urologije. Godinama sam vodio brigu o transplantiranim bolesnicima. Više godina bio sam uz to transplantacijski koordinator.

Brineći se o poslu najmanje sam se brinuo o sebi. To je valjda recept, uz nasljeđe, da se dugo poživi. Mladima bih preporučio da uz stjecanje znanja ne zanemare brigu o bolesniku.

► Tko je Petar Orlić?

Gospodin kod kojeg sam stanovao u Francuskoj jednom mi je rekao da sam skroman. Tome bih dodao i strpljiiv.

VINKO FRANČIŠKOVIĆ

Praputnjak/Rijeka, 3.9.1919. - Rijeka, 7.5.1984.

Uz prvu presadbu bubrega u Hrvatskoj prije 50 godina

IVICA VUČAK

Prošlo je pola stoljeća otkako je u Rijeci 30. siječnja 1971. bolesniku s kroničnim bubrežnim zatajenjem uspješno presađen bubreg. Pothvatom dr. Vinka Frančiškovića i njegovih suradnika Rijeka je postala jedno od nevelikog broja središta u svijetu, prva u Hrvatskoj, u kojoj je taj oblik liječenja bio moguć. Podsjecanje na to prigoda je da podsjetimo na razvojni put najzaslužnijega za taj uspjeh, liječnika koji se u karijeri dugoj četiri desetljeća uspješno bavio kirurškim liječenjem koštano-zglobne tuberkuloze i tuberkuloze pluća te kirurgijom krvnih žila i srca. Kruna njegova znanja i umijeća bila je transplantacijska kirurgija u urologiji, a suradnici koji su učili uz njega nastavili su njegovo djelo i u sljedećim desetljećima.

Djetinjstvo i školovanje

Rođen je 3. rujna 1919. u obitelji Marije rođ. Gašparović i Antuna Frančiškovića, općinskoga činovnika. Njegovo rođenje i djetinjstvo palo je u veoma turbulentno razdoblje Rijeke, što je u konačnici rezultiralo talijanskim prisvajanjem grada. Nakon prerane očeve smrti na skrb su ga uzeli majčina sestra Zora i njezin suprug Francesco Senkovich, dobrostojeći par bez svoje djece. Osnovnu školu polazio je u Rijeci na talijanskom jeziku, a gimnaziju u Torinu i Trentu. Maturirao je u listopadu 1937. nakon uspješno položenih, u popravnom roku, ispita iz talijanskog jezika i matematike. Na Sveučilištu u Padovi upisao je 4. studenog 1937. studij prava, ali je nakon dva i pol mjeseca prešao na Medicinski fakul-

tet. Studij medicine završio je 15. srpnja 1943. u Padovi uspješnom obranom teze „Il trattamento de la fratture del celle del femore colla vite di Putti“ izrađene pod mentorstvom prof. Galena Ceccarelija predstojnika Kirurške klinike u Padovi od 1939.

Partizanski liječnik

S diplomom se vratio kući i u istom mjesecu pristupio partizanima. Tek promoviran, s nenavršene 24 godine, Frančišković je imenovan šefom kirurške ekipe i upraviteljem divizijske bolnice 6. Ličke divizije NOVJ-a (ustrojene 22. studenoga 1942.), koja je tek s njegovim dolaskom prvi put imala kiruršku ekipu (liječnik, instrumentarka, dvije priučene bolničarke i dva konjvodca). U bolnici smještenoj u dvije seljačke kuće u Krbavici kraj Udbine bilo je dvadesetak pokretnih ranjenika. One s težim ranama evakuirali su u pozadinske bolnice u obližnjim šumama. Opremljenost instrumentima bila je zadovoljavajuća. Komprese i gazu su za operacije sterilizirali su iskuhanjem. U isčekivanju pada fašističke Italije divizija je održavala obruč oko Gospića bez značajnijih bojeva pa kirurška ekipa nije imala mnogo ranjenika. Dvojica ranjenika s ranama trbuha i ozljedom debelog crijeva, pristigli u bolnicu 12 sati nakon ranjavanja, nisu preživjeli. Poslije pada Italije 8. rujna 1943. značajno je poboljšana opskrbljenost sanitetskim materijalom.

Od 1. studenoga 1943. bio je šef kirurške ekipe u bolnici 19. Sjevernodalmatinske divizije VIII Korpusa NOVJ-a smještene u Medvidi, u Bukovici. Pomagali su mu jedan student medicine, instrumentarka, dvije bolničarke i dva konjvodca. Instrumenata zadovoljavajuće kvalitete,



zavojnog materijala i lijekova imali su u dostatnoj količini, a za osvjetljenje su koristili karbidne svjetiljke. Do prosinca 1943. nije bilo značajnijih borbi pa su zbrinjavali samo lakše ranjenike (50 do 60), a teži su ranjenici evakuirani noću u manjim brodovima u stalnu divizijsku bolnicu na Dugom otoku. Početkom prosinca 1943. divizija je upućena u Liku pa je pri prijelazu kirurške ekipe dr. Frančišković, usred Velebita, izveo cistostomiju ranjeniku s ozljedom mokraćnog mjehura. Drugi ranjenik s kraniocerebralnom ozljedom umro im je tijekom transporta. U to vrijeme nisu obavljali primarnu obradu rana. U siječnju su se vratili u Bukovicu, a krajem istog mjeseca ponovo su se, uz teške bojeve, morali povući preko Velebita u Liku. Imali su 115 teških ranjenika transportiranih na konjima, a 14 su ih morali prenijeti na nosilima. Stotinjak najtežih ranjenika evakuirano je na Vis. Za ranjenika s tetanusom imali su protitetanusni serum, a ranjenik s plinskom gangrenom ostao je nezbrinut jer nisu imali serum. Obojica su umrla. Po završenoj ofanzivi

vratili su se u Bukovicu. Nakon posjete glavnog kirurga VIII Britanske armije počeli su, prema uputi saniteta Vrhovnog štaba NOVJ-a, obavljati primarnu obradu rane kod svih ranjenika. Imobilizirali su ruke i noge Thomasovom šinom i gipsanim longetama, što im je uz sterilni zavojni materijal pristizalo u limenim kutijama s Visa. Tijekom bitke za Benkovac u kolo-vozu 1944. Frančiškovićeva kirurška ekipa, smještena u Polači, zbrinula je oko 60 ranjenika. Nekolicinu s ozljedama prsnog koša liječio je Frančišković konzerva-tivno, samo evakuacijom hematotoraksa. Dvojicu s trbušnim ozljedama operirao je (jedan je potpuno ozdravio). Evakuirani su na otoke. U teškim bojevima od 25. studenoga do 5. prosinca 1944. uspješno okončanim teškim porazom njemačke vojske i oslobođenjem Knina, imao je VIII Dalmatinski korpus 2 439 ranjenih, 677 poginulih i 126 nestalih vojnika. Kirurška ekipa bila je u Kistanju, a divizijska bolnica u Benkovcu. Većinu ranjenika evakuirali su u bolnice VIII Korpusa u Biogradu na moru, Šibeniku i Splitu. Uključenjem VIII Korpusa u IV Armiju premješten je dr. Frančišković u veljači 1945. u njezinu kiruršku ekipu. Šef mu je bio dr. Ante Starčević, šef kirurškog odjela i ravnatelj bolnice u Splitu. Uz njih su radile dvije instrumentarke – oficirke Crvene Armije, i 8 bolničarki. Raspola-gali su s jednim sanitetskim vozilom, dva teretna kamiona i zaštitnim vodom, u kojem je bilo 12 vojnika. Pet šatora s električnim osvjetljenjem i parni sterilizator dobili su iz opreme zarobljene pri oslo-bođanju Dalmacije. Tijekom bojeva u Ličko-primorskoj i Tršćanskoj operacijskoj je kirurška bolnica IV Armije smještena u djelomično popravljenoj zgradiji nekadašnjeg sanatorija u Kraljevcima.

Poslje rata

Oslobađanjem Trsta (1. svibnja) i Rijeke (3. svibnja) 1945. završio je rat i za dr. Frančiškovića. Ostao je u vojsci i specija-lizirao kirurgiju u Glavnoj vojnoj bolnici u Beogradu (preimenovana 1950. u Vojno-medicinsku akademiju). U tome je razdoblju sudjelovao u pisanju teksta „Posttraumatski empijem ratnog porije-kla“. Specijalistički ispit položio je 1949. s



izvrsnim uspjehom, nakon čega je dodijeljen Urološkom odjelu. Od 1952. radio je u Lovranu u Vojnoj bolnici na liječenju koštano-zglobne tuberkuloze, a 1954. je premješten za voditelja kirurškog odjela Vojne bolnice u Puli. Nakon spomenutoga članka u suradnji sa ftizeologom dr. Milanom Kuišem u časopisu *Tuberkuloza* 1956., slijedili su članci u *Vojno-sanitetskom pregledu* (1957. i 1958.). Rijetku pojavu bubrega u prsnom košu opisao je, s radiologom dr. Nikolom Martinčićem, u časopisu *British Journal of Urology* (1959.). O rezultatima resekcija pluća kod tuberkuloze izvijestili su Frančišković, Kuiš i radiolog dr. Nikola Martinčić na sastanku 18. travnja 1960.

Povratak u Rijeku

Demobiliziran, na vlastitu molbu, u činu sanitetskog potpukovnika Frančišković je 1961. napustio Pulu i preuzeo kirurški odjel u Općoj bolnici »Dr. Zdravko Kučić« na lokalitetu Sušak. To je bilo razdoblje reorganizacije bolničke službe u gradu Rijeci (ortopedija je preseljena u Lovran, pedijatrija na Kantridu, otorino-laringologija sa Sušaka u Rijeku). Nakon habilitacije 1961. godine radnjom „Uloga torakoplastike kod eksereze pluća“ postao je 1962. docent ratne kirurgije na Medi-

cinskom fakultetu (MEF-u) u Rijeci. U podrumu bolnice u Sušaku utemeljio je 1962. Laboratorij za eksperimentalnu kirurgiju. Godine 1962. nabavljen je prvi uređaj za hemodializu (modificirani Kolffov dijalizator) i započelo se s hemodializom u liječenju kroničnog bubrežnog zatajenja (jednostruka ili akutna dijaliza u bolesnika s uremijom). Na Staru godinu 1963. učinjena je pod vodstvom dr. Milana Zgrablića prva peritonejska dijaliza.

Dvije godine, od 1963. do 1964., bio je Frančišković šef Kirurškog odjela Sveučilišne bolnice u Alžiru i potom se vraća na svoje staro radno mjesto. Nastavio je usavršavanje, što je rezultiralo uspješnom obostranom kateterizacijom srca 1965. godine. Koncem 1965. izvršena je hemodializa preko vanjskog Quinton-Scribnerovog arterijskovenorskog šanta, a u rujnu 1966. uvođenjem Killović dijalizatora započinje liječenje završnog bubrežnog zatajenja redovitim hemodializama, koje se otada rade dva do tri puta tjedno u Centru za dijalizu. Brojni bolesnici kojima je nužno liječenje redovitim hemodializama predstavljali su ograničenje indikacije za liječenje i uzrokovali niz medicinskih, moralno-etičkih i socijalnih dvojbi. U proširenom Centru za dijalizu od 1970. imali su i „sterilnu sobu“ predviđenu za pacijente s presađenim bubregom.

Frančišković je 1966. postao izvanredni profesor kirurgije. Postavljajući indikacije za dijalizu i transplantaciju te analizirajući rezultate transplantacije bubrega s kadavera i sa živog darovatelja, razmišlja i o etičkim aspektima transplantacije. Nakon uspješnog pokusa primjene izvantjelesne cirkulacije na svinji 5. travnja 1966., Frančišković je 28. travnja 1966. učinio prvu transplantaciju bubrega psu.

Frančišković je u bolnici na Sušaku 2. prosinca 1967. pod nadzorom prof. dr. Mire Košaka iz Ljubljane uspješno učinio prvu operaciju na otvorenom srcu uz pomoć stroja za izvantjelesni krvotok kojim su upravljali dr. Branimir Budisavljević i medicinski tehničar-perfuzionist Marjan Gross iz Ljubljane, dok je opću endotrahealnu anesteziju vodila prim. dr. Vlasta Stričić. Uz Košakov nadzor Frančišković je sa svojim timom u Rijeci 1969. uspješno ugradio umjetni mehanički mitralni zalistak.

Pothvat

Frančišković je radi edukacije posjetio prof. Jeana Hamburgera koji je prvi 1952. u bolnici Necker u Parizu jednom 16-godišnjaku uspješno presadio bubreg njegova majke.

Suradnjom s prof. dr. Šimom Vlahovićem, predstojnikom Zavoda za fiziologiju MEF-a u Rijeci na neformalnim sastancima u razdoblju 1967. - 1969., utemeljena je 29. prosinca 1969. Transplantacijska sekcija. Slijedilo je 20 formalnih sastanaka sekcije na kojima je 26 stručnjaka različitih temeljnih znanosti i kliničkih specijalnosti razmatralo sve aspekte presadbe organa i donosilo novosti iz inozemnih središta kamo su bili upućivani na edukaciju. Frančišković je sudjelovao na 20 sastanaka, a prof. Vlahović na svih 27. Dr. Vlatko Silobrčić iz Imunološkog zavoda u Zagrebu je na 9 sastanaka govorio o važnosti imunosupresije i proizvodnji antilimfocitnoga seruma. Prof. dr. Branko Volarić (Sudska medicina MEF-a u Rijeci) raspravljaо je na četiri sastanka, zajedno s Frančiškovićem, o pravnim i etičkim aspektima presadbe organa. Nakon višegodišnjih pokusa na psima i svinjama, Frančišković je 30. siječnja 1971. godine izveo sa svojim timom na Odjelu

za urologiju Klinike za kirurgiju u sušačkoj bolnici prvu transplantaciju bubrega sa živog darovatelja. Radilo se o 34-godišnjem obučarskom radniku s trogodišnjom anamnezom kroničnoga glomerulonefritisa kojem se 17. siječnja 1970. moralo započeti s peritonejskom dijalizom, a 25. veljače 1970. s redovitom hemodializom. Eksplantaciju bubrega, koji je darovala pacijentova majka, izveo je dr. Vjerislav Peterković. Imunološki dio operacije pripremio je prof. Vlahović. Tipizacija tkiva darovateljice i primatelja obavljena je u Centru za transfuziju krvi u Lyonu. Anestezilogiju je vodila šefica Odjela za anesteziju prim. dr. Vlasta Stričić.

Najvažnije dijelove operacije opisao je Frančišković s kolegama u članku objavljenom u *Liječničkom vjesniku* u kolovozu 1971., uz popratni tekst „Prva transplantacija bubrega u Jugoslaviji“ prof. dr. Ljubomira Kraljevića iz Splita. Do kraja 1971. slijedilo još pet presadbi bubrega srodnog darovatelja (već od sredine lipnja 1971. radio je u Stanici za transfuziju u riječkoj bolnici Laboratorij za tipizaciju tkiva). Jedna se bolesnica zbog odbacivanja presadenog bubrega morala vratiti na liječenje hemodializom. Uspješno je 1972. presađen i bubreg umrle osobe. Tim riječkih kirurga i urologa pod Frančiškovićevim je vodstvom uvodio presadbu bubrega i u drugim gradovima (Zagreb, Sarajevo, Skopje) te je presađeno više od 250 bubrega. Od 1971. je redoviti profesor kirurgije Frančišković sudjelovao u poslijediplomskoj nastavi iz vaskularne kirurgije te transplantacije tkiva i organa, a predavao je kirurgiju studentima Stomatološkog odjela MEF-a u Rijeci. Predsjedavao je od 1974. do 1978. „Jugotransplantom“, zajednicom za dijalizu i transplantaciju, koju je on utemeljio 29. listopada 1973. po uzoru na Jona J. van Rooda pokretača „Eurotransplanta“ (1967.). Od 1972. riječki kardiokirurzi potpuno samostalno ugrađuju mehaničke srčane zaliske, a biološki (mitralni) zalistak ugrađen je prvi put 1976. Tom prilikom se prvi puta operiralo u hladnoj kardioplegiji kalijem. Prvu presadbu jetre na svinji učinio je 19. siječnja 1976. Na sušačkoj Klinici za kirurgiju je 17. siječnja 1977. učinjena revaskularizacija miokarda aortokoronarnim

premosnicama (aortokoronarni by-pass graft - ACBG). Dvije premosnice ugradio je Frančišković, asistirali su mu doc. dr. Šepić i dr. Duje Vukas, a strojem za izvan-tjelesni krvotok upravljali su dr. Branimir Budisavljević i dr. Miljenko Uravić, dok je anesteziju vodio tim prim. dr. Vlasta Stričić.

Frančišković je 1972. izabran za člana Akademije medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH). Više godina bio je odbornik Općinske skupštine Rijeke te član Zajednice za financiranje usmjerenog obrazovanja Sabora SR Hrvatske. Od 1974. do 1978. bio je član CK SKJ. Od 1979. do 1983. bio je dekan MEF-a u Rijeci. Do izbora za dopisnog člana JAZU (danasa HAZU) 1981. godine imao je 112 radova objavljenih u *Vojno-sanitetskom pregledu*, *Liječničkom vjesniku*, *Tuberkulozi*, *Medicinskom glasniku*, *Medicini*, *Acta facultatis medicinae fluminensis* i *Acta chirurgica Iugoslavica*, a po jedan u *British Journal Urology* i *La semaine des Hopitaux* te u „Dopunskom svesku“ drugog izdanja „Medicinske enciklopedije“ Leksikografskog zavoda u Zagrebu. Predavao je na znanstvenom sastanku medicinskih razreda i odjela jugoslavenskih akademija „Stanje i problemi medicinskih znanosti u Jugoslaviji“ 26. i 27. listopada 1983. u Zagrebu.

S navršenih 40 godina radnog staža umirovljen je 1983. godine te proglašen počasnim profesorom riječkog sveučilišta. Iste je godine izabran u predsjedništvo AMZH-a, tada preimenovanu u Medicinsku akademiju Hrvatske (MAH). Nakon Ordena zasluga za narod, Ordena bratstva i jedinstva, Ordena za vojne zasluge, Ordena rada, Zlatne i srebrne plakete Grada Rijeke, dobio je 1971. i Godišnju nagradu Grada Rijeke. Za svoj znanstveni rad primio je i nagradu Zbora liječnika „Pavao Ćulomović“.

Umro je, iznenada i prerano, u Rijeci 7. svibnja 1984. te pokopan na riječkom groblju Kozali. Njegov život ima značajke uspješne, gotovo filmske priče i zaslužuje cjelovit prikaz jer je veoma stimulirajući. Jedan park u Rijeci, u sklopu kojega je uređeno i dječje igralište te postavljena fontana od granitnih glatkih ploča, nosi ime prof. dr. Vinka Frančiškovića.

ivica.vucak@gmail.com

ŠKRLJEVSKA BOLEST

korisna epidemiologiska lekcija iz povijesti?

Prof. dr. sc. AMIR MUZUR, dr. med.

Epidemija COVID-19 iznenadila je čitav svijet i njegov sustav zdravstvene zaštite. U takvim se slučajevima nerijetko medicinski i znanstveni parametri, poput indeksa prijemčivosti i stope smrtnosti, pokazuju manje značajnim od dojma koji stvaraju javni mediji, budući da upravo oni utječu na investitore, vrijednost valuta, tržište dionicama i turizam.

U prošlosti su epidemije bile manje iznenađujuće, ali i manje proučavane pojave. One su, dakako, utjecale na demografiju i trgovinu, ali, budući da skromno medicinsko znanje nije moglo ponuditi tko zna kakvo objašnjenje, izbjanje bolesti shvaćalo se kao periodičku prirodnu nepogodu ili božansku kaznu. Nove generacije praktičnih umova, ulazak u industrijsko doba i revolucionarno detroniziranje autoriteta krajem XVIII. stoljeća stvorilo je osobito povoljne uvjete za proučavanje stavova javnosti i medicine prema epidemijama. Premda je medicinsko znanje u to doba bilo još uvijek prilično spekulativno, ljudi su već tražili materijalističko objašnjenje. Osim toga, to je vrijeme kada su europska kontinentalna cestovna mreža i napoleonski ratovi omogućili širenje ne samo bolesti i trgovine, nego i znanja.

Premda je selo Škrljevo kraj Rijeke dobilo na značaju nakon otvaranja ceste Caroline 1728., vjerojatno se ne bi nikad probilo iz anonimnosti da se na njegovu teritoriju nije pojavila osobita „epide-



mija“. Ta bolest, za koju se govorilo da je posve nepoznata, brzo se počela „širiti“ da bi, na svom vrhuncu sredinom XIX. stoljeća, navodno dosegla broj od 13 tisuća oboljelih u riječkoj regiji (više od trećine populacije).

Prvi pisani izvještaj o ovoj bolesti uputio je općinskim vlastima Rijeke gradski protofizik Josip Mašić 28. lipnja 1800. Mašić u pismu sugerira da se zapravo radi o sifilisu, što će kasnije biti široko prihvaćeno. Ime je bolesti, pak, smislio drugi jedan liječnik, Giovanni Battista Cambieri (1754. - 1838.), podrijetlom iz Lombardije. Kao brillantan um, Cambieri je došao u Rijeku 1797. i postao mjesnim liječnikom Škrljeva baš u vrijeme izbjivanja „epidemije“. On je zaslužan da je tema zainteresirala europske medicinske krugove. Zajedno sa zapovjednikom saniteta Francuske

armije Ilirskeh provincija, Bagneriesem, Cambieri je o „epidemiji“ izvijestio Medicinsku akademiju u Parizu i bečkog profesora Johanna Petera Franka (1745. - 1821.), kojega je 1801. Austrijska vlada pozvala da pronađe lijek za „Škrljevsu bolest“. Godine 1816. i Cambieri je od vlasti dobio dozvolu da eksperimentira s potencijalnim terapijama ove bolesti, a protuepidemijske mjere uveo je u suradnji s peštanskim dermatologom Ignazom Stahlyjem.

S vremenom na vrijeme škrljevska je „epidemija“ uzrokovala pravu paniku. U prvom izvješću Mašića, zabilježeno je 2600 oboljelih. Francesco Saverio Verson pronalazi 1832. godine 140 pacijenata samo u okrugu Volosko. Pod dijagnozom „mal de Skerljevo“ u razdoblju od 1818. do 1825. u Rijeci je hospitalizirano 2259, a u Kraljevici 6117 osoba.

Zanimljivo je da Mošćenice, na primjer, nisu bile zahvaćene bolešću. Premda je sam grad Rijeka bio bitno manje pogoden „epidemijom“ od svoje okolice, Lagneau, u svom slavnom udžbeniku o sifilisu iz 1828., bolest naziva „mal di Fiume“, dok Antonio Carlo Lorenzutti, u svom diplomskom radu, objavljenom u Padovi 1830., bolest zove „lues flumicensis“.

Europa, međutim, nije spekulirala samo o imenu, već i o uzroku bolesti. Santes, de Moulon i Rizzi odabrali su ovu temu za svoje disertacije u Padovi, a Melzer i Backes u Beču. Neki gledaju na „škrljevsku bolest“ kao na formu lepre ili skorbuta. Simptomi bolesti, naime, uopće nisu uniformni. Opisuje se gnojna upala krajnika, čirevi na spolovilu, crvene pjege, čvorici, mjehurići, upala grla, promjene na zglobovima i drugi znaci. S druge strane, Frank naglašava da, za razliku od sifilisa, „škrljevska bolest“ rijetko zahvaća genitalije i limfatički sustav.

Dok je Europa spekulirala, Rijeka je morala živjeti s „epidemijom“ i boriti se protiv nje. Karantene su ustanovljene u Kraljevici i Bakru, a posebni su „suci“ prisezali da će prijaviti svaki novi slučaj u svojoj okolini. Pokušavalo se s različitim lijekovima. Cambieri je preporučivao pare živina i cinkova sulfida, Antonio Felice Giacich naglašavao je učinkovitost biljnih pripravaka i joda. U Labinu su bolesnici držani satima u bačvi, zagnjurenici u vodu pomiješanu s blatom i balegom.

Cambierijeva je karijera bila tjesno povezana sa „škrljevskom bolešću“. Godine 1818. djeluje kao internist u Bolnici sv. Duga u Rijeci, doskora postaje članom riječkog patricijskog vijeća i prvim liječnikom čitavog Ilirika. Svojim djelom postao je slavan i u medicinskom svijetu.

Način na koji je pitanje prirode „škrljevske bolesti“ riješen uglavnom je poznat: nakon nekoliko desetljeća diskusija, europski su se medicinski autoriteti složili da bolest treba smatrati endemskim oblikom sifilisa. Međutim, zašto bi jedna epidemija takvih razmjera imala izbiti, nikada nije razjašnjeno. Puk regije toga vremena svakako nije bio toliko promiskuitetan, a nije ni mogao naglo takvim postati. Poklapanje izbijanja epidemije s dolaskom francuskih trupa svakako je intrigantno: vojska je mogla donijeti bolest, a lokalno je stanovništvo moglo, barem u početku, simulirati bolest ne bi li izbjeglo mobilizaciju. Jedno od mogućih objašnjenja dimenzija epidemije je i moda. Utjecaj tzv. „stava službene medicine“ na dijagnostiku nerijetko se potcjenjuje, premda primjera za ovu vrstu mode ima naprek: od dijagnoze histrije u Francuskoj Charcotovog doba, do modernog dijagnostiranja ADHD-a u Americi. U prilog ideji da je moda utjecala na dijagnozu „škrljevske bolesti“ govori i činjenica da se u najvećem broju slučajeva spominju vrlo općeniti prodromalni simptomi, poput umora, boli, promuklosti, dok se



specifični znaci, poput čireva na sluznici ustiju i koži, javljaju rijetko i nakon dugo vremena. Hrvatski je dermatovenerolog Božo Perić odavna predložio da „škrljevsku bolest“ ne treba smatrati jedinstvenom, već dijagnozom koja pokriva sifilis, kožnu tuberkulozu, kao i mnoge druge bolesti. Na ovaj način, diskusija o „škrljevskoj bolesti“ se nastavlja. Možemo li od škrljevskog slučaja nešto naučiti? Prekomjerna karantenacija (preko 8 tisuća hospitaliziranih 1818. - 1825.) i stigmatizacija oboljelih, koje smo zapazili u slučaju „škrljevske bolesti“, logičnim su rezultatom straha od nepoznatoga i nisu obilježe samo tih vremena. AIDS je u našem vremenu izazvao vrlo slične društvene reakcije, a jednako se događa i s COVID-om. **To pokazuje da znanje pomaže u pristupu opasnosti samo na apstraktnoj razini: kada opasnost zakucu na naša vrata, „znanje“ je često zamijenjeno daleko manje sofisticiranim nagonima i reakcijama.**

POVODOM 100 GODINA

ZAVODA ZA PATHOLOGIJU MEDICINSKOG FAKULTETA SVEUČILIŠTA U ZAGREBU 1. DIO.

KAKO JE SVE POČELO? POČECI PATHOLOGIJE U HRVATSKOJ I OTVARANJE ZAVODA ZA PATHOLOGIJU NA ŠALATI

MARKO KOLIĆ, mag. hist.

Prof. dr. sc. DANICA GALEŠIĆ LJUBANOVIĆ, dr. med.

Prve korake u modernizaciji patologije i medicine uopće dala je Prva bečka medicinska škola na čelu s Gerardom van Swietenom. Na nju se nadovezao rad Druge bečke medicinske škole koja je patologiju dovela do pune afirmacije kao moderne grane medicine. Patolozi koji su potekli iz te škole bili su i Carl von Rokitansky, Josef Škoda i Rudolf Virchow. Upravo će njihov rad bitno utjecati i na razvoj patologije na prostoru današnje Hrvatske kroz generacije studenata koje su imale priliku slušati njihova predavanja i stečena znanja primjenjivati na prostoru Hrvatske.

Važan iskorak u modernizaciji patologije u Hrvatskoj učinjen je otvaranjem Prosekture javnih zdravstvenih zavoda grada Zagreba. Prve inicijative vezane uz otvaranje Prosekture javljaju se 1903. godine kada je u Križevcima otvoren Kraljevski zemaljski bakteriološki zavod. Tamo su se među ostalim obducirale životinje u svrhu istraživanja zaraznih bolesti. Tada se u dijelu liječnika, potaknutih ovim primjerom, pojavila struja koja je smatrala kako treba otvoriti sličnu ustanovu namijenjenu humanoj obdukciji. Kao osobiti zagovornik ove ideje istaknuo se kirurg Miroslav Čačković. Ova će se ideja konačno realizirati 1913. godine, a prvi je prosector novootvorene

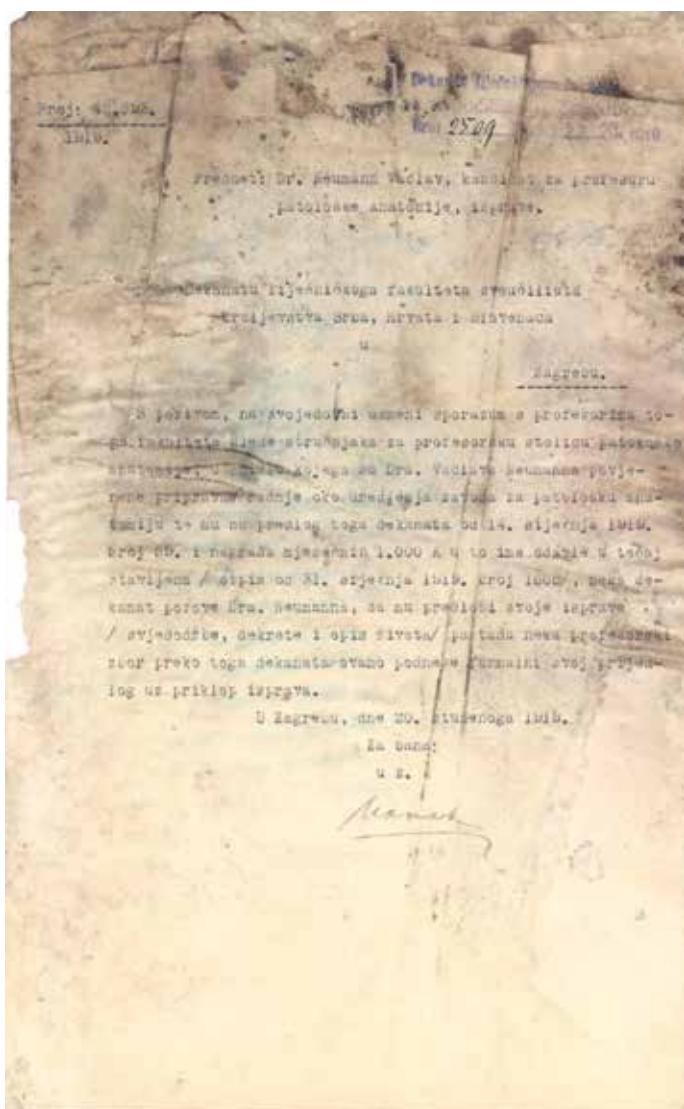


Mikroskopski laboratorij na Zavodu za patologiju 1920-ih
(Zbirka fotografija Zavoda za patologiju MEF-a u Zagrebu)

Prosekture bio Ljudevit Jurak koji će je voditi sve do 1945. godine. Stoga je Jurak bitno utjecao na razvoj humane patologije prve polovice 20. stoljeća u Hrvatskoj. Osim toga, Jurak je kao profesor patologije na Veterinarskom fakultetu u Zagrebu uvelike doprinio razvoju moderne animalne patologije na prostoru Hrvatske i regije. U konačnici, Jurak je od 1923. do 1932. godine radio kao profesor sudske medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (MEF-u) čime je nezaobilazan i u proučavanju sudske medicine

u Hrvatskoj tijekom prve polovice 20. stoljeća.

Sljedeći važan iskorak u razvoju patologije u Hrvatskoj učinjen je otvaranjem MEF-a 1917. godine, odnosno pokretanjem Zavoda za patologiju na Šalati 1922. godine. Prve ideje o otvaranju MEF-a postavljene su još 1874. godine, no zbog niza različitih čimbenika to je realizirano tek 1917. godine. Ništa lakše nije bilo pokrenuti niti Zavod za patologiju. Ključni problemi bili su nepovoljna finansijska situacija,



Vaclavu Neumannu povjeren je uređenje Zavoda za patologiju (Arhiv MEF-a u Zagrebu)

manjak odgovarajućeg znanstveno-nastavnog kadra i složeni društveno-politički odnosi.

Manjak finansijskih sredstava bitno je usporio razvoj MEF-a, što se osobito osjetilo prvih godina njegova postojanja. Stoga se prvenstveno pristupilo preuređenju postojećih zgrada na Šlati. Jedina zgrada koju se u to doba ipak uspjelo sagraditi bila je namijenjena za potrebe Zavoda za patologiju koji se i danas u njoj nalazi. Glavni inženjer bio je Franjo Gabrić, a veći dio zgrade bio je izgrađen do 1922. godine. Neizgrađeno je ostalo istočno krilo zgrade na čijem se mjestu danas nalazi Hrvatski institut za istraživanje mozga.

Drugi veliki problem predstavljao je nedostatak primjerenog profesorskog kadra koji bi mogao vršiti znanstveno-nastavnu aktivnost na Zavodu. U to doba osim Juraka

u Zagrebu i šire nije bilo niti jednog dovoljno sposobnog patologa koji bi mogao obnašati ovu dužnost. Pri tome treba reći kako je Jurak već vršio više dužnosti, pa se uprava tek osnovanog MEF-a dala u potragu za budućim profesorom patologije. Najizgledniji kandidat bio je češki patolog Václav Neumann koji je uvelike sudjelovao u izgradnji zgrade za budući Zavod za patologiju, no on se 1919. godine iznenada povukao i vratio u Prag. To je stvorilo nezavidnu situaciju za vodstvo fakulteta koje je Neumannovim povlačenjem moralo ponovno tražiti novog kandidata. Među potencijalnim kandidatima pojavili su se njemački patolog Walter Berlinger i Rus Sergej Semenović Abramov. No, na kraju nije došlo do dogovora niti s jednim od njih. Postojala je i opcija da se privremeno angažira profesora patologije s Medicinskom fakultetom u Beogradu, Đorđa Jovanovića. Međutim, ništa od toga se nije realiziralo. Nastavu patologije na MEF-u je pokrenuo bakteriolog Emil Prašek 1921. godine u suradnji s Milanom Pricom. Problem profesora patologije konačno je riješen dolaskom Sergeja Saltykowa 1922. godine na čelo Zavoda za patologiju. On će na čelu Zavoda ostati do 1952. godine.

Uz sve navedeno, treba imati na umu i složenu društveno-političku situaciju. Naime, MEF je pokrenut prije samog kraja Prvog svjetskog rata koji će ujedno označiti i kraj stoljetne Austro-Ugarske Monarhije. Nakon završetka rata osnovana je Država Srba, Hrvata i Slovenaca koju je tek trebalo urediti. Pored toga, rat je osim nestabilne političke situacije sa sobom donio opću nestaćicu hrane, opterećenje zdravstvenog sustava i nedostatak građevinskog materijala. Sve to je dodatno otežavalo izgradnju tek osnovanog fakulteta. Unatoč tome, MEF u Zagrebu i Zavod za patologiju su počeli s radom, a kroz nadolazeća desetljeća su uvelike doprinijeli razvoju medicine u Hrvatskoj. No, o tome će više riječi biti u nastavku.

Literatura:

Arhiv MEF-a u Zagrebu

Zimolo A, Jukić S, Seiwerth S, Batelja L. Prvi 85 godina. Zagreb; 2008, str. 1-8.

Biserka Belicza B, Šain S. Uloga i doprinos Hrvatskoga liječničkog zbornika u osnivanju prosekture javnih zdravstvenih zavoda grada Zagreba g.1913. Liječ Vjesn 1988;120:349-55.

Sziranyi J, Kaiser S, Schmidt M, Gross D. "Jüdisch versippt" and "materialistic": The marginalization of Walther E. Berblinger (1882-1966) in the Third Reich. Pathol Res Pract 2019;215:995-1002.

Kolić M. Sudska medicina i MEF u Zagrebu (1922-1945). ČSP 2021;53: 667-70. Belicza M, Krušlin B, ur. 100 godina Kliničkog Zavoda za patologiju „Ljudevit Jurak“ KBC-a „Sestre milosrdnice“, Zagreb: 2014, str. 53-59.

Fatović-Ferenčić S. Borba za osnutak MEF u Zagrebu. U: Pećina M, Klarica M, ur. MEF u Zagrebu (1917-2017). Zagreb; 2017, str. 17-33.

ULOGA HRVATSKIH LIJEČNIKA U RAZVOJU SKOPSKOG MEDICINSKOG FAKULTETA (1. dio)

S posebnim osvrtom na razvoj patofiziologije i aktualne međufakultetske suradnje

DANIELA MILADINOVA

Završetak Drugoga svjetskog rata predstavlja za Makedoniju vrlo važan povijesni trenutak, kada se poslije višestoljetne borbe za oslobođenje zemlje ostvarilo konačno priznanje nacionalnog identiteta. Narodna Republika Makedonija je u okviru avnojske jugoslavenske federacije predstavljala jednu od šest republika u kojoj se za službenu komunikaciju po prvi put u povijesti počeo službeno koristiti makedonski književni jezik. Nasuprot izvanrednim povijesnim dostignućima zemlja je bila suočena s teškom ekonomskom situacijom, prilično zaostala u kulturnom smislu, s velikim postotkom nepismenog stanovništva i vrlo malim nacionalnim dohotkom. Narodno zdravljje bilo je praćeno velikim pobolom i smrtnošću, prije svega od zaraznih bolesti i zabrinjavajuće novorođenačke smrtnosti, te zbog malog broja zdravstvenih radnika (po jedan liječnik i jedna medicinska sestra na 10 000 stanovnika). To su bili vrlo ozbiljni pokazatelji da je nužno što prije poduzeti odlučne korake za rješavanje egzistencijalnih pitanja u Narodnoj Republici Makedoniji. Zahtjev za osnivanjem medicinskog fakulteta u Skoplju kojim se makedonsko Ministarstvo zdravlja obratilo federalnim institucijama u kolovozu 1946. predstavljalo je ključan dogodaj koji je potaknuo unaprjeđenje zdravstvenog sustava u cilju cjelokupnoga društvenog razvoja. Iznimno teške socioekonomske prilike, s nedovoljno zdravstvenih profesionalaca, a osobito nedopustivo malo pedijatara i ginekologa, bio je razlog za veliku novorođenačku smrtnost (136 umrlih na 1000 živorođenih) i nemogućnost učinkovite obrade velikog broja oboljelih, prije svega od malarije (s više od

300 000 zaraženih) i tuberkuloze (s prevalencijom od 30 000). Također su i druge zarazne bolesti, kao što su tifus, paratifus, antraks, difterija i pertusis, zahtijevale brzu i odlučnu akciju državnog vodstva u cilju unaprjeđenja narodnoga zdravlja.

U toj teškoj situaciji dvije su Vladine odluke bile od neprocjenjivog značenja za novoosnovanu makedonsku državu. Glavna je svakako bila povjesna odluka o početku aktivnosti vezane za osnivanje medicinskog fakulteta, a druga odluka se ticala isušivanja močvara u okolini Bitolja, Struge i drugih gradova, koje su bile ležište komaraca i širile malariju po cijelom području.

Specijalno povjerenstvo za ciljane aktivnosti oko osnivanja medicinskog fakulteta u Skoplju sastavio je u Beogradu 26. rujna 1946. Komitet za javno zdravje FNR Jugoslavije. Sačinjavali su je dr. Nikola Nikolić, sekretar u Saveznom ministarstvu zdravlja, Nemanja Madžarević, sekretar u Ministarstvu prosvjete, Dimče Levkov, zamjenik ministra za obrazovanje i znanost Republike Makedonije, dr. Gjorgji Gavrilski, zamjenik ministra zdravstva Republike Makedonije, prof. dr. Božo Lavrić s MEF-a u Ljubljani, prof. dr. Aleksandar Đorđević i prof. dr. Miloje Vidaković s MEF-a u Beogradu, kao i prof. dr. Ante Premeru i prof. dr. Sergej Saltykov s MEF-a u Zagrebu. Na svom prvom sastanku održanom 22. listopada 1946. u Skoplju sveobuhvatno je analizirana mogućnost za početak medicinskog studija. Na tom je povjesnom skupu, na kojemu su donesene odluke o osnivanju MEF-a u Skoplju, s projekcijom početka nastave za 1947. / 48. akademsku godinu, odlučeno i o korištenju Zemske bolnice za nastavnu bazu kliničkih predmeta, kao i o početku aktivnosti za izgradnju trajnog objekta u koga bi se smjestile klinike

i instituti u okviru MEF-a. Jedan je od glavnih zaključaka na sastanku bio da bi za uspješno organiziranje medicinskog studija bila nužna pomoći aktivnih medicinskih fakulteta u Zagrebu, Ljubljani i Beogradu, u nastavnicima, opremi, literaturi i ostalim resursima. Intenzivan rad povjerenstva slijedi nakon prvog sastanka, da bi službenu odluku o osnivanju MEF-a u Skoplju donijela 6. ožujka 1947. Vlada NR Makedonije. Povjesnu odluku o osnivanju slijedi prvi sastanak Nastavno-znanstvenog vijeća održan 17. ožujka 1947., na kome prisustvuje 19 istaknutih nastavnika. Među njima je za dekana izabran profesor higijene Sterjo Bozdov, a za prodekanu profesor fiziologije Miloje Vidaković. Istodobno su osnovane prve klinike u okviru Zemske bolnice - klinika za internu medicinu, kirurgiju, pedijatriju, ginekologiju, infektologiju, oftalmologiju, otorinolaringologiju, dermatovenerologiju i institut za TBC. Za nastavu iz temeljnih predmeta osnovano je šest instituta (za anatomiju, histologiju, fiziologiju, kemiju i biokemiju, patologiju i farmakologiju). Oni 1948. prelaze u novu zgradu, koja i danas predstavlja sjedište najvećeg broja instituta na MEF-u.

Početak nastave planiran za rujan 1947. odložen je zbog organizacijskih problema za 3. studenoga iste godine. Novi MEF službeno počinje svoju aktivnost prvim predavanjem iz anatomije koje je održao docent Zdenko Križan u tadašnjem objektu Srednje medicinske škole i Higijenskog zavoda.

POMOĆ HRVATSKIH LIJEČNIKA U OSNIVANJU I RAZVOJU SKOPSKOG MEF-a

Od ukupno 19 nastavnika (5 redoviti, 3 izvanredna profesora, 8 docenata

i 3 predavača asistenata) petoro je bilo iz Hrvatske, navedenih redom kako su pristizali u Makedoniju.

1. Prof. dr. Božidar Belija, osnivač, prvi direktor Instituta i šef Katedre za kemiju i biokemiju. Na tom položaju ostaje do 1954. godine, kada prof. Berkeš preuzima katedru za biokemiju, a prof. Belija drži nastavu iz kemije sve do 1959., kada napušta Skoplje i vraća se u Zagreb.

2. Prof. dr. Dimitrije Juzbašić, dr. med., koji je bio u povjerenstvu za osnivanje MEF-a osniva kliniku i katedru za kirurgiju i vodi je do 1953. kada napušta Skoplje i prelazi na mjesto predstojnika Kirurške klinike MEF-a u Zagrebu. Osim što je predano radio na razvoju Kirurške klinike, pod njegovim stručnim nadzrom se razvijaju kirurški odjeli u bolnicama u Štalu, Kumanovu, Ohridu i Bitolju. Prof. Juzbašić je od 1951. do 1952. godine bio dekan MEF-a u Skoplju.

3. Doc. dr. Zdenko Križan, dr. med., profesor anatomije, jedan je od osnivača fakulteta kao član povjerenstva koje radi na njegovom osnivanju. On je ostao upamćen među više generacija studenata kao profesor koji je držao izvanredno zanimljiva predavanja i zauzima značajno mjesto u povijesti Medicinskog fakulteta. Svojim inspirativnim i emotivnim predavanjem označio je početak nastave na novoosnovanom fakultetu. Osnivač je instituta i katedre za anatomiju i njen voditelj sve do svog odlaska iz Skoplja 1957. godine. U međuvremenu je od 1953. do 1954. godine bio dekan Fakulteta, promovirajući u toj ulozi prve doktore medicine koji su diplomirali na MEF-u u Skoplju.

4. Doc. dr. Ruža Verner, dr. med., osniva institut i katedru za histologiju i embriologiju 1948. godine. Uspješno ga vodi educirajući brojne generacije studenata sve do svog umirovljenja 1972. godine, nakon čega se vraća u Zagreb.

5. Doc. dr. Mirko Knežević, dr. med., osniva 1947. godine institut i katedru za patologiju. Ostaje u Skoplju samo nekoliko meseci, da bi produljio svoju karijeru na MEF-u u Zagrebu.

6. Prof. dr. Veljko Bujan, diplomirani doktor medicine na Berlinskom univerzitetu i diplomirani pravnik Beogradskog

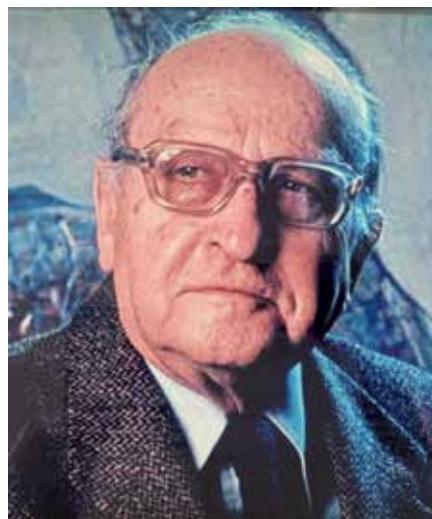
univerziteta, dolazi u Skoplje 1952. godine. Osim specijalizacije sudske medicine i kriminalistike, završio je i specijalizaciju iz ginekologije. Bio je prvi nastavnik i osnivač katedre i instituta za sudsку medicinu, koji su u početku bili smješteni zajedno s institutom za patologiju, a od 1955. dobivaju posebnu zgradu, u kojoj se i danas nalaze. Prof. Bujan je predavao ne samo na medicinskom, nego i na pravnom i na fakultetu za kriminalistiku, uzdigavši makedonsku sudsку medicine i kriminalistiku, nesebično prenoseći znanje i iskustvo na mlađe suradnike. Radio je predano na razvoju sudske medicine i MEF-a sve do svoje smrti 1972. godine.

7. Prof. dr. Ivan Berkeš, dr. med., dolazi na Institut za biokemiju 1954. godine, na mjesto profesora Belije. Postaje prvi direktor samostalnog Instituta za biokemiju, šef katedre za biokemiju, i ostaje na toj funkciji do 1960. godine, kada nastavlja svoju profesionalnu karijeru na farmaceutskom fakultetu u Beogradu.

8. Prof. dr. Branko Oberhofer, dr. med., vodi, nakon odlaska prof. Juzbašića iz Skoplja, kliniku i katedru za kirurgiju od 1954. do 1956. godine. Decentralizira kiruršku kliniku na posebne jedinice iz traumatologije, urologije, digestivne, dječje, neuro- i torakalne kirurgije, a posebno je značajan njegov doprinos razvoju torakalne i kardiokirurgije na prostorima bivše Jugoslavije.

9. Dr. Josip Novak, dr. med., nakon diplomiranja na MEF-u u Zagrebu, specijalizacije iz radiologije u Beogradu, profesionalnog rada na Vojnomedicinskoj akademiji u Beogradu i u Institutu za nuklearne nauke u Vinči, dolazi 1950. u Makedoniju. Najprije radi u bolnicama u Kavadarcima i Strumici, da bi 1952. prešao u Vojnu bolnicu u Skoplju, s povremenim angažmanom na MEF-u. Nastavnik na Fakultetu postaje 1955. i na njemu ostaje sve do umirovljenja 1985. godine. Prof. Novak je dao velik doprinos razvoju instituta i katedre za radiologiju.

10. Prof. dr. Đuro Sušec, dr. med., bio je osnivač i prvi profesor ortopedije na MEF-u od 1957. do 1969. godine i prvi predsjednik udruženja ortopeda i traumatologa, postavljajući osnove stručnog časopisa Acta Orthopédica Yugoslavica.



Akademik Isak Salis Tadžer (1916.-2005.)

OSNIVANJE INSTITUTA ZA PATOFIZIOLOGIJU

Godine 1949. se u okviru katedre za fiziologiju održavala nastava iz patofiziologije pod vodstvom prof. Miloja Vidakovića s dva asistenta. Godine 1951. kao treći asistent prelazi s klinike za internu medicinu dr. Isak Salis Tadžer. On sljedeće godine osniva institut i katedru za patofiziologiju, u čijem je sastavu klinički odjel sa 40 bolničkih kreveta. Pored kliničkoga, razvijao se znanstveno-istraživački segment eksperimentalnim radom. U početku je znanstveni rad bio posvećen istraživanju vodenog placentalnog ekstrakta, djelovanju supstancije P, 5-hidroksitriptaminu i eksperimentalnoj epilepsiji. Istodobno se razvija koagulacijski laboratorij i istraživanja u području jetrenih poremećaja hemostaze, kao i primarnih hemostatičkih nedostatnosti, za što je Institut za patofiziologiju bio referentni laboratorij. Radilo se na eksperimentalnim modelima hemostatičkih promjena u uvjetima hipotermije, pod djelovanjem ionizirajućeg zračenja, zmijskih otrova i na hipersplenizmu kao posljedici postmalarične splenomegalije. Intenzivnim razvojem znanstveno-istraživačkog rada postaje prepoznatljiv Institut za patofiziologiju, da bi 1958. godine započeo s primjenom radioizotopa u medicini, postavši Institut za patofiziologiju i nuklearnu medicinu. Od 2006. godine nosi ime osnivača i jednog od najznačajnijih imena makedonske medicine - akademika Isaka Salisa Tadžera.

OSVRT NA „PRVE OPERACIJE SRCA U HRVATSKOJ“

 Prof. prim. dr. sc. Dubravko Habek, dr. med.

Predsjednik Kirurškoga kolegija
Akademije medicinskih znanosti
Hrvatske

Povijest cjelovite hrvatske kirurgije i kirurških grana rascijepljenih od majke opće kirurgije, pa tako i prvih operacija na srcu kao preteča kasnijeg razvoja kardijalne kirurgije koje su izveli izvrsni i hrabri opći kirurzi, predstavljena je u knjizi „Povijest hrvatskih struka u Hrvatskoj“ glavnoga urednika pok. prof. dr. Ive Mlinarića, koji se uz autore pojedinih poglavila potudio kirurško-povijesne podatke i činjenice trajno sačuvati. Uz spomenuto kapitalno djelo u izdanju Akademije medicinskih znanosti Hrvatske (AZMH), postoje i objavljeni radovi o zbrinjavanjima ozljeda srca i pluća s raznim ishodima, a sve u vrijeme postojanja isključivo opće praktične i hitne kirurgije prije II. svjetskoga rata, prije razvoja specijalističkih usmjerenja, bez ekstrakorporalne cirkulacije, bez endotrahealne anestezije, na kucajućem srcu, u prijepenicilinskom razdoblju... Preautoritativna Billrothova povijesna izjava o sablazni pokušaju operiranja srca zasigurno je prolongirala neoperiranje srčanih ozljeda, tada jedinih razloga za kardijalne operacije, premda se hrabri mladi frankfurtski kirurg dr. Rehn odlučio za prvu operaciju ozljede srca, unatoč njegovoj poznatoj profesionalnoj sudbini u Billrothovo eri.

Iz hrvatske nacionalne medikohistoriografije poznati su tako podaci iz Liječničkog vjesnika o torakotomiji i izravnoj masaži srca kod kardijalnog aresta, koju je objavio prof. Miroslav Čačković 1908. godine, a izveo ju je 26. srpnja 1907. prof. dr. Theodor Wickerhauser u zagrebačkoj bolnici „Sestre milosrdnice“. U knjizi „Biografije bjelovarskih liječnika“, također u izdanju AMZH-a, iz operacijskoga protokola, dnevnika liječničke službe, novinskih članaka te objavljenih radova povijesno-medicinskih istraživača, dokazane su prve operacije ozljeda



Stranica iz operacijskoga protokola osječke kirurgije sa zabilježenom ubodnom ranom srcu 19. veljače 1932. godine

srca u osječkoj bolnici u tridesetim godinama prošloga stoljeća. Tako je razvidan iz operacijskoga protokola podatak o operaciji ubodne rane desnog ventrikula i srčane tamponade 19. rujna 1932. (slika u prilogu) u eteriskoj narkozni. Događaj prati ondašnji novinarski citat iz *Hrvatskog lista* 1932. godine u kojemu stoji da je prim. dr. Benčević, šef kirurškoga paviljona „...sašio srčanu klijetku Osječaninu P. M. iz Njemačke Retfale koji je pokušao samoubojstvo ubodom turpije u srce...“ Drugu operaciju šivanja ozljede srca izveo je prim. dr. Josip Joza Jagodić, dugogodišnji zasluzni bjelovarski kirurg i ginekolog. Za ovu operaciju prof. Mlinarić navodi: „dr. Jozo Jagodić godine 1935. izveo je prvo šivanje povrijeđenog srca“. U nastavku je upisano da je Benčevićev „asistent dr. Jozo Jagodić 1935. godine izveo prvi uspješni šav na srcu kod ubodne penetrantne rane lijevog prsišta“ (premda je to druga takva operacija u osječkoj bolnici prema povijesnim vrelima). U Utvićevoj knjizi o povijesti medicine u Osijeku stoji isti podatak da je „Za vrijeme Benčevića njegov sekun-

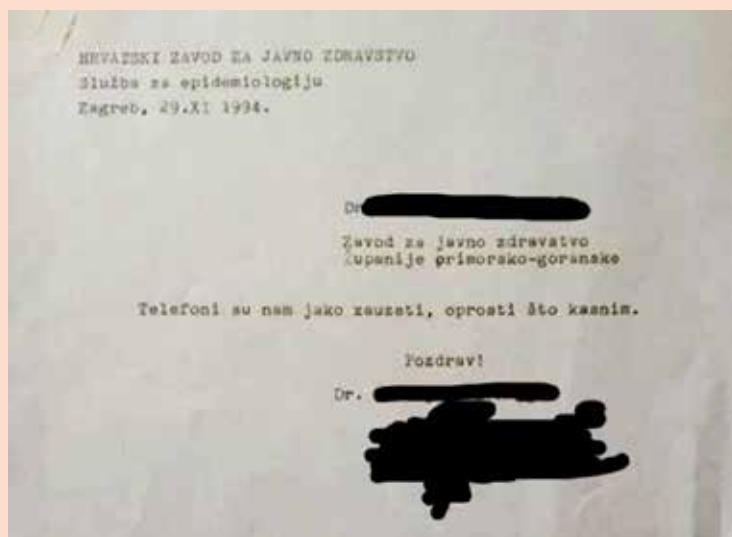
darni liječnik dr. Jagodić izveo u Osijeku prvi šav na ranjenom srcu 1935. godine“, a taj je bolesnik zaprimljen 6. travnja 1935. i operiran u eteriskoj narkozni. No, u knjizi dežurnih liječnika stoji još jedan slučaj ubodne penetrantne rane srca s leđne strane (*Vulnus punctum dorsi penetr. in cor.*) dana 27. prosinca 1934., no nažalost bez drugih podataka, jer nedostaju operacijski protokoli te godine.

Prof. Jelić u spomenutoj Mlinarićevoj knjizi navodi podatak o uspješno operiranoj strijelnoj rani srca u zagrebačkoj kirurškoj klinici 1937. godine koju je zbrinuo dr. Janko Komljenović, dakle dvije godine poslije, a prim. dr. Ante Medanić, šef karlovačke kirurgije, izvještava iste godine u Liječničkom vjesniku o hitnim operacijama triju prostrjelnih i jedne probodne rane nožem na srcu te potom još jednog ozlijedenoga perikarda. On tada hrabro konstatira stanje kirurškoga liječenja srčanih ozljeda u jednom intervjuju: „Danas to nije i ne smije biti senzacija i svaki operater može i mora tu operaciju izvesti“.

Stoga je, uz postojanje navedene relevantne izvore literature o učinjenih devet operacija na srcu do 1939. godine u našoj zemlji (bez podataka za ovaj dio Europe), prehrabra i, eto, neprovjerena objavljena tvrdnja da je u šibenskoj bolnici „obavljena prva operacija na srcu u Hrvatskoj i ovom dijelu Europe 29. siječnja 1939.“ (LN 2021;205:49); ona je ishitrena i vjerojatno je preuzeta od nekih prethodnih izvještitelja, no ne zasigurno od istraživača povijesti medicine. Iznimno povjesno i nacionalno medicinski vrijedan podatak o izvršenoj operaciji srca u šibenskoj bolnici 1939. bilo bi vrijedno objaviti i povjesno medicinski potkrijepiti izvorom, arhivskim ili dosadašnjim podatcima, odnosno vrelima iz kojih je došao taj podatak, koja operacija, kod koje ozljede ili bolesti, okolnosti, anestezije ili operatera, s obzirom na to da je dosta bolničkih arhivalija sačuvano i stoji neobrađeno, a takav prehrabri zahvat zasigurno je popraćen, kao i ostali takvi zahvati, u ondašnjim medijima. O tom hrabrom zahvatu kirurškoga liječenja ubodne rane srca u šibenskoj bolnici prof. Jelić spominje da ga je izveo prim. dr. Josip Pasini, ne spomenuvši datum zahvata, a u okolnostima hitnoće da je kirurg svojega sina zamolio da mu odmah u bolnicu donese anatomska atlas.

Kada bismo svi u svojim zajednicama otvorili bolničke arhive, možda bi se prekapajući po operacijskim protokolima i medicinskoj dokumentaciji koje su vodili naši prethodnici iznjedrili neki novi podaci koji su do sada nepoznati pa bismo promijenili dosadašnje spoznaje. Svaka naša bolnica ima svoju povijest, svaki je zaposlenik u njoj ostavio dio sebe i svojega truda u raznim okolnostima, a ponajviše naši prethodnici koji su stvarali hrvatsku medicinu. O njima mi trebamo čitati i pisati, jer ipak nisu svi podatci na društvenim mrežama pouzdani. Povijest i medicina su znanosti, povijest medicine fuzija je dviju znanstvenih, dakle istraživačkih disciplina, a naglašene emocije i hvalevrijedni lokalpatriotski dojmovi i neprovjerene „činjenice“ ne bi smjele mijenjati povijest. (Usput, u dobroj namjeri na navedeni članak u LN-u 2021;205:49: članovi AMZH-a ne nose naslov akademika.)

Komunikacija nekad i danas



Živimo u doba digitalne tehnologije, svakodnevnom korištenju raznih digitalnih uređaja, mobilnih telefona, pametnih telefona, tableta, USB stikova, vanjske memorije, prijenosnih računala i inih uređaja s ekranima, umreženih i povezanih internetom, društvenim mrežama, mobilnim aplikcijama i srodnim tehnologijama. Stoga je komunikacija i razmjena poruka u poslovnom i privatnom svijetu danas puno lakša nego prije. Tehnologija se brzo razvijala, i čak se i mi stariji možda teško prisjetimo kako je to bilo nekada. No, evo mali podsjetnik kako je to izgledalo prije, davne, ali opet ne tako davne 1994. godine, kada se neka hitna poruka javljala i putem telefaksa... Tada nismo mogli javiti promjenu termina sastanka ili kašnjenje jednostavnim tipkanjem na poruku u mobitelu ili slanjem e-maila. Tražeći nešto među dokumentacijom na poslu slučajno sam naišla i na staru korespondenciju (na slici), jednu poruku o kašnjenju, posлану u današnje vrijeme na već skoro zaboravljen način.

Iako moderni načini komunikacije ubrzavaju način života i povećavaju zahtjeve za količinom i brzinom odgovora, ipak su prednosti današnje komunikacije brojne i neupitne. No, možda bi nas ovaj dopis iz devedesetih godina prošlog stoljeća mogao podsjetiti da bi s vremenom na vrijeme bilo dobro malo usporiti, uzeti malo vremena za sebe i odmoriti se vikendom, praznicima ili na godišnjem odmoru od e-mailova, poruka, mobilnih telefona...

Tatjana Nemeth Blažić

tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr

30 godina od međunarodnog priznanja Republike Hrvatske (15. siječnja 1992.)- ništa bez liječnika Svjedočanstvo prof. dr. sc. Mate Granića, dr. med.

 Pripremila LADA ZIBAR

Hrvatska je međunarodno priznata od tadašnjih 12 članica Europske zajednice 15. siječnja 1992. godine. Put do toga bio je krvav i trnovit. Nakon pada berlinskog zida, nakon raspada bivšeg Sovjetskog Saveza, nakon pada komunističkih sustava u srednjoj i istočnoj Europi stvorile su se okolnosti i za demokratske promjene u bivšoj državi. Hrvatski predsjednik dr. Franjo Tuđman imao je državničke mudrosti da stvori stranku HDZ, pokret za stvaranje moderne hrvatske države. HDZ je stranka koja je bila plebiscitarno pobijedila na prvim slobodnim demokratskim izborima 1990. godine. Pretходno je došlo do raspada bivše komunističke partije Jugoslavije, kada su na posljednjem kongresu Saveza komunista Jugoslavije početkom 1990. najprije slovenski a onda i hrvatski delegati napustili taj kongres. Nakon toga nije bilo više nikakvih ni razloga ni mogućnosti da se u Hrvatskoj iste godine ne održe prvi slobodni demokratski izbori. Nakon utemeljenja prvog demokratski izabranog sabora Republike Hrvatske, 30. svibnja 1990., predsjednik Tuđman i slovenski prvi predsjednik Kučan predložili su mirni rasplet krize stvaranjem konfederalnog modela bivše države kao prijelaznog modela prema punoj nezavisnosti i suverenosti. Slobodan Milošević, tada predsjednik Predsjedništva SR Srbije, to je odbio. Početkom 1991. dolazi do pregovora predsjednika republika bivše države o mirnom raspletu

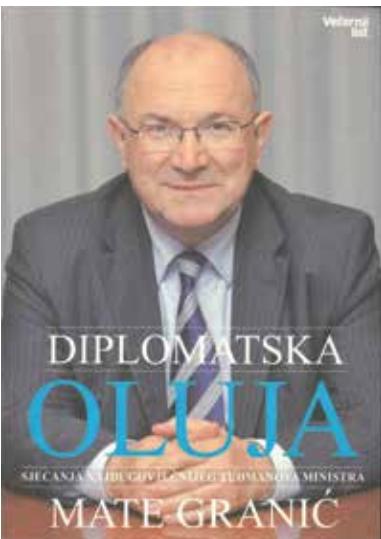
krize. Važno je spomenuti da je prije toga, 1989. godine, Milošević izveo takozvanu antibirokratsku revoluciju kada je poništo suverenitet autonomnih pokrajina Kosova i Vojvodine i promijenio vodstvo u Crnoj Gori. On nije bio ni za kakve dogovore. Želio je modernu federaciju ili Veliku Srbiju, s ili bez oružja, kao što je to već prije bio rekao na velikom mitingu 1989. u Gazimestanu. Predsjednik Tuđman odlučuje prekinuti te razgovore koji nisu nikamo vodili i u ožujku 1991. donosi odluku o raspisivanju referendumu o samostalnosti i suverenosti Republike Hrvatske. Taj je referendum 19. svibnja plebiscitarno uspio. Izašlo je 83,4 % građana RH i 94 % ih je glasalo ZA. Na temelju tog referendumu predsjednik Tuđman je predložio Hrvatskom saboru 25. lipnja 1991. da donese Deklaraciju o suverenosti RH.

Kakva je bila vanjskopolitička situacija u to vrijeme? Sjećam se anegdote kada sam 1996. godine bio u posjetu Velikoj Britaniji te mi je lord Johnson u Domu lordova ispričao da su oni negdje u studenome 1990., kada se čulo da imamo mobilne kirurške ekipe, osnovali Task force za Zapadni Balkan. To znači da su njihove službe itekako pratile događanja u Hrvatskoj. No, osim Svetе stolice, koja nas je čvrsto podržavala, nije bilo mnogo otvorenih prijatelja. Sveti otac Ivan Pavao II koji je izvrsno razumio prilike u Europi i u bivšoj državi te komunistički sustav, uz predsjednika SAD-a Ronalda Reagana jedan je od najzaslužnijih koji je doveo do pada tog sustava. Sveti stolica i papa su aktivno lobirali unutar Europske zajednice za priznavanje RH i Slovenije. Njemački

ministar vanjskih poslova Njemačke, Hans Dietrich Genscher, bio je aktivno javno djelovao u korist priznanja Hrvatske kao i samo još neki pojedinačni prijatelji iz svijeta. Kad kažem Sveti otac, tu moramo dodati i posebno ministra vanjskih poslova Svetе stolice Jean-Louis Taurana, koji je bio velik prijatelj Hrvatske i moj osobni prijatelj. On je aktivno lobirao za međunarodno priznanje Hrvatske. Predsjednik Tuđman se 16. lipnja 1991. našao s američkim državnim tajnikom Jamesom Bakerom u Beogradu. Tada je Baker rekao Tuđmanu da ne podržava taj proces međunarodnog priznanja. To je bila realnost. Istina, on je Miloševiću rekao da ne podržava ni vojnu intervenciju. Nakon što su Hrvatska i Slovenija donijele deklaracije o suverenosti i međusobno se priznale, nastao je žestok pritisak. Došla je, dakle, europska trojka (tri ministra vanjskih poslova: Hans van den Broek iz Nizozemske, Jacques Poos iz Luksemburga i João de Deus Pinheiro iz Portugala) i Hrvatska je na Brijunima 7. srpnja 1991. prihvatala da se proces odgodi za tri mjeseca, da se da vremena pregovorima. Milošević je na to odgovorio pojačavanjem agresije na Hrvatsku i tada dolazi do ključnog trenutka. Predsjednik Tuđman 1. kolovoza 1991. predlaže, a Hrvatski sabor prihvata, Vladu demokratskog jedinstva koja je bila Vlada svih političkih opcija u Saboru. Ta je vlada, uz predsjednika Tuđmana i hrvatske branitelje, najzaslužnija za međunarodno priznanje RH.

U vrijeme početka demokratskih promjena bio sam prodekan Medicinskog fakulteta u Zagrebu. U lipnju 1990. izabran sam za vršitelja dužnosti dekana i direktora fakulteta. Tada su postojale te dvije odvojene funkcije pa sam odlučio da raspišemo referendum da se te dvije funkcije spoje. Referendum je bio itekako velik demokratski test i 96 % članova Fakulteta je glasovalo da se funkcije spoje. Nakon toga je raspisan natječaj za dekana za kojega sam i izabran u listopadu 1990., s 98 % glasova znanstveno-nastavnog vijeća. Profesor Andrija Hebrang, koji je bio prvi ministar zdravstva, ja kao dekan, i prof. Ivica Kostović, koji je tada bio moj zamjenik, osnovali smo sanitetski stožer. Najzaslužniji za to svakao je bio ministar zdravstva Andrija Hebrang, čija je to i bila zamisao. Prije kolovoških događaja 1991. bio sam u svojoj rodnoj Baškoj Vodi kada su me nazvali Franjo Gregurić i Mladen Vedriš (tadašnji predsjednik Izvršnog vijeća Grada Zagreba i predsjednik zagrebačke skupštine, moj stari poznanik). Molili su me da razmislim bih li ja prihvatio funkciju u vladu, funkciju

potpredsjednika vlade za društvene djelatnosti. Gregurić je bio mandatar za sastav nove vlade i to je bilo dogovorenog s Tuđmanom. Nakon povratka u Zagreb trebao sam o tome odlučiti. Moja je supruga tada bila u osmom mjesecu trudnoće i najprije nije bila oduševljena tom idejom. K nama je te večeri došao profesor Kostović, koji je bio moj zamjenik (i „naslijednik“ na mjestu dekana) na Medicinskom fakultetu, i on je nagovarao moju suprugu da podrži moj pristanak. Njegov je najjači argument bio tumačenje da će se srpska agresija samo pojačati, da zato predsjednik stvara novu Vladu nacionalnog demokratskog jedinstva (spasa) i da u nju uključuje najkompetentnije ljudi. Pozvao ju je na domoljublje i tako ju oko dva sata poslije ponosno pridobio da podrži moju odluku. Ujutro sam došao na posao u bolnicu „Vuk Vrhovac“. Bio sam u bijeloj kuti kada su mi javili da ujutro dođem u Vladu. Toga 1. kolovoza 1991. skinuo sam bijelu kutu i otisao u Sabor. Nikada je više nisam obukao. Tada sam imao 44 godine. Sve ostalo je povijest.



U kolovozu 1991. postao sam potpredsjednik vlade za društvene djelatnosti, a najviše sam se bavio problemom koji se odmah pojavio, a to su bili prognanici. Geometrijskom progresijom rastao im je broj. Sanitetski stožer je svaki dan izvještavao o broju poginulih, ranjenih i nestalih i to je bio dragocjen podatak. Na vanjskopolitičkom planu kolovoz je važan jer je tada Njemačka (kancelar Helmut Kohl i ministar Genscher) odlučila da kao rješenje problema treba priznati Hrvatsku i Sloveniju. I to je bilo presudno. Dana 4. rujna 1991. bio sam u Travisiju na sastanku demokršćanskih stranaka srednje Europe. Predstavljao sam HDZ. Već tada me je austrijski vicekancelar Busek pitao hoćemo li još dva tjedna izdržati. Takva je bila percepcija naše situacije. U rujnu i listopadu je Milošević pomoću JNA iz zagrebačkih i okolnih vojarni imao za cilj okupirati Zagreb i promijeniti vlast, likvidirati aktualno vodstvo i dovesti svoje ljudе. To mu, nasreću, nije uspjelo. Nije uspio ni atentat na predsjednika Tuđmana i političko vodstvo u Banskim dvorima. Sabor je 8. listopada 1991. prvi put zasjedao izvan svoga sjedišta, u zgradи INE, donio odluku o prekidu svih veza s bivšom državom - deklaraciju o nezavisnosti RH. Na drugom dijelu toga zasjedanja Sabora, pozvani smo predsjednik Sabora i ja u Vilu Prekrije. Tamo su bili Franjo Tuđman, Stipe Mesić, Josip Manolić, Franjo Gregurić i Gojko Šušak, odnosno najviše vodstvo RH. Tamo sam izabran za glavnog pregovarača s tadašnjom JNA. Sutradan sam od predsjednika Tuđmana dobio upute: „Mate, ti razumiješ državnu politiku. Neka odu čim prije!“ Nakon dva mjeseca mukotrpnih pregovora u „Hotelu I“, a to je bilo u orga-

nizaciji European Monitoring Mission, potpisao sam 8. prosinca 1991. sporazum o deblokadi i evakuaciji vojarni. Četiri dana prije toga je Badinterova komisija, utemeljena u okviru konferencije o bivšoj Jugoslaviji (tzv. Londonska konferencija, jer je tamo bio prvi sastanak u kolovozu 1991.), donijela odluku da se Jugoslavija raspala i da sve bivše republike mogu postati neovisne države ako ispune određene uvjete. Uvjeti za međunarodno priznanje bili su odluka Badinterove komisije, sporazum o deblokadi i evakuaciji vojarni, sporazum o prekidu vatre koju je ministar obrane Šušak potpisao 2. siječnja 1992., prema planu kojeg smo pregovarali predsjednik Tuđman i ja, zatim dolazak mirovnih snaga, donošenje rezolucije Vijeća sigurnosti o dolasku mirovnih snaga, donošenje ustavnog zakona o zaštiti manjina kojega je donio Sabor i pozitivno mišljenje europskih promatrača koji nisu mogli zaustaviti proces, ali su ga mogli oduljiti, pa je i to mišljenje bilo važno. Hrvatska je bila ispunila sve te uvjete i 15. siječnja 1992. bila je priznata. Toga je dana cijela Hrvatska bila sretna, a ponajviše predsjednik Tuđman. Na televiziji smo pratili izvještavanje za svaku državu, osim članica Europske zajednice, koja bi nas bila priznala. Mi smo dva do tri dana prije znali da će se to konkretno dogoditi baš 15. siječnja, a nakon što nas je Sveta stolica priznala dva dana prije toga, bili smo i sigurni da to tada slijedi. Od jutarnjih sati pratili smo sva događanja toga dana, o tome smo saznavali preko televizije dok smo paralelno uredno radili svoje poslove. Ja sam još toga dana navečer u Vili Prekrije imao večeru s Jose Maria Menduliceom, koji je bio predstavnik Visokog komesarijata UN-a za izbjeglice za bivšu državu, i kući sam došao poslije 20 sati, kada sam međunarodno priznanje proslavio s obitelji. Naravno, bio sam presretan jer je Hrvatska postala suverena međunarodno priznata država, bez obzira na to što je trećina teritorija bila okupirana i bez obzira na to što su to bile tzv. UNPA zone (od engl. *United Nations Protected Areas*, odnosno *Zaštićene zone Ujedinjenih naroda*). U vezi s tim, bio je velik uspjeh kada smo dobili rezoluciju Vijeća sigurnosti o tome da su UNPA zone okupirana područja RH i da je Beograd odgovoran za situaciju na tim područjima, uključujući etničko čišćenje Hrvata i drugih ne-Srba.

Ministar vanjskih poslova Njemačke Genscher ispričao mi je povodom pete obljetnice obilježavanja međunarodnog priznanja RH (u pivnici Medvedgrad, negdje oko ponoći) kako je on uz pomoć i podršku kancelara Kohla na sastanku ministara vanjskih poslova zemalja Europske zajednice u Luksemburgu 16. na 17. prosinca 1991. najprije „slomio“ Francusku pa Veliku Britaniju, a potom su i svi drugi ministri pristali priznati Hrvatsku. Kancelar tada nije cijelu noć bio spavao. Pomagali su i danski i belgijski ministri. Prva međunarodno priznata država koja nas je priznala bio je Island. To je bilo 19. prosinca 1991. Genscher je to bio dogovorio s islandskim ministrom vanjskih poslova Hanibalssonom (uz neka obećanja Islandu oko ribarske politike). Još jedna anegdota iz tog vremena vezana je uz kardinala Angelottija koji je bio predstojnik Kongregacije za humanitarna pitanja Svetе stolice. On je bio za Badnjak u posjetu kardinalu Kuhariću. Tada smo otišli na prvu crtu bojišnice u Briest, selo pored Siska, i kardinal Angelotti je ugledao malu srušenu crkvu. Potele su mu suze i pitao je što bi on osobno mogao učiniti da pomogne. Odgovorio sam da je Sveti stolica već puno učinila, a da bismo bili sretni da nas Vatikan prizna dva dana prije Europske zajednice. Obećao je učiniti što bude mogao. Sat vremena nakon povratka u Zagreb nazvao me kardinal Kuharić, kojega sam izvrsno poznavao. Uzoriti kardinal mi je prenio zamolbu predsjednika Tuđmana da što prije napišem pismo Svetom ocu kojega će on predati kardinalu Angelottiju a ovaj papi. Pismo je za sat vremena bilo napisano i predano. I tako nas je Sveti stolica priznala dva dana prije 15. siječnja 1992. Cijela je Vlada demokratskog jedinstva dan i noć na tome radila, osobito premijer Franjo Gregurić, koji se najviše bavio time da Hrvatska preživi to vrijeme. Ministar vanjskih poslova tada je bio Zvonimir Šeparović, a ja sam bio potpredsjednik vlade i zamjenik predsjednika Krznog stožera, glavni pregovarač s bivšom vojskom i zadužen za europsku promatračku misiju. Bio sam zadužen i za prognane i izbjegle. Mi smo imali tada najviše u jednom trenutku 485 000 prognanika i ukupno oko 700 000 izbjeglica Hrvata i Bošnjaka, a još ih je 300 000 prošlo iz BiH kroz Hrvatsku u treće zemlje. Ured za prognane i izbjegle su činili volonteri na čelu s prof. Adalbertom Rebićem, uglednim teologom i kasnijim ministrom za prognanike i izbjeglice. Bio sam zadužen i za nestale. U jednome je trenutku bilo 14 000 nestalih. Bio sam zadužen i za sve druge žrtve rata i za razmjene zatočenika. Velika razmjena zatočenika u kolovozu 1992. bila je dogovorenna na sastanku Konferencije o Žrtvama rata koncem kolovoza u Ženevi u pregovorima između srpskog premijera Panića i mene, a moderator je bio Sommaruga, predsjednik Međunarodnog komiteta Crvenog križa. Tada je Hrvatska iz srpskih logora vratila 822 zatočenika. Moje zadaće do trenutka kada sam postao ministar vanjskih poslova 1. lipnja 1993. bile su primarno vezane uz prognanike, izbjeglice, zatočene, nestale, žrtve rata, pregovore s bivšom vojskom i druge društvene djelatnosti.

ZAŠTO MI STARIMO A NAŠI ATOMI NE?

Medicinski esej na 75. rođendan



Doc. prim. dr. sci. IVO ROTKVIĆ, dr. med.

Uvod. Starost je vrstan istražitelj, uporno me pronalazi na svim mogućim mjestima na kojima i ne stignem misliti na nju. Ne znam zašto mi je draga „teleportirati“ razmišljanja u prošlost kada mnogi gledaju u budućnost „prilagođavajući biografiju tom cilju“ (Cercas, „Prevarant“). Iz knjige nizozemskog intelektualca i književnika Ceesa Nootebooma (autora najboljeg putopisa koji sam čitao, „Skitnje do Santiaga“) „Pisma Posejdonu“ ispala mi je slika iz 1966. godine kako sjedim na kamenom zidu uz more, ponosan i relaksiran student Medicinskog fakulteta, s prijateljima osvijetljennim „bakrenim“ suncem, poput onoga iz romana „Svjetlost u kolovozu“ nobelovca Williama Faulknera. Svi se smijemo iskrenim smijehom, a mnogima je u ustima cigareta i u ruci čaša piva. Zid je neravan, ali nam to ne smeta jer netko priča nešto zanimljivo i duhovito. Smije li starački cinizam ocjenjivati floridnu mladost? Što sam ja, kao i mnogi drugi, očekivao od života? Ne treba mi puno da shvatim osoban odgovor: i ništa, i puno. Je li tome razlog što nisam shvaćao ljepotu glazbe Beethovena nego Beatlesa ili nisam uzletio raznim društvenim ponudama „uzleta emocija“? Koliko mora pretrpjeti to mlado lice nakon brijanja crvene brade, koliko mora „upiti“ ta, vjetrom razbarušena, plava kosa (ili crna) sreća i nesreća kojima se nude te „antene“? To sam ja, ali i vi. Imali lijepih riječi i empatije?

I ja sam, kao i mnogi drugi, zainteresiran za nastanak starosti, ali nekako je se ne bojam kao drugi koji ju, možda, neće niti dočekati. Kako u objašnjenju tako notorne pojave kao što je starost postoji više od 300 znanstvenih teza, i neuki ljudi mogu shvatiti da u razumijevanju starosti postoje problemi. I ovaj je esej pokušaj objašnjenja novom tezom koja je, kao i sve dosadašnje,

nastala iz poštenog uvjerenja da je ovaj put razmišljanja ispravan.

Nije interes za znanstvenu povijest nastanka starosti novum, od godine 1880. na starost se počinje „gledati“ kao na potrošnju ljudskih stanica (Weismann), poslije se došlo do teorije „ugrađenoga biološkog sata“ otkrivene na fibroblastima (Hayflick), a danas smo na stajalištu da je određuju genetika i slobodni radikali (Harman). Starost postoji u svih višestaničnih organizama, ali i u kulturama stanica, no u kulturama postoji i besmrtnost nekih stanica (tumori), pa čak i naših (gamete). Mnoštvo teorija nastanka starosti posljedica je i mogućih zabluda znanosti. Zablude su stalni pratilac čovjeka i znanosti i postoje od početka vrste. Jednu dokazanu moram spomenuti. Godine 2017. pojavili su se novinski članci da je medicinska teza o štetnosti masne hrane, teorija koja je vrijedila više od 30 godina, pogrešna, a dokazana je i materijalna korist znanstvenika s Harvarda koji su je i postavili. Brzo se zaboravila šteta koju je pretrpjela mesna industrija i korist koju je dobila kandidna industrija, a zaboravilo se i na štetu prehrane bogate ugljikohidratima koja je povećala broj oboljelih od debljine i dijabetesa. Nekada je teško razlučiti što je zabluda, a što prihvatljiva teorija. Naš akademik Ivan Supek, fizičar, Heisenbergov đak, književnik, filozof i humanist navodi u svojim knjigama Refleksije i Trinitas mogućnosti i milenijskih zabluda nastalih na prevođenju Biblije s aramejskog na grčki jezik.

Starost je nekakvo razdoblje na prirodnom putu od rođenja do smrti kada su vidljivi svi znaci starosti već i u ogledalu, a svi su laboratorijski nalazi uredni ako smo zdravi. Starost ne mijenja laboratorijske nalaze, osim nekih hormona (spolnih), tako da ne postoji tipičan laboratorijski znak starosti. Nalazi se mijenjaju zbog kroničnih bolesti kojih u toj dobi ima podosta. Mnogi medicinski razlozi bolestima godinama ostaju

nepromijenjeni, a njihova „starost“ može ići i preko 50 godina. Zašto je tome tako kada postoje mnogi dobro dokumentirani radovi da se neke paradigme promijene? Stuart Kauffman, biokemičar sa Sveučilišta Santa Fe, SAD, te jedan od najvećih osporavatelja darvinizma, primijetio je da znanost ima tendenciju „zamrzavanja“ stanja jer su time i vodeći autoriteti „zamrzli“ svoje stanje u svjetskoj znanosti.

Gоворити или писати о старости најчеšће изазива горак окус неистојности те је једино могуће постиći слободу израза ако је старост personificirana, то јест, морај говорити или писати о својој старости како је особно доživљаваš кроз своја искуства, али и свјетске медицинске чланке, медицинске књиге или дојмове литерата у beletristici. КАО лијећнику, живот ми је одредио улогу чувара здравља гледатеља и глумача на шекспирјанској позорници пуног догађаја (па и јуначкима).

Razmišljanjem o tome зашто starimo bavio sam se tijekom liječenja svakavih bolesti vrste Homo sapiens sapiens. U takvoj borbi protiv bolesti prihvatio sam начин како је у svojoj knjizi „Svjetlost u kolovozu“ izvrsno opisao William Faulkner: „Zlo (bolest) је на почетку само облик зла, но када приједе granicu постаје прво зло“. Bio сам тaj graničar nastojeći „zlo zadržati само у облику и не dopustiti njen uzlet“. Taj мој (и ваš) proletjeli dio живота можда је најбоље описао Marcel Proust u romanu „Put k Swannu“: „Klatila сата су непрестано кучала без обзира на моју prisutnost ne pitajući за мој pristanak... sve do doba kada mi je smrt почела pokazivati svoje lice“. Proust je otisao i korak dalje u metafiziku i zaljubljen u vitraje „svoje“ crkve u Combrayju otkriva da je to vrijeme (u kojima su vitraji nastali) četvrta dimenzija. Та је knjiga objavljena 1913., dakle dvije godine prije Einsteinove teorije relativnosti iz 1915. godine која дефинира четврту dimenziju као vrijeme-prostor. Ne vjerujem da Einstein nije читao Proustov „Put k Swannu“.

Svjetska zdravstvena organizacija podjelila je starosnu dob na tri dijela. Rana starost je dob između 65 i 74 godina, srednja je između 75 i 84 godine, te kasna (visoka ili duboka) od 85 godina naviše. Nedavno sam pred kućom sreto prijatelja iz mladosti, pripadnika kasne starosti, koji je susretom bio oduševljen: „Pozdrav Ivo, nismo se dugo vidjeli, ali mi je baš draga da te vidim. Nedavno sam sreto zajedničkog prijatelja, kako se ono zove...?, s tobom je sjedio u klupi u osnovnoj školi?“

Slijedi potraga i nakon pet minuta „kopača“ po imenima konstatiramo da je to jedan penzionirani zagrebački kirurg. Nakon tog otkrića nastavljamo razgovor: "August mi je rekao da je prije par dana sreto zajedničkog prijatelja s kojim si igrao nogomet i koji te pozdravlja. Kako se ono zove...?"

Opet, ali sada neuspješna pretraga po imenima i rastanak. Nakon rastanka pokušavam se sjetiti kako se zove moj prijatelj s kojim sam razgovarao.

Vrijeme. Mnogi se boje starosti ali se svi pitaju: „Je li moguće vratiti vrijeme unatrag?“ A visoko obrazovani: "Kako je moguće da ja starim a moji atomi, od kojih sam građen, ne stare?"

Iako spomenuta pitanja izgledaju toliko apstraktna da se odgovori ne mogu dobiti, literatura mi odgovara da se moja starost može objasniti, a i odgovoriti na gornja pitanja. Svakome tko se upita „tko je kriv za osobnu starost?“ prvi je krivac vrijeme, naravno ono kronološko, a ne meteoro-loško. Knjiga Stephena Hawkinga „Kratka povijest vremena“ povijest je znanja o astronomiji, fizici i vremenu. I u svojoj drugoj knjizi „Teorije svega“ Hawking ponovno raspravlja i iznosi svoj stav o smjeru kretanja vremena. Upravo od tih knjiga treba početi tražiti odgovor jer je prihvatljivijeg autoriteta od Stephena Hawkinga teško naći. Naime, razmišljaj-ja i zaključke čovjeka koji je predavao na Lukasovoj (i Newtonovoj) katedri na Cambridgeu, na kojem su predavali Newton i Dirac, treba prihvati kao sugestije vrhunskog autoriteta.

Na temelju Einsteinove teorije relativnosti Hawking zaključuje da je vrijeme isključivo individualno, to jest svatko živi u svom vremenu (vremensko-prostornoj dimenziji), a zajedničko vrijeme ne

postoji. Je li vrijeme relativno? Odgovor je potvrđan, a to je i dokazano mjeranjem vremena atomskim satovima na morskoj razini i na vrhuncima planina. Dokazano je da vrijeme na visini protječe brže od vremena na razini mora jer je na razini mora gravitacija veća. S druge strane, definicija četvrte dimenzije, koja je vrijeme i prostor, svakog od nas stavlja u zasebnu (osobnu) poziciju jer su nam i vrijeme i prostor različiti. Hawking se bavi „početkom vremena“, o kojemu ima različitih stavova jer na to pitanje kreacionisti i darvinisti gledaju drukčije, no, nakon „Velikog praska“ protok je vremena neosporan a smjer linearan, i to „prema naprijed“. No i ovdje se javlja pitanje: je li protok samo prema naprijed ili može ići i prema natrag, to jest, zašto se samo sjećamo prošlosti a ne i budućnosti?

Teorijski talijanski fizičar koji radi u Francuskoj, Carlo Rowelli, knjigom „A što ako vrijeme ne postoji“ zaključuje da prema radovima mnogih nobelovaca iz prve polovice prošlog stoljeća vrijeme ne postoji. Naime, ako je gravitacijsko polje, kao i elektromagnetsko, „zrnato“, to jest ispunjeno kvantima energije a ne kontinuirano širenje energije, tada je i vrijeme „zrnato“ i ne postoji kao linearan pojam „protoka prema naprijed“. To je i objašnje-ja zašto se iz matematičkih formula treba izbaciti „t“, to jest vrijeme. No ako vrijeme i ne postoji, pitanje zašto mi starimo nudi samo jedan odgovor: nije vrijeme to koje nosi razliku mene i mojih ranijih slika, nego isključivo „razlika“. No, postavljeno pitanje i dalje postoji ili, da ga još bolje definiram: kako je moguće da atomi od kojih sam građen ne stare, a ja starim? Doći ćemo i do toga.

Svojevremeno su mladi fizičari čestica, na čelu s Bohrom, smatrali Einsteina „izdajicom“ jer nije htio odstupiti od „postojanja materije“ (i nas) ako nas se ne promatra, recimo, kod spavanja (nismo čestica, to jest materija, nego smo val). Je li spomenuto glupost? Pokušat ću odgovoriti. Nakon što je De Broglie otkrio, promatrujući elektron, da postoji dualitet subatomske čestice: kada je gledate ona se ponaša kao čestica (materija), a kada je ne promatrati ponaša se valno (nije materija). U mojoj se životu često događalo da moji pretpostavljeni mene ne gledaju kao česticu nego kao val vrlo spore frekvencije koja je nevidljiva.

Ima takvih događaja i u ljubavi. Jesam li sam spomenuo nešto poznato i vama? Pa zar nije već William Faulkner ustvrdio „da prošlost ne postoji nego je ona jedna od dimenzija sadašnjosti“.

Plinski zakoni i građa čovjeka. Za razumijevanje starenja potrebno je definirati građu čovjeka. Gotovo 99 % ljudskog tijela građeno je od šest elemenata: kisika (voda), ugljika (organski spojevi), vodika (voda), dušika (DNK i aminokiseline), kalcija (kosti) i fosfora (DNK). U postocima tjelesne mase atoma kisika ima 65 %, ugljika 18,5 %, vodika 9,5 % i dušika 3,2 %, što znači da smo građeni od plina a ne od toliko opjevane „svemirske prašine“. U ljudskom organizmu plinovi se nalaze u različitim spojevima, otopljeni u tekućinama ili prisutni u mjeđurićima. Krajem 18. stoljeća znanstvenici su primijetili da se svi plinovi ponašaju identično kada su uvjeti identični s obzirom na temperaturu, tlak i volumen. Ali kod najmanjih promjena u ova tri parametra dolazi do složenih promjena. Te su promjene definirane Plinskim zakonima koji vrijede još i danas, ali u posebnim uvjetima. Za bolje razumijevanje ponašanja plina u ljudima značajan je, i često se citira, Henrijev zakon koji kaže: ako je temperatura konstantna, topljivost plina u tekućini je upravno proporcionalna s tlakom plina u okolini. To jest, ako je tlak plina u okolini povećan, povećana će biti i topljivost plina u tekućini. Ali i obrnuto, ako je tlak plina manji povećano će se oslobođati iz otopine kao mjeđurići. Upravo se taj fenomen događa kod izrona autonomnih ronioca kada zbog oslobođanja mjeđurića plina može nastati dekompresijska bolest (plinske embolije). Slično se događa i kod visinske bolesti, ako se planinari ili skijaši naglo uspinju prema vrhuncima, pri čemu pada atmosferski tlak. Oko 20 % onih koji se naglo uspinju ima glavobolje, mučnine i nedostatak zraka kod penjanja na 2 500 metara, a 40 % onih koji se naglo penju na 3000 metara nadmorske visine. U svojoj sam medicinskoj praksi sretao i ljudi koji su imali neizdržive glavobolje već kod uspona na visinu od 800 metara nadmorske visine. Iako se navodi da je visinska bolest posljedica pada parcijalnog tlaka kisika (PO2) i hipoksije, logično je i stvaranje plinova u krvnim žilama i tjelesnim tekućinama jer je kod uspinjanja, začudo, pO2 kisika

dugo donekle snižen, ali stabilan. Mjehurići plina (nekada i „pjenušanjem“ krv) u krvnim žilama mogu opstrukcijom, ali i stalnim oštećenjima endotela žila samostalno, ali i uz nakupljanje lipida ili trombocita na plinske mjehuriće, dovesti do vaskulitisa (autoimuna bolest krvnih žila). Danas se pretpostavlja da se ta “endotelna disfunkcija” javlja kao predstadij ateroskleroze.

Razmjena plinova se odvija i na sluznici probavnog trakta: metan i vodik uvijek prelaze iz lumena crijeva u krv, a kisik, ugljik i dušik imaju dvosmjeran smjer zavisno o koncentraciji. Na taj način, uz pluća, i crijeva sudjeluju u održavanju plinske ravnoteže u ljudi.

Genetika. Rijetki su pokušaji da se starost objasni drukčije nego genetičkim razlogom ili oštećenjima humanih stanica preko oštećenja DNK slobodnim radikalima. Je li je takvo gledanje naš bijeg od ozbiljnijeg razmišljanja ili su to i pravi razlozi starenja? Naime, osnovna je funkcija gena (koliko danas znamo) stvarati „kalupe“ za sintezu bjelančevina pa se ustalio stav da je broj gena u našem genomu identičan broju bjelančevina. Kako u organizmu postoji oko 140 000 različitih bjelančevina, lako je zaključiti da se kod definiranja genoma očekivao i takav broj gena. Takva je istina vrijedila od otkrića dvostrukе uzvojnica DNK (1953.) nobelovaca Watsona i Cricka (1962.) pa sve do definiranja genoma 2012. godine. Definiranje genoma donijelo je razočarenje: u grubim crtama, definirano je 46 000 gena, od kojih je samo 19 000 do 20 000 bilo onih koji kodiraju bjelančevine. Godine su donijele i otkrića da jedan gen može sintetizirati i više različitih bjelančevina. No to je sve bilo manje od 2 % ukupne DNK i RNK koje su imale dokazivana biološka djelovanja tako da se njihova uloga ne može definirati do kraja. Ispada da, ako genetičkim jezikom govorimo, starenje ide preko „staračkih bjelančevina“, ili ne znamo kako drukčije. Odmah se može postaviti i pitanje: postoje li te bjelančevine ili, uopće, postoje li laboratorijski znaci starosti? Ne postoje. Pregledima pacijenata tijekom desetljeća nisam upoznao „laboratorijske znakove starosti“, ali znakove bolesti mnogo puta jesam. Mnogo se isstraživalo serumske bjelančevine u ljudi i eksperimentalnih životinja, ali i tkivnih bjelančevina ekspe-

rimentalnih životinja - „starosne bjelančevine“ nisu definirane. Starost nije bolest jer bi to impliciralo i mogućnost izlječenja od starosti, starost je stanje.

Slobodni radikali. Slobodni su radikali „kemijski nestabilni“ atomi, molekule ili ioni koji u strukturi nemaju simetričan par elektrona; ako su jednoga izgubili proces nazivamo oksidacijom, a ako su jednoga (ili više) dobili proces nazivamo redukcijom. Razlogom su „lančane“ reakcije procesa oksidacije i redukcije u određenom mediju. Takvi kemijski procesi oštećuju, osim DNK, i lipide i bjelančevine u jezgrama stanica i staničnim membranama. Rezultati su takvih molekularno bioloških promjena nakupljanje oštećenih bjelančevina, lipida i nukleotida u stanicama, što dovodi do bolesti i starosti. No je li to baš tako? Nije li taj pomak elektrona spominjao Niels Bohr nazvavši ga „kretanjem kvanta“, najmanjih količina energije i na čemu se temelji kvantna mehanika. Ne događa li se ovdje rasjed molekularne biologije i fizike i tko je u pravu? Oni kojima je to normalna pojava života (fizičari) ili oni kojima je to znak bolesti i starenja (molekularni biolozi, kemičari)? Naime, ne treba zaboraviti da smo prema mnogim laureatima Nobelovih nagrada iz fizike mi, ljudi, ali i sva druga bića, samo energetska gustoća a ne materija. Svojevremeno su Stephenu Hawkingu postavili pitanje je li je moguća teleportacija? Odgovorio je da se, ako će to biti tehnički i moguće, ona neće moći izvesti jer bi došlo do velikih grešaka u ljudskoj atomskoj građi.

Moji atomi. Radioizotopnim se metodama 1957. ispitivalo kako brzo se mijenjaju atomi u ljudi. Dokazano je da se svake godine promijeni 98 % naših atoma te da nakon pet godina nema niti jednoga starog atoma (zbog sporije promjene atoma u našim kostima). I sada se dolazi do apsurda: stalno se ugrađuju novi „mladi“ atomi, a mi starimo. Logično je pitanje jesmo li mi „isti oni od prije nekoliko godina“ ili smo mi potpuno novi ljudi što bi, naravno, i jurisdiktivno, imalo neka značenja. Većina stručnjaka razmišlja o tome da je upravo kisik, toliko važan za život, razlogom starenja zbog svog učinka na stvaranje slobodnih radikala kisika koji oštećuju DNK, bjelančevine i masnoće. Atomi se mijenjaju dolaskom novih disa-

njem, ulaskom hrane i pića. U nekim se šaljivim komentarima tvrdi da bi odustajanje od kisika kod disanja sprječilo starenje.

Zaključak. Nije nam jasno niti što je život, ali niti smrt kojoj znamo prepoznati „rane“ i „kasne“ znakove, te nije niti čudno da nam nije jasno što je starost. Godine liječničkog staža pokazale su mi da nema karakterističnog laboratorijskog nalaza niti bilo kakvog drugog pokazateљa starosti osim izgleda i podatka o godinama rođenja. Iako i sam star, često skijam s potpuno zdravim priateljima (?) koji imaju više od 80 godina.

S obzirom na to da smo građeni od plina, možda bi bolje poznavanje plinskih zakona unijelo više svjetla u starenje, na koje očekujemo odgovore. Naime, svi živi organizmi prilagođeni su na atmosferski tlak svoje nadmorske visine. Oscilacijama u atmosferskom tlaku koje se stalno događaju, u organizmu se oslobađaju plinski mjehurići iz otopljenog stanja remeteći protok krv, dovodeći do stvaranja mikro i makrotromboza u krvnim žilama, a posebno djelujući na endotelne krvne stanice koje su glavni kontrolor funkcije organizma. To bi moglo biti objašnjenje za mnoge bolesti. Poznato je, naime, da nagle promjene atmosferskog tlaka dovode do moždanih udara, infarkta i drugih posljedica remećenja cirkulacije. A starenje?

Mutacije DNK nastale na bilo koji način razlog su pojavama bolesti, ali bi se teško mogle povezati sa starenjem jer bi poremećaj u DNK dovodio do stvaranja patoloških bjelančevina, stvaranja nekakve „staračke bjelančevine“ te do učestale pojave vaskulitisa i drugih autoimunih bolesti koje se u starosti javljaju češće, ali ne zbog starosti nego zbog bolesti.

Ako se isključi životno važna patetika, pitanje što uzrokuje starost glasilo bi:

- Vjerujete li više u atomske promjene plinova, kalcija i fosfora u elektromagnetsnom i gravitacijskom polju te utjecaju na starenje gubljenjem „lakih“ atoma vodika i nakupljanjem „teških“ atoma plinova kisika, ugljika, kalcija i fosfora koje nastaje tijekom godina (fizika, kemijska) ili

- u staru, Weismannovu teoriju „potrošnje stanica“ kroz genske mutacije i oštećenja slobodnim radikalima (biologija)?

Ovdje se moramo ponovno vratiti

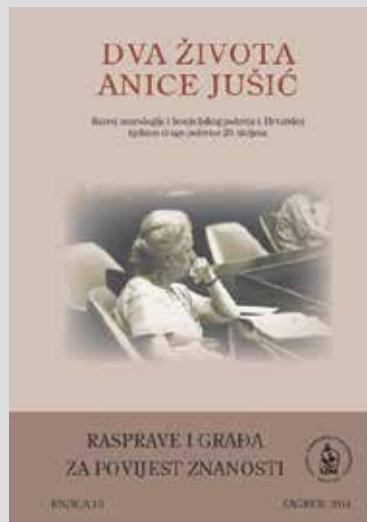
Hawkingovom odgovoru na pitanje „Ima li teleportacija budućnost?“. Već sam prije spomenuo njegov odgovor „da je biološki nezamisliva jer bi došlo do teških promjena u atomskoj strukturi čovjeka“. Nije li, u načelu, starenje teleportacija kroz vrijeme i prostor? Ako bi teleportaciju definirali kao dezintegraciju organizma do atoma te njegovu potpunu reintegraciju u drugom prostoru i vremenu, tada se to kod nas i događa. Kako u godini dana promijenimo sve atome, mislim da bi starenje mogli nazvati teleportacijom (u drugo vrijeme i prostor). No, to je stalno prisutan događaj u kojem se događaju promjene u atomskoj građi pa bi nazvati starost nekakvom „kroničnom teleportacijom“ bilo prilično. Valja se prisjetiti tvrdnje Nielsa Bohra (Nobelova nagrada za fiziku) da je gubljenje jednog elektrona iz atomske strukture jednog atoma i njegov ulazak u strukturu drugog atoma proces koji nazivamo oksidacija ali, što je itekako važno, gubitak jednog kvanta energije. Znači da se osim oksidacije događa i gubitak energije.

Prolog. A 75. rođendan? Sjedim na terasi kuće na drvenom stolcu upitne sigurnosti, a u ruci mi je čaša aperitiva. Sam, u iščekivanju svečanog ručka. Očekujemo iznimno cijenjenoga gosta tako da je moja supruga Vanja posebno angažirana. Dan je prekrasan, listopadno je sunce još uvijek toplo, a svjetlo difuzno ali bijelo. Puše topao i jak jugozapadni vjetar noseći oblake otpalog i suhog lišća koje pada po meni ali i u čašu. Mnogo sitnog sjemenja leti po zraku tražeći novu priliku za život, a ptice pjevaju još uvijek uzbudjujuće jako. No ta je ljepota metafora promjena „u novo lišće i nove ljudi koji dolaze“ (Homer). Nikako se ne mogu složiti s depresijom „Mita o Sizifu“ A. Camusa koji bi, da je doživio moju dob, možda učinio i suicid. Djeca i unuka su u svojim sobama ustršeni prijetećom infekcijom. Taoci.

Najednom se pojavljuje supruga i zove: „Ivo, dođi na ručak, gospodin COVID nije potvrdio svoj dolazak na ručak“. Još jedan rođendan bez darova. Jeste li čitali Camusov roman „Kuga“ napisan 1947. godine? Upravo sve to proživiljavamo danas.

ivo.rotkovic@yahoo.com

Prof. dr. Anica Jušić (1926. – 2021.)



Koncem prošle godine, 5. prosinca, tiho je u svom domu u Gundulićevoj ulici zauvijek zaspala u 96. godini života istaknuta hrvatska neurologinja i jedna od najstarijih još uvijek aktivnih intelektualka, Anica Jušić. Ta rođena Zagrepčanka neobična je osoba – imala je dva života! U „prvom“ životu pasionirano se bavila elektromioneurografijom i osnovala Zavod za neuromuskularne bolesti u KBC-u u Zagreb. „Drugi život“, nakon umirovljenja 1991. godine, nije bio nimalo umirovljenički, nego vrlo dinamičan i gotovo ratoboran. Posvetila ga je osnivanju palijativne skrbi u Hrvatskoj i 1994. osnivanju Hrvatskog društva za hospicij/palijativnu skrb HLZ-a. Tu njenu ustrajnu borbu možemo pratiti listajući i ove novine posljednjih dvadesetak godina.

Trebalо bi mnogo prostora da već samo taksativno nabrojimo sve što je Anica stvorila za svoga dugoga života, no to uopće i nije potrebno jer ga je dokumentirano opisala u svojoj omašnoj autobiografiji „Dva života Anice Jušić“. Objavila ju je HAZU pod uredništvom akademika Marka Pećine i tadašnje članice našeg uredništva, povjesničarke medicine prof. dr. Stelle Fatović Ferenčić. Stoga radije posvetimo nekoliko redaka njenom privatnom životu, kojega gotovo da i nije bilo. Kao njezin vršnjak (starija je od mene samo mjesec dana) dobro se sjećam kako je ta lijepa studentica, koja se 1945. upisala na zagrebački MEF, već tada odlučila da će se odreći obiteljskog života i sva se posvetiti medicini. Samo se naoko uklapala u studentski život, jer je shvaćala ono što rijetko tko prihvata: pravi znanstvenik mora se odreći „normalnog“ načina života. Nismo lako prihvaćali njenu profesorsku strogost niti slijedili odricanje od uobičajenih dnevnih radosti – njezina radost bila je stvaralaštvo.

Niti u devedesetima nije se odrekla svoje elektromioneurologije makar joj se – ironijom sudbine – urušio živčani i skeletni sustav tako da je na ulici nekoliko puta teško stradala. Bila je do kraja lucidna, intelektualno poletna i vezana uz svoj laptop, šaljući nam svoje dopise. Zahvalni smo joj što je bila suradnica našeg časopisa te nesebično i požrtvovno obogatila hrvatsku medicinu i hrvatsko zdravstvo.

Prof. dr. Željko Poljak

(Ovo je četvrta lijećnička priča koja ulazi u konkurenciju za izbor najbolje Lijećničke kratke priče Lijećničkih novina)

Pismo potencijalnog samoubojice

Predvečerje ulazi u blagu noć. Ljeto je u punom mirisu i okusu. Danas poslije podne bjesnila je ljetna oluja, kiša se spustila na vrt koji proviruje kroz otvoreni prozor uza stol za kojim sjedim. Unosi svježinu i miris okupanog cvijeća. Da, sve je čisto i nevino. Ispred mene papir i olovka. Nikada nisam prihvatio ono tipkanje na računalima. Pisača mašina još dolazi u obzir, smiruje me dosadni zvuk lupkanja po slovima, ali računalo ne ... pretiho je i presavršeno.

Pa, zar čovjeku nije suđeno da grijesi? Ipak najviše volim šuškanje papira, moje i samo moje znakove i brljanje, uostalom. Da, na stolu je i pepeljara, cigarete, neko bijelo vino iz Konzuma. I tablete za spavanje, dovoljna količina.

Bio sam hedonist... a sada mi je sve jedno što pijem. Svrha je zaborav, a ne užitak.

Zašto ovo pišem? Dosta mi je svega, ali idem od nekog j..og početka, jer imam vremena, kaj ne?

Rođen kao sin jedinac u glavnom gradu, mažen i pažen, bio sam određen za lijep i lagodan život. Otac je bio glava doma, uzoran činovnik, i prikriveni despot u kućnom ogrtaču. Sve je bilo podređeno ocu, čim bi zakoračio u predsjoblje elegantnog stana u finom dijelu grada. Građanski stan s previsokim stropovima, duplim prozorima, i bez mogućnosti za neku ludu igru ili dovođenje društva. Igralo se vani, na ulici ili po parkovima, ali doma ne. *Dom je utočište uzora, mira i čistoće. U to ime živili!* - govorio je nakon svakog svečanog ručka u svrhu bilo čega. Nazdravljao je „gemištima“, uvijek ozbiljna lica, dižući se na noge, uvijek u sivom odijelu s pase kravatom da počesto održi zdravicu. Takvih zdravica je uvijek bilo prilično, a nazdravljalio se svemu i svačemu, a s posebnim žarom *našoj dragoj i napačenoj zemlji Hrvatskoj*. U boljim prilikama znao je i zapjevati „*U boj, u boj, za narod svoj*“, ali glas bi ga izdao, i znali smo da slijedi žalopojka kako je njemu teško, i teško i naporno u životu. U njegovoj sjeni rastao sam ja kao zaštićeni „On“, kao sin nasljednik i jedinac. Tako je rastao i razvijao se i moj malešni ego. Ali bili smo svi uporni i ego je rastao i rastao do neslućenih razmjera. Objavom da idem za doktora, moj status u familiji je bio neupitan i zaštićen, gotovo jednake snage i veličine kao očev.

Zašto je to bitno? Zato jer iza svega stoji lik mojejadne majke. Ona nije bila svjesna naših zahtjevnosti, bila je tiha, mirna, plavih brižnih očiju. Da, ponekad joj nije bilo puno toga pravo, ali, Bože moj, pa šutilo se, kaj ne? Bila je poznata modistica. To je fino ime za švelju, ali doduše švelju za one dubljeg džepa, one koji su šivali po mjeri. U svojoj blagosti bila je neprimjetna, uvijek zaposlena, uvijek nasmišljena. Oca je slušala, podržavala i služila... Otac je bio središte njenog malog svemira, kojega je, kada je bilo vremena dijelila i sa sinom. Vrijeme je provodila u šivanju, nabavci, kuhanjem, spremanju i peglanju. Otac je u nalaženju pogrešaka bio pravi majstor i nije bio blag. Ako jelo nije bilo po ukusu, završilo bi u smeću, i to bez razlike i ono što je bilo dobro i ono što nije bilo po njegovu ukusu.

Ako je košulja kojim slučajem imala neki mali, pa i običnom oku neprimjetni nabor, sve košulje koje bi mu bile pod rukama zgužvao bi i majka bi sve morala ispočetka. Nakon svečanih ručaka, stan bi se kompletno spremao, jer samo onda gosti nisu po parketu hodali s krpama za zaštitu podova.

Sve je prljavo, zmazano ... ja ću malo prileći, a ti to pospremi - govorio bi pospanim glasom dok je razvezivao kravatu. I moja majka je spremala, šila i služila...

I šutjela je, jedino bi ponekad svoj jad iskazala jedva vidljivim stezanjem usnica. Javno iskazivanje neugode bilo koje vrste bilo je strogo zabranjeno. Ipak, naša mala zajednica morala je biti savršena.

Sva neugoda moje majke na kraju je opet pogodila nju - patnicu. Razboljela se. Imala je tumor na želucu, koji je vjerojatno godinama „uzgajala“ tim stisnutim osjećajima i usnicama. Ipak prošarana metastazama blagim pokretima i dalje je uz bolni grč, služila oca. Sve do prerane smrti.

Savršenstvo, bez obzira na cijenu.

Jednom prigodom dok sam bio mali, u početku mog školovanja, došao sam plačući doma. Kako je to bilo neuobičajeno, moraloo se pričekati oca, i na raport!

Što se dogodilo? Jel' te netko tukao? Tko i zašto? Reci odmah! - prijećim glasom otac je tražio odgovor.

Zamuckujući, odgovorio sam - „Ne svida im se moje ime“. Moje ime je bilo isto kao i ime ustaškog poglavnika, a u postkomunističkom vremenu, nije bilo omiljeno.

Otac me bijesno pogledao, poslao na spavanje bez večere i majci zabranio da me do daljnoga šalje u školu. Te noći oka nisam stisnuo. Nisam shvaćao svoju krivnju, a iz salona su se dugo u noć čuli tihu, ali ipak dovoljno jasni zvuci odlučnog razgovora moga oca i prijatelja fiškala.

Slijedeći dan ostao sam doma, gledajući majku kako uzdiše i krado-mice briše suze iz plačnih očiju.

Ono što će se dogoditi nitko nije nagovijestao - proveo sam još jednu tešku noć, zamišljajući svoju jadnu budućnost.

Obuci ga uredno, pa idemo! - zapovjedio je otac majci u rano jutro slijedećeg dana.

Krenuli smo u tišini, a ja se nisam usudio niti disati. Zamišljao sam svoju sudbinu i tada sam odlučio, da nikada više neću pokušavati tražiti bilo kakvu pomoć, mogu sve što se događa prešutjeti, mogu pobjeći, mogu promijeniti...

Toga dana službeno u Općini dobio sam drugo ime. Tako je stvari rješavao moj otac, a majka i ja smo slušali. Od toga dana, svi problemi u školi, a bilo ih je, rješavao sam ponekad šakama, pone-

kad večernjim plačem u sigurnosti moje sobe, a ponekad sam od problema bježao i to je postao obrazac moga ponašanja.

Nalijevam drugu čašu vina... a nebo je sve tamnije, obuzima me tama iznutra i izvana.

Nakon dječaštva, nakon mladosti, neiživljen i premlad ulazim u brak. Studentski, neopterećeni život, zamjenjuje velika ljubav u troje - dobili smo dijete. Nitko nije bio baš presretan, pa ni mi, ali bilo je i lijepih opuštajućih trenutaka. Završio sam fakultet, preselio u provinciju. Nisam bio sretan. Htio sam još i još, moj ego je tražio više. Hranio sam ga „boljim životom“, finim stvarima, dobrom hranom, probranim vinima i usputnim vezama. Selio sam iz malog stana u veći, pa u još veći, pa mijenjao aute... živio sam život punim plućima. Odlazio od kuće i vraćao se pokunjen. Sve do jednog dana kada sam otišao s predumišljajem. Pobjegao s osnovnim stvarima, ne baš pristojno i plemenito. Žena je bila u bolnici na operaciji, ali nisam htio ni trenutka više čekati zamišljenu slobodu. Onda sam malo otkrivaov nove krajolike, nove ljudi i završio u drugom braku. Novi izazovi, nova žena, nova kuća, nova djeca. I sin! Neko vrijeme sam bio ispušten, svi su me trebali, imao sam sve što sam poželio i pomislio da je to moj vrhunac, ali...

Moja znatno mlađa žena je bila teško bolesna, a kako je to neko vrijeme tajila, kako je vrijeme prolazilo shvaćao sam da joj nema spasa. Agonija je trajala, a ja sam dao sve od sebe da nam svima olakšam. Prao sam, puglao, kuhao, radio, i na kraju dana očajan i umoran zaspao nemirnim i košmarnim snom. *Dolazi li mi sve na naplatu?* često sam razmišljao. Nisam nalazio odgovora, zapu-

stio sam se, i fizički i psihički, prijatelji su me zaobilazili, obitelj se raspadala, novaca je nestajalo.

Umrla je u teškim mukama, nesvesna svega oko sebe, pa čak i mene i moje brige.

Djeca su odrasla, a baš i nisam bio neki roditelj. Djeca su briga, a ja sam brige odbacivao od sebe.

I dalje sam radio, premda mi je san bio da u zasluzenoj mirovini spavam, pišem i uživam. Trebalо je platiti režije, hranu, neke stare kredite, neku imitaciju lagodnog života, cigarete nezaposlenoj drugoj djeci... A kada bi se malo odmorio, kuhanje, spremanje, pranje. Peglanje sam napustio davnih dana kao uzaludnu, napornu radnju bez perspektive. Većinom smo nosili stvari koje se ne peglaju. Ukratko raspad nekoć dobrog sistema.

Trebao sam razgovor, nekoga s kime će podijeliti sve starije dane. Ali živim sam sa sinom. Sin živi svoj život, koji s mojim i nema nekih dodirnih točaka, osim mojih usluga. Kći se odselila. Ponekad, rijetko, nazove. U najdubljem očaju čitam pjesme koje ponekad pišem ženi koja sprema stan jednom tjedno. Imam dojam da ponekad razumije ono što čitam, a ponekad i ne, ali nije mi važno. Ipak s nekim razgovaram.

Najteže mi je ovako predvečer, *u smiraj života*, znam reći i vrtim razne scenarije moje budućnosti. Često plačem, pijem sve što mi dođe pod ruku, osjećam mučninu koja me guši. Pogledom tražim tablete za spavanje. Da, ozbiljno razmišljam sve ovo prekinuti i pobjeti - opet. Nisam neki vjernik kojega bi sputavalo otići svojom željom,

premda sam u poslijednje vrijeme često u crkvi, ali ne da se ozbiljno molim, već da zamišljeno razgovaram sa svećenikom. Kako mi nedostaju ljudi. Sam sam...

I ovo je moje zbogom.

Epilog

Šest mjeseci kasnije, selo u Slavoniji, opet je predvečerje, hladnoća se uvlači u kosti, a on sjedi uz mali drveni prozor, i samotno gleda u daljinu. Do njega dopiru zvuci sela, kokoši tiho kokodaču, žabe krekeću, a dvoje ljudi čupaju sagnuti korov između ravnih gredica povrtnjaka i tiho, nerazumljivo razgovaraju. U daljinji grakču vrane najavljujući skoru zimu. Ponekada sve zvuke zagluši prolazak teških kamiona s obližnje lokalne ceste.

Nije dovršio svoj život. Nakon teškog pijanstva prije otprilike šest dugih mjeseci, probudio se u zagušljivoj i praznoj sobi s pogledom na vrt. U glavi mu je pulsiralo, osjećao je tešku mučninu i bol, bol u predjelu srca. I odlučio. Doći će do promjene. Okrenuo je jedan telefonski broj, spremio u jednu sportsku torbu dvije tri majice i jedne hlače. Sjeo u stari auto i ponovo riješio probleme, na sebi svojstven način. Sada je kod žene koja je dolazila jednom tjedno spremati njegov otmjeni stan u centru grada. Ona i njen muž, kojega zove prijateljem, žive na selu u skromnoj, ali čistoj kući. I nije sam. „Druga“ djeca se još uvjek nisu javila, ne zove niti on njih, čeka da se problemi riješe sami od sebe, kao i inače. Nije to baš dobro, a ni plemenito, i izaziva onaj podmukli bol u predjelu srca, ali koga briga. Danas je ovako, a sutra... tko zna.

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: ljecnickapraca@hlk.hr s naznakom "Natječaj za Liječničku kratku priču".



CARSTVO ČUDA JAPAN

**Japanski hramovi,
negrandiozne i
ljupke oaze mira
savršeno sljubljeni s
prirodom, u pravilu
su lako dostupni
posjetiteljima i tek su
na korak od hektičnih
megogradova**

U Japanu smo moja kći Iva i ja proveli tjedan dana one davne godine koja je prethodila pandemiji. Ah, kakva su to vremena bila!!!

Da odmah riješimo stvar koja vas sigurno najviše zanima. Što je s tim svemirskim zahodima? Svi ste čuli i vidjeli wc školjke koje imaju više lampica od Airbusovog kokpita. Ima i toga, ali uobičajeni klasični wc puno je jednostavniji i ništa komplikiraniji od volana formule 1. Čak je pomalo nalik našem zahodu, samo s grijanom daskom i tušem koji šprica odozdo s mogućnostima regulacije temperature vode, podešavanjem smjera, jačine mlaza i raspršenosti. I fenom za sušenje. I

radio prijemnikom. Uz malo sreće osoba osrednjih intelektualnih sposobnosti, s južnoeuropskim nasleđem i tradicijom, lagano pod utjecajem jet-laga, može ovladati japanskim zahodom za nekih petnaestak minuta. Provjereno. Iznad kotlića je slavina, pa voda kojom pereš ruke puni kotlić. WC-a ima posvuda. Čistoća je absolutna.

Kad smo kod sanitarija, u svim našim hotelima, bez obzira na vrstu i broj zvjezdica, čekala nas je litrena boca tekućeg sapuna, šampona i regeneratora vrhunske kvalitete. Regenerator ne znam što je ni za što služi, šampona mi treba kap do dvije, ali sapun ponekad koristim. Nakon pranja tim japanskim sapunima imao sam osjećaj da su me Makedonske djevojke kistovima od vjeveričje dlake premazale ekstraktom ljudskica ribe plašice. (Vjerujem da ste u opisu prepoznali postupak proizvodnje Ohridskih bisera). Ja nisam kvalificiran da govorim o kozmetici, ali i autsajderu poput mene jasno je da je ona u Japanu važnija od života. Otrlike kao nogomet u Brazilu ili berba u Zagorju. Kozmetika nije skupa i nema brendova, a kvaliteta je svih preparata jednostavno savršena. Mladolikost i savršen ten imperativ je ženske i muške ljepote i na to su fokusirani i proizvodi. Uspješno, moram spomenuti jer je većini Japanki teško odrediti dob. Nemaju bora na vratovima, tek eventualno na laktovima.

Kad smo već kod japanskih oopsesija, da riješimo i drugu. Igrice. Video igre, igre virtualne stvarnosti i pachinko. To je poseban doživljaj i kada ste u Japanu svakako morate obići te igraonice. Mene osobno najviše se dojmio pachinko. To zapravo nije igra, već način kockanja. U Japanu su igre na sreću zabranjene, ali mi znamo da se kockanje ne može zaustaviti jer je to ovisnost jača od alkohola i pušenja, tek malo slabija od ovisnosti o političkoj moći. Dakle, pachinko je automat koji liči našem fliperu, ali je kuglica puno više i manje su. Te kuglice ispadaju iz automata te služe kao valuta. Ne može ih se odmah unovčiti, ali za njih se dobivaju vaučeri koji se mogu zamijeniti za novac na kioscima izvan igraonice. Čak i najnaivnijima odmah je jasno da je to očigledno i neprikriveno izvrđavanje zabrane. Inače, pachinko aparati su već gotovo 100 godina prisutni u Japanu, još uvijek su većinom mehanički iako se danas nađe i digitalnih. Ulazom u pachinko igraonice ulazi se u svijet neopisivih svjetlosnih podražaja i preglasne glazbe koju nadglasava samo zvon kuglica koje se odbijaju, udaraju, vrte i padaju u razne rupe, otvore i prolaze. U nepreglednim redovima sjede igrači koje obilaze poslužitelji s kantama punim kuglica. Koliki je promet pachinko industrije? Pa recimo ovako: sve kockarnice Las Vegasa, Singapura i Macaoa zajedno ne vrte love kao pachinko.

No, okrenimo se mi onome što je nama bio cilj u Japanu. Priroda i društvo. Parkovi, parkovi, parkovi... Zatim hramovi, hramovi... pa pokoji dvorac.

Parkovi: savršeni. Nemam za dodati ni riječi ni slova. Isplanirani, odnjegovan i održavani do zadnjeg detalja. I preko toga jer da na cesti nema papirića to prihvaćam, ali da u parku nema otpalog listića, to je jednostavno pretjerano. Među parkovima, kojih ima svuda i posvuda, izdvojio bih Arashiyamu. Šumu bambusa koju bi bilo šteta ne posjetiti.

Hramovi: Ne možete posjetiti sve, pa čak ni sve posebne i preporučene. Napravite prije puta neki plan! Fushimi – Inari. Hram tisuću tori vrata. Tori vrata izgledaju kao loše sklepani gol. Četiri stupa, dva okomita, dva poprečna odozgo. Na svetom brdu Inari postavljeno ih je doslovno tisuću. Spomenut ću još neke hramove, sve u okolini Kyoto: Kiyomizu s najljepšim pogledom na grad. Kinkaku ili Zlatni hram, po meni najljepši hram koji smo posjetili, a tu je i Ryoan-ji hram u čijem je dvorištu famozni zen vrt u kojem je 15 misterioznih kamenja/stijena okruženih pograbljanim kamenčićima koji zajedno čine savršenstvo zena i u svim su udžbenicima kao jedan od duhovnih simbola Japana. I još dva posebna: Ginkaku-ji i Kyomizu –dera.

Japanci su šintoisti ili budisti, ili i jedno i drugo. Većini Japanaca božanstvo je priroda. Kako razlikovati hramove? Lako. Budistički posvuda po sebi imaju kukaste križeve. Šintoistički na ulazu imaju već spomenuta tori vrata. Posjet važnijim budističkim hramovima ponekad se naplaćuje. Šintoističkim gotovo nikada. Zna se kome su posvećeni budistički hramovi, a šintoistički su posvećeni prirodi i/ili njenim bićima. Lisici, zecu, mrkvi...

U Japanu sve je regulirano i određeno pa tako i ponašanje u hramovima. Postupak je sljedeći. Prije pristupa svetištu pomoću lončića na dugačkom štapu opereš ruke vodom koju obično riga neki zmajček. Prvo desnom rukom poliješ lijevu, onda lijevom izligeš po desnoj, onda isperesi usta, pa još jednom preligeš preko štapa po obim šakama. Nakon toga pristupiš samom svetištu, gdje prvo povučeš konop na kojem je zvono. Dakle pozvonиш, pa kroz rešetku ubaciš novčić, pa se pokloniš sklopiljenim rukama, pa zahvališ ili se pomoliš, pa se opet nakloniš i opet pozvonиш. To je to.



Gospodiča kaže da kimono odjeva jednom na mjesec, ponekad češće. Žene tradicionalnu odjeću nose češće od muškaraca. Uglavnom prilikom posjeta hramovima. Rekao sam joj da bi ga trebala nositi svaki dan. Vjerujem da bi ste se složili sa mnom

Molitve možeš ostaviti i na papiriću ili na pločici. Molitve se ispisuju japanskim simbolima, a za one slabije pismene postoje i šalabahter s uputama. U uputama stoje obrasci molitava. Prva je po redu (pretpostavljam da su složene po važnosti) molitva za sigurnost obitelji, zatim za uspjeh na poslu, zatim sreću kompanije, pa sigurnost kompanije, a onda za tvoje zdravlje.

Kad ih već spomenusmo, poslodavci, kompanije i posao definitivno su iznimno važni svakom Japancu. Sigurno ste čuli prave legende o njihovom prekovremenom radu, odanosti firmi i nekoristenju godišnjih odmora. I to stoji, iako vjerojatno ne u tolikoj mjeri koliko smo mi skloni pretpostaviti. Japanci su definitivno marljivi, disciplinirani i strpljivi narod. Što od toga im nije usisano mlijekom, to im bude utjerano u školi. No radne navike i disciplina su jedno, a oda-

nost nešto sasvim drugo. Ona ne proizlazi iz njihove naravi već iz odnosa kompanije prema njima. Dobro ste pročitali, ne radi se o odnosu radnika prema poslodavcu, već o odnosu poslodavca prema radniku. Odnos radnika prema firmi samo je odgovor na to. Naime, japanske kompanije u vrijeme krize ne otpuštaju radnike. Zarada nije jedini i isključiv smisao postojanja poduzeća. Sve kompanije promišljaju i djeluju prvenstveno u smjeru dugoročnog održivog poslovanja. Radnicima se gotovo jamči doživotno zaposlenje. Nije tada neočekivano da odgovor radnika na takav odnos bude fanatična odanost firmi. Također su dugoročni i odnosi s dobavljačima i bankama. Ne mijenjaju se prema trenutačnim cijenama i kamataima. Dugovanja ili neplaćanja nepoznati su pojmovi. I još nešto. Odnos kompanije prema državnim

>>



Prilično uvjerljivi 3D isprinti u izložima restorana prilično olakšavaju naračivanje. Usput da spomenemo po današnjem tečaju ova javeća porcija košta 180 kuna

birokratima pun je poštovanja. Bez obzira zaslužuju li oni to ili ne.

Da završim i s pravilima ponašanja. Ima ih puno i ne trebate ih znati, kao stranca neće vas upozoravati. Ipak da spomenem dvije stvari. Prvo, hranjenje u javnim prometlima odraz je potpune nekulture i tolerira se, i to jedva, samo Amerima. Primijetite li da vas mila bakica koja sjedi preko puta u metrou i koja vam je do maloprije pokazivala slike svojih čukununka iznenada strijelja užarenim pogledom i kopa po torbi tražeći katanu, to je stoga što ste iz ruksaka izvadili sendvič. Drugo - otkrivanje tetovaža dokaz je krajnjeg primitivizma. Nisu tetovaže neprihvatljive, dapače, ali se ne smiju vidjeti u javnosti. Ekvivalent tome bilo bi da recimo prošećete Rivom u Dinamovom dresu. Dobro, malo sam pretjerao. Da prošećete Teheranom u bikiniju.

Što posjetiti u Japanu? Osaka? Kyoto? Tokio? Pa da, tim redom. Najveće su zanimljivosti i najljepše stvari u Japanu zapravo u pravokutnom trokutu: Osaka - Kyoto - Nara. Dodate li i nedaleki Kobe, mislim da ste pokrili najzanimljiviji dio središnjeg otoka.

Osaka je trgovački grad. Najveća i najvažnija luka. Povjesna vrata Japana. Prema tome, najpoznatije stvari u Osaki vezane su uz trgovinu. Ovdje je najveća (najduža) natkrivena galerija na svijetu, s dućanima na obje strane. Osaka je živ grad, izvrsne hrane, jeftiniji od ostatka Japana, posebno od Tokija. Dakle, grad za kupovinu, provod i klopu, što nisu bili naši prvenstveni interesi. Ivi i meni bila je u Osaki jedino stvarno zanimljiva njena tvrđava. Vezana je uz najvažnije i vjerojatno najuspješnije razdoblje japanske povijesti. Period poznat kao - Edo.

Oko Osake, udaljeni oko 40 kilometara nalaze se Kobe, Nara i Kyoto. Kobe je na zapadu, nismo išli do njega. Kažu da je centar, tj. luka, jako lijepa, a za bifteke po kojima se proslavio nisam shvatio gdje to te krave pasu i gdje ih masiraju jer trave i pašnjaka tamo nema. Na istoku je Nara. Grad koji je neko vrijeme bio i prijestolnica. Krcat je hramovima i bogat poviješću, ali kad po gradu slobodno šeću srne koje ne zaziru od ljudi, recite mi po čemu će taj grad biti poznat?

Kyoto je esencija Japana. Imperijalna prijestolnica s tradicijom od tisuću godina. Tradicionalan, opušten, čak krajnje ležeran, a uz to i vrlo lijep grad u čijoj se okolici nalaze najveće znamenitosti, najljepši parkovi i najljupkiji hramovi Japana. Uz njih, glavna je znamenitost Kyota carski dvorac Nijo. Poseban je i nekako umah čovjeka učini nirvana zadovoljnim.

Tradicionalna odjeća u Kyotu, posebno u dijelu grada zvanom Gion s kabuki kazalištima i školama za gejše, nije ništa neobično. Djevojaka i žena obučenih u kimona ima puno i rado su se fotografirale s naočitim zapadnjakom markantne čele.

Kao carska prijestolnica i povijesno najvažniji japanski grad, Kyoto se zbratimio sa čuvenim svjetskim kulturnim središtima i metropolama. Parizom, Bostonom, Firencem, Pragom i Zagrebom.

Moj vam je savjet da većinu boravka provedete u Kyotu i njegovoj okolini, a da za Tokio odvojite bitno manje vremena. Tisuće su vodiča i savjeta napisani o Tokiju i iz njih čete lako izabrati što obići u tom gradu, od hrama Asakusa Sensoji do ludoga pješačkog prijelaza u Shimburi. Stoga samo jedan savjet, koji se rijetko nalazi u turističkim vodičima. Otiđite

do gradske vijećnice i popnite se na njen vidikovac. Otvoren je (i besplatan), s raspoloženim volonterima koji vam veselo objašnjavaju gdje što i kako obići u gradu. Meni je baš legao i kvart i pogled s vrha vijećnice. O Tokiju samo toliko.

/ SMJEŠTAJ /

Trudili smo isprobati razne mogućnosti i meni osobno sve su bile sasvim OK. U Osaki smo rezervirali poslovni hotel. Zapravo nikakve velike razlike od europskih. Cijena 50 €ura po sobi s doručkom.

U Kyotu smo isprobali ryokan, tj. tradicionalni japanski hotel. Trska na podu, papir na prozoru, tatami prostirka kao ležaj. Ivi i meni se jako svidjelo. Stvarno ugodno. Cijena ista, ali bez doručka. Usput, dojma sam da smo mogli proći jeftinije da smo hotele rezervirali direktno, a ne preko bookinga.

U Tokiju smo fore radi uzeli smještaj u sobi/krevetu/ormaru/ladici. Nazovite to kako želite. Priča za sebe. S obzirom na to da dobar dio japanskih poslovnih ljudi ne stiže kući navečer u svoje satelitske gradove, bolje im je prespavati u jednostavnom smještaju u centru. Za njih su smisljeni hoteli ladičari. Na ulazu u hotel se skidaju cipele (kao i u većini drugih hotela, ryokana, pansiona i hostela), na recepciji platiš, dobiješ ključ ormara i torbicu s ručnicima, četkom za kosu, britvicom, kremom, pastom, keficom za zube i pidžamom. I brojem svoje ladice/sobe. Ona može biti s televizorom ili bez njega, a ima i budilicu, policu, utičnice, svjetlo i ventilaciju. Sve to u dva m², tj. 2 m³. Naime ladica je dimenzija 1 x 1 x 2, tj. širine 1 m, visine 1 m i dužine 2 m. Zapravo mislim da je visina bila manja od metra. Preko ulaza se povlači rolo zavjesa. Sve zapravo izgleda kao spavaći vagon američkih vlakova, samo su ladice s obje strane hodnika. Katovi su spolno segregirani. Meni se jako svidjelo, spavao sam odlično. Iva kaže da su cure previše brbljale. Ujutro poslovnjac i peglaju hlače, četkaju odijela. Klijentela je uglavnom domaća, ali našlo se i turista. Tuševi su zajednički i savršeni. Kad toliko hvalim njihove sanitarije, samo da objasnim da pod savršen mislim da kad zatvoriš vodu iz tuša više ne kapne niti kap. Voda je odmah prave temperature i ne mijenja se ni mlaz niti toplina. U kadi ili tušu nemoguće je naići na prljavštinu ili, nedajbože, nečiju dlaku.

/ PRIJEVOZ /

Lokalni prijevoz vlakovima, busevima, podzemnom pa i taksijem uglavnom nije bio skup. Primjera radi, neograničena vožnja tri dana po Kyotu, Osaki i Nari, uključujući lokalne buseve, vlakove i podzemnu u gradovima i između njih, dođe 110 kuna. Poseban popust za strane turiste. Promet nije jednostavan za snalaženje, ali nije ni previše komplikiran. Meni je teže pogoditi izlaz iz Rijeke nego iz Kyota. Uostalom, u javnom prijevozu bude poneki natpis i na engleskom. Pripazite samo da se ne izgubite u prijevodu. Ako uz vas nije Scarlet J. Najveća je nevolja javnog transporta što u svakoj regiji postoje barem tri različite željezničke kompanije koje nemaju zajedničku kartu. Npr. u Tokiju kupite kartu za jednu vožnju. To košta 15 kuna (za 24 sata 23 kune) i vozite se po 10 linija podzemne, ali u Tokiju postoji 14 linija podzemne. Za četiri morate kupiti drugu kartu jer pripadaju drugoj kompaniji. Drugi primjer: vlakovi Japanskih željeznica su odvojeni od drugih (regionalnih) linija. I stanice im najčešće nisu zajedničke već su udaljene. Planirate li posjetiti više gradova u Japanu, otići na sjever na Hokkaido ili na jug do Hiroshime, svakako se isplati uzeti sedmodnevnu kartu za JR. Ona uključuje i Shinkansen i mogu je kupiti samo stranci, i to prije dolaska u Japan. Košta 220 eura, a vrijedi samo za JR vlakove, ne i za ostale. Inače, o Japanskim željeznicama i njihovoj perjanici, superbrzom Shinkanzenu, o njegovoj točnosti i brzini, pričaju se priče koje više zvuče kao legende, pa smo se moralni i osobno uvjeriti. Sve o Shinkanzenu, koji zovu "vlak metak", lako ćete sve naći na webu - ipak ukratko! Vozili smo se 364 km od Kyota do Tokija 2 sata i 17 minuta. U tišini koja tjerja na san i s preobiljem prostora za noge. Mi nismo uzimali tjednu kartu pa je naša karta za Shinkansen od Kyota do Tokija sa stajanjem u Nagoyi i Yokohami došla 113 eura. Vlak može voziti do 320 na sat, ali to nije fascinantno, ono što oduševljjava je točnost i broj vlakova. Točnost je u sekundama. (Nedavno su objavili dugačko pismo isprike putnicima jer im je jedan vlak uranio 20 sekundi). Dnevno prometuje 138 vlakova u jednom smjeru.

Usporedbe radi, najčešća linija ZET-ovog busa je broj 120 Črnomerec-Gajnice, koji radnim danom odveze 33 puta udaljenost od 5,2 km. Točnost je tolika da bi direktor ZET-a po japanskim standardima svaki dan do podne tripit izvršio obrednu seppuku (hara-kiri), a dvije glasnogovornikove tajnice bez prestanka bi pisale isprike za medije. Ne zbog ranijih dolazaka.

Epske gužve u prometu? Gurači u metrou? Siguran sam da postoje, ali nismo ih doživjeli. Većinu vožnji u metroima Osake, Kyota (tu smo uglavnom koristili bus) i Tokija sam prosjedio.

/ HRANA I PIĆE /

Hrana je zdrava, ukusna i izbor je ogroman. Sushi restorana se nade, ali nema ih koliko bismo očekivali. Zato su posvuda druge vrste hrane. Ramen - juha s rezancima i komadima mesa, povrća i jaja. Tempura - prženo povrće ili riba. Okonomiyaki, Udon, Soba, Onigiri... pa sve vrste tjestenina, knedli i slastica... Sve smo to probali i nismo naišli na loše. Jedino se Ivu nisu dojmili kolači od riže sa zelenim čajem. Hrana vas može koštati od najskromnijih ramena u samoposluživanju po 20 kuna do solidnih restorana po 150 kuna. Sasvim dobar, ukusan i količinski obilan obrok može se pojesti za 70 kuna po osobi. Mi smo eksperimentirali, jeli sve i svašta u raznim restoranima i uglavnom plaćali između 50 i 100

kuna. Najsukuplji obrok platili smo 120 kuna. Čaj i voda su besplatni. Pivo i sake 30 do 50 kuna. Postupak u restoranu je fantastično jednostavan. Ispred restorana je hrana koja se nudi u 3D isprintu u realnoj veličini, boji, s izloženim cijenama. Plaća se pri izlasku na blagajni. Napojnica nema ni slučajno. Novac, kao i kartice, daje se i primaju s obje ruke.

Aparati za piće su na svakom uglu. Doslovno. Pa i tamo gdje nema uglova, na ulicama, ali i u parkovima, stazama u šumi... Cijene? Oko 6 kuna za sokove od 6 dl.

Da su mi na raspolaganju sve stranice ovoga broja LN-a ne bih mogao ispričati ni pola zanimljivosti o Japanu. Stoga, iako sam tek krenuo, vrijeme je da polako zaključim ovu priču.

Japanci su ljudi kao i mi. Ima i tamo dobrih i loših i beskućnika i pijanaca. Žene im nisu sasvim emancipirane. Više od pola završava ih fakultet, a samo trećina ih je zaposlena. Japan spada u etnički najhomogenije nacije svijeta, s manje od 1 % stranaca. Nippon, tj. Nihon, stvarno znači "zemlja gdje sunce izlazi", ali na kineskom, tj. mandarinskom. Japancima je Japan svetinja. Domovina se obožava, a njen ju simbol, car, utjelovljuje, stoga je car neprikosnoven i nepogrešiv poput božanstva. Paradoksalno, zastava nigdje nema. Očekivao sam stotine zastava, ali u sedam dana naišli smo samo na dvije. Sušta suprotnost zvijezdama i prugama. Kad smo kod careva i bogova, jedan je pravi bog u Japanu. Mickey Mouse. I njemu zdesna Hello Kitty.

Iako su tehnološki superrazvijeni, slobodan WiFi nije nešto predostupno. Baltik i Skandinavija, pa i Rusija, daleko su ispred njih. Tehnička oprema u dućanima jako je skupa. Suveniri su rijetki, razglednice se jedva mogu naći, i to loše. Država s trećim BDP-om na svijetu nema baš visoke plaće. S prosječnih 3.000 USD imaju samo 10 % veću plaću od Slovenaca.

Da još spomenem mange. U apsolutno svakom vagonu podzemne netko čita te njihove stripove. Štampane ili s tableta, ponekad u dvoje, listaju za nas zbnunjuće s desna nalijevo i glasno se smiju. Oružja nigdje nisam vidio. Nikakvi pregledi torbi ni u jednoj ustanovi, kinu (da, bili smo i tamo), muzeju, parku, hramu. Puši se iznimno malo, boksovi za pušače su na cestama i trgovima (i u vlakovima), uglovi za pušače u parkovima. Japanci imaju još dvije strasti: kupališta, u kojima možete i prespavati, te karaoke klubove. Najpopularniji sport nije karate ili judo već bejzbol, a poslije njega sumo.

Na kraju reći ću da bih se stvarno htio ponovo prošetati tim parkovima, ali i okupati na plažama Jejua ili Okinawe te prolunjati šumama Hokaida. Trenutačno mi se to ne čini mogućim jer stranci u doba korone nisu dobrodošli, ali i to će proći, a onda evo mene opet jer, iako je dolazak do Japana skup, sam boravak u njemu nije obavezno takav, budući da postoji velik izbor smještaja i hrane pa možete naći nešto i za svoj džep. Uz dobru pripremu Japan je sasvim pristupačan, a iskustvo je definitivno nezaboravno.

Ako vam zatreba pomoći u takvoj pripremi, a ne znate niti jednog Japanca...

edo.toplak@zg.t-com.hr

CARMEN MEDICORUM

50 godina himne hrvatskih liječnika

Prof. dr. sc. MIJO BERGOVEC, dr. med.

Ove se godine navršava 50 godina otkako je Rudolf Matz ispjевao i uglazbio *Carmen medicorum* koja je danas himna hrvatskih liječnika.

Tekstom i glazbom Matz je u *Carmen medicorum* pokazao svu raskoš svoga pjesničkog i glazbenog talenta. Promatralju li se

danas iz liječničkog života Matzovi stihovi, može se reći da najvjerojatnije nitko u hrvatskoj poeziji nije vjernije opisao liječničko zvanje i poslanje kao što je to opisao Matz.

U uvodu svoje pjesme Matz općenito opisuje zadaču i ispunjenje temeljnih postavki Hipokratove prisegе, stare više od 2 500 godina, koju prigodom stupanja u liječnički život, nakon studija medicine,

polažu liječnici diljem svijeta. Nakon liječnike zadaće kroz povijest „*Doklegod pamti ljudski rod...*“ o borbi liječnika „*s klicama pomora*“, slijede opisi liječničke borbe protiv uzroka i posljedica krvavih događaja, sukoba i ratova „...s udesima krvavim...“, te konačno, socijalna dimenzija himne, „*s bijedom nevoljom*“. Te zadaće liječnika nisu samo popis liječničkih zadataka nego je to mnogo više. To je zavjet, ili prisega (zato se i naziva Hipokratovom prisegom), „*To*

Carmen medicorum - Rudolf Matz

Dokle god pamti ljudski rod,
vodimo vjekovnu borbu
s klicama pomora,
udesima krvavim,
s bijedom i nevoljom.

To zavjet je naš!

Nejako dijete
vraćamo majci u krilo,
klonulom ocu
dajemo snagu novu.
Vidamo ljute rane stradalim
u zgradama čađavog grada,
na njivi i zelenim poljima
zorom kad rosa pada.

U čeličnom oklopu
srca su naša
da ne zaplaču
kad grozničave oči bolne
traže od nas spas.

Dokle god pamti ljudski rod,
vodimo vjekovnu borbu
s klicama pomora,
udesima krvavim,
s bijedom i nevoljom.

To zavjet je naš!

*Post generis humani memoriam
Germen pestiferum contra
Fataque cruenta, miserias
Calamitatesque contendimus.*

Hoc votum (e)st Hippocratis!

*Parvul(um) infantem
Reddimus gremio matris,
Patri depresso
Vires novas damus.
Miseris gravia vulnera curamus
Urbis fuliginos(ae) in aedibus,
Cum in arvis pratisque recentius
Primaque luce rorat.*

*Thoracibus ferreis praecordia
Nostra saepta sunt,
Ne in lacrimas effundantur,
Cum lumin(a) oculorum febriculosa
Salutem a nobis petunt.*

*Post generis humani memoriam
Germen pestiferum contra
Fataque cruenta, miserias
Calamitatesque contendimus.*

Hoc votum (e)st Hippocratis!

zavjet je naš. Pod tim se zavjetom podrazumijeva životno obećanje i životno predanje zadatcima koji ispunjuju liječnički život.

U nastavku pjesnik Matz detaljnije opisuje liječnikove zadaće. To su zadaće od brige za obitelji, djecu, majku i oca: „*Nejako dajete vraćamo majci u krilo, klonulom ocu dajemo snagu novu*“, do liječenja svih ljudskih rana zadobivenih u životima ljudi, kako u nehumanim uvjetima gradskog stanovanja, tako i na selu, pa čak i noću: „*Vidamo ljute rane stradalim u zgradama čađavog grada, na njivi i zelenim poljima zorom kad rosa pada*.“

Matz je, očito dobro poznavajući liječnike, opisao liječničke brige, strahove i muke kad promatraju bolesnikove boli i patnje, a da to pred bolesnicima ne pokazuju: „*U čeličnom oklopu srca su naša da ne zaplaču kad grozničave oči bolne traže od nas spas*.“

Carmen medicorum je ubrzo prepoznata kao jedinstven pjesnički opis liječničkog poziva. Zbog toga je Viktor Boić, kome je napisana posveta *Carmen medicorum*, a s uvjerenjem da je latinski jezik univerzalni jezik medicine, zamolio dvojicu tada najvrsnijih hrvatskih latinista, profesora Pavla Sobočanca i profesora Milivoja Sironića, da *Carmen medicorum* prepjevaju na latinski jezik. Oni su to i učinili u duhu klasične ili srednjovjekovne latinštine te se njihovi latinski stihovi *Carmen medicorum* mogu čitati ili recitirati poput Vergilijevih ili Katulovih stihova. *Carmen medicorum* je poslije prepjevana na više svjetskih jezika: njemački (Šarlota Ivir), engleski (Sonja Bičanić), talijanski (Joja Ricov) i ruski (Maja Škreblin).

U glazbenom originalu *Carmen medicorum* je skladba za muški zbor, uglavnom homofona po svojem glazbenom obliku, koju može razmjerno brzo naučiti i svladati svaki bolji amaterski muški zbor. Matz je napisao i jednostavnu glasovirsku pratnju, a poslije i pratnju za četiri roga i muški zbor koju su izvodili Zagrebački liječnici pjevači (ZLP). Posebno zanimljivu glasovirsku pratnju i orkestralnu partituru za *Carmen medicorum* napisao je hrvatski skladatelj Igor Kuljerić. ZLP je Kuljerićevu obradu *Carmen medicorum* izvodio s orkestrom Hrvatskoga glazbenog zavoda, s Orkestrom hamburških liječnika (Hamburger Ärzte Orchester) i s Orkestrom Berlinskih liječnika (Berliner Ärzte Orchester). U novije je vrijeme *Carmen medicorum* obrađena i za mješoviti zbor.

Carmen medicorum su u svečanim prigodama pojedinačno ili zajednički izvodili Zagrebački liječnici pjevači, Splitski liječnici pjevači, Zadarski liječnici pjevači, Riječki mješoviti zbor liječnika kao i zbor studenata zagrebačkog Medicinskog fakulteta *Lege artis*.

ZLP je odmah prihvatio Matzovu *Carmen medicorum* kao svoju himnu. Na kongresu liječnika na Bledu u listopadu 1971. prihvaćena je *Carmen medicorum* kao liječnička himna, a 1992. je proglašena i himnom Medicinskog fakulteta u Zagrebu te himnom svih hrvatskih liječnika.

Pjesma mrtvog pjesnika

Moj prijatelju, mene više nema,
Al nisam samo zemљa, samo trava,
Jer knjiga ta, što držiš je u ruci,
Samo je dio mene koji spava.
I ko je čita - u život me budi.
Probudi me, i bit će tvoja java.

Ja nemam više proljeća i ljeta,
Jesen nemam, niti zima.
Siroti mrtvac ja sam, koji u se
Ništa od svijeta ne može da prima.
I što od svijetlog osta mi života,
U zagrljaju ostalo je rima.

Pred smrću ja se skrih (koliko mogoh)
U stihove. U žaru sam ih kovo,
Al zatvoris li za njih svoje srce,
Oni su samo sjen i mrtvo slovo.
Otvori ga, i ja će u te prijeći
Ko bujna rijeka u korito novo.

Još koji časak htio bih da živim
U grudima ti. Sve svoje ljepote
Ja će ti dati. Sve misli, sve snove,
Sve što mi vrijeme nemilosno ote,
Sve zanose, sve ljubavi, sve nade,
Sve uspomene -- o mrtvi živote!

Povrati me u moje stare dane!
Ja hoću svjetla! Sunca, koje zlati
Sve čeg se takne. Ja topline hoću
I obzorja, moj druže nepoznati.
I zanosa! i zvijezda, kojih nema
U mojoj noći. Njih mi, dragi, vrati.

Ko oko svjetla leptirice noćne
Oko života tužaljke mi kruže.
Pomozi mi da dignem svoje vjeđe,
Da ruke mi se u čeznuću pruže.
Ja hoću biti mlad, ja hoću ljubit,
I biti ljubljen, moj neznani druže!

Sav život moj u twojoj sad je ruci.
Probudi me! Proživjet ćemo oba
Sve moje stihom zadržane sate,
Sve sačuvane sne iz davnog doba.
Pred vratima života ja sam prosjak.
Čuj moje kucanje! Moj glas iz groba!

Dobriša Cesarić



Punim jedrima naprijed

Eurizon Asset Management Croatia d.o.o.

Društvo je prije 29.11.2021. poslovalo pod imenom PBZ Invest d.o.o.

Drugo najveće društvo za upravljanje UCITS investicijskim fondovima u Hrvatskoj s tržišnim udjelom od 24%*.

Upravlja s više od 5,4 milijardi kuna imovine kroz 13 fondova i pojedinačne portfelje*.

Od 2013. godine pripada Eurizon obitelji, u sklopu Intesa Sanpaolo Grupe. Eurizon Asset Management upravlja s 432 milijarde eura imovine**.

Privredna banka Zagreb d.d., članica Intesa Sanpaolo Grupe, najznačajniji je distributer investicijskih fondova kojima upravlja Eurizon Asset Management Croatia d.o.o.



Company of **INTESA**  **SANPAOLO**

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, gdje. Maji Ferencak, 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“.

Edukacija iz elektroenzefalografije i epileptologije

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR ZAGREB

Zagreb, 01.01.-31.12.2022.

prof.dr.sc. Željka Petelin Gadze, tel: 01 2388 344,
e-mail: zeljka.petelin.gadze@kbc-zagreb.hr

Iznos kotizacije: 9000 kn, od čega 20% KBC-u Zagreb

Neurološke posljedice COVID-19 i utjecaj na mentalno zdravlje

Pliva Hrvatska d.o.o.

www.plivamed.net, 3.1.-3.4.2022.

dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., tel: 098499925,
e-mail: ivana.klinar@pliva.com

IBD VIRTUAL EXPERT ACADEMY

Hrvatsko društvo za kliničku prehranu Hrvatskog liječničkog zabora
online, 15.01.-15.07.2022.

Darija Vranešić Bender, tel: 12367730,
e-mail: dvranezi@kbc-zagreb.hr

Uloga peptida kolagena u prevenciji i liječenju sarkopenije

HRVATSKO GASTROENTEROLOŠKO DRUŠTVO
online, 17.01.2022.-17.01.2023.

Nataša Basta, tel: 8009666,
e-mail: podrska@gep.hr

Učestalost i obilježja sarkopenije, dijagnostika, prevencija i smjernice za kliničku prehranu

HRVATSKO GASTROENTEROLOŠKO DRUŠTVO
online, 17.01.2022.-17.01.2023.

Nataša Basta, tel: 8999666,
e-mail: podrska@gep.hr

Prehrana onkološkog bolesnika

HD za kliničku prehranu HLZ-a
edu.frka.hr, 18.01.2022.-18.01.2023.

Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666,
e-mail: podrska@frka.hr

Enteralna prehrana

HD za kliničku prehranu HLZ-a
edu.frka.hr, 18.01.2022.-18.01.2023.

Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666,
e-mail: podrska@frka.hr

Primjena vitamina D u odabranim indikacijama

HD za kliničku prehranu HLZ-a
edu.frka.hr, 18.01.2022.-18.01.2023.

Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666,
e-mail: podrska@frka.hr

Uvod u svojstva i djelovanje vitamina D

HD za kliničku prehranu HLZ-a
edu.frka.hr, 18.01.2022.-18.01.2023.

Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666,
e-mail: podrska@frka.hr

Vitamin D i bolesti štitne i nadbubrežne žlijezde

HD za kliničku prehranu HLZ-a
edu.frka.hr, 18.01.2022.-18.01.2023.

Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666,
e-mail: podrska@frka.hr

Poremećaj gutanja kao vodeći klinički znak

kod neurološkog bolesnika

HD za kliničku prehranu HLZ-a

edu.frka.hr, 18.01.2022.-18.01.2023.

Korisnička podrška Frka.hr, tel: 0800 9666,
e-mail: podrska@frka.hr

Nuspojave androgen deprivacijske terapije i kako ih zbrinuti - pogled urologa i psihijatra

Dedal komunikacije d.o.o.

online, 24.01.-30.04.2022.

Marko Bagarić, tel: 091 4000 120,
e-mail: marko@dedal.hr

Karcinomi

Dedal komunikacije d.o.o.

online, 24.01.-30.04.2022.

Marko Bagarić, tel: 091 4000 120,
e-mail: marko@dedal.hr

Aritmije u bolesnika s kroničnom bubrežnom bolesti - predavanja

Hrvatsko društvo za bubreg (u suradnji s

Hrvatskim društvom za hipertenziju i Hrvatskim

kardiološkim društvom

online, 27.01.-27.03.2022.

Marija Abramović Sušnić, tel: 0989388116,
e-mail: podrska@emed.hr

Debljina - epidemija za koju se ne razvija cjepivo

Dedal komunikacije d.o.o.

www.e-medikus.com, 27.12.2021.-31.3.2022.

Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Manjak lizosomske kisele lipaze

Dedal komunikacije d.o.o.

online, 31.01.-31.05.2022.

Marko Bagarić, tel: 0914000120,
e-mail: marko@dedal.hr

Osnovni tečaj za liječnike za rad u HMS

Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 01.02.-05.12.2022.

Gordana Antić, tel: 0989396877,
e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com

Kontinuirano usavršavanje za rad u HMS

Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 01.02.-05.12.2022.

Gordana Antić, tel: 0989396877,
e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com

EKG radionica – uzroci elevacije ST spojnica

Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 01.02.-05.12.2022.

Gordana Antić, tel: 0989396877,
e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com

BRZI ORJENTACIJSKI PREGLED ULTRAZVUKOM U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ SLUŽBI

Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 01.02.-05.12.2022.

Gordana Antić, tel: 0989396877,
e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com

Radionica: Traumatska ozljeda mozga
 Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije
 Pula, 01.02.-05.12.2022.
 Gordana Antić, tel: 0989396877,
 e-mail: gordana.antic.sego@gmail.com

Kako pomoći osobama koje brinu o drugima i sprječiti burnout?
PLIVA Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 01.02.-30.06.2022.
 dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., tel: 098499925,
 e-mail: ivana.klinar@pliva.com

Putovanje s Concor®-om kroz kardiovaskularni kontinuum
 Hrvatsko društvo za farmakoeconomiku i ekonomiku zdravstva
 online, 02.02.2022.-02.02.2023.
 Marijo Haban, tel: 0800 9666,
 e-mail: help@emed.hr

WEBINAR: glaukom i katarakta
INSPHARMA d.o.o.
 online, 08.02.2022.
 Dunja Čolović, tel: 0993537538, e-mail: dunja.colovic@inspharma.com

Tečaj palijativne skrbi "Kada nam je teško odlučivati - etičke dileme u palijativnoj skrbi"
 Opća bolnica Dubrovnik i DZ Dubrovnik te Hrvatsko društvo medicinskih sestara u palijativnoj skrbi
 Dubrovnik, 10.02.-13.02.2022.
 Prim. mr. Srećko Ljubičić, dr. med., tel: 0914570033,
 e-mail: sreckol@bolnica-du.hr

KAKO LIJEĆTI PALIJITIVNOG NEUROLŠKOG BOLESNIKA
 Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
 Zagreb, 11.2.2022.
 Mario Cvek, tel: 014566966,
 e-mail: mario.cvek@mef.hr

DCNEO – 1st Symposium of Diabetes Cardiology Nutrition Endo-Oncology
 Hrvatsko društvo za dijabetes i bolesti metabolizma
 Zagreb, 11.-13.2.2022.
 Niko Todorović, tel. 091 444 05 00,
 e-mail: nika@ati.hr
 Iznos kotizacije: 500,00 kn

7. Znanstveno stručni simpozij dr. Vladimir Emedi
 Lions klub Vukovar
 Vukovar, 11.02.2022.
 Željko Đekić, tel: 0915193048,
 e-mail: lionsclub.vukovar@gmail.com

ORTOPEDSKA PROBLEMATIKA ŠKOLSKE DOBI
 Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko društvo za dječju ortopediju i Hrvatsko društvo za školsku i sveučilišnu medicinu
 Zagreb, 12.02.2022.
 Adrian Kozonić, tel: 0981867463,
 e-mail: adrian@conventuscrdo.hr

ŽIVJETI S EPILEPSIJOM – online webinar
 Hrvatska udruga za epilepsiju
 online, 14.02.2022.
 prim. Ana Sruk, dr. med., tel: 913712313,
 e-mail: srukana@gmail.com

Hemokromatoze
HGD/CROHEM/HDIM
 Zagreb, 16.02.2022.
 prof. A. Mrzljak, tel: 911976261,
 e-mail: anna.mrzljak@gmail.com

Rak debelog crijeva i rektuma – webinar za liječnike obiteljske medicine
SERVIER Pharma d.o.o.
 online, 17.02.2022.
 Anja Zupančić, tel: 00386 40 185 119,
 e-mail: anja.zupancic@servier.com

Osnovno održavanje života djece i odraslih
 Hrvatski zavod za hitnu medicinu
 Zagreb, 17.02.2022.
 Marija Štivičić, tel: 993394859,
 e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Best of San Antonio Breast Cancer Symposium Croatia 2022 (Best of SABCS Croatia 2022)
 Hrvatsko senološko društvo - HLZ
 Zagreb, 18.02.-19.02.2022.
 prim. Paula Podolski, tel: 0989829619,
 e-mail: podolski.paula@gmail.com
 Iznos kotizacije: specijalisti 700,00 kn ; specijalizanti 400,00 kn

Nove tehnologije u fizikalnoj i rehabilitacijskoj medicini, fizioterapiji i radnoj terapiji – kvaliteta, učinkovitost, sigurnost
 Libertas Međunarodno sveučilište i Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice
 online, 18.02.-19.02.2022.
 Jelka Šušnjić, tel: 0992092080,
 e-mail: jelka.susnic@diplomacija.hr
 Iznos kotizacije: 1800,00 kn

Edukacijske vježbe za doktore medicine i medicinske sestre-tehničare izvanbolničke HMS
 Zavod za hitnu medicinu Brodsko posavske županije
 Slavonski Brod, 18.02.-20.02.2022.
 Branka Bardak, tel: 0953850001, e-mail: bardakb18@gmail.com

Edukacijske vježbe za osposobljavanje kandidata za nacionalne instruktore
 Hrvatski zavod za hitnu medicinu
 Stubičke toplice, 18.02.-21.02.2022.
 Marija Štivičić, tel: 0993394859,
 e-mail: marija.stivicic@hzhm.hr

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 21.02.2022.
 Marin Kokeza, tel: 0912353122,
 e-mail: marin.kokeza@sandoz.com

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 21.02.2022.
 Lucija Šušić, tel: 091 123 6335,
 e-mail: lucija.susic@sandoz.com

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 21.02.2022.
 Tamara Žic, tel: 0912353411,
 e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Od kliničke inercije do rane intervencije
 Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
 Zagreb, 21.02.2022.
 Mario Dvorski, tel: 012305099,
 e-mail: dvorski_mario@lilly.com

Međunarodni simpozij Nefrofarmacija sigurnost bolesnika u središtu – predavanja
 Hrvatsko društvo za bubrež (u suradnji s Hrvatskim društvom za hipertenziju, Hrvatskom ljekarinskom komorom i Hrvatskim društvom obiteljskih doktora)
<https://edu.e-med.hr/>, 21.02.-25.02.2022.
 Marija Abramović Sušnjić, tel: 0800 9666,
 e-mail: podrksa@emed.hr

UZV DOJKI
 Hrvatski liječnički zbor / Hrvatsko senološko društvo
 Zagreb, 21.03.-29.03.2022.
 Maja Andrić Lužaić, tel: 0994672922,
 e-mail: edukacija@drinkovic.hr
 Iznos kotizacije: 9500,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture
 Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko društvo za akupunkturu
 Zagreb, 22.01.22.-25.06.23.
 Maja Mustać, tel: 0914748492,
 e-mail: tajnjica.hda@gmail.com
 Iznos kotizacije: 20.000 kn

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 22.02.2022.
 Ema Stažić, tel: 0912353193,
 e-mail: ema.stazic_ext@sandoz.com

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 22.02.2022.
 Slavko Žužul, tel: 0912353412,
 e-mail: slavko.zuzul@sandoz.com

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 online, 22.02.2022.
 Ema Mahmić Baran, tel: 0912353413,
 e-mail: ema.mahmic@sandoz.com

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 22.02.2022.
 Filip Sabel, tel: 0912353216,
 e-mail: filip.sabel_ext@sandoz.com

Mozaički liječenja bolesnika nakon AKS-a
Sandoz d.o.o.
 Zagreb, 23.02.2022.
 Dženita Šola, tel: 0911202945,
 e-mail: dzenita.sola@sandoz.com

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 23.02.2022.
 Sandra Milin, tel: 0912353221,
 e-mail: sandra.milin@sandoz.com

Timski rad kardiologa i liječnika obiteljske medicine u liječenju bolesnika s kroničnim srčanim zatajivanjem – titracijom do cilja
 Novartis Hrvatska d.o.o.
 online, 23.02.2022.
 Bruna Mesić, tel: 016274220,
 e-mail: bruna.mesic_ext@novartis.com

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 23.02.2022.
 Tamara Žic, tel: 0912353411,
 e-mail: tamara.zic@sandoz.com

Svaki otkucaj je bitan
Sandoz d.o.o.
 webinar, 23.02.2022.
 Josipa Lončar, tel: 0912353112,
 e-mail: josipa.loncar@sandoz.com

7. hrvatski rinološki kongres
 Hrvatsko rinološko društvo
 Zagreb, 24.2.-25.2.2022.
 Lana Kovač Bilić, tel: 012376371,
 e-mail: lana.k.bilic@gmail.com
 Iznos kotizacije: specijalisti 1100,00kn,
 specijalizanti 500,00kn

