

Број 15 //
Београд //
Децембар 2012
– јануар 2013 //
Година V //

ГЛАСНИК

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ISSN 1821-3995

ТЕМА БРОЈА

МЕДИЦИНА СПОРТА У СРБИЈИ



ИНТЕРВЈУ

ПРОФ. ДР МАРИЈАН НОВАКОВИЋ,
НАЧЕЛНИК ВМА

ПРОФ. ДР ДРАГАН ДЕЛИЋ, ПРЕДСЕДНИК
ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ

САМИ ШКОЛУЈЕМО
ПОТРЕБНИ
КАДАР

ЗДРАВЉЕ ЈЕ
НАЦИОНАЛНИ
РЕСУРС



*Драге колеге и пријатељи,
желимо Вам срећну и
успешну Нову 2013. годину,
као и Божићне празнике.
Ваша Лекарска
комора Србије*

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година V, број 15,
децембар 2012 – јануар
2013. године.
ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, Краљице Наталије 1

Тел/факс:

36-26-185, 36-26-187, 36-26-188

И-мејл:

lekarskakomorasrbije@gmail.com,
www.lks.org.rs

Главни уредник:

Др Бранка Лазић

Чланови уређивачког одбора:

Др Нинослава Михајловић
Др Јасмина Павловић
Др Игор Николић
Др Сергеј Лазаров
Др Данка Грудић
Др Иван Илић
Др Милан Симић
Др Драгана Арсић
Др Слађана Илић
Др Гордана Ђокић
Др Олга Вучићевић Осипов
Др Јелица Крчмаревећ
Др Никола Костић
Др Предраг Рогулић
Др Дубравка Миодраговић

Издавачки савет:

Прим. др сци Татјана Радосављевић
Др Драгана Милутиновић
Проф. др Марина Дељанин Илић
Прим. др сци Спасо Анђелић
Доц. др Бранко Ристић
Проф. др Бранислав Перин
Др Александар Радосављевић
Др Љубиша Недељковић

Новински уредник:

Јасмина Томашевић

Ликовно-графичка припрема:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

Лист се објављује четири пута
годишње и доставља бесплатно
свим члановима ЛКС

Насловна и последња страна:

Зграда Војно медицинске
академије у Београду

Штампа:

Штампарија „Гласник“, Београд

Реч уредника

Поштоване
колегинице
и колеге,



Прво желим да вам пожелим све најбоље у Новој 2013. години, здравља, среће, љубави и успеха у сваком наредном дану.

У овом броју разговарали смо са професором др Марјаном Новаковићем, начелником Војно-медицинске академије, добитником овогодишње плакете Лекарске коморе Србије и професором др Драганом Делићем, председником Здравственог савета Србије и особом која је обележила прошлу годину својом ненаметљивом подршком Лекарској комори и лекарству. О правима лекара пише Директор коморе примаријус др Татјана Радосављевић.

Тема броја је спортска медицина, коју смо уз помоћ доценткиње Сање Мазић и њених сарадника осветлили са свих страна. Поделићемо са вама у овом броју утиске са годишње Скупштине Светске медицинске асоцијације WMA и са састанка Лекарских комора централних и источних земаља Европе. Имамо и чланак о првој жени лекару у Србији захваљујући провереном сараднику др Предрагу Тојићу, и још много тога интересантног...

Захваљујем свима који су упутили писма и сугестије (примамо и похвале!). Пишите нам и даље, на адресу:

Лекарска комора Србије, за Гласник,
Краљице Наталије 1, Београд
или на
urednikglasnika.lks@gmail.com

Др Бранка Лазић,
главни уредник Гласника
Лекарске коморе Србије

ИЗ ОВОГ БРОЈА

ТЕМА БРОЈА Стр. 19

МЕДИЦИНА СПОРТА У СРБИЈИ:

- МЕДИЦИНСКА НАУКА У СЛУЖБИ СПОРТА
- СТОП НЕКВАЛИФИКОВАНИМ ПРЕГЛЕДИМА СПОРТИСТА
- СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА У ЧЕТИРИ ГРАДА

АКТИВНОСТИ РЛК Стр. 26

РЛК ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

- ВИШЕ ОД 7.000 ИЗДАТИХ ПОТВРДА О КМЕ
- ПРОГРАМИ БЛИЖИ ЛЕКАРИМА НА ТЕРЕНУ
- НА БЕСПЛАТНИМ ПРЕДАВАЊИМА 5.288 ЛЕКАРА
- О ЗДРАВОМ ПОТОМСТВУ И ТРАНСПЛАНТАЦИЈИ
- ЗАЈЕДНИЧКИМ АКЦИЈАМА ДО ПАДА МОРТАЛИТЕТА (ЈЕФИМИЈА)

РЛК ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

- АНАЛИЗА АКТИВНОСТИ ТОКОМ 2012. ГОДИНЕ

ИЗ СВЕТА Стр. 40

- ГОДИШЊА СКУПШТИНА СВЕТСКЕ МЕДИЦИНСКЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ - WMA
- САСТАНКА ЛЕКАРСКИХ КОМОРА ЦЕНТРАЛНО И ИСТОЧНО ЕВРОПСКИХ ЗЕМАЉА - ZEVA

СВЕЧАНОСТ У ЛКС Стр. 49

- ПРОСЛАВЉЕНА ЕСНАФСКА СЛАВА

ИЗ РЕГИОНА Стр. 50

- РЕАГОВАЊЕ ХРВАТСКЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ПОВОДОМ МЕДИЈСКОГ НАПИСА

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ Стр. 51

- КАКО УНАПРЕДИТИ ТРАНСПЛАНТАЦИОНИ ПРОГРАМ У СРБИЈИ
- СЕМИНАРИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ МЕНАџМЕНТ

ТЕХНОЛОГИЈА У МЕДИЦИНИ Стр. 55

- РАДИОФРЕКВЕНТНА АБЛАТИВНА ТЕРАПИЈА У КБЦ ЗЕМУН: ПИОНИРИ САВРЕМЕНОГ ЛЕЧЕЊА БАРЕТОВОГ ЈЕДЊАКА
- КЛИНИЧКИ УЛТРАЗВУК У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЈИ И ХЕПАТОЛОГИЈИ: ПОМОЋ У РАНОМ ОТКРИВАЊУ МАЛИГНИХ БОЛЕСТИ

ИЗ ДРУГОГ УГЛА Стр. 59

- МЕДИЦИНСКИ КЛАСТЕР: УДРУЖИВАЊЕМ ДО VEЋЕ КОНКУРЕНТНОСТИ

СТРУЧНИ СКУПОВИ Стр. 62

- НОВИ САД: КОНТИНУИРАНА ЕДУКАЦИЈА ЗА СПЕЦИЈАЛИЗАНТЕ ОРЛ

МИШЉЕЊА Стр. 63

- ТРЕТМАН ЉУДИ: У ШТА НАС ТО ПРЕТВАРАЈУ?

ХЕРОЈИ МЕЂУ НАМА Стр. 64

- ДР ИВАН ПОПОВИЋ: СПАСИО МЛАДИЋА СИГУРНЕ СМРТИ

ОДЈЕЦИ Стр. 65

- ОКРУГЛИ СТО „ЈЕЗИК У МЕДИЦИНИ“: ЛЕКАРИ И БРИГА О ЈЕЗИКУ

ПОВОДИ Стр. 66

- 108 ГОДИНА ГРАДСКОГ ЗАВОДА ЗА ХИТНУ МЕДИЦИНСКУ ПОМОЋ У БЕОГРАДУ
- ЧЕТИРИ ДЕЦЕНИЈЕ ЗАВОДА ЗА СМЕШТАЈ ОДРАСЛИХ „МАЛЕ ПЧЕЛИЦЕ“ У КРАГУЈЕВЦУ

ДРУГИ ПИШУ Стр. 74

- БМЈ: ДР КЛЕР ГЕРАДА, ПРЕДСЕДНИЦА КРАЉЕВСКОГ КОЛЕЋА ЛЕКАРА ОПШТЕ ПРАКСЕ

ПРЕДСТАВЉАМО Стр. 74

- ОПШТА БОЛНИЦА ПИРОТ: КОНТИНУИРАНИ ПРОЦЕС АФИРМАЦИЈЕ КВАЛИТЕТА
- ДОМ ЗДРАВЉА „ДР РИСТИЋ“: ПРЕГЛЕДИ ПАЦИЈЕНАТА И У КУЋНИМ УСЛОВИМА
- ПОЛИКЛИНИКА ХУМАН У НИШУ: АНАЛИЗЕ ПРЕМА СВЕТСКИМ СТАНДАРДИМА

ЛЕКАРИ И УМЕТНОСТ Стр. 80

- ПУТ ЗА АЛХАМБРУ

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ Стр. 82

- ПРВА ЖЕНА ЛЕКАР У СРБИЈИ: ДР ДРАГИЊА- ДРАГА ЉОЧИЋ



6-9

Прим. др Таијана Рагосављевић,
директорка ЛКС:

Права лекара: између етике и реалности

Медицина је делом наука, а делом умеће и вештина, речју: Ars Medica - уметности лечења



23-24

Доц. др Сања Мазих:

Здравље спортиста „иод лујом“

Широк дијапазон задатака
истражи и специфично образоване
спручњаке



10-14

*Проф. др Маријан Новаковић,
начелник ВМА:*

Сами школујемо по потребни кадар

*Без добрих стручњака ни најсавременија
технолојија нема сврхе*



15-18

*Проф. др Дражан Делић,
председник ЗСС:*

Здравље је национални ресурс

*Без здраве популације нема
биолошкој опстанка*



32-34

Измене закона по до системској решења

*Јасно дефинисање подручја
традиционалне и алтернативне
медицине допринело би њиховој афирмацији
с једне, а сузбијању надлекарства
с друге стране*



37-39

*РЛК КИМ: Обележена стопа годишњаца
од ослобођења старе Србије*

Слава српском војном санишесту

*Србија је 1912. Имала 370 лекара,
укључујући и 60 војних*

Права лекара: између етике и реалности

Прим. др Татјана
Радосављевић,
ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ



Лекарску професију чине вештине, став, вредности и понашање које су заједничке свим посленицима – лекарима. У то је укључен концепт знања и вештина, лични интегритет, алтруизам, поштовање етичког кодекса, преданост и привилегија саморегулације струке и право на клиничку аутономију. Традиционално, лекари поштујући принцип алтруизма, кроз историју, претпостављају своје сопствено добро и здравље служењу својим пацијентима. Истовремено, лекари морају да се придржавају личних вредности и да задрже независан, професионални суд у процесу лечења пацијената.

Саморегулација професије, није и не може бити „самопротекција“, како се често имплицира у јавности.

Медицинска делатност подразумева:

- лечење или ублажавање болести, телесних оштећења или патњи – терапија
- све радње и поступке које имају за циљ да препознају и открију болести код одређених лица, а потом и сам чин њиховог препознавања – дијагностика
- предвиђање даљег тока и крајњег исхода болести – прогноза
- предодбрана од болести – превенција

Право слободне процене лекара

Медицина је делом наука, а делом умеће и вештина, као и нешто што је давно заборављено: лична надахнутост и интуиција, инвентивност, речју: *Argi Medica* – уметност лечења.

Медицина, и у потпуно техничком и у научном смислу, подразумева односе међу људима, а лекарско установљавање дијагнозе, давање савета и пружање третмана уквирено је моралним кодексом. Циљеви медицине могу бити да понекад лечи, често помаже, а увек утеша.

Спремност лекара и пацијената да се придржавају моралних вредности, као што су дужно међусобно поштовање, поштење, поверење, саосећање и одређење за постизање заједничких циљева, обично доводе до дубоког етичког односа пацијента и лекара. Међутим, медицина је оптерећена и судбоносним ризицима, чије свођење на мању меру зависи од економских могућности друштва и системских истраживања. Лекар, коме медицинска наука нуди више различитих мето-

да, међутим, не одлучује се увек, нужно, за онај метод који најмање може да нашкоди. Напротив, лекар мора да пружи најбољу, најефикаснију помоћ, чији изглед за успех једино он сам може да процењује, али чак ни он не може да израчуна.

- „Лечење се обавља данас са знањем од сутра“
- „Медицина је наука несигурности и уметност вероватноће“ – Ослер

Сваки лекар има личне вредности, ставове или погледе који могу утицати на његово тумачење података, чак и емоције које нерадо признаје, а које могу да искриве објективност расуђивања, као што су страх од смрти и инвалидитета, несимпатисање одређених типова особа или животних стилова, расне и родне предрасуде, предрасуде према старијима, жеља за напредовањем у каријери, поштовањем мишљења колега или профитом, што све може да подрије објективно клиничко расуђивање. Однос између лекара и пацијената не одвија се само према правним правилима, већ према правилима медицинске етике. Ова етичка начела у облику правне обавезе, одређују њихову садржину и опсег, јер би, у противном, медицина постала „бездушна радионица за механичке поправке“. Лекарска етика и право се ослањају једно на друго и међусобно допуњавају. У случају правних празнина меродавним се сматра етичко расуђивање. Клиничка етика рачуна на уверење да, чак и када је збуњеност велика и емоције јаке, лекари, сестре, пацијенти и њихове породице могу да раде конструктивно, да тврде, анализирају и разреше већину етичких проблема који настају у клиничкој медицини.

Морални принципи клиничке етике су: Принцип поштовања аутономије пацијента; Принцип добробити; Принцип ненаношења штете и Принцип правде.

Уз то, морају постојати и одређени стандарди понашања који се називају етички принципи или етичка правила, као што су Хипократово „прими помоћ и не нанеси штету“ и „принцип корисности“. Наиме, у англисаксонској литератури можемо наићи на правило да лекари имају обавезу да лече пацијенте чак и када су сами у опасности. Често и лекари и пацијенти морају брзо да доносе одлуке.

Процоколи лечења и обавеза поштовања процокола

Са друге стране, правила или стандарди лечења обухватају неспорна или општеважећа знања, а медицинска наука се стално развија. Постоје основни или базични стандарди (хигијена, стерилизација) али и општепризнати медицински поступци који су спознати или прихваћени од свих лекара исте струке или бар већине. Законодавац, међутим, не одређује шта медицин-

*Док њравник лoично, хладно и са даљине
аргументише, лекар је њрисиљен да доноси брзе одлуке
и реагује емоционално. Без те емотивне компоненте
која је својствена лекару, њравни однос између њега
и пацијента једва да је могућ*

ски стандард подразумева. У САД и Великој Британији доказивање лекарских грешака почива на поштовању тзв. протокола лечења.

*Права и обавезе лекара у обављању
лекарске делатности*

Када се пацијент обрати лекару и затражи од њега медицинску помоћ и лекар пристане да помогне, међу њима се успоставља одређен однос чију садржину чине одређена права и обавезе. Лекар је дужан да установи врсту пацијентове болести и да предузме одговарајуће мере лечења, а пацијент је обавезан да саопшти симптоме болести и следи налоге лекара. Ако лекар то не учини, штети пацијенту, а уколико пацијент не поштује обавезе, шкоди сам себи. За правним регулисањем овог односа нема потребе, већ га треба препустити правилима медицинске струке и медицинске етике, једно је од мишљења у литератури. Када би законска одговорност застрашивала лекаре, врло мало би смели да учине за своје пацијенте.

Друго мишљење, које заступају правници јесте да право не ствара неповерење у односу лекар пацијент, него неповерење призива у помоћ право. Ово понекад може да достигне степен хладног рата, и постављање баријере мишљења између правника и лекара. Док правник логично, хладно и са даљине аргументише, лекар је присиљен да доноси брзе одлуке и реагује емоционално. Без те емотивне компоненте која је својствена лекару, њравни однос између њега и пацијента једва да је могућ.

*Обавеза њружања квалитетне
здравствене заштите*

Савесност и хуманост увек су били и биће врховни идеали лекарске етике. Најважнија и прва обавеза лекара јесте указивање помоћи сваком лицу којем је та помоћ неопходна. Међутим, Законом о здравственој заштити уводи се и право лекара на тзв. „приговор савести“, уколико здравствена услуга која се од њега очекује није у складу са његовом савешћу или са међународним правилима медицинске етике. Приговор савести се може уложити тако да не штети лечењу пацијента.

Лекари имају професионалну дужност, и када интереси професије и болесника то захтевају, често се излажу непосредним опасностима по властити живот и здравље, као што је опасност да буду заражени или повређени. С друге стране, посебна брига је неопходан елемент пружања лекарске неге, а то захтева и посебну обазривост и савесност, тј. савесно поступање у складу са правилима медицинске струке и науке.

Лекар није чаробњак, него обичан човек, право на грешку припада сваком човеку, а ниједан лекар не мо-

же за себе рећи да никада неће начинити грешку. Од лекара се увек очекује промишљено и савесно поступање, добро пацијента је мерило (*primum non nocere*), а дужан је и да се придржава принципа „сигурнијег пута“ у дијагностици и терапији. Ако су све процедуре једнако опасне, лекар бира они са највише изгледа на излечење. Мишљење другог колеге мора да се третира по принципу поверења, али ни слепо ослањање на туђу дијагнозу није допуштено. Уколико лекар процењује да извесна метода лечења, из различитих разлога, није у границама његових могућности дужан је да пацијента упуту другом лекару. Сваки лекар мора спознати границе својих могућности.

*Етички аспекти односа
лекар – пацијент*

1. Само добар човек може бити добар лекар (*Notnagel*)
2. Поверење у лекара је темељ односа. Лекар је у односу на пацијента у „типичном односу надмоћности“, али зато пацијент треба да има право на слободан избор лекара.

Лекар може поступати по свој савести само ако слободно доноси одлуке, не следећи упутства виших органа, али придржавајући се закона и медицинске етике. Лекар не лечи болест него болесника. „И реч је лек“. Однос лекар-пацијент правно представља врсту уговора о лекарској услузи или се односи на одређене медицинске поступке. Лекар предузима у дијагнози и лечењу правила медицинске науке, односно стандард медицине и саопштава информације о њима.

Основна дужност лекара је да пацијента лечи, а из тога проистичу и следеће обавезе:

1. Обавеза да услугу изврши лично;
2. Обавеза да узима податке за анамнезу;
3. Обавеза да изврши преглед, односно испита пацијента;
4. Обавеза да постави дијагнозу;
5. Обавеза да постави индикацију за терапију или интервенцију;
6. Обавеза да лечи пацијента, а начин лечења одређен је здравственом доктрином;
7. Обавеза да се доцније стара о пацијенту;
8. Обавеза да поступа по правилима струке и пажљиво, тј. *lege artis* и са „пажњом доброг стручњака“.
9. Обавеза лекара да води и чува медицинску документацију;
10. Обавеза лекара да чува пацијентову тајну.

У правном смислу пацијент има следеће обавезе:

1. Обавезу да плати награду за рад, осим ако се она подмирује из здравственог осигурања;
2. Обавезу да сарађује са лекаром.

Особености људског организма су тако велике да исход није могуће увек предвидети. Лекар често мора да изабере процедуре са потенцијално најмањим ризиком лечења

Међутим, по начелима грађанског права, ако лекар поседује натпросечне способности и знања дужан је да их употреби, а ако просечни лекар нема нека знања нема обавезу и није одговоран што их не примењује. „Онај ко може више, више је и дужан“. Лекар је дужан да извршава обавезе из своје професионалне делатности поступајући са пажњом доброг стручњака. Са друге стране, ко може и уме више, мора и да пружи више. Лекар са већим знањем и одговорношћу има и већу одговорност у грађанском праву: ко може више, више је и дужан. Постојећи стандард пажње пружа правну сигурност и лекарима. Лекар – асистент није дужан да преиспитује дијагнозу надређеног лекара, осим уколико не примети да је његов надређени повредио стандард пажње, настаје његова обавеза да постави своју дијагнозу и (пример из праксе).

Лекар дакле мора и оно што не може, због моралне и правне дужности, али и достојанства своје професије, а понекад се одлучује на неизвесне и ризиканте подухвате. Ако при томе покаже тзв. потребну пажњу, не може одговарати за неуспех дела нити за штетна дејства. У том смислу је медицинско право обогатило правосудни систем тзв. правом пацијента на информисани пристанак. Са друге стране, погоршање здравља или смрт пацијента за време операције сами по себи нису разлог да се медицински захват сматра противправним. Особенности људског организма су тако велике да исход није могуће увек предвидети. Лекар често мора да изабере процедуре са потенцијално најмањим ризиком лечења.

Лекари треба да буду по свом карактеру:

- Радознали
- Креативни
- Иновативни у пракси
- Са довољно ресурса
- Мотивисани да уче
- Сигурни у властиту способност да уче од других, деле шта знају
- Вољни да се уче на грешкама
- Упорни
- Флексибилни у размишљању
- Независни и компетентни
- Методични и дисциплиновани
- Логични и аналитични
- Рефлексивни
- Адаптабилни на промене у систему здравствене неге
- Одговорни
- Да имају добро развијене комуникацијске вештине
- Спремни на учење према својим потребама
- Вешти у портази за информацијама
- Високоуређених вештина мишљења
- Метакогнитивних вештина („размишљање о размишљању“)

- Спремни за могућност развоја и коришћења критеријума за евалуацију учења
 - Спремни да учествују у променама
 - Спремни да деле добру праксу и знање
- Кључне вештине лекара треба да буду:
- Интерперсоналне вештине и могућност комуницирања
 - Способност решавања проблема
 - Примењивање медицинског знања и науке
 - Брига о пацијенту
 - Коришћење социјалног контекста и контекста заједнице током бриге о пацијенту
 - Професионализам и етика
 - Учење и напредовање базирано на пракси

Сваки лекар у контакту са пацијентом реагује покренут широким спектром емоција. Неке од њих могу бити: позитивне емоције као што су симпатија, нежност, разумевање, али и негативне – грубост, одбојност, љућња. Емоционалне реакције које лекар развија према пацијенту зову се контратрансфер. Лекар се може понашати као: брижљива мајка, заштитнички родитељ или старији брат, ауторитативни лик који не дозвољава супротстављање, особа која плаши. У том односу је могуће и претеривање. Лекар понекад не жели да види колико је његов пацијент заиста болестан. Под дејством сопственог страха може претерати у давању тешких прогноза.

Лекар треба да примени свој терапијски приступ уважавајући различите карактеристике личности својих пацијената и да помогне пацијенту да се активно укључи у процес лечења. *Пошребно је помоћи пацијенту да се активно укључи у процес лечења. Пошребно је помоћи пацијенту да његови обрасци понашања постану мање ригидни, да у сарадњи са пацијентом пронађе начин да сprovede лечење упрavo у оквирима одбрана које пацијент носи, да љажљиво слуша болесникове речи, што је велика врлина лекара.*

Слабо лечи лекар који не мисли и не слуша болесника. Боленик не треба брбљивој лекара. За праву дијагнозу није довољно полегати болесника, треба га послушати, саслушати и лабораторијски проверити.

Комуникација лекар – пацијент може бити вербална (реч) која може да да снагу, сигурност, опроштај, па и да лечи, али може и да повреди, понизи, нанесе бол. Речи пацијент мора да разуме. Невербална комуникација може да буде и изглед лица, поглед, говор тела, став и покрет, ћутање.

Каквој лекара изражи већина пацијената?

Лекар треба да буде сигуран у своје медицинско знање. Лекар треба да помаже пацијенту у савладавању

Слабо лечи лекар који не мисли и не слуша болесника. Болесник не треба брбљивој лекара. За праву дијагнозу није довољно полегати болесника, треба га послушати, саслушати и лабораторијски проверити

емоционалних тешкоћа. Пацијент треба да буде за лекара особа, а не случај. Лекар треба да буде дискретан и да исказује емпатију. Емоционалне реакције пацијента према лекару као што су сумњичавост, бес или љубав често немају никакве везе са њим као реалном особом. Пацијент треба да кроз вербалну или невербалну комуникацију разуме свој проблем, али истовремено, та комуникација има и функцију терапије. Пацијент се осећа вреднованим, поштованим и има осећање олакшања, чак и када се ради о најтежим вестима.

Лекар, такође, развија емоционалне реакције, које могу бити позитивне: симпатија, нежност, разумевање, али и негативне - грубост, одбојност, љутова. О својим емоцијама лекар може да сазна из начина на који разговара са пацијентом, како се поздравља или не поздравља са њим, да ли га радује или љути ток дијагнозе и сама дијагноза.

Закон о здравственој заштити правно дефинише обавезе пацијента. Пацијенти су дужни да се придржавају општих аката здравствених установа који се односе на услове боравка и понашања у њој. Уколико пацијент прекине лечење и поред упозорења лекара дужан је да се о томе писмено изјасни или се сачињава службена белешка. Пацијент мора активно да учествује у здравственој заштити, очувању и унапређењу свога здравља, да у потпуности информише надлежног здравственог радника о истинитим подацима о свом здравственом стању, да се придржава упутстава и предузима мере прописане терапије од стране надлежног здравственог радника.

Уколико то пацијент не чини надлежни здравствени радник може отказати пружање даље здравствене заштите пацијенту, изузев хитне медицинске помоћи, о чему обавештава директора и бележи разлоге за ово одбијање у медицинску документацију.

Савесно обављање дужности лекара

Кодекс професионалне етике ЛКС дефинише тај појам. Часна животна дужност лекара је да своју професионалну активност обавља што савесније, пожртвованије, хуманије и према свом најбољем знању, да се посвети заштити здравља и лечењу људи. У складу са тим, лекар поштује људски живот од његовог почетка до краја, пружа здравствену делатност и поштује људско тело и приватност и после смрти. Лекарску помоћ пружа једнако свима, без обзира на године живота, пол, расу, националну припадност, вероисповест, друштвени положај, образовање, социјално порекло или друго лично својство, поштујући људска права и достојанство сваког.

Здравствени радници не смеју напустити радно место док им се не обезбеди замена и уколико је њихово радно време истекло, ако би се тиме нарушило обављање здравствене делатности и угрозило здравље

пацијента. Здравствени радник може одбити пружање здравствене заштите ако здравствена заштита није у складу са њиховом савешћу или међународним правилима медицинске етике (приговор савести) о чему обавештава надређеног. Ово право не важи за пружање хитне помоћи.

Здравствени радник мора уредно да води медицинску документацију евидентирајући све медицинске мере које су предузете над пацијентом. Лекар обавештава свог пацијента о природи и току интервенције у циљу добијања његовог пристанка на исту.

Лекари морају стално да се стручно усавршавају ради одржавања и унапређења резултата рада и ради продужавања важења лиценце.

Односи лекара међу собом регулисани су кодексом професионалне етике ЛКС и заснивају се на коректности, искрености, поштовању и размени искустава. Часни лекар се односи према колегама онако како би желео да се они понашају према њему, поштује своје учитеље, а млађима служи за углед, брани колегу који је неоправдано нападнут и поштује начело солидарности.

Разлике у мишљењима не треба да изазивају сјорове

Лекарском позиву стране су увреде, клевете, омаловажавање, неоправдана и у лаичкој јавности изречена критика колега. О грешкама се не може расправљати са родбином, болесником или средствима јавног информисања. Лекари стручно сарађују у интересу пацијента. У медицини постоји стриктна подела рада, али и сарадња у конзилијумима.

Лекар не треба да зна све али треба да зна шта не зна. Са друге стране, лекар нема право избора, не може да бира ни болест ни болесника, већ мора нешто да учини одлучи и предузме. Лекар је, такође, дужан да проверава да ли се пацијент придржава терапије, што је рецимо важно код лечења туберкулозе.

Какав лекар треба да буде? Можда одговор лежи у давним мудростима, које су заборављене...

„Primum non nocere“...

„Cito, tuto et iucide“

„Divinum opus – cedere dolorum“

„Salus aegroti suprema lex est“

„Свеколика медицина је љубав“

„Само добар човек може бити добар доктор“

**ИНТЕРВЈУ – ПРОФ. ДР МАРИЈАН НОВАКОВИЋ,
НАЧЕЛНИК ВОЈНОМЕДИЦИНСКЕ АКАДЕМИЈЕ**

САМИ ШКОЛУЈЕМО ПОТРЕБНИ КАДАР

// ЗА ДЕВЕТ МЕСЕЦИ 2012. УРАЂЕНО 60.000 ВИШЕ АМБУЛАНТНИХ ПРЕГЛЕДА И ИНТЕРВЕНЦИЈА НЕГО ТОКОМ ЦЕЛЕ 2011. ГОДИНЕ // ОДРЖАН 191 ПРОГРАМ КМЕ // БЕЗ ДОБРИХ СТРУЧЊАКА ТЕХНОЛОГИЈА НЕМА СВРХЕ //

Војномедицинска академија, установа од огромног значаја за здравство Србије, под једним кровом обједињује лечење пацијената, научно-истраживачки рад и едукацију. О томе колико је тешко ускладити све те сегменте ако се зна да свакодневно кроз ВМА прође више од 10.000 људи, колико пажње се поклања школовању и подмлађивању кадрова, а колико увођењу нових терапијских метода, као и бројним другим питањима – за Гласник ЛКС говори бригадни генерал, проф. др Маријан Новаковић, начелник ВМА.

– ВМА је медицинска, образовна и научно-истраживачка институција са међународном репутацијом. Основана је 1844, а данас у свом саставу има и Медицински факултет и призната је као центар значајних научно-истраживачких активности. Доминантно смо опредељени за лечење војних болесника са целе територије Србије, а у складу са посебним уговором, последњих година имамо изванредну сарадњу са Републичким фондом здравственог осигурања која подразумева да до 40 одсто постељне мреже буде намењено цивилним осигураницима. За цивилне осигуранике, углавном из унутрашњости, који долазе на преглед о сопственом трошку, имамо и посебну службу која ради сваког дана од понедељка до четвртка поподне. Остали цивилни осигураници који добијају упут, а то су углавном осигураници из Београда, лече се као и војни осигураници у преподневним терминима.

Како настојите да смањите листу чекања?

Перманентно радимо на смањивању листа чекања за поједине пре-



гледе – као што су офталмолошке интервенције или трансплантација органа. За имплантацију вештачких зглобова колена или кука, ВМА је укључена у интегрисани систем са цивилним здравством, а процедуре се раде о трошку Републичког фонда за здравствено осигурање. Настојимо да чекање на оперативни захват буде што краће, као и на поједине дијагностичке процедуре – снимања на скенеру, ултразвучном апарату или магнетној резонанци. Инсистирамо на постављању правих индикација за те процедуре, а не да их обављамо на основу мишљења самог пацијента или његове немедицинске околине, нити без претходне консултације са лекаром. То често прави забуну, али и огромне редове чекања за поје-

дине процедуре најчешће без икакве потребе.

Усјевајте ли да држите корак са светом када су у питању савремена технолошка достигнућа?

Увек се трудимо да осавременимо средства и да, колико је могуће, пратимо брзи корак технолошког развоја у свету. Набављамо нове генерације и скенера и магнетне резонанце, ултразвука. Инсталиран је и пуштен у рад вишеслојни копјутеризовани томограф за спровођење конформалне радиотерапије код пацијената оболелих од малигнух тумора. Унапређена је ултразвучна дијагностика за 3D/4D визуелизацију набавком седам савремених ултразвучних

апарата који се користе у области кардиологије, ендокринологије, гинекологије, урологије и неурологије. Према Резолуцији 1325 Савета безбедности Уједињених нација о родној равноправности, обавезни смо и непрекидно идемо у правцу обезбеђивања адекватног лечења и свих других процедура потребних када су у питању припаднице женског пола. Јер, осим значајног броја жена међу запосленима и на руководећим местима, међу студентима-кадетима Медицинског факултета ВМА 50 одсто чине кадеткиње, а исто тако похађају и Војну академију.

Колико Војно медицинска академија ираћи „свејске трендове“ по-иућ једнодневне хирургије, интервенцијних процедура и слично?



Тренд је да што већи број пацијента буде амбулантно збринут или кроз различите видове дневне хирургије, дневне болнице. Само у периоду првих девет месеци прошле године број амбулантних прегледа и интервенција повећан је у односу на 2011. за готово 60.000. Управо кроз тај амбулантни рад тежимо да хоспитално лечење буде што краће. У просеку, број дана хоспитализације сада је нешто више од осам, а на појединим клиникама и драстично мање, чак и на хируршким. На интерној клиници испитивање увек траје нешто дуже, јер је потребно обавити велики број лабораторијских анализа и дијагностичких процедура.

Пацијенти долазе на лечење готово комплетно припремљени, поготову код хируршких грана, чиме

је преоперативни период сведен на минимум. На пластичној хирургији, полазимо од своје Клинике, дајемо пацијентима упутство шта да припреме и донесу, а уважавамо налазе свих референтних лабораторија и установа. Пацијенти који дођу данас, већ сутра могу да буду оперисани. Евентуално, погледа их само анестезиолог како би видео да ли се нешто акутно дешава с њима. Дужина постоперативне хоспитализације зависи од врсте интервенције, а онда пацијент наставља контроле амбулантно.

На свим нашим састанцима, било да је у питању целокупни колектив ВМА или по групама како смо организационо подељени (на хируршке, интерне, превентивне, групу института итд.), управо тежимо да изнесемо нове тенденције у смислу

жења, Српског лекарског друштва, удружења за поједине области медицине. Поред тога, изузетно су активне и медицинске сестре, које често имају усмене презентације на свим скуповима када су медицинске сестре/техничари у питању.

Сваке недеље на ВМА се одржава понеки стручни скуп, било у оквиру класичне континуиране медицинске едукације која се акредитује преко Здравственог савета и Лекарске коморе Србије, било као састанак секције СЛД или промоција медицинског уџбеника. Пре пар недеља имали смо изванредан међународни скуп о иновацијама у ендоскопској хирургији на коме је било више од 50 страних учесника и предавача и са извођењем и преносом хирургије уживо из наших операционих сала, што се у свету

КОНЗИЛИЈУМ

Дежурна екипа ВМА ради 365 дана у години, 24 сата дневно, и може да организује конзилијум за екстремно тешке случајеве у просеку за 10-так минута. ВМА је средом дежурна установа за ургентне пацијенте са територије целе Србије. Поред тога, изузетно тешки случајеви примају се током целе недеље, само уз претходан договор, јер не смемо да „загушимо“ капацитете због војне организације и редовног програма. Тог дана када је ВМА дежурна, ангажован је дупли број лекара и сестара, који наредног дана, после 24-часовног дежурства, не раде. И наш Национални центар за контролу тровања дежуран је свакодневно – каже проф. Новаковић.

скраћивања и побољшања ефикасности лечења, смањивања чекања, али и указујемо на потребу перманентне едукације свих лекара, јер медицина је таква да тражи перманентно освежавање знања и стицање нових искустава.

Континуирана медицинска едукација лекара данас је – империјив?

Изузетан значај придајемо континуираној медицинској едукацији која се спроводи преко Сектора за школовање и НИР и нашег Медицинског факултета. У 2012. години одржан је 191 програм КМЕ са акредитацијом Здравственог савета Србије. Свака клиника има свој план интерних клиничких семинара, семинара на нивоу различитих удру-

данас посебно цени. Стране колеге, заједно са нашим лекарима и председником Удружења херниолога Србије изводили су ендоскопске операције *hiatus hernije* желуца и „обичних“, ингвиналних хернија, а сви који су били присутни имали су директну комуникацију са оператором, уз могућност да гледају саму процедуру на екрану. Такви скупови су чести на ВМА из различитих сфера медицине.

Часопис Војносанитетски преглед од 2008. године налази се и на *Science Citation Index* листи, као један од ретких часописа из Србије. Огроман је прилив нових радова, око 350 на годишњем нивоу па се на објављивање мало и чека. У последње време све више радова се објављује на енглеском језику, што је добро и

ВМА У БРОЈКАМА И СЛОВИМА

Војномедицинска академија има у саставу има 27 клиника, 17 института, Специјалистичку поликлинику, Национални центар за контролу тровања, Центар хитне помоћи, Центар за трансплатацију солидних органа... У ВМА ради 2.628 запослених, међу којима је 486 лекара, 53 стоматолога, 38 фармацеута и 1.382 медицинских сестара/техничара. Током 2012. На различите специјализације на ВМА примљено је 25 специјализаната из цивилства. Научно-наставно веће чине 33 редовна и 26 ванредних професора, 18 доцента, пет асистената и један истраживач сарадник. Поред тога, на ВМА у звању наставника се налази 40 редовних професора, 47 ванредних професора, 34 доцента и 59 аси-

стената, један научни саветник, три виша научна сарадника, шест научних сарадника, један истраживач сарадник, и један асистент у настави.

ВМА располаже са 180.000 квадратних метара и 1.132 постеље, а попуњеност капацитета за првих девет месеци 2012. износи 71,72 одсто. У Специјалистичкој поликлиници током 2011. обављено је 324.693 прегледа, а само за девет месеци 2012. године 390.323. Број хоспитализација је смањен: 2011. године болнички је лечено 33.672 пацијената (22.369 цивила), а за период од 1. јануара до краја септембра прошле године 25.026 (17.329 цивила). За девет месеци 2012. обављено је 18.535 оперативних захвата, као и 2.708.330 лабораторијских услуга. У истом периоду 2012. године трансплантирано је 28 бубрега, од тога 14 кадаверичних, а 12 од живих донора. Трансплантиране су и две јетре.

обезбеђује бољу „видљивост“ у међународним стручним круговима.

Колика се њажња посвећује школовању кадрова?

Сва технологија која може да нам помогне у раду са пацијентима, а коју набављамо са више или мање тешкоћа, нема сврхе уколико немамо адекватне стручњаке, који се континуирано едукују током целог радног века. Када је реч о едукацији, на опште задовољство свих наставника ВМА и лекара који су укључени у било који вид наставе, имамо и базичне студије медицине. То је Медицински факултет ВМА који припада Универзитету одбране. У току је школовање четврте генерације кадета, што значи да ћемо за две године имати прву генерацију дипломираних лекара. Замисао је била да подмладимо кадар у целој Војсци, Министарству одбране, када је санитет у питању, да нам амбуланте по свим градовима Србије не буду празне или да у њима не раде лекари ангажовани повремено или на одређено време. Са новим, младим лекарима, који ће завршити наш факултет, обезбедићемо континуитет у покривености наших војних амбуланти у целој Србији, без њиховог дугог задржавања у општој пракси. Познато је да је за највећи број специјализација потребно бар две године радног искуства, тако да ће ти лекари бити континуирано смењивани са следећом генерацијом и релативно млади ће долазити на продужетак едукације- специјализације, специјалистичке докторске студије, докторске студије.

Школујете, дакле, само кадар који вам је потребан?

Плански и циљано, на Медицински факултет ВМА уписује се одређен број кадета. Они имају обезбеђен интернатски смештај и исхрану, а њихово је само да уче. Имамо такозвану менторску наставу: сваки кадет добије свог наставника који га прати од првог испита до дипломе, учествује са њим у свим анализама наставе, оптерећености, квалитета живота који имају код нас. Кандидати постижу изванредан успех на пријемном испиту. Поред тога, они пролазе проверу физичке способности и, као треће, психо тест Хедоника, којим се анализира не само чиста интелигенција, него и сналажења у разним ситуацијама. Значи, без тог тестирања ниједан кандидат не може да буде примљен. Са досадашњим генерацијама смо изузетно задовољни. Очекивано, у току ове и наредне године имаћемо и „биолошки одлив“ чак и професорског кадра, стручњака који су вредно радили до пензије. Њима ће бити понуђено да остану још неки период активни, у едукацији и лечењу пацијената у појединим сегментима, уколико проценимо да за тим има потребе и уколико они то желе. Другим речима, и када заврше радни век они ту још могу да се осећају „као код куће“.

Имаће и специјалистичке студије. Да ли планираће и увођење докторских студија?

Осим базичне едукације, Медицинског факултета ВМА, имамо и специјалистичке студије практично из свих грана медицине. Осим наших специјализаната из система Министарства одбране који раде као лекари, имамо и специјализанте не само из Србије, него и из

Босне, Црне Горе, Македоније, Алжира, Немачке... И пре две или три деценије један број страних лекара завршио је специјализацију на ВМА. Веома је пријатно када одемо у неку службену посету тим земљама, и када они проговоре на нашем језику, интересују се и питају докле смо стигли, питају за своје тадашње учитеље да ли су живи и да ли још раде. Тако да ћемо и у том сегменту и убудуће имати лекаре на специјализацији не само из система војске и Србије, него и околних земаља и шире. Уводимо и докторске студије на ВМА. Осим наших лекара, примамо и цивилне лекаре који испуњавају услове конкурса. Студије трају три године, а постоји неколико модула.

Колика је актуелних пројеката у које су укључени лекари ВМА?

Истакао бих значај „приближавања“ научника и клиничара, на добробит пацијената. Базичне науке као што су имунологија, анатомија, физиологија, патофизиологија, не изучавају се ради њих самих, као „уметност ради уметности“, него у циљу лечења пацијената. Настојимо да докторе који се превасходно баве истраживачким радом приближимо клиничарима како би се заједно укључили у велики број пројеката у склопу Института за научно истраживачки рад. У току су 32 пројекта, а клиника увек од тога мора да има користи. Јер, постићи резултат на лабораторијским животињама, без имплементације у побољшање медикаментозног или хируршког лечења пацијената, нема никакву сврху. Зато стално тежимо да објединимо клинике и институте да заједно буду укључени у истраживања, кроз научне пројекте.



ВМА РАСПОЛАЖЕ НАЈСАВРЕМЕНИЈОМ ОПРЕМОМ



Имамо и клиничке студије које се раде и у свим другим медицинским установама терцијарног нивоа, као и свуда у свету. Нарочито богате клиничке студије раде се у склопу интерне медицине, неурологије, кардиологије, где је стварно битно осавремењавање у примени терапије и одређених интервентних процедура. Ту нарочито доминирају неурорадиологија, неурологија, неурохирургија, кардиологија, кардио и васкуларна хирургија. Некад у шали кажем како ће кардиолози помоћи кардиохирургима, применом ендоскопских и ендоваскуларних процедура у решавању озбиљних здравствених проблема пацијената. То је добро, али кад гледамо целу медицину увек је добро кренути од превентиве. Ако је превентива добра, уз добру едукацију, предавања намењена целокупној популацији о превентивним факторима за настанак најчешћих обоље-

ња – кардиоваскуларних болести и малигнух тумора, онда бисмо имали далеко мању потребу за интервентним процедурама.

Тумори су, нажалост, и код нас на другом месту заступљености патологије, одмах после кардиоваскуларних болести. ВМА је и референтни онколошки центар за лечење малигнух тумора. У склопу ВМА ради велики број конзилијума за лечење зависно од локализације, органа и ткива које малигни тумор захвата.

Имамо добру сарадњу са Министарством здравља, а министарка Славица Ђукић Дејановић укључила је велики број специјалиста ВМА у републичке стручне комисије где ћемо, заједно са колегама из других клиничких центара, увек имати шансе да изнесемо наше ставове и наша искуства, као и да заједно делујемо на свим нивоима, од дома здравља надаље.

ВМА је и центар за трансплантацију, а ђуно сте допринели промовисању донорства органа. Шта још негосијаје да би трансплантација добила место које заслужује?

Преко РСК и Управе за биомедицину укључени смо у програм трансплантације солидних органа и матичних ћелија костне сржи, у чему смо веома успешни. Само током једног дана протекле седмице трансплантирано је три бубрега, а пацијенти су добро и практично скинути са програма дијализе. На ВМА ради се и трансплантација јетре. Ту ћемо, имам утисак, морати још да порадимо заједно са цивилним структурама и лекарима из цивилства око формирања јединствене листе чекања када су у питању бубрези и јетра. Реч је о изузетно сложеној хирушкој дисциплини која захтева мултидисциплинарни приступ: потребно је ангажовање

НОВЕ МЕТОДЕ У 2012.

- **ОРЛ:** у сарадњи са представницима Универзитета у Бечу, урађена имплантација активног импланта средњег ува
- **Неурологија:** примењена транскранијална магнетна стимулација (ТМС) метода у третману пацијената са депресијом
- **Ортопедска хирургија и трауматологија:** уведене нове методе у артроскопској хирургији рамена, код лечења прелома коштаног зглобног система и први пут изведена имплантација новог типа ендопротезе кука
- **Урологија:** уведене две нове хирушке методе код корекције курватуре пениса и код имплантације пенилне протезе
- **Васкуларна и ендоваскуларна хирургија:** уведено 11 нових метода, међу којима хибридна реконструкција хроничне дисекције аорте тип 11

- **Грудна хирургија:** хирушка метода VATS тимектомије
- **Офталмологија:** техника у лечењу глаукома „express shunt“
- **Хематологија:** прва алогена трансплантација матичних ћелија од подударног несродног даваоца из Интернационалног регистра добровољних двалаца (из Немачке)
- **Дерматовенерологија:** уведена новина у имунолошкој дијагностици пемфигуса
- **Неурохирургија:** једина клиника у Србији у којој се раде све операције из домена стабилизације кичме (траума, тумори, дегенеративна кичма, сколиоза)
- **Кардиохирургија:** унапређен рад увођењем нових оперативних техника на срцу
- **Анестезиологија и интензивна терапија:** нови напредни системи који се односе на мониторинг константних хемодинамског праћења код најтежих болесника

13 <

огромног тима, од постављања дијагнозе, имунолога, патолога, биохемичара, трансфузиолога, анестезиолога, хирурга, до етичког одбора. Стављању одређеног пацијента на листу чекања претходи сложена процедура. Када се нађе донор, са листе чекања позивају се пацијенти чији параметри имају највећу подударност са донором.

Колико је захтевно бити на челу великој систему какав је ВМА?

Годину и по дана сам на руководећем месту ВМА и, признајем, веома је тешко водити овако велики систем. Пре тога био сам начелник Клинике за пластичну хирургију која има много мањи број људи, па је и управљање било знатно лакше.

обезбедили смо значајан број лекара у смислу подмлађивања кадра и едукације, а увек постоји могућност да најбоље од њих одаберемо да после специјализације остану да раде у ВМА. Ако примимо пет доктора на специјализацију, не значи да ће свих пет остати, али зато постоји ментор, специјалистичка комисија, кадровски савет – који ће обезбедити да онај ко показује жељу да учи током специјализације и добија добре оцене, има шансе да остане и даље се усавршава. Важно је да направимо добру селекцију. Својим запосленим увек кажем да само желим да бар тих осам сати свако поштено одради и онда никада никог глава не би болела.

Тешкоћа има, као и у целој Србији, око снабдевања лековима,

ве, лампе, јер ВМА ради тридесетак година и све има свој рок трајања, али у томе нисмо успели због тендерске процедуре. Надам се да ћемо идуће године обновити оперативни блок. Јер, то је „рудник“ у коме раде хирурзи, анестезиолози и пратеће службе. Успели смо да реновирамо и направимо један нови део интензивне неге управо за тешке пацијенте кардиохирургије и програма трансплантације. „Мали шок“, заправо мања интензивна нега, комплетно је реновирана у грађевинском смислу, делом и технолошком. Ове године планирамо да средимо и главну интензивну негу. Осим тога, на свим организационим јединицама ВМА, клиникама, институцијама, суцесивно и плански мењају се дотрајали елементи.



Уз најаву, тешки случајеви примају се целе недеље



Магнетна резонанца



Специјалистичка поликлиника ВМА

ВМА, међутим, има око 2.600 стално запослених, као и неколико стотина људи ангажованих по уговору о повременом и привременом пословима. Тешко је, зато што имамо велики број сегмената, делатности - наука, лечење, едукација, што тражи максималну посвећеност.

Током 2012. запослили смо један број лекара специјалиста из цивилства, а отпочело је више од 50 специјализација лекара из војног система и цивилства, оних који су испунили услове конкурса. За следећи период

потрошним санитарским материјалом, новим апаратима... Задовољан сам са великим бројем лекара, сестара, техничара. Трудимо се да побољшамо комуникацију на свим нивоима, од шалтера до професора.

Шта очекујете од 2013? Који ће бити Ваши приоритети?

У току 2012. године требало је да комплетирамо оперативни блок, набавимо нове оперативне столо-

У плану је набавка оперативних столова и лампи, реновирање и интензивне неге, делова инфраструктуре. Вероватно ћемо бити укључени и у процедуру вантелесне оплодње, тако да имамо обећања да ћемо и тај процес ВТО започети у 2013. Свака клиника, у суштини, има перманентни задатак осавремењивања - примене најновијих принципа лечења, увођење нових процедура, на добробит пацијената.

Јасмина Томашевић

ПЛАНОВИ

- Увођење програма за вештачку оплодњу
- Набавка савремене неурофизиолошке опреме за примену видео ЕЕГ дијагностике (већ постоје обучени кадрови)
- Припреме за трансплантацију матичних ћелија код болести моторног неурона, инфаркта мозга и траума кичмене мождине
- Отварање Центра за мождани удар

ЛИЧНОСТ ГОДИНЕ – ПРОФ. ДР ДРАГАН ДЕЛИЋ,
ПРЕДСЕДНИК ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ

ЗДРАВЉЕ ЈЕ НАЦИОНАЛНИ РЕСУРС

// ДОБАР ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ПРЕДУСЛОВ ЈЕ ДА СВИ ОСТАЛИ СИСТЕМИ ДОБРО РАДЕ // ПРЕВЕНЦИЈА ЈЕ „БРОЈ ЈЕДАН“ // ВЕЛИКИ СИСТЕМИ СУ ИНЕРТНИ, А НАГЛЕ ПРОМЕНЕ МОГУ ДА БУДУ КОНТРАПРОДУКТИВНЕ //

Здравствени систем један је од темеља друштва, најбитнији стуб система, поред образовања, правосуђа и полиције. Здравље је национални ресурс. Добар здравствени систем предуслов је да сви остали системи добро раде и нелогично је што се тај систем сврстава у потрошњу - каже, у разговору за Гласник, проф. др Драган Делић, председник Здравственог савета Србије и директор Клинике за инфективне и тропске болести Клиничког центра Србије.

Реч је, сматра наш саговорник о потпуно погрешној тези. Он подсећа да је здравствени систем, заправо, услужни систем.

- Лекари пружају високософистициране услуге, које носе у себи највише знања, одговорности, стреса, и од којих свака има своју шифру и цену. Фактуришу се, а тај новац који одлази у Фонд за здравствено осигурање, на неки начин отуђен је од нас који смо га створили. У Закону пише да Фонд обезбеђује финансијска средства. Како? Ми та средства зарађујемо својим радом, а Фонд је „изнад“ нас и одлучује колико ћемо новца добити. То је апсурдна ситуација, - истиче проф. Делић.

Према његовим речима, здравствени систем треба да буде више „у економским водама“, а не да се преко њега решавају економски и социјални проблеми. С друге стране, држава мора да води одговорну социјалну политику. Здравствени систем, каже проф. Делић, током последњих 25 година изнео је велики терет и био економски и социјални вентил за наше друштво. Али, таква ситуација не може да траје бесконачно. Иако се држава обавезала да ће за 1.250.000 неосигураних лица дати око 520 динара по једној осо-



Проф. др Драган Делић

15 <

би за трошкове здравственог осигурања на годишњем нивоу, чак ни та средства нису уплаћена.

– Мислим да постоји непоштен однос државе, друштва према систему здравства. То је нешто што здравствени радници осећају као велики проблем. Систем вредновања и награђивања рада у здравству је неадекватан и мора да се мења. Лекар примарне здравствене заштите данас има плату као возач у ГСП, а примаријус у дому здравља, начелник службе, специјалиста има мању плату него машинбравар у Костолцу или Колубари. То ме подсећа на Совјетски Савез у време Брежњева, био сам тада на усавршавању у Москви, када су лекари професори факултета имали мању плату од радника. Мислим да је наша земља једном ногом у суровом капитализму, а другом у социјализму. Мој став је да врхунски кардиохирург или неурохирург треба да има плату као пилот Јат-а, око 3.000 до 4000 евра, а сестра у интензивној нези као службеница у Народној банци. Наш рад мора да буде валоризован, с тим што би и међу медицинским посленицима требало да постоје разлике. Али, ако је здравство на 26 месту по зарадама, не треба од здравствених радника да почиње завођење реда, дисциплине и одговорности. То је погрешан редослед. Заблуда је и да ми имамо вишак лекара и сестара у односу на Запад. Напротив – указује председник Здравственог савета.

Када је у питању корупција, Делић сматра да она „није болест, већ симптом, као повишена температура код инфективног болесника или бол у трбуху код хируршког болесника“.

– Корупција само указује да постоји једно болесно друштво. Њено исходиште није у здравственом си-

стему, јер смо као здравствени радници, по природи ствари, едуковани и оријентисани тако да су нам главне идеје водиле да помогнемо човеку, алтруизам, жеља да изађемо у сусрет, разумевање. Наравно, у свакој професији ви ћете наћи неког ко је ту „залутао“ – уверен је проф. Делић.

Лекари без љубави на грешку

Он подсећа да једино лекарска професија има континуирану медицинску едукацију (КМЕ), коју су лекари прихватили са свешћу да је неопходна. КМЕ је и законска обавеза. – Да би лекар завршио ужу специјализацију потребно је 14,5 година учења. И после тога наставља да учи. Свесни смо да је то неопходно, али, то треба ценити. Осим тога, наша одговорност је немерљива. Поготово ургентне службе, службе које имају најтеже пацијенте, где лекар одговара за живот болесника и исход болести. Осим физичког и психичког напора, постоји и велики притисак друштва да, фактички, лекар не сме да направи грешку, а да, притом, нема оптималне услове рада, дијагностике и лечења. Недавно сам прочитао податак да на годишњем нивоу 7,2 одсто америчких лекара пријави грешку, три одсто педијатара, 14 до 15 одсто кардио или неурохирурга. Сви они имају грешке. Притом, лекар у Америци има дијагностику „надобрат руке“, као и најбоље и најсавременије лекове. Ми то немамо. Просечна надокнада за лекарске грешке у Америци износи око 100.000 долара. У нашој земљи, ако лекар погрешно, првог дана ће бити на насловној страни новина. Људи никако да схвате да ми нисмо чудотворци, да нисмо „цепно издање Бога“, а да је медицина сложена и има до-

ста непредвидивих ствари. Наравно, неприхватљив је јавашлук, површност, незнање. Човек и болест захтевају велико знање, брзо размишљање, али и могућност дијагностике и лечења – каже професор Делић.

О новинским написима, нарочито насловима, у којима се лекари пре судског процеса окривљују и свавлају на стуб срама, наш саговорник каже:

– Читали смо и да су лекари украли бубрег, да су тровали децу цитостатиком, дајући им високе дозе да би више зарадили... Нико се није извинио због таквих неистина. Веома је опасно то што се ради са здравственим системом и здравственим радницима. Не кажим да треба да будемо заштићени, да нико не може да нам упути критику, али су опасне непроверене, тенденциозне и злонамерне оцене.

Професор Делић указује да мора да се дефинише основни пакет здравствених услуга које држава гарантује за сваког житеља. Све изван тога треба да покрива допунско здравствено осигурање. Он наводи да је, како је земља постајала економски слабија, све више растао утицај Фонда за здравствено осигурање и он је, фактички, креирао здравствену политику.

Ту политику, каже, треба да креира Министарство здравља са својим стручним комисијама које су формиране за многе области у медицини, као и Институт за јавно здравље „Батут“. Наравно, у томе треба да помажу: Лекарска комора, Здравствени савет, Лекарско друштво. Можда Фонд има најбоље намере, али то није добро. Фонд је једна врста банке која треба да прикупља средства, (он их не обезбеђује, иако тако пише у закону) дистрибуира и контролише како се троше.

КЊИГА ЗА ПОСТДИПЛОМЦЕ

У Деканату Медицинског факултета у Београду недавно је промовисана књига Хронични вирусни хепатитис, аутора проф. Драгана Делића. Реч је о уџбенику за постдипломску наставу, у коме је на 370 страница, сажето 30-годишње искуство и резултати испитивања која је професор Делић радио, као и најновија светска достигнућа.

– Хронични вирусни хепатитис један је од највећих проблема хумане медицине, јер у овом тренутку у свету живи више од 600.000.000 људи са вирусом жутице В, С или D. У Србији процењујемо да ту инфекцију има од 400.000 до 500.000 људи. Невоља је у томе што већина њих, три од четири, и не зна да има ту инфекцију. То је поодмукла, тиха инфекци-

ја која код 20 до 30 одсто болесника може да пређе у цирозу, а затим у тумор јетре. Хепатитис је парадигма времена у коме живимо. Доноси многобројне проблеме – медицинске, епидемиолошке, социјале, етичке, економске. Истраживања у области ХИВ-а, на неки начин, искористили смо и код хроничног вирусног хепатитиса у смислу дијагностике: тачно доказујемо вирус у крви, његову концентрацију, његове мутације. Имамо и нове антивирусне лекове који директно прекидају размножавање тих вируса, као и имуномодулаторе (интерферон) који појачавају имунски систем. Комбинацијом неколико лекова успевамо да вирус елиминисемо код хроничног хепатитиса С код значајног броја болесника, а код хроничног хепатитиса В оболелог уводимо у ремисију, мирну фазу болести. Медицина се брзо развија и ми покушавамо да то пратимо.

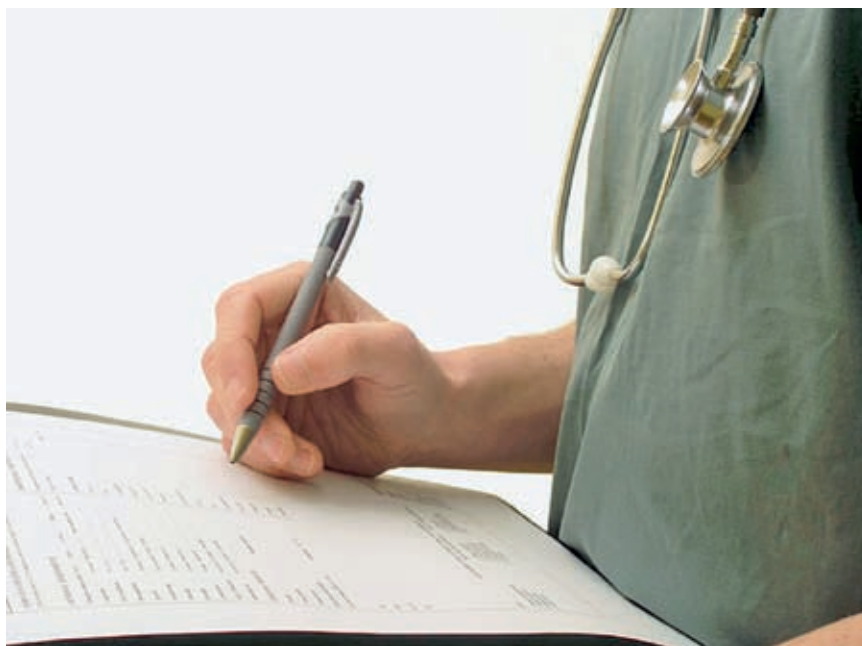
– Грађани треба да схвате да је здравствени систем скуп свуда у свету. Могу да постоје разлике у квалитету, али јефтин здравствени систем био би – алхемија. Али, ми нисмо ахлемичари. Чињеница је и да је здравље најскупље. Без здраве популације нема биолошког опстанка. На седници Здравственог савета посвећеној прираштају указано је да се Србија налази у опасној ситуацији биолошког одумирања: ако се овакав тренд настави, за 250 година више нас неће бити. Направили смо закључке и упутили их Министарству здравља.

КМЕ – ѿошенијал здравсѿвеној сисѿема

Проф. Делић уверен је да је континуирана медицинска едукација оправдала своје увођење. Идеја је одлична, упркос томе што су у току реализације неки принципи доведени у питање – од тога да се не

САВЕТОДАВНО ТЕЛО

Здравствени савет, као саветодавно тело, сагледава неке проблеме, указује на њих и предлаже могућа решења. У радној групи увек су ангажовани и људи ван Здравственог савета који имају знања о одређеној теми. Разматрана су и многа друга питања (бањско-климатска лечилишта, Институт за имунологију и вирусологију Торлак, стоматолошка заштита, негативни прираштај...) Здравствени савет покушава да отвори та питања, а сви закључци упућују се Министарству здравља. Предлози Савета су полазна основа за ширу дискусију свих заинтересованих структура. Неретко су, међутим, закључци завршавали у фиоци.



Здравствени савет предложио да се укине чекање на специјализацију

поштује оно што се пријави, да има више комерцијализације него што је неопходно итд.

– Бројка од 8.000 до 9.000 пријављених програма КМЕ годишње, говори о богатству, потенцијалу здравственог система Србије. У сваком програму има по десетак или више тема. То показује да су наши здравствени радници – лекари, сестре, биохемичари, стоматолози и фармацеути, креативни, људи од струке и мотивисани да уче. У питању је обиман посао. Одличну сарадњу имамо са коморама и покушали смо да заједничким напором те програме акредитујемо, на основу

Правилника који је усвојило Министарство здравља. Здравствени савет има задатак да програме који су акредитовани упореди са Правилником. То је више оперативни, логистички, не много креативан посао. Савет треба да ради контролу реализације, можда заједно са коморама и, што је битно, евалуацију квалитета реализованих програма.

Нисам за те брзе, непромишљене и „кратковиде“ промене. Морамо ићи у промене, али постепено. Јер, здравствени систем је огроман и има више од 120.000 људи, а велики системи су инертни, тако да

брзе, нагле промене, могу да буду контрапродуктивне. Зато, све промене треба радити промишљено, постепено, без журбе. Примера ради, укидање саветовалишта за дијабетес била је погрешна одлука као и стоматолошка реформа којом је покушано да се уштеди на краће стазе, а имаћемо много веће трошкове у здравственом систему због утицаја кварних зуба на здравље. Платићемо вероватно стотруко – упозорава Делић.

Људски ресурси

Око 2.000 људи који су завршили медицину пријављено је на бироу за незапослене. Све више младих лекара због посла одлази у иностранство, а, с друге стране, Словенци, Немци и други добијају наше „готове“ лекаре, а да нису динар уложили у њих. То је поклон тим земљама, а губитак за Србију. Здравствени савет је пре више од две године отворио питање уписне политике на медицинске факултете. Направљен је елаборат о томе, донети неки закључци. Савет је иницирао да Министарство здравља формира радно тело од представника министарства здравља и просвете и Института Батут, које је требало да направи план уписне политике Србије за наредних десет година за све медицинске струке. То није учињено.

Чланови Здравственог савета разматрали су и питање лекарског стажа. Указано је да лекарски стаж траје шест месеци и идентичан је по програму 12. семестра током студија.

– Лекарски стаж је непотребан. Само треба „уозбиљити“ 12 семестар да буде у служби практичне наставе и уштедело би се тих пола године лекарског стажа. Да би, без застоја, завршио ужу специјализацију лекару је потребно 14,5 година. Томе ваља додати лекарски стаж и две година чекања на специјализацију. Савет је предложио да то чекање укине, а да здравствена установа процењује да ли је нека особа способна за специјализацију после месец, два, или годину дана. Недопустиво је да неких специјализација има у вишку, а да друге недостају. За то одговорност сноси Министарство здравља.

Делић сматра да треба отворити и питање секундарног одабира кадрова на секундарном и терцијарном нивоу. Према закону о радном односу, ако је неко примљен „за стално“, више му нико ништа не може: не мора да се усавршава, чита, публикује, а једино ако направи ве-

17 <

лику грешку и кривично одговара може да добије отказ.

– То је погубно за установе секундарног и терцијарног нивоа. Треба да постоји склапање уговора на неколико година, као и неопходност сталног усавршавања да би струка напредовала – тврди наш саговорник и указује на потребу да се направи реорганизација система: здравствене установе не треба да воде лекари већ професионалци – правници, економисти, менаџери, а да у установи постији борд лекара који ће водити развојну политику, здравствену политику, истраживања, кадровску политику. Он оцењује да су најкреативнији људи, са интегритетом, нажалост, прилично „ван сфера одлучивања“, а грех је, каже, да се такви људи не укључе у процес стварања нове здравствене политике.

Превенција је „број један“

Као лекар који лечи најтежа стања на терцијарном нивоу, проф. Делић истиче да схвата колики је значај превентивне службе.

– Превенција је најједноставнија, најефикаснија, најјефтинија. Неприхватљиво је што постоји антиванкционални лоби, јер нам се сада инфективне болести враћају. Током 2012. у Енглеској је петоро деце умрло од пертусиса- великог кашља, на хиљаде је оболело, има дечје парализе у свету, морбили су били чак и у Србији, као и заушке. Враћају се класичне инфективне болести које вакцина апсолутно елиминира. За мене је вакцина највеће откриће у хуманој медицини које је потпуно променило ток цивилизације. Она је доступна, јефтина, ефикасна и заиста нема тих ефеката о којима се прича. У Србији је у пандемији АИВИ умрла 161 особа, а те махом младе особе биле би живе да су вакцинисане. И нико није одговоран за то што нису примиле вакцину.

Чак 85 одсто смртних исхода у Србији наступа због масовних незаразних болести -кардиоваскуларних, малигних болести, метаболичких (дијабетес), као и опструктивне болести плућа. Те болести могу да се превенирају или, пак, да се благовремено докажу скринингом. Најважније је да се болест спречи и благовремено дијагностикује, а онда да се лечи. Чињеница је да око 60 одсто средстава у здравственом систему Србије потроши на секундарни и терцијарни ниво. Чињеница је да има само три до четири одсто превентивних прегледа у примарној здравственој заштити. У Европи је то три пута више.



Укидање саветовалишта за дијабетес била је погрешна одлука

Наш лекар примарне заштите мора да буде оспособљен, да има дијагностику, али и да има довољно времена да прегледа болесника, а не да за десетак минута мора да разговара са пацијентом, прегледа, убаци податке у рачунар итд. Треба му дати и времена и могућности да преузме терет да реши 85 одсто свих здравствених проблема. Примарна здравствена заштита треба да буде носилац здравственог система, а секундарна и терцијарна, као други, трећи ред у том ешалону: да збрињавају само оно што промакне, што се не дијагностикује благовремено, што је објективно тешко доказати. Тог здравственог радника треба наградити много више, дати му довољно времена за рад, за едукацију. Треба помоћи са водичима добре клиничке праксе, протоколима за дијагностику и лечење. Не може да се на клинику шаље све и свашта. Мора да се створе могућности, укључи знање и одговорност да се многе ствари решавају на нивоу примарне заштите. Добра воља већине лекара постоји – објашњава проф. Делић.

Говорећи о плановима, професор Делић открива да, као директор, покушава да дефинитивно реши питање Инфективне клинике. Медицински програм сада се одвија у пет зграда, од којих најстарија датира из 1926. године.

– Павиљонски тип болнице био је актуелан онда када су постојале

инфективне болести које су се преносиле капљичним путем, као што су шарлах, дифтерија, па је морало да буду одвојене. Данас тих болести више нема. Веома је скупо одржавати пет зграда, чак и када су нове. Мој концепт Инфективне клинике више није павиљонски, јер је то са медицинске стране – непотребно и са економске стране – погубно. То је омча око врата, а отежава и организацију посла. Постоји сагласност на нивоу Клиничког центра и Министарства да се направи нова Инфективна клиника у кругу КЦС, мања, која би уместо садашњих 154, имала 120 болесничких постеља и једнокреветне и двокреветне собе са купатилима. Неке собе биће са негативним притиском, намењене висококонтagioзним инфективним болестима које мора да се изолују, а планирано је и више јединица интензивне неге за најтеже инфективне болеснике. То ће бити једна нова зграда, мања, са сепаратним одељењима и већим бројем амбуланти, дијагностиком. Заиста бих желео да 2016, када славимо 90 година од оснивања, дочекамо у новој модерној клиници. То је моја идеја, зато сам и прихватио улогу директора, јер хоћу да са својим сарадницима створим једну нову, савремену Инфективну клинику и да је оставимо лекарима који долазе.

Јасмина Томашевић

ТЕМА БРОЈА – МЕДИЦИНА СПОРТА У СРБИЈИ >>>

КРАТАК ИСТОРИЈАТ РАЗВОЈА СПОРТСКЕ МЕДИЦИНЕ У СРБИЈИ

**МЕДИЦИНСКА НАУКА
У СЛУЖБИ СПОРТА**

// МЕЂУНАРОДНО УДРУЖЕЊЕ СПОРТСКЕ МЕДИЦИНЕ (FIMS), ОСНОВАНО 1928, ДАНАС ОБУХВАТА ВИШЕ ОД 120 НАЦИОНАЛНИХ АСПОЦИЈАЦИЈА СПОРТСКЕ МЕДИЦИНЕ // ОРГАНИЗОВАНИ ЛЕКАРСКИ ПРЕГЛЕДИ СПОРТИСТА У БЕОГРАДУ ЗАПОЧЕТИ СУ 1925, А ПОЧЕТКОМ 21. ВЕКА СРБИЈА ЈЕ ИМАЛА ВИШЕ ОД 100 СПЕЦИЈАЛИСТА МЕДИЦИНЕ СПОРТА //

Пише: Проф. др Слободан Живанић, почасни председник Удружења Медицине спорта Србије

**ПОЧЕЦИ СПОРТСКЕ
МЕДИЦИНЕ У СВЕТУ**

Мада постоје историјски подаци о лекарима који су се бринули о здрављу спортиста на античким олимпијским играма или гладијатора у старом Риму, многи почетке модерне, спортске медицине везују за крај деветнаестог века. Наиме, 1883. године конструисан је ручни ергометар, први инструмент за мерење физичког рада. Шест година касније промовисан је први тредмил, а 1896. године на Светској изложби техничких достигнућа у Паризу приказан је и први бицикл-ергометар. Када је 1911. године Шкотланђанин Douglas конструисао гасну врећу, на основу анализе узорака издахнутог ваздуха могло се приступити комплекснијим разматрањима везаним за метаболичке промене у организму под утицајем дефинисаног физичког напора, као и одређивању физичког радног капацитета.

Ова открића нису означила само почетке модерне спортске медицине, већ су истовремено представљала преломни тренутак у развоју целокупне медицинске науке. До њихове примене у пракси, предмет интересовања медицине био је искључиво болесник везан за постељу.

Отварање могућности да се изучавају промене у организму изазване физичком активношћу код здравих и болесних особа означило је револуционарни прелазак медицинске науке из статичке у динамичку фазу развоја, која представља једну од основних карактеристика медицинске мисли XX века.

За нова открића, којима се могло пратити реаковање организма на физички напор и одређивати физичка способност, први су се заинтересовали лекари, махом бивши спортисти, који су се старали о здрављу и физичкој способности националних екипа на обновљеним, модерним Олимпијским играма. Већ у мају 1911. током одржавања Прве међународне изложбе хигијене у Дрездену приказана је, за оно време, добро опремљена спортска лабораторија за антропометријске, функционалне и радиолошке прегледе. У периоду од шест месеци трајања те изложбе посетиоци су могли да провере своју физичку способност на основу прикупљених параметра-

ра пре и после вежбања под медицинским надзором. Први конгрес научних истраживања у спорту, са 60 учесника, одржан је 1912. године у Оберхофу у Немачкој. Поред осталих, теме конгреса су биле: „Значај физичког васпитања са хигијенског гледишта“, „Жена и физичка способност“, „Утицај редовног вежбања на кардиоваскуларни систем“... Године 1913. у Берлину први пут је званично употребљен израз спортски лекар. Од 1922. године у Паризу почиње да излази први спортско-медицински часопис.

Током одржавања II Зимске олимпијаде 1928. године у Сент Морицу (St. Moritz), организован је састајак 32 лекара из 11 националних олимпијских селекција на којем је формирано Међународно удружење спортске медицине (Federation International de Medicine Sportive – FIMS). Дефинисани су основни циљеви Удружења – размена информација и искустава везаних за истраживања и практичне аспекте спортске медицине. Тај догађај сматра се званичним датумом настанка спортске медицине као нове медицинске дисциплине.

Исте године, током IX Летњих олимпијских игара у Амстердаму одржан је први конгрес FIMS-a, уз учешће 286 лекара из 30 земаља. Први статут FIMS-a одредио је три правца деловања: (1) промоција научних истраживања у областима биологије, психологије и социологије спорта, (2) промоција истражи-

МЕДИЦИНА СПОРТА У СРБИЈИ

Специјализација у четири прага

Специјализација из медицине спорта обавља се на медицинским факултетима у Београду, Новом Саду, Крагујевцу и Нишу према програму који је компатибилан са програмом специјализације у Европским земљама.

БЕОГРАД: Катедра за последипломску наставу из медицине спорта

Катедра медицине спорта на Медицинском факултету, Универзитета у Београду формирана је 15. октобра 1970. године на иницијативу наставника и асистената који су се бавили истраживањима из ове области. Оснивачи катедре су били доц. др Д. Јовић (први шеф катедре), проф. др О. Недељковић, доц. др О. Поповић и асистенти др В. Јорга, др И. Јорга, др В. Мујовић и др Б. Мршуља. Током година шефови катедре били су проф. др Предраг Милошевић, проф. др Владимир Јорга, проф. др Илија Јорга, проф. др Томислав Јовановић, а актуелни шеф катедре је доц. др Сања Мазић. Школске 1982/83. почела је постдипломска настава на катедри. До данас, магистарске тезе је одбрало више од 15 кандидата, а велики број докторских дисертација има тему из области медицине спорта. Само од 1996. године специјалистичке испите из медицине спорта положило је 49 кандидата.

Програм специјалистичке наставе на Катедри је један од првих на овим просторима који је усаглашен са европским стандардима. Он траје четири године (до школске 2011/12. године је био трогодишњи), а у теоријску и практичну наставу укључено је више од 60 наставника Медицинског факултета. Конципиран је са циљем да полазници стекну знања из вештине из сродних медицинских грана (интернистичких, хируршких и других) са посебним нагласком на релевантну кардиолошку, ендокринолошку и метаболичку проблематику, функционалну дијагностику, исхрану и суплементацију, начине борбе против допинга, али и ургентну медицину, спортску трауматологију и физикалну медицину са рехабилитацијом. Медицина спорта постоји и као изборни курс на додипломским студијама на Медицинском факултету.

Такође, Катедра медицине спорта сарађује са релевантним међународним и домаћим организацијама и установама по питању едукације и истраживања, организује различите активности: симпозијуме, конгресе, летњу и зимску школу спортске медицине као и низ других видова едукације лекара из ове области.

НОВИ САД: Катедра за последипломску наставу из медицине спорта

Катедра постоји од 2000. године при Заводу за физиологију. Шеф катедре од оснивања је проф. др Никола Грујић. Катедра учествује у последипломској настави, организује специјалистичке испите и докторске

студије. Од 2009. године уведен и елективни предмет у основним студијама, спортска медицина и рехабилитација.

НИШ: Катедра за последипломску наставу из медицине спорта

Катедра за спортску медицину Ниш формирана је 1970. године. Оснивач катедре био је проф. др Божидар Миленовић познати специјалиста медицине спорта и први председник Балканске асоцијације лекара медицине спорта.

Магистарске и докторске студије на Медицинском факултету Универзитета у Нишу основане су 1980. године. Од тада до данас специјализацију је завршило 18 лекара, магистарске студије осам лекара и докторске студије шест лекара. Руководилац катедре је проф. др Милорад Митковић, а руководилац практичне наставе је др сц. мед. Милорад Јеркан.

КРАГУЈЕВАЦ: Катедра за последипломску наставу из медицине спорта

Последипломско усавршавање из спортске медицине на Факултету медицинских наука постоји званично од формирања Факултета, а био је један од првих смерова који је заживео у пуном замаху средином 90-тих година прошлог века. У том периоду највећу заслугу за развој овог смера тадашњих магистарских студија имала су проф. др Милорад Јефтић и проф. др Мирослав Маџарац.

До данашњег дана је на Факултету медицинских наука одбрањено више од 20 магистарских теза из ове области. Реформом последипломског усавршавања 2005. године почеле су да раде докторске студије из спортске медицине, а преструктурирањем 2007. године је формиран јединствен смер Експериментална и примењена физиологија са спортском медицином, с обзиром да се већина физиолога која ради на нашем факултету бави и спортском физиологијом. Руководилац тог последипломског курса је проф. др Владимир Јаковљевић. Поменути смер докторских студија је јединствен у нашој земљи, јер обједињује на једном месту базичну и примењену науку из физиологије, са посебним акцентом на физиологију физичког оптерећења. С обзиром на мултидисциплинарност овог смера, постали смо атрактивни не само за лекаре, већ и за друге пофиле, поготову професоре спорта. До сада је по овом новом студијском програму одбрањено седам докторских дисертација, а више њих је у завршној фази израде.

Од 2010. године је у оквиру специјалистичких студија обновљена и Катедра за специјализацију из спортске медицине, чији је шеф, такође, проф. др Владимир Јаковљевић. С обзиром на стартешке правце развоја Факултета у наступајућем периоду, од рада те катедре се доста очекује. //

АКТИВНОСТИ РЛК



КАПЕТАН ДР ЈОСИФ НЕДОК
ПРЕГЛЕДА ВОЈНИКЕ У ВОЈНОЈ
ВОЛНИЦИ У КОСОВСКОЈ МИТРОВИЦИ



ДР ЦЕЦИЛИЈА БИБИКОВА ИЗ САНКТ ПЕТЕРБУРГА
СА СЕСТРАМА И СРПСКИМ РАЊЕНИЦИМА

ница Московске иверске заједнице, са начелником др Аксентијем Христифоровичем Бабасиновим, која је донела модеран рендген апарат. Постоји податак да је током 1912–1913. дошло укупно 11 руских мисија са 28 лекара, два фармацеута, 86 сестара, 160 болничара и 11 економа.

Осим Руса, значајна је и помоћ медицинских мисија и лекара из Швајцарске. Српском санитету су се за помоћ пријавили и припомогли и здравствени радници из Чешке, Пољске, Немачке, Британије, Холандије, Словеније, Италије, Аустрије, скандинавских земаља...

Допринос страних санитетских мисија био је огроман, јер су њихови хируршки тимови спашавали велики број наших рањеника, тако да су руски хирурзи оперисали у Скопљу и Прилепу, а швајцарски у Једрену. Захваљујући помоћи Русије, током ослобођења Љеша, Скадра и Драча, организован чак и санитетски брод. Наиме, руски болнички брод „Петербург“ на Јадранској обали евакуисао је 550 српских рањеника и 250 оболелих од тифуса.

МИЛАН РАКИЋ НА ГАЗИМЕСТАНУ

За крај, истичемо догађај када је српска војска избила на Газиместан, поље на коме се 523 година раније десио Косовски бој. Обзиром да се дипломата и песник Милан Ракић (пре рата је био српски конзул у Приштини) пријавио као добровољац, са пушком, јатаганом и бомбама учествовао је у борбама и међу првима ушао у ослобођену Приштину. Наводимо његово сведочење о постројавању на Газиместану:



ПАЈА ЈОВАНОВИЋ: ОСЛОБОЂЕЊЕ
КОСОВА И МЕТОХИЈЕ

... *Послјојише нас на Газиместану. Појави се командант у љајњи целој ишљаба: „Јунаци моји, знајте ли како се ово место зове?... Овде иде ми стијомо на Виговдан 1389. истијо дана и истијо сајна љоинула су оба цара!... То је Газиместан на коме је Обилић!...“*

...Око мене попадали војници. Погледам: љубе земљу. Ваљда сам се и ја био сагнуо кад нисам приметио откуд изађе млад официр са исуканом сабљом. Стаде пред команданта, поздравља, рапортира нешто, па се окрену строју. Диге сабљу и поче громко: „На Газиместану“ од Милана Ракића...

Од узвика се ломило небо. Нова и млада Србија слави Васкрс, а ја с мучком сам се држао на ногама. Више осетих него што видех, тек се неко одвоји из моје јединице и, у трку, стиже пред команданта. „Господине пуковниче, тај који је испевао ову песму овде је са нама... Ево га позади, са бомбама... У одреду Војводе Вука!“ И одмах одјекну командантов глас: „Добровољац Милан Ракић, напред!“

Чуо сам све, али нисам могао ни да коракнем. Чак ни да ошворим уста. Ручом од шињела заклонио сам лице и љустило сузе.. Први и љоследњи љуш љага!

Овим одајемо пошту свим српским војницима и нашим колега-

ма припадницима српског војног санитета, који су имали наду, веру и снагу да ће сунце слободе поново засијати над Грачаницом, Богородицом Љевишком, Пећком Патријаршијом, Високим Дечанима, Соколицом, након вишевековног мрака. Хвала Вам. Ми, ваши потомци, можемо само да поновимо стихове већ споменутог Милана Ракића, песме „На Газиместану“, које је посветио јунацима боја 1389, а које ми посвећујемо вама, јунацима 1912–1918:

*Силни оклојници, без мане и сѝраха,
Хладни к’о ваш оклој и љолега мрка,
Ви јурнусте љага у облаку љраха,
И насѝаде љресак и крвава љрка.*

*Заљуљано царсѝво сурвало се с вама.
Кад олуја љрође врх Косова равна,
Косово љосѝаде нејреѝледна јама,
Косѝурница сѝрашна и љоразом
славна.*

*Косовски јунаци, заслуја је ваша
Шѝо љоследњи бесѝе. У крвавој
сѝрави,
Када љруло царсѝво оружја се маша,
Сваки леж је свесна жрѝва, јунак
љрави!*

*Данас нама кажу, деци овој века,
Да смо недосѝојни истијорије наше,
Да нас захваѝила зајадњачка река,
И да нам се душе ојасностѝи љлаше.*

*Добра земљо моја, лажу! Ко ѝе воли
Данас, ѝај ѝе воли. Јер зна да си маѝи;
Јер љре нас ни љоља ни кршеви љоли
Не мојаше друјом свесну љубав даѝи.*

*И данас, кад дође до љоследњеј боја,
Незарен сѝарој ореола сјајем,
Ја ћу даѝи живојѝ, оѝаѝбино моја,
Знајући ѝија гајем и заѝио ја гајем.*

ГОДИШЊА СКУПШТИНА СВЕТСКЕ
МЕДИЦИНСКЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ – WMA

ЛЕКАРСКЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ СВИХ КОНТИНЕНАТА НА ОКУПУ

// МЕЂУ ДЕЛЕГАТИМА 53 ЗЕМЉЕ, НА СКУПШТИНИ
ПРВИ ПУТ И ПРЕДСТАВНИЦИ СРБИЈЕ //



Председништво WMA

Лекарска комора Србије је од децембра 2010. године члан Светске медицинске асоцијације – WMA. WMA – светска медицинска асоцијација, организација која представља лекаре, основана је 1947. године у Паризу од стране медицинских асоцијација 27 држава.

Реч је о организацији која промовише највише стандарде медицинске етике, независност лекарске професије, доноси декларације, резолуције и саопштења. На тај начин, покрива се широк спектар тема, укључујући Међународни Кодекс

медицинске етике, промовисање и заштите основних права пацијената и лекара, безбедност пацијената, истраживања на људима, јавна здравствена политика и пројекти попут имунизације, контроле дувана, алкохола, брига о болесним и рањеним у време оружаних сукоба, однос према заробљенима и затвореницима, коришћење и злоупотреба дрога, планирање породице, загађење човекове средине и др. С друге стране, WMA помаже Националним медицинским организацијама у њиховом организовању или постизању одређених циљева, владама и међу-

народним организацијама широм света, како би унапредила здравствене системе.

Такође, WMA велику пажњу посвећује континуираној медицинској едукацији лекара како би што боље унапредили своје знање и вештине и пружали што боље медицинске услуге пацијентима. Данас WMA броји 102 члана.

ОРГАНИЗАЦИЈА WMA

Главно тело за одлучивање је Генерална скупштина која се састаје једанпут годишње. Скупштину чине

представници националних удружења – чланица *WMA* који имају право гласа - Србија на основу броја чланова има два гласа, чланови Савета *WMA* и представници придружених чланова (немају право гласа). *WMA* као организација ради у складу са Законом и Статутом који доноси као највиши правни акт. Председник *WMA* се бира сваке године. Др Cecil Wilson, интерниста са Флориде (УСА) изабран је у Монтевидеу на 54-ој Генералној скупштини за председника *WMA* за 2012/2013 годину, а др Маргарет Мунгхерера, психијатар, председница медицинског удружења Уганде изабрана је једногласно, као прва жена председник *WMA* за 2013/2014 годину на овогодишњој Генералној Скупштини одржаној у Бангкоку од 10.-13. октобра 2012. године.

>>> Организација промовише највише стандарде медицинске етике, независност лекарске професије, доноси декларације, резолуције и саопштења. *WMA* помаже и Националним медицинским организацијама у њиховом организовању или постизању одређених циљева, владама и међународним организацијама широм света, како би унапредила здравствене системе <<<

зил, Израел, Того, Тринидад, Русија, Украјина, Литванија, Грузија, Казахстан, Израел, Аустралија... Најбројнија је била делегација Јапана, која има 16 гласова у *WMA* и веома је уважена. Јапан плаћа и највећу годишњу чланарину *WMA* више од 400.000 евра.

На Скупштини су разматрана и усвојена многобројна документа, резолуције, саопштења:

набављени по правним и етичким законима. *WMA* потврђује да ће лекари „задржати максимално поштовање људског живота и неће користити своје медицинско знање, ако се тако крше људска права и грађанске слободе, чак и под претњом“.

2. Резолуција за реафирмацију *WMA* забране о учешћу лекара у извршавању смртне казне



СА ЗАСЕДАЊА ГЕНЕРАЛНЕ СКУПШТИНЕ СВЕТСКЕ МЕДИЦИНСКЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ

Србија је имала по први пут своје представнике – др Славицу Ђуровић Младеновић, председницу Посебног одбора за медицинску етику ЛКС и др Драгану Милутиновић, председницу Управног одбора Лекарске коморе Србије. Генерални секретар др Отмар Клејбер је стално запослен у *WMA*, а именује га Савет *WMA*.

На овогодишњој Генералној скупштини били су присутни представници 53 земље света, међу којима УСА, Јапан, Немачка, Холандија, Француска, Велика Британија, Белгија, Шведска, Уругвај, Бра-

1. Саопштење *WMA* о трансплантацији ткива и органа

Потенцирано је неслагање са идејом плаћених донатора органа и ткива. Једини прихватљиви трошкови су трошкови погребне умурације, породици која је донирала органе после његове смрти. Усвојена је нова политика рада на повећању броја донатора органа, али је истакнуто да се погубљени затвореник се не сме сматрати донатором. Такође, трансплантациони хирурзи треба да се уздрже од трансплантације органа и ткива за које знају или постоји сумња да нису

Постоји општа сагласност да лекари не смеју учествовати у погубљењима, јер је то противно етичком темељу медицине – *primum non nocere*. Скупштина је потврдила „да је неморално да лекар учествује у извршењу смртне казне на било који начин и/или било ком кораку извршног поступка, укључујући и планирање и/или упутство и/или оспособљавање лица за обављање погубљења. Као грађани, лекари, имају право да имају своје ставове о смртној казни на основу њиховог личног уверења. Као чланови медицинске струке мора да се придр-

41 <

жавају забране учешћа у извршењу смртне казне.

3. Декларација о медицинској етици и високим технологијама

Дат је усмени извештај о току рада на ревизији Хелсиншке декларације и плановима да се одрже две стручне конференције, децембра 2012. године у Кејптауну и фебруара 2013. у Токију, како би био припремљен нацрт ревизије ове Декларације за следећи састанак Савета у априлу 2013. на Балију.

4. Правила WMA у време оружаних конфликта и других насилних ситуација

Током оружаних сукоба и грађанских немира, болнице и здравствене установе морају да поштују и лече све борце у сукобу. Њихова медицинска етика се не сме разликовати од етике у време мира, као што је наведено у Међународном

кодексу медицинске етике WMA. У својим професионаним активностима лекари морају поштовати међународне конвенције о људским правима као и међународно хуманитарно право.

5. Саопштење WMA у вези са електронским цигаретама и другим електронским уређајима за ослобађање никотина

6. Саопштење о насиљу над здравственим радницима од стране пацијената и њихових ближњих

Свако има право да ради у безбедном окружењу без опасности од насиља како физичког тако и психичког. То јесте глобални проблем, али се морају узети у обзир да постоје значајне разлике између земаља у погледу тога шта чини насиље и који су то облици насиља на радном месту. Још је значајнија разлика у погледу разлога, узрока на-

сиља у здравственој делатности. Неколико студија је идентификовало заједничке окидаче за дело насиља у здравственом сектору, а то су кашњење у добијању медицинског третмана и незадовољство самим третманом. Здравствене институције треба да усвоје политику нулте толеранције према насиљу на радном месту, укључујући и право да лекари одбију да лече претходно насилне пацијенте, а такође и да развијају и имплементирају протоколе који ће се бавити актима насиља. Иницијатор теме насиља над лекарима су Израел и Србија. За наше лекаре, велики је успех што је Лекарска комора Србије предвођена директорком прим. др Татјаном Радосављевић у Прагу, у априлу 2012. на 192. састанку Савета WMA успела да изузетном активношћу и залагањем уврсти саопштење у дневни ред скупштине WMA и да га Генерална скупштина усвоји. WMA и даље наставља да се бави овом темом, тако да ће се организовати и



ЈАПАНСКА ДЕЛЕГАЦИЈА СА ПРЕДСТАВНИЦАМА ЛКС

Конференција о насиљу над здравственим радницима под покровитељством *WMA*.

7. Саопштење *WMA* о етичким импликацијама штрајка лекара

Лекари који учествују у штрајку мора да поштују своје етичке и професионалне обавезе према пацијентима. Ако су националне асоцијације укључене у штрајк лекара, дужне су да минимизују штету према грађанству обезбеђивањем основних и хитних здравствених услуга.

8. Саопштење *WMA* о принудној стерилизацији

Упућен је позив националним медицинским асоцијацијама на организовану акцију против присилне стерилизације. *WMA* истиче да ниједна особа, без обзира на пол, етичку припадност, социјално-економски статус, здравствено стање или инвалидитет не треба да буде подвргнута присилној или примораваној стерилизацији.

9. Саопштење *WMA* о приоритетној вакцинацији

Ново саопштење има за циљ да се супротстави све чешћем противљењу вакцинацији. Медицинска професија треба да оповргне све неосноване и нетачне тврдње о могућим опасностима вакцине, а које су довеле до смањења стопе имунизације у неким земљама. Резултат смањење имунизације је повећање инциденце болести које треба спречити, са веома озбиљним последицама. Став *WMA* је да владе треба да промовишу вакцинацију и користе од вакцинације као и да обезбеде средства за њу.

10. Измена Резолуције о злостављању психијатријских пацијената

>>> Такође, *WMA* велику пажњу посвећује континуираној медицинској едукацији лекара како би што боље унапредили своје знање и вештине и пружали што боље медицинске услуге пацијентима <<<

WMA са забринутошћу примећује да се наводе докази из једног броја земаља у којима су политички дисиденти, припадници разних религија и социјални активисти, притворени у психијатријске установе и подвргнути психијатријском лечењу.



Прим. др Славица Ђуровић Младеновић, др Отмар Клејвер, генерални секретар *WMA* и др Драгана Милутиновић

Др *Cecil Wilson*, председник *WMA*, рекао је: „Притвор ове врсте је увредљив и неприхватљив. Апелујемо на све лекаре и психијатре да се одупру учешћу у овим злоупотребама медицинске праксе и позивамо све националне медицинске асоцијације да подрже своје чланове лекаре који се супротстављају учешћу у овим злоупотребама“.

11. *WMA* Резолуција о минималној цени за алкохолно пиће

12. *WMA* Резолуција о паковању цигарета без обележја брэнда

13. *WMA* Резолуција – Подршка професору *Cyril Karabasu*

Највише дебате изазвало је усвајање саопштења о штрајку лекара који је разматран од априла 2012. године, када је предложен од стра-

не израелске делегације у Прагу. Стизало је много амандмана, те је тада оформљена радна група да припреми предлог саопштења за Генералну скупштину. И такав предлог је доживео промене на скупштини и након 45 минута дискусије усвојен у форми коју може-

те наћи на сајту *WMA*. Веома је разумљиво што је та тема изазвала бурну дискусију, јер су ставови националних асоцијација економски развијених и неразвијених земаља веома различити.

У паузама Скупштине и социјалним програмима, „иза кулиса“ догађаја успостављени су добри односи са јапанском делегацијом која се изузетно срдечно и добронамерно односила према нама и нашој земљи. У њиховој делегацији издвајамо присуство др *Izumi Maruyama*, председника *Japan Primary Care Association*. Јапан има изузетно добро организовану примарну здравствену заштиту, програм *MDH* картона који су прихватиле више земаља међу којима је и Холандија, земља која је добила оцену да има најбоље уређен здравствени систем у Европи, те смо мишљења да треба ближе проучити њихову организацију примарне здравствене заштите и преузети позитивна искуства.

У изузетно радној, коректној атмосфери, са веома концизним, језгровитим и аргументованим дискусијама и коментарима, атмосфери пуној поштовања према свим учесницима добро организоване Скупштине, била је велика част учествовати и достојно представљати Лекарску комору Србије и нашу земљу.

Др Славица Ђуровић Младеновић, председник ПО за медицинску етику ЛКЦ
Др Драгана Милутиновић, председник Управног одбора ЛКЦ



Састанак лекарских комора Централно и Источно европских земаља одржан је у Загребу

ОДЈЕЦИ САСТАНКА ЛЕКАРСКИХ КОМОРА ЦЕНТРАЛНО И ИСТОЧНО ЕВРОПСКИХ ЗЕМАЉА – ZEVA

О МЕДИЈАЦИЈИ И ПРОФЕСИОНАЛНОЈ ОДГОВОРНОСТИ ЛЕКАРА

// У ЗЕМЉАМА КОЈЕ СУ НЕКАДА БИЛЕ ПОД КОМУНИСТИЧКИМ РЕЖИМИМА, КОМОРЕ ЛЕКАРА И ДАЉЕ НЕМАЈУ УТИЦАЈ НА ЗДРАВСТВЕНУ ПОЛИТИКУ И ОДЛУЧИВАЊЕ О ПИТАЊИМА ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА //

Пише: доц. др Ђорђе Алемпијевић, председник Етичког одбора ЛКС

Овогодишњи, 19. по реду, ZEVA састанак лекарских комора Централно и Источно европских земаља, одржан је у Загребу од 27. до 29. септембра 2012. у организацији Лекарске коморе Хрватске.

На састанку су се окупили представници лекарских комора из тринаест држава и то: Албаније, Аустрије, Босне и Херцеговине коју су, пошто још увек нема лекарску комору на државном нивоу, репрезентовали представници лекарских комора ентитета - Републике Српске и Федерације Босне и Херцеговине, затим Мађарске, Македоније, Немачке, Пољске, Румуније, Словачке, Словеније, Србије, Хрватске

и Чешке. Лекарску комору Србије представљали су прим. др Татјана Радосављевић, директорка ЛКС и доц. др Ђорђе Алемпијевић, Председник Етичког одбора ЛКС.

Издавајући теме од посебног значаја за лекарство у региону, без обзира на то да ли су у питању државе чланице Европске уније или оне које су кандидати и потенцијални кандидати за придруживање и чланство, организатор се опреде-

лио да се дискутује о медијацији као начину за алтернативно решавање спорова и професионалној одговорности и осигурању лекара.

Скуп је отворио др Маријан Цесарик, заменик министра здравља Републике Хрватске, који је пре избора на садашњу функцију током дужег периода обављао различите дужности у Лекарској комори Хрватске. Према устаљеној пракси ZEVA састанака, након отварања уследила су излагања представника лекарских комора о битним догађајима у протеклом једногодишњем периоду, а презентацију је започео домаћин – Лекарска комора Хрватске.

Негоспаишак лекара

У обраћању учесницима скупа прим. др Хрвоје Миниго, Председник Лекарске коморе Хрватске указао је на дугу традицију лекарских организација коморског типа на просторима данашње Републике Хрватске, али и о проблему који је заједнички за све државе некадашње СФР Југославије – распушта-

здравствену политику и државно одлучивање о питањима здравља становништва као што је то случај у земљама у којима лекарске коморе нису претрпеле период готово полувековног дисконтинуитета у постојању и раду.

Један од проблема са којима се лекарство у Хрватској суочава је „старење“ лекарске популације и недостатак лекара. Наиме, од 18.471 лекара – чланова Лекарске коморе Хрватске, око 16 одсто је пензионисаних лекара. Истакнуто је да Републици Хрватској у овом тренутку недостаје око 4.000 лекара, те да се очекује да, када половином 2013. године Република Хрватска постане чланица Европске уније, око 500 лекара сада запослених у Хрватској, потражи посао у другим чланицама Уније. Интенција је ЛКХ да се унапреде постојећи закони о заштити права пацијената. У вези са тим, ЛКХ је у више наврата указивала хрватским властима да је неопходно прописима уредити обавезно прикупљање података о судским поступцима – тужбама и кривичним пријавама против ле-

постављању савремених програма континуиране медицинске едукације.

У Аустрији су, по речима представника Лекарске коморе, у току реформе здравственог система и увођење електронског система за здравствену заштиту и извештавање (ELGA). Лекарска комора Аустрије, као традиционална институција која има одговарајући положај у друштву, нема посебних организационих проблема.

Из Лекарске коморе Чешке истакли су поред осталог да настоје да успоставе регионалну сарадњу у програмима континуиране медицинске едукације са лекарским коморама из држава у окружењу, посебно Словачком и Пољском. Лекарска комора Чешке обратила се Уставном суду поводом новоусвојених одређби здравственог законодавства. Наиме, у питању су одредбе којима је предвиђено да се устроје регистри запослених у здравственом сектору и регистри одређених група пацијената што, по мишљењу лекарске коморе, није праћено адекватним мерама заштите података о личности.

Реулисаше йрава йацијенаша

Савезна Лекарска комора Немачке део својих активности усмерила је на реформе програма донирања органа за трансплантацију. Наиме, у складу са законским одредбама, улога је Лекарске коморе Немачке да доноси критеријуме за донирање органа, па је у Комори формиран посебни Комитет за трансплантацију органа. Тренутно је донаторство органа у Немачкој засновано на тзв. „opt-in“ моделу, односно грађанима који то желе понуђена је могућност да се пријаве за донирање органа. Међутим, како је уочен тренд недостатка органа за трансплантацију, променама закона о трансплантацији маја 2012. године, иако донаторство остаје и даље добровољно, предвиђено је да здравствено осигурање периодично анкетира осигуранике старије од 16 година да ли желе да донирају органе. Поред тога, Савезна Лекарска комора Немачке пажњу посвећује алоцирању средстава из фондова здравственог осигурања, као и Закону о правима пацијента. Истакнут је став Лекарске коморе да је у Немачкој нужно креирати ефективне механизме како би се осигурала потребна средства за обезбеђење здравствене заштите посебно имајући у виду уочени демографски тренд старења становништва и тенденцију пораста тро-



Др Ђорђе Алемпијевић и др Татјана Радосављевић

њу лекарских комора одлуком Министарства народног здравља ФНР Југославије давне 1946. године. Обнављање рада лекарских комора у државама на просторима бивше СФР Југославије, као и у већини земаља Источне Европе започето је деветесетих година прошлог века. У земљама Централне и Источне Европе, које су некада биле под комунистичким режимима, коморе још увек немају утицај на

кара, а у вези са грешкама у лечењу. Такође, Лекарска комора Хрватске залаже се активно за адекватно осигурање пацијената у складу са Стратегијом развоја здравственог система у Републици Хрватској за период од 2012. до 2020. године.

Представници Лекарске коморе Албаније указали су на то да се у њиховој држави у последње време интензивно ради на трансформацији здравственог система и ус-

45 <

шкова лечења због примене савремених технологија.

У Немачкој се тренутно по основу здравственог осигурања прикупи око 89 одсто средстава кроз обавезно здравствено осигурање, док око 11 одсто долази из фондова добровољног здравственог осигурања. За обавезно здравствено осигурање запослени издвајају 15,5 одсто бруто зараде, с тим што се ови трошкови деле између запосленог (8,2 одсто) и послодавца (7,3 одсто). Од 2004. године функционише институција Комесара за права пацијента, а очекује се да током 2013. године Федералне власти почну да примењују нови сет правних норми којима се регулишу права пацијената. Циљ ових промена је да се оснажи положај пацијената у односу на пружаоце здравствених услуга и фондове за здравствено осигурање. У складу са тим, тежња је да се на јединствен начин уреди сигурност пацијената и поступци за накнаду штете у случају грешке у лечењу. Тако се нпр. (1) предлажу финансијске олакшице за клинике које учествују у заједничком систему за пријављивање грешака („cross-institutional error reporting systems“); (2) уводи обавеза вођења детаљније медицинске документације и (3) терет доказивања је на пацијентима који морају доказати да су лекари починили грешку сем у очигледним случајевима грешке када је на лекарима да доказују да нису починили грешку у лечењу.

Сличности актуелних проблема

У Мађарској су присутни значајни проблеми са којима се суочава лекарство. Наиме, према речима представника Лекарске коморе Мађарске, здравствена заштита већ дуже време није у фокусу интересовања политичара. Резултати су погубни – ниске плате лекара по којима је Мађарска при дну лествице у поређењу са осталим чланицама Европске уније. Поред тога, Мађарска је суочена са значајним проблемом емиграције лекара који одлазе углавном у друге државе Европске уније. У последње време у Мађарској је извршена трансформација организације мреже здравствених организација које је основала држава, на тај начин што су болнице из надлежности локалних самоуправа прешле у надлежност државе, односно централне власти.

Делегати из Македоније нису изнели посебан извештај о активности Лекарске коморе, али су указали на горући проблем који је приоште-

као из инсистирања државе да се примени капитациони модел у финансирању примарне здравствене заштите. Због тога је незадовољство лекара у Македонији велико, тако да је извршен и генерални штрајк.

У Пољској делује јединствена Комора лекара и стоматолога која има 23 регионалне Коморе и Комору војних лекара и стоматолога. Током протекле године активности Коморе лекара и стоматолога Пољске биле су у вези са недавно донетим законом о надокнади трошкова лечења и медицинских средстава. Такође, са Коморама Чешке и Словачке усаглашен је модел заједничких програма континуиране медицинске едукације. Као и у другим централно и источноевропским земљама које су чланице Европске уније, у Пољској је присутан тренд емиграције медицинског особља, мада је стопа одлива кадрова нижа но што је било предвиђено. Због власничке трансформације у здравственом сектору великом броју доктора и стоматолога промењен је радно – правни статус тако да више нису запослени у јавним службама већ су упуслени у приватном сектору.

Представници Лекарске коморе Румуније истакли су да је значајан проблем хиперпродукција медицинских кадрова, посебно лекара. Наиме, у Румунији је пре револуције деведесетих година прошлог века било пет медицинских универзитета, а данас их има 13–14.

Директорка Лекарске коморе Србије је подносила извештај о активности наше Коморе истакла да се и у Србији уочава тренд старења популације лекара, те да је нешто мање од половине чланова Коморе (14.271) старије од 50 година. У вези са активностима Лекарске коморе Србије, учесници састанка информисани су о активностима наше Коморе у вези са увођењем капитационог модела финансирања примарне здравствене заштите који је Министарство за здравље Републике Србије предложило с почетка ове године, а затим и након спроведених избора на републичком нивоу и промене Владе. Дата је информација о недавним променама Статута Лекарске коморе Србије и регистрација ЛКС у Агенцији за привредне регистре чиме је заокружен поступак и норматива за ефикасно функционисање јединственог правног лица – Лекарске коморе Србије и огранака у њеном саставу – Регионалних лекарских комора. Презентоване су укратко текуће активности у вези са изменама Кодекса професионалне ети-

ке, програми континуиране медицинске едукације које је ЛКС већ другу годину за редом без посебне накнаде организовала за чланство. Такође, скуп је обавештен о помоћи коју Лекарска комора Србије обезбеђује, у складу са важећим критеријумима, својим члановима против којих се воде судски поступци због сумње да су почили грешку у лечењу пацијената. Напоследку, истакнуто је да се наша Комора залаже и за додељивање националних пензија истакнутим лекарима, као и рехабилитацију лекара које је комунистички режим осудио након Другог светског рата.

Представник Лекарске коморе Словачке говорио је о економским проблемима са којима је суочено лекарство у овој земљи, одливу кадрова, те о сарадњи са суседним државама у програмима континуиране медицинске едукације.

Алтернативно решавање сјорова

Радни део састанка посвећен медијацији као начину за алтернативно решавање спорова започео је излагањима уводничара: Николе Опатића, судије и медијатора – посредника у Центру за мирене при Хрватској обртничкој (привредној) комори, Бранимира Тушкана, адвоката медијатора – посредника, Председника Центра за мирене Хрватске одвјетничке (адвокатске) коморе и Дамиана Поднара, социолога из Савезне лекарске коморе Немачке. Заједнички став уводничара је да су лекари – појединци и здравствене организације неспремни да са пацијентима говоре о грешкама у лечењу чак и када су ситуације тако очигледне, тј. када је извесно да је пацијент претрпео штету због грешке у лечењу. Добрим делом због оваквог негативног става лекара и здравственог естаблишмента да отворено и критички говори о грешкама, јер свако ко ради мора некада и да погрешити, пацијенти и њихове породице трпе додатно понижење и све чешће траже задовољење у судским поступцима. Алтернатива судским поступцима је свакако медијација, односно покушај мирене и постизања споразума између (оштећеног) пацијента или породице умрлог пацијента и лекара. У оваквим поступцима нужно је учешће медијатора – обучених посредника који странке воде кроз поступак медијације до постизања споразума. У поступцима медијације због пропуста у лечењу по времену је неопходно ангажовати и друго стручно лице – комедијатора,



Делегација Лекарске коморе Србије имала је запажено учешће на састанку: прим. др Татјана Радосављевић

најчешће некога ко поседује неопходна медицинска знања, како би помогао медијатору у комуникацији са странкама. Једном постигнут споразум у поступку медијације изједначен је са судским закљученим поравнањем. Према томе, закључењем споразума искључује се вођење судског поступка.

Уводничари су напоменули несумњиве предности поступка медијације у односу на судски поступак, а међу њима: (1) закључењем споразума свака страна у спору учини извршан уступак за разлику од судског поступка у којем суд одређује да ли је тужбени захтев основан, те у случају његове основаности применом прописа даље одређује пресуду па се може догодити да чак и странка која је победила у спору не буде задовољна; (2) поступак медијације је ефикаснији и јефтинији у поређењу са судским поступком; и (3) основни принцип поступка медијације је поверљивост. Дакле, јавност је искључена из ових поступака, а постигнути споразум, што се такође може утврдити међу странкама у поступку медијације, може остати у потпуности далеко од очију јавности. За разлику од тога, јавност је укључена у судске поступке што, уз учешће медија, често доводи до тога да се оптужбе против лекара или детаљи пресуде чине јавно доступним. Говорећи о алтернативним поступцима у Немачкој господин Поднар истакао је да у оквиру Лекарске коморе од 1975. године делује експертска комисија са задатком да помогне пацијентима и лекарима – пацијентима да дођу до информација о евентуалним

пропустима у лечењу, а лекарима да се заштите од неоснованих оптужби да су погрешно лечили; радом ове комисије председава правник, а комисија има за задатак да утврди оправданост за вођење поступка. Поред тога, установљене су Арбитражне комисије чијим радом председава лекар, а које појашњавањем околности у вези са спорним лечењем помажу да се реши сукоб кроз поступак медијације. Чланови експертске и арбитражне комисије који су лекари по образовању не смеју бити носиоци функција у лекарској комори – Савезној или државним. У овим поступцима пацијенти имају свог представника, члана лекарске коморе, најчешће пензионисаног лекара, с тим да је неопходно да се о личности представника пацијента сагласе пацијент и лекар који се у поступку пред комисијом сумњичи да је начинио пропуст у лечењу. Овим механизмима обезбеђује се независност чланова комисија, односно пацијентовог представника.

Поступак медијације

Представљен је укратко и поступак пред овим комисијама који се састоји од (1) пријављивања; (2) контроле пријаве како би се установиле формалне стране пријаве, нпр. дозвољеност пријављивања, рок старелости и сл.; (3) фаза утврђивања чињеничног стања у којој се актери – лекари званично ослобађају обавезе чувања лекарске тајне; (4) фаза експертске истраге у којој се на сагласни предлог странака именује експертски тим са задатком да

објасни прикупљене чињенице; и (5) извештавање о резултатима комисије. У периоду 2002–2007. година Експертска комисија донела је 800 одлука које су у 91 одсто прихваћене као коначне, док је у девет одсто незадовољна странка у поступку поднела тужбу редовном суду. Став је Савезне лекарске коморе Немачке да развијање оваквих механизма посредовања између пацијената и лекара представља израз одговорности лекарског staleжа према друштву у целини, те да се кроз ове процесе омогућава учење на грешкама и постиже унапређење здравствене заштите. Напослетку, предочено је да се у Немачкој од 1979. године региструју сви случајеви судских поступака који се пред редовним судовима воде против лекара те да је њихов број у лаганом порасту од 2006. године када је регистровано 10.280 случајева, до 2010. године у којој је забележено 11.016 оваквих случајева.

У вези са другом темом састанка „професионална одговорност и осигурање лекара“ уводничар је био Јосип Мађарић, адвокат специјализован за право осигурања и наплату штете. Било је речи томе да у поступцима за накнаду штете у вези са грешкама у лечењу, када је у питању Република Хрватска, судска пракса није богата, те нема јасних смерница. Због такве ситуације, према речима уводничара, пресуде „лутају“ јер се догађа да се на основу истоветног чињеничног стања различито пресуђује. Износећи лично искуство, господин Мађарић је указао на то да су захтеви пацијената за одштету и накнаду често нереални, те да од 10 клијената који се њему обрате за правну помоћ, након правне и медицинске тријаже испостави се да њих осам има захтеве који су неутемељени правно или медицински. У Хрватској још нема системског решења за осигуравање функционалних јединица унутар здравственог система који је у државном власништву. Један број болница је осигуран на мале износе па када се појави неки одштетни захтев испостави се како је постојеће осигурање недовољно. Сами поступци за накнаду штете нужно укључују учешће вештака – лекара. Општи је став да „врана врани очи не вади“ и да лекари вештаци на неки начин узимају у заштиту колеге против којих се води поступак. У сваком случају, очекује се да ће се уласком Хрватске у Европску унију, од половине наредне године, у судским поступцима за накнаду штете више коритити експертизе стручњака из других земаља чла-

47 <

ница ЕУ, чиме ће се несумњиво утицати на квалитет вештачења.

У Хрватској је на снази принцип солидарне одговорности, те за штету коју пацијенту причини лекар одговара послодавац, односно здравствена организација. Уколико се судском пресудом утврди да је здравствена организација, односно њени запослени лекари, у поступку лечења начинила штету пацијенту – туживоцу, пресудом се обавезује здравствена организација на исплату штете. Након тога, постоји могућност да здравствена организација против свог запосленог постави регресни тужбени захтев и да потражује износ који је исплатила оштећеном пацијенту. Међутим, могућност здравствене организације да у оваквом поступку путем регресе тужбе изврши наплату од свог запосленог сужена је само на случајеве у којима се докаже да је поступање лекара било уз крајњу немарност или крајњу непажњу, или пак да је запослени намерно учинио пропуст који је довео до штете код пацијента.

Одговорност због лекарске грешке

У даљем току излагања уводничар је дао информацију о максималним износима који се на име претрпљене штете због грешке у лечењу актуелно исплаћују по пресудама судова у Хрватској. Тако се на пример, према критеријумима Врховног суда Хрватске, у случају смрти блиског лица, када се докаже да је исто у вези са пропустом у лечењу, родитељима и брачном другу умрлог досуђује на име душевних болова износ од око 30.000 евра, а браћи и сестрама, уколико су живели заједно за преминулим, износ од око 10.000 евра. Поред тога, деци умрлог досуђује се месечна рента ради губитка издржавања. Такође, у овим поступцима досуђују се материјални трошкови до износа трошкова сахране и подизања гробног обележја у складу са месним обичајима. С друге стране, у случају да је због грешке у лечењу наступио тешки инвалидитет (100 одсто), нпр. да је пацијент постао парализован, њему ће на име нематеријалне штете бити досуђен износ од око 140 до 150 хиљада евра. Поред тога, на име материјалних трошкова у овој ситуацији биће досуђен пун износ трошкова адаптације и прилагођавања стамбеног простора за лице са посебним потребама, рента за месечну накнаду за туђу негу и помоћ која се обично за осам часова дневно процењује на износ од 500 евра за месец, те

рента због изгубљене зараде у виду разлике између висине личних примања пре настале штете и висине инвалидске пензије. Блиским особама тог пацијента (родитељима, деци, брачном друг, браћи/сестрама уколико живе са њим) може бити досуђена накнада за тежак инвалидитет блиске особе у износу од 30.000 евра. Дакле, укупни износ за исплату у овом примеру креће се у опсегу од 350 до 400 хиљада евра.

Медицинске грешке – рејсиџри и осигурања

Упадљиво је да у Хрватској болнице и лекари нису вољни за разговор и вансудско поравнање чак и у случајевима када је очигледно да је штета по пацијента настала услед грешке у лечењу. Уводничар је у шаливом тону изнео констатацију да оног момента када лекар затвори врата пред пацијентом и одбије разговор у вези са евентуално учињеном грешком – учинио је услугу адвокатској професији! С друге стране, интересантно је да у Републици Хрватској постоји обавеза да адвокат буде осигуран за износ штете од 110.000 евра да би се могао бавити својом професијом, док за докторе није предвиђено обавезно осигурање. Само осигурање је тржишна категорија и оно подлеже филозофији којом се руководе осигуравајуће куће: наплатити што веће премије и исплатити што мање одштете, како би профит био што већи. У државама које су величине попут Хрватске неопходно је постојање јединственог осигурања здравствених установа јер се само тако, укрупњавањем, могу постићи повољнији услови код осигураваача. Наравно, овоме треба додати да ризик варира за различите специјалности, те је по личним опсервацијама уводничара највећи ризик специјалиста за гинекологију и акушерство, а затим специјалиста ургентне медицине па потом педијатрије. Овај специфични ризик такође утиче на висину премије. Напоследку, истакнуто је да је постојање евиденције – регистра, односно статистике свих нежељених догађаја у вези са лечењем и грешки у лечењу од кључног значаја за адекватне процене ризика и дизајнирање одговарајућег производа за осигурање. У вези са статистиком грешака у лечењу изнет је пример Сједињених америчких држава у којима од 1984. године постоји обавеза пријављивања свих медицинских грешака у јединствену базу података, под претњом високог новчаних казни за случајеве непријављивања.

У дискусији која се развила након уводног излагања, представници Лекарске коморе Хрватске истакли су да је према њиховом сазнању у тој Републици у току око 650 судских поступака против лекара и здравствених организација, а ради накнаде штете у вези са наводним грешкама у лечењу. Поменуто је да је Министарство здравља Републике Хрватске покушало 2003. године да устроји евиденцију случајева медицинских грешака. Међутим, само су се две болнице одазвале овом позиву и доставиле податке. Актуелно, у Хрватској нема механизма за јединствено евидентирање случајева медицинских грешака.

Представници Лекарске коморе Словеније истакли су да је у тој земљи обавезно осигурање или здравствене установе или лекара. Лекарска комора одређује најмањи износ осигурања, а овај износ се није мењао од 1997. године. У складу са ризиком професије лекари се диференцирају у четири групе, с тим да је у групи с највећим ризиком за грешку гинекологија и акушерство, док се патологија налази у групи са најмањим ризиком. У Словенији осигурања не прихватају да исплате штету по основу нагодбе постигнуте у поступку медијације, већ искључиво на основу судске пресуде.

У Немачкој је улога Лекарске коморе да провери осигурање својих чланова. Иначе, у Немачкој илустрације ради специјалиста гинекологије и акушерства плаћа око 30.000 евра на име годишње премије осигурања, хирург између 8.000 и 10.000 евра, а лекар опште праксе око 700 евра годишње.

Заључено је да је неопходно да постоји осигурање лекара или здравствене организације преко државе, да ово осигурање мора бити квалитетно, чиме се постиже сигурност пацијената да ће им бити надокнађена евентуална штета, као и сигурност доктора да обављају своју професионалну делатност.

Организатор се побринуо за богат друштвени живот тако да су учесници имали прилику да се упознају са културном баштином Хрватске и посете музеј „Мимара“, те да уживају у приређеном концерту. Такође, састанак је био изврсна прилика за бројне билатералне и мултилатералне разговоре између представника лекарских комора земаља из региона.

Домаћин наредног јубиларног ZE-VA састанка лекарских комора Централно и Источно европских земаља који се одржава 2013. године биће Лекарска комора Аустрије. //



СВЕЧАНОСТ У ЛЕКАРСКОЈ
КОМОРИ СРБИЈЕ

Лекари прославили еснафску славу

У свечаној атмосфери и уз резање славског колача, Лекарска комора Србије прославила је 14. новембра 2012. лекарску славу - Свете бесребренике и чудотворце Козму и Дамјана, који се сматрају заштитницима лекарске професије. Тај дан у народу познат је и као Свети Врачи. Сечењу славског колача у просторијама Коморе у Београду, присуствовало је више десетина гостију, међу којима су, уз

домаћине, били и представници Српске православне цркве, регионалних лекарских комора, бројни пријатељи и сарадници Коморе. Домаћин славе била је Регионална лекарска комора за Косово и Метохију и др Љубиша Недељковић.

Свети Врачи, помагали су и лечили не тражећи за узврат ништа, „ради добитка и богаћења, већ Бога ради“, због чега су у народу остали упамћени као „свети бесребреници“. Козма и Дамјан били су рођена браћа, родом из Азије, крштени још као деца и васпитани у хришћанском духу. Имали су дар од Бога да лече људе и животиње од сваке болести, обично полагањем руку. За свој труд нису тражили награде, већ су само захтевали од болесника да верује у Христа. Велико имање које су наследили разделили су сиромасима.

Свети Врачи славе се два пута годишње - 14. јула када је умро Козма и 14. новембра на дан Дамјанове смрти. Светитељи су на иконама и фрескама представљени са ковчежићима у којима су носили лекове. Празник Светих врача Козме и Дамјана обележен је у храмовима Српске православне цркве и бројним здравственим установама. //



ИЗ РЕГИОНА – РЕАГОВАЊЕ ХРВАТСКЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ПОВОДОМ МЕДИЈСКИХ НАПИСА О „АКЦИЈИ ХИПОКРАТ“

Одбрана дијнишета џрофесије

Поводом чланка објављеног у Јутарњем листу, у коме су објављени лични подаци педесетак лекара, Хрватска лекарска комора затражила је од главног уредника тог листа, Младена Плеше, да објави њено реаговање.

У писму ХЛК, које је потписао председник Хрватске лекарске коморе, прим. др Хрвоје Миниго, наводи се да је у дневнику „Јутарњи лист“, од 14. новембра 2012. на 2. и 3. страници, објављен чланак под називом „Награде за лијечнике“, новинара Иване Крнић, Марина Дешковића и Томислава Новака. У чланку, у оквиру с насловом „Црна листа: 76 особа и једна твртка“ (компанија), наведена су имена и презимена укупно 50 лекара, уз навођење градова у којима су они за послени. Објављивање тог списка аутори „појашњавају“ у делу чланка под називом „Урушен сустав“ (систем) у коме се наводи да је под истрагом 49 лекара опште праксе и апотекара из свих крајева Хрватске...

Хрватска лекарска комора изразила је негодовање и скренула пажњу да су се новинари, као и сви грађани Републике Хрватске, дужни да се у свом раду придржавају одредби позитивних прописа. ХЛК указала је на конкретне одредбе позитивних прописа Хрватске које новинари мора да поштују.

Како се наводи, одредбом чланка 204. ставка 6. Закона о казненом поступку Републике Хрватске, прописано је да подаци о истоветности особе против које је поднесена кривична пријава, као и подаци на темељу којих се може закључити о истоветности те особе, представљају службену тајну. Неовлашћено одавање службене тајне представља кривично дело прописано одредбом чланка 351. Казненог закона. Према тој одредби, казниће се свака особа која неовлашћено другоме саопшти, преда или на други начин учини приступачним податке који су службена тајна или прибави такве податке с циљем да их преда непозваној особи.

Хрватска комора подсећа и на одредбе у Уставу (чланак 28. Устава Републике Хрватске) и Закону о казненом поступку (чланак 3, став 1), према којима је свако недужан и нико га не може сматрати кривим за кривично дело док му се правоснажном судском пресудом не утврди кривица. Међутим, чак и у случају кад (осуђујућа) кривична пресуда постане правоснажна, прописан је начин објављивања исте у средствима јавног информисања.

И Закон о медијима, подсећа ХЛК, обавезује медије на поштовање приватности, достојанства, угледа и части грађана. Прејудуцирање

нечије кривичне одговорности без постојања правоснажне осуђујуће пресуде, не може се сматрати поштовањем достојанства, угледа и части грађана.

У писму се даље наводи да „Хрватска лекарска комора подржава све активности у вези са спречавањем корупције, али управо ради заштите дигнитета лекарске струке и свих својих чланова“, као и да очекује да се информисање јавности обавља сагласно поменутиим позитивним прописима Републике Хрватске.

Објављивањем личних података на начин како је то учињено у поменутом чланку, не постиже се сврха информисања јавности, већ се нарушава поверење пацијената, не само у лекаре, већ и у здравствени систем у целини – упозорава се на крају обраћања ХЛК.

КАКО СЕ ЗАШТИТИТИ

Упркос сталним упозорењима Хрватске лекарске коморе медијима да је неовлашћено одавање службене тајне кривично дело, у медијима се често објављују имена лекара против којих је поднета кривична пријава, иако ти подаци представљају службену тајну.

У случају објављивања података о идентитету особе против које је поднета кривична пријава, односно уколико је име члана ХЛК објављено у медијима, а претходила је кривична пријава, могуће је поступити на следећи начин:

1. обратити се за помоћ Комори која има уговорену сарадњу са адвокатском канцеларијом за заступање чланова по повлашћеној тарифи

2. поднети кривичну пријаву против главног уредника медија надлежном државном тужилаштву.

Када је кривично дело одавања службене тајне почињено објавом у медијима, као што је случај објаве имена лекара против којих је поднета казнена пријава, казнена пријава се може поднети надлежном државном тужилаштву. Пријаву је потребно поднети против главног уредника медија у којем су објављени подаци који представљају службену тајну.

Уколико се лекар, члан ХЛК, одлучи да покрене кривични поступак због одавања службене тајне и користи услуге адвокатске канцеларије с којом Комора има склопљен уговор о пословној сарадњи, може да се обрати правној служби ХЛК. //

КАКО УНАПРЕДИТИ ТРАНСПЛАНТАЦИОНИ ПРОГРАМ У СРБИЈИ

ФОРМИРАТИ НАЦИОНАЛНИ ТИМ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЈУ БУБРЕГА

// ДОБРОМ ОРГАНИЗАЦИЈОМ НА НАЦИОНАЛНОМ НИВОУ И ФОРМИРАЊЕМ ТИМА ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЈУ БУБРЕГА, НЕ САМО ДА БИ СЕ УШТЕДЕЛА ПОЛОВИНА ГОДИШЊЕГ БУЏЕТА ЗА ЗДРАВСТВО, ВЕЋ БИ СЕ У РОКУ ОД ТРИ-ЧЕТИРИ ГОДИНЕ БРОЈ ПАЦИЈЕНАТА НА ДИЈАЛИЗИ СМАЊИО ИСПОД 1.000 //

Пише: дечји хирург,
асс. др Драган Вуканић,
МР СЦИ. МЕД.

(из угла дечјег хирурга
који је у овом програму
од почетка)



Најстарија Дечја болница на Балкану, Универзитетска дечја клиника (УДК) је од 1924. године водећа дечја здравствена установа не само у Србији, већ и у ширем окружењу. Водећи ниво заузима како у здравственом, тако и у образовном систему школовања здравствених кадрова. Популарна Дечја клиника „Тиршова“ је матична кућа врхунских стручњака из различитих области здравства, нарочито дечје медицине, у целом региону. УДК је оснивач и стручни сарадник свих потоњих центара и установа из области дечје медицине у некадашњој Југославији.

Да би се у светским размерама дечји здравствени центар категорисао као врхунски, неопходно је да има развијене службе: дечје онколошке хирургије, дечје кардиоваскуларне хирургије и центар за трансплантацију ткива и органа. Основни предуслов за трансплантације, пре свега бубрега и јетре, подразумева развој микро-васкуларне хирургије. Од осамдесетих година, микро-васкуларна хирургија постаје рутинска хируршка грана на УДК, па се васкуларни транспланти као

што су васкуларна фибула и васкуларни режњеви, нпр. *Latisimus dorsi*, примењују у реконструктивној хирургији траума и урођених анормалија.

Далеке 1986. урађена је прва трансплантација бубрега код деце у некадашњој Југославији и на Балкану, и то баш на УДК, а уз несебичну помоћ проф. *Vjuik*-а из Лондона.

Те 1986. и 1987. године успешно је урађено 10 трансплантација код деце, уз још три наша пацијента која су оперисана у Паризу због великог хируршког ризика. Ти пионирски кораци учињени су уз несебичну помоћ и подршку прим. др Борића који је већ имао изузетно велико искуство у трансплантацији бубрега код одраслих пацијената на Уролошкој клиници у Београду. Овај трансплантациони тим имао је срећу да сарађује и учи од проф. *El Mekresh*-а, експерта изузетних хируршких способности и педагошког талента, нама од изузетног значаја. До данас развила се сарадња и неизмерна помоћ професора *Navier Martin*-а из Центра за трансплантацију у Лиону са којим имамо непрекидну и веома плодну сарадњу, која траје и даље.

Свеукупно је трансплантирано 97 пацијената. Од 2001. године, осим 64 трансплантираних на УДК, трансплантирано је у Торину 12-оро наше деце, а 11-оро у Лиону, Паризу, Бергаму и Гетеборгу. Трансплантације бубрега где је дозор живи сродник су урађене код 49-оро деце, а кадаверичне трансплантације код 15-оро деце. Резултати нашег тран-

сплант тима не заостају за светским резултатима, чак се можемо похвалити да су изузетни и бољи од оних у много већим и познатијим центрима.

Од 2010. на УДК је просторно обезбеђено и формирано одељење за трансплантиране пацијенте и посебна амбуланта за њихово праћење. Од 2010. на том одељењу је било 505 хоспитализација и 2.770 дана лежања. Од 2002. до данас укупан број прегледа пацијената у програму трансплантације је 4.637. У постоперативном току од свеукупног броја пацијената имали смо четири афункционална графта у каснијем постоперативном периоду, два пацијента су у другој трансплантацији решена у Торину, а два на УДК. НАД смо имали код четири, а повратак основне болести код три пацијента. Експлантација бубрега од живих сродних даваоца за све наше пацијенте је урађена на УДК од стране нашег тима иако су у питању одрасли пацијенти.

Програм пресађивања јетре код деце

Сада су на дијализи само два пацијента која за сада нису у програму за трансплантацију, шест пацијената је на листи за кадаверичну трансплантацију, а деветоро деце су у фази обраде – припреме за листу, јер за ту децу не постоје одговарајући сродни донатори – најближи сродници. До сада је код четири пацијента урађена трансплантација јетре и бубрега у Центру са којим имамо изузетно богату и пријатну сарадњу у Бергаму – Италија, а два детета су у припреми за тран-

51 <

сплантацију јетре и бубрега у центрима у Бергаму и Торину.

Постоје озбиљни планови и програм за трансплантације јетре код деце, што би уз формирање листе за кадаверичну трансплантацију јетре и обезбеђивање додатне опреме и тренинга екипе, који је у току и за ову врсту трансплантације, могло веома брзо да доведе до остварења и овог програма. То би и имало и финансијски значај у уштеди средстава намењених за слање и лечење пацијената у иностранству.

Интересантно је да тај и такав успех управа УДК није препознала и да никада до сада није наградила тим који постиже светске резултате, иако Министарство здравља одваја новац за сваку експлантацију и трансплантацију, које су код кадаверичних трансплантација најчешће у поноћним сатима и захтевају енормну вољу и ентузијазам целог тима. То и негативна селекција кадрова основни су разлози да се многи млади кадрови не опредељују за ову област медицине.

Више кадаверичних трансплантација

Тенденција свих центара за трансплантације бубрега у свету је да се број кадаверичних трансплантација повећа, а број трансплантација са обезбеђеним бубрегом од сродног живог донора што више смањи. Рад целог тима за трансплантацију на УДК се из године у годину све више интензивира и проширује како би се донација ткива и органа као програм одомаћила и у Србији и у окружењу и развила као у Шпанији која је у овој области лидер у Европи. Тиме се и кадаверич-



Проф. Зоран Крстић, проф. NAVIER MARTIN и др Драган Вуканић

на трансплантација фаворизује у односу на трансплантације са органом од живог донора, па су подршке и учешћа у кампањама које су спроведене у последње четири године у Србији издашно помогнуте активним учешћем у предавањима, трибинама, округлим столовима и хуманитарним акцијама које су имале за циљ упознавање, популаризацију и прихватање донорских картица. До сада те акције нису наишле на широку подршку Министарства здравља и највећих здравствених установа у Србији, осим часних изузетака као што су, на пример, УДК И ВМА.

На личну иницијативу чланова тима за трансплантацију са УДК, за последње четири године организовано је пет донаторских вечери уз адекватна предавања и разговоре са заинтересованима за акције завештавања органа уз свесрдну помоћ тима са ВМА. За разлику од институција и установа, интересовање

грађана је изненађујуће велико, па се и по више од 300 донаторских картица отвори при таквим предавањима.

Према важећим позитивним законским актима у Србији се и поред поседовања донорске картице за донацију ткива и органа одлука о истој доноси уз сагласност најближе родбине, а шансе да добијемо орган за трансплантацију реално су шест пута веће од могућности да неко добије орган од нас у програму донаторства. Донација ткива органа се не може спровести без одлуке и сагласности Етичког комитета који је састављен од врхунских стручњака из различитих области, као и Конзилијум који утврђује могућу смрт код потенцијалних кадаверичних донора. Конзилијум нема директне контакте са тимовима за трансплантацију и на њега не могу утицати тимови за експлантацију и трансплантацију.

Трошкови дијализе превелики

У Србији је у овом тренутку више од 4.600 пацијаната на дијализи, што односи око пола годишњег буџета за здравство Србије. Нажалост, готово половина апарата за дијализу је са истеклим роком употребе и без сервисне гаранције за употребу. Последица тога је велики број субдијализираних пацијената, а скоро половина центара за дијализу нарочито малих-локалних не испуњава европске стандарде за минимални ниво рада таквих центара. Добром организацијом на националном нивоу и формирањем националног тима за трансплантацију бубрега, не само да би се уштедела половина годишњег буџета за здравство, већ би се у року од три до четири године број пацијената на дијализи свео на испод



Трансплантација у току

1.000. За њих би садашњи број најмодернијих апарата за дијализу и услови у најбољим центрима био сасвим довољан, а на нивоу европских и светских стандарда.

Потребе Националног тима за трансплантацију неупоредиво су мање од улагања у дијализу коју форсирају фармацеутске куће. Организовањем и опремањем Националног тима би се коначно ентузијазам и волонтерска залагања појединаца за програм трансплантације заменила законским и правно устројеним радом, као и у свим другим трансплант-центрима и тимовима у Европи и свету. Укључивање у Европски систем донације и трансплантације би повећало шансе да кадаверичне донације преваладају у Србији и то не само бубрега, већ и јетре, срца, плућа, панкреаса.

Измена законских аката

Неопходно је по хитном поступку донети законска акта и изменити нека досадашња о донацији ткива и органа и трансплантацији, а нарочито за трансплантације рожњаче (*cornea*), за коју је Европа већ донела одговарајућа акта и ажурирала проблем очних пацијената који је изван Србије врло повољно и лако регулисан, а ми због инертности и незаинтересованости расипамо новац увозом из Италије (свака *cornea* из увоза нас кошта око 1.000 евра).

Живот трансплантираних пацијената уз континуирану терапију се може сматрати уредним и ти пацијенти постају радно способни са потпуно новим интересовањима и животним циљевима. Пацијенти на дијализи се за разлику од њих сматрају не само физички, већ и психички зависни од редовних дијализа, најчешће сваки други дан, где је обавеза транспорта од куће до центра по неколико сати, дијализа која траје још неколико сати, уз сталну бригу да ли ће и када превоз стићи, да ли ће имати све што је потребно за дијализу, да ли је набавка за дијализу стигла или није одобрена. Пацијенти на дијализи нису радно способни, не могу да се редовно школују. Новац који преостаје после трансплантација уместо за дијализу може се преусмерити у друге горуће области и проблеме здравства у Србији.

Највећи дар хирургу за успешну трансплантацију јесте када му трансплантирана пацијенткиња доведе своје дете на преглед или просто да се похвали лепим и здравим потомком. //

У ОРГАНИЗАЦИЈИ БЕОГРАДСКЕ „ЕУРОСФЕРА“

СЕМИНАРИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ МЕНАЏМЕНТ

// СА ЦИЉЕМ ДА ДОПРИНЕСЕ МОДЕРНИЗАЦИЈИ СРПСКОГ И ЗДРАВСТВА У РЕГИОНУ, „ЕУРОСФЕРА“ ЈЕ ЗА КРАТКО ВРЕМЕ УСПЕШНО ОРГАНИЗОВАЛА ТРИ МЕЂУНАРОДНА СЕМИНАРА ИЗ ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНОГ МЕНАЏМЕНТА //

Семинари су одржани по искуствима *Salzburg Global Seminar*, престижне међународне организације за анализу најважнијих глобалних трендова, и под покровитељством Министарства здравља Србије, Здравственог савета Србије и Лекарске коморе Србије. Семинари који су одржани имају звучне називе, али је таква и њихова садржина: Савремени трендови менаџмента у здравству; Иновације у менаџменту здравствене заштите, и Здравствена заштита, право и људска права.

За организовање последњег у низу семинара, покровитељство је дао Торбјорн Јагланд, генерални секретар Савета Европе, па је то био повод за разговор о активностима на плану едукације за здравствени менаџмент са доц. Михајлом Рабреновићем, председником Управног одбора „Еуросфера“, који је докторирао у области стратегијског менаџ-

су здравље и живот основне цивилизацијске вредности, а форме кроз које у овој области дајемо допринос су образовање и консалтинг, истиче Рабреновић.

Према његовим речима, то подразумева да се, у оквиру секторске супспецијалности из области здравственог менаџмента, здравственим установама у региону пружа подршка да реорганизују своје пословање, суоче се са изазовима и предузму неопходне реформе.

Да је „Еуросфера“ на правом путу, показало је веома значајно својеврсно признање од стране Савета Европе, када је генерални секретар ове значајне међународне организације истакао да су циљеви семинара које организује „Еуросфера“ у складу са активностима Савета Европе и да је то основни разлог за доделу покровитељства над семинаром „Здравствена заштита, право и људска права“.

>>> Семинари који су одржани имају звучне називе, али је таква и њихова садржина: Савремени трендови менаџмента у здравству; Иновације у менаџменту здравствене заштите, и Здравствена заштита, право и људска права <<<

мента у јавном сектору. – „Еуросфера“ је настала са циљем да помогне да се кроз правилну примену стратегијског менаџмента дође до бољих резултата у руковођењу организацијама, посебно оним где је укључен јавни интерес. Здравство је несумњиво једна од тих области, јер

Подршку Савета Европе у „Еуросфери“ сматрају обавезујућом да у наредном периоду дају још већи допринос у области модернизације система здравствене заштите и помогну реформу менаџмента у областима у којима је то најпотребније. Посебно цене и уважавају иниција-



УЧЕСНИЦИ И ГОСТИ СЕМИНАРА

тиве за сарадњу које потичу од самих здравствених установа.

У „Еуросфери“ изражавају задовољство што су у својству предавача успели да окупе угледне посленике у овој области, као што су: проф. др Славица Ђукић Дејановић, др Симо Вуковић, др Периша Симоновић, проф. др Дончо Доневић, проф. др Душица Лечић Тошевски, проф. др Радисав Шћепановић, др Зоран Влаховић, др Татјана Радосављевић, проф. др Милан Шкулић, проф. др Милица Лазовић, др Паја Момчилов, др Горан Илић, проф. др Милутин Ненадовић, др Нада Теодосијевић, Зорица Марковић, Маја Станковић Иветић и други.

Досадашњи квалитет организационих семинара је вероватно један од разлога који су определили проф. др Славицу Ђукић Дејановић, министра здравља у Влади Републике Србије, да управо на семинару у организацији „Еуросфера“, по први пут од формирања нове Владе, изнесе визију нове здравствене по-

САРАДЊА СА СВЕТСКОМ БАНКОМ

Доц. Михајло Рабреновић, који се усавршавао уз подршку престижних међународних фондова, као што су USAID, стипендија Министарства спољних послова Велике Британије и Министарства образовања Руске Федерације, у својству консултанта недавно је успешно реализовао пројекат за Светску банку, под називом: „Ситуациона анализа организације менталног здравља у Републици Србији са предлозима за њено унапређење“.

литике у Србији, о којој се до тада у стручним круговима само наслућивало у погледу њене садржине.

Сарадња са Лекарском комором Србије је, такође, дала добре резултате, имајући у виду да имају компатибилне мисије и циљеве деловања и обострану жељу да се партнерство, где год је то могуће, настави.

„Подизањем нивоа знања и искустава у области здравственог менаџмента смањује се могућност за чињење грешака у процесима планирања, организовања, усмеравања и контроле, али се и повећава резултат у односу на уложени новац.

Ми у континуитету анализирамо препреке и проблеме који су присутни у области система здравствене заштите и у наредном периоду реализоваћемо један број пројеката који ће помоћи даљу модернизацију, а „Еуросфера“ семинари за бољи здравствени менаџмент ће и даље бити једна од окосница наших активности“, навео је Михајло Рабреновић.

Н. Божић

У КБЦ ЗЕМУН ПРЕ ТРИ ГОДИНЕ УВЕДЕНА
РАДИОФРЕКВЕНТНА АБЛАТИВНА ТЕРАПИЈА

ПИОНИРИ САВРЕМЕНОГ ЛЕЧЕЊА БАРЕТОВОГ ЈЕДЊАКА

// У ПЕРИОДУ ОД 2009. ДО 2011. ТА ТЕРАПИЈА ПРИМЕЊЕНА
У ОКО 40 БОЛЕСНИКА, СА И БЕЗ ДИСПЛАЗИЈЕ, И ПРОЦЕНАТ ЕРАДИКАЦИЈЕ
У ПРАЋЕЊУ ГОДИНУ ДАНА ЈЕ 86 ОДСТО //

Мр сци. мед. др
Предраг Д. Дугалић,
начелник службе
гастроентерологије
са хепатологијом
Клинике за интерне
болести КБЦ „Земун“



КБЦ ЗЕМУН – НЕКАД И САД

Клиничко-болнички центар Земун је најстарија болница у Србији основана 1784. године. То је и универзитетска болница, наставна база Медицинског факултета у Београду у којој се од 1972. године одвија редовна и последипломска настава из интерне медицине за студенте Медицинског факултета у Београду. Од 1976. почела је и настава из оториноларингологије, а од 2011. године из хирургије.

Даља историја Земунске болнице сеже још до 1730. године када је формирана прва раскужна станица Контумац у којој су се сви путници са Оријента задржавали у прописан карантин, а сва роба и пошиљке бивали дезинфиковани. Лечење грађана су обављали први школовани здравствени радници – контумачки хирурзи, највећим делом школовани у Аустро-Угарској.

Касније, од средине 18. века, формиране су и прве две верске болнице. Прво је Римокатоличка жупа 1758. године формирала властиту болницу,

а потом су Земунци српске националности формирали болничку зграду у непосредној близини Николајевске цркве. Генерална команда града је 1784. године одлучила да смањи трошкове за издржавање болница и наредила да се уреди само једна болница са довољно простора да прими болеснике свих вероисповести

и да се уведе само једна болничка каса под управом Магистрата. То је било 25. фебруара, а тај дан установљен је за Дан болнице.

У 19. веку значајну улогу у здравству Земуна и развоју Градске болнице имали су хирурзи. Један од

еминентнијих био је и професор др Војислав Суботић, чијим доласком на чело болнице 1884. године наступа „ново доба Градске болнице“. Уводе се нове оперативне технике, те тако 1887. године др Суботић четврти у свету оперише цисту панкреаса. Године 1887. представници града и Реда сестара милосрдница св. Винка Паулског склопили су уговор о поверавању болнице женском монашком реду, тако да се од тог времена значајно повећао број корисника болнице. Резултат те сарадње је и грађња нове троетажне зграде на месту данашње болнице 1891. године, назване „Општа јавна болница“.

На самом почетку 20. века, 1901. године, набављен је нови рендген апарат, само једну годину пошто је



Др Предраг Д. Дугалић и Ђовани ди Наполи, главни европски менаџер за RFA са екипом земунске болнице



Клиничко болнички центар Земун

додељена Нобелова награда за откриће X зрака. После ослобођења 1944. године на кратко време болница је постала Војна болница, да би од октобра 1945. године поново била преименована у Јавну општу болницу. Од 1954. регистрована је као Градска болница, 1965. као Општа болница у Земуну, а 1973. године као Клиничка болница. Најзад, 31. децембра 1983. установа је регистрована као Клиничко-болнички центар Земун-Београд.

До данас КБЦ Земун имао је неколико значајних реконструкција. Годишње се у овој установи испита око 20.000 грађана, обави више од 7.000 хируршких интервенција, а у поликлиничкој служби око 300.000 специјалистичких прегледа.

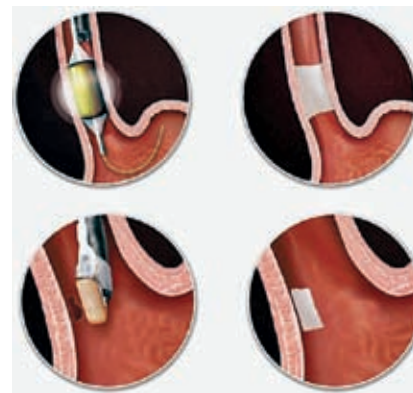
ЛЕЧЕЊЕ БАРЕТОВОГ ЈЕДЊАКА

Barrett-ов једњак представља пре-канцерозно стање и дуги низ година болесници су били само конзервативно лечени лековима (најчешће PPI и H2 блокатори) и праћени. У последњој деценији се развио читав низ аблативних метода (криотерапија, аргон плазма коагулација-АРС, радиофреквентна аблативна терапија – RFA и др.) које у комби-

нацији са ендоскопским мукозектомијама и субмукозним дисекцијама могу довести и до потпуне ерадикације патолошког стања.

У КБЦ Земун је фебруара 2009. године по први пут уведена радиофреквентна аблативна терапија (RFA) Barrett-овог једњака међу све земље централне и источне Европе, а годину и по дана касније се иста метода уводи и у Клинички центар Србије, тако да ова два центра постају пионири примене те врсте лечења Barrettovog-овог једњака на овим просторима. Метода је иначе по први пут уведена у САД 2004. године, а у Европи је прва уводи Холандија 2006. године. Подршком садашњег и претходна два директора КБЦ Земун, (доц. др Драгоша Стојановића, проф. др Александра Нешковића и проф. др Иве Берисавца) омогућен је пун развој ове методе у претходне три године.

Баретов једњак (Barrett esophagus) представља замену дела плочасто-слојевитог (skvamocelularnog) епитела дисталног једњака са специјализованим интестиналним епителом или интестиналну метаплазију која садржи пехарасте хелије, а све под утицајем рефлукса желудачног садржаја који садржи желудачну киселину и жуч. Факто-



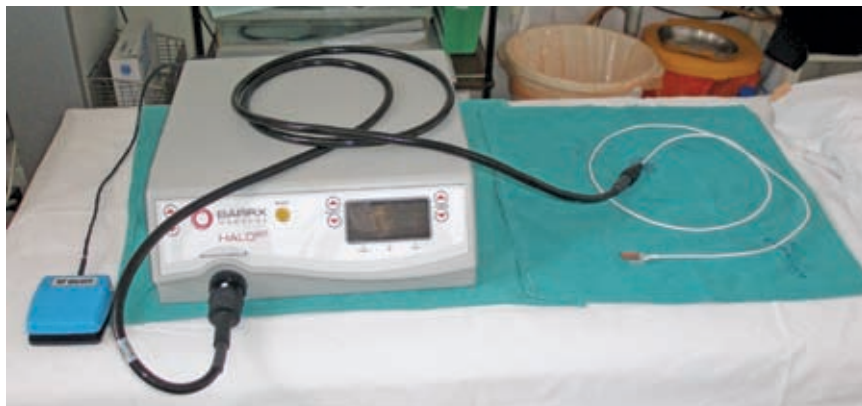
Циркумферентна аблативна терапија (Хало 360)

ри као што су генетика, пол и раса такође могу имати значајну улогу. Интестинална метаплазија (IM) даље може да прогредира у ниско степеноу дисплазију (low-grade dyspla-

sia, LGD), високо степену дисплазију (high-grade dysplasia) и у рани карцином једњака.

Последњих година преваленца Barrettovog једњака је у порасту, а преваленца IM у обичној популацији људи износи око седам одсто. У последњој деценији учесталост Barrettovog једњака на 1.000 ендоскопија износи од 2,9 до 18,9 новорегистрованих случајева. У САД је забележен 500-процентни пораст инциденце карцинома једњака. Петогодишње преживљавање код карцинома једњака је свега 15 одсто.

Годишњи ризик за развој раног карцинома једњака код болесника са недиспластичном IM је 0,5 одсто, мада се негде помиње и виша стопа прогресије. Тренутно не постоје тачни параметри који би могли предодредити код којих ће се болесника са недиспластичном IM развити високо степену дисплазија или рани карцином једњака, али се ради на томе да би детекција и квантификација одређених молекуларних маркера могла издвојити болеснике са повећаним ризиком. Код болесника са Barrett-овим једњаком и високим степеном дисплазије (HGD), проценат оних који ће добити рани карцином једњака је од 16 до 59 одсто у зависности од дужине праћења (follow-up).



Хало 90

Последње мета-анализе показују да око шест одсто болесника са Barrett-овим једњаком и HGD добије рани карцином једњака сваке године праћења. Препоруке за лечење Barrett-овог једњака се базирају на хистолошком стадијуму болести (недиспластична IM, ЛГД, ХГД или рани карцином једњака), али исто тако на коморбидитетима и институционалним условима лечења болесника. За све болеснике са Barrett-овим једњаком лечење гатроезофагеалне рефлуксне болести (GERB) представља основ одржавања једњака без ерозија („erosion free esophagus“). У ту сврху се

користе блокатори протонске пумпе (PPI лекови) као што су омепразол, ес-омепразол, пантопразол, рабенпразол и др.

ЕНДОСКОПСКА РАДИОФРЕКВЕНТНА АБЛАЦИЈА

Аблација је дефинисана као уништавање и потпуно уклањање болесног ткива. У случају Баретовог једњака аблација се односи на ерадикацију IM и њену потпуну замену са нормалним нео-плочасто-слојевитим епителом једњака. Циљ је ерадикација свих клонова ћелија IM и стем ћелија, било да се ради о не-диспластичној IM, LGD или HGD, како би се елиминисао ризик за прогресију болести (специјалног настанка раног карцинома једњака).

Пре процедуре радиофреквентне аблације обавезно је урадити видео ендоскопију једњака и направити категоризацију Barrett-овог сегмента према укупној дужини, локацији најпроксималнијег језичка и локацији желудачних набора у односу на предње инцизиве. Биопсије је обавезно урадити са свих видљивих абнормалности слузнице, као и са четири квадранта на сваких 1–2 центиметра Barrett-овог сегмента. У

циљу боље ендоскопске визуелизације могу се користити хромоендоскопија, аутофлуоресценција, NBI (narrow band imaging техника) и високо резолуциона ендоскопија.

У случају већих лезија пре аблације се може урадити ендоскопска мукозектомија (EMR) или субмукозна дисекција (ESD), такође и са циљем препознавања HGD или раних карцинома једњака. Исте треба направити минимум осам недеља пре аблативне процедуре. Уколико се ради о HGD треба пре радиофреквентне аблације направити и ендоскопски ултразвук (EUS) и/или СТ медијастинома да би се искључило

ширење процеса на субмукозу и у регионалне лимфне чворове.

Што се тиче медикамената, препроцедурално треба оптимализовати дозу PPI лекова која ће у потпуности контролисати симптоме GERB-а код ових болесника и на тај начин спречити појаву било каквих оштећења једњака у смислу улцерација или ерозија.

24-сатни РН мониторинг и манометрија доњег езофагеалног сфинктера могу бити од користи пре интервенције ради потврђивања одсуства изложености једњака патолошком рефлуксату из желуца.

Радиофреквентна аблација Barrett-овог једњака се може радити или као циркуферентна (ХАЛО 360 систем) или као фокална (ХАЛО 90 систем).

Фокална радиофреквентна терапија (Хало 90) се обавља помоћу специјалне електроде фиксиране за врх ендоскопа и врши се у два акта, приликом чега се у паузи прави одлубљивање претходно третиране мукозе једњака.

Циркуферентна аблациона терапија (Хало 360) се обавља помоћу специјалног балона кроз који се пропушта радиофреквентна струја, а који се у једнак уводи помоћу жичаног гајда. Претходно се врши одређивање величине балона којом ће се РФА урадити. Процедура се такође изводи у два акта.

После примарне радиофреквентне аблације (најчешће циркуферентне), сваких два месеца се може радити фокална аблација у смислу отклањања остатака Barrett-овог једњака, све до његове потпуне ерадикације. Фокална радиофреквентна аблација се може радити и као примарна у случајевима постојања мањег Barrett-овог сегмента.

Потпуна ерадикација се потврђује раније описаном биопсијом „4 квадранта“ Barrett-овог сегмента и након тога се спроводе редовне контролне ендоскопије на годину дана.

У КБЦ „Земун“ је у периоду од 2009. до 2011. године урађена радиофреквентна аблативна терапија (RFA) Barrett-овог једњака у око 40 болесника, са и без дисплазије и проценат ерадикације у праћењу од годину дана је 86 одсто.

За писање овог текста коришћени су и подаци из:

1. CD монографија КБЦ „Земун“, издате од КБЦ „Земун“ 2010. у Београду
2. Пријаве докторске дисертације П. Дугалића: „Клинички значај и ефикасност радиофреквентне аблативне терапије Barrett-овог једњака“, Медицински факултет у Београду, 2009. год.

КЛИНИЧКИ УЛТРАЗВУК У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЈИ И ХЕПАТОЛОГИЈИ

ПОМОЋ У РАНОМ ОТКРИВАЊУ МАЛИГНИХ БОЛЕСТИ

Пише: др Александар Станојевић, шеф одсека за хепатобилијарна и панкреатична обољења Хепатолошког одељења Службе гастроентерологије са хепатологијом КБЦ Земун



Доплерска евалуација паренхиматозних органа допуњује стандардни, B mod ултразвучни преглед дајући драгоцене податке о њиховој васкуларизацији и њеним карактеристикама. Сваки орган (јетра, слезина, бубрези) има карактеристичан доплерски налаз који одговара нормалном, физиолошком стању. Хемодинамски параметри које пратимо су проток, брзина и васкуларни отпор. Чињеница је и да се они налазе под мноштвом утицаја, како системских, хуморалних тако и локалних, патоанатомских, тако да се у коначну анализу укључују клинички и биохуморални параметри тако да ултразвучни преглед добија једну нову, клиничку димензију.

Сама методологија ултразвучног прегледа подразумева да пацијент буде дванаест сати гладан пред преглед који започиње морфолошким анализом органа употребом стандардног B moda; потом се активира адекватни доплер (стандардни CDI за протоке уобичајених брзина; power доплер за протоке ниских брзина; duplex flow за протоке у финијим структурама) чиме се визуализује и васкулатура испитиваног органа и анализира њена архитектура (облик, гранање, смер кретања крви); испитивање се наставља употребом пулсног доплера чиме се региструју подаци о брзини циркулације и облику доплерског спектра који су карактеристични за сваки орган.

Преглед се комплетира рачунањем индекса, који представљају апсолутне бројеве, независне од упадног угла ултразвучног снопа у односу на осу испитиваног крвног суда, чиме се минимизују индивидуалне варијације у мерењима.

Индекси које рачунамо су: резистивни индекс (индекс отпора, RI), пулсатилни индекс (PI), конгестивни индекс (CI), доплерски перфузијски индекс (DPI), јетрин васкуларни индекс (LVI).

Сваки појединачно даје драгоцене податке о органу који испитујемо:

- RI – у јетри повезан са нивоом фиброзе и патолошким променама у физиолошкој архитектури крвних

судова; у бубрезима повезан са постојањем стенозе реналне артерије као и са променама у крвним судовима бубрежног паренхима

- LVI – повезан са ризиком крварења из варикозитета једњака

- DPI – рана детекција метастаза у јетри

Употреба ових параметара у клиничкој пракси: стеатоза јетре – њен утицај на циркулацију у портном систему; цироза јетре, свих узрока; портна хипертензија – анализа, квантификација, праћење ефеката лечења, одржавање ризика од крварења из варикозитета једњака; анализа фокалних промена у јетри; рана детекција метастаза колоректалног карцинома у јетри; семиквантитативна анализа доплерских спектра артерија у бубрегу – омогућава детекцију стенозе бубрежне артерије као и процену ефекта појединих патолошких стања (декомпензована цироза, постојање асцитеса) на бубрежну функцију (ризик од настајања хепато-реналног синдрома).

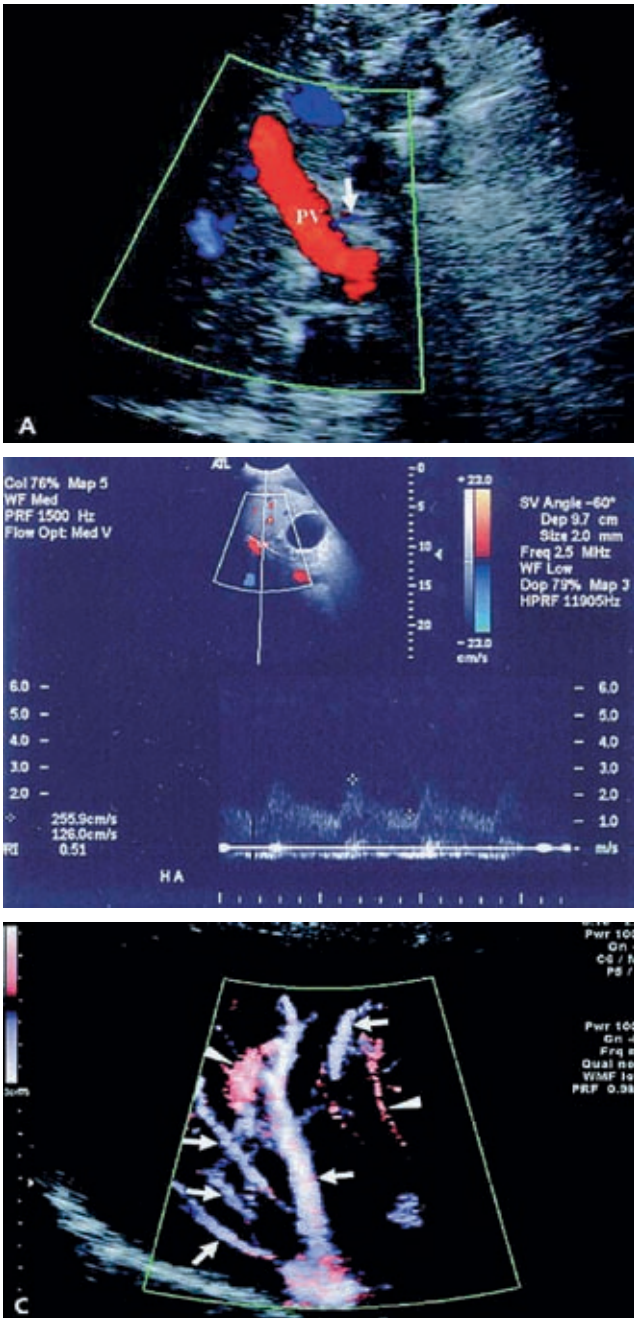
Посебну важност има анализа фокалних промена у јетри. Наиме, широка употреба савремених ултразвучних апарата у свакодневной дијагностици довела је до повећаног откривања различитих фокалних промена стварајући тиме нови дијагностички проблем, а то је како одредити која од њих захтева даљу евалуацију.

Доплерска анализа нам омогућава да уочимо разлике у архитектури крвних судова и потенцијалне разлике у хемодинамским параметрима између промене и здравог ткива, јер потенцијална малигност саме фокалне промене доводи до карактеристичних варијација у параметрима које одређујемо (RI на пример). Овим употпуњујемо стандардни B mod преглед, те се прецизније можемо изјаснити о променама које описујемо.

Велики изазов представља рано откривање ширења малигне болести. Карцином колоректума представља други најчешћи карцином и други најчешћи узрок смрти од малигну болести у Европи и у свету, узрокујући око 394.000 смртних случајева годишње. Главни разлог за летални исход представљају хепатичке метастазе.

Око 25 одсто случајева већ имају метастазне промене на јетри у моменту откривања примарне малигне болести. Код следећих 25 одсто случајева промене на јетри се уочавају већ током постоперативног тока, тако да примарни циљ у лечењу колоректалног карцинома представља њихово правремено откривање.

Хепатичке метастазе, у раном периоду, исувише су мале, недетектабилне доступним imaging методама тако да их називамо окултним. Њихово постојање узрокује промене у хепатичкој циркулацији која може бити детектована. Оне повећавају удео артеријске компоненте у укупној хепатичкој циркулацији, јер сам патоло-



1. VENA PORTAE, ARTERIA HEPATICA; 2. A. HEPATICA, PULSNI DOPPLER; 3. VASKULATURA JETRE

зиолошки процес ширења метастатске болести подразумева првенствено неангиогенезу.

Ове промене региструју као повећање брзине и протока кроз јединицу површине хепатичке артерије која се може регистровати доплерском евалуацијом циркулације у јетри и рачунањем Doppler Perfusion Index-а (DPI).

У литератури је показана висока корелација између вредности DPI, Dukes класификације и патохистолошког налаза у јетри, те ово као неинвазивни метод може наћи широку примену у клиничкој пракси ради планирања правовреме адјувантне терапије.

На крају треба истаћи да клинички ултразвук као дијагностички поступак који подразумева ултразвучну морфолошку и доплерску анализу и укључивање клиничких параметара пружа могућност неинвазивног, доступног начина праћења и детекције многих патолошких стања. //

ИЗ ДРУГОГ УГЛА – МЕДИЦИНСКИ КЛАСТЕР MEDICAL START UP У НИШУ

Удруживањем до веће конкурентности

// ОКУПЉАЊЕМ И ЗАЈЕДНИЧКИМ НАСТУПОМ, ПРИВАТНИХ ПРАКСИ ПОСТИЖУ СЕ ВИШЕСТРУКЕ //

Последње деценије, концепт кластера постао је централна идеја конкурентности и економског развоја. Већина стручњака кластера дефинише као удружење географски концентрисаних, међусобно повезаних, предузећа из сродних и различитих делатности као и носиоца знања, других институција и организација које гарантују критичну масу знања, технологија, ресурса и средстава значајних за јачање конкурентности појединачних предузећа – учесника и кластера као целине. Кластер повезују заједничке потребе на подручју набавке, купаца, специјализованих услуга, радне снаге и других ресурса.

MEDICAL start up кластер основан је јануара 2010. године уз залагање чланица које су препознале своје заједничке развојне интересе.

Кластер је настао уз техничку подршку данског програма за локални економски развој на Балкану – *LEDIB*, а данас, као део Куће кластера броји 54 активне чланице. Неке од чланица *MEDICAL start up* кластера су:

- Поликлиника за област интерне медицине, лабораторија за клиничку биохемију, микробиологију и лабораторија за патохистологију „Хуман“ Ниш;
- Специјалистичка радиолошка ординација за ултразвучну дијагностику и дијагностику магнетном резонанцом „Еуродијагностика“ Ниш;
- Лабораторијска дијагностика из области медицинске биохемије, микробиологије и патохистологије „Неолаб“ Ниш;
- Пружање услуга из области физикалне медицине и рехабилитације „Лагуна“ Прокупље;
- Специјалистичка ординација за интерну медицину „Кардио Медика“ Ниш;
- Здравствена – педијатријска превентивна, куративна педијатрија и дечја пулмологија „Medica“ Ниш;
- Ординација опште медицине „Wizard“ Ниш;
- Поликлиника за интерну медицину, ортопедију и физикалну медицину „Naissa“ Ниш;
- Лабораторијска дијагностика у области медицинске биохемије и микробиологије „Farmacia Diagnostica“ Ниш;
- Специјалистичка ординација за интерне болести „Inter Medica – Dr Lović“ Ниш;
- Продаја потрошног материјала у медицинској дијагностици „Medical Team“ Ниш;
- Медицински центар за превенцију и лечење гојазности „Human Fit“ Ниш;
- Стоматолошка ординација „Др Маја Радовић“ Ниш;
- Општа болница „Sava Surgery“ Ниш;
- Продаја и сервис стоматолошке опреме и стоматолошке услуге „Ортодент“ Ниш;

59 <

- Пројек. развој и производња медицинских уређаја X-ray „Medica Systems & Product“ Ниш;
- Производња генератора „Вердус“ Ниш;
- Едукативно психолошки центар „Алтер его“ Ниш;
- Гинеколошка ординација „Вукадиновић“ Лесковац;
- Истраживања и експериментални развој у медицинским наукама „ДЦА лабораторије“ Лесковац;
- Сервис и продаја рендген опреме и потрошног материјала у медицини „Амирал“ Ниш;
- Апотекарска установа „Дона фарм“ Ниш;
- Поликлиника „Неолаб“ Зајечар и Лесковац, Гинеколишко-акушерска ординација „Др Маријета Николић“ Ниш;
- Поликлиника „Панајотовић“ Ниш, Поликлиника „Варнава“...

Кластер *Medical Start up* је мрежа приватних пракси у области здравствене заштите, као и предузећа задужених за подршку рада и развоја кластера (маркетинг, едукацију, истраживања) основана на неодређено време са циљем пружања подршке чланицама кластера у процесу јачања конкурентности, остваривању профитабилног позиционирања на домаћем и иностраном тржишту, као и промовисању предузетништва. Ради остваривања циљева Кластера константно се предузимају следеће активности: прикупљање и обрада стручне литературе; организација радионица, стучних скупова, презентација, семинара, сајмова; пружање консалтинг услуга; припрема пројеката и пројектни менаџмент; ефективна и ефикасна употреба свих расположивих донаторских фондова; сарадња са пословним субјектима, државним и научним институцијама, школама, стручним удружењима и другим референтним организацијама у земљи и иностранству.

MEDICAL start up кластер ради на информисању чланица кластера о новим правцима развоја, као и различитим шансама у окружењу. Поред редовне годишње скупштине и формалног рада на припреми акционог

плана за наредну годину, чланови *MEDICAL start up* кластера у могућности су да кроз различите радионице и округле столове унапреде своје знање и рад своје приватне праксе.

Кластер је члан и оснивач Куће кластера, националне платформе за развој кластера лоциране у Нишу. То даје могућност коришћења широког спектра алата за маркетинг (часопис Infocluster, емисија Куће кластера, сајт Куће кластера, различити каталози и публикације). овог индиректног повећања видљивости, *MEDICAL start up* кластер, ради на свом промовисању кроз свој сајт www.medicalstartup.co.rs и профил на друштвеној мрежи Facebook.

Један од активнијих кластера у Србији, *MEDICAL start up* кластер, шири своје контакте и ван граница Србије. На међународном сусрету кластера у Печују, Мађарска, *MEDICAL* је учествовао у сесији која је окупила различите медицинске кластере из региона (Мађарска, Бугарска, Хрватска, Румунија, Босна и Србија). На овом С2С окупљању директну сарадњу отпочели су *MEDICAL start up* кластера из Ниша и Dental Health Tourism Cluster из Софије. Уследио је сет састанака на релацији Ниш – Софија, а сада се ради на припреми првог прекограничног пројекта у области здравства.

Као активан и преспективан кластер *MEDICAL start up* је препознат од стране Министарства економије и регионалног развоја и других референтних развојних институција, те подржан кроз различите пројектне активности. Кључни пројекти *MEDICAL start up* кластера:

- Међународни сајам кластера и малих и средњих предузећа у Нишу – координатори и организатори „Базар здравља“ – предавање на тему „Гојазност“

- Министарство здравља, подршка удружењима, пројекат „Рано откривање обољења простате у популацији мушкараца старијих од 50 година на територији града Ниша“, главни партнери



MEDICINSKI START UP KLASITER
MEDICAL START UP CLUSTER



Учеснице пројекта „Буди одговорна – инвестирај у своје здравље“



Фестивал здравља у Нишу

• Национална агенција за регионални развој, пројекат „Стручно усавршавање менаџмента и запослених у чланицама *MEDICAL start up* кластера у циљу јачања капацитета чланица и капацитета кластера“

• Национална агенција за регионални развој, пројекат „Радионица и пословни менторинг за менаџмент *MEDICAL start up* кластера о изради пројектне документације за конкурсање код домаћих и страних организација ради јачања конкурентности кластера и пословног повезивања“

• Фестивал здравља у Нишу 2011. и 2012. године, учесници, обављање превентивних прегледа

• Национална агенција за регионални развој, пројекат „Едукацијом до развоја материјалних и људских ресурса и јачању партнерског односа са научно истраживачким организацијама (НИО) и сарадња са државном здравственом заштитом“



„Буди одговорна – инвестирај у своје здравље“

• ЕЕН мрежа Србија и Кућа кластера, С2С састанци, Печуј, Мађарска – учесници

• Заједнички пројекат са Удружењем пословних жена Ниш „Буди одговорна – инвестирај у своје здравље“

• Учешће на Трећој балканској конференцији Дани кластера у Нишу, представљање кластера на интернационалној Инфосат манифестацији

Повезивање у кластер значи сарадњу и иновативност активних партнера, предузећа свих величина из различитих области, надовезивање на образовање, оспособљавање, развој и увођење нових технологија у пословне процесе. А. пре свега, офанзивно укључивање у међународне развојне токове, креирање прилика, а не само праћење постојећих. Чланице будућност *MEDICAL start up* кластера виде у даљем омасовљењу чланства, лобирању и залагању за боље услове приватних пракси у области здравствене заштите и повезивању са образовним и развојним институцијама. Нови пројекти и подизање здравственог туризма на виши ниво главни су задаци *MEDICAL start up* кластера у 2013. години.

Др Ирена Митић,
менаџер Поликлинике Хуман
Дипл. ек. Невена Станисављевић,
фасилитатор кластера





ИНСТРУКТОРИ КУРСА СА ПОЛАЗНИЦИМА ПО ЗАВРШЕТКУ РАДА

СТРУЧНИ СКУПОВИ – НОВИ САД: КОНТИНУИРАНА ЕДУКАЦИЈА ЗА СПЕЦИЈАЛИЗАНТЕ ОРЛ

Осми курс анатомије слепоочне кости

Осми интернационални курс анатомије слепоочне кости одржан је 7. и 8. децембра 2012. на Оториноларинголошкој клиници Клиничког центра Војводине и Анатомском институту Медицинског факултета у Новом Саду. На курсу је 14 младих специјализаната оториноларингологије чуло предавања из анатомије и физиологије овог компликованог дела базе лобање. Хируршким

инструментима и уз помоћ операционих микроскопа могли су, у току осам радних сати дневно, да сами обраде анатомске препарате и махом први пут дођу у контакт са нормалним структурама које се срећу у току хируршких захвата. Ови курсеви су неопходна припрема за едукацију у микрохирургији средњег и унутрашњег уха. У неким земљама су обавезни за све специјализанти ОРЛ.



ПРОФ. МИЛАН СТАНКОВИЋ ИЗ НИША СА ПОЛАЗНИЦИМА КУРСА ИЗ ХРВАТСКЕ

Курсеви у Новом Саду одржани су под вођством отохирурга професора Драгана Данкуца и Љиљане Влашки. У протеклим годинама похађали су их, поред наших ОРЛ специјализаната и полазника из свих земаља у нашем непосредном окружењу, и полазници из Велике Британије, а овог пута и из Русије.

Посебан квалитет курсевима дају изванредни инструменти које, у улози спонзора, стављају на располагање врхунски произвођачи медицинских инструмената из Немачке: фирма *Storz iz Tuttingen-a i Zeiss Oberkochen*, преко својих представника у Србији, *Inel i Ranex*.

На свим досадашњим курсевима предавања су, осим наших предавача, одржали и гости из иностранства, познати европски отохирурги. Гости из иностранства су дошли на иницијативу и позив проф. др Михаела Подвинеца, председника швајцарског друштва за сарадњу оториноларинголога „*ORL-BAL International*“ (*OBI*) и неколико пута заредом су одржали бесплатна предавања у Србији.

OBI већ десет година сарађује са наставним базама у Србији. Поред размене знања и 32 одржана курса на разне теме из области оториноларингологије, *OBI* је организовао студијске боравке у западној Европи за 26 младих оториноларинголога из Србије. Новина је да се у јуну 2013. године за ОРЛ специјализанте уводи „Летња школа оториноларингологије“, као нов облик сарадње са швајцарским колегама.

Др Нина Михајловић

МИШЉЕЊА

ТРЕТМАН ЉУДИ:
У ШТА НАС
ТО ПРЕТВАРАЈУ?

Пише: др Вера Терзић,
Дом здравља Ваљево

На седници Посебног одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту одржаној 18. септембра, опет се, неизбежно, повела дискусија о капитацији, тј. да ли је основ плате 100 одсто, као што је обећано у обраћању Министарке здравља на састанку са директорима Дома здравља, или 90 одсто или...



Резигнирано размишљам да ли је могуће да опет причамо о томе, о платама (које су свакако тек пристојне, да не кажем мале) и да сада треба да размишљам да ли ћу добити мање или више од својих колега. Све време некако се бунимо, жалимо, оглашавају се неки одважни и паметни људи, али већина ћути. Све ово протекло време наш отпор је безначајан, ништа нас нико не пита, мало се опиремо и на крају све прихватимо!

У шта нас то претварају? Толико школе, толико труда, цењени свугде у свету, а овде? Посебно у примарној здравственој заштити, лекари су и даље - лекари другог реда. Тек сада постајемо преписивачи, бирократе, усмеривачи, статистичари. Технократија нас сатири. Буљимо у екране. Људе не стижемо да погледамо. Сами себе не стижемо да погледамо, па се кући преиспитујемо, ста смо урадили, да ли смо негде погресили.

Због свих различитих реформи, наш посао губи смисао. И није, драги моји, све мерљиво. Али, почнимо редом:

РЕГИСТРАЦИЈА

Убила нас, са више од 2.000 људи. У општој пракси 2.000 људи, нажалост, јесте 2.000 пацијената. Или скоро толико. Поделите 22 радна дана и знаћете да морате сваки дан примити 90 људи. Како? Већина лекара има и више од тог броја. Неки не могу да одбију људе. Не-

ки су сами себи са различитих спискова убацивали податке и без сагласности корисника здравствене заштите себе осигуравали да имају довољан број. Некима је наметнуто да примају пацијенте колега који су одсутни, па се број драстично увећавао. Тако смо само затрпани и журимо да све стигнемо. Да упишемо све бројеве, извештаје, датуме, препоруке, да добро осмотримо где је лек, која листа, индикације, услове, до када је препоручена терапија, да не претерамо...

ЕФИКАСНОСТ

После 25 година радног стажа и нисам више тако ефикасна. Памтим и боља времена.

ПРЕВЕНТИВА

Исфабрикована, фалсификат фалсификата, у већини случајева. Овај свет који долази само хоће лекове. Да ли се неко пита зашто?

РАЦИОНАЛНОСТ

Да ли ми треба ценовник лекова поред Листе лекова, услова, индикација, извештаја и препорука. Или још једне наочари? Откада је почела сва та прича у домовима здравља настаје хаос, деобе и поделе „мој, твој пацијент. Није мој, чији је? Па нисам ја твој доктор, шта хоћеш од мене. Дођи код свог лекара...“ Не зато што неко неће, него просто не може. Уместо реда, неред је већи, људи незадовољни, доктори љути. А, морал, одговорност, пожртвованост, тачност дијагнозе, права помоћ пацијенту, подршка, ко то оцењује? И, КО нас то оцењује?

Не ради се о новцу. Не ради се о плати. Ради се о томе да опет неки ПРОЈЕКТИ иду преко наших леђа. Ради се о нашем статусу. Ради се о нашем животном опредељењу. Ради се о нашим карактерима. Медији пласирају вести о „плати према учинку“. Да ли се неко запитао колика онда треба да нам буде плата? Треба ли да објасним онима који ме чекају сваки дан на вратима да ми је плата мања јер је њих много и јер често долазе? Или да се нашалим и насмејем. Урадићу ово друго. //

ХЕРОЈИ МЕЂУ НАМА

СКРОМНИ ХЕРОЈ: ДР ИВАН ПОПОВИЋ

СПАСИО МЛАДИЋА СИГУРНЕ СМРТИ

Лекарска професија често је на удару критике штампаних медија, док су текстови о успесима наших лекара, њиховој хуманости и пожртвованости – права реткост. Једна од несвакидашњих прича скренула је пажњу јавности јула прошле године када је, захваљујући изузетној присебности, знању и храбрости, доктор Иван Поповић спасио један млади живот: након што је, са колегама у Ваљевском здравственом центру зауставио крварење, током транспорта до Београда др Иван је све време држао руку у стомаку тешко повређеног студента Игора Милуновића, спречавајући да искрвари. То је, испоставило се, била права одлука. За Гласник ЛКС, о подвигу свог колеге Ивана, пише др Владимир Обрадовић.

Срећем др Ивана у операционом блоку.

„О, ево нашег јунака месеца, читао сам у „Политици“, честитам!“, рекох, пружајући руку.

„Ма, пусти, знаш да новинари претерују као и увек, да није цео тим људи функционисао како треба, од пријемног одељења у Ваљеву, до операционог стола у Београду, ништа не би вредело!“, одговара скромно.

А, ево шта се десило.

Игор Милуновић (23), студент економије из Ваљева, повређен је у саобраћајној несрећи тако што је на њега налетео комби на пешачком прелазу. Хитно је пребачен у ургентни центар ваљевске болнице.

„Након позива да хитно дођем, затичем пацијента бледог, орошеног знојем, сомнолентног, али са обезбеђеном венском линијом (захваљујући брзој реакцији и спретности наших техничара) и обављеном иницијалном дијагностиком. Од повређивања прошло је тек 10 минута“, наставља причу најмлађи специјалиста опште хирургије ваљевске болнице др Иван Поповић.

„Колега на специјализацији др Владан Пантелић и ја урадили смо пункцију трбуха цистофиксом и увидевши да је присутно обилно крварење, одлучили се да заобиђемо UZ и СТ дијагностику, и одмах уведемо пацијента у операциону салу. За неколико минута смо утврдили да постоји изузетно тешка повреда јетре, и

тада сам урадио само оно најнеопходније: имобилисао јетру, зауставио крварење и позвао др Сашу Медића, начелника, који је дошао од куће. За двадесетак минута успели смо да подвеземо две главне вене и зауставимо највеће крварење. То је веома ретка, а тешка повреда и одлучили смо да пацијента транспортујемо за Београд“ - присећа се догађаја др Иван.

„Ипак је изгубио доста крви, какво је стање пацијента било током операције?“

„Захваљујући одличном вођењу анестезије од стране др Бриједис, и током операције и током транспорта, и након примљених 10 боца крви, пацијент је предат колегама у Београду стабилног крвног притиска“.

„А, сада ми реци оно „главно“ - твоја рука у трбуху пацијента која притиском спречава крварење до Клинике?“

„Да, да, то је баш „сензационално“... Пошто су збринуте већи крвни судови, а било је још крварења из паренхима јетре, одлучио сам да је најбоље по пацијента да прстима своје руке притиснем хепато-дуоденални лигамент, и газом извршим тампонаду повређеног јетриног паренхима, што се, на срећу показало исправном одлуком“ - наставља да буде скроман млади специјалиста.

Од тренутка повређивања у Ваљеву, увече око 10 часова, до уласка у операциону салу у Ургентном центру у Београду око један сат иза поноћи, време је пролетело, али је битка за живот добијена и том битком за време.

„У Ургентном центру у Београду су били сјајни, крајње професионални. Др Миомир Гвозденовић преузео је пацијента, а крајњи исход видите“ - показује др Иван заједничку фотографију са насмејаним, опорављеним Игором.

„Али, далеко од тога да сам само ја заслужан. На интервју сам пристао само из разлога да се чује и види да лекари „понекад“ и нешто добро учине, и да није све тако како свакодневно читамо у штампи.“

„Хвала, Иване.“

Спец. др мед. **Владимир Обрадовић**,
Ваљево

ОДЈЕЦИ – КРАЈЕМ СЕПТЕМБРА У НИШУ ОДРЖАН ОКРУГЛИ СТО „ЈЕЗИК У МЕДИЦИНИ“

Лекари и бриџа о језику

Пише: Проф. др Зоран
Радовановић

Уобиљу лекарских скупова с најразличитијим темама, својом посебношћу се издвојио округли сто „Језик у медицини“, одржан крајем септембра 2012. године. Тај својеврсни сусрет лекара и лингвиста био је замишљен као академска расправа малог броја језичких чистунаца, али је интересовање лекара натерало организаторе да три пута мењају место одржавања и да на крају са стрепњом посматрају како велика слушаоница за бруцоше Медицинског факултета у Нишу са 250 места постаје дупке пуна (веће просторије није било на располагању).

Попут осталих интелектуалаца, лекари су у прошлости суверено владали матерњим језиком. Образовани током XIX и прве две трећине XX века, пре „чувених“ школских реформи, свој речник су успешно прилагођавали околностима, па су болесницима говорили да имају врућицу као резултат загађења руку које може да доведе до редње, избегавајући на тај начин изразе фебрилност, контаминација, епидемија и сл. Изразиту супротност таквом приступу представља цитат сажет у једном излагању на округлом столу: „Позван да здравствено просвећује народ, мало који лекар ће одолети да своју „научност“ не доказује указивањем на опасност од *акцигенаџа* (никако повреда, уде-са и сл.), јер доводе до *лацерација*, *џерфорација* и осталих измотација. У брошурама се упозорава на *визини* („свирање“ у грудима), саветује се да се вода *конзумира* (никако пије), а да се крема не маже, већ *аџликује* (ваљда ради бољег *бенефиџа*).“

Та поплава страних речи, махом латинског порекла (уз свеprisутне англицизме), подсећа нас на вековну пресудно важну улогу латинског у медицини. Попут многих других социјалних група, укључујући припаднике подземља са својим аргом, шатровачким итд, и доктори су развили свој „криптојезик“. Тај „језик посвећених“ имао је за циљ



одржавање ауторитета мистификацијом баналних истина (много већи утисак оставља, рецимо, дијагноза *Insufficiencia sive perditio desiderii sexualis* него „прости“ губитак полне жеље).

Положају латинског било је посвећено посебно излагање. За доказ његове улоге као

универзалног језика струке узета је „Међународна класификација болести“, која се у свакој земљи штампа на латинском и локалном језику. Међутим, од пет медицинских факултета у Србији, једино београдски студенти добијају неке, мада скромне, поуке из латинског. Резултат је да су дијагнозе, нарочито ако су сложене, све чешће необична комбинација српских, енглеских и латинских речи, од којих ове последње, због недовољног познавања, бивају скраћиване до непрепознатљивости (срећом се уписују и шифре болести). Превазилажење те необичне ситуације у надлежности је највиших просветних и здравствених власти.

Још једну спорну и осетљиву тему за коју решење мора да дође с државног врха представља положај ћирилице. Уочена је доминација латинице, како у целокупној писаној комуникацији, тако и када је реч о медицини. Указано је на бројне примере игнорисања уставне одредбе о службеној употреби ћирилице чак и када за тим нема никаквог оправдања.

Због свог погубног утицаја на јавност, највећа пажња посвећена је улози власти у кварењу матерњег језика. Мањи проблем чини отуђење бирократски стил у обраћању администрације јавности (наведимо само неизбежни, а непотребни трпни глаголски придев у синтагмама „*после извршене* трансплантације ... *извршене* спленектомије ... *извршене* имунизације“), а много су важнији силом наметнути изрази и кованице који нису у складу ни са језичком нормом, ни са традицијом, а ни са логиком.

Лекари су упорно упозоравали да законом из 2006. године уведени израз „јавно здравље“ нема ни

историјског ни стручног оправдања, а у Нишу су сви присутни лингвисти, укључујући три доктора наука са Института за српски језик САНУ, дали научне аргументе зашто је неодржива таква језичка конструкција. Истим законом је традиционално сузбијање замењено именицом контрола, која је постала цокер-реч, „гутајући“ постојеће прецизније изразе и на тај начин осиромашујући језик (направљена је шала да ускоро нећемо јести, већ „контролисати апетит“).

Лингвисти су преузели на себе да објасне јавности колико је непромишљена одлука законодавца којом је обавезао здравствене установе да „контролишу“ болести сузбијајући их, а забрану пушења њеним спровођењем, доводећи до апсурдне ситуације да контрола у једном случају означава борбу против нечега, а у другом за нешто.

Као последица духовне тромости надлежних означене су и многе друге рогобатне језичке конструкције у законским и подзаконским актима. Највише боде очи Национални центар за *фармаковиџиланцу*, уместо за фармаколошку будност или позорност, али су ту и *сенџинел* (треба: предострожни) надзор, *субјунџи* (мисли се на подјединичне) вакцине итд.

Јасно је да у ери англоглобализације долази до неумитне хибридације локалних језика са енглеским, који је у Србији већ постао, како се то каже, одомаћени страни језик. Ипак, и у том препуштању неизбегном мора се задржати осећај за меру.

Учесници округлог стола су показали не само да га имају, већ и да су спремни да се боре за чистоту језика. Један од предложених начина је образовање Одбора за неговање српског језика у медицинској науци и струци који би се бавио давањем предлога и решавањем практичних питања, укључујући недоумице које су у Нишу, под притиском „великих“ тема, само поменуле: дисајни, респираторни или респирацијски; запаљени, упаљени, инфламаторни или инфламациони; молекуларни или молекулски итд. Енергија стручњака окупљених у Нишу обећава да ће се о њиховој борби против кварења језика тек чути. //



ва преко телефонског броја за хитне медицинске интервенције (у Београду је, по новом плану нумерације, број „194“), тријажу позива према степену приоритета и прослеђивање лекарским екипама на терену које збрињавају пацијента. За давање медицинских савета грађанима издвојени су телефонски бројеви: 011/3615-008 за одрасле и 011/3614-350 за педијатријске савете, као и 011/3622-030 за стара и социјално угрожена лица.

Осим ових, основних, Завод пружа и друге здравствене услуге: медицинско обезбеђење јавних скупова и спортских манифестација, санитарски транспорт пацијената (транспорт пацијената на дијализу, интерхоспитални транспорт, транспорт непокретних пацијената од куће до болнице и обрнуто). У летњим месецима, ради бржег доласка до места интервенције, лекарске екипе су потпомогнуте глисером на реци Дунав (лекар, техничар, возач), мотоциклом (лекар, медицински техничар), и скутерима на Ади Циганлији.

У Заводу су 24 сата дневно дежурне и амбуланте за децу и одрасле. Завод има и два ултразвучна каби-

ти, тако да је свакога дана/ноћи Београђанима доступна: хитна медицинска помоћ код свих ургентних стања на лицу места и у току превоза до одговарајуће болничке установе, у времену од нула до 24 сата, неодложна помоћ одраслима у времену од 19 до седам сати, хитна помоћ за децу, у времену од нула до 24 сата и неодложна помоћ у времену од 19 до седам сати.

Градски завод за хитну медицинску помоћ обавља санитарски превоз непокретних и тешко покретних пацијената на заказане специјалистичке прегледе и интервенције. Сваке ноћи од 19 до седам сати ујутро, за те потребе ангажоване су две екипе општег санитарског превоза. Дању, од седам до 19 сати, шест екипа обавља санитарски превоз пацијената до одговарајућих болничких установа за које имају оверен упут и налог за превоз санитаретом, као и до центара за рехабилитацију по одобрењу Комисије РФЗО. Завод има укупно 16 екипа за ове потребе. Такође, омогућен је и санитарски превоз пацијената на хемодијализу према месечном распореду, за све општине ужег подручја Града. За те потребе свакога дана /осим

сира позиве у електронском облику према тријажним алгоритмима из Индекса ургентног збрињавања.

CALL CENTAR

Позивањем броја „194“ укључује се телефонски говорни аутомат, након чега се успоставља веза са првим слободним оператером. На екрану рачунара се појављује електронски формулар позива који аутоматски идентификује телефонски број са којег се позива „194“, име и адресу власника броја телефона. Уколико је са тог броја већ позивана хитна помоћ, аутоматски се евидентирају лични подаци позиваоца, листинг свих претходних позива са разлозима позивања и бројем обављених лекарских интервенција или датих савета. Организацијом нашег *Call centra*, по угледу на остале европске метрополе, процес добијања података о пацијенту и месту позива је значајно скраћен. Разговор који оператер на телефону „194“ обавља са позиваоцем, следећи тријажна упутства из Индекса ургентног збрињавања, стандардизован је, поједностављен и временски скраћен пријем хитних позива. Оператер са-



ПРИЈЕМНИ ДЕО CALL CENTRA



ФОНО ЗАПИС РАЗГОВОРА СЕ АРХИВИРА



ЧЕКАЈУЋИ ПОЗИВ: ЕКИПА ГЗЗХМП

нета у којима се обављају УЗ абдомена, УЗ штитне жлезде, УЗ срца, доплер крвних судова врата, холтер срца и холтер крвног притиска, који функционишу по принципу заказивања прегледа на телефонски број 011/3282-351.

ЛЕКАРСКЕ ЕКИПЕ

Градски завод за хитну медицинску помоћ има укупно 115 лекарских екипа коју чине: лекар, медицински техничар и возач санитарског возила. Процес рада је организован у пет оперативних смена по 12 са-

недељом/у смени од 12 сати ради 19 екипа за превоз на хемодијализу /медицински техничар и возач санитарског возила; возач санитарског возила/. За ове потребе ангажовано је 38 екипа.

У савременом Call centru ГЗЗХМП Београд, унапређени су пријем и дистрибуција позива. На почетку смене сваки од десет оператера се логује у систем уносом личног ID броја, чиме Логовањем се активира аутоматско бележење активно проведеног времена оператера у Call центру. Сваки од десет оператера у једној смени прима и проце-

мостално одлучујује да ли ће позив бити примљен и ког је реда хитности. Затим се примљени позив аутоматски прослеђује диспечеру који га предаје на реализацију првој слободној и територијално најближој екипи. Иза сваког обављеног разговора остаје фоно-запис који се архивира у бази података *Call centra*.

Електронским путем, по принципу клик-клак методе, примљени позив се аутоматски убацује у листинг активних позива, и налази се на монитору диспечера до момента дистрибуције екипи на терену. У зависности од хитности тј. приоритета



ственој заштити Републике Србије (Сл. гласник РС бр. 107/2005), појединач је дужан да се у границама својих знања и могућности укључи у друштвену бригу за здравље, као и да повређеном или болесном у хитном случају пружи прву помоћ.

Центар такође организује и предавања у којима су укључени акредитовани професори, водећи стручњаци различитих области медицине. Актуелна дешавања везана за КМЕ и друге активности, могу се наћи на веб-сајту Градског завода за хитну медицинску помоћ Београд: www.beograd94.rs, а заинтересовани полазници могу се пријавити на телефонски број 064-824-3603.

ЕДУКАЦИЈА ГРАЂАНА

Из статистичког извештаја ГЗЗХМ Београд за 2010. годину, добијен је податак да узнемиравање и лажно позивање броја „94“ одузме оператерима укупно 110.000.000 секунди годишње или 21 дан, што би значило да је једна смена сваког оператера у току године потребна за разговоре се позиваоцима који узнемиравају Call centar. Због тога је почетком 2009. године СМЦ ГЗЗХМП, Београд је осмислио кампању едукације грађана када треба позвати број „94“. Израђени су постери и флајери под слоганом „Хитно када је битно“ који су дистрибуирани грађанима на свим јавним манифестацијама и дежурствима екипа ГЗЗХМП. На новокреираном сајту ГЗЗХМП Београд издвојена је рубрика „Када позвати 94“ са упутствима за позивање тог броја, корисним саветима и неопходним поступцима, које као облик прве помоћи или самопомоћи треба предузети до доласка екипе

ХМП. Акцентовано је да један лажан позив или узнемиравање спречава екипу да дође тамо где је људски живот заиста угрожен.

Следећи уочени проблем је да грађани, очевици неког ургентног стања, прве драгоцене минуте за живот унесрећеног проведу у паници и бесомучном позивању броја „94“ без идеје да предузму мере за спасавање угрожене особе. За то време и најорганизованији системи хитних медицинских помоћи касне због саобраћајног колапса, далеких локација, високих зграда са неисправним лифтовима итд., тако да екипе ГЗЗХМП у просеку стигну на лице места за 9,73 минута након пријема позива.

ГЗЗХМП Београд организује едукације из области прве помоћи и основне животне потпоре одраслих за немедицинско особље. Полазници курсева били су милиционери, ватрогасци, спасиоци на води, запослени у различитим јавним предузећима, студенти, средњошколци и остали лично заинтересовани појединци. Забрињавајући је податак да недовољно заинтересованост за овакве курсеве показују чланови породица високо ризичних болесника. Док овакав систем едукације не постане обавеза у нашој земљи, неопходно је да лекар-оператер на телефонској централи „194“ даје путем телефона позиваоцу инструкције о мерама прве помоћи које треба предузети до доласка екипе ХМП. Прва успешна кардиопулмонална реанимација вођена телефонским инструкцијама оператера Call centra по алгоритму за стање „Без свести“ из Индекса ургентног збрињавања, до доласка екипе хитне медицинске помоћи, описана је 2005. године.

НАУЧНИ РАД

У циљу унапређења квалитета стручног рада лекара Завода у складу са најсавременим светским препорукама, СМЦ припрема стручно-методолошка упутства као доктринарни став Завода. До сада су објављени: стручно-методолошко упутство за прехоспитално дијагностиковање и лечење акутног коронарног синдрома и стручно-методолошко упутство за спровођење прехоспиталне кардиопулмоналне реанимације. У сарадњи са професорима са Института за судску медицину проф. др Слободана Савића и проф. др Ђорђа Алемпијевића припремљено је и стручно-методолошко упутство за правилно попуњавање лекарског извештаја приликом констатације смрти. На потребу израде ових интерних протокола је указала чињеница да се примењују неједначени критеријуми прехоспиталног збрињавања наведених хитних стања. Циљ је да се помогне лекару практичару да изабере најбољу могућу дијагностичку и терапијску стратегију за сваког појединачног пацијента. Сигурно је да ови протоколи нису нешто чега се лекар мора слепо придржавати, али представљају помоћ у доношењу одлуке.

Средином 60-тих година претходног столећа успостављена је сарада са Медицинским факултетом у Београду. Наставно-научно веће је почетком 1998. године донело одлуку којом Завод постаје установа у којој се врше практична обука и теоријска наставу за лекаре на постдипломском стручном усавршавању ургентне и опште медицине. Завод се од 2009. године, обавезао да ће у својим организационим једини-



Лутка за интубацију



Фантом лутка „УЛТИМАТЕ ХУРТ“ за увежбавање прехоспиталног збрињавања тешко повређених особа

ЧЕТИРИ ДЕЦЕНИЈЕ ЗАВОДА ЗА СМЕШТАЈ ОДРАСЛИХ
„МАЛЕ ПЧЕЛИЦЕ“ У КРАГУЈЕВЦУ

ХУМАНОСТ НА ДЕЛУ

// ОД ОСНИВАЊА ДО ДАНАС, ЗАВОД ЈЕ УДОМИО, ЗБРИНУО, ЛЕЧИО
И ОСПОСОБИО ВИШЕ ОД 4.000 КОРИСНИКА, ДУШЕВНО ОБОЛЕЛИХ
И ОСОБА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ //

Завод за смештај одраслих „Мале Пчелице“ обележио је 10. новембра 2012. године четири деценије од свог оснивања. Живот и рад у тој Установи, кориснике и запослене упознајем већ двадесет година, као лекар хитне помоћи и као члан невладине организације кроз реализацију различитих активности. Лекари и запослени у Заводу су више од обичних запослених људи. Свакодневно улажу тежак физички и психички рад, знање, вештину и труд бринући не само о здрављу већ и о побољшању услова и квалитета живота својих корисника.

Нико боље од оних који су професионално били, или су још увек везани за Завод не може да вам дочара слику о „Малим Пчелицама“. Зато вам преносим делове из Монографије коју је Завод објавио поводом свог јубилеја.

**Проф. др Славица Ђукић
Дејановић, Министарка
здравља**

„Сећам се да сам као студент Медицинског факултета у Београду била поносна на одлуку Скупштине Општине Крагујевац и на градитеље који су те давне 1972. године изградили кућу, чији су темељи били обogaћени снажним порукама за социјална бића оних, који често не осећају, иначе, преку потребу за смештајем, негом, исхраном, психолошком и духовном подршком. Особе Завода у Малим Пчелицама, већ четири деценије уз много професионалног, људског и хуманог, живи и разуме и оно што је немушто и оно што је прегласно, људе чије су душе кажњене болешћу, или у раном развојном периоду, или касније током живота. Као млад лекар неуропсихијатар, осећала сам

како, примењујући и сама стручну доктрину, уграђујем себе у скромне просторе Завода у Малим Пчелицама.“

**Бранкица Јанковић,
државни секретар**

„Четрдесет година напора, брига и труда да се туђа различитост и туђа посебност на прави, људски начин сагледају, објасне, приближе и учине свима прихватљиве и разумљиве... Осим тога, осим тих свакодневних редовних радних активности, указала бих и да све услуге које Завод пружа својим корисницима имају и једну другу конотацију, ако се узме у обзир да оне често, својим обимом и квалитетом, превазилазе димензије професионалног и посвећеног обављања стандардизованих радних задатака, већ постају нешто далеко веће и значајније



Министарка здравља проф. др Славица Ђукић Дејановић свечано је отворила Четврти павиљон

ПОВОДИ

данас, написао је: Давне 1972. године, отворен је Завод за збрињавање одраслих у насељу „Мале Пчелице“. Та установа данас је једна од највећих у Европи. Замишљена је као пролазна станица за особе са психијатријским тегобама на путу до њиховог психосоцијалног опоравка и повратка у матичну средину. Кажем, пролазна станица, али за многе од нас Завод представља једино место, где можемо задовољити све своје потребе, хтења, жеље, па и амбиције, показати своја умећа. У ишчекивању неких срећнијих дана бавимо се садашњицом, а то се огледа кроз различите активности: радним ангажманима и активностима у секцијама. Боље дане, у смислу смештаја и квалитета живота, дочекали смо. Сви павиљони су срећени и константно се срећују, што пружа нама, становницима овог дома комфор. Павиљон на ком ја боравим, назван „Дуга“ опремљен је ТВ апаратима, малом кухињом, пространим боравцима, оплемењеним радовима наших другара. Недавно је завршен павиљон „Сунчица“ намењен особама са сметњама у развоју. Павиљон на

нифестације, изложбе, позоришта, рођендане и наградне вечере. Многе од ових инклузивних активности нису постојале, ни током тзв. осамдесетих година, а камоли током деведесетих година, када смо заједно са свим грађанима делили злу судбину.

Све ово се могло учинити и раније, али није. Да ли је проблем увек био у новцу? Мислим да није. Због свега наведеног, а превасходно због топлог људског односа према становницима Завода, због осећања која гаји према нама, нашим потребама, решавања социоздравствених и правних проблема, амбиције наше директорке, желим овом приликом да истакнем награду, коју је заслужено добила у борби против дискриминације, што потврђује све што сам навео.

Тако је постала и омиљена директорка ове установе. Ми дан проводимо тако што радимо и поменућемо постојеће радионице: корпарско-плетарска, картонажа, домаћа радиност, грнчарска, тапетарска, столарска, економија. Многе радове, грађанство је могло да погледа, али и да купи током одр-

шљавамо своје слободно време, проводимо га у међусобном дружењу и планирању шта бисмо још могли да учинимо како би нам слободно време прошло смисленије. Последње три године организујемо фестивал „Ноте за све“, који носи титулу првог инклузивног фестивала у Србији, на шта смо такође, веома поносни. Своје таленте, тежње, жеље, усмеравамо ка јединственом циљу, а то је инклузија. За њу се, дакле, не боримо речима, већ конкретним делима. Све активности прати часопис „Наше право лице“, промовишући пре свега људске вредности, једнакост, љубав, пажњу за наше ближње, али и жељу за бољитком, као и успехе на разним пољима.

Овогодишњим фестивалом „Ноте за све“ обележили смо јубилеј, 40 година постојања Завода, али и већ утврђену традицију нашег дома, а то је борба против предрасуда. Овај значајан јубилеј обележили смо свечаном академијом, промоцијом филма „Четири годишња доба“ и књиге која је тим поводом издата.

Желим овом приликом да кажем да ми спремно настављамо да се боримо за наше место, за бољи жи-



ДРАМСКА СЕКЦИЈА НА ФЕСТИВАЛУ „НОТЕ ЗА СВЕ“

ком бораве наши четвртаци, како их ми називамо, опремљен је лифтом, сензорном собом, салом за вежбање, а веома лепо се осећате када уђете на павиљон и обасјају вас ведре боје, које освежавају поменути простор. Тако реновиран павиљон сада личи на неки савремени институт. Додајмо томе одласке на море, планине, бројне излете и ма-

жавања наших изложби. У поменути радионицама, наши пријатељи стичу нова знања, неопходна за коначан циљ, инклузију у савремене социоекономске токове, као особе са инвалидитетом. То се одвија у нашем познатом радном центру. Кроз различите секције: музичку, хорску, фолклорну, драмску, литерарну, ликовну, новинарску, осми-

вот свих нас. За ову борбу имамо подршку наше директорке Сузане Перовић и, обећавам, у њој ћемо истрајати.

Колегама, запосленима и становницима Завода, честитам јубилеј и захваљујем на свему што су ме о животу и професији научили у годинама дружења.

Др Гордана Ђокић

ДРУГИ ПИШУ: *British Medical Journal*

Др Клер Герада, председница Краљевској колеџа лекара ошће праксе

ИНТЕРВЈУ

Аутор: *Nishma Manek*, стипендиста академског фонда, приправник на обуци из јавног здравља и примарне здравствене заштите, Оксфорд Универзитетске болнице НХС Труст, Оксфорд, Велика Британија

Биографија др Клер Герада (*Clare Gerada*): Радећи као лекар ошће праксе од 1992, постала је партнер на Харли поликлиници у јужном Лондону. У 2010. години постала је прва жена изабрана да председава Краљевским колеџом лекара ошће праксе. Држала је низ локалних и националних лидерских позиција, укључујући и позицију Директора Националној владиној клиничкој тима за примарну заштиту и виши медицински саветник Министарства здравља. Прерада у ошћој пракси радила је на психијатрији на Мауслеи болници у јужном Лондону. Добитник је одликовања МБЕ (*Member of the Order of the British Empire* - члан Беријанске империје) за заслуге у медицини и лечењу болести зависности.



Др Клер Герада

Како сте дошли до положаја председнице Краљевској колеџа лекара ошће праксе?

То није био део мог дугорочног плана каријере, али је прилика коју сам добила и прихватила. У почетку сам учествовала у раду колеџа кроз мој рад на злоупотреби психоактивних супстанци, а онда сам осетила да о свему о чему се тамо дискутовало имам сазнања која могу да пренесем. Заправо сам за ту позицију конкурисала у 2006, али је покушај тада био неуспешан. Када се осврнем сада на то, мислим да је ово било добро, јер нисам тада била сасвим спремна.

Да ли сте наишли на било какве специфичне препреке као жена на руководећем положају?

Било је неких ометања. На пример, често су ме називали емотивном или острашћеном. Није ми било лако да се носим са тим „емотивно“, али уместо да их игнори-

ОПШТА БОЛНИЦА ПИРОТ

КОНТИНУИРАНИ ПРОЦЕС АФИРМАЦИЈЕ КВАЛИТЕТА

// СВИ ЗАПОСЛЕНИ У ПИРОТСКОЈ БОЛНИЦИ СВЕСНИ СУ ДА ЈЕ КВАЛИТЕТ
КОНТИНУИРАНИ ПРОЦЕС, А НЕ КРАТКОРОЧНА АКТИВНОСТ //

шем трудила сам се да разумем из каквих средина људи долазе. Мени је јасно шта су праве вредности и не дозвољавам да ме други људи дефинишу. Рекла сам себи „ја сам једнако добра као они.“ Да будем искрена, више волим рад са другим женама у сваком случају. Мислим да су оне лакше за сарадњу.

Дакле, са Вашом функцијом долазе многи политички прилици, како сте се с њим изборили?

Нема боље обуке за вођу од рада у општој пракси, који ме је научио како да се изборим у свакој ситуацији. У ординацији морате да се бавите разним ситуацијама које се појаве, да формулишете своје идеје у 10 минута, дате поуздан одговор и сачувате поверење.

Било је ситуација када сте били ошворени и контроверзни као председавајућа. Како сте смоли храброст да иако урадите?

Гурнула сам чамац у воду. Увек сам се плашила - то се подразумева. Али, стицала сам разна знања више од 30 година, и мислим да после тако дугог времена почнете да схватате да заиста имате знање. Зашто онда не би требало да дајете своје мишљење?

Да ли је било тешко да исунисте своје обавезе према пацијентима током каријере?

Да, али ја ипак највише волим рад са пацијентима, тако да морам наћи времена за њих. Оно што морате имати на уму, међутим, јесте да вам

никада неће бити опроштено ако направите грешку са пацијентима, без обзира на друге одговорности. Пацијент је увек на првом месту. Ја бих отказала састанак с премијером, ако бих морала да учиним нешто хитно у вези са пацијентом.

Како се носите са одржавањем равнојезе између посла и куће, животи?

Живот ми је невероватно испуњен, а време лети. То није нисало лако и, иако знам да се поносе са мном, мој муж и деца морали су да се навикну да ћу код куће бити много мање. Саветовала бих младе лидере данас да увек нађу времена за своју породицу и друштвени живот. И да унајме добру домаћицу и дадиљу.

Ко су били Ваши узори у раној каријери?

Неко ко је био мој учитељ, Дејвид Хаслам, бивши председник Краљевског колеџа лекара опште праксе. Упознала сам га пре него што је постао председник и помислила како је сјајан човек, а очаравајуће нормалан. Натерао ме је да пожелим да будем део колеџа.

Шта Ви смајраше најважнијим априбуцијама за лидера у здравству данас?

Упознала сам много људи који мисле да су вође, али су заиста само арогантни носиоци звања. Мислим да лидери данас треба скромношћу и сопственим примером да воде.

Који савет бисте дали младим лекарима који шеже да одрже вођу улогу у НHC (National hospital center)?

Радите напорно. Али, не брините превише због младих година. Запамтите да сте већ чињеницом да сте постали лекар доказали да сте лидер. Не брините ако не знате одмах шта желите да урадите, промените. И, опет кажем, увек саветујем младе лекаре да искористе прилике које им се појаве у каријери.

По чему желите да Вас памте када напустите ову функцију?

Рекла бих да ће то бити мој допринос у доношењу закона за добијање здравствене и социјалне заштите, моја улога у обуци за породичне лекаре, и мој план-визија до 2022. године да лекари из примарне здравствене заштите проводе више времена са пацијентима у заједницама. Такође бих желела да буде упамћено као што је професор Хаслам говорио: млади лекари треба да виде лидере у здравству као нормалне, приступачне људе.

Да ли постоји нешто што бисте гурнали урадили да поново почињете своју каријеру?

Да, узела бих сваке недеље један дан слободно и искористила га да научим да играм тенис или нешто слично.

Пренето из *British Medical Journal*
Датум издања: 18. октобар 2012.

Превод: др Бранка Лазич

Пише: др Иван Илић

Општа болница у Пироту је централна здравствена установа Пиротског округа, која обавља стационарну, специјалистичко консултативну и дијагностичко-терапеутску делатност за 110.000 становника општина Пирот, Димитровград, Бабушница и Бела Паланка. Осим тога, с обзиром на то да се налази на „Коридору 10“, има значајну улогу и у лечењу великог броја домаћих и страних путника.

Априла 1984. године почела је да ради садашња зграда болнице, из-



грађена петнаестогодишњим самодоприносом грађана Пирота. У то време била је једна од зграда које својим условима најбоље задовољавају потребе општих болница у Србији. Стационарни део има капацитет од 365 постеља и површину од 11.000 квадратних метара, док се поликлинички део простире на 17.000 квадратних метара.

Године 1993. отворен је операциони блок и уселено дечје одељење. Пријемно тријажно одељење такође је својом активношћу и концепцијом предњачило и над неким ве-

ћим установама терцијалног типа. До почетка 2012. године болница је функционисала у оквиру Здравственог центра, да би потом постала самостално правно лице.

У оквиру сваког одељења функционише полуинтензивна нега. Двокреветне и трокреветне собе опремљене су централним разводом гасова, сигнализацијом и озвучењем.

У Општој болници запослено је 107 лекара, међу којима два доктора наука, шест магистара, 77 специјалиста, 23 специјализанта и седморо лекара опште праксе. Поред континуиране едукације сопственог кадра, увођења савремене опреме, болница ангажује и консултанте са клиника медицинских факултета у

75 <

Београду и Нишу и Војномедицинске академије.

За пацијенте са посебним потребама болница Пирот нуди смештај у комфорним болничким апартманима. Апартмани су једнокреветни, сваки има телефон, фрижидер, ТВ са земаљским и сателитским програмима.

Највећа инвестиција у болницу после 1993. реализована је ове године. У години посвећеној бебама, пиротска болница је највећи акценат ставила на своје намлађе пацијенте. Преко фонда Б92 у оквиру акције „Битка за бебе“ америчка амбасадра донирала је два инкубатора. Око 6.000.000 динара уложено је у опремање породилишта, одсека за неонатологију и децјег одељења, било преко набављања опреме, било кроз грађевинске радове на реконструкцији одељења. Тиме су створени предуслови и за наредни пројекат – реорганизацију рада служби у оквиру секторске организације, која пружа много боље услове за рад сродних служби. Неки бенефити секторске организације, у виду лакшег протока кадра и опреме, већ се увелико користе. У оквиру статутарних одредби „нове“ Опште болнице Пирот, формиране су јединствене службе које су раније биле подељене између Дома здравља и Болнице. Ту су лабораторија и радиологија, код којих је остварена рационализација у кадру, опреми и потрошњи реагенаса. Служба за пнеумофизиологију и Служба за физикалну медицину и рехабилитацију такође су формиране као јединствене у Општој болници, чиме је омогућено лакше померање кадра и опреме. У болници функционише и јединствена поликлиничко-специјалистичка служба, те је и на тај начин знатно растерећен Дом здравља. Тиме је суштински, и после поделе, очувано јединство болнице са Домом здравља у Пироту.

Помоћ породилишту

Директор Опште болнице у Пироту др Радован Илић рекао је тим поводом: „Општа болница Пирот је у овој години учинила велике помаке у циљу побољшања квалитета збрињавања, како трудница и породиља, тако и беба, на одсеку за новорођенчад. Локална самоуправа се и пре тога активно укључила у акцију помоћи пиротском породилишту одвајајући значајна средства како за реконструкцију породилишта тако и за осавремењавање опреме. Тако је у априлу ове године издвојено 2.000.000 динара за реконструкцију породилишта, набав-



Општа болница у Пироту

ку порођајног кревета и савременог реанимационог стола за бебе. Помогла су нам и јавна предузећа, као и Основно јавно тужилаштво у Пироту. За потребе одсека за новорођенчад набављен је још један реанимациони сто за бебе, аспиратор, као и стерилизатор за бочице.“

Др Илић је истакао да нису заборављена ни старија деца, па је од

се организује служба за продужено лечење, а у оквиру ње и јединица за палијативно збрињавање. Тиме би ову годину слободно могли да прогласимо једном од успешнијих година како у инвестиционом ангажману, тако и у организационом делу болнице,“ указао је директор Опште болнице.

Ту се није стало. У 2012. години је у сарадњи са чешком амбасадом покренут пројекат реконструкције оперативног блока болнице, те ће у наредном трогодишњем периоду влада Чешке Републике преко своје развојне агенције у ту намену инвестирати средства у износу од 400.000 евра. Та средства биће употребљена за набавку операционих столова, операционих лампи, опреме за телемедицину, инструментаријума за потребе хируршког сектора, лапароскопског сета итд. „Ово је први пут да Чешка Република учествује у таквом облику донације коју они сами нису креирали, већ су поступили по специфичним захтевима саме установе“, истакао је др Илић и додао да „осим тога, средства нису уситњавана, већ су концентрисана на глобално решење у једној болници која је и за њих значајна с обзиром на положај на Коридору 10, те ће сви путници који иду тим Коридором имати бенефит од савремено опремљене установе на том правцу.“

Едукација менаџмента

У оквиру пројекта Министарства здравља Републике Србије: „Јачање капацитета српских болница“, који је обухватио 20 највећих српских



Др Радован Илић,
ДИРЕКТОР
ОПШТЕ
БОЛНИЦЕ
У ПИРОТУ



Др сци. мед.
АЛЕКСАНДАР
ЛИЛИЋ,
НАЧЕЛНИК
ХИРУРШКОГ
СЕКТОРА

стране Дирекције за изградњу града обезбеђена комплетна реконструкција децјег одељења у вредности готово 2.000.000 динара. „Децје одељење је тиме после готово 20 година нашло свој дефинитивни простор у болници, пресељењем са одсека на коме му и није било место. То пресељење је умногоме помогло реорганизацији целе болнице, јер су тако створени предуслови да се заокружи рад сродних служби у оквиру интернистичког и хируршког сектора. Истовремено је ослобођен и простор у коме ће моћи да

болница, шведска консултантска организација „Карл Бро“ организовала је континуирану едукацију топ менаџмента изабраних болница, а затим оцењивала визију и мисију, бизнис план и стратешке планове учесника пројекта. У оквиру овог пројекта Општа болница Пирот препозната је као организација изврсности у примени вештина менаџмента за унапређење квалитета и ефикасности и проглашена је најбољом у Србији.

Организовати квалитетну здравствену заштиту у Пиротском округу, који се простире на територији од 2.761 квадратних километара и са чак 210 села представља најразуђенији округ на географској мапи Србије, није једноставан задатак. Имајући у виду геостратешки положај Пирота, близину бугарске границе и једну од најважнијих саобраћајница, Коридор 10, овај задатак бива још сложенији. У контексту неминовних промена у здравственом систему Србије, које су део укупних реформи наше земље на путу ка Европској унији, реформе које спроводи Општа болница у Пироту, постају више од задатка. Организовање квалитетне здравствене заштите прераста у изазов са којим се свакодневно суочавају сви запослени у нашој установи. Сваки Хипократов посленик има за основни циљ очување и унапређење здравственог стања становништва, постављање пацијента у центар здравствене пажње, а превенције на пиједестал, уз прихватање квалитетне неге за приоритетну обавезу и саставни део здравствене услуге.

Планском едукацијом здравствених радника, који су најзначајнија карика Опште болнице Пирот, пажљиво се планира њихов професионални развој, побољшава квалитет рада, уз афирмацију најбољих и промоцију медицине засноване на доказима. Уз прихватање и имплементирање добрих пракси из других здравствених установа, суочавање са истраживањима задовољства корисника, и спремност да се обаве интервентне корекције у областима у којима су уочене примедбе и проблеми, квалитет здравствене услуге се свакодневно унапређује. Сви у пиротској болници су свесни истине да је квалитет континуирани процес, а не краткорочна активност, да потребе корисника морају имати неприкосновени приоритет, а да је тимски рад једина атмосфера у којој је могуће остварити квалитет.

Захваљујем се др мед. сци. Александру Лилићу, начелнику Хируршког сектора Опште болнице Пирот, на помоћи при изради текста. //

ДОМ ЗДРАВЉА „ДР РИСТИЋ“

ПРЕГЛЕДИ ПАЦИЈЕНАТА И У КУЋНИМ УСЛОВИМА

// ДВАДЕСЕТЧЕТИРИ ЧАСА ДНЕВНО НА РАСПОЛАГАЊУ ПАЦИЈЕНТИМА СУ ТЕРЕНСКА СЛУЖБА СА КЛИМАТИЗОВАНИМ САНИТЕТСКИМ ВОЗИЛИМА ЗА ТРАНСПОРТ ПАЦИЈЕНАТА, ПАТРОНАЖНА И СЛУЖБА КУЋНОГ ЛЕЧЕЊА //

Дом здравља „Др Ристић“ сврстава се у ред највећих и најстаријих приватних медицинских установа у Србији и нуди широк спектар здравствених услуга из више од 20 различитих специјалности у области примарне здравствене заштите.

Поликлиника „Др Ристић“ основана је 1994. године. Од 2000. године ради у новом, већем простору на садашњој адреси. Од 1996. године у саставу поликлинике ради и биохемијска лабораторија. Од 2006. годи-

не установа послује као виши ниво организовања – Дом Здравља „Др Ристић“.

Резултат континуираног раста и развоја у протеклих 18 година довео је до тога да Дома здравља „Др Ристић“ данас броји 180 стално запослених, међу којима је 80 доктора и 63 медицинска радника. У 40 савремено опремљених специјалистичких кабинета свакога дана могу се обавити лекарски прегледи и дијагностичке процедуре из следећих специјалистичких грана: педи-



Гинекологија Ристић

77 <

јатрија, општа и интерна медицина, гинекологија, гастроентерологија, кардиологија, дерматологија, неурологија, психијатрија, урологија, ОРЛ, ултразвучна дијагностика, офталмологија, ендокринологија, медицина рада, општа хирургија, инфектологија, реуматологија, ортопедија, пулмологија, психологија, дијететика и нутриционизам. Такође, у саставу Дома здравља „Др Ристић“ раде и биохемијска и микробиолошка лабораторија, рендген кабинет, кабинет за физикалну медицину и рехабилитацију, стоматолошка служба за децу и одрасле и кабинет за интегративну медицину – хомеопатију.

Осим затварања круга дијагностике у самом Дому здравља, опремљени смо и свом потребном

опремом за преглед пацијената и у кућним условима. Двадесет четири часа дневно на располагању пацијентима Дома здравља „Др Ристић“ су: теренска и патронажна служба са климатизованим санитарским возилима која обављају услуге транспорта пацијената, патронажне службе и службе кућног лечења.

Лабораторијска опрема коју ДЗ „Др Ристић“ има омогућава комплетно аутоматизован процес обраде узорака крви, урина и одређивање вредности свих биохемијских анализа, као и вредности најчешће мерених хормона и тумор маркера. Квалитет, тачност и поузданост података добијених у лабораторији проверава се већ дуже време, осим на републичком нивоу, и међуна-

родним системом контроле Prevecal, тако да је могућност грешке сведена на минимум.

Добар електронски информациони систем дизајниран специјално за потребе ДЗ „Др Ристић“, омогућио је потпуну евиденцију посета пацијената и формирање електронских здравствених картона.

Како би били кориснији нашим пацијентима, од октобра 2010. године при Дому здравља „Др Ристић“ ради и Центар за бесплатна лекарска саветовалишта. У њему се сваког радног дана организују групна саветовалишта која су, осим пацијентима ДЗ „Др Ристић“, намењена и свим осталим заинтересованим суграђанима.

Дом здравља „Др Ристић“ је друштвено одговорна компанија, која

ПОЛИКЛИНИКА ХУМАН У НИШУ

АНАЛИЗЕ ПРЕМА СВЕТСКИМ СТАНДАРДИМА

// БИОХЕМИЈСКА ЛАБОРАТОРИЈА ЈЕДНА ЈЕ ОД УКУПНО ДЕВЕТ АКРЕДИТОВАНИХ НА ТЕРИТОРИЈИ СРБИЈЕ // РЕШЕЊЕ О АКРЕДИТАЦИЈИ ОЧЕКУЈУ И МИКРОБИОЛОШКА И ПАТОХИСТОЛОШКА ЛАБОРАТОРИЈА //

Поликлиника ХУМАН у Нишу је специјализована медицинска установа, регистрована као „Поликлиника за област интерне медицине, лабораторије за медицинску биохемију, лабораторије за микробиологију и лабораторије за патохистологију“, а налази се у Булевару др Зорана Ћинђића 14-24. Основана је 2007. године. У њој ради високостручни кадар који је обучен да одговори и најспецифичнијим захтевима савремене медицинске науке.

Поликлиника ХУМАН пружа пацијентима широку палету стандардних и специфичних лабораторијских анализа и услуга које покривају све области медицине, у складу са светским стандардима савремене лабораторијске дијагностике.

Поликлиника је опремљена најсавременијом медицинско-лабораторијском опремом реномираних светских произвођача. Сва испитивања се изводе на аутоматизованим биохемијским, хематолошким и





ЛАБОРАТОРИЈА РИСТИЋ

сарађује са локалном заједницом и осталим субјектима у друштву. Са Општином Нови Београд, као и месним заједницама на територији Новог Београда, организују се, већ дуги низ година, саветовалишта за грађане са темама из области превенције наркоманије, развоја деце, самопрегледа дојки и других тема.

Иако приватна здравствена установа примарног нивоа здравствене заштите, веома смо поносни на превентивни и здравствено едукативни рад својих лекара, јер се трудимо да на сваки начин повећамо свест људи о битности превенције и раног откривања болести.

Др Данка Грудић,
помоћник директора ДЗ „Др Ристић“

имунохемијским анализаторима што омогућава високу прецизност и тачност у раду. Информациони систем који поседује Поликлиника омогућава стварање базе података свих пацијената.

Врхунска опремљеност Поликлинике ХУМАН, високостручни и искусни кадар, као и спровођење интерне и екстерне контроле квалитета, гарантују корисницима услуга и њиховим лекарима потпуну поузданост и веродостојност резултата, неопходних за постављање дијагнозе, праћење тока болести или усклађивање терапије, а изнад свега најбољу заштиту здравља корисника услуга.

ТЕРЕНСКА СЛУЖБА

Поликлиника ХУМАН сарађује са великим бројем државних и приватних здравствених установа и ординација у Нишу и широм Србије, пружајући уговором дефинисане услуге њиховим пацијентима.

Патронажна служба Поликлинике ХУМАН на захтев корисника врши узорковање у кућним условима на територији Ниша. Ова екипа теренске службе уједно обезбеђује транспорт узорака под строго контролисаним прописаним условима.

Опредељење Поликлинике ХУМАН је да прати савремене светске трендове у области биохемије, микробиологије са паразитологијом, патохистологије и интерне медицине, као и да у свом раду примењује најновија научна и стручна сазнања, а у циљу постизања што квалитетнијих резултата. То је омогућено поштовањем и применом принципа добре лабораторијске праксе и стандарда медицинске лабораторије – Посебни захтеви за квалитет и компетентност *SRPS ISO 15189:2008*, као и свих домаћих, али и европских прописа и норми у здравству и лабораторијској делатности.

АКРЕДИТАЦИЈА ЛАБОРАТОРИЈЕ

Акредитација је поступак који спроводи Национално акредитационо тело, на основу којег утврђује и потврђује да одређена организација испуњава захтеве за обављање одговарајућих послова оцењивања усагла-



шености, утврђених у одговарајућим међународним стандардима и да је компетентна за обављање тих послова.

У Србији акредитацију спроводи Акредитационо тело Србије – АТС.

Биохемијска лабораторија поликлинике Хуман је акредитована по стандарду *ISO 15189* који ближе уређује систем менаџмента у медицинским лабораторијама. Акредитацијом по овом стандарду лабораторија, између осталог, обезбеђује поверење у резултате својих испитивања.

Веома смо поносни да је биохемијска лабораторија једна од укупно девет акредитованих на територији Србије и испуњава ове строге захтеве стандарда. Након контроле АТС-а 25. септембра 2012, очекујемо решење о акредитацији микробиолошке и патохистолошке лабораторије.

Лекари Поликлинике Хуман, осим својих редовних активности у Поликлиници активно учествују и у раду Регионалне лекарске коморе Југоисточне Србије, као и у раду *Start-up* Медицинског кластера.

Др Ирена Митић

ЛЕКАРИ И УМЕТНОСТ

Пути за Алхамбру

ИЗ КЊИГЕ ПРИЧА

„ПУКОТИНЕ У ВРЕМЕНУ“

ДР ДРАГАНЕ ДЕНИЋ, У ИЗДАЊУ
КЊИЖЕВНОГ КЛУБА „БАГДАЛА“
ИЗ КРУШЕВЦА

О АУТОРУ



Драгана Денић рођена је 21. августа 1965. године у Куршумлији. Завршила је медицинске студије и специјалистичке студије из неурологије на Медицинском факултету у Београду. Од 1991. године живи и ради у Крушевцу. Члан је књижевног клуба „Багдала“ из Крушевца. Пише приче, бајке, песме и путописе. Књижевне радове

објављивала је у часописима: Књижевне новине, Багдала, Путеви културе, Православна вера и живот, Ток, Арт... Објавила је књигу песама „Ковчег са мирисом тамјана“ 2003. год. и књигу прича „Пукотине у времену“ 2011. године. Ове године постала је члан Удружења књижевника Србије.

Не знам који је дан, ни година. Изгубио сам и осећај за дневни ритам. Могу само да наслутим које је доба дана по активностима у болесничкој соби. Садржаји моје свести су измешани и више не препознајем догађаје у континуитету. Постоје само одломци сећања који ми се намећу. Најчешће бизарни. Понекад живих боја и мириса. Понекад магловити. Као лик у напрслон огледалу или одраз у замућеној води.

Повремено осетим до бола неку оштру и јасну нит сећања. Тренутак лудности. Тада ме поразе моја непокретност и мој мрак. Као да ми мора седи на грудима, испод грла. И дави ме, а ја не могу ни да је испљунем, ни да је исплачем. Шта је стварни свет око мене док ја непомично трајем? И како прескочити границу физичког трпљења ако је већ све изгубљено?

Јавили су ми да је отац тешко болестан и да је време да дођем. Да га видим. Да се опростимо. За нас расуте широм света такав позив значи

само једно – да је већ касно. Претпостављам да су ме поштедели многих непријатности до сада. Зашто су ме штитили? Зар они у домовини мисле да је лакше суочити се са истином када се више ништа не може учинити?

Седео сам у својој кући, на обали океана. И сва мора су се улила у мој очај. Имао сам жељу да таласима потрчим у сусрет, да пустим да ме прекрију и понесу. Можда би ублажили бол који осећам? Можда би у том бескрајном плаветнилу и коначност променила смисао? Не знам колико дуго сам остао тако непокретан и беспомоћан, постављајући себи некритично једно питање. Како је могуће да ће мој отац умрети? Мој свемогући родитељ! Духовни горостас!

Мој дечак је сада далеко. Не могу га више видети али могао бих га чути и осетити поред себе. Завршио је музичку академију и био један од најбољих гитариста на овим просторима. Сећам се дана када је ова земља постала тесна за његов таленат. Дошао је замишљен, сео поред мене и рекао:

– Морам да идем. Вероватно у Шпанију или Португалију. Много тога се још може научити од њихових мајстора гитаре. Овде само тапкам у месту.

Прсти су му били немирни као да већ хватају ритам узавреле шпанске крви, ритам великих страсти и великих очекивања.

– Мораш?

– Морам.

Ђутао сам. Увек је говорио за мене да сам велики отац. Да бих остао велики морао сам своје мало срце да затворим у клетку. И оно је тукло престашено и тужно.

Хтео сам да му кажем – остани!

Хтео сам да кажем да године брзо пролазе и да је самоћа родитеља тешка. Да ће ми дани бити празни без његовог присуства. Хтео сам да му кажем да сам га остао жељан кроз све ове године његовог усавршавања. Али ћутао сам и отворио му пут. Нисам могао да га оптерећујем и успоравам. Да његовој тешкој одлуци додам још и грижу савести. Али сада сам слаб и себичан. И волео бих да је поред мене. Да још једном чујем звук његове гитаре. Можда би музика унела светлост у мој мрак? Можда би испунила опустеле ходнике свести?

Кренуо сам на пут исте вечери. Никада раније нисам се плашио путовања, неизвесности коју са собом носе. Али сада сам био испуњен страхом и зебњом.

Да ли ћу да стигнем на време? Каквог ћу га затећи? Да ли ће ме препознати?

Отац је био мој херој. У мом врлудавом, уметничком животу он је представљао сигуран ослонац. Могао сам увек да рачунам на његову помоћ, савет, подршку.

Зато ме ветрови са четири стране нису одувавали. Зато сам остао постојан на путу слободног музичара чије су границе уске и са кога се лако скреће у суноврат.

Од како сам, као дете, пожелио да свирам гитару, очев живот је непрестано био у служби мог талента. Смењивали су се учитељи гитаре, школе гитаре. Године вежбања, путовања, наступа на малим и великим сценама, по малим и великим градовима... Отац је решавао све техничке проблеме, уклањао препреке на мом путу и увек ме несебично остављао музици. А, када се

завеса спусти и светла погасе, у тишини собе, волео је да слуша како свирам. Сећање на Алхамбру...

Ој Мораво! Тако се преко различитих ритмова класичне, евергрин и етно музике стизало до завичаја и наше изворне музике која је крајње необично звучала у изводјењу на гитари. Тада би му на опуштеном лицу заиграо осмех а у ваздуху треперило задовољство. И чуо сам га тада, као што сам чуо и многе његове неизговорене монологе. И све ми је било јасно.

Отишао је... Сећам се како су дуг звонила звона на градској цркви. Као да сам на себи носио метални оклоп. Једва сам се кретао. Једва дисао.

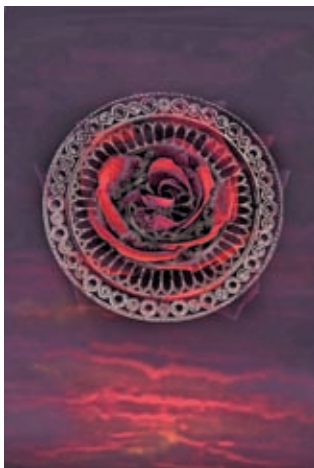
Док смо се поздрављали ја сам стискао руку оног дечака који је после завршене ниже музичке школе морао да напусти родитељски дом. Да оде у већи град. Да упише средњу музичку школу, па музичку академију. Да прати своју звезду и да непрестано одлази. Све даље и даље. Никада нисмо плакали на растанку. Није добро полазити на пут са сузама. Ја сам после данима плакао. Као да сам слутио да га више нећу видети. После су стизале касете и дискови са његовом музиком. Био је задовољан. Научио је много у том свету. Постао познат. Купио велику кућу на обали океана... А ја сам годинама чекао да чујем како у соби дише и да га помилујем по коси. Онда када га то не би постидело. И сада чекам.

Између два вештачка сна, када се дејство опията расплине, моје мисли лутају, саплићу се о успомене. Негде се задрже, нешто само окрзну а за нешто и залепе. Од те лепљивости ми је мучка. Не проналазим решење. Понирем заробљен у пауковој мрежи сопствене свести. Измењене свести. И само ме острвца луцидности опомињу да је материја још увек господар.

Затекао сам оца у болесничкој соби, безличној и хладној, са три кревета и прозором који уоквирује комад неба. Рекли су ми да је у коми, да не види, не чује и да ништа не осећа. Лежао је мирно на кревету, опуштеног лица, улепљене косе и сувих усана. Срце ми је убрзано куцало. Осећао сам га у грлу. Сада сам ја имао своју крлетку и свој очај. Држао сам га за руку сатима и причао му о свему. О животу странца. О сналажењу уметника у туђини. О музици која је била и остала моја водиља и коју све друге љубави нису успеле да поремете. И како ми је недостајао кроз све те године самодоказивања. Ниједан мишић на његовом лицу није се померио. Али је изгледао спокојно као што се увек трудио да изгледа у мом присуству. Причао сам му о далеким градовима, о светлима престоница које сам посетио, о мирисима Шпаније, опорој лепоти Португала. О њиховој музици која ме је као магнет привукла и задржала, да тамо на западној обали изградим свој дом.

Фато или судбина. Фато или опсесија.

Изненада сам прекинуо приповедање, узео гитару и ту, поред очевог узглавља, почео да свирам. Прво стидљиво, па све слободније и живље, низале су се мелодије. Све се примирило тог поподнева у болесничкој соби. Као да је време стало и све обавезе и токови болести. Посто-



јала је само музика. Долазила је са разних страна света, из крајева окупаних сунцем и окованих ледом, са пешчаних дина и глечера. Музика је будила наду, оживљавала снове и вешто проналазила пут до удаљених сећања. Сећање на Алхамбру... Пут у средиште душе. На очевом лицу, као дашак ветра, заиграо је леви угао усана и развукао се у смешак. Био сам сигуран да ме чује, да осећа моју близину и да је срећан.

Више нисам могао да наслутим које је доба дана. Смењивали су се периоди када сам цело тело осећао као живу рану и периоди омамљености када је мој дух плутао бескрајем. Оно што се заиста око мене

дешавало доживљавао сам као далеко комешање. Нисам могао да повезујем речи. Слушао сам, у све краћим интервалима будности, само безлични жамор. Чак сам и молитве заборавио...

И тада, у том безнађу, издвојио се један звук. Као да допире кроз сва наслагана времена, кроз све протекле године. Једва чујан и нестваран, звук чежње за домом. Моје тело је затреперило. Претрнуо сам сав, од ножних прстију до бора на челу. Прикупио сам разбацане мисли и схватио, о Боже, да то у близини мој дечак свира гитару. Звук гитаре је већ постао кристално јасан и опипљив. Имао је облик, боју и мирис. Мењао се према местима са којих је долазио. Ухватио сам се чврсто за ту нит, пратећи је кроз све чаробне пределе које нисам стигао да упознам. Осећао сам како сунчани дан трепери на спуштеним капцима и чуо таласе како се разбијају о стене на обали. Купао сам се у морској пени и удисао пуним плућима мирис лаванде и пољског цвећа.. Мирис тамјана... Музика је свемоћно обузела цело моје биће, па сам тако срећан и испуњен заборавио да дишем.

Из књиге прича „Пукотине у времену“
у издању књижевног клуба „Багдала“
из Крушевца

КОМА

Шта се дешава у мозгу коматозног пацијента? Да ли осећају присуство драгих бића тада? Зашто приметимо сузу која склизне са уморног лица, када их ухватимо за руку? Има много сведочења о стању клиничке смрти, али није могуће дати прецизан одговор. Да ли ми, лекари, неуролози, можемо докучити спирале свести, иако се често срећемо са оваквим стањима?

Ово је прича наше колегинице, најбоље књижевнице међу докторима, која зрачи префињеним сензибилитетом и која вам натера сузе на очи...

Др Драгана Арсић

Неуропсихијатар

ЗЦ Крушевац - Неуролошко одељење

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ

Прва жена лекар у Србији

Пише: прим. др Предраг Тојић

Ступајући у живот и ходећи њиме у потрази за смислом човеку није дато да предвиди све замке и искушења које га чекају. Можда, када би то знао, не би истрајао на путу потраге, већ би због страха и неверице одустао. Само посвећени избегну сваку дилему и пронађу смисао свога живљења. Свакако да их на том путу прати промисао, упућује нужност и награђује случајност. Пример напред написаног је живот др Драгиње - Драге Љочић, прве жене лекара у Србији.

Промисао Господња да се Драгиња - Драга Љочић роди у Шапцу 1855. године од оца Диме и мајке Марије, као пето дете. Након изгубљеног судског спора са Куртовићима (незадовољан исходом суђења Дима Љочић је са истомишљеницима организовао сатиричну сахрану „правде“ у Шапцу) осиромашени родитељи су по нужности одлучили да децу шаљу у школе, ради обезбеђења сигурнијег и извеснијег живота. Па су тако синови: Ђура, Светозар и Михаило ступили у војну школу, Јелена у учитељску, а најмлађу Драгу, као своју миљеницу, повела је њена учитељица Персида Пинтереовић у Београд, пошто је постала предавач на Високој школи.

Случајност у животу Драге Љочић је једно сазнање да је једна Енглескиња постала лекар због које је донела чврсту одлуку да студира медицину. Власти јој нису дале стипендију, али она одлази у Цирих и са 17 година уписује се на Медицински факултет 1872. године. Тада је Циришки универзитет једини у Европи прихватио да и жене студирају медицину.

Марљива, савесна и упорна Драга, уз помоћ браће, успева да студира, а кад избије српско-турски рат 1876. године она у националном заносу прекида студије, те као и Лаза Лазаревић у Берлину, враћа се у Србију да помогне. Њеном идејом бивају одушевљене колегинице Рускиње, па са Драгом у Србију долази пет Рускиња. Једна од њих, Марија Фјодоровна Зиболд, свој живот посветиће Србији и умреће у дубокој старости 1939. године у Београду (и ту сахрањена уз војне почасте као српски официр). По завршетку рата Драга се враћа у Цирих и окончава студије 1879. године. Њен дипломски рад је био насловљен Прилог оперативној техници фибромиома материце.

Са окончањем студија чинило се да су окончане и тешкоће. Али, тешкоће докторки Драги тек следе. Наиме, у Србији се још не осећа европски дух па њена молба за радну дозволу не бива услишена, већ Министарство здравља формира стручну комисију која треба да провери њено знање. Заправо, др Драга је својим знањем фасцинирала комисију. Дозволу за рад је добила, али не и посао. После много покушаја тек 1882. године ко-

начно бива примљена у државну службу, али са звањем (и платом) лекарског помоћника. Ова одлука побудила је у докторки Драги жељу да поведе вишедеценијску борбу за родну и професионалну равноправност. Удајом за Рашу Милошевића, једног од трибуна Радикалне странке, њен положај је додатно био отежан. Раша бива оптужен за организовање и учешће у Тимочкој буни и осуђен на смрт. На срећу, залагањем Марије Фјодоровне Зиболд, Русија и Аустрија интервенишу, па краљ Милан смртну казну преиначује у временску.

Избијањем српско-бугарског рата 1885. године Драга са једногодишњом ћерком Споменком и мужем на робији прихвата дужност да буде једини лекар у три болнице: Општој државној, Заразној и Болници за рањене. Поред тога ради у амбуланти за сиротињу. Овакав рад је био њен прилог борби за равноправност у правима са мушкарцима, против потцењивања од стране администрације и, уопште, за вредновање женског рада.

Због сталне борбе за правду 1889. године бива отпуштена из државне службе. Свеједно, већ је њен углед довољно велики те јој олакшава даљу борбу. У међувремену Раша је стигао са робије, па уз прворођену ћерку Споменку стижу још три ћерке: Радмила, Зорка и Олга. Драга и даље држи амбуланту за сиротињу, ради за раднике Монопола, ради у Задужбини Николе Спасића, преводи стручну литературу, учествује у раду Српског лекарског друштва. Са милосрдним људима оснива Материнско удружење, први је лекар у тек основаном Дому за нахочад, и оснива Српски народни женски савез 1906. године. Неуморна и упорна све више постаје институција сама собом. Ћерка Радмила такође завршава медицину у Цириху 1911. године.

Србију опет чекају ратови, др Драга балканске ратове проводи у Београду, а по избијању Првог светског рата одлази прво у Ниш, а потом преко Скопља у избеглиштво - Рим, Лозана, Женева. Тамо организује прикупљање помоћи за српске заробљенике по аустроугарским логорима. Муж Раша и ћерка Радмила прелазе албанску Голготу и састају се у Швајцарској. По завршетку рата сви се враћају кући, а Драга посебним указом бива враћена у државну службу 1919. године, после 20 година. Опет је неуморна, организује прикупљање средстава за градњу Меморијалне болнице „Др Елси Инглис“ на Дедињу у знак захвалности енглеским и шкотским лекарима.

Живот Драге Љочић угаasio се петог новембра 1926. године у Београду. По њеној смрти, као првој жени лекару у Србији, посвећена јој је једна соба у болници на Дедињу.

Бурно житије и лекарско добротинство др Драге Љочић није развејало време. Одважном борбом делатно је потврдила како се остварују животни снови, брани достојанство и воли отаџбина. Хвала јој за све! //



Др Драгиња - Драга Љочић била је одважни борац за родну и професионалну равноправност

Leкарска комора Србије

www.lks.org.rs

Google, Dropbox, APMusic, Facebook

Leкарска комора Србије
Serbian Medical Chamber

Пресса | Фотогалерија

О нас | Програми | ИМЕ | Презентације | Контакт | Суд час | **Гласник** | Follow | Facebook | Прогноза

Корисни линкови

- Државни органи Републике Србије
- Међународне лекарске организације
- Стране лекарске коморе и друге организације

Обавештења

- Обавештења за лекаре
- Обавештења за пацијенте
- **Важна обавештења**
- Догађаји
- Архива

SPECIJALNA BANKARSKA PONUDA

ОБАВЕШТЕЊЕ О УСЛОВИМА ЗА ДОБИЈАЊЕ НАЗИВА ПРИМАРИЈУС

ОБАВЕШТЕЊА ЗА ЛЕКАРЕ

Деталjnи...

NOB 19 2012

БЕСПЛАТНА ПРЕДАВАЊА ПОДРЖАНА ОД СТРАНЕ ЛКС ОД 12-14.12.2012. ГОДИНЕ

ИМЕ

Распоред предавања која се одржавају у Београду, у Доли Гарде - Топчидар 12, 13 и 14. Децембра 2012. године

Деталjnи...

NOB 28 2012

Бесплатна предавања 14.12.2012. Етно комплекс Ртањ

ИМЕ

За предавање "Услови за примарну здравствену заштиту на почетку 21. века у Србији - шта се миња том наменом плаћања?" два места су попуњена.

Деталjnи...

NOB 27 2012

БЕСПЛАТНА ПРЕДАВАЊА ПОДРЖАНА ОД СТРАНЕ ЛКС

ИМЕ

Опис и терени бесплатно предавања континуиране медицинске едукације подржане од стране Лекарске коморе Србије

Деталjnи...

NOB 22 2012

Саопштење Лекарске коморе Србије гласилом наводи удружења „Личити лекари Србије“

ОБАВЕШТЕЊА ЗА НЕДРОК

Последњи наводи удружења „Личити лекари Србије“ везани за Лекарску комору Србије обавештавају јавност Србије о следећем:

Деталjnи...

NOB 22 2012

ЗБИРНА ТАБЕЛА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ - ОКТОБАР 2012

ИМЕ

ОДЛУКА о Акредитацији програма континуиране медицинске едукације - Октобар 2012.

Деталjnи...

NOB 16 2012

СРЕТНА СЛАВА СВЕТИ ВРАЧИ

ОБАВЕШТЕЊА ЗА ЛЕКАРЕ

Привремено ван честитицу јединствено здравља проф. др. Славице Тулић Диваковић, лекарске славе Свети Врачи, сави здравственим радницима. Честита!

NOB 14 2012

АКТУЕЛНОСТИ 2012 У ЛЕКАРСКОЈ КОМОРИ СРБИЈЕ

ИМЕ

Распоред акредитованих бесплатних предавања 12, 13 и 14. Децембра у Београду, 14. и 15.12.2012. године Етно комплекс Ртањ - Бољичи, Прокупак

NOB 14 2012

БЕСПЛАТНА ПРЕДАВАЊА ПОДРЖАНА ОД СТРАНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ОБАВЕШТЕЊА ЗА ЛЕКАРЕ

"Лекарска одговорност - етички, кривични и грађанско-правни аспекти" - А-1-1511/12

Деталjnи...

NOB 08 2012

Copyright 2010 Лекарска комора Србије. Сва права задржана.

2013.



ЈАНУАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3

ФЕБРУАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	1	2	3

МАРТ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
25	26	27	28	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

АПРИЛ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	1	2	3	4	5

МАЈ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
29	30	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2

ЈУН

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

ЈУЛ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4

АВГУСТ

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
29	30	31	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1

СЕПТЕМБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	1	2	3	4	5	6

ОКТОБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3

НОВЕМБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	1

ДЕЦЕМБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
25	26	27	28	29	30	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31	1/2014.	2	3	4	5