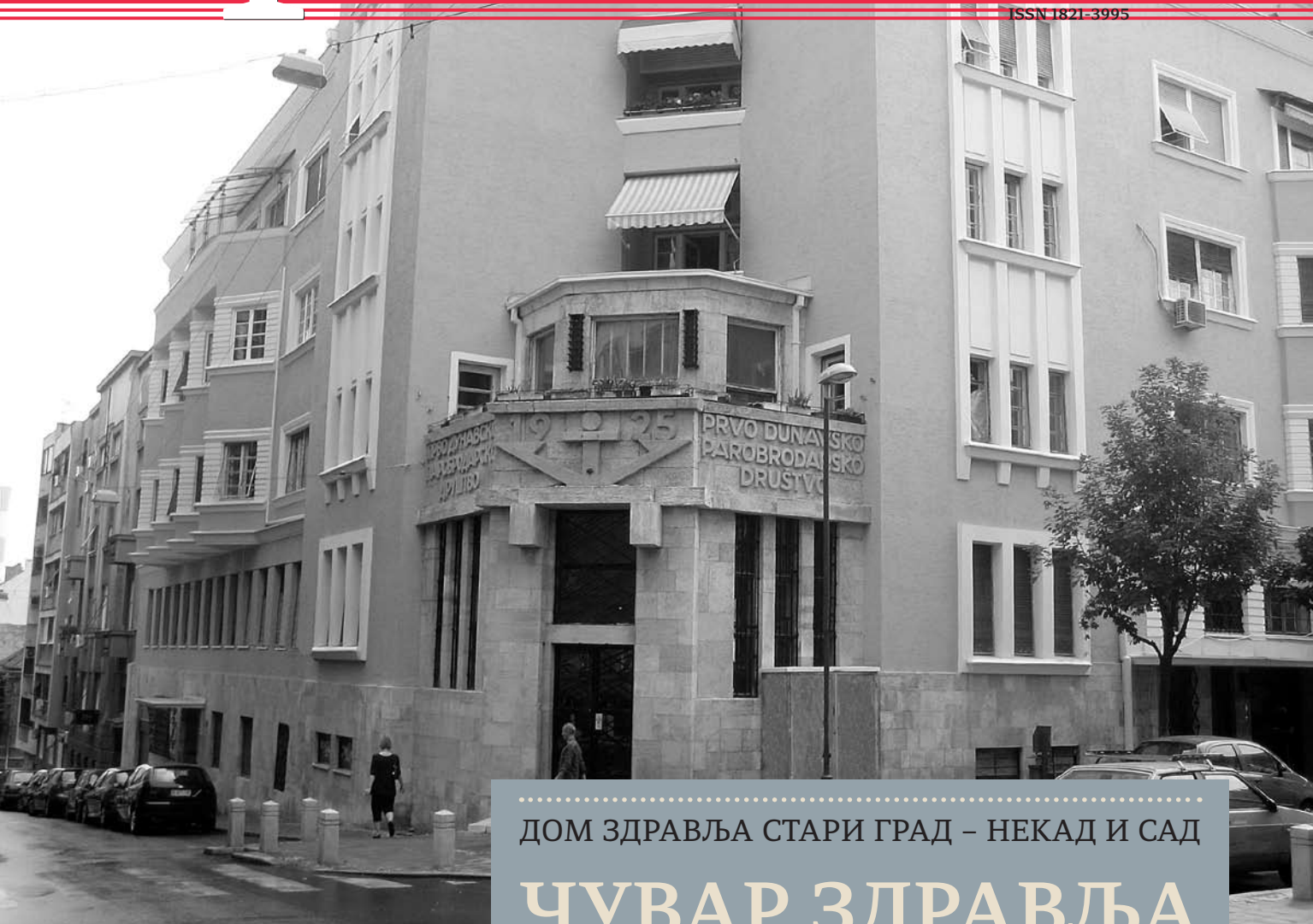


Број II //
Београд //
Децембар 2011 –
фебруар 2012 //
Година IV //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995



ДОМ ЗДРАВЉА СТАРИ ГРАД – НЕКАД И САД

ЧУВАР ЗДРАВЉА ГРАЂАНА

*У сусрећ Конференцији
о етичким аспектима
краја живота*

*ЛКС У сештембру
домаћин шреће
међународној Конјресу
SEEMF*

*Националне јензије
и знаменићим
лекарима*

*Како смањити ризик
од професионалне
јрешке?*



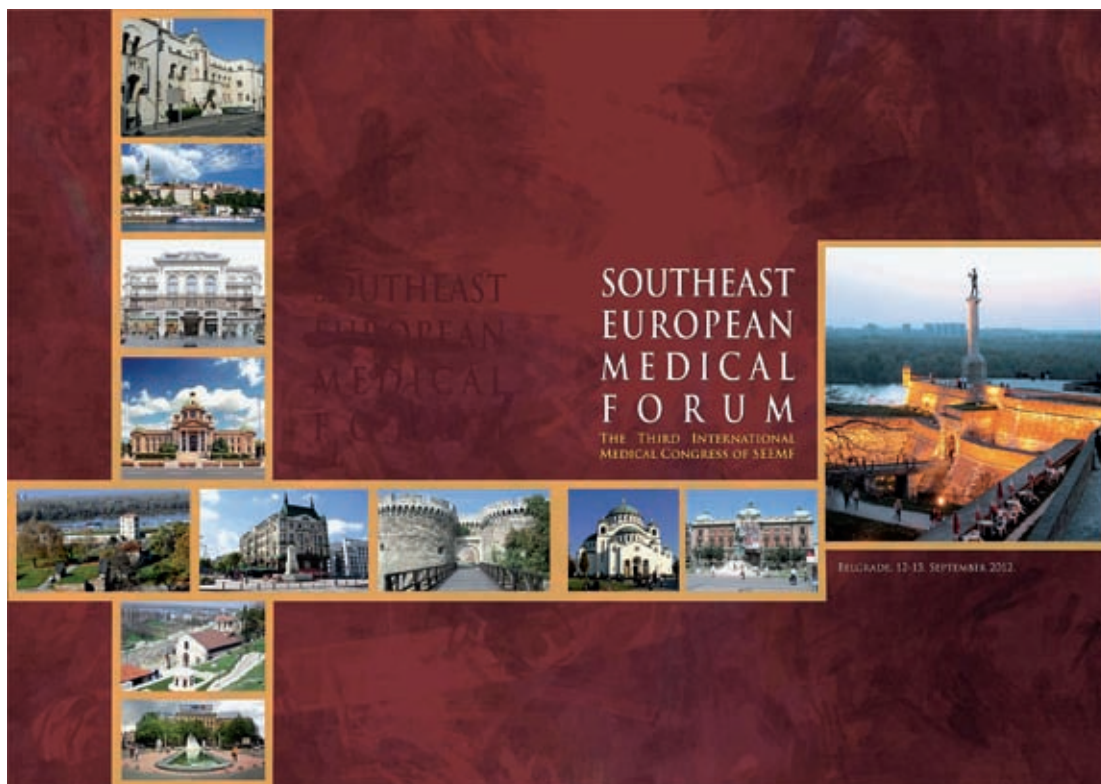
МЕДИЦИНСКИ ФОРУМ ЗЕМАЉА ЈУГОИСТОЧНЕ ЕВРОПЕ (SEEMF) ОВЕ ЈЕСЕНИ У БЕОГРАДУ

ЛКС ДОМАЋИН ТРЕЋЕГ МЕЂУНАРОДНОГ КОНГРЕСА SEEMF

Лекарској комори Србије поверена је организација следећег по реду, Трећег међународног конгреса SEEMF – Медицинског форума земаља Југоисточне Европе. Скуп ће бити одржан у септембру ове године. Тим поводом су почетком године у Београду боравили председник и потпредседник SEEMF-а др Андреј Кехајев и проф. др Јован Тофоски да би са руководством Лекарске коморе Србије постигли споразуме око детаља организације конгреса. Састанак Управног одбора SEEMF -а планиран је за средину маја, на коме се очекује и присуство представника свих земаља чланица SEEMF -а, а у овом часу броји 14 земаља.

Конгрес ће бити организован преко SEEMF-а, чије је седиште у Бугарској у Софији, уз котизацију учесника (рана котизација 70 евра и каснија 100 евра). Планирано је да се котизацијама, уз подршку спонзора, покрију трошкови одржавања конгреса. Конгрес ће имати међународну акредитацију.

Истовремено то ће бити прилика да се фармацеутске куће укључе и препознају Лекарску комору Србије као партнера, а Гласник као могућност обавештавања лекара.



Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година IV, број 11,
децембар 2011 – фебруар
2012. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. 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:

Прим. др Нада Радан-Милованчев

Чланови уређивачког одбора:

Проф. др Милош Јовановић
Прим. др Миланка Давитков
Др Миодраг Манигода
Др Мирослава Радан
Др Бранка Лазић
Др Јелица Крчмаревић
Проф. др Марина Дељанин Илић
Др Милан Симић
Др Слађана Илић

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-графички уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

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

На насловној страни:

Дом здравља Стари град,
некад и сад

Штампа:

Штампарија „Гласник“, Београд

Драге колегинице,
Драге колеге,
Драги читаоци,



Овај број ГЛАСНИКА пружиће вам бројне информације, које се односе на 2011. и на 2012. годину, што и јесте превасходни циљ нашег коморског часописа.

Прошло је неколико месеци од успешног састанка, како у друштвеном, тако и у стручном делу,

организованог у оквиру Дана српске медицинске дијаспоре у пет градова у Србији. Сви смо стекли корисна искуства, која свима нама треба да користе у будућем раду Коморе. Нажалост, задовољство које нас је испунило после успешне конференције дијаспоре, није неометено могло да траје дуго. Убрзо смо се суочили са глобално познатом чињеницом, да се успеси не праштају лако. Точак је почео да се окреће, нажалост, уназад и вратио нас у неким сегментима рада Коморе на почетак. Опет смо се суочили са некорисном навиком међукоморских надмудривања и да се на састанцима Управног одбора и Скупштине бавимо самим собом, уместо да делујемо у циљу стварања добробити за целокупно лекарство, па и здравство.

Пошто ме нада никада не напушта и овог пута гледам са оптимизмом на наведена догађања и уверена сам да ће разум и мудрост преовладати и проблеми бити превазиђени, јер планови за будући период, који су приказани на следећим странама, морају бити остварени.

У следећем броју Гласника имаћете прилику да испуните упитник, чијом анализом ће се доћи до закључка чему су све лекари изложени током бављења својом професијом и да ли се и како насртајима на лекаре може стати на пут на цивилизован начин.

Дистрибуција часописа још увек није задовољавајућа и мораћемо да уложимо нове напоре да је побољшамо. Мене као уредника не задовољава ни заступљеност представљања регионалних комора у Гласнику, али имам обећање сарадника, тј. чланова Уређивачког одбора, да ће то у предстојећем периоду бити измењено и да ћемо, осим извештаја о раду, имати и бројне интересантне прилоге из свих региона Србије. Тада ћемо моћи, као у прва четири броја Гласника да већ приликом прелиставања по боји у врху страна препознамо о ком се региону ради.

Било са мном или са неким другим на месту уредника, наш часопис мора бити актуелан и сваки пут садржајнији.

Si te praesse non sinunt, sede!

Прим. др Нада Радан-Милованчев

ИЗ ОВОГ БРОЈА

// У регистар Коморе уписано 30.174 лекара, а 28.729 добило лиценцу **6** // План рада ЛКС: од издавања лиценци до активности у међународним организацијама **9** // Активности УО ЛКС: У корак са проблемима **12** // DRG: Неће више бити исто плаћени добри и лоши **14** // Како смањити ризик од професионалне грешке? **18** // Лекари често не знају своја права и обавезе пред судом **19** // Први лекови са сталном дозволом од 2015. године **20** // РЛКБ: КМЕ – У жижи интересовања током целе године **25** // РЛКЈИС: Основано пет „истурених одељења“ **28** // РЛКЦЗС: Најактивнији посебни Одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту **30** // РЛККиМ: Образована Комисија за проверу сертификата **32** // Посета Грачаници: Вредни бодови за косметске лекаре **33** // Тајна неге пацијента је у бризи за пацијента **35** // Организације различите, проблеми слични **36** // Прослављена еснафска слава лекара **40** // Педијатар је најзначајнија фигура **42** // Спречити тихо гашење саветовалишта **44** // Јетра „плаћа данак“ лошим навикама у исхрани **46** // Да ретке болести не буду више „сирочићи медицине“ **58** // Дом здравља Стари град – некад и сад **59** // Да се не заборави – доктор Данило Цигановић **64** // Доктор Младен Милошевић – жртва неразумног времена **66** // Национална признања и у здравству **68** // Општа болница „Sava Surgery“ у Нишу: Задовољство пацијента је императив **70** // Надљудска оданост Хипократу и огњишту **72** // Доктор Аћим Медовић и случај лажног пророка Милије Крајинца **76** // Дуго путовање кроз фудбал и медицину **80** //

13–14

ПРОФ. ДР ДРАГАН ДЕЛИЋ:

УДАРАЊЕ ШТАПОМ
ПО ВОДИ

16–17

СУДОВИ ЧАСТИ

РЕШАВАЊЕ ПРЕДМЕТА
И КОНТИНУИРАНА
ЕДУКАЦИЈА СУДИЈА

53–57

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА, ДЕПРЕСИЈА
И ПСИХОСОМАТСКА ОБОЉЕЊА
ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ

ШТА МОГУ ДА ОЧЕКУЈУ ЛЕКАРИ СРБИЈЕ У 2012. ОД СВОЈЕ ЕСНАФСКЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ – ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ?

ПУНО РАДА ЗА ДОБРОБИТ И СТРУКЕ И ПАЦИЈЕНАТА

// КОМОРА ЋЕ СЕ БАВИТИ СВИМ БИТНИМ ПРОБЛЕМИМА КОЈИ МУЧЕ ЛЕКАРЕ И ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ У СРБИЈИ //

Пише: прим. др Татјана Радосављевић, директорка Лекарске коморе Србије

Две хиљаде дванаеста година, шеста година постојања Лекарске коморе Србије. Година која не обећава пуно, година када ће криза (поново) достићи врхунац... Година парламентарних избора у Републици Србији, година предизборних кампања... Шта могу да очекују лекари Србије у две хиљаде дванаестогodiни од Лекарске коморе Србије?



Лекарска комора Србије као независна еснафска организација, самостална и самофинансирајућа, по природи свога постојања треба да буде ван политике. Избори у Лекарској комори Србије завршени су пре годину и по дана, ново руководство Лекарске коморе Србије је у протеклој години осигурало све лекаре од професионалне одговорности и трећини лекара Србије омогућило да потпуно бесплатно похађа веома квалитетне програме континуиране медицинске едукације и, на тај начин, прикупи између половине и трећине неопходних бодова у току године.

Са друге стране, националне медицинске еснафске организације, као што је Лекарска комора Србије никада не могу бити љубимци власти, јер се по природи свога постојања и независности, издвајају од свих других носилаца и стубова здравствених система. Ове чињеница јасно обележавају пут који очекује Лекарску комору Србије у две хиљаде дванаестогodiни.

Лекарска комора Србије, преко својих органа и органа својих огранака – регионалних комора у свом саставу, мора да се позабави свим битним проблемима који муче лекаре и здравствени систем у Србији, да усвоји битне ставове и донесе стратешка документа. На тај начин, Лекарска комора Србије спремно ће дочекати новог министра здравља. То мора бити учињено одговорно, стручно и јасно, јер ће једино тако лекари као струка бити схваћени на прави начин и како заслужују од стране будућег здравственог естаблишмента.

Чека нас напоран посао, али то је наставак оног посла којим се бавимо последњих година. Промена начина плаћања лекара, капитација и дијагностички сродне групе, колико год су наметнути, ако се примене на прави начин могу бити и добра прилика за све колеге који раде одговорно на својим радним местима. Са друге стране, крајње је време да континуирана медицинска едукација потпуно пређе у надлежност Лекарске коморе Србије, по угледу на све коморе у Европи и окружењу.

Доношење Закона о лекарству постаје императив, јер би у његовој преамбули требало да јасно пише да су лекари службена лица у обављању своје професије. То би зауставило насиље над лекарима.

Крајње је време да протоколи лечења постану коначно законом обавезни, те да сваки лекар може да докаже да није начинио лекарску грешку.

Две хиљаде дванаеста година треба да буде и година борбе за дигнитет лекарске професије. Некако у ова предизборна времена медијима је најлакше да на насловне стране и стуб срама ставе лекаре, најчешће без доказа и кривице, и наравно, под пуним именом и презименом. Ми смо, изгледа, једини грађани Србије за

>>> Крајње је време да континуирана медицинска едукација потпуно пређе у надлежност Лекарске коморе Србије, по угледу на све коморе у Европи и окружењу <<<

које не важи пресумпција невиности, нити забрана објављивања пуних имена и презимена. Лекарска комора Србије завршила је анализу новинских чланака од 2007. до 2011. и са њом ће ускоро упознати стручну и општу јавност у Србији, новинарска удружења и надлежна министарства.

Треба ли да говоримо о већ виђеним и познатим истраживањима јавног мњења везаним за здравство као најкорумпиранију професију и за перцепцију исте појаве, о специјалним саветницима и белим телефонима на које можете пријавити свог лекара...

5 <

Држава треба да има стратегију за борбу против корупције, органи државе треба да се баве њоме, а Лекарска комора и лекари у Србији треба да предлажу начине да се она искорени. Нажалост, најважнији предуслов међу њима – *добро њлаћен лекар* неће бити могуће скоро достићи.

Две хиљаде дванаеста година биће година када ће се Лекарска комора Србије бавити здрављем лекара. Запитајте се само колико лекара дочека пензију, колико је нас здраво, колики је животни век лекара. Колеге специјалисте медицине рада и психијатри раде на упитницима који ће се односити на здравље лекара и депресију код лекара.

У једном од следећих бројева Гласника, са жељом да што више колега учествује у овом истраживању и да резултати буду веродостојни.

У две хиљаде дванаестој бавићемо се етичким проблемима краја живота, радићемо да побољшању етичког кодекса, иницираћемо поново да лекари у Србији добију националне пензије, а бавићемо се и рехабилитацијом наших колега који су неправедно осуђени после Другог светског рата.

Две хиљаде дванаеста година биће пуна рада за добробит свих нас лекара, јер је то начин да и наше пацијенте лечимо по врхунском знању и принципима савремене струке и етике. //



ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ ЗА 2011. ГОДИНУ

**У рејисџар Коморе
ујисано 30.174 лекара,
а 28.729 добило лиценцу**

Нешто више од трећине лекара у Србији добило бесплатне бодове из програма КМЕ, а Здравствени савет Србије најзначајнија је подршка Комори у здравственом систему Србије

Рад Лекарске коморе Србије током 2011. године обележили су позитивни догађаји. Нови менаџмент Лекарске коморе Србије и регионалних лекарских комора у њеном саставу, успео је да покрене бројне активности, како према органима државе Србије, тако и према лекарској професији, и сваком од лекара појединачно.

ПОВЕРЕНИ ПОСЛОВИ

У Србији је закључно са 20. фебруаром 2012. године у регистар уписано 30.174 лекара, а лиценцираних је 28.729. По регионалним коморама, ситуација изгледа овако:

- РЛК Београда – 9.984
- РЛК Војводине – 5.939
- РЛК за Југоисточну Србију – 6.052
- РЛК за Централну и западну Србију – 6.027
- РЛК за Косово и Метохију – 727

У току 2011. и почетком 2012. године, Лекарска комора Србије одузела је две лиценце лекарима по налогу суда, који је уз пресуде затвором, прописао и забрану обављања лекарске делатности у одређеном временском периоду. Такође је Лекарска комора Србије одузела трајно лиценцу колеги који је осуђен на казну затвора због тешког дела против здравља људи, примењујући непосредно члан 198. Закона о здравственој заштити. Једну лиценцу одузео је суд части Регионалне лекарске коморе Београда на девет месеци.

Сагласно Правилнику о континуираној медицинској едукацији, прикупљани су сертификати о бодовима добијеним у програмима КМЕ за све лекаре на читавој територији Србије и издаване потврде о томе у 2011. Тај процес, када је реч о бодовима из 2012, одвија се и сада. На тај начин, биће олакшано обнављање лиценци у 2015. години.

Променама Закона о здравственој заштити, и увођењем такозваних „привремених лиценци“ за стране лекаре, Лекарска комора Србије је укључена у тај процес. Министарство здравља још није донело пратећу подзаконску регулативу. У неколико наврата ЛКС је ургирала код Министарства и обавестила директоре установа да сви лекари из иностранства које те куће ангажују мора да имају привремене лиценце Лекарске коморе Србије.

Лекарска комора Србије је започела издавање потврда нашим лекарима, који одлазе на рад у иностранство, тзв „Good Standing Qualification“. У почетку су захтеви за њима били изузетно ретки, али се током последњих неколико месеци таква потврда просечно тражи и издаје једном недељно.

Настављено је доштампавање лекарских легитимација, новим члановима Коморе или лекарима који траже промену података.

Централни информациони систем Лекарске коморе Србије заживео је, са изузетком Регионалне лекарске коморе Војводине, чији службеници не раде у Централном информационом систему, отежавајући тиме његово функционисање. У више наврата, покушавано је да се тај проблем реши, али нажалост, то се није догодило ни до данашњег дана.

У централном информационом систему у току 2011. развијани су и модули за праћење плаћања чланарине, што може да олакша увид у проценат наплате чланарине. Тренутно се постојећи Централни информациони систем допуњава модулима за континуирану медицинску едукацију и судове части.

„Гласник“ Лекарске коморе Србије у току 2011. године наставио је да излази. Промена је настала у начину ди-

стрибуције, пошто се сада „Гласник“ директно доставља лекарима, било преко установа или регионалних канцеларија Коморе, што на одређени начин омогућава да се превазиђе баријера између лекара и Коморе.

Током 2011, Комисија за промену Кодекса медицинске етике активно је радила на том веома осетљивом документу, усаглашавајући га са медицинским правним захтевима и модерним сазнањима савремене медицинске етике.

КОНТИНИУРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

Континуирана медицинска едукација постаје све важнија активност Лекарске коморе Србије.

Преко Здравственог Савета Србије, радна група састављена од колега из Лекарске коморе Србије, учествује у акредитацији програма континуиране медицинске едукације, у четири циклуса годишње.

Истовремено, на предлог Посебног одбора за медицинско образовање, Лекарска комора Србије започела је подршку одређених програма континуиране медицинске едукације из медиколегалних тема и стручних тема у оквиру Дана српске медицинске дијаспоре, а такође и појединачних акредитованих стручних програма.

У ту сврху, а с обзиром на то да Лекарска комора Србије према важећим прописима не може бити организатор континуиране медицинске едукације, са МАП организацијом (која може бити организатор), направљен је уговор о пословно техничкој сарадњи, у вредности 300.000 динара на годишњем нивоу.

Штампање сертификата ради се о трошку Лекарске коморе Србије. Тренутно је акредитовано шест програма

>>> Током 2011, Комисија за промену Кодекса медицинске етике активно је радила на том веома осетљивом документу, усаглашавајући га са медицинским правним захтевима и модерним сазнањима савремене медицинске етике <<<

ма из медико-легалних тема, десет програма из стручних тема, који се понављано реализују широм Србије.

У оквиру Дана српске медицинске дијаспоре акредитовано је десет програма, који су били одржани само једном на Конференцији.

Акредитована је и конференција Комуникација у здравству, такође преко истог организатора.

Регионална лекарска комора Војводине откупљивала је готове програме Медицинског факултета у Новом Саду.

Око 11.000 лекара у Србији похађало је програме у организацији Лекарске коморе Србије и тиме добило од четири до 11 бодова, док је, према извештају Регионалне лекарске коморе Војводине, њихове програме похађало око 1.500 колега.

Укупно је нешто више од трећине лекара у Србији добило бесплатне бодове, из одличних програма континуиране медицинске едукације.

УЧЕШЋЕ ПРЕДСТАВНИКА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ У РАДУ МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА, ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ И РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Представници Лекарске коморе Србије у току 2011. постали су чланови републичких стручних комисија Министарства здравља, и то за медицину рада и за

7 <

примарну здравствену заштиту. На тај начин, ЛКС покушава да утиче на доношење неких битних одлука, што у овом моменту није лак посао.

Са министром здравља проф. др Зораном Станковићем, по његовом постављању на место министра, остварен је задовољавајући контакт. Добри контакти успостављени су и са проф. др Александром Вуксановићем, директором РФЗО. Међутим, највероватније због кратког времена које је министар има пред собом, осим декларативне подршке, није било значајније подршке реформским променама које је предложила Лекарска комора Србије. Али, за разлику од ранијег министра здравља, око многих одлука Лекарска комора Србије постигла је већи степен сагласности.

>>> Предлог листе лабораторијских анализа, који је дала Лекарска комора Србије, прихваћен је као будућа препорука лекарима у примарној здравственој заштити <<<

Здравствени савет Србије, свакако остаје назначајнија подршка Лекарској комори Србије у здравственом систему Србије. Захваљујући залагању др Златка Спасића и тимском раду, велики број предлога Лекарске коморе Србије наилази на разумевање проф. др Драгана Делића, председника Здравственог савета Србије, а значајну подршку Лекарска комора Србије има и од проф. др Сандре Шипетић, председнице посебне радне групе за акредитацију програма КМЕ.

Републички фонд здравственог осигурања, у делу везаном за уговарање није прихватио ставове представника Лекарске коморе Србије, а ове године представници Коморе нису ни позвани да учествују у тој активности. С друге стране, личним залагањем проф. др Александра Вуксановића, директора Фонда, Лекарска комора Србије се преко Савета за реформу здравства активно укључила у решавање дневних проблема колега. Предлог листе лабораторијских анализа, који је дала Лекарска комора Србије, прихваћен је као будућа препорука лекарима у примарној здравственој заштити.

Агенција за акредитацију здравствених установа, чији је председник Управног одбора из Лекарске коморе Србије, требало би да у будућности постане значајан сарадник Лекарске коморе Србије, поготово у делу везаном за водиче добре клиничке праксе и протоколе лечења.

Изменом Закона о Агенцији за привредне регистре, по први пут су се стекли услови да Лекарска комора Србије коначно буде уписана у јавне књиге, односно у регистар удружења са свим правима и обавезама које правном лицу припадају.

ЗАКОНОДАВНА АКТИВНОСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Током протекле године Министарство је обећавало многе правилнике, али се они још нису појавили. Није завршен правилник о допунском раду, али се зато приступило промени правилника о континуираној медицинској едукацији и лиценцирању, које је Лекарска комора дочекала спремно, захваљујући раду посебних одбора.

Истовремено је без консултовања Лекарске коморе Србије донесен правилник о мерама извршења, који је узнемирио стручну јавност, због нереалних захтева,

као и Номенклатура услуга на секундарном и терцијарном нивоу. Најављене измене плана мреже и уредбе о условима за оснивање здравствених установа су у припреми.

Лекарска комора Србије учествује у раду Здравственог савета када су у питању предлози измене Закона о здравственој заштити, и даје стручну правну помоћ у томе. Наравно, све те измене моћи ће да буду предмет разговора тек после парламентарних избора.

Истовремено, Лекарска комора Србије помно прати увођење новог начина финасирања здравствених радника, и тиме наставља посао који је започет директним учешћем представника Лекарске коморе Србије у стварању капитационе формуле претходних година.

ПРИВАТНА ПРАКСА

Студија изводљивости која ће дати одговоре на питање интеграција приватне праксе у систем здравствене заштите и здравственог осигурања полако се приводи крају. Организоване су две фокус групе са представницима и РФЗО и Министарства здравља. Међутим, у Републици Србији нема јасних показатеља на основу којих се може проценити *cost benefit* укључивања приватне праксе, тако да у студији мора да буду примењене друге, компликованије методе. Очекује се брзи завршетак студије.

Истовремено се покушавало и покушаваће се да се „деблокира“ примена правилника који дефинише улогу приватног лекара везано за боловања и упућивање у болницу.

ОРГАНИЗОВАЊЕ КОНФЕРЕНЦИЈА У 2011.

У организацији Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, по плану рада организована је Конференција о терапеутској комуникацији, која је била веома успешна. Регионална лекарска комора Београда организовала је конференцију о месту и значају приватне праксе данас, на којој су, осим приватника, учествовали и представници здравствене инспекције и банке.

Међутим, несумњиво најзначајнији догађај била је Конференција српске медицинске дијаспоре, која је почела у Врњачкој Бањи, а потом одржана у пет градова

>>> Без консултовања Лекарске коморе Србије донесен правилник о мерама извршења, који је узнемирио стручну јавност, због нереалних захтева, као и Номенклатура услуга на секундарном и терцијарном нивоу <<<

у Србији истовремено. ЛКС је била организатор веома запаженог симпозијума у лекарској професији и здравственом естаблишменту, на коме су учешће узели скоро сви представници носилаца. На Округлом столу говорило се о начинима сарадње са колегама из дијаспоре. Теме конференције биле су бројне – од здравственог туризма, реформе хитне помоћи, до превентиве у приватној пракси и више стручних тема. Конференција је присуствовало више од 4.100 наших лекара и 137 колега из иностранства.

У припреми је Конференција о етичким аспектима краја живота, у организацији Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију, која се одржава крајем марта.

ПОМОЋ ЛЕКАРИМА ПОЈЕДИНЦИМА

Правни заступник Лекарске коморе Србије укључен је у судски процес једног колеге, који је осуђен без довољно доказа на тешко дело против здравља људи. Комора настоји да реши проблем волонтирања и признавања волонтерског стажа као дела стажа пре специјализације. Стручне службе ЛКС радиле су и на укључивању колега инвалида у процес запошљавања. Истовремено, и на регионалним коморама функционишу фондови солидарности.

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА

Чланство у CPME, WMA, ZEVA и EFMA организацијама значајно је за Лекарску комору Србије, због могућ-

ности добијања подршке наведених организација, везано за независност и самосталност. Лекарска комора Србије потписник је Краковске декларације, која се бави управо подршком независности националних медицинских асоцијација. У свима њима ЛКС је изузетно цењена.

Чланство у Медицинском форуму земаља Југоисточне Европе (SEEMF) значајно је за нас, не само као део регионалног повезивања, него и у стручном погледу, јер је Лекарска комора Србије ове године организатор традиционалног међународног конгреса SEEMF.

Прим. др Татјана Радосављевић
директорка Лекарске коморе Србије

ПЛАН РАДА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ ЗА 2012. ГОДИНУ

Од издавања лиценци до активности у међународним организацијама

Између осталог, Комора ће се ове године, преко својих органа, активно укључити у израду сарадничких докумената, донети предлог Закона о лекарству који ће у преамбули садржати циљеве лекара као службеног лица, а у септембру ће бити домаћин конгреса SEEMF

Лекарска комора Србије у 2012. наставља све активности у оквиру поверених послова.

– Издавање лиценци лекарима који испуне услове. Оно на чему треба радити, а што је обавеза ЛКС и по закону, јесте упис у Комору лекара на обавезном лекарском стажу, што неће бити лако у време постојеће економске кризе. Потребна је блиска сарадња ЛКС са испоставама Националне службе запошљавања у циљу праћења броја лекара на бироу и, са другим институцијама система, укључивање Коморе у решавање проблема незапослености.

Истовремено, потребно је да се у Комори води посебан регистар издатих потврда о такозваном „good standing“-у, јер ће то бити један од начина праћења „одлива мозга“ међу лекарима.

Привремене лиценце мора да се издају у складу са Законом. Потребно је истрајати на томе да сви страни лекари који долазе у Србију да обављају здравствену делатност мора да их добију, а да се регистар привремених лиценци дода у већ постојеће регистре који се воде у Лекарској комори.

Увођењем модула за Континуирану медицинску едукацију (КМЕ) у информациони систем Лекарске коморе Србије, биће унапређено праћење броја бодова на годи-

шњем нивоу и издавање потврда о томе. Истовремено, заједно са Здравственим саветом и организаторима програма КМЕ, потребно је у потпуности поштовати обавезу подношења редовних извештаја о обављеним програмима КМЕ. Потврде о учешћу у програмима мора да се издају у складу са Правилником и не смеју да касне.

Такође, 2012. године биће завршен рад на Кодексу професионалне етике Лекарске коморе Србије, који треба да усвоји Скупштина Лекарске коморе Србије.

Потребно је да се судијама судова части Лекарске коморе Србије омогући интензивна обука, како из области теоријског знања, тако и у практичном раду са судијама и тужиоцима, као и чести међусобни консултативни састанци.

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ И ЗАКОНОДАВНА АКТИВНОСТ

У 2012. години, која је за Србију изборна, Лекарска комора Србије мора остати ван политике, као независно еснафско удружење.

Истовремено, с обзиром на то да су избори у Лекарској комори Србије завршени пре годину и по дана, сви органи Лекарске коморе Србије и регионалних лекарских комора у њеном саставу треба да се активно укључе у израду стратешких докумената, који се односе на све делове здравственог система, а треба да буду спремни за нову владу и Министарство здравља.

Сагласно правима и обавезама које Лекарска комора Србије има као установа са повереним и осталим пословима, неопходно је да се донесу ставови и документа о измени начина плаћања лекара у примарној и секундарној и терцијарној здравственој заштити, реформама у организацији хитне службе, службе медицине рада, мерама извршења, плану мреже здравствених устано-



Бодови неопходни за обнову лиценце

ва, измени уредбе којом се регулише рад и оснивање здравствених установа и приватне праксе, документи о укључивању приватне праксе у систем здравственог осигурања и здравствене заштите, документи о неопходности увођења протокола лечења, законска регулатива у осигурању од професионалне одговорности лекара, као и о основним етичким дилемама краја живота, сурогат материнства, мождане смрти.

Неопходно је да се Лекарска комора формулише предлог Закона о лекарству, као посебног закона који ће у преамбули садржати статус лекара као службеног лица.

Потребна је измена Закона о здравственој заштити која ће предвиђати да процес континуиране медицинске едукације у потпуности пређе у надлежност Лекарске коморе Србије, која би доносила и правилнике о КМЕ и лиценцирању.

Потребно је сагледати и остале законе и потребу њихове промене, а чланови одбора регионалних комора и Лекарске коморе Србије већ су размотрили све оно што треба изменити.

Представници Лекарске коморе Србије треба да се нађу у што већем броју републичких стручних комисија, за шта није неопходна измена закона, као и у Управном одбору Републичког завода за здравствено осигурање, за шта је измена закона неопходна.

Потребно је да буду донети стратешки документи везани за проширење јавних овлашћења Лекарске комо-

ре Србије на област спољашњег и унутрашњег надзора и измена Закона о коморама у делу везаном за примаријате, тако да Лекарска комора Србије као обавезна организација даје Министарству предлоге кандидата за примаријусе, чиме би се уштедео новац колегама лекарима на терену.

ПРИОРИТЕТНЕ ТЕМЕ ЗА 2012. ГОДИНУ

Лекарска комора Србије ће се 2012. године бавити следећим темама:

– **ЗДРАВЉЕ ЛЕКАРА** – потребно је направити стра-тификовани упитник, анониман, који би попуњавали лекари. У том послу сарађивали би колеге специјалисти медицине рада из Комисије за медицину рада Лекарске коморе Србије. Упитник би био дистрибуиран у току предавања која подржава Лекарска комора Србије и одштампан у нашем „Гласнику“. Сличан упитник, који се односи на депресије лекара, био би дистрибуиран на истоветан начин, а у последња три месеца била би направљена статистичка анализа добијених резултата, о чему би била упозната стручна и општа јавност у Србији. У плану је организовање конференције на ту тему, као и обавештавање медицинских међународних организација о резултатима истраживања.

– **НАСИЉЕ НАД ЛЕКАРИМА** – осим рада на Закону о лекарству, биће сачињена анкета, потпуно анонимна, колико лекари трпе насиље на радном месту и какви



су облици насиља присутни, да би о томе били обавештени надлежни државни органи.

– МЕДИЈИ И ЛЕКАРСКА СТРУКА – завршена је анализа текстова у периоду 2007–2011, која се бавила односом медија према лекарима. Новинарска удружења ће бити позвана на састанак са представницима Лекарске коморе Србије, везано за начин писања и извештавања и са поштовањем претпоставке невиности. У Лекарској комори Србије биће настављено праћење новинских чланака.

– БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА – биће једна од тема којом ће се бавити лекарска комора Србије, са идејом да по угледу на земље Европе, предложи рационална решења за опстанак овог битног сегмента здравствене заштите.

– ОБАВЕЗУЈУЋИ ПРОТОКОЛИ ЛЕЧЕЊА – тема је којом ће се ЛКС и даље бавити.

– ОДРЖИВО ФИНАСИРАЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ.

– КОНТИНИУРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА – Лекарска комора Србије наставиће да подржава бесплатне програме едукације из медикологалних тема, као и стручне програме, у чему ће носилац активности, као и до сада, бити Посебан одбор за медицинско образовање.

ЛКС ће се и убудуће бавити темама из области приватне праксе, примарне здравствене заштите, дефинисањем појма лекарске грешке.

ИЗДАВАЧКА ДЕЛАТНОСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Осим Гласника Лекарске коморе Србије, у плану је покретање стручног часописа Лекарске коморе Србије. Планирано је, такође, издавање посебних стручних издања, књига и монографија под окриљем Лекарске коморе Србије.

Потребно је да сајт Лекарске коморе Србије буде ажурнији, као и слање својеврсног „Newsletter“ на mail-адресе свих лекара са информацијама о значајним питањима (промена листе лекова, промена закона, подзаконских аката, важна обавештења о раду Лекарске коморе Србије и сл).

Такође, треба развијати и социјалне медије као начин комуникације са лекарима.

КОНФЕРЕНЦИЈЕ И КОНГРЕСИ

Ефикасност коју су показали курсеви које је подржала Лекарска комора Србије, пре свега из медикологалних тема, модел су који треба користити и у организацији једнодневних конференција, према плану који би усвојили надлежни одбори Лекарске коморе Србије и регионалних лекарских комора.

Трећи међународни стручни конгрес SEEMF (*Southeast European Medical Forum*), биће одржан у септембру месецу 2012, а Лекарска комора Србије је организатор. Пошто се конгрес организује преко Форума, уз котизацију (рана котизација 70 евра и касна - 100 евра), планирано је да котизације, уз учешће спонзора, „саме финансирају“ одржавање конгреса, а то ће истовремено бити прилика да се фармацеутске куће укључе и препознају Лекарску комору Србије као партнера, а наш Гласник као могућност обавештавања лекара.

КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ један је од догађаја чију традицију треба наставити. Међутим, велике конференције могу бити одржаване једном у две или четири године. На нама је да нађемо стратешког партнера за ту манифестацију, која је изузетно добро прихваћена, али је треба и финансијски испратити, што није једноставно у овим тешким временима.

ОСИГУРАЊЕ ЛЕКАРА ОД ПРОФЕСИОНАЛНЕ ОДГОВОРНОСТИ – важно је да се настави и да се нађе права мера у уговору који се нуди осигуравајућим кућама на тендеру.

МЕСТО ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ У МЕЂУНАРОДНИМ ОРГАНИЗАЦИЈАМА

Важност чланства у међународним асоцијацијама у наредној години огледа се у томе што те организације могу да посредују директно код влада држава и решавању потенцијалних проблема које чланице могу да имају. То је, осим осталих бенефита, у 2012. изузетно значајно за Лекарску комору Србије.

АПЛИЦИРАЊЕ ЗА МЕЂУНАРОДНЕ ПРОЈЕКТЕ – једна је од активности којима треба да се бави Лекарска комора.

ПРАВНА ПОМОЋ И ДРУГЕ ВРСТЕ ПОМОЋИ ЛЕКАРИМА – потребно је дефинисати путеве и начине процене у којим конкретним ситуацијама Лекарска комора треба да помогне. Етички одбор Лекарске коморе Србије може бити орган на коме се могу та правила прописати.

НАЦИОНАЛНЕ ПЕНЗИЈЕ ЗНАМЕНИТИМ ЛЕКАРИМА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА ЛЕКАРА који су из политичких разлога кажњавани после Другог светског рата.

Прим. др Татјана Радосављевић
директорка Лекарске коморе Србије

АКТИВНОСТИ УПРАВНОГ ОДБОРА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

У КОРАК СА ПРОБЛЕМИМА

// ТОКОМ ПРОШЛЕ ГОДИНЕ, ОДРЖАНО ЈЕ ЈЕДНАЕСТ РЕДОВНИХ СЕДНИЦА, ЈЕДНА ТЕЛЕФОНСКА ВАНРЕДНА СЕДНИЦА, ДОНЕТО ЈЕ 89 ОДЛУКА И ДЕСЕТ ЗАКЉУЧАКА //

Пише:
др Драгана Милутиновић,
председница УО ЛКС



Протекла је још једна година – 2011, у Управном одбору ЛКС, испуњена многим активностима, али и пуна турбуленција, изненађења.

Све активности Управног одбора биле су усмерене ка постизању постављених циљева: омогућити члановима Лекарске коморе Србије да континуирану медицинску едукацију обаве на ефикасан и што економичнији, а у исто време квалитетан начин, унапредити рад Лекарске коморе како би најбрже могла да изађе у сусрет потребама својих чланова и омогући извршавање поверених послова од стране државе.

Чланови Скупштине лекарске коморе као и регионалних комора су се активно укључили и свако из своје области, акредитовали предавања, курсеве I и II категорије, а Комора их је организовала у многим градовима Србије: Ваљеву, Чачку, Смедереву, Новом Пазару, Кикинди, Панчеву, Нишу, Грачаници, Шапцу, Крагујевцу, Ковачици.

Дани српске медицинске дијаспоре, којима је претходни Гласник био посвећен, омогућили су потпуно бесплатне бодове за 4.112 лекара из Србије који су учествовали на 10 стручних скупова одржаних у Београду, Врњачкој Бањи, Новом Саду и на Власинском језеру, а предавања су држали истакнути стручњаци из земље и света, било је присутно 137 наших лекара из дијаспоре уз угледне колеге из Немачке, Аустрије, Норвешке. Према нашој евиденцији, више од трећине чланова ЛКС је на тај начин присуствовало стручним скуповима.

У овој години Дани медицинске дијаспоре биће још боље организовани, а трудимо се да дођемо до свих места у Србији где постоји интересовање, као и да препознамо потребе чланова – које теме интересују већину лекара. Такође, показала се оправданом одлука Управног одбора на предлог Посебног одбора за образовање да посветимо већу пажњу медико-легалним темама: Стручна грешка, Лекарска грешка и осигурање, Лекар и умирући пацијент, Нежељени исходи лечења, Поступање у случају сумње на стручну грешку... Колеге на терену дале су веома позитивно мишљење о оваквом концепту.

Управни одбор разматрао је многе активности и иницијативе посебних одбора и, за оне са којима се сагла-

сио, предузети су неопходни кораци како би оне биле прихваћене код надлежних органа. Навешћу само неке од њих, по мом мишљењу, најзначајније:

1. Минимална загарантована зарада изабраних лекара у примарном здравству не може бити мања од тренутне зараде, као и да се конкретно дефинише варијабилни део,
2. Брисати став 6. члана 2. Уредбе о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начин обрачуна плате запослених у здравственим установама, који се односи на корективни фактор за рецепте које преписује изабрани лекар у области опште медицине и педијатрије.
3. Покретање јавне расправе о Изменама и допунама Правилника о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника и здравствених сарадника, као и формирање радне групе ЛКС, за учешће у јавној расправи заједно са другим релевантним учесницима као што је Министарство здравља, Здравствени савет Републике Србије, медицински факултети итд.
4. Захтев за прецизирање чланова 22–25 Правилника о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника и здравствених сарадника који се односе на обавезно време које лекар на специјализацији проводи у оквиру здравствене установе и признавању тог времена у специјалистичком стажу.
5. Учешће представника ЛКС у Комисији која би дала примедбе на аустралијски модел DRG-а.
6. Упућивање протеста Министарству здравља поводом доношења Мера извршења из измењеног Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе
7. Министарству здравља упућен је Предлог измена Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе које је припремио Посебни одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси.

8. Иницијатива за именовање помоћника Министра за приватну праксу као и активна комуникација представника Посебног одбора за приватну праксу са Министарством здравља и РФЗО.
9. Унапред обавестити лекаре при следећим променама листе лекова, како би се избегла ситуација да снос материјалне трошкове услед неблаговременог информисања.
10. У изради Правилника о листи лекова, као и Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног осигурања, укључити сугестије на основу искуства здравствених радника који активно учествују у лечењу пацијената.
11. Организатори акредитованих програма треба да издају сертификате слушаоцима програма у што краћем року, а најкасније у року од три месеца.
12. Усвојена је иницијатива Посебног одбора за медицинску етику за организацију симпозијума „Психичко и физичко здравље лекара (социјално благостање)“.

У периоду од 1. јануара до 31. децембра 2011. Управни одбор је одржао 11 редовних седница, једну телефонску ванредну седницу и донело је 89 одлука и 10 закључака.

Управни одбор велику пажњу посветио је раду на Старту ЛКС, наважнијем правном акту Лекарске коморе, како би га побољшао, боље дефинисао и унапредио и, на тај начин, омогућио да Лекарска комора несметано испуњава своје задатке и поверене послове. На седници Скупштине ЛКС одржаној 24. фебруара двотрећинском већином су чланови након петочасовног рада и изјашњавања по свим пристиглим амандманима, усвоји-

>>> Дobar је осећај када успешно завршите започет посао, а такав осећај мотивише на даље остваривање постављених задатака и циљева <<<

ли предложене измене и допуне Статута. Тиме је једногодишњи рад у коме је учествовао велики број колега и стручне службе крунисан успехом. Добили смо нови Статут који је унапређен, бољи и којим су дефинисани неки чланови који су се могли тумачити на различите начине. Дobar је осећај када успешно завршите започет посао, а такав осећај мотивише на даље остваривање постављених задатака и циљева.

На жалост, чланови Управног одбора из Регионалне лекарске коморе Војводине поново не учествују у раду Управног одбора по налогу Скупштине Регионалне коморе Војводине, иако она нема статутарне могућности за такав налог, и напустили су и поменути седницу Скупштине.

Сви досадашњи покушаји Управног одбора да се успостави уобичајена сарадња са Регионалном лекарском комором Војводине, каква постоји са друге четири регионалне коморе у којима је учлањено око 25.000 лекара до сада нису дали жељене резултате. Али то нас никако не спречава да радимо и решавамо постојеће и огромне проблеме који притискају докторе, да напостојимо да подигнемо углед наше професије неоправдано стављене на стуб срама и да се боримо за виши ниво пружања наших услуга у интересу наших пацијената, али и наше струке. //

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ ОСТАЛИ ЗАТЕЧЕНИ ПРЕД БУЈИЦОМ ФРОНТАЛНОГ, ИСКЉУЧИВОГ И УОПШТЕНОГ НАПАДА У НОВИНСКИМ ЧЛАНЦИМА

Ударање штајом њо води

Здравствени систем њосџао је сијурносни венџил за ѡреџеџи економски и социјални бунџи, а медицински њосленици – дежурни кривци за скреџање џажње са озбиљнијих груџџвено-економско-џолиџичких ѡроблема и изражавања незадовољсџва обичних људи



Пише:
ПРОФ. ДР ДРАГАН ДЕЛИЋ,
ПРЕДСЕДНИК ЗДРАВСТВЕНОГ
САВЕТА СРБИЈЕ

Месецима, доследно и упорно, са недокучивим временским интервалима, нуде нам се чланци о здравственим радницима који врве полуистинама и једностраним/једнозначним/једнобојним сагледавањем проблема корупције у здравственом систему Србије. На другој страни, здравствени радници су пред бујицом фронталног, искључивог и уопштеног напада, („галомирајућа корупција у здравству“, „признање Владе РС да је здравство најкорумпиранији сектор“, „експлозија корупције у здравству“ „здравствена мафија“, „катастрофални криминал“, „у неким здравственим аферама директно су угрожени животи људи“, итд.) остали затечени, неми и, чини се, немоћни.

Утемељење за ове аподиктичне ставове налази се, између осталог, и у резултатима многобројних анкета, често нестручно (тендециозно?) концептираних и реализованих. Проблем усложњава и пракса да се говори и пише о људским животима и одговорности здравствених радника коришћењем необавезујућих термина и изјава (нпр. „процењује се“, „смела тврдња“, „углавном“, „ути-сак“, „вероватно“ и сл.), при чему се апстрахује чињеница да је здравствени систем темељ сваког доброорганизованог, хуманог и здраворазумског друштва. Урушавање тих темеља, без валидних доказа и извршних судских пресуда, јесте сечење гране на којој сви седимо. Ситуацију додатно подгрејава чињеница да су полицајци запослени у Министарству здравља чему би се, да је жив, „обрадовао“ Радоје Домановић јер би то био део централ-

13 <

не приче у његовој „Страдији“. Уље на ватру додала је и информација да је Влада у упитнику Европске комисије заокружила здравство као област са највећом корупцијом. *O tempora, o mores!* Вероватно је тај одговор био најбезболнији, јер навести корупцију у процесу приватизације, јавних набавки или у државним предузећима, довело би у још већу опасност наше приближавање европским вредностима и правилима.

Шта је онда за мене утемељена, недвосмислена, круцијална истина када су у питању здравствени радници?

Апсолутно тврдим, да је већина здравствених радника, у вишедеценијским немогућим условима, савесно, одговорно и стручно обављала свој посао. Њихова трпељивост, па и жртвовање, нису последица њихове наивности и неинформисаности, већ производ чврстог убеђења и алтрузима. Међутим, бојим се да су, данас, здравствени радници постали дежурни кривци и глиени голубови за скретање пажње са озбиљнијих друштвено-економско-политичких проблема, евидентних фрустрација и изражавања незадовољстава (обичних) људи. Здравствени систем постао је сигурносни вентил за претећи економски и социјални бунт. При томе, свакоме је јасно да здравствене раднике нема ко да заштити, а индивидуална одбрана је Сизифов посао, јер су здравствени радници постали „лоши момци“ (у новинама можете прочитати термине и етикете: „убице“, „лопови“, „тровачи“, „сарадници наркомафије“, итд.).

Неприхватљиво је, али и крајње опасно по цело друштво, да се саопштавају непроверене ствари, нпр. да су поједини лекари у Институту у Сремској Каменици зарађивали по 500.000 евра на допунском раду (вест је трајала месецима), да би се испоставило да је то било 5.000 евра на годишњем нивоу. Неприхватљиво је да се годинама пише како „неки“ лекари Хитне помоћи нису указивали помоћ животу угроженим болесницима да би добили новац од погребника, а да при том нико није изнео доказе. Сама идеја је болесна, а чин раван најмонструознијем злочину и то је захтевало ургентну реакцију са процесуирањем: затворска болница за оне који су погазили Хипократову заклетву (само болесни умови би могли тако нешто да ураде) или затвор за оне који су пласирали и потхрањивали лажне и застрашујуће вести. Постојећа ситуација, ни тамо, ни овамо, погубна је за здравствене раднике, али и за грађане Србије. Које одговара ова пат позиција?

Корупција (поткупљивање, подмићивање, поквареност, кривотворење), наравно, постоји и у здравственом систему Србије, али је тешко дефинисати њен обим, дубину и раширеност. Међутим, макар била и симболична (највероватније није), она разара и растаче суштину, бит, наше свете професије. Она јесте реалан проблем, ни мање ни више него у другим системима, али због значаја здравственог система, и не само због тога, она је заступљенија и наглашенија у свим средствима масовне комуникације.

И на крају, коме одговара да тзв. афере у здравственом систему Србије толико дуго трају без судског епилога, односно правоснажне одлуке? Већини здравствених радника апсолутно НЕ одговора постојећа ситуација. Бити дежуран кривац на дуге стазе је, у основи, исцрпљујући и разарајући процес. Искрено верујем да се здравствени радници неће наљутити на мене ако упутним позив и замолим све одговорне људе и органе да заврше вишегодишње истраге и донесу, на истини утемељене, пресуде. Суочавање са истином биће за све нас, па и друштво у целини, од велике користи. Међутим, бојим се да постојећа (жељена?) ситуација подсећа на лупање штапом по води: ствара се визуелни и слушни утисак да се нешто ради и догађа, рибице су уплашене, а капиталци, као и увек, користе прилику. //

ИЗ ЛИЧНОГ УГЛА: ШТА ДОНОСИ DRG?

Неће више бићи исто њлаћени добри и лоши

Оном ко буде квалификовано и брзо лечио осипајаће више новца // Основна идеја финансирања по дијагностички сродним групама (DRG) је њлаћање по њакозваној еџизоди лечења



Пише:

Прим. др Драган Малобабић*

Према мом дубоком убеђењу, здравствени систем у нашој земљи последњи је на реду за реформе и последњи чувар социјалног мира. Које се реформе спремају? Капитација на примарном, DRG (од енглеског израза *Diagnosis Related Groups* –

дијагностички сродне групе) са клиничким путевима на секундарном и терцијарном нивоу.

Уз дозволу уредништва, желим да ширем чланству пружим додатна појашњења DRG у мери у којој ми је то познато. Зашто ја? Разлога је неколико. Као председник Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државном власништву, поштујем одлуку свог одбора, који ме је предложио као писца овог текста. Као дугогодишњи помоћник директора, прво у Здравственом центру, а сада у Општој болници Сремска Митровица, имао сам прилику пре три године да руководим пилот-пројектом. По налогу Министарства здравља РС у периоду од 90 дана рађено је паралелно извештавање РФЗО, по старом и сада још важећем принципу електронске фактуре и по систему дијагностички сродних група. Искуства тог пилот пројекта су била позитивна, по оцени Министарства, што је резултирало куповином аустралијског модела DRG.

Како је све почело?

Република Србија је добила кредит од 10,5 милиона евра за спровођење пројекта Развој здравства Србије – додатно финансирање, где се истовремено почело радити на више колосека. Паралелно је кренула обука менаџмент тимова у здравственим установама, затим



Општа болница у Сремској Митровици

процес акредитације здравствених установа као алат за унапређивање безбедности пацијената, затим увођење клиничких путева, информатичко опремање и умрежавање здравствених установа за РФЗО и на крају увођење DRG, као начин да се пружаоци здравствених услуга награде за квалитетан и ефикасан рад.

Основна идеја плаћања по дијагностички сродним групама је плаћање по такозваној епизоди лечења, а то је период од пријема до отпуста из болнице. У току једне епизоде лечења пет фактора утиче на број дана у болници и активности које се обављају око пацијента, а то су:

1. пол и годиште
2. основни узрок хоспитализације
3. компликације
4. придружене болести и стања, која нису основни узрок пријема у болницу, а захтевају лечење и повећавају трошкове лечења.
5. квалитет и ефикасност пружања услуга.

На прва четири фактора не можемо утицати, док пети пружа могућност уштеде коришћењем нпр. минимално инвазивних метода оперисања, оснивањем анестезиолошке амбуланте да би се скратио број преоперативних дана лежања, увођењем дневне болнице за велики број дијагностичких и терапијских процедура (познати као „Basket 25“, корпа од 25 услуга у дневној болници). На основу напред наведеног може се закључити да се бавим оперативном медицином, тако да мало савета могу дати лекарима из конзервативног дела. Укратко, постојала би јединствена цена за одређену интервенцију на нивоу Републике, нпр. операција жучне кесе. Установа која операцију обави по цени нижој од државне добила би државну цену, а вишак новца би трошила по сопственом нахођењу, за плате, едукацију, опрему...

Врло брзо би DRG довео до изузетног скраћивања лежања, упрошћавања дијагностичких и терапијских процедура, да би се што више уштедело. Ту се појављује клинички пут, као механизам заштите струке, као редослед стандардних клиничких процедура у обради пацијента, преузет из националних водича добре лекаске праксе.

Клинички пут није листа обавезних упутстава, од њега се увек може одступити уз адекватно образложење.

Значи, ситуација је следећа: оном ко буде квалитетно и брзо лечио, остајаће више новца. Неће више исто бити плаћени добри и лоши. Ко буде желео да смањује трошкове лечења не користећи стручна упутства у лечењу, мораће да свако одступање од уобичајених ставова струке писмено образложи у документу пацијента, који се зове клинички пут. Клинички пут неће дозволити пропуштање потребних услуга, повећаће коришћење медицине засноване на доказима, изједначаваће квалитет рада здравствених радника, побољшаће тимски рад.

У ситуацији када се све буде уносило у рачунаре који су умрежени са РФЗО, имаћемо могућност надзора над нашим радом у реалном времену.

Почела је 2012, још увек смо плаћени по систему откупа плана рада здравствене установе, такозвано проспективно уговарање, закон о електронској документацији није донет, ко крене у DRG имаће и папирну и електронску документацију, почели смо попис медицинске опреме по новом шифрарнику...

Неки од закључака Посебног одбора за секундарну и терцијарну заштиту у државном здравству, у вези са DRG јесу:

1. зашто комора није консултована пре куповине аустралијског модела DRG
2. упућује се иницијатива коморе да комисија коморе састављена од лекара различитих специјалности предложи Министарству промене аустралијског модела DRG, у циљу прилагођавања водећој патологији нашег поднебља. Управни одбор ЛКС усвојио је иницијативу Посебног одбора за секундарну/терцијарну заштиту у државном здравству о формирању стручне комисије и проследио је Министарству здравља. Одговор чекамо.

На пола сам радног века. Још увек се надам бољем. Сада се моја нада зове DRG. //

* Председник ПО за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси и заменик директора Опште болнице у Сремској Митровици

ИЗВЕШТАЈ О АКТИВНОСТИМА СУДОВА ЧАСТИ РЛК И ВРХОВНОГ СУДА ЧАСТИ ЛКС

РЕШАВАЊЕ ПРЕДМЕТА И КОНТИНУИРАНА ЕДУКАЦИЈА СУДИЈА

// ПРЕД ПРВОСТЕПЕНИМ СУДОВИМА ЧАСТИ ПОДНЕТО ЈЕ УКУПНО 116 НОВИХ ПРЕДЛОГА ЗА ПОКРЕТАЊЕ ПОСТУПКА, ОД КОЈИХ ЈЕ 67 РЕШЕНО, А 49 „ПРЕНЕТО“ У 2012. // ВЕЋИНА СУДИЈА УЧЕСТВОВАЛА НА ТРИ СТРУЧНА ПРЕДАВАЊА У ОРГАНИЗАЦИЈИ УДРУЖЕЊА ЗА МЕДИЦИНСКО ПРАВО СРБИЈЕ //



Пишу:
Проф. др Слободан
Ковачевић, ПРЕДСЕДНИК
Врховног суда части ЛКС



Жељко Михаљ,
СЕКРЕТАР Врховног
суда части ЛКС

Судови части регионалних лекарских комора, као првостепени судови и Врховни суд части Лекарске коморе Србије, као другостепени суд су у току 2011. године, а у смислу извршавања повереног посла према одредбама Закона о коморама здравствених радника, углавном су редовно обављали своју функцију.

Према приложеним подацима из судова части регионалних лекарских комора (изузев Регионалне лекарске коморе Војводине, од које до данас, нисмо добили било какве податке за овај извештај и Регионалне лекарске коморе за Косово и Метохију где није поднет ни један предлог за покретање поступка), на дан 1. јануара 2011. године било је укупно 63 предмета који су били у раду, од којих је 58 предмета окончано у току 2011. године, па је у раду остало још пет предмета.

У току 2011. године поднето је укупно 116 нових предлога за покретање поступка пред првостепеним судовима части од којих је 67 предмета решено, а 49 предмета је на дан 31. децембра 2011. године остало још у раду. Поред ових редовних активности, судије првостепених судова части РЛК и Врховног суда части ЛКС су током спровођења јавне расправе о предлогу Измена



и допуна Статута Лекарске коморе Србије дали свој веома конструктиван допринос.

Наиме, и поред прилично обимне размене ставова и амандмана на предложени текст Предлога Измена и допуна Статута ЛКС, који су размењивани писменим путем, судије првостепених судова части РЛК и Врховног суда части ЛКС су у периоду септембар – децембар 2011. године одржали састанке сваког првостепеног суда части, као и Врховног суда части са председником Врховног суда части (као организатором ове активности) и стручном службом Лекарске коморе Србије, та на крају и два заједничка састанка судија свих првостепених судова

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ СУДОВА ЧАСТИ РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА У 2011. ГОДИНИ

УКУПАН БРОЈ ПРЕДМЕТА – Стање на дан 31. децембар 2011. године							
		Регионална лекарска комора Београда	Регионална лекарска комора Војводине	Регионална лекарска комора за југоисточну Србију	Регионална лекарска комора за централну и западну Србију	Регионална лекарска комора за Косово и Метохију	УКУПНО
1.	НЕЗАВРШЕНИ ПРЕДМЕТИ ПРЕУЗЕТИ ИЗ 2010. ГОДИНЕ						
-	Окончани у току 2011. године	38	нема података	20	0	0	58
-	Застајање због кривичног поступка или поступка медијације	1	нема података	2	0	0	3
-	Остали у раду на дан 31. децембар 2011. године	2	нема података	0	0	0	2
УКУПНО		41	нема података	22	0	0	63
2.	ПРЕДМЕТИ ЗАПОЧЕТИ У 2011. ГОДИНИ						
-	Окончани у току 2011. године	41	нема података	11	15	0	67
-	Застајање због кривичног поступка или поступка медијације	1	нема података	1	1	0	3
-	Остали у раду на дан 31. децембар 2011. године	18	нема података	13	15	0	46
УКУПНО		60	нема података	25	31	0	116
3.	УКУПНО ОБРАЂЕНО У ПЕРИОДУ ОД 01. ЈАНУАРА ДО 31. ДЕЦЕМБРА 2011. ГОДИНЕ						
-	Окончани у току 2011. године	79	нема података	31	15	0	125
-	Застајање због кривичног поступка или поступка медијације	2	нема података	3	1	0	6
-	Остали у раду на дан 31. децембар 2011. године	20	нема података	13	15	0	48
УКУПНО		101	нема података	47	31	0	179

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ВРХОВНОГ СУДА ЧАСТИ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ У 2011. ГОДИНИ

	ЖАЛБА УВАЖЕНА – ПРЕДМЕТ ВРАЋЕН ПРВОСТЕПЕНОМ СУДУ	ЖАЛБА УВАЖЕНА – ОДЛУКА ПРВОСТЕПЕНОГ СУДА ПРЕИНАЧЕНА	ЖАЛБА ОДБИЈЕНА – ПОТВРЂЕНА ПРВОСТЕПЕНА ОДЛУКА	ЖАЛБА ОДБАЧЕНА КАО НЕДОЗВОЉЕНА	УКУПНО
	3	0	1,5	0,5	5

части и Врховног суда части, када су усаглашавани ставови по појединачним амандманима на текст Предлога Измена и допуна Статута Лекарске коморе Србије.

Такође, ови судови части, како првостепени судови у регионалним лекарским коморама, тако и Врховни суд части Лекарске коморе Србије, су у извештајном периоду били врло често у ситуацији да су принуђени да оперативно решавају практичне проблеме у тим поступцима, а који су настајали као последице појединачних контрадикторности и/или несагласности појединих одредаби Правилника о раду судова части ЛКС и Статута ЛКС са Уставом и Законом, као и у појединачним слу-

чајевима попуњавања „правних празнина“ у духу и у складу са принципима процесне праксе. И, на крају, али не и као најмање важно, наводимо да су већина судија свих првостепених судова части РЛК и Врховног суда части ЛКС учествовали на три стручна предавања у организацији Удружења за медицинско право Србије, а у вези са спровођењем континуиране медицинске едукације у 2011. години.

Имајући све наведено у виду, сматрам да се рад првостепених судова части РЛКБ, РЛКЗС и РЛКЈИС и Врховног суда части ЛКС у току 2011. године може оценити као веома активан и успешан. //



ЗАКЉУЧЦИ ПОСЕБНОГ ОДБОРА ЗА
МЕДИЦИНСКУ ЕТИКУ РЛК БЕОГРАДА

Како смањити ризик од професионалне грешке?

Лекари нису довољно информисани о тој теми, а из недовољног знања произилази несигурност, отпор, дефанзивно понашање и штета како за пацијенте, тако и за лекаре // Потребно је донети националне стратегије, обавезујуће протоколе лечења и водиче добре праксе

Пише: прим. др Снежана
Кузмановић, председник
Посебног одбора за медицинску
етику РЛК Београда

Поштујући принцип да су здравље и безбедност пацијента императив, Посебни одбор за медицинску етику Регионалне лекарске коморе Београда се, у оквиру својих активности, придружио активностима Лекарске коморе Србије у вези са професионалном одговорношћу и смањењем ризика од професионалне грешке.



Лекарски позив имплицира најбољи интерес пацијента, али је тема професионалне одговорности и лекарске грешке актуелизована новинама у законској регулативи и систему осигурања.

Сматрамо да лекари нису довољно информисани о тој теми, а из недовољног знања произилази несигурност, отпор, дефанзивно понашање и штета како за пацијенте, тако и за лекаре.

У циљу смањења ризика од професионалне грешке закључци наших дискусија су:

1. Потребно је донети националне стратегије, обавезујуће протоколе лечења и водиче добре праксе.
2. Искуство показује да се медицинске грешке дешавају првенствено због пропуста у систему, а мање због индивидуалне лекарске грешке.
3. У вези са претходним подржавамо акредитацију здравствених установа, односно идентификацију и отклањање „пукотина“ у систему, који доводе до рањивости, кроз повезивање са телима, која се баве унапређењем квалитета рада у здравственим установама (ингеренција Министарства здравља РС), управљањем ризиком и управљањем кризом.
4. Стратегије којима се унапређује здравствена нега као високо поузданој укључује комуникацију, познавање ризика, истицање активног учења, управљање тимом, контролу процеса и систем награђивања. Знање, тимски рад и задовољство запослених су предуслови квалитетног рада.
5. Сугеришемо обавезну евалуацију знања кроз улазно-излазне тестове и стицање вештина у оквиру КМЕ. Подржавамо напоре ЛКС у масовљавању програма КМЕ из домена комунологије.
6. Грешке није могуће сасвим елиминисати. Значајне су и као извор података у циљу смањења ризика од чињења грешке.

Њихова транспарентност, правилно сагледавање и анализирање указују на пропусте у систему и повећавају самопоуздање давалаца услуга. //

СУДСКОМЕДИЦИНСКО ВЕШТАЧЕЊЕ И ВЕШТАК

Лекари често не знају своја права и обавезе пред судом

Пише:

проф. др Милош Јовановић



Сваки лекар, поред свог редовног посла, може бити од стране суда ангажован као судскомедицински вештак у неком предмету. Треба рећи да судскомедицинско вештачење представља веома сложен и озбиљан задатак. Међутим, сем нешто мало знања што се стекне за време основних студија медицине, код нас не постоји додатна едукација за судскомедицинског вештака. Нажалост, и литература из ове области на нашем језику веома је оскудна. То је вероватно и разлог да су многи лекари у стресу када добију позив за вештачење и одлазе у суд са страхом као да се њима суди. Често се дешава да се лекар у својству вештака презнојава на суђењу када треба да одговара на питања председавајућег судије и заступника странака који учествују у процесу. Разлог те несигурности није непознавање своје медицинске струке, напротив, то су обично лекари који поседују веома добро медицинско знање. Међутим, они не познају основе правне науке и правне терминологије, и што је још важније, не знају своја основна права и обавезе које имају пред судом као судскомедицински вештаци. Како је часопис Лекарске коморе Србије ГЛАСНИК намењен свим лекарима, и налази се на радном столу или у личној библиотеци сваког лекара, мишљења смо да ће изношење основних појмова и знања из СМВ бити од посебне користи и имати пун значај.

ПУТ ДО СТРУЧНЕ МЕДИЦИНСКЕ ИСТИНЕ

Коришћење знања и искуства из медицинске науке за разјашњења чињеница које су предмет доказивања у правном спору назива се судскомедицинско вештачење (Expertis Medicoforensis). Лекар који обавља вештачење назива се судскомедицинским вештаком (Expertus Medicoforensis). Он открива суду искључиво стручну медицинску истину и тиме доприноси тачном утврђивању општег чињеничног стања.

У Закону о кривичном поступку (Сл. гласник РС од 2. јуна 2006. године) у члану 127. стоји: „Вештака одређује писменом наредбом орган који води поступак“. Према том истом закону, сваки лекар може бити одређен за судскомедицинског вештака. Постоје и стални судскомедицински вештаци, а то су вештаци под заклетвом и њихова имена налазе се у регистру на списку сталних судских вештака. У принципу, вештачење се поверава сталним судскомедицинским вештацима, док се „други вештаци могу одредити само ако постоји опасност од одлагања, или ако су стални вештаци спречени, или ако то захтевају друге околности“.

Судскомедицинско вештачење суд може поверити и стручној установи (дому здравља, болници, клиници), а „установа ће одредити једног или више стручњака који

ће извршити вештачење“. Вештачење се поверава стручној установи у случајевима када је оно тешко и сложено, у случајевима када је потребно тимско вештачење и у случајевима када суд из различитих разлога није у могућности да именује вештака појединца.

ВЕШТАЧЕЊЕ НИЈЕ БАУК

Лекар пред судом се може појавити као: сведок, стручно лице и вештак.

Лекар као сведок – Уколико је суд позвао лекара као сведока у неком предмету, онда у таквом случају за њега важе сва она правила која важе и за друге сведоке: – он ће пренети суду чињенице из личног сазнања и оно што је видео или чуо у вези са предметом суђења; – не мора и не може бити упознат са прикупљеним чињеницама у предмету; – нема права да подиже судски предмет и упознаје се са њиме; – суд га саслушава појединачно.

Лекар као стручно лице – Стручно лице је сваки лекар који располаже одговарајућим стручним медицинским знањем, те се од њега добијају одговарајући стручни медицински налази. Сва медицинска документација приложена у судском предмету, плод је стручних лица – лекара, тј. лекара различитих специјалности.

Лекар као судскомедицински вештак – Судскомедицински вештак, поред стручног знања, мора да поседује још „нешто више“ од тога, што му омогућава повезивање стручних чињеница са одређеним другим околностима, извођење одређених закључака и давање мишљења. О овоме говори свакодневна пракса вештачења. У судском предмету се налази медицинска документација, медицински налази различитих специјалиста, али то суду није довољно да процени правну истину, те тражи вештачење. Тек ће судскомедицински вештак, проучавањем те медицинске документације, упознавањем са одређеним чињеницама из судских списа, као и на основу прегледа пацијента (оштећеног), моћи да да релевантно мишљење, које ће суду помоћи у доношењу пресуде.

Сасвим супротно од сведока, судскомедицински вештак:

- утврђује и оцењује чињенице на основу медицинског знања и на основу тога даје своје објашњење и мишљење;
- подиже судски предмет и увек се унапред детаљно упознаје са предметом вештачења;
- има право да поставља питања учесницима у спору у вези са повредом или обољењем;
- може да тражи нове прегледе и испитивање пацијента пре давања свог дефинитивног мишљења.

Као што се може приметити, права судскомедицинског вештака су велика. Та своја права мора да познаје сваки лекар када се појављује пред судом у својству судскомедицинског вештака, и на тај начин ће моћи да наступа ауторитативно.

У следећем броју часописа ће бити речи о Решењу о вештачењу, сачињавању вештачења у писаном облику и присуствувању главној расправи. //

ИНТЕРВЈУ: МР ФАРМ. СПЕЦ. ТАТЈАНА ШИПЕТИЋ, ДИРЕКТОРКА АГЕНЦИЈЕ ЗА ЛЕКОВЕ И МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА СРБИЈЕ

ПРВИ ЛЕКОВИ СА СТАЛНОМ ДОЗВОЛОМ ОД 2015. ГОДИНЕ

// ОД 962 ПРИЈАВЕ НАЦИОНАЛНОМ ЦЕНТРУ ЗА ФАРМАКОВИГИЛАНЦУ АЛИМС У 2011, ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ УПУТИЛИ СУ 631, А НОСИОЦИ ДОЗВОЛА 331
 // ОДОБРЕНО ЈЕ СПРОВОЂЕЊЕ 91 КЛИНИЧКОГ ИСПИТИВАЊА, ДОК СУ ТРИ ОДБИЈЕНА
 // ПРОШЛЕ ГОДИНЕ ПРИМЉЕНО ОКО 700 ЗАХТЕВА ЗА РЕГИСТРАЦИЈУ И 7.000 ЗАХТЕВА ЗА ИЗМЕНУ ИЛИ ДОПУНУ ДОЗВОЛЕ ЗА ЛЕК //

Агенција за лекове и медицинска средства Србије (АЛИМС) прошле године имала је пуне руке посла: регистровано је 438 нових лекова за хуману примену, обновљене 544 дозволе, 4.227 медицинских средстава уписано је у Регистар, чиме се укупан број попео на чак 24.690. Одобрен је увоз 2.333 нерегистрованих лекова како за хуману, тако и за ветеринарску примену, односно намењених за лечење одређених, мањих група пацијената, а на захтев лекара, односно ветеринара. Коначно, урађено 7.035 лабораторијских контрола квалитета лекова – истиче, у разговору за ГЛАСНИК, мр фарм. спец. Татјана Шипетић, директорка Агенције за лекове и медицинска средства Србије.

Имају ли грађани Србије разлога за забринутост када су квалитет и безбедност лекова у питању?

Агенцију за лекове и медицинска средства Србије основала је 2004. године Влада Србије управо са циљем да се на тржишту наше земље налазе искључиво квалитетни, безбедни и ефикасни лекови и медицинска средства. Провера лекова обавља се на неколико нивоа, почев од процеса регистрације у коме се проценом документације доноси закључак о квалитету, безбедности и ефикасности лека. Када се на основу позитивне одлуке донесе дозвола за лек, лек се даље прати кроз лабораторијску и документациону контролу квалитета сваке увезене серије, односно систематску контролу лекова који су већ на тржишту. Агенција је постигла високе стандарде који се доследно спроведе и који су усаглашени са онима који важе у Европској унији. Рад АЛИМС-а дефинисан је на основу одговарајуће регулативе – Закона о лековима и медицинским средствима из 2010. године и Правилницима који су настали на основу тог Закона. Ти прописи максимално су усаглашени са најновијим директивама ЕУ из ове области, наравно, уважавајући специфичности нашег тржишта.

Нежељена дејства лекова пријављују се све чешће. Очекујете ли пораст броја пријава и у наредним годинама и зашто је то значајно?

Сваки лек који има одређено фармаколошко дејство такође има и потенцијална нежељена дејства која могу да се манифестују са одређеном учесталошћу. У ствари, управо је процена односа користи и ризика основа на којој се базира одлука о пуштању неког лека у промет. Ипак, та врста евалуације се ту не завршава, већ је праћење нежељених реакција неопходно, како бисмо у сваком тренутку знали да ли лек и даље има повољан однос користи и ризика при примени. Зато је свака информација у том погледу значајна, али то не значи да је свака реакција која нам се пријави озбиљна или неочекивана. Један од најважнијих задатака Агенције, који постављамо као приоритет и у наредном периоду, јесте развој једног супериорног, свеобухватног система праћења лекова. Светска здравствена организација сматра да је неопходно најмање 200 пријава на милион становника да би се сматрало да се нежељене реакције у некој земљи прате на адекватан начин. Циљ наше, ипак младе, Агенције јесте да тај ниво достигнемо у току ове године.

Колико је прошле године пријављено нежељених реакција на лекове?

Од 962 пријаве које је примио Национални центар за фармаковигиланцу АЛИМС у 2011. години, здравствени радници су пријавили 631, од чега 474 на лекове и 157 на вакцине, док су носиоци дозвола пријавили 331 реакцију искључиво на лекове. Главни партнер Агенцији у овоме су наравно здравствени радници и стога континуирано радимо на побољшању праксе у пријављивању, кроз едукацију и мотивацију здравствених радника да пријављују нежељене реакције. Посебан акценат у 2011. је стављен на праћење нежељених реакција односно вигиланцу медицинских средстава, пошто је та-



СВЕОБУХВАТНИ СИСТЕМ ПРАЋЕЊА ЛЕКОВА – ПРИОРИТЕТ:
МР. ТАТЈАНА ШИПЕТИЋ

НИКАКО ДО ЛЕКА ПРЕКО ИНТЕРНЕТА

Интернет продаја узима све више маха, али скојчана је са бројним опасностима када су лекови у питању. Може ли се тој појави спрешити на њој?

Нашим законом није дозвољена куповина било путем интернета или огласа. Ми покушавамо да укажемо на потенцијалне опасности. Светске статистике кажу да око 50 одсто лекова који се продају преко интернета су фалсификати. Ако је неки лек фалсификат, не мора да значи само да неће деловати зато што нема довољно активне супстанце. Фалсификовани лек може довести и до тешког оштећења здравља па и до смртог исхода, јер у себи може да садржи повећану количину активне супстанце, да је уопште нема, погрешну активну супстанцу или друге штетне супстанце, и тога пацијенти мора да буду свесни. Ако пацијент користи антибиотик са мање активне супстанце, продужава се период лечења, а може да се развије и резистенција на антибиотик, што пацијента додатно угрожава. Напослетку, грађани у апотеци могу да дођу до више информација, добију савет како да користе лек, па је апотека једино место за набавку лекова.

да донесен Правилник о начину пријављивања, прикупљања и праћења нежељених реакција на медицинска средства (Сл. гласник РС 64/2011), први овакав пропис у нашој земљи. Од када је Правилник ступио на снагу, односно од почетка септембра 2011. имамо 62 пријаве нежељених реакција на најразличитија средства која се налазе на нашем тржишту.

Каква је сарадња између лекара и фармацеута у поштовању фармаковигиланце? Може ли се она побољшати и на који начин?

Светски тренд у терапији пацијента подразумева мултидисциплинарни приступ у чијем самом центру је сарадња лекара и фармацеута. Они чине окосницу тима у којем сваки стручњак има тачно дефинисану улогу за коју се припрема још на факултету. Наравно да има простора за унапређење те сарадње. Главни партнер Агенцији у овоме су наравно здравствени радници и стога континуирано радимо на побољшању праксе у пријављивању, кроз едукацију и мотивацију здравствених радника да пријављују нежељене реакције.

Агенција је активна „на више фронтова“, између осталих и у спровођењу едукација. Шта је до сада учињено, а шта предстоји?

Агенција је претходне године била посебно активна на пољу континуиране едукације. Одржан је већи број стручних скупова, акредитованих од стране Здравственог савета Србије, са циљем едуковања здравствених радника о фармаковигиланци и вигиланци медицинских средстава у промету у Србији. Скупови, који су одржани у Ужицу, Ковачици, Лесковцу и Београду, били су изузетно посећени и присуствовало им је више од 1.000 људи. То намеравамо да наставимо и ове године. Прва едукација одржана је недавно у просторијама Агенције, 25. фебруара, а била је намењена болничким фармацеутима.

Није запостављена ни фармацеутска индустрија, па је тако од 11.-12. новембра 2011. године, у хотелу „Вила Брег“ у Вршцу, одржан симпозијум „Нови аспекти регулативе у области лекова у Србији“. У питању је био 7. Симпозијум Агенције и Групаације домаћих произвођача лекова намењен произвођачима и носиоцима дозвола за лекове, а имао је за циљ како едукацију, тако и дијалог са фармацеутском индустријом.

Такође, експерти АЛИМС-а су током године били предавачи на више десетина стручних скупова, конференција и симпозијума у земљи, од чега је највећи број био међународног типа, док су такође као предавачи учествовали на више битних скупова у региону али у Европи и свету. Нарочито је запажено било учешће представника Агенције на Конгресима фармацеута земаља у окружењу и то Црне Горе, Македоније и Босне и Херцеговине. Наравно, планирамо да у 2012. години наставимо са тим активностима. Уз здравствене раднике, желимо и да појачамо комуникацију са привредом и представницима фармацеутске индустрије тако што ћемо организовати заједничке скупове на тему лекова, медицинских средстава и ветеринарских лекова.

Каква је међународна сарадња АЛИМС? Како сће позиционирани у региону и Европи?

Ове године интензивирана је и сарадња са Светском здравственом организацијом у усаглашавању и унапређењу свих сегмената укључених у регулативу вакцина. Када је реч о повезивању са међународним мрежама информација о лековима, имамо контакте са другим

21 <

агенцијама, Европском агенцијом за лекове (ЕМЕА), Светском здравственом организацијом, Колаборативним центром за фармаковигиланцу у Упсали, Шведска. Све су то извори где, кроз сталну размену информација, долазимо до веома важних података о лековима који се користе у стотину земаља. Без тога не бисмо могли да обезбедимо адекватну безбедност и заштиту становништва.

Сарадња са Француском агенцијом за лекове обележила је почетак рада АЛИМС кроз Twinning пројекат у коме су јачани капацитети и први пут се причало о процени лекова на начин како ради ЕУ, што је постало основа на којој ова Агенција функционише. И даље имамо уговор о пословно-техничкој сарадњи са колегама из Француске. Од децембра смо успоставили сарадњу са Ветеринарском агенцијом Француске, са којом ћемо кренути ка развоју фармаковигиланце у ветерини. Укључени смо у ИПА пројекат, који се финансира из предприступних средстава ЕУ.

Какав је квалитет услуге коју српска Агенција јружа у поређењу са агенцијама у земљама окружења?

Уговором о пословно-техничкој сарадњи са Агенцијом БиХ обавезали смо се на међусобну размену података, а истовремено наша лабораторија постала је

ПРОМЕТ ЛЕКОВА

Према подацима АЛИМС-а, у Србији је у 2010. години остварен је укупан промет лекова за хуману употребу у износу 75.397.383.619,60 динара, односно 709.317.344,16 евра (према курсној листи Народне банке Србије од 23. децембра 2010. за званични средњи курс 106,29). Ово су подаци из издања Промет и потрошња лекова, 2010, које се појавило крајем 2011. године. Подаци за 2011. годину још нису доступни.

„Њихова“ лабораторија за процену вакцина, односно утврђивање квалитета вакцина. То је леп начин да се позиционирамо, када знамо да Агенције из окружења имају поверења у наш рад.

Црна Гора нас је одредила као референтну лабораторију, а исто тако са њима размењујемо податке о безбедности и уопште информацијама везано за лекове и медицинска средства. Тренутно смо у једној врсти „Twinning пројекта“ са Црном Гором где смо на конкурс Светске банке добили пројекат за унапређење ресурса



Високи стандарди: лабораторија АЛИМС

Црногорске агенције за лекове и медицинска средства (ЦАЛИМС), и имамо улогу инструктора да би се успоставио начин рада према европским стандардима.

АЛИМС даје сагласност за клиничка испитивања лекова. Колико сте прошле године имали захтева, колико је одобрено и на основу којих критеријума?

У 2011, Агенција је издала одобрење за спровођење 91 клиничког испитивања у нашој земљи док су три одбијена. Број одобрених испитивања је већи за 19 него у 2010, али и даље значајно мањи него што је број који се спроводи у развијеним земљама света.

Пре почетка спровођења клиничког испитивања лека спонзор мора да поднесе Агенцији захтев са одобрење одобрење клиничког испитивања лека и документацију, која садржи: сажетак о природи и особинама лека, о спроведеним истраживањима ради дефинисања његових фармаколошких и токсиколошких својстава, клиничко искуство, протокол предложеног испитивања, списак свих истраживача и установа укључених у испитивање и остала документа која се односе на заштиту здравља испитаника. Агенција не узима у разматрање захтев за одобрење клиничког испитивања уколико Етички одбор здравствене установе у којој ће

ма којима се обезбеђује добробит пацијента и штити његова безбедност.

Тржиште лекова је веома динамично. Стижу ли наши лекари, уз свакодневни рад са пацијентима, да ће промене испрати и како им Агенција помаже у томе?

Ја нисам лекар, већ фармацеут. Али, као директор Агенције настојим да омогућим да што већи број здравствених радника дође до потпуније информације о лековима и медицинским средствима. Ту смо направили значајан помак, јер смо омогућили велику транспарентност података којима располажемо. На сајту АЛИМС-а омогућили смо претраживање свих регистрованих лекова. Исто тако, све наше публикације као што је Фармакотерапијски водич и Регистар лекова – доступни су на сајту, па лекари могу брзо да их прелистају и дођу до за њих значајних информација. На сајту постоји и претраживач за сертификате анализе који се издају на основу извршене контроле квалитета у лабораторији, као и претраживач регистрованих медицинских средства и ветеринарских лекова. Речју, сајт је у потпуности посвећен пружању кључних информација за рад здравственим радницима, као и пацијентима. Свака информација о промени безбедносног профила лека (ALERT) или медицинског средства се ставља на сајт, а носилац дозволе је у обавези да проследи ту информацију здравственим установама које користе тај лек или медицинско средство.

Све чешиће се јовори о рационалној јошрошњи лекова. Шта АЛИМС чини у том сеименју?

АЛИМС кроз све своје активности утиче на рационалну потрошњу лекова. Трансфером знања о лековима и медицинским средствима здравственим радницима дајемо основу за рационалну употребу лекова. Зато се лекар, независан у доношењу одлуке, а полазећи од свих информација о леку, одређује терапију за одређеног пацијента.

Да ли је збој економске кризе фармацеујске куће оклевају да обновљају рејисјтрације неких мање ренјтабилних лекова чекајући боље дане? Посјтоји ли засјтој у обновама рејисјтрације?

Не могу да кажем да је притисак по питању броја захтева за регистрацију и обнову регистрације - мањи. Чак је и повећан. АЛИМС је прошле године примио око 700 захтева за регистрацију, а просечан број захтева до сада био је између 500 и 600. Највећи број захтева према АЛИМС односи се за процену документације за измене и допуне (варијација) дозволе за лек, као што је и у другим европским агенцијама. Свака варијација мора бити одобрена да бисмо знали да је финални производ, лек, увек истог квалитета. Прошле године стигло је чак 7.000 захтева да се одобри нека од тих измена и допуна. Број захтева расте и такав тренд очекујемо да се настави. Како се дозволе за лек обнављају сваких пет година, очекујемо да ове године поред захтева за нову регистрацију стигне и око 1.000 захтева за обнову дозволе за лек. Ове и наредне године предстоји узлазни период по питању броја захтева. Према новом Закону, наредних година прелазимо на издавање дозвола на неограничено време за лек за који се утврди да има непромењени квалитет и да није било никаквих инцидената по питању његове безбедности у периоду од пет година након добијања дозволе. Када се појаве први лекови са дозволом на неограничено вре-

ШТА РАДИ АГЕНЦИЈА?

Према Закону о лековима и медицинским средствима, Агенцији је поверено издавање дозвола за лекове, односно обнове и измене дозвола за лекове, упис у регистар медицинских средстава, упис у регистар традиционалних у биљних лекова, односно у регистар хомеопатских лекова, издавање дозвола за клиничка испитивања лека, контрола клиничких студија, праћење нежељених реакција на лекове и медицинска средства, одобравање увоза лекова и медицинских средстава који су намењени за одређене пацијенте или групу пацијената, а који нису регистровани у нашој земљи.

Једна од нових активности АЛИМС-а јесте одобравање материјала за оглашавање лекова и медицинских средстава. АЛИМС, такође, прикупља и обрађује податке о промету лекова и медицинских средстава и учествује у систематској контроли лекова и медицинских средстава. Реч је, заправо, о најважнијем виду контроле јер се лекови и медицинска средства узимају из промета, а затим се обавља њихова лабораториска контрола да би се потврдило да они и даље задовољавају стандарде квалитета из документације и да су у потпуности исправни. Такође, АЛИМС ради контролу квалитета сваке серије увезених лекова, као и сваке серије вакцина, серума, токсина, алергена, лекова из крви и крвне плазме. Агенција припрема публикације намењене стручној јавности: Национални регистар лекова, Фармакотерапијски водич, као и Промет и потрошња лекова - за сваку годину.

се спроводити није дао позитивну одлуку о њему. Ако су испуњени услови прописани законом и прописима донетим за спровођење закона, Агенција издаје дозволу за спровођење клиничког испитивања лека. Начин одобравања клиничких испитивања у Србији је усаглашен са оним који важи у земљама чланица ЕУ, а њихова спровођење је дефинисано строгим одредба-



ме, ниво посла у вези са процедуром обнове регистрације почеће да опада.

Када очекујете прве лекове са сјалном дозволом?

Прве такве лекове очекујемо 2015- 2016 године, односно пет година од ступања закона на снагу.

На којим активностима АЛИМС тренутно ради и шта планира?

У оквиру међународне сарадње Агенција наставља IPA (Instrument for Pre-Accession Assistance – Инструмент за предприступну помоћ) пројекат Европске уније, у оквиру сарадње са Европском агенцијом за лекове. Такође, почиње и реализација пројекта сарадње са француском Агенцијом за ветеринарске лекове, а очекује нас и процена техничких капацитета регулаторних органа Србије од стране Светске здравствене организације која има за циљ укључење српског произвођача у процес преквалификације вакцина. У мају се очекује окончање једногодишњег пројекта који финансира Светска банка под називом „Изградња капацитета Агенције за лијекове и медицинска средства Црне Горе (CALIMS)“ са циљем да се кроз мисије експерата Агенције повећа компетентност и подигне ниво рада у CALIMS. У 2012. очекујемо ступање на снагу и последњих преосталих правилника на основу Закона о лековима и медицинским средствима из 2010. на којима су радили експерти Агенције, чиме ће се наше законодавство у овој области у највећој могућој мери усагласити са оним које важи у Европској унији.

После успешне кампање у информисању опште јавности о важности и начину спровођења клиничких испитивања, која је спровођена како кроз медије тако и

БРОШУРА О КЛИНИЧКИМ ИСПИТИВАЊИМА

Прошле године Агенција је припремила брошуру о клиничким испитивањима, у којој је детаљно описана законска процедура, шта пацијенту може да буде понуђено, шта може да очекује и како треба да поступа, односно, да се помогне некоме у тренутку доношења важне одлуке. Пацијент може да размисли и каже да ли жели да учествује или не у клиничком испитивању, као и да у сваком тренутку спровођења клиничког испитивања одустане од даљег учествовања.

„Корак ближе“ пацијентима биће учествовање АЛИМС-а на пролећном Фестивалу здравља, где ћемо имати предавање о биљним лековима и неопходном опрезу приликом коришћења биљних лекова и дијететских препарата, као и предавање о придржавању принципа заштите животне средине као значајну активност АЛИМС.

кроз брошуру која се на клиникама Клиничког центра Србије дели учесницима и потенцијалним учесницима у клиничким испитивањима, и у 2012. години планирамо да наставимо са сличним акцијама. Желимо да подигнемо свест и одговорност становништва у областима одговорне и умерене самомедијације, избегавања употребе непроверених лекова и пријављивања нежељених реакција на лекове и медицинска средства – закључила је Татјана Шипетић

Јасмина Томашевић

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА

КМЕ - У ЖИЖИ ИНТЕРЕСОВАЊА ТОКОМ ЦЕЛЕ ГОДИНЕ

// АКРЕДИТОВАНО ЈЕ ВИШЕ ДОМАЋИХ КУРСЕВА, ОДРЕЂЕН БРОЈ СТРУЧНИХ САСТАНАКА И ЈЕДАН СИМПОЗИЈУМ, А ПОХАЂАЊЕ ТИХ ПРОГРАМА БЕСПЛАТНО ЈЕ ЗА ЛЕКАРЕ // СВИ ЛЕКАРИ ОСИГУРАНИ ОД ПРОФЕСИОНАЛНЕ ОДГОВОРНОСТИ // НА СУДУ ЧАСТИ У ФАЗИ СУЂЕЊА НАЛАЗИ СЕ 16 ПРЕДМЕТА, ДОНЕТО ЈЕ 10 ОДЛУКА – ЧЕТИРИ ОСЛОБАЂАЈУЋЕ И ШЕСТ ОДЛУКА СА ИЗРЕЧЕНОМ МЕРОМ //

Пише: MR SCI. MED. СПАСО
АНЂЕЛИЋ, ПРИМ, ПРЕДСЕДНИК
РЛК БЕОГРАДА



Као и увек на почетку године, Регионална лекарска комора Београда прави преглед свих догађања и домета из претходне године, о чему чланове Скупштине РЛКБ извештава Председник РЛКБ. Сврха овог извештаја јесте да укратко упозна и све чланове РЛК Београда о најважнијим стварима које су се догађале у нашој организацији.

На трећој седници Скупштине РЛК Београда, 22. фебруара 2011, поднет је финансијски извештај за претходну годину. Регионална лекарска комора Београда у 2010. години је позитивно пословала. Предлогом финансијског плана РЛК Београда за 2011. годину. РЛК Београда ће имати обавезу издвајања средстава за КМЕ у износу од 8.000.000 динара, за Фонд солидарности у износу од 3.000.000 динара, за осигурање лекара од професионалне одговорности у укупном износу од 7.704.000 динара и за чланарину за међународну асоцијацију лекарских организација (WMA) у износу од 2.250.000. Издвајање средстава за осигурање лекара и за Фонд солидарности не повећава износ месечне чланарине, већ су то средства које регионалне лекарске коморе имају на основу већ утврђеног износа чланарина и та средства су опредељена за ове намене. Прва додела солидарне помоћи у складу са Правилником о фонду солидарности била је породици др Ивана Смајевића који је погинуо у саобраћајној несрећи на аутопуту пружајући помоћ другоме (предлог др Драгане Мартиновић, члана Скупштине ЛКС и РЛКБ, једногласно је усвојен).

Одлуком Управног одбора ЛКС од 2. априла 2011. на седмој редовној седници у Нишу оформљена је Комисија за рад на тексту предлога за измене и допуна Статута ЛКС.

На четвртој седници Скупштине, одржаној 11. октобра 2011, разматрани су предлози за измену и допуну Статута Лекарске коморе Србије које је урадила Комисија за измену и допуну Статута ЛКС. Тај нацрт био је на јавној расправи до 1. октобра како би омогућили свим лекарима да учествују у изменама и допунама Статута: да се прецизније дефинише организација Коморе и однос Коморе и регионалних комора; да се не доводи у питање одредба Закона о коморама здравствених радника којом је прецизирано да је Комора јединствено правно лице, а да су региони ограничени; да се омогући потпуна аутономија у раду; да одредбе из Закона о коморама здравствених радника које нису унете у Статут буду унете; као и да се у Статут инкорпорирају Правилник о раду суда части и други правилници. Извршена је допуна избора чланова посебних одбора РЛК Београда који нису радили у пуном саставу.

На петом заседању Скупштине, које је одржано 15. новембра 2011, вођена је расправа у појединостима на нацрт предлога измена и допуна Статута Лекарске коморе Србије. Усвојени су амандмани и нацрт предлога.

У току 2011. године, посебни одбори Регионалне лекарске коморе Београда активно су радили и одржавали седнице.

Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси је на својим седницама разматрао актуелна питања у вези капитације, промене радног времена у примарној здравственој заштити, статуса службеног лица за здравствене раднике. У оквиру ПО за јавно здравље и примарну здравствену заштиту ЛКС формиране су Комисије за хитну медицинску помоћ, за медицину рада, за јавно здравље и за специјалистичко-консултативну делатност.

Посебан одбор за примарну здравствену заштиту у приватној пракси је покренуо иницијативу за измену Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и дао конкретне предлоге за његову измену и допуну.

25 <

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси одржао је три седнице. На седницама је било речи о DRG пројекту, волонтерским специјализацијама, структури запослених, затим о мерама извршења за докторе медицине специјалисте у болничкој делатности и правилнику о номенклатури здравствених услуга у секундарној и терцијарној здравственој заштити.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси покренуо је иницијативу за измену Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама. На седници Управног одбора ЛКС од 29. септембра 2011. године усвојена је иницијатива да се упути допис Министарству здравља и сада је у најави измена тог правилника.

Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор одржао је три седнице на којима су чланови поред усвајања листе стручних надзорника покренули и иницијативу за покретање процедуре израде протокола лечења и клиничких путева. Изменама и допунама Закона о здравственој заштити који је ступио на снагу у августу 2011. године дат је основ за формирање Републичке стручне комисије која ће утврђивати водиче добре праксе.

Посебан одбор за медицинско образовање покренуо је иницијативу за измену и допуну Правилника о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике који је ступио на снагу 26. јануара 2011, и активно је учествовао у архивирању сертификата и евидентирању бодова.

Посебан одбор за медицинску етику одржао је шест седница на којима су чланови, између осталог, разматрали предлоге за измену и допуну Кодекса медицинске етике који су упућени Посебном одбору ЛКС. Разматрани су и предлози измена и допуна Закона о породичним односима који су упућени Посебном одбору за медицинску етику ЛКС.

Првостепени суд части Регионалне лекарске коморе Београда, у складу са важећим прописима, по предлогу пацијената и других овлашћених лица, ради у циљу утврђивања чињеница у вези са лечењем пацијената и понашањем медицинског особља. Вођење дисциплинског поступка унутар Лекарске коморе Србије у интересу је не само пацијента, већ и лекара, као и одбране лекарског позива.

У току 2011. године, од укупно 101. предмета у раду у фази оцене формалних услова је завршено 34 предмета. У фази истраге у два случаја поступак је обустављен због одустајка подносиоца од предлога, донето је 32 решења да је предлог неоснован, а у осам случајева решењем је потврђена основаност сумње и поднет је захтев за покретање судског поступка.

У фази суђења налази се 16 предмета. Одржано је 23 рочишта и 15 састанака Већа. Донето је 10 одлука, четири ослобађајуће и шест одлука са изреченом мером. Крајем године се у фази истраге налази 17 предмета, пет суђења је у току, а једна ослобађајућа одлука је под жалбом.

Лекарска комора Србије закључила је са ДДОР Нови Сад а. д. **Уговор о осигурању** свих лекара од професионалне одговорности који имају важећу лиценцу, као и свих лекара који стичу лиценцу у току године дана колико полиса важи.



Континуирана медицинска едукација била је у жижи интересовања целе године. Први пут су лекари у току 2011. достављали сертификате Стручној служби. Због обимности и специфичности посла ангажоване су и четири колегинице преко Националне службе за запошљавање на три месеца ради провере и архивирања пристиглих сертификата. У спорним случајевима се укључивао Посебан одбор за медицинско образовање.

Од 9.990 лекара колико је било је у обавези да достави сертификате:

- 9.355 лекара је доставило сертификате и има довољан број бодова,
- 270 лекара није доставило довољан број бодова и очекујемо да ће их доставити до краја године.
- 365 лекара није уопште доставило сертификате.

Од 365 лекара који нису доставили сертификате:

- 101 лекар је био или је још на боловању дужем од шест месеци, па им се услед тога продужава рок важења лиценце,
- 10 лекара именовано је на функције у државним органима и за то време им мирује лиценца,
- 123 лекара су или у пензији или нам је у контакту са њима речено да не верују да ће обнављати лиценцу,
- 131 лекар није доставио сертификате и поред тога што су били у обавези и од стране стручне службе обавештени о обавези и упозорени о последицама недостављања сертификата.



>>> У Несебару је у периоду од 7. до 10. септембра одржан Други међународни медицински форум југоисточне Европе. Делегација ЛКС бројала је 30 делегата из свих регионалних комора. Организација пута поверена је Регионалној лекарској комори Београда <<<

На основу установљених потреба и жеља лекара, у априлу 2011. године акредитовано је више домаћих курсева, одређен број стручних састанака и један симпозијум. Теме су медико-легалне, а слушаоци могу остварити до шест бодова присуством одређеном програму КМЕ. Похађање ових програма бесплатно је за лекаре. Програми се одржавају у различитим градовима Србије, трошкове организације и спровођења програма сноси регионалне лекарске коморе. Такође је, у организацији Лекарске коморе Србије и Регионалне лекарске коморе Београда, одржана 11. јуна 2011. у хотелу „ЗИРА“ конференција „**Место приватне праксе у систему здравствене заштите**“ на којој су позвани приватници који су чланови РЛК Београда и у оквиру којег је одржан курс „Лекарска грешка и осигурање“ на коме је учествовало 189 лекара.

У Несебару је у периоду од 7. до 10. септембра одржан **Други међународни медицински форум југоисточне Европе**. Делегација ЛКС бројала је 30 делегата из свих регионалних комора, на челу са директором Коморе др сц. мед. Татјаном Радосављевић, примаријусом. Из РЛК Београда било је 14 делегата. Организација пута поверена је Регионалној лекарској комори Београда. Чланови наше делегације учествовали су на наведеном конгресу са пет радова, четири постер презентације и на округлом столу са студијом случаја о могућим правцима даљег развоја правног оквира реформе здравствене заштите у Србији директорке др Татјане Радосављевић.

Конференција „**Дани српске медицинске дијаспоре 2011**“ у организацији Лекарске коморе Србије и Дру-

штва српских лекара и стоматолога из Немачке, одржана је од 12. до 15. октобра 2011. године у неколико градова у Србији.

Укупно је на стручном делу конференције „Дани српске медицинске дијаспоре 2011“ узело учешћа 4.112 колега што чини 13,62 одсто од укупног броја лиценцираних лекара у Србији. Структура учесника по регионалним лекарским комора је следећа:

- РЛК Београд 1373 учесника
- РЛК Војводине 275 учесника
- РЛК Југоисточне Србије 1282 учесника
- РЛК Централне и западне Србије 1021 учесник и
- РЛК Косова и Метохије 161 учесник.

Од 1. јануара 2011. године стручна служба РЛК Београда користи нови, јединствен за све огранке у Србији, **Информациони систем** који представља комплетну базу података лекара са пребивалиштем на територији Београда, као и установа у којима су лекари запослени. Из овакве базе се може у сваком моменту добити информације о броју и структури лекара.

Интернет презентација РЛК Београда постављена је 21. децембра 2011. године на адреси www.rlkbg.org.rs, где ће посетиоци моћи да се упознају са радом организације, прочитају најновије вести, сазнају више о догађајима који следе, упознају са актуелним информацијама или ступе у контакт са стручном службом. Позивамо све чланове РЛК Београда да дају сугестије у вези изгледа и садржаја сајта. //

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЈУГОИСТОЧНУ СРБИЈУ

ОСНОВАНО ПЕТ „ИСТУРЕНИХ ОДЕЉЕЊА“

// ПОДРУЧНЕ КАНЦЕЛАРИЈЕ ФОРМИРАНЕ У ПИРОТУ, ЛЕСКОВЦУ, ПРОКУПЉУ, КРУШЕВЦУ И ПОЖАРЕВЦУ // РЛК УСПЕШНОЈЕ ОРГАНИЗОВАЛА ОДРЖАВАЊЕ СИМПОЗИЈУМА „КОМУНИКАЦИЈА У ЗДРАВСТВУ И ТЕРАПЕУТСКА КОМУНИКАЦИЈА“ КОМЕ ЈЕ ПРИСУСТВОВАЛО ВИШЕ ОД 200 ЛЕКАРА И НЕКОЛИКО СТРАНИХ ПРЕДАВАЧА //

Пише: Др Александар
Радосављевић, специјалиста
опште медицине,
председник РЛКЈИС



Регионална лекарска комора за југоисточну Србију реализовала је у највећој мери активности предвиђене Планом рада за 2011. годину кроз деловање органа Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, а сваки од њих, у домену својих надлежности, делује са већим или мањим резултатима.

У 2011. години Извршни одбор Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију имао је пет седница, а Скупштина РЛКЈИС три седнице, док су посебни одбори имали у просеку по пет састанака, што је у складу са Годишњим планом којим је предвиђено одржавање по шест састанака одбора. Поред наведених органа, ту је и Суд части РЛКЈИС који поступа по пријавама пацијената, а води и поступке који се покрећу по службеној дужности. Ради бољег функционисања овог органа, примљено је и квалификовано лице – дипломирани правник са положеним правосудним испитом, које обавља послове Секретара суда части.

Регионална комора на новој адреси

Поред тога што наша регионална комора од априла месеца послује на новој адреси, реализована је једна од најзначајнијих иницијатива, а то је оснивање подручних канцеларија. Оне су, као нека врста истуреног одељења РЛК, формиране у Пироту, Лесковцу, Прокупљу, Крушевцу и Пожаревцу (у коме једино, до тренутка писања извештаја, нисмо трајно решили питање простора). Све канцеларије смештене су у здравственим установама, те не постоје трошкови закупа, а у свима су ангажована лица по уговорима о делу, која редовно

извештавају РЛК о активностима канцеларија у којима се, иначе, чланови Коморе могу информисати о активностима РЛК и ЛКС, доставити или подићи сертификате, поднети документа за упис у Именик и слично.

Имајући у виду да се обим послова Коморе, како поверених тако и осталих послова дефинисаних Законом о коморама и Статутом, временом и сасвим очекивано увећава, то наша стручна служба, у овом тренутку, има осам запослених радника, а по потреби се ангажују и лица по уговорима о делу за обављање неких обимнијих техничких поступака.

Када је реч о континуираној медицинској едукацији (КМЕ), у току ове године су пристигли сертификати о учешћу чланства у програмима континуиране едукације, који су ажурирани и за које су лекарима издате одговарајуће потврде. Имајући у виду досадашња искуства, на крају овог периода могло би да се направи неки „пресек стања“ како би се дефинисале предности и недостаци таквог начина реализовања континуира-

>>> Активности усмерене на обилазак општина југоисточног региона, ради прикупљања информација о проблемима колега у свакодневном раду <<<

не медицинске едукације и евентуално дали предлози за њено унапређење.

У оквиру редовног плана активности Председника Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, заједно са осталим званичницима у РЛК, реализоване су и планиране активности усмерене на обилазак општина југоисточног региона, ради прикупљања информација о проблемима колега у свакодневном раду и уоченим недостацима на терену, те ради предлагања конкретних мера за њихово превазилажење. Реализоване су радне посете домовима здавља, општим болницама или здравственим центрима у Пожаревцу, Петровцу на Млави, Неготину, Кладову, Бору, Књажевцу,



Клинички центар Ниш

Сврљигу, Босилеграду, Сурдулици, Лесковцу, Прокупљу, Блацу, Крушевцу, Пироту, као и приватној поликлиници „Хуман“ у Нишу и дому здравља „012“ у Пожаревцу.

Наша РЛК је успешно организовала одржавање Симпозијума „Комуникација у здравству и терапеутска комуникација“ коме је присуствовало више од 200 лекара и неколико страних предавача, те је на тај начин омогућено делу чланства да прикупи неопходне бодове за обнављање лиценце, а дат је и велики допринос промоцији и афирмацији РЛК и ЛКС у целини, имајући у виду обим у коме је овај догађај пропраћен у електронским и штампаним медијима.

Обавештавање чланства

Ове године је наша регионална комора имала ту част да буде домаћин еснафске славе, Св. врач Козма и Дамјан, те се искрено надам да смо успели да на начин достојан доброг домаћина обележимо овај дан.

Иначе, чланство наше регионалне коморе се редовно обавештава о свим важним активностима у Комори као и о актуелним изменама прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања. Обавештавање се врши наравно преко нашег сајта, који је увелико заживео и који ће до краја године бити функционално прилагођен новопрепознатим потребама, али и путем слања чланству одговарајућих мејлова, СМС порука као и поште на кућну адресу, све у циљу правовремене обавештености о свим питањима у вези са обављањем лекарске професије, као и укључивања целокупне стручне јавности у рад на питањима од значаја за рад и статус еснафа.

Ангажовањем свих органа Коморе у наредном периоду требало би да се настави са свим активностима усмереним на побољшање професионалног статуса лекара и њихову заштиту у свим сегментима пружања здравствене заштите, кроз обављање свих послова који су Комори Законом и Статутом дати у надлежност. //

РАД РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

НАЈАКТИВНИЈИ ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ И ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

// ИЗ РЛКЦЗС ПОТЕКЛА ЈЕ ИНИЦИЈАТИВА ЗА ФОРМИРАЊЕ КОМИСИЈЕ
ИЛИ ТЕЛА КОЈЕ ЋЕ СЕ БАВИТИ ПРАВИЛНИКОМ О СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈИ //

Пише: Др Слађана Илић,
РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА
ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ



Регионална лекарска комора за централну и западну Србију од октобра месеца бавила се изменама и допунама Статута Лекарске коморе Србије. Седница Скупштине одржана је 18. октобра 2011, на којој је била јавна расправа око измена и допуна Статута ЛКС. Одржане су две седнице Извршног одбора Регионалне лекарске коморе централне и западне Србије.

Лепши део активности било је опремање канцеларије РЛК ЦЗС. Бавили смо се континуираном медицинском едукацијом (КМЕ), јер нам је то била и обавеза према лекарима. Гост нам је била и директорка Коморе са којом смо разговарали о томе шта ће Комора радити током 2012, тако да су сви чланови Извршног одбора упознати са тиме.

Осим посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси који је најмање активан, итекако смо задовољни одлукама и радом свих посебних одбора у регионалној комори. Надзорни одбор регионалне коморе имао је један састанак када је био у питању деветомесечни финансијски извештај, којим је констатовано око пет милиона динара суфицита у протеклом периоду.

Посебни одбори регионалне коморе били су веома активни и са низом иницијатива. На пример, Посебни одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту одржао је четири састанка од почетка октобра до средине децембра 2011. године, а дао је низ предлога за израду номенклатуре здравствених услуга, за правилник о базичној опремељености у примарној здравственој заштити, предлоге о измени Правилника о листи лекова, за сарадњу са Републичким фондом за здравствено осигурање. Тај посебни одбор је најактивнији.

Затим, Посебан одбор за медицинску етику, осим етичких проблема у вези са трансплатацијом органа, односно обавезном обдукцијом, планирао је да се у Крагујевцу у марту месецу одрже два симпозијума.



Здравствени центар у Јагодини

ма. Припремамо конференцију „Етички аспекти краја живота“, а имаћемо три страна предавача из Немачке и два из Америке. Комплетна средства за организацију ове конференције издвојиће наша Регионална лекарска комора.

За та два дана биће закупљена сала од 300 до 1.000 места, зависно од заинтересованости, и то врло повољно, по цени од 100.000 динара дневно.

Посебни одбор за медицинско образовање у 2011. години бавио се начином поделе сертификата по подружницама и донет је план како да то буде реализовано у 2012. години. Бавили смо се данима дијаспоре, с обзиром на то да је више од 1.000 лекара из нашег региона присуствовало различитим курсевима, што је добар део приче везан за КМЕ у нашем региону. Из наше регионалне коморе потекла је иницијатива за форми-



Здравствени центар у Крагујевцу

>>> Посебни одбор за медицинско образовање у 2011. години бавио се начином поделе сертификата по подружницама и донет је план како да то буде реализовано у 2012. години <<<



Здравствени центар у Гуприји



Здравствени центар у Параћину

рање једне комисије, или тела које ће се бавити Правилником о специјализацији.

Оно чиме смо се интензивно бавили шест месеци уназад је континуирана медицинска едукација и планираних четири милиона динара за те намене. За КМЕ потрошили смо до сада само за 15 различитих програма без дијаспоре, мање од 1.500.000,00 динара и то је нешто што нам је обележило ову годину, с обзиром на то да је око 50 одсто лекара на нивоу нашег региона, укључујући и дијаспору добило између шест и 15 бодова. //

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА КОСОВО И МЕТОХИЈУ

ОБРАЗОВАНА КОМИСИЈА ЗА ПРОВЕРУ СЕРТИФИКАТА

// У РЕГИСТАР УКУПНО УПИСАНО 746 ЛЕКАРА, ПРОШЛЕ ГОДИНЕ ИЗДАТО 20 РЕШЕЊА О УПИСУ, А ИСТОВРЕМЕНО ЈЕ ПОДНЕТО 13 ЗАХТЕВА ЗА БРИСАЊЕ ИЗ ЕВИДЕНЦИЈЕ // РАЗМАТРАНИ НАЧИНИ РАЦИОНАЛНИЈЕГ ТРОШЕЊА СРЕДСТАВА //

Регионална лекарска комора Косова и Метохије је, након конституисања новог сазива органа и тела регионалне Коморе у складу са Статутом ЛКС, наставила да обавља поверене послове и задатке предвиђене Статутом и Законом, посредством својих новоизабраних органа и стручне службе РЛК.

У току 2011. године у Регионалну лекарску комору Косова и Метохије, уписало се 20 чланова, којима су издата решења о упису и, уколико су испуњавали услове, решење о издавању лиценци. У истом периоду од стране чланова Регионалне лекарске коморе Косова и Метохије, стручној служби поднето је 16 захтева за измену лиценцног листа и 13 захтева за брисање из евиденције РЛК Косова и Метохије о члановима ЛКС. Закључно са 30. новембром 2011. године, Регионална лекарска комора Косова и Метохије броји укупно 746 лекара.

У извештајном периоду одржане су три редовне седнице Скупштине РЛК, четири редовне седнице Надзорног одбора и пет редовних и једна телефонска седница Извршног одбора Регионалне лекарске коморе, на којима су сваки из своје надлежности донели одређене одлуке и закључке везане за пословање РЛК Косова и Метохије.

На седници Скупштине РЛК КиМ, одржане фебруара месеца 2011, усвојени су Извештаји о раду органа РЛК, финансијски извештај за 2010 годину, План рада за 2011. годину, финансијски план за 2011 годину. Осим одлука везаних за финансијско пословање РЛК, донета је Одлука о утврђивању висине накнаде за уписнину, издавање лиценце и измену лиценцног листа, издавање уверења из службене евиденције као и висина накнаде материјалних трошкова члановима и запослених. Сви износи су остали на нивоу из 2010 године. На последњој седници Скупштине усвојен је финансијски извештај за период од јануара до јуна 2011. године.

Такође, разматрана су питања и донети одређени закључци у вези дистрибуције „Гласника ЛКС“, предлога измена и допуна Статута Лекарске коморе Србије по затварању јавне расправе на нацрт текста измена Статута, као и питања везана за континуирану медицинску едукацију.

На конститутивној седници Надзорног одбора РЛК, одржаној 17. фебруара 2011. године, усвојен је Пословник о раду Надзорног одбора. У 2011. години одржане су

још три редовне седнице, на којима је поред чланова одбора присуствовао и др Бранко Радивојевић – председник Надзорног одбора Лекарске коморе Србије. Поред усвајања Извештаја о финансијском пословању за 2010. годину и шестомесечног финансијског извештаја Регионалне лекарске коморе КиМ за период јануар-јун 2011. године, разматрани су предлози и начини рационалнијег трошења средстава РЛК КиМ.

Формирана је петочлана комисија која би у првим месецима ове године требало да се позабави тим питањем и нађе конкретне начине да се смање трошкови.

Први пут су у Грачаници 23. децембра прошле године одржана два курса континуиране медицинске едукације, на којима су лекари имали прилику да добију по 10 бодова за обнову лиценце.

Извршни одбор РЛК КиМ, такође је, на одржаним седницама донео низ одлука и закључака из делокруга своје надлежности. Поред текућих питања, усвајања финансијског извештаја, Извештаја пописне комисије РЛК КиМ, плана свог рада и програма, плана јавних набавки и финансијског плана, важне одлуке су везане за:

- отварање подрачуна фонда солидарне помоћи члановима РЛК КиМ и члановима њихове уже породице,
- разочаравање дела новчаних средстава РЛК КиМ, ороочених код Комерцијалне банке АД Београд и ороочавање преосталог дела средстава,
- рационалније трошење средстава РЛК,
- избор кандидата за члана Комисије за хитну медицинску помоћ при Посебном одбору за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси,
- доношење става Извршног одбора РЛК КиМ у вези са одлукама Скупштине и ИО РЛК Војводине.

Након одржане заједничке конститутивне седнице ПО РЛК КиМ, Одбор за медицинско образовање РЛК одржао је 19. априла 2011. године прву редовну седницу на којој је донео одлуку о образовању Комисије за проверу сертификата КМЕ, са задатком да изврши анализу сертификата и на основу тога члановима изда одговарајуће потврде.

На истој седници је донета Одлука о избору једног члана Посебног тела Здравственог савета за контролу

спровођења акредитованих програма континуиране медицинске едукације.

У извештајном периоду првостепеном Суду части РЛК поднет је један захтев за покретање поступка пред овим судом. Решавајући по истом донет је Закључак о обустави поступка из разлога месне ненадлежности.

Суд части РЛК КиМ, на одржаној јавној расправи о изменама Статута ЛКС у делу који се односи на организацију Судова части, изнео је заједнички став судија Суда части РЛК и то:

- да се не прихвата увођење функције дисциплинског тужиоца,
- да се не прихвати предлог да председник нити члан судског већа буде судија кривичног суда (дипл. правник)

да се број судија Суда части повећава сходно броју предмета и пропорционално броју чланова у регионалним коморама. //

ПОСЕТА ДЕЛЕГАЦИЈЕ ЛКС ДОМУ ЗДРАВЉА ГРАЧАНИЦА

Вредни богови за космeјске лекаре

Циљ посете био је, првенствено, континуирана медицинска едукација и пружање могућности колегама са Косова да обнове стара и стекну нова знања
// Први пут на истом месту окупили доктори из подручја јужно од Ибра и са севера Косова

У организацији Лекарске коморе Србије и Дома здравља Грачаница, 23. децембра 2011. године, први пут је организована посета делегације Лекарске коморе Србије, некој здравственој организацији на подручју Централног Косова и Метохије. Циљ посете био је, првенствено, континуирана медицинска едукација и пружање могућности колегама са Косова и Метохије да обнове стара и стекну нова знања, као и да добију завидан број бодова за КМЕ. Осим предавања, посета је обухватила упознавање лекара са Косова са активностима и пројектима које је Лекарска комора Србије имала у претходним годинама, осигурању лекара, КМЕ, спровођењу јавне расправе за измену статута ЛКС... Делегацију ЛКС чинили су: прим. др сци. Тајана Радосављевић директорка Коморе, др Бранко Радивојевић председник Надзорног одбора ЛКС, др Горан Стојиљковић члан Управног одбора ЛКС, прим. др Весна Јовановић председник Надзорног одбора РЛК Београда, као и др Радомир Радивојевић делегат скупштине РЛК Београда.

Сви смо осећали изузетно велико узбуђење због посете колегама на Косову и Метохији. Већина нас није била на Косову након догађања из 1999. године. Изузетно хладно време, прелазак пешице преко прелаза у Мердару додатно је повећавало узбуђење. На путу до Грачанице, прошли смо кроз Подујево, Липљан, Обилић, кроз сами центар Приштине. Грађевине које познајемо из ранијег периода Спортски центар Боро и Рамиз, Универзитетска библиотека... Град врви од ужурбаних људи, свуда градилишта. На само неколико километара од Приштине, Грачаница. Некада мало место, сада седиште општине Грачаница која има 25.000 становника. У Грачаници смо се прво упутили у Дом здравља.

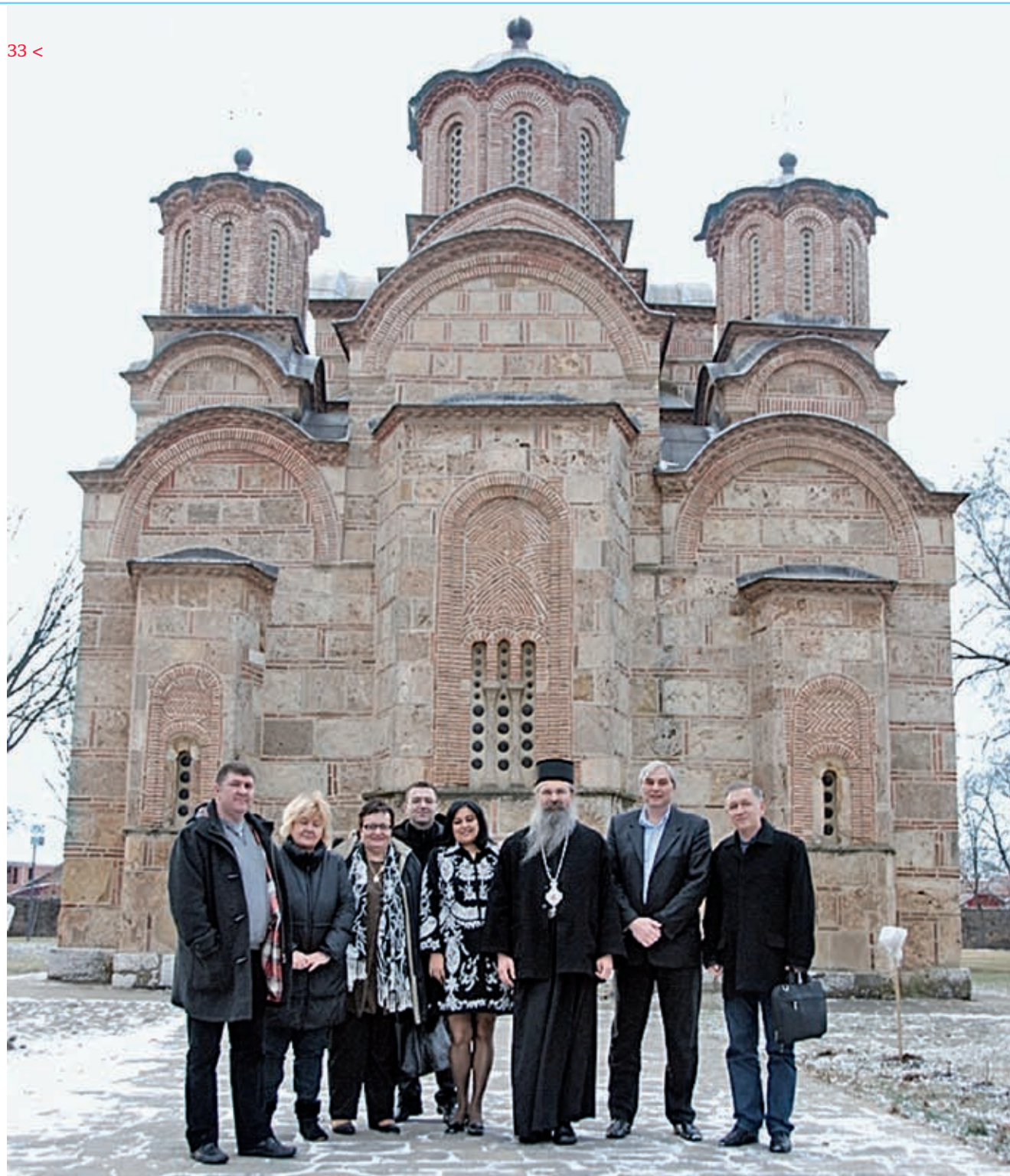
Дом здравља у Грачаници почео је да ради 1999. године, а до тада је то била амбуланта у саставу Дома здравља у Приштини. Срби су остали без икакве медицинске заштите, тако да је новостворени Дом здравља у Грачаници постао једина здравствена установа у којој

су Срби могли да се лече. Услови за рад су били изразито тешки, како у просторном и материјалном смислу, тако и у кадровима. Није било довољно лекара и медицинског особља, опрема је била застарела и послови су се обављали уз велику пожртвованост свих здравствених радника. Додатно је ситуација усложњена сталним политичким притисцима да се Дом здравља у Грачаници инкорпорира у систем здравства тзв. Републике Косово и ти притисци постоје и данас.

Били смо изненађени како Дом здравља у Грачаници изгледа данас. Зграда у којој се налази је реновирана, изграђене су нове ординације које су опремљене савременом медицинском опремом, возни парк је снабдевен новим санитетским возилима. Лекари и особље здравствено директно покривају територију од десет насељених места у којима живе Срби а индиректно готово подручје Космета јужно од реке Ибар. Такође пружа и транспортну помоћ за цело подручје Централног Косова, Косовског Поморавља и дела Метохије. У саставу Дома здравља функционише седамнаест специјалистичких служби и због свега наведеног представља установу од изузетног значаја за опстанак српског живља на Косову.

У згради Дома здравља, у скромним просторијама у поткровљу, љубазно нас је дочекала директорка проф. др Рада Трајковић. После кратког задржавања и размене пригодних речи и поклона, кренули смо ка Дому културе у Грачаници где су одржана предавања. На наше изненађење сала је била препуна. Од наших домаћина сазнали смо да су први пут на истом месту били доктори из подручја тзв. јужно од Ибра и са Севера Косова. Жамор, радосни поздрави, задовољство на лицима колега због осећаја да нису заборављени и да су део здравственог система Србије.

Скуп је поздравила и отворила представница РЛК за Косово и Метохију др Славица Чанковић, потом је директорка одржала предавање о лекарској грешци. За све нас информације које смо сазнали биле су потпуно но-



Домаћини и предавачи са владиком рашко-призренским Теодосијем

ве и у другачијем светлу су приказале све присутније проблеме везане за медико-легалне теме. Предавања су након тога била у оквиру акредитованог курса „Дегенеративне болести коштано зглобног система“. Све ово пропратили су локални медији као и дописништво РТС.

Након радног дела, посета је настављена обиласком манастира Грачаница, бисеру српске средњовековне архитектуре. Манастир Грачаница, задужбина је Краља Милутина, саграђена је 1321. године и посвећена је успењу Пресвете Богородице. Са још два манастира налази се на списку Унескове Светске баштине, под називом „Срдњовековни споменици на Косову и Метохији“.

Заједно са директором и представницима Дома здравља у Грачаници уприличен је и наш сусрет са владиком рашко-призренским Теодосијем који се на том положају налази од децембра 2010. године. Преосвећени владика нас је у пријатној атмосфери владичанског дома подсетио на проблеме са којима се сусрећу свакодневно српски православни верници на подручју рашко-призренске епархије.

Препуни утисака, задовољни због добро обављеног посла истог дана напустили смо Космет, убеђени да ће се овакав вид срадње наставити и да се колеге са Косова и Метохије неће осећати заборављено.

Прим. др Весна Јовановић



У СУСРЕТ КОНФЕРЕНЦИЈИ
„ЕТИЧКИ АСПЕКТИ КРАЈА ЖИВОТА“

Тајна неје пацијената је у бризи за пацијената

*(The secret of the care of the patient is in caring
for the patient – Francis Weld Peabody)*

*Циљ палијативног збрињавања је да се постигне најбољи
могући квалитет живота кроз одговарајуће ублажавање
телесне и душевне патиње пацијента*

Сваки човек има право на квалитетну, научно засновану и хуману здравствену заштиту од самог зачећа, па до смрти. Зато се одговарајућа здравствена заштита на крају животног века не сме сматрати привилегијом већ правом сваког појединца.

Палијативно збрињавање на крају живота део је добре медицинске праксе. Циљ палијативног збрињавања је да се постигне најбољи могући квалитет живота кроз одговарајуће ублажавање телесне и душевне патиње пацијента.

Рад са пацијентима на крају живота је тимски рад и он захтева посебну обуку лекара, укључивање породице пацијента или других њему драгих, блиских особа. Са етички дужном пажњом поштује се пацијентова аутономија, његове жеље везано за медицинске мере које се предузимају, поштују се вредности самог пацијента и његове породице.

Лечење умирућег пацијента лекарска је обавеза. Лекар мора да се према патњи пацијента односи милостиво и хумано, да делује са емпатијом, са поштовањем и тактично. Напуштање пацијента коме је потребна таква заштита неприхватљиво је у медицинској пракси.

Потребно је много пажње и стрпљења за пацијентове социјалне, психолошке и духовне потребе. Лекар је дужан да у оквиру могућности умирућем обезбеди услове да се психички и духовно припреми за крај свог живота, као и услове умирања достојне човека.

Све наведено посебно отежава глобални и наш национални тренд старења популације. На ту чињеницу не можемо да утичемо - зато је неопходно развити стратегију збрињавања која ће укључивати целокупно лекарство Србије.

Посебан одбор за Медицинску етику ЛКС је у више наврата разматрао различите теме везане за крај људког живота са аспекта новина, како у нашим тако и у међународним законодавним и етичким оквирима. Због значаја ове теме за све лекаре ЛКС ће, 30. и 31. марта, у Крагујевцу бити организована Конференција коју чине два акредитована Сипозијума:

Симпозијум под називом „Етички аспекти палијативне и геријатријске неге“ планиран за 30. март 2012. са програмом:

1. Палијативно збрињавање-изазови за будућност- проф. др Драгана Игњатовић-Ристић
2. Како интегрисати децу у систем палијативног збрињавања? Изазов за заједницу- prof. dr David Steinhorn

3. Прогноза и палијација-геријатријска перспектива- ass. dr Jack C Olson
4. Старење-специфична физиологија и глобалне перспективе- др Гордана Лучић
5. Палијативно збрињавање-искуства у Хрватској- др Споменка Томек - Роксандић
6. Палијативно збрињавање одраслих у примарној здравственој заштити- др Оливера Ђирковић

Симпозијум под називом „Лечење умирућих пацијената-етички изазови, ограничења и недоумице“ планиран за 31. март 2012. са програмом:

1. Декларација Светске медицинске асоцијације о медицинској бризи за особе на крају живота -значај и етичка вредност- dr Otmar Kloiber
2. Живети и умирати од тешких хроничних болести: изазови или искушење за лекара практичара-доц. др Миодраг Вукчевић
3. Лекар и умирући пацијент: између медицинских индикација и пацијентових жеља. Етички, деонтолошки и правномедицински аспекти- прим. др Татјана Радосављевић
4. Мождана смрт – доц. др Ђорђе Алемпијевић
5. Законски аспекти трансплантације др Даница Михајловић
6. Етички кодекс – прим. др Славица Ђуровић Младеновић

Идеја водиља за организацију овако комплексне едукације, која је у оквиру Посебног одбора за медицинску етику сазревала у току претходног мандата и уобличи се у претходној години, диктирана је потребом да се лекарство Србије укључи адекватно и препозна своје место у збрињавању болесника у терминалним стањима хроничних прогресивних болести. Уз њу је равноправно заступљена потреба да се препозна важност трансплантационе медицине и етичких проблема везаних за то.

Вуди Ален је једном у шали рекао: „Не ћлашим се смрћу само не желим да будем ћисућан“. Многим људима ће од тога како и колико водимо рачуна и бринемо за њих ђред крај њиховог живота зависити како ће умрети.

Др Славица Ђуровић Младеновић
председник ПО Медицинске етике ЛКС
Др Гордана Лучић
председник ПО Медицинске етике РЛКЗС



УСПЕШНО УЧЕШЋЕ ДЕЛЕГАЦИЈЕ ЛЕКАРСKE КОМОРЕ СРБИЈЕ НА СКУПУ У НЕСЕБАРУ

ОРГАНИЗАЦИЈЕ РАЗЛИЧИТЕ, ПРОБЛЕМИ СЛИЧНИ

// ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ ДОБИЛА ОРГАНИЗАЦИЈУ СЛЕДЕЋЕГ
МЕЂУНАРОДНОГ КОНГРЕСА МЕДИЦИНСКОГ ФОРУМА ЈУГОИСТОЧНЕ ЕВРОПЕ //

Други међународни форум југоисточне Европе (SEEMF) одржан је у Несебару у периоду од 7–19. септембра прошле године. И на претходном форуму SEEMF учествовала је делегација ЛКС, али је овог пута делегацију ЛКС чинило 30 делегата из свих регионалних комора у Србији, на челу са директорком коморе прим. др Татјаном Радосављевић. Чланови наше делегације одржали су два усмена излагања, осам постер презентација, а учествовали су и на округлом столу студијом случаја „О могућим правцима даљег

развоја правног оквира реформе здравствене заштите у Србији“ директорке прим. др Радосављевић.

Основна идеја за формирање тог форума била је да земље југоисточне Европе, због сличних историјских услова у којима су развијале своје здравствене системе, размене искуства, створе заједничку платформу са које ће спроводити реформе и наступати у светским оквирима.

Чланови организационог одбора – др Андреј Кехауов, председник Бугарског лекарског удружења и председ-



Делегација ЛКС у Несебару

37 <



Учесници SEEMF-а из Србије и председник WMA др Wonchat Subhasnaturas



Директорка ЛКС



Учесници пред постером



Дружење после Конгреса





Др Wonchat Subhachaturas, проф. др Јован Тофоски, др Andrej Kenayev и проф. др Владимир Овчаров

ник и један од оснивача SEEMF, проф. др Јован Тофоски, председник Македонске медицинске асоцијације и вице – президент SEEMF, председник Светске медицинске асоцијације SEEMF др Wonchat Subhachaturas, а потом и чланови научног одбора из држава чланица Бугарске, Македоније, Грчке, Албаније, Румуније, Украјине, Казахстана, Литваније, Белорусије, Турске, Републике Српске и, наравно, Србије, представили су своје идеје како да унапреде сарадњу и убрзају реформе у овом региону.

Први дан конгреса био је посвећен шећерној болести и компликацијама, инфективним и хроничним неин-

фективним болестима. Кардиоваскуларне болести и кардиохирургија биле су главне теме другог дана скупа, док је трећег дана одржан округли сто о здравственим реформама и финансирању.

Округли сто је можда најинтересантнији део који је привукао све делегације и све специјалности, и који је показао да се сусрећемо са бројним заједничким тешкоћама у овој области и на крају „изродио“ Декларацију коју су потписале све делегације и са којом испред Светске медицинске асоцијације треба да наступе према својим владама ради лакшег решавања тих тешкоћа.

Др Бранка Лазић



ДЕТАЉ СА СВЕЧАНОГ ОТВАРАЊА

СВЕЧАНОСТ У ЛЕКАРСКОЈ КОМОРИ СРБИЈЕ

ПРОСЛАВЉЕНА ЕСНАФСКА СЛАВА

// ДОМАЋИН ЈЕ БИЛА РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА ЈУГОИСТОЧНЕ СРБИЈЕ //

Свечано и достојанствено, уз резање славског колача, Лекарска комора Србије прославила је 14. новембра 2011. као и сваке године лекарску славу - Свете бесребренике и чудотворце Козму и Дамјана, који се сматрају заштитницима лекарске професије. Тај дан у народу је познат и као Свети Врачи.

Према предању, светитељи су помагали и лечили не тражећи за узврат ништа ради добитка и богаћења, због чега су у народу остали упамћени као свети бесребреници.

Козма и Дамјан били су рођена браћа, крштени још као деца и васпитавани 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. Наследили су велико имање, али су га поделили сиромасима.

Слава је обележена уз присуство свештеника Српске православне цркве, пароха храма Светог Вознесења Господњег јереја Арсенија Арсенијевића. Сечењу славског колача у просторијама Коморе у Улици Краљице Марије број 1 у Београду, присуствовало је, уз домаћине и представнике свих регионалних лекарских комора, више десетина гостију, међу којима су били и представници јавног, црквеног и друштвеног живота града, бројни пријатељи и сарадници ЛКС.

Истог дана увече домаћини Славе из Регионалне лекарске коморе југоисточне Србије, познати по гостољубивости, приредили су у лепом амбијенту једног приградског ресторана свечану вечеру, где се дружење великог броја гостију наставило у пријатељском, веселом расположењу.

Свети Врачи обележени су као празници у црквеном календару два пута годишње – 14. јула када је умро Козма и 14. новембра на дан Дамјанове смрти. Најпознатија фреска са ликовима Светих Врача налази се у Пећкој патријаршији.

Прим. др Нада Радан-Милованчев



ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

ПЕДИЈАТАР ЈЕ НАЈЗНАЧАЈНИЈА ФИГУРА

// ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ПРЕДСТАВЉА „КАМЕН ТЕМЕЉАЦ“ УКУПНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ДЕТЕТА // НА ОСНОВУ АНАЛИЗЕ СИТУАЦИЈЕ, ПОСЕБНО РАЗГОВОРА СА РОДИТЕЉИМА, РАЗВИЈЕН ЈЕ ЕДУКАТИВНИ ПРОГРАМ ЗА ЛЕКАРЕ //

Преглед улоге и капацитета примарне здравствене заштите (ПЗЗ) у пружању здравствене заштите деци са сметњама у развоју и подршке њиховим родитељима – назив је пројекта који је 2011. године реализовао Центар за права детета, уз подршку министра иностраних послова Италије, Министарство рада и социјалне политике Републике Србије и Уницеф-а.

Пројектом су обухваћени домови здравља у нишком, јабланичком, топличком и пиротском округу. Сачињена је анализа активности, дефинисаних постојећим уредбама, у примарној здравственој заштити. Пројекат је обухватао и стручно-методолошка упутства која се односе на рад са децом са сметњама у развоју, као и са њиховим родитељима.

Велика користи саветовалишта – неоспорна

Део пројекта о развојним саветовалиштима показује да њихова структура у испитиваним домовима здравља често не прати нормативе, регулисане уредбама, а самим тим ни потребе деце. Замерке родитеља односиле су се на недовољну кадровску опремљеност развојних саветовалишта и нејасну поделу надлежности изабраног педијатра и лекара у развојном саветовалишту. Ипак, као закључак наведено је да је тамо где постоји развојно саветовалиште боља подршка родитељима него тамо где их нема.

Општа слика сагледавана је кроз секундарне податке (анализу литературе и анализу законског/нормативног оквира ПЗЗ у Србији) и примарне податке квалитативног карактера који су добијени кроз разговоре/фокус групе са родитељима, представницима удружења родитеља, као и са здравственим радницима.

Преглед, осим уочених карактеристика ПЗЗ, садржи и могуће смернице даљег развоја подршке кроз овај систем.

Ексклузивна улога ПЗЗ огледа се у томе што она може да обезбеди интеграцију здравствених услуга кроз време и између различитих нивоа и сектора заштите. Када је реч о кадру у ПЗЗ, педијатар је најзначајнија фигура. Он упућује на друге нивое заштите и сарађује са

другим стручњацима како би се задовољиле сложене потребе детета са сметњама у развоју и у великој мери утиче на креирање ране интервенције за дете.

Улога педијатра у ПЗЗ јасно је сагледана и документована као кључна и да здравствена заштита обезбеђена на том нивоу представља „камен темељац“ укупне здравствене заштите детета. Посебно се истиче рад са породицом као и значај ране процене.

У разговору са родитељима доминирало је незадовољство здравственом заштитом коју добијају, и то: оним што родитељи називају „стручно знање и познавање проблема“, информацијама које се могу добити од лекара, а везане су за природу стања и ресурсе који у нашој средини постоје за децу са сметњама у развоју; комуникацијама здравствених радника са децом као и са члановима породице.

Указано је и на нејасну и непрецизирану поделу одговорности између изабраног педијатра и саветовалишта. „Двојна одговорност“ за дете често претвара у недостатак одговорности, јер ни изабрани педијатар нити саветовалиште не поседују пуну информацију о детету и не постоји јасан план подршке. Стога је препоручено да се Водичем добре праксе или неким другим документом прецизира подела улога, задатака и дефинише начин комуникације, евалуације и супервизије у „вођењу случаја“ када се ради о детету са сметњама у развоју.

У Студији се указује да, иако постоји јасан нормативни оквир када се може основати саветовалиште, судбина његове реализације нејасна је. Због тога је неопходно урадити детаљну анализу организације и рада саветовалишта у Србији на основу које би се формулисале конкретне препоруке за унапређење рада саветовалишта.

Такође, како родитељи, тако и здравствени радници истичу недостатак повезаности координације и регуларне комуникације између стручњака, што знатно отежава кретање детета кроз систем.

Аутори студије наводе да, иако се педијатар номинално сматра одговорним, дешава се да родитељ тражи помоћ тамо где мисли да је може наћи, а често не постоји апсолутно никаква комуникација са изабраним

*„Двојна одговорност“ за деце
често претвара у недостатак
одговорности, јер ни изабрани
педијатар нићи савештовалиште
не поседују јуну информацију о децеиу
и не постоји јасан план подршке*



лекаром. Неопходно је, као посебан задатак, направити детаљну анализу са предлозима везаним за „вођење случаја“, поделу одговорности, упућивање, извештавање, обавезну документацију.

Пошребна и едукација лекара

И лекари и родитељи констатовали су недостатак специфичних знања из области здравствене заштите и уже медицинске помоћи детету са сметњама у развоју код здравствених радника у ПЗЗ. Такође, лекарима недостају комуникационе вештине за преношење информација и за рад са децом и породицом. На основу анализе ситуације, посебно разговора са родитељима и лекари-ма примарне здравствене заштите, развијен је едука-

тивни програм за лекаре. Програм се састоји из четири модула који као целина пружају знања и вештине процене психомоторног развоја детета и вештине обезбеђивања партиципације родитеља у развоју стратегије и праћења ефеката подршке детету, родитељима и породици детета са сметњама у развоју. Програм едукације упознаје лекаре са основним принципима инклузивног друштва и учи базичним комуникацијским вештинама. Приоритет је дат наведеним темама у односу на остале едукативне садржаје с обзиром на то да су родитељи ове проблеме истакли као приоритетне. У наредном периоду упутно је развити и остале едукативне пакете који би били специфично везани за поједине медицинске теме.

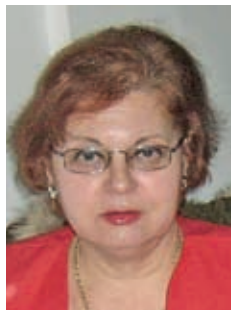
Приредила: Ј. Томашевић

ПРЕДЛОГ ЛКС ЗА АКТУЕЛИЗОВАЊЕ ПИТАЊА РАЗВОЈНИХ И САВЕТОВАЛИШТА ЗА МЛАДЕ

СПРЕЧИТИ ТИХО ГАШЕЊЕ САВЕТОВАЛИШТА

// ТАКВОМ ПОЛИТИКОМ МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА НАЈВИШЕ СУ ПОГОЂЕНИ АДОЛЕСЦЕНТИ КАО ВЕОМА ОСЕТЉИВА ПОПУЛАЦИЈА. РЕШЕЊЕ ЈЕ У БОЉОЈ ОРГАНИЗАЦИОНОЈ СХЕМИ РАДА И ПРЕРАСПОДЕЛИ РАДНОГ ВРЕМЕНА ОСОБЉА //

Пише: MR SCI. DR Нинослава
Михајловић, неуролог



Новом финансијском политиком Министарства здравља Србије није предвиђено посебно финансирање већ постојећих развојних и саветовалишта за младе која раде у готово сваком већем дому здравља на територији Србије. У оснивање тих саветовалишта уложена су велика материјална средства и више година је требало едуковати особље за рад са развојном проблематиком деце и адолесцената.

Улагана су средства за опремање посебних просторија за саветовалишта. Требало је усагласити рад тимова који се састоје од педијатра, неуропсихијатра, психолога, дефектолога, социјалног радника и медицинске сестре. Овакав састав тимова саветовалишта омогућава да се у потпуности организује дијагностика, медикаментозна терапија и психотерапија, као и рехабилитација пацијената узраста од рођења до 18 година.

Развојна и саветовалишта за младе до сада су доносила велику уштеду Фонду здравственог осигурања, јер је рад у саветовалиштима био усмерен на едукацију родитеља који су у породичним условима примењивали научене процедуре, а контроле су биле само по времене.

Саветовалишта су током више година уназад препуштена тихом гашењу и урушавању постојеће концепције рада тј. распада се тимско деловање које је било у основи њиховог рада. Таквом политиком Министарства здравља највише су погођени адолесценти као веома осетљива популација. Они нису ни за педијатријску службу - јер више нису деца, нити за лекаре опште праксе - јер нису одрасле особе. Проблематика адолесцентног доба се константно повећава, а нарочито болести зависности: алкохолизам, пушење, наркоманија, зависност од коцке и компјутера, као и малолетнички

криминал. Због потребе за дужим и комплекснијим лечењем адолесценти се упућују, углавном, у установе терцијарне здравствене заштите које су већ преоптерећене. До сада су дијагностика и лечење адолесцентних проблема обављани тимским радом у саветовалиштима за младе при домовима здравља, а даље је био упућиван само мали број пацијената.

Објашњење Министарства здравља да нема довољно материјалних средстава за посебно финансирање развојних и саветовалишта за младе не одговара постојећој ситуацији. У сваком дому здравља већ постоје кадрови који по својој едукацији могу да се укључе или



ДА ЛИ ЋЕ БИТИ ПРЕПУШТЕНА ГАШЕЊУ РАЗВОЈНА САВЕТОВАЛИШТА: Дом здравља Нови Београд



Осетљива популација остаје без адекватне бриге стручњака?

су већ укључени у рад саветовалишта. Довољно је само извршити прераспodelу радног времена особља, што не изискује посебно финансирање. У домовима здравља већ је врло актуелно питање мањег броја радних сати од законски предвиђеног, тако да је и то једна од могућности за нове организационе схеме рада.

Уколико се настави са оваквом праксом са развојним и саветовалиштима за младе десиће се исто што и са саветовалиштима за дијабетичаре: биће укинута, оспособљени тимови распуштени. Онда ће се поново ukazати потреба за њиховим оснивањем и све „Јово-нано“, а стално се говори о рационализацији у здравству.

ЛК Србије и РЛК Београда могу својом стручношћу и сугестијама да утичу на Министарство здравља да до овога не дође. Домовима здравља може да се понуди боља организациона схема рада са прераспodelом радног времена особља које ради у саветовалиштима. То се нарочито односи на психолога, социјалног радника и неуропсихијатра који постоје у свим већим домовима здравља, а који могу да опслужују више служби у оквиру установе примарне здравствене заштите.

Уколико се постојање развојних и саветовалишта за младе не уведе препоруком Министарства здравља у обавезну организациону схему већих домовна здравља и препусте се њиховом слободном одлучивању, већ постојећа саветовалишта ће се брзо угасити, а нова се неће оснивати што је велика штета за младу популацију. //

*Ауторка је радила тридесет година у Заводу за психофизичке поремећаје и патологију говора



Потребни деци: Саветовалиште Дома здравља Стари град

ПРЕДАВАЊЕ ДР ЛУДВИГА КРАМЕРА ИЗ БЕЧКЕ БОЛНИЦЕ
HIETZING НА ДАНИМА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ

ЈЕТРА „ПЛАЋА ДАНАК“ ЛОШИМ НАВИКАМА У ИСХРАНИ

// ШТЕТНА КОМБИНАЦИЈА: БРЗА ХРАНА И ГАЗИРАНИ НАПИЦИ // ИСПИТАНИЦИ
СА НАЈВЕЋИМ РИЗИКОМ ЗА НАСТАНАК НЕАЛКОХОЛНЕ МАСНЕ ЈЕТРЕ ИМАЛИ
СУ ВМИ ВЕЋИ ОД 25КГ/М2 // УЗРАСТ, ПОЛ И ПРОФЕСИЈА НИСУ ПОКАЗАЛИ
СТАТИСТИЧКИ ЗНАЧАЈ // ДО ЈЕДНЕ ЧАШЕ ВИНА НА ДАН ЗА КАРДИОПРОТЕКЦИЈУ
У ПАЦИЈЕНАТА СА РИЗИКОМ, КАКО ОД КОРОНАРНЕ БОЛЕСТИ СРЦА,
ТАКО И БОЛЕСТИ НЕАЛКОХОЛНЕ МАСНЕ ЈЕТРЕ //

ПИШЕ: LUDWIG KRAMER,
ИНТЕРНО ОДЕЉЕЊЕ, БОЛНИЦА
HIETZING, БЕЧ, АУСТРИЈА

Дани српске медицинске
дијаспоре 2011.
Београд, 14. 10. 2011.



- Промене у дијететској шеми у протеклих неколико деценија учинили су брзу храму релевантном компонентом „западне исхране“
- Високо индустријализована производња
 - Дистрибутивни центар опслужује 300 – 400 индивидуалних „ресторана“
 - Сложена логистика складиштења / замрзавања
 - Готово и полу-готово, подгрејано / изпржено
 - Садржи боје, конзервансе, стабилизаторе
- Углавном се продаје у амбалажи практичној за склапање
- Висок садржај брашна, шећера, масти и меса
- Опште позната опасност по здравље

ХЕПАТОТОКСИЧНОСТ БРЗЕ ХРАНЕ

Дефиниција брзе хране

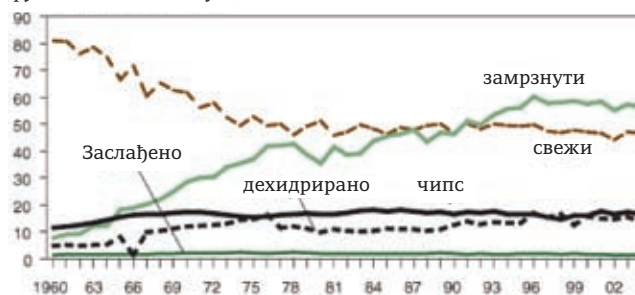
- Брза храна је свака храна која се може спремити лако и продати да се конзумира брзо или за понети
- Брза храна је доступна вековима у свим земљама



АНТИЧКО МЕСТО СПРЕМАЊА БРЗЕ ХРАНЕ,
РОМРЕИ, THERMOPOLIUM

СМРЗНУТИ КРОМПИР ЗАМЕЊУЈЕ СВЕЖИ У АМЕРИЧКОЈ ИСХРАНИ

фунти по становнику



Пажња: већи део кромпира су пржени кромпирићи, док замрзнути цели кромпир и друге врсте чине мањи део

Извор: USDA, Служба економског истраживања

Брза храна се обично служи у комбинацији са безалкохолним, њизираним њићима

РАЗВОЈ ДНЕВНОГ УНОСА КАЛОРИЈА У ИНДУСТРИЈАЛИЗОВАНИМ ЗЕМЉАМА

- У току протеклих деценија, дневни унос калорија се повећао за 150 до 300 kcal (у зависности од узраста и пола)
- око 50 одсто увећаног уноса калорија) долази од калорично зашећерених пића

Извор: Popkin BM, Armstrong LE, Bray GM, Am J Clin Nutr 2006., 83(3): 529 – 542



КОНЗУМИРАЊЕ БРЗЕ ХРАНЕ И ТЕЧНИХ УГЉЕНИХ ХИДРАТА СУ У ПОЗИТИВНОЈ КОЛЕРАЦИЈИ

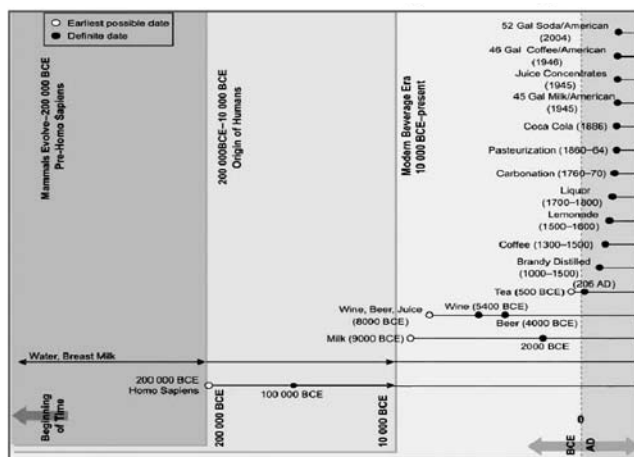
- Лошем ефекту брзе хране у великој мери доприноси њен већи састав масти
- Расположиви докази ипак говоре у прилог томе да велику улогу играју брзоабсорбовани угљени хидрати
- Дијететски савети који иду у прилог угљених хидрата у односу на унос масти повећавају овај проблем
 - Мања засићеност
 - Повећана синтеза мокраћне киселине и триглицерида
 - ГИТ – Гастроинтестиналне тегобе изазване фруктозом

*мала ајсорбција фруктозе,
умножавање бактерија,
синдром иришираних црева*

ОСЛОБАЂАЊЕ УГЉЕНИХ ХИДРАТА ИЗ ЧВРСТЕ У ОДНОСУ НА ТЕЧНУ СПРЕМЉЕНУ ХРАНУ

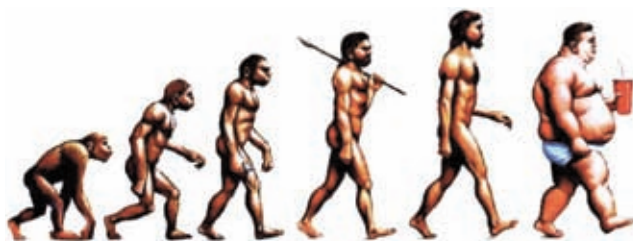
- Моносахариди, хидросолубилни **воће, поврће:**
 - шећер ускладиштен у цитосолу / вакуолама
 - постепено ослобађање након метаболизма на ћелијском нивоу
- **сокови, висококалорично заслађени сокови** (кукурузни сируп са високим процентом глукозе)
 - непосредно ослобађање моносахарида
 - брза пасажа желуца
 - рана апсорпција
 - смањена засићеност (мање или без инсулина, секреција лептина)
 - повећана укупна потрошња енергије

ЕВОЛУЦИЈА ЉУДСКОГ ПИЈЕЊА И ПИЋА

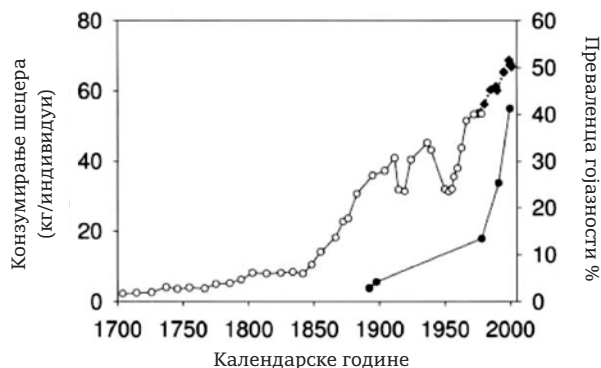


КАКО СМО СЕ ПРИЛАГОДИЛИ НА ОВУ ЕВОЛУЦИЈУ

THE INDEPENDENT, 2004.



КОНЗУМИРАЊЕ ШЕЋЕРА И ГОЈАЗНОСТ У ВЕЛИКОЈ БРИТАНИЈА И САД



Унос шећера по глави становника у УК од 1700. до 1978. (о) и у САД од 1975. до 2000. (♦) у поређењу са стопом гојазности у САД, у популацији нехиспано белих мушкараца, узраста 60 до 69 година, (•). Вредности за период од 1880. до 1910. су базиране на студији спроведеној међу мушким ветеранима Грађанског рата старосне доби 50 – 59 године.

НЕГОЈАЗНА ПОЛУЛАЦИЈА У ЗЕМЉАМА У РАЗВОЈУ ИМА ВИСОКУ ПРЕВАЛЕНЦУ НЕАЛКОХОЛНЕ МАСНЕ ЈЕТРЕ И КЛИНИЧКИ ЗНАЧАЈНУ БОЛЕСТ ЈЕТРЕ

Аутори: Kausik Das, Kshaunish Das, Partha S. Mukherjee, Alip Ghosh, Sumantra Gosh, Asit R Mridha, Tapan Dhibar, Bhaskar Bhattacharya, Byomkesh Manna, Gopal K. Dhali, Amal Santra and Abhijit Chowdhury

Постоји повезаност епидемиолошких података о неалкохолној масној јетри заснованим на подацима из заједнице небогате популације у земљама у развоју. Расположиве студије су радиолошке и/или биохемијске и недостаје им хистолошка процена, што ограничава њи-

47 <

хову ваљаност. Спровели смо проспективну епидемиолошку студију која укључује 1:3 подзорак свих одраслих (старијих од 18 година) становника руралне административне јединице западног Бенгала, Индија. Испитаници позитивни на хепатитис Б или Ц вирусну инфекцију и конзументи било какве количине алкохола су искључени из студије. Дијагноза неалкохолне масне јетре постављена је двојним радиолошким скрининг протоколом који се састоји од ултрасонографије и прегледа јетре компјутеризованом томографом. Транзиционални еластографски преглед јетре и биопсија јетре спроведени су на подзоруку да би се идентификовала клинички значајна болест јетре. Анализирани су фактори ризика за настанак болести неалкохолне масне јетре. Укупно је анализирано 1.911 пацијената, седам одсто са прекомерном телесном тежином, а 11 одсто је имало абдоминалну гојазност. Преваленца болести неалкохолне масне јетре са повишеним нивоом аланин-аминотрансферазе и криптогене цирозе јетре је била 8,7 одсто; 2,3 одсто и 0,2 одсто. У складу са тим 75 одсто оболелих од неалкохолне масне јетре имали су BMI (Body Mass Index) мањи од 25 kg/m² и 54 одсто нису имали нити прекомерну телесну тежину нити абдоминалну гојазност. Испитаници са највишим ризиком за настанак неалкохолне масне јетре су били са BMI већим од 25 kg/m² (однос 4,3; 95 одсто интервал поверења 1,6–11,5). Абдоминална гојазност, дисгликемија (вредност плазма глукозе наше више од 100 mg/dl или повишени хомеостатски модел процене резистенције на инсулин) и већи унос су били други ризико-фактори. Чак и нормалан BMI (18,5–24,9 kg/m²) је повезан са два пута вишим ризиком за настанак неалкохолне масне јетре у поређењу са онима са вредностима BMI мањим од 18,5 kg/m².

Закључак: Постоји значајна преваленца неалкохолне масне јетре и потенцијално клинички значајне болести јетре, укључујући криптогену цирозу, у овој преобладајно негојазној, небогатој популацији у земљи у развоју. Неалкохолна масна јетра ће бити главна детерминанта будућег проблема масне јетре у земљама у развоју.

Извор: Hepatology 2010;51: 1953 – 1602

УЛТРАЗВУК ЈЕТРЕ



НОРМАЛАН НАЛАЗ

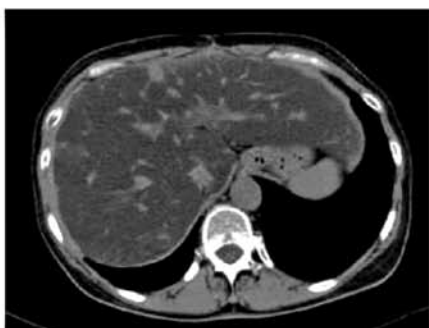


СТАЕТОЗА / ФИБРОЗА ЈЕТРЕ

СТ ЈЕТРЕ



НОРМАЛНА ЈЕТРА

СТАЕТОЗА, густина крвних судова
>густина ткива јетре

НИЗАК ХЕ

МУЛТИПЛА ЛОГИСТИКА РЕГРЕСИЈЕ РИЗИКОФАКТОРА ЗА НЕАЛКОХОЛНУ МАСНУ ЈЕТРУ У ЦЕЛОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

Variables	OR (95% CI)	P Value
Присуство абдоминалне гојазности*	3.6 (1.7–7.2)	<0.001
Присуство дисгликемије (FBG >100mg/dL)	2.6 (1.5–4.6)	<0.001
Породични приход†		
<\$1.00/дан	1.0	
\$1.00 – \$2.00/дан	1.8 (1.0 – 3.2)	0.05
> \$2.00/дан	2.4 (1.2 – 5.0)	0.01
BMI (Body Mass Index)		
<18.5 kg/m ²	1.0	
18.5 – 24.9 kg/m ²	2.0 (1.1 – 3.8)	0.03
≥ 25 kg/m ²	4.3 (1.6 – 11.5)	0.001

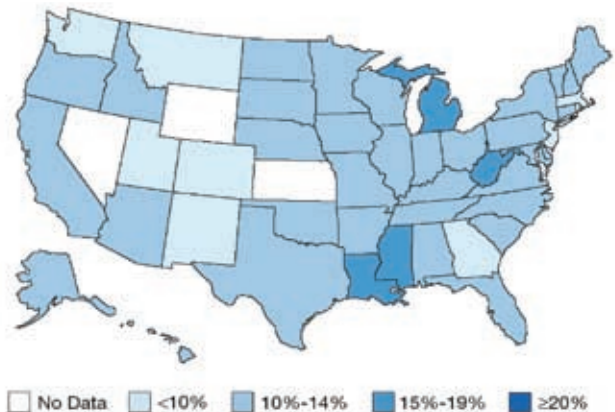
Узраст, пол и професија нису остварили статистички значај

* Абдоминална гојазност је дефинисана као обим струка ≥90 cm у мушкараца и 80 cm у жена

Извор: Das et al. Hepatology 2010.

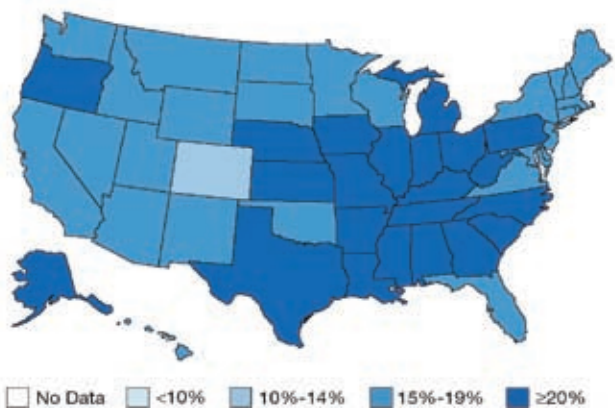
ПРЕВАЛЕНЦА ГОЈАЗНОСТИ У ПОПУЛАЦИЈИ ОДРАСЛИХ АМЕРИКАНАЦА, 1991.

Извор: JAMA. 2001.; 286:1195 – 1200



ПРЕВАЛЕНЦА ГОЈАЗНОСТИ У ПОПУЛАЦИЈИ ОДРАСЛИХ АМЕРИКАНАЦА, 2000.

Извор: JAMA. 2001.; 286:1195 – 1200



САД – СВЕТИНЕ НА ГРАФИКОНУ ПОКАЗУЈУ ГУСТИНУ МРЕЖЕ РЕСТОРАНА БРЗЕ ХРАНЕ



СМРТНОСТ ОД БОЛЕСТИ ЈЕТРЕ У ВЕЛИКОЈ БРИТАНИЈИ У УЗРАСТУ 15 – 44 ГОДИНЕ

Извор: Lancet; 2006.; 367:52 – 56



Енглеска и Велс, Шкотска и друге европске земље

СМРТНОСТ ОД БОЛЕСТИ ЈЕТРЕ У ВЕЛИКОЈ БРИТАНИЈИ У УЗРАСТУ 45 – 64 ГОДИНЕ

Извор: Lancet 2006.; 367:52 – 56

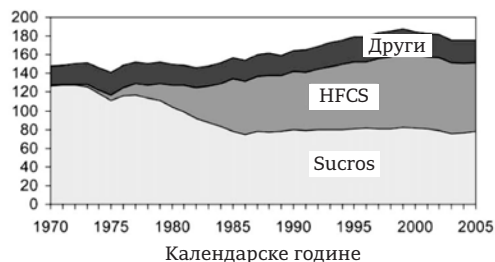


Енглеска и Велс, Шкотска и друге европске земље

ЗАСТО СУ САД И УК ВОДЕЋЕ У ГРУПИ?

- У овим земљама навике у исхрани су се најзначајније промениле у протеклих неколико деценија

УНОС КУКУРУЗНОГ СИРУПА СА ВИСОКИМ САДРЖАЈЕМ ФРУКТОЗЕ (HFCS)

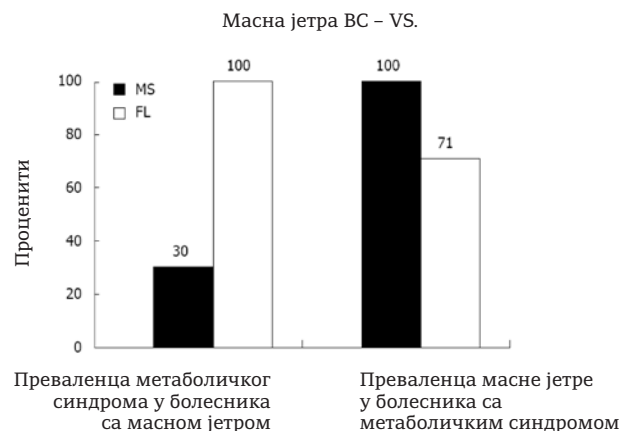


САД: Рапидни пораст конзумирања HFCS (кг/год)

ИНЦИДЕНЦА НЕАЛКОХОЛНОГ СТЕАТОХЕПАТИТИСА СЕ РАПИДНО ПОВЕЋАВА НА ГЛОБАЛНОМ НИВОУ

- До скоро, неалкохолни стеатохепатитис је био непознат
- Први опис у 19. веку Беч (Rokitansky 1846)
- веома ретко, доктори су заборавили на њега
- Први опис оштећења јетре код дијабетичара око 1920. год.
- коришћење сирупа сахарозе као заслађиваћа у британској исхрани
- Први опис неалкохолног стеатохепатитиса – Ludwig (Mayo Clinic) 1980. год.
- Никакав видљив знак осим гојазности није идентификован у то време
- Ствари су се погоршале у наредним годинама
- Неалкохолни стеатохепатитис је сада главни узрок повишених ензима јетре у индустријализованим земљама

НЕМАЈУ СВИ ПАЦИЈЕНТИ СА МАСНОМ ЈЕТРОМ МЕТАБОЛИЧКИ СИНДРОМ... АЛИ ВЕЋИНА ПАЦИЈЕНАТА СА МЕТАБОЛИЧКИМ СИНДРОМОМ ИМА МАСНУ ЈЕТРУ

МС – Метаболички синдром
ФЛ – Fat liver – масна јетра

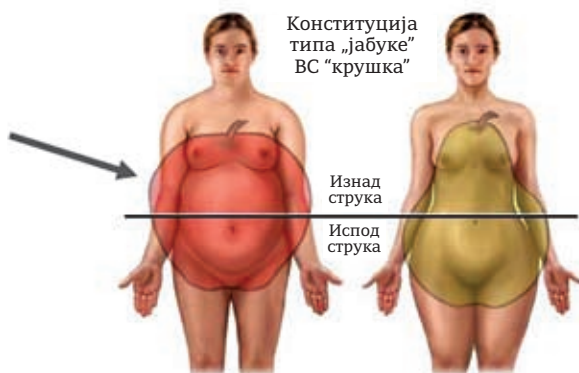
Извор: Alberti, Circulation, 2009.

49 <

НЕАЛКОХОЛНИ СТЕАТОХЕПАТИТИС – ПАТОФИЗИОЛОГИЈА

- Метаболички синдром / дијабетес и резистенција на инсулин
- оксидативни stress
- портална ендотоксемија
- митохондриопатија
- улога хипоксије
- АТФ потрошња од стране фруктозе
- цитокини
- лекови и токсини
- стеатоза, запаљење, фиброза и апоптоза (ћелијска смрт)
- концепт другог удараца
- липотоксичност

АБДОМИНАЛНА ГОЈАЗНОСТ УКАЗУЈЕ НА ПОВЕЋАНУ МА- СНОЋУ ЈЕТРЕ И РЕЗИСТЕНЦИЈУ НА ИНСУЛИН



„ЛИПОТОКСИЧНОСТ“

- Увећано складиштење триглицерида ван масног ткива
- Карактеристично оштећење ћелија, не мора обавезно бити у вези са патохистолошким налазом:
 - апоптоза (Ћелијска смрт)
 - резистенција
- „блага инфламација „белог адипозног ткива услед хроничне активације неспецифичног имуног система
- маст постаје покретач системске инфламације

УЗРОЦИ СКЛАДИШТЕЊЕ МАСТИ У ЈЕТРИ

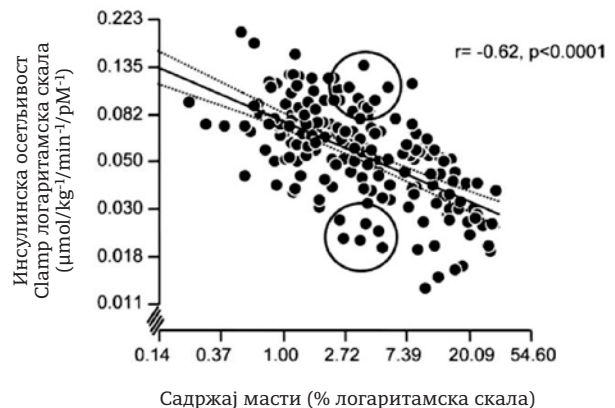
- | | |
|---|----------------------------|
| Увећани: | Смањени: |
| • Синтеза липида | • Оксидација липида |
| • Индуковање липогених и адипогених фактора транскрипције | • Ослобађање липида |
| – PPAR Gama, | • Метаболизам митохондрија |
| – LXL Alfa | |
| – SREBP 1c | |
| • Трансдиференцијација HSC | |

AIGNER ET AL.;
ГASTРОЕНТЕРОЛОГИЈА 2008.

- Пацијенти са ниском концентрацијом бакра у плазми и јетри – имали су неалкохолни стеатохепатитис повезан са поремећајем метаболизма гвожђа

- Недостатак бакра – зависне – ферооксидазе церулоплазмина – могао би да буде механизам складиштења гвожђа у јетри
- Пад нивоа бакра – други могући кофактор неалкохолног стеатихепатитиса
- стозерска улога јона бакра у функцији митохондрија

ВИСОК САДРЖАЈ МАСТИ У ЈЕТРИ ПАРАЛЕЛНО СМАЊУЈЕ ОСЕТЉИВОСТ НА ИНСУЛИН



Извор: Stefan, Kantartzis, Haering,
Endocrine reviews 2008.; 29:939 – 960

ДА ЛИ ЈЕ ФРУКТОЗА СТВАРНИ РАЗЛОГ ОШТЕЋЕЊА ЈЕТРЕ ИЗАЗВАНОГ БРЗОМ ХРАНОМ?

ЧИЊЕНИЦЕ О ФРУКТОЗИ

- Пасивна абсорпција у танком цреву
- (ГЛУТ – 5, ГЛУТ – 2 – транспортер)
- глюкоза се преважно транспортује ентероцитима

Релативни недостатак глюкозе:

- повећава доставање фруктозе колону
- бактеријско накупљање
- ослобађање ендотоксина

- Фруктоза се метаболише у

Хепатоцитима

јетрине кетохексокиназе

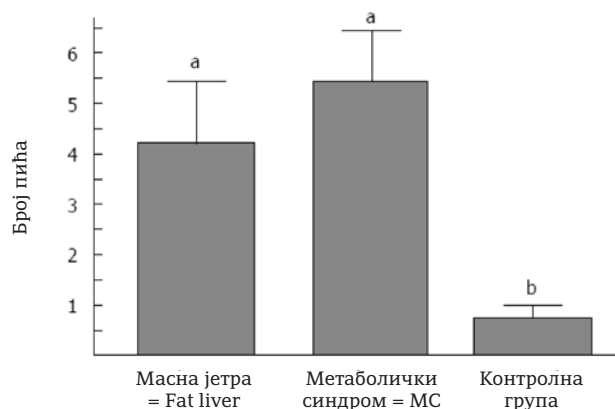
- бубрези, масно ткиво, ендотел

- ња енергије збој коришћење АТФ-а
- ослобађање масне киселине

КОНЗУМИРАЊЕ ФРУКТОЗЕ КАО ФАКТОР РИЗИКА ЗА НАСТАНАК БОЛЕСТИ НЕАЛКОХОЛНЕ МАСНЕ ЈЕТРЕ

Студија објављена у J Hepatology, 2008; 48 – 993 означава већи унос фруктозе значајним фактором у настанку неалкохолне масне јетре.

КОНЗУМИРАЊЕ ГАЗИРАНИХ, ЗАШЕЋЕРЕНИХ ПИЋА, МЕТАБОЛИЧКИ СИНДРОМ И МАСНА ЈЕТРА



Извор: Alberti, Circulation, 2009.

КОНЗУМИРАЊЕ ФРУКТОЗЕ КАО ФАКТОР РИЗИКА ЗА НАСТАНАК БОЛЕСТИ НЕАЛКОХОЛНЕ МАСНЕ ЈЕТРЕ



Последице:

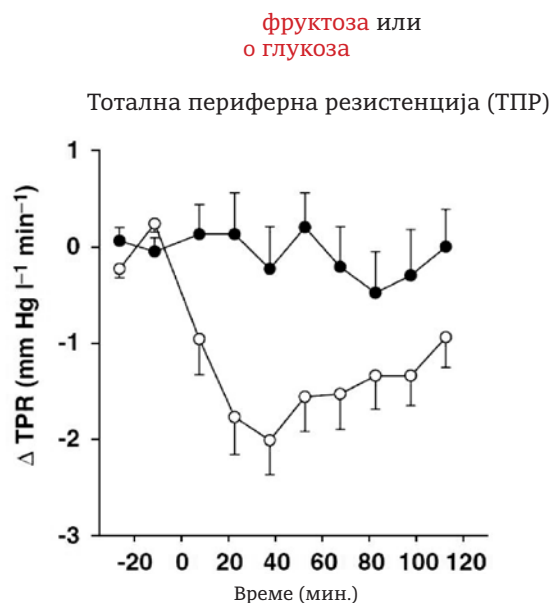
- Повећана потрошња АТФ
- Повећана синтеза триглицерида
- Повећана синтеза мокраћне киселине

Elsevier Journal of Hepatology 48 (2008) 993 – 999

МЕТАБОЛИЧКА СУДБИНА ФРУКТОЗЕ

- Глут – 2 у ентероцитима
- хепатична фруктокиназа (кетохексокиназа)
 - обе позитивном повратном спрегом регулисане од стране фруктозе
- студије перфузије
 - скоро неограничена (до 40 kg/дан) абсорпција глюкозе
 - метаболизам фруктозе није контролисан од стране секреције инсулина
- Ниво мокраћне киселине се повећава до 2 mg/dl пратећи фруктозно пиће
 - микраћна киселина је вазоконстриктор

ТОТАЛНА ВАСКУЛАРНА РЕЗИСТЕНЦИЈА У ЗДРАВИХ ПОЈЕДИНАЦА У ОДНОСУ НА КОНЗУМИРАЊЕ БЕЗАЛОХОЛНИХ ЗАШЕЋЕРЕНИХ ПИЋА (500МЛ)



Извор: Brown CM, Int J Obesity (2008)

ФРУКТОЗА И КОРОНАРНЕ БОЛЕСТИ СРЦА

Конзумирање безалкохолних зашећерених пића и ризик од коронарне болести срца код жене

Beverage type	RR (95% CI)	P value
Total sugar-sweetened beverages		
Multivariate-adjusted ¹	1.32 (1.17, 1.48)	<0.001
Multivariate-adjusted + diet ²	1.28 (1.14, 1.44)	<0.001
Colas		
Multivariate-adjusted ¹	1.40 (1.21, 1.63)	<0.001
Multivariate-adjusted + diet ²	1.35 (1.15, 1.57)	<0.001
Carbonated noncola		
Multivariate-adjusted ¹	1.33 (0.91, 1.94)	0.24
Multivariate-adjusted + diet ²	1.27 (0.87, 1.86)	0.22
Fruit drinks and punch ³		
Multivariate-adjusted ¹	1.32 (1.02, 1.70)	0.04
Multivariate-adjusted + diet ²	1.33 (1.03, 1.71)	0.03

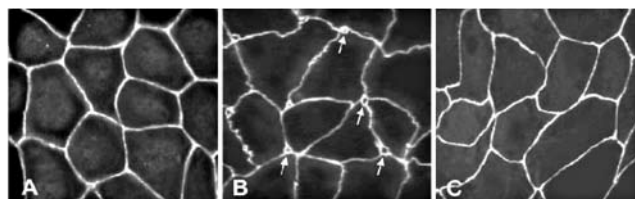
ФРУКТОЗА И ОШТЕЋЕЊЕ БУБРЕГА

Сйугија објављена у J. Am. Soc. Nephro., March 1, 2009; 20(3):545-553, йоказује директни и йошеницијални сйећни уйицај фруктозе на кулшивисане йцелије йроксималних йубула

TNFA1α ОШТЕЋУЈЕ ИНТЕГРИТЕТ ТАНОКОГ ЦРЕВА IN VITRO

- зона occludens – proteinske fleke (грануле) у култури хелија колона

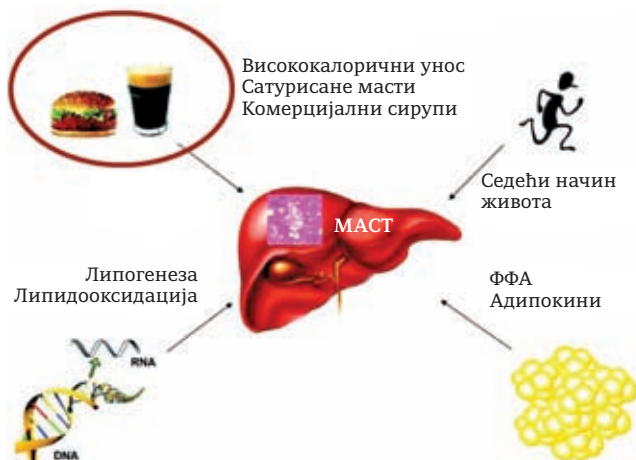
нормална TNFAlfa TNFAlfa + природни антагонист (curcumin)



Извор: Ma et al. AJP – Gastrointest Liver Physiology; Vol. 286; mart 2004.

51 <

НЕАЛКОХОЛНИ СТЕАТОХЕПАТИТИС – ГЛАВНИ ФАКТОРИ



THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
PERSPECTIVE, APRIL 30, 2009.:

Мере превенције – Јавна политика повећања такси
на безалкохолна, газирана, зашећерена пића

ЗАКЉУЧАК

• Неусклађено повећан унос фруктозе и ХФЦС збој конзумирања газираних пића у касном 20-ом веку, изгледа да је главни разлог оштрења јетре узрокован брзом храном

• Патогенеза хепатооксидације повезана са брзом храном:

- липидоксидација
- резистенција на инсулин
- оксидација митохондријалног (вожђе, бакар)
- митохондријална
- хипоксија
- ендотоксин
- цитокини

НЕАЛКОХОЛНИ СТЕАТОХЕПАТИТИС – ТЕРАПИЈА ЛЕКОВИМА (ФАРМАКОТЕРАПИЈА)

- Антидијабетичка терапија:
 - успешна код дијабетичара, скоро без ефекта код недијабетичара
 - лекови који обећавају (глитазони), чије дејство је спречено

* повећањем телесне тежине, карциномом мокраћне бешике и кардиоваскуларним обољењима
– додатно Метформин, Лосартан: нема хистолошког ефекта на јетру

Извор: Torres, Hepatology 2001.

- Витамин Е 800 U/dan: боље него пиоглитазоне

Извор: Sanyal, NEJM 2009.

• Губитак телесне тежине (>6 одсто) има исти ефекат као најбољи лек.

УМЕРЕНО КОНЗУМИРАЊЕ ВИНА И СМАЊЕЊЕ СУСПЕКТНЕ БОЛЕСТИ НЕАЛКОХОЛНЕ МАСНЕ ЈЕТРЕ

Аутори:

Winston Dunn, Ronghui Xu, Jeffrey B. Schwimmer

Људи у ризику од коронарне болести срца су често у ризику за настанак болести неалкохолне масне јетре. Повезаност између умереног конзумирања вина и болести неалкохолне масне јетре није проучавана и препоручивање вина пацијентима са ризиком за настанак обеју болести је контраверзно. Циљ је да се провери хипотеза да умерено конзумирање вина јесте повезано са смањењем преваленце болести неалкохолне масне јетре. Укључили смо испитанике из 3. Студије Националног здравља и исхране, који или не конзумирају алкохол или превасходно пију вино укупно у количини од 10г алкохола на дан.

Суспектна болест неалкохолне масне јетре се заснива на необјашњивом порасту вредности серумске аланин – аминокиселине – трансферазе (АЛТ) преко референтне лабораторијске вредности (АЛТ >43) и вредности засноване на



95 одсто здравих појединаца (испитаника) (АЛТ >30 за мушкарце и АЛТ >19 за жене). Мултиваријабилне вредности су прилагођене за узраст (старосну доб), пол, расу, животну средину, приходе, образовање, унос кофеина и физичку активност (социоекономски статус). Укупно 7.211 неалкохоличара и 945 умерених конзумента вина чинили су узорак студије. Засновано на референтним лабораторијским вредностима, суспектна болест неалкохолне масне јетре је пронађена у 3,2 одсто неалкохоличара и 0,4 одсто испитаника који умерено пију вино. Прилагођени однос је био 0,15 (95 одсто интервал поверења, 0,05-0,49). Користећи референтне вредности за здраве испитанике болест неалкохолне масне јетре је пронађена у 14,3 одсто неалкохоличара и 8,6 одсто испитаника који пију вино. Прилагођени однос је био 0,51 (95 одсто интервал поверења; 0,33 – 0,79)

Закључак: Умерено конзумирање вина има везе са редукованом преваленцом суспектне болести неалкохолне масне јетре. Тренутна студија подржава сигурност до једне чаше вина/дан за кардиопротекцију у пацијената са ризиком како од коронарне болести срца, тако и болести неалкохолне јетре.

Извор: (Hepatology 2008; 47: 1947- 1954)

Превела и приредила
др Мирослава Радан

ШТА ЈЕ ПОКАЗАЛО ИСТРАЖИВАЊЕ ПРИМ. ДР НЕБОЈШЕ ИЛИЋА

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА, ДЕПРЕСИЈА И ПСИХОСОМАТСКА ОБОЉЕЊА ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ

// ЧАК 60 ОДСТО ЛЕКАРА СВОЈЕ СЛОБОДНО ВРЕМЕ КОРИСТИЛО ЈЕ ЗА „ДОДАТНО“ ПРОФЕСИОНАЛНО АНГАЖОВАЊЕ // КОНФЛИКТ СА ПАЦИЈЕНТОМ КАО СТРЕСНУ СИТУАЦИЈУ КОЈУ НАЈЧЕШЋЕ ДОЖИВЉАВАЈУ НА ПОСЛУ НАВЕЛО ЈЕ 40 ОДСТО ИСПИТАНИКА // ЗАБРИЊАВАЈУЋИ РЕЗУЛТАТИ АНОНИМНОГ УПИТНИКА О ОБОЉЕВАЊУ ОД ПСИХОСОМАТСКИХ БОЛЕСТИ И СКАЛЕ ЗА САМОПРОЦЕНУ ДЕПРЕСИВНОСТИ //

Пише: Прим. др Небојша Илић, психијатар,
Дом здравља-Ниш, Србија



За израду наведеног рада коришћен је материјал добијен кроз четири сопствена истраживања у временском периоду 2006–2009. године, а везан за једну циљну групу-докторе медицине. Истраживања су била везана за Квалитет живота доктора медицине, Депресију код доктора, Анксиозност код доктора медицине и Депресију и психосоматска обољења код доктора, а спроведена су код запослених у Домовима здравља „Ниш“ и „Вождовац“ из Београда. Краће речено, радили смо „са онима који воле да дијагностикују, а не воле да буду дијагностиковани“. Из напред наведеног следи и замера да су групе испитаника мале. Они који желе, нека прихвате изазов и покушају да на својим колегама ураде слично истраживање. Бојим се да ће наићи на неразумеваше, одбојан став и избегавање колега да учествују у истраживању. Но, да није тако, тема не би била изазов-срећно у истраживање!

Размишљајући о томе како смо успевали да у досадашњем периоду одговоримо квалитетно на радне обавезе и да своје такозвано „слободно време“ употребимо за активности везане за породицу, пријатеље, обавезе према друштву у целини, спорт, хоби, дошли смо до идеје да то на неки начин уоквиримо у једну целину, потраживши одговоре на поједина питања од својих колега.

Покушали смо да сазнамо да ли су доктори своје слободно време користили без прегледа рођака, пријатеља, бескрајно дугих телефонских разговора због давања савета у лечењу појединих обољења итд. Сазнање смо хтели да обогатимо и тиме колико често су доктори обављали овакве активности, да ли их је то оптерећивало, коју врсту стреса најчешће доживљавају на послу.

Чињеница која непобитно стоји је да су у досадашњем периоду доктори медицине обављали напред наведене активности без новчане накнаде, трошећи своје слобод-

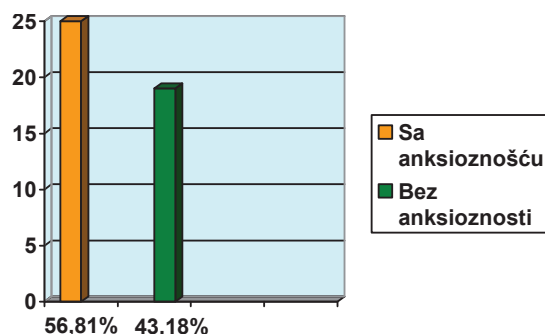
но време за то. Просудите сами да ли сте били на неком слављу, а да узгредно од неког нисте запитани „како да реши неки проблем везан за своје или здравље неке блиске особе“? Помало суморно делује опаска да је то исто питање упућивано већ двојници-тројници ваших колега. Још је низ примера и ситуација које би могли да наведемо, а нисмо се усудили да проверимо како то делује на наше најближе (породицу).

Како ће то изгледати у наредном периоду, да ли ће институција „породични лекар“ успети да разреши ове дилеме?

Анализирани су одговори на анонимни упитник 50 испитаника које су сачињавали доктори медицине. Упитник је био састављен од питања наведених у уводу рада.

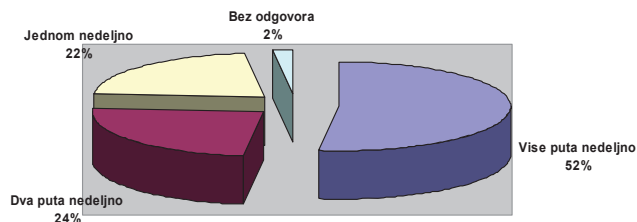
Анализа упитника код 50 испитаника животне доби од 30 до 55 година дала је следеће резултате: 30 испитаника (60 одсто) своје слободно време је користило за „додатно“ професионално ангажовање, 17 њих (34 одсто) је делимично успевало да избегне ове активности, а свега троје њих (шест одсто) било је без оваквих активности (дијаграм бр.1). Једном недељно је 11 испитаника (22 одсто) било додатно ангажовано, 12 њих (24 одсто) два пута недељно, 26 испитаника (52 одсто) је више пута недељно обављало послове везане за прегледе рођака и пријатеља, а један испитаник (два одсто) није дао одговор на то питање(дијаграм бр.2.).

„ДОДАТНИ“ ПРОФЕСИОНАЛНИ АНГАЖМАН И СЛОБОДНО ВРЕМЕ



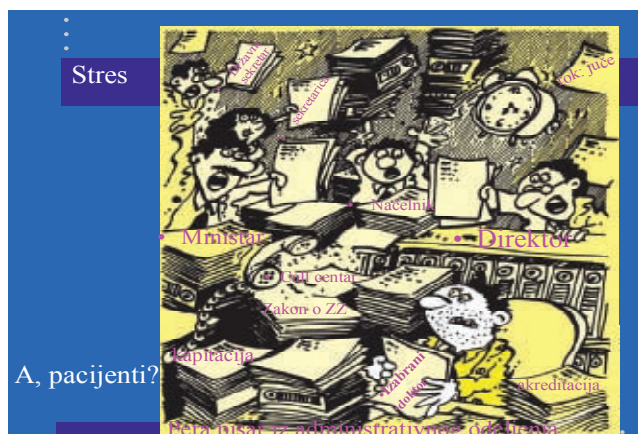
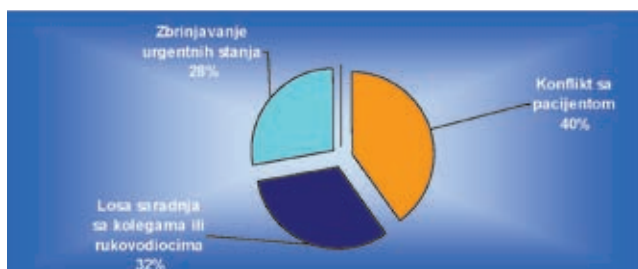
53 <

УЧЕСТАЛОСТ „ДОДАТНОГ“ ПРОФЕСИОНАЛНОГ АНГАЖМАНА



На питање „коју врсту стресних ситуација на послу најчешће доживљавате“ 20 испитаника (40 одсто) истакло је конфликт са пацијентом, 14 њих (28 одсто) истакло је збрињавање ургентних стања, а 16 испитаника (32 одсто) лошу сарадњу са руководиоцима или осталим колегама.

ВРСТА СТРЕСА НА РАДНОМ МЕСТУ



Према напред наведеним резултатима, већина доктора медицине, у претходном периоду и сада, не успева да своје слободно време користи обављајући активности у оквиру своје породице, бавећи се хобијем или



спортским активностима, даље се едукујући, већ доста времена утроши обављајући активности везане за „додатни“ професионални ангажман без новчане надокнаде. Као најчешћу стресну ситуацију на послу испитаници препознају конфликт са пацијентом (најчешће неоправдано захтевним).

Какав је квалитет живота, из овог аспекта гледано, оставићемо за дискусију, а какав ће бити даље у великој мери ће зависити (према предлозима наведеним у упитнику) од тога како ће бити организовани здравствена заштита и систем здравственог осигурања.

ДЕПРЕСИЈА ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ – ПРОВОКАТИВНА ТЕМА, ЗАБЛУДА ИЛИ РЕАЛНОСТ?



Депресија је један од најнејаснијих термина у речнику медицине, а користи се да опише расположење, симптом, синдром или нозолошки ентитет. Прецизније, клиничко коришћење термина депресија описује синдром који се карактерише депресивним расположењем заједно са другим симптомима током одређеног временског периода. Клинички препознатљив депресивни синдром чине дубина туге, присуство додатних симптома и ометање свакодневних дотадашњих активности.

СВЕ ЧЕШЋЕ ТРАЖЕ ПОМОЋ ПСИХИЈАТРА

Интерес за ово истраживање, код нас, подстакла је чињеница, да се све више доктора медицине обраћа за психијатријску помоћ.

Као инструмент за истраживање коришћена је скала за самопроцену депресивности (ЗУНГ), коју је попунило 52-оје доктора медицине, оба пола, од 30 до 55 година старости. Скалу је попунило 32 испитаника женског и 20 мушког пола, те је добијени однос полова 1,6:1.

Према студији коју објављује 1994. године Ј. Фиртх-Цозенс, 30 одсто доктора медицине по завршетку факултета и током прве године стажа показују симптоме који указују на клиничку депресију, али се овај проценат смањује током развоја каријере, мада остаје већи у односу на норму у осталој популацији.

Цаплан 1994. године објављује да 19 одсто доктора медицине показује симптоме депресије изнад нивоа прага (са пет одсто изнад највишег просека).

Жене лекари, како се чини, су нарочито склоне депресији, са стопом већом него код жена других професија (Werner et al, 1979.), и већом заступљеношћу него код мушкараца лекара. Hsu i Marshall (1987.) објављују да су жене лекари 1,5 пута склоније лакшој депресији, док су осам пута више склоне озбиљној депресији.

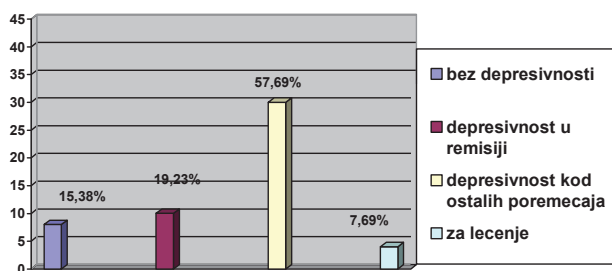
Због специфичне физиологије женски род се назива слабијим, али то не значи да је слабија женска амбициозност, самоувереност и одговорност. Жене наше ере су школоване, напредне, амбициозније од мушког рода. Нажалост поред свега наведеног, притиснуте традиционалним начином живота и лошом економском ситуацијом, бивају жртве све већег броја улога које им се намећу. Размислите и сами, да ли неко има довољно капацитета да буде жена, супруга, мајка, домаћица и високошколовани професионалац (у нашој струци то подразумева и специјализацију), руководилац.

Констатација са почетка ове приче бива дијаметрално различито конотирана. Жене су јачи пол, јер стално професионално усавршавање не умањује обавезе жене код куће, обавезе према деци и породици. Нарочито се сурово на жену одражавају лоши услови на послу, ноћни рад, тешка економска ситуација.

Према кључу за тумачење скале, израчунавањем скорa и индекса депресивности, добијени су следећи резултати. Без депресивности је осам испитаника (15,38 одсто), са депресивношћу у ремисији било их је 10 (19,23 одсто). У категорију депресивности код осталих поремећаја спада 30 испитаника (57,69 одсто), а четворо њих (7,69 одсто) су они чија депресивност захтева лечење (дијаграм бр.4).

Што се заступљености према полу тиче, скалу су попуниле 32 испитанице, без депресивности их је четири (12,50 одсто), са депресивношћу у ремисији пет (15,62 одсто), са депресивношћу код осталих поремећаја 20 (62,50 одсто), и три (9,37 одсто) њих припада категорији депресивности која захтева лечење. Испитаника мушког пола било је 20, четворица њих је без депресивности (20 одсто), петорица (25 одсто) припада категорији депресивности у ремисији, 10 (50 одсто) је са депресивношћу код осталих поремећаја и један (пет одсто) је са депресивношћу која захтева лечење, што говори о већој заступљености депресије код испитаника женског пола (табела бр.1).

ДЕПРЕСИВНОСТ ПО КАТЕГОРИЈАМА



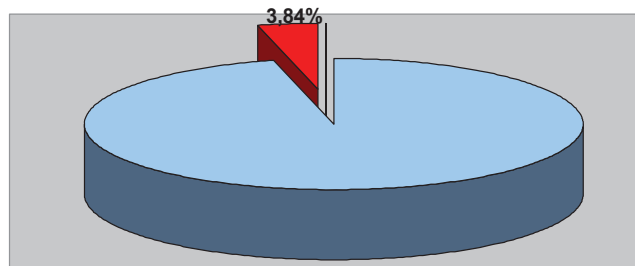
ОДНОС ЗАСТУПЉЕНОСТИ ДЕПРЕСИВНОСТИ ПРЕМА ПОЛУ

ПОЛ	женски		мушки	
без депресивности	4	12,50%	4	20%
депресивност у ремисији	5	15,62%	5	25%
депресивност код других поремећаја	20	62,50%	10	50%
депресивност захтева лечење	3	9,37%	1	5%
укупно	32	99,99%	20	100%

Наведени резултати наводе на закључак да је међу докторима медицине присутан прилично висок ниво депресивности и да су они приближни подацима из литературе (Valko и Clauton, 1974. год., Caplan 1994. год.)

Суицидалне мисли су присутне код 3,84 одсто испитаника што говори о високој стопи присуства наведених мисли. Ову констатацију илуструјемо одговорима на тврдњу „Мислим да би за све било боље да умрем“ где је два испитаника (3,84 одсто) одговорило „понекад“ (испитаници женског пола). Наши налази се поклапају са подацима из литературе, према којима жене лекари имају чак три пута већу стопу суицидалности у односу на општу женску популацију.

ЗАСТУПЉЕНОСТ СУИЦИДАЛНИХ МИСЛИ



Резултати до којих смо дошли током нашег истраживања отварају бројна питања, пре свега који су специфични етиолошки фактори за настанак депресије код доктора медицине.

Анксиозност означава стање страха које угрожава, блокира, преплављује личност човека и доводи га у стање напетости услед сталног навирања мучног осећања беспомоћности.

Истовремена појава депресивне симптоматологије и анксиозности је висока – 47 одсто, а по епидемиолошким студијама у УСА и 57 одсто (Clark 1989). Резултати националне студије рађене у УСА показују да у 80 одсто случајева оболелих од психијатријског поремећаја постоји коморбидитет са другим психијатријским поремећајем, а најчешћи је коморбидитет анксиозних, депресивних поремећаја и злоупотребе ПАС. Коморбидитет депресивних поремећаја, злоупотребе алкохола и бензодиазепина је чест у млађој популацији пацијената, веома је изражен, хронифицира, теже се третира и захтева бројна хоспитална лечења. У старијој популацији евидентан је чест коморбидитет анксиозних и депресивних поремећаја (Lindesau). Не знам из којих разлога популација доктора доживљава судбину геријатријске популације?

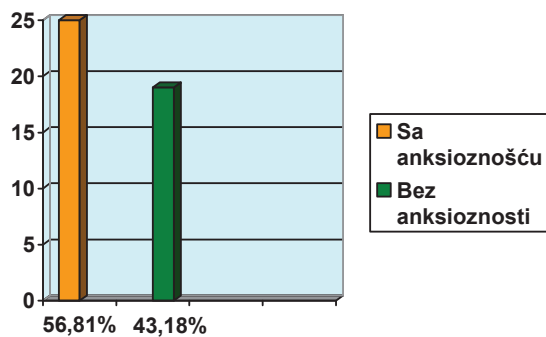
Као инструмент за процену депресивности коришћена је скала за самопроцену депресивности (Self-rating depression scale ZUNG), коју је попунило 52-оје доктора медицине (запослених у Дому здравља-Ниш), оба пола (32 жене и 20 мушкараца), од 30 до 55 година старости. Процена анксиозности урађена код 44 испитаника (28 жена и 16 мушкараца), за које је претходним утврђено постојање депресивности, Ковијевом скалом процене анксиозности (Covi Anxietati scale).

Претходно наведени резултати који се односе на депресију узети су у обзир, а укупно изражено код 44 испитаника (84,61 одсто) постоји депресивност. Израдом Ковијеве скале анксиозности од њих 44, 19 (43,18 одсто) је без анксиозности, док она постоји код 25 (56,81 одсто) испитаника.

АНКСИОЗНОСТ У ГРУПИ ИСПИТАНИКА СА ДЕПРЕСИВНОШЋУ

Депресивност је присутна код 28 испитаника женског пола (87,50 одсто) и код 16 испитаника мушког пола (80 одсто), док је анксиозност присутна код 17 жена (60,71 одсто) и код осам (50 одсто) мушкараца.

55 <



ДЕПРЕСИВНОСТ И АНСИОЗНОСТ ПРЕМА ПОЛУ

Пол	Депресивност	%	Анксиозност	%
Мушки	16	80	8	50
Женски	28	87,50	17	60,71

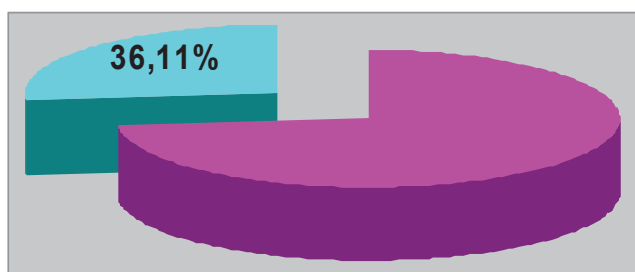
Добијена присутност анксиозности у групи испитаника са депресијом дала је резултате приближне подацима из литературе (Kessler RC, 1996.), наглашеније код испитаника женског пола.

ЛЕКАРИ НИСУ „ИМУНИ“
НА ПСИХОСОМАТСКЕ БОЛЕСТИ

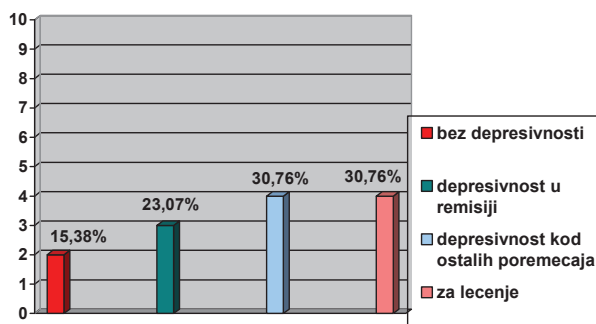
Психосоматска обољења припадају групи најзаступљенијих обољења у савременој медицинској пракси. Одговор на питање, колика је заступљеност ових обољења и депресивности код доктора опште медицине, потражили смо кроз истраживање урађено током фебруара 2008. године у Домовима здравља Ниш и „Вождовац“ из Београда. Психосоматске болести су оне болести у чијем настанку и току психички фактор игра пресудну улогу. Психосоматски приступ разматра психолошку компоненту у настанку бројних телесних полиетиолошких болести.

Циљ доле наведеног истраживања је показати заступљеност психосоматских обољења и истовремене депресивности код доктора опште медицине наведених установа. Као инструменте истраживања користили смо (анонимно) упитник о обољевању од психо-соматских болести и скалу за самопроцену депресивности (ZUNG), које је попунило 36 доктора и специјалиста опште медицине, оба пола, животне доби 30–55 година. Обрадом упитника, израчунавањем скорa и индекса депресивности добијени су даље презентовани резултати.

Упитнике је попунило 36 испитаника, 28 жена и осам мушкараца. У укупном броју испитаника присутно је 13-торо (36,11 одсто) оболелих од психосоматских обољења.

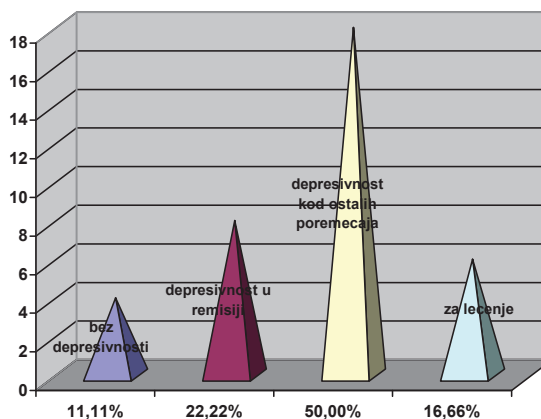
ЗАСТУПЉЕНОСТ ПСИХОСОМАТСКИХ БОЛЕЊА
У УКУПНОМ БРОЈУ ИСПИТАНИКА

Од хипертензије је оболело 10 (76,92 одсто), улкуса двоје (15,38 одсто) и дијабетеса један (7,69 одсто). Без депресивности их је двоје (15,38 одсто), са депресивношћу у ремисији троје (23,07 одсто), са депресивношћу код осталих поремећаја четворо (30,76 одсто) и за лечење је депресивност код четворо (30,76 одсто).

ПРИСУТНОСТ ДЕПРЕСИВНОСТИ У ГРУПИ
СА ПСИХОСОМАТСКИМ БОЛЕЊЕМ

Депресивност у укупном броју испитаника (36) распоређена је тако, да је четворо без депресивности (11,11 одсто), осморо са депресивношћу у ремисији (22,22 одсто), 18 са депресивношћу код осталих поремећаја (50 одсто) и шесторо је са депресивношћу за лечење (16,66 одсто).

ДЕПРЕСИВНОСТ КОД УКУПНОГ БРОЈА ИСПИТАНИКА



Занимљивост представља одговор на тврдњу „Лако доносим одлуке“ из скале за самопроцену депресивности (ZUNG), где је 20 испитаника (55,55 одсто) дало одговор „ретко“, шесторо њих (16,66 одсто) „понекад“, са одговором „углавном“ било их је 10 (27,77 одсто) и ниједан није дао одговор „најчешће“. Претходно отвара питање неодлучности (двоумљења) код доношења одлука које врло често треба донети брзо.

ОДГОВОР НА ТВРДЊУ „ЛАКО ДОНОСИМ ОДЛУКЕ“

Одговор	Ретко	Понекад	Углавном	Најчешће
Број испитаника	20	6	10	0
%	55,55	16,66	27,77	0

У групи испитаника присутна је трећина оболелих од психосоматских обољења са двоструко већим нивоом депресивности која захтева лечење, у односу на целу групу (30,76 одсто према 16,66 одсто). Депресивност је значајно заступљена и у укупном броју испитаника.



ка, где би као етиолошки фактори настанка депресије и психосоматских обољења значајно место заузели стрес и ниво оптерећености на радном месту, статус у ширем социјалном миљеу и незавидна социо-економска ситуација.

ПОРУКЕ УПУЋЕНЕ ДОКТОРИМА МЕДИЦИНЕ – РАЗМИСЛИТЕ О ЊИМА!

- Поздрав двојице психијатара: „Добар дан, Ви сте данас добро. А, како сам ја?“
- Само психијатри, ако доживе, имају „луду“ пензију!
- Поведимо рачуна о себи, ако је потребно, дозволимо да „нас дијагностикују“!

- Унапредимо колегијалне односе, не дозволимо да нас „прогутају“ промене!
- Доктор јесте другоме спасоносна и магична реч, доктор није „неуништиви“ мађионичар!

Референце:

1. Depression in doctors; Jenny Firth-Cozens in Depression and Physical Illness. Edited by M. M. Robertson and C. L. E. Katona; 1997 John Wiley & Sons Ltd
2. Kessler RC, et al. Br J Psychiatry. 1996;168(suppl 30):17-30.
3. Van Balkom AJLM, Beekman ATF, de Beurs E, Deeg DJH, Van Dyck R, et al; Comorbidity of anxiety disorders in a community-based older population in the Netherlands; Acta Psychiatr. Scand. 2000; 101; 37-45. //

АКТУЕЛНО: ПОД СЛОГАНОМ „РЕТКИ, АЛИ ЈАКИ ЗАЈЕДНО“
29. ФЕБРУАРА ОБЕЛЕЖЕН ДАН РЕТКИХ БОЛЕСТИ

Да ретке болести не буду „сирочићи медицине“

ПРИКУПЉАЊЕ И ШИРЕЊЕ ИНФОРМАЦИЈА О ТИМ ОБОЉЕЊИМА
ЈЕДАН ЈЕ ОД БИТНИХ КОРАКА У СКРАЋИВАЊУ ВРЕМЕНА
ЗА ПОСТАВЉАЊЕ ДИЈАГНОЗЕ

Процењује се да око седам одсто становника на планети има неку ретку болест. У свету је евидентирано од 6.000 до 8.000 ретких болести, а неке од њих су Вилсонова, Фабријева, Гошеова болест, Ретов синдром, фенилкетонурија... Јављају се код једне од 2.000 особа. Или ређе. Ефикасна терапија постоји тек за четрдесетак.

Ретке болести нису реткост, оне су реалност. Да би лекар могао да помогне, треба да их препозна. Јохан Волфганг Гете је рекао: „Човек види само оно што зна“.

У циљу подизања свести о ретким болестима, Европска организација за ретке болести (EURORDIS) установила 2008. године 29. фебруар као дан ретких болести. Од тада се тај ретки дан, који у календару постоји сваке четврте, преступне године, обележава широм света као Дан ретких болести под слоганом „ретки али јаки заједно“. У Србији је међународни Дан ретких болести обележен први пут 2009. године.

Ретке болести су хроничне, непредвидиве, неретко дегенеративне и животу угрожавајуће. Реч је о озбиљним поремећајима здравља, који могу да доведу до менталне ретардације, моторног хендикеп, чак и смртног исхода. С друге стране, многи од тих пацијената, који су несрећном „генетском комбинацијом“ зарадили болест, немају могућност да се лече о трошку здравственог осигурања. Министар здравља Зоран Станковић недавно је, поводом Дана ретких болести, рекао да ће за почетак за збрињавање тих болесника бити издвојено 130 милиона динара. Станковић је најавио и да ће Министарство помоћи да се сачини регистар оболелих од ретких болести.

Прикупљање и даље ширење информација о ретким болестима један је од битних корака у скраћивању времена за постављање дијагнозе.

Објављени подаци говоре да у Европи од ретких болести болује око 25 милиона људи, у Немачкој око четири милиона људи, а то представља свакако битан и

економски и социјални изазов за државу. У нашој земљи ретке болести први пут су у законодавству поменуте пре годину дана, а сматра се да има око пола милиона оболелих од неке од ретких болести.

Ретке болести се дијагностикују после много тешкоћа и дугог времена и једнако отежавају живот и детету и целој породици. У највећем броју случајева реч је о комплексним здравственим проблемима са тешким током.

Циљ свих националних удружења оболелих од хроничних ретких болести је скретање пажње јавности на постојање ретких болести, подизање свести народа о том проблему, информисање о последицама које оне носе са собом и бројним препрекама на које наилазе они који живе са ретком болешћу, побољшање положаја и квалитета њихових живота.

Болести су најчешће условљене генетским дефектом, али и спољашњим факторима у трудноћи и касније или комбинованим. Процене показују да су више од 75 одсто оболелих деца и да око 35 одсто од њих не доживи пету годину живота.

Пацијенти погођени тим болестима сусрећу се додатно са проблемима здравственог збињавања, дуготрајним постављањем дијагнозе, тешко расположивом терапијом, непостојањем познате терапије, високим захтевима неге комбинованим са финансијским и социјалним оптерећењима.

Свима нама – лекарима требало би да буде задатак да јавност више упознамо са проблемима оболелих и да њихове интересе у односу на политику и здравствени систем делотворно артикулишемо, да помогнемо међусобно упознавање – груписање слично оболелих и да им помажемо у учењу самопомоћи и прикупљању за њих корисних информација.

www.orpha.net је референтни портал у Европи за информације о ретким болестима и све информације су доступне јавности.

У Србији се о ретким болестима могу добити информације у националној организацији ретких болести НОРБС.

Прим. др Нада Радан Милованчев



Rare Disease Day®

ДОМ ЗДРАВЉА СТАРИ ГРАД - НЕКАД И САД

ЧУВАР ЗДРАВЉА ГРАЂАНА

// ТЕРМИН ПРИМАРНА ЗАШТИТА ПРВИ ПУТ ЈЕ ФОРМАЛНО УПОТРЕБЉЕН 1920. ГОДИНЕ У ДОКУМЕНТИМА БРИТАНСКОГ МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА//ИДЕЈА О ДОМУ НАРОДНОГ ЗДРАВЉА РОЂЕНА ЈЕ 1920. // РАСПОРЕД АМБУЛАНТИ ДОМА ЗДРАВЉА СТАРИ ГРАД ДАНАС СЛИЧАН ЈЕ ОНОМ ОД ПРЕ 50 ГОДИНА //

Многи лекари ће и данас рећи да је дом здравља, као институција примарне здравствене заштите која обједињује куративне и превентивне активности, креација која је настала после Другог светског рата и да тога у свету нема. Али, није тако. Идеја о формирању здравственог центра, потекла је из Велике Британије, далеке 1919. године.

Здравствени центар била је институција која обезбеђује здравствену заштиту становништву које живи на једној територији, у себи обједињује куративне и превентивне активности, а по питањима везаним за здравље становништва, сарађује са локалном администрацијом. Према извештају, кадар центра чинили су

>>> Домови здравља се од 1920. именују као институције хигијенске заштите са задацима да раде на сузбијању заразних болести, заштити материнства, омладине и посебно одојчади <<<

лекари опште медицине и медицинске сестре који су радили тимски.

Термин примарна заштита први пут је формално употребљен 1920. године у документима Британског министарства здравља.

ИНСТИТУЦИЈЕ ХИГИЈЕНСКЕ ЗАШТИТЕ

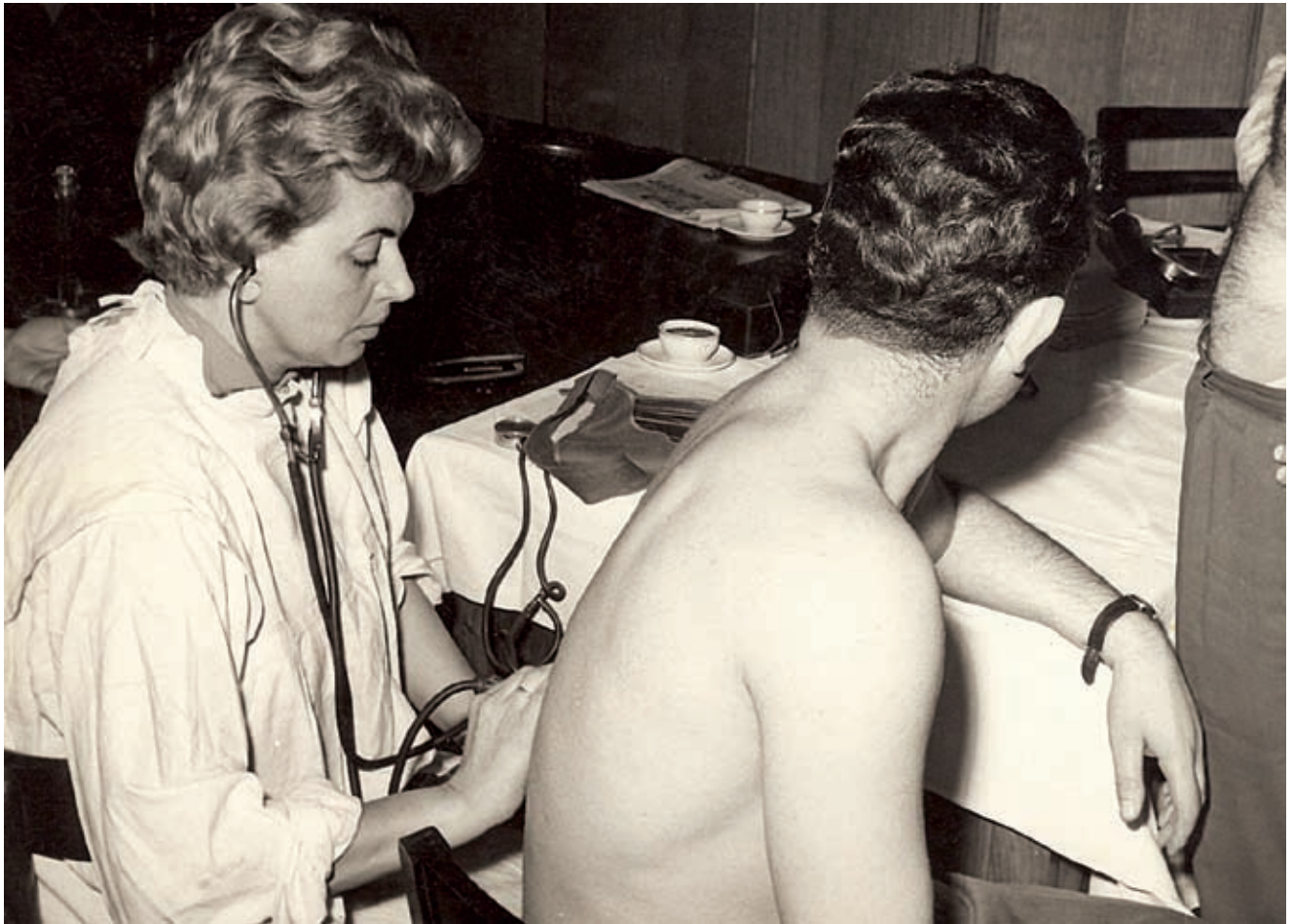
Први зачеци примарне здравствене заштите код нас су се јавили још у XIX веку. Највеће заслуге за организовање здравства у Србији везују се за име др Владана Ђорђевића (1844–1930.), једног од најзначајнијих реформатора у историји српског здравства и утемељивача његових законских и организационих поставки. Као начелник Санитетског одељења Министарства унутрашњих дела, он се залагао за оснивање народног санитетског фонда. Захваљујући његовом упорном залагању ова идеја је реализована 1879. године када је донесен Закон о самосталном фонду за потребе здравља, као и низ прописа који су били од великог значаја за превентивну здравствену заштиту. У то време оснивају се и први хигијенски заводи у Србији који ће играти важну улогу у обједињавању куративне и превентивне здравствене заштите становништва.

У нашој земљи, као и у Британији исте, 1920. године, проф. др Милан Јовановић–Батут (1847–1940.), први Декан Медицинског факултета у Београду и председник Сталне епидемијске комисије при Министарству здравља Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца, и др Андрија Штампар (1888–1958.), тада начелник Одељења за расну, јавну и социјалну хигијену при Централној управи санитета, прихватили су концепт о потреби интеграције превентивне и куративне медицине. *Тако је рођена идеја о дому народној здравља.*

Уредбом о организацији хигијенске службе од септембра 1920. године, домови здравља се именују као институције хигијенске заштите са задацима да раде



Градска поликлиника са Станицом за спасавање 1935. године



Др Мутић: Први специјалиста опште медицине

>>> Диспансер за матере и децу, Школска поликлиника, Бактериолошко-епидемиолошко и хемијско одељење, Диспансер за туберкулозу и Хигијенска служба – била су обавезна одељења према Правилнику из 1930.<<<

на сузбијању заразних болести, заштити материнства, омладине и посебно одојчади.

Централна амбуланта код „Лондона“ у Београду, основана 1923. године, била је прва установа за пружање рат здравствене заштите становништву и представљала је претечу дома здравља. У њој су се обављали лекарски прегледи али се и пружала помоћ на нивоу болничара и лекарских помоћника.

Правилником о раду домова здравља из 1930. године дефинисана је улога и надлежност ове установе са обавезним следећим одељењима: Диспансер за матере и децу, Школска поликлиника, Бактериолошко-епидемиолошко и хемијско одељење, Диспансер за туберкулозу и Хигијенска служба.

У периоду између два светска рата у земљи је формиран 51 дом народног здравља, те је пред Други светски рат здравствена заштита ванболничког типа представљала развијен, значајан сегмент здравственог система земље.

Идеја о институцији овог типа реактивирана је 1948. године. 1. јула 1948. године формиран су Поликлиника и Здравствени центар Народног одбора „Првог рејона“, односно Народног одбора Старог града, што се сматра

претечом дома здравља, па се за тај датум практично везује оснивање Дома здравља „Стари град“. За управника је био постављен др Драгољуб Поповић - Пудер.

У ЗГРАДИ ПАРОБРОДАРСКОГ ДРУШТВА

Установа се налазила у згради Првог дунавског паробродарског друштва, на углу Капетан Мишине и Јевремове улице. У приземном делу зграде налазило се пријемно одељење, интернистичка служба и гинеколошка амбуланта, на првом спрату биле су смештене амбуланта за очне и ушне болести, лабораторија и рентген, а на другом спрату је било рачуноводство и канцеларија директора.

Општа медицина је била организована у три амбуланта: у Кнез Михајловој улици број 41, у којој је радило шест лекара у две смене, у амбуланти у Улици Џорџа Вашингтона број 7, где су радила два лекара, и у амбуланти у Улици Ђуре Ђаковић 46 у којој су, такође, радила два лекара. Лекари у општој медицини радили су дванаест сати дневно, и то шест сати у амбуланти, а шест на терену. Позиви су се примали у централној згради у Капетан Мишиној улици.

Решењем Народног одбора града Београда, број 3422 од 28. априла 1953. године основан је Дом народног здравља за територију општине „Стари град“ и „Скардије“, који је почео да ради 1. маја 1953. године. За Директора Дома здравља постављен је др Драгољуб Поповић - Пудер, дотадашњи Управник Здравственог центра Народног одбора Старог града.

Године 1959. дошло је до укидања приватне лекарске праксе, а на територији општине Стари град формира-

но је седам секторских амбуланти и то по месним заједницама. То су биле амбуланте у Солунској, Улици Ђуре Ђаковић, Цетињској, Косте Стојановић, Кондиној, Топличином венцу и Риге од Фере. У амбулантама је радило од четири до шест лекара и исто толико медицинских сестара. Лекари су и даље радили по шест сати у амбуланти и шест сати на терену, али су се позиви примали у амбулантама. На терен се ишло пре или после радног времена, сваки лекар је имао свој реон и то се посебно плаћало по паушалу, те сами лекари кажу да су им примања била јако добра. Осим одраслих болесника, лекари опште медицине су на терену прегледали и децу. И медицинске сестре које су радиле у амбулантама ишле су на терен да дају ињекције како одраслима, тако и деци.

ИЗГРАДЊА ЦЕНТРАЛНЕ ЗГРАДЕ

Нови закон о здравственој заштити и здравственој служби донет је 1961. године. Он доводи до даљег осамостаљивања здравствених установа, увођења самосталног финансирања здравствених установа у складу са плановима и програмима здравствене заштите.

У то време почиње изградња централне зграде дома здравља у Симиној улици. Већи део финансијских средстава обезбедила је Општина Стари град, али један део се издвајао из личних примања запослених. Дом здравља Стари град, са седиштем у Улици Симиној број 23–27, регистрован је као установа у Окружном привредном суду у Београду 28. децембра 1965. године са делокругом и задацима за куративно-превентивну здравствену заштиту деце предшколског и школског узраста, осигураника и осталих грађана. Домом здравља управљали су Савет, Управни одбор и управник Дома др Миодраг Срећковић.

Крајем 1963. године на Медицинском факултету Универзитета у Београду уведена је специјализација оп-

ште медицине, а највећу заслугу за то има проф. др Јован Цекић, храбар и принципијелан човек, који је водио упорну борбу са конзервативним снагама на Медицинском факултету. Проф. Цекић заступао је ставове о важној улози лекара опште медицине и тима његових сарадника. Он је истицао да се „кућа мора од темеља градити“ и указивао на чињеницу да цео систем здравствене заштите зависи од квалитета рада лекара опште медицине.

Био је и први председник Комисије за полагање специјалистичког испита из опште медицине. Те прве године, када је започела специјализација опште медицине, први пут у историји Медицинског факултета, у првој групи специјализаната била је и др Ана Мутић-Трифунковић, лекар Дома здравља Стари град. Она је била међу првих 16 специјалиста опште медицине у Србији. Др Мутић је била један од чланова иницијативног одбора за оснивање Секције опште медицине СЛД, а када је Секција основана (23. марта 1966.) била је секретар Управног одбора секције. Године 1975. постала је и први примаријус, специјалиста опште медицине, у Србији, а 1976. године и члан Академије медицинских наука СЛД.

Године 1968. донети су закони о здравственом осигурању и обавезним видовима здравствене заштите и Закон о здравству. Законима је дефинисан минимум здравствене заштите који се мора пружити пацијенту у дому здравља што је било означено као *основна здрав-*

**>>> Законом су биле дефинисане
вулнерабилне популационе групе,
као и одређене болести где се здравствена
заштита пружа без икаквог учешћа
пацијента у трошковима здравствене
заштите <<<**



Мажестик 1958. године

61 <

сйвена зашййййа. Законом су биле дефинисане вулне-рабилне популационе групе, као и одређене болести где се здравствена заштита пружа без икаквог учешћа пацијента у трошковима здравствене заштите.

Почетком седамдесетих година све већи број лекара одлази на специјализацију опште медицине, па је крајем седамдесетих у Дому здравља од укупно 32 лекара, радило 16 (50 одсто) специјалиста опште медицине. Начелник службе био је др Герасим Агатоновић, који је крајем седамдесетих година, по формирању ООУР постао Директор ООУР-а Основне здравствене заштите. У периоду од 1975 – 1988. године у Дому здравља је радило 11 примаријуса, специјалиста опште медицине: др Ана Мутић-Трифуновић; др Герасим Агатоновић; др Данило Бакоч; др Миодраг Марковић; др Зорица Глигоријевић-Илић; др Милица Стојановић- Путић; др Радмила Зечевић; др Јулија Пилц; др Каица Виргинија; др Добрила Гогић-Стефановић; др Ивко Станојевић.

Један од омиљених лекара код пацијената, а и код боемског и уметничког Београда, прим. др Данило Бакоч, не само што је био успешан лекар већ се успешно

бавио и писањем књига научно популарне садржине. Објавио их је укупно девет, а једна од најпознатијих је „Доктор без рецепта“ која је била популарна и међу пацијентима и међу колегама.

ДОКТОР БЕЗ РЕЦЕПТА

Један од ретких ентузијаста и заљубљеника у општу медицину, специјалиста опште медицине и анестезије, др Ђорђе Антић, основао је 1984. године Службу кућног лечења. Они су спроводили продужено болничко лечење и давали инфузиону терапију у стану пацијента. У оквиру службе били су ангажовани и уролошки и хируршки техничар који су мењали катетере и превијали пацијенте у њиховом стану. Већ после годину дана, 1985. године, служба је за изузетан рад добила награду „Др Драгиша Мишовић“.

Деведесете године су биле изузетно тешке за здравствену службу уопште, па тако и за лекаре и медицинске сестре у општој медицини Дома здравља. Била је велика несташица лекова, радиле су се само основне лабораторијске анализе, рентген филмови су се користили искључиво уз потпис начелника службе, па су се пацијенти ретко упућивали на дијагностичке процедуре.

Лекари опште медицине били су уз своје пацијенте и заједно са њима изналазили најбоље начине за решавање њихових здравствених проблема. Превентива је скоро замрла, а основна активност лекара била је усмерена на куративу.

>>> у току НАТО агресије 1999. године.

Сви лекари и медицинске сестре су радили свакодневно и суботом и недељом и празником и то у две смене и независно од ваздушне опасности, а ноћу су дежурали у Симиној по распореду <<<



Дом здравља Стари Град, данас

Посебну улогу имали су лекари опште медицине у току НАТО агресије 1999. године. Сви лекари и медицинске сестре су радили свакодневно и суботом и недељом и празником и то у две смене и независно од ваздушне опасности, а ноћу су дежурали у Симиној по распореду...

РЕНОВИРАЊЕ И ОПРЕМАЊЕ

Крајем 2000. године служба опште медицине после 17 година добија свог начелника, специјалисту опште медицине др Весну Јањушевић и одговорну сестру вмс Магдалену Брочић. За Управника сектора здравствене заштите становништва именована је др Анђелија Буквић, такође специјалиста опште медицине, а за главну сестру дома именована је Љиљана Лучић, вмс која је радила у амбуланти опште медицине Риге од Фере.

У служби је било много проблема: амбуланте нису кречене од 1989. године, биле су неопремљене, намештај је био стар око 30 година. У служби је радило 30 лекара, од којих су два радила са половином радног времена и 35 медицинских сестара. Од 2003. године почињу да се реновирају и опремају амбуланте опште медицине и то уз велику помоћ Општине Стари град. Све амбуланте су добиле дванаестоканалне ЕКГ апарате, боце са кисеоником, ваге са висинометром свака ординација је добила неуролошки чекић и отоскоп, зановљени су апарати за мерење крвног притиска и стетоскопи. Лекари и сестре су редовно добијали информације о едукацијама, а сви који су писали радове могли су о трошку Дома здравља да иду на конгресе. Убрзо је почело и упућивање лекара на специјализацију из опште медицине. Заказивање прегледа телефоном уведено је децембра 2006. године.

После дуго времена лекари су опет почели да се активно укључују у рад Секције опште медицине Српског лекарског друштва, Катедре опште медицине, а неки од њих су постали и чланови Европске академије наставника опште медицине (EURACT) и Европске мреже за истраживања у општој медицини (EGPRN). Поред домаћих, лекари су узимали активно учешће и на светским и европским конгресима и курсевима.

Два лекара Дома здравља су на Катедри опште медицине Медицинског факултета у Београду, прим. др Надежда Радисављевић, као предавач и прим. др Весна Јањушевић као предавач и члан Испитне комисије за полагање специјалистичког испита из опште медицине.

ТАКО ЈЕ БИЛО НЕКАД, А ДАНАС...

Данас је Служба за здравствену заштиту одраслог становништва савремена и добро опремљена служба у којој ради 46 лекара и 56 медицинских сестара. На челу службе налази се од 2007. године др Бранка Лазић, специјалиста опште медицине, а на месту одговорне сестре вмс Надица Игњатовић од 2008. године. Од укупног броја лекара, њих 78 одсто су специјалисти опште медицине, шест су стекли звање примаријус, а један лекар је магистар медицинских наука.

Дом здравља је укључен у ДИЛС пројекат унапређења услуга у примарној здравственој заштити и добио је од Комисије за акредитацију здравствених установа фебруара 2007. акредитациону оцену другог степена.

У Дому још постоје врло развијене Службе за здравствену заштиту деце, жена, дијагностика (лабораторија, рентген одељење, ултразвучна дијагностика), поливалентна патронажа, специјалистичке службе (интерна медицина, физикална, офталмологија, оториноларингологија, чак урологија и хирургија) и стоматологија



Зграда Првог паробродског друштва, у којој се некада налазио Дом здравља Стари град

(Мажестик поликлиника основана још 1944. као Војна зубна амбуланта на месту познате приватне зубне клинике „Др Шнур“ из 1926.)

На месту првог човека Дома здравља били су, осим напред поменутих у тексту, још и: прим. др Мара Јаксовић, прим. др Миодраг Јевремовић, др Југослав Петровић, др Радмила Раилић, др Славица Крунић-Куцуловић, др Љубиша Перишић.

Од јуна 2011. на челу Дома здравља је прим. др Гордана Драгашевић, која је рођена, одрасла и цео свој радни век провела на Старом граду.

Распоред амбуланти данас сличан је оном од пре 50 година: Топличин венац, Риге од Фере, Дубровачка, Вензелосова (бивша Ђуре Ђаковића), Косте Стојановић, Влајковићева (пресељена из Кондине 2004. године), само што се у централној згради Дома данас налази амбуланта у којој ради осам лекара опште медицине од којих су седам специјалисти. Од 2008. године у оквиру службе опште медицине се налази и Превентивни центар, новооснована јединица кроз чији рад треба да се унапреде превентивни програми намењени одраслом становништву посебно у превенцији кардиоваскуларних, малигних и шећерне болести.

Овај текст је написан захваљујући усменом казивању наших еминентних колега којима се неизмерно захваљујемо на помоћи.

Овом приликом желимо да се захвалимо и свим лекарима и медицинским сестрама-техничарима који су икад радили у Дому здравља Стари град и да се извинимо што нису сви именом поменути.

За писање овог текста коришћени су и подаци из:

Монографије: Симпозијуми и конгреси домова здравља, 1972–1997. објављене у Београду 1997. године и

Монографије: 40 година рада Секције опште медицине СЛД, објављене у Београду 2006. године

Монографија: 60 година Дома здравља Стари град, 1948–2008. Објављена у Београду 2008.

Др Бранка Лазић

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ...

Доктор Данило Цигановић – жртва неразумној времена

// ПОЗНАТИ И ПРИЗНАТИ ШАБАЧКИ ГИНЕКОЛОГ, ПОТОМ РАТНИ ЛЕКАР,
ПОГУБЉЕН ЗБОГ НАВОДНОГ НАРОДНОГ НЕПРИЈАТЕЉСТВА, А РЕХАБИЛИТОВАН
ТЕК ДЕЦЕНИЈАМА КАСНИЈЕ – 2007. ГОДИНЕ //



У Народној скупштини СХС, 1928. године, убијени су Павле Радић, Ђуро Басарићек и Стјепан Радић, чиме је дошло до директног погоршања положаја Срба у Загребу, што је и лично осетио: Др Данило Цигановић

Пише:
прим. др Предраг Тојић

Човек, за разлику од свих других живих бића, има привилегију да може да: мисли, усаглашава се са другима, доноси одлуке, решења, чува себе од других и друге од себе. Подразумева се да се ово односи на нормална и спокојна времена човековог битисања. Међутим, увек се поставља питање шта бива са човеком у неразумним ситуацијама и неспокојним околностима?

Историја нас учи да у ванредним условима човек реагује атавистички и анимално. У својеврсном неспокоју човек бива плен демонски, праћен пошастима до суровог злочинства. Постоје, међутим, професије, које и у редовним и у ванредним приликама, морају остати и етички и делатно у разумном и пожељном оквиру. На пример, свештеници морају се молити и за непријатеље свој пастве, а лекари лечити и помагати и таквима, па и постати жртве молитвености и доброчинства, оних за које су то чинили. Судбина доктора Данила Цигановића само је један од многих примера који су се догодили у неразумном времену.

Тужан крај сјајне каријере

Доктор Цигановић, познати и признати шабачки гинеколог са деветнаестогодишњим сином Николом, свршеним матурантом шабачке гимназије, после преживљене голготе у ратним болницама ЈВУО од септембра 1944. године до коначног слома у мају 1945, у повратку породици у Шабац 28. августа 1945. године долази у лозничко село



Јаребице. Домаћини, чију је заштиту затражио и добио, пријављују га лозничкој ОЗН-и. Сутрадан 29. августа, после краћег испитивања, некакав преки суд доноси одлуку да се стрељају и Данило и син му Никола.

Пресуда је одмах извршена, а они покопани без икаквог обележја у истом селу. Органи ОЗН-а у Шапцу су одмах из породичне ку-

ће у Улици Краља Александра истерали његову супругу Ану са једанаестогодишњим сином Слободаном, без права на коришћење ствари из породичне куће и без смештаја. Породица Гашпарац из Шапца побринула се за њихов смештај и какав такав даљи живот.

Ово је тужни крај једне сјајне каријере, лекара и добротвора, доктора Данила Цигановића. А, шта је он скривео?

Да би дошли до тога да ли је крив или не, подсећамо на његов животни пут. Данило Цигановић рођен је у Србу, Лика, Хрватска 1898. године од мајке Милице и оца Рада. Основну школу завршио је у родном месту, гимназију у Загребу 1918. године. Исте године уписао је медицински факултет у Грацу, Аустрија, који је завршио 1924. Лекарску праксу започео је у Загребу, као лекар стажер, потом лекар опште праксе, да би даље наставио у Болници за женске болести у Влашкој улици код чувеног Немца Дурста. Гинеколог је постао 1930. године у за њега веома незгодно време. Наиме, да се подсетимо да су 1928. године у Народној скупштини СХС убијени Павле Радић, Ђуро Басарићек и Стјепан Радић, чиме је дошло до директног погоршања положаја Срба у Загребу, што је он и лично осетио. Донео је одлуку да напусти Загреб, а у Шапцу где није било гинеколога указала се прилика да се настани и настави

*Пресуда је одмах извршена,
а они ђокојани без икакавој обележја
у истом селу. Орјани ОЗН-а у Шайцу
су одмах из ђородичне куће
истерали њејову сујрују Ану
са једанаестіодішњим
сином Слободаном*

каријеру. Топло је примљен од колега и од грађана Шапца. Управа болнице доноси одлуку да из састава хирушког одељења издвоји гинеколошко одељење са породилиштем. За шефа одељења 1930. године постављен је др Данило Цигановић и на његовом челу остао до септембра 1944. године.

Доктор Данило је у Шабац дошао са супругом Аном и сином Николом рођеним у Загребу 1926, да би му се у Шапцу родили Небојша 1932. и Слободан 1934. године. Доктор Данило купује повећи плац у Улици Краља Александра у Шапцу, где почиње да зида велику породичну кућу са оридинацијом за приватну лекарску праксу. Са богатим знањем стеченим код уваженог професора Дурста врло брзо се наметнуо Шапчанима и Шапчанкама.

Крив, а ђушку није носио

Његови резултати су за оно време били натпросечни. Све је текло како се пожелети може, поред све друштвене кризе у Краљевини Југославији и почетка Другог светског рата. После капитулације Југославије креће непрегледна река избеглица ка Србији, па и Шапцу. Данилови рођаци из Лике из Хрватске налазе уточиште у његовом дому, где је дневно боравило и по 30 избеглих Срба. Данило им је помагао да нађу смештај у Шапцу и околини, давао им новац, обућу и одећу и трудио се да им олакша избеглички положај код окупационих власти у Шапцу и Србији. Веома ангажован у Црвеном крсту у Шапцу шаље помоћ заробљеницима, а у шабачкој болници и приватној оридинацији неуморно лечи. Схватио је да Срби морају потражити спас у отпору под окриљем ЈВуО. Није се двоумио. То је био избор родољубиви и патриотски.

Угроженима је подједнако помагао без обзира што неки нису са њим де-

лили национална осећања, а ни он са њима њихова интернационална. Тако су текле све ратне године до септембра 1944. Након тога бива мобилисан са сином Николом и прелази са Врховном командом ЈВуО преко Дрине у Босну и са још 13 лекара формира ратну болницу у Батковићу код Бјељине. Потом следи ратна голгота преко Озрена, Требаве, Вучјака до Зеленгоре све до 13. маја 1945. године када је ЈВуО доживео војнички слом. Боравећи у Босни имао је избор да оде у емиграцију, али сматрајући да није ништа и никоме крив одлучио се за повратак породици у Шабац.

Прогоњени од КНОЈ-а и ОЗН-а скривао се са сином код добрих људи у нади да се домогне остатка породице и Шапца. Током лета успео је да се пребаци преко Дрине у лозничко село Јаребице, где је стигао 28. августа 1945. године.

Сада долази одговор у чему је његова кривица! Пушку носио није. Злочин ни један починио није. Лечио је истомишљенике и неистомишљенике са истом стручном и етичком одговорношћу спасавајући животе младих људи који су се нашли у вртлогу рата. Неразумни људи у неразумном времену су то узимали за пресудни грех, који се морао платити главом. Због наводне колаборације и народног непријатељства и такви људи као др Данило Цигановић и његов син Никола су завршили безгробно до данашњег дана.

Окружни суд у Шапцу својом пресудом од фебруара 2007. године је рехабилитовао и њега и његовог сина, ако је то утеха!

Утеха никоме, а поука свакоме. Данас у Шапцу његова унука др Данијела Цигановић – Заблаћански, гинеколог, лекарским и људским доброчинством наставља дедино дело прекинуто хицима људског неразума. //



Злочин ни један починио није. Лечио је истомишљенике и неистомишљенике са истом стручном и етичком одговорношћу: др Цигановић

ЈОШ ЈЕДНО СВЕДОЧАНСТВО О НЕРАЗУМНОМ ВРЕМЕНУ

Трајични крај доктора
Младена Милошевића

// ЛЕКАРИ У СРБИЈИ СУ ДУЖНИ ДА ОВОГ СЈАЈНОГ ЧОВЕКА
РЕХАБИЛИТУЈУ, ПРЕД СОБОМ И ПРЕД БОГОМ. ЊЕГОВ СВЕТАО ЛИК
НЕКА НЕ БУДЕ ЗАБОРАВЉЕН, КАО ШТО МАЧВАНИ НА ГРОБЉУ
У БОГАТИЋУ ГА НЕ ЗАБОРАВЉАЈУ //



Доживео исконску истину
која почива међу Србима
– „Једног драма добра
и два драма зла“:
Др Млађа Милошевић

Нико као Срби својим ближњима тако сурово не опраштају духовну и телесну лепоту, као и сваки вид успеха. Вековима је то међу Србима било, вероватно ни данас ништа није боље. Вековима међу Србима било је истакнутих, духовно и телесно лепих, и успешних. Живот је код нас увек удешавао, да „уз сваки драм добра, иду два драма зла“. Живот др Млађе Милошевића је то потврдио, поготово трагичним крајем. Намера овог чланка је да подсети на несрећу врлих људи у неразумном времену, као што је то пример др Млађе Милошевића, лекара из Богатића.

Да би схватили ту исконску истину која почива међу Србима „једног драма добра и два драма зла“, морамо животну причу др Млађе Милошевића испричати од почетка до трагичног краја, и оног после. Млађа Милошевић је рођен 1897. године у домаћинској кући Милошевића у Неменикућама испод Космаја, од оца Стевана и мајке Смиљане. Углед дома Милошевића је у Космајском срезу био веома велики. Млађин деда Јаков Милошевић је био један од кметова (председника општине) у периоду од 1859. до 1886. године, а отац Стеван, писар општине Неменикуће, практикант Среза космајског, више пута председник општине Неменикуће од 1894. до 1899. године и од 1901. до 1918. године, и трговац у Сопоту.

И Јаков и Стеван били су људи од поверења, али и горког искуства да нема величине људске без њене сенке зависти. Паметно и бистро дете у лику Млађе Милошевића, уз топле и искрене препоруке учитеља из Неменикућа, упућен је на даље

школовање у Београд, у Трећу мушку гимназију у Његошевој улици. Симболике ради, на Видовдан 1914. године, Млађа Милошевић је примио сведочанство о завршеном 7. разреду гимназије. Свакако не случајно, на Видовдан 1923. године у Паризу ће Млађа постати доктор медицине на Сорбони. Између два Видовдана десио се огромни српски погром, повлачење десеткова не српске војске кроз Албанију – Албанска голгота, али и свима добро познато васкрсење.

После пропасти, и војног и цивилног егзодуса преко Албаније 1916. године Млађа Милошевић стигао је у Француску, у малу варош Жисор, да би у Ници матурирао 1917. године и уписао студије медицине на Сорбони. Да поновимо још једном: на Видовдан 1923. године декан Медицинског факултета у Паризу Роже промовисао је Младена Милошевића у доктора Париског универзитета. Новопечени лекар Младен Милошевић имао је два избора: да остане у Француској или да се врати у Србију. Пресудио је патриотизам и завет оца Стевана да је дужан да се стави Отаџбини на располагање. Учинио је по патриотском осећању и очевом завету. Своју диплому ставио је Министарству здравља на располагање и, од августа 1923. године, служио ђачки кадровски рок у Војној болници на Врачару, где је промовисан у чин резервног санитетског поручника. Обавезан лекарски стаж је дослужио у Државној болници у Београду, после чега је положио државни испит за лекара. Према решењу Министарства здравља Краљевине СХС кратко борави у Цариброду (данашњем Димитровграду), а у новембру је до-

Својим радом др Млађа је стекао симпатије Мачвана, био је изабран и за народног посланика 1938. у Скупштини Краљевине Југославије

био решење за Богатић на дужност среског лекара на коју је ступио 24. децембра 1924. године.

Др Младен Милошевић дубоко је везао своју судбину за Мачву, коју је заволео као и родни Космај. Убрзо је заволео и девојку из овог краја, Радмилу Мојашевић, из угледне трговачке куће у Шапцу, која је после школовања у родном граду, провела три године у Бечу у чувеном девојачком пансиону госпође Јовановић, сестре познатог сликара Паје Јовановића. Двоје младих, лепих и образованих, уз договор са родитељима, разаслали су позивнице за венчање 8. јуна 1925. године. Уз девојку др Младен Милошевић добио је и богат мираз, па су у центру Богатића саградили кућу према пројекту архитекте Бранислава Којића, који је такође студирао у Паризу. Све напред речено је био „део греха“ који су приписани др Младену и његовој Радмили 8. септембра 1941. године од стране бездушника, претендената на власт у Југославији и Србији, а који су то у октобру 1944. године и остварили. Током 16 година, од венчања 1925. године до ликвидације др Млађе у Петковци 1941. године, др Младен и његова Радмила живели су у срећном и хармоничном браку у Богатићу. Господ им је подарио две кћери - Олгу и Веру, др Млађа се бринуо о здрављу Мачвана, а Радмила о срећном одрастању деце.

Својим радом др Млађа је стекао симпатије Мачвана, био је изабран и за народног посланика 1938. године у Скупштини Краљевине Југославије. Због функције посланика умањено је рад у својој ординацији, верујући да ће посланичким ангажовањем унапредити инфраструктуру

и опште побољшати живот Мачвана. Испоставило се да је то била заблуда, можда и „највећи докторов грех“, због кога је и ликвидиран са епитетом народног непријатеља са још 17 особа у Петковци 1941. године. Супруга Радмила је предата Гестапоу у Београду „на старање“ да би завршила у Аушвицу, а кћери Олга и Вера породици Мојашевић на старатељство у Београду. Др Младен је од комуниста добио привремено гроб у Петковци, Радмила логор у Аушвицу, а Олга и Вера пакао у Београду.

За Радмилу пакао се није завршио у Аушвицу по завршетку Другог светског рата, већ је настављен егзил у Бечу, потом у Америци. За Олгу и Веру пакао из окупације настављен је у годинама ћутања после ослобођења Београда. Нико им није одговорио зашто им је отац убијен, зашто је мајка послата у Аушвиц, зашто су им оба родитеља понели епитет народних непријатеља, а оне постале деца истих, зашто је родитељска имовина конфискована, зашто су им детињство и младост уништени и још много питања.

Ово је једна од многих тужних прича лекара и њихових породица, који су постале жртве неразумног времена. Ослободиоци, који су славобитно величали своје револуционарне подухвате, жртве својих ослободилачких услуга предали су годинама ћутања и заорава, које сведоци нису заборавили. Сведочили су савременици др Млађе Милошевића, његови верни Мачвани лепоту његовог људског и лекарског бића. Нису заборавили сва његова доброчинства као човека, лекара и посланика. Жале што нису могли да

исцеле ожиљке у душама Vere и Олге, нити ће их ико моћи исцелити, без обзира што се тврди да је „време - лекар за њихово исцељење“.

Данашњи лекари у Србији су дужни да овог сјајног човека, др Младена Милошевића, рехабилитују морално пред собом и пред Богом. Његов светао лик нека не буде заборављен, као што Мачвани на гробљу у Богатићу га не заборављају, палећи му свеће у одсуству његове, на правди Бога, развејане породице.

Остаје нам нада да међу Србима „два драма добра потисну онај један драм зла“, а да духовно и телесно лепи, као и успешни, никада више не буду прогоњени. Поготову не због тога што су они елита: духовно, телесно и делатно виши. У осталом, духом виши и телесно јачи увек плаћају већу цену својих вредности. А, Србија да се никада више не одриче своје вредне и потврђене деце, јер су они будућност и спасење.

Прим. др Предраг Тојић

НАЦИОНАЛНА ПРИЗНАЊА И У ЗДРАВСТВУ

ТАЈНЕ ЗАСЛУГА
ОДАБРАНИХ

// ПРЕ ВИШЕ ОД ТРИ ГОДИНЕ СА СТРАНИЦА „ИЛУСТРОВАНЕ ПОЛИТИКЕ“ И У ТЕЛЕВИЗИЈСКОЈ ЕМИСИЈИ „ПУЛС ЖИВОТА“ ПОКРЕНУТА ЈЕ АКЦИЈА ДА СЕ ИЗУЗЕТНЕ ПЕНЗИЈЕ ДОДЕЉУЈУ И ЗАСЛУЖНИМ РАДНИЦИМА У МЕДИЦИНИ И ЗДРАВСТВУ. ИМА НАДЕ ДА ЋЕ ТА ИНИЦИЈАТИВА, КОНАЧНО, УРОДИТИ ПЛОДОМ //

Ових дана води се жестока расправа о томе ко је и да ли је заслужио „националну пензију“ која се, према одлуци ресорног министарства и Владе Републике Србије, додељује врхунским уметницима. Кроз расправу се искристалисало неколико питања, од којих су нека већ увелико излуђеном аудиторијуму била нарочито занимљива. На пример, да ли је оваква пензија облик друштвеног признања, или социјална помоћ? Да ли је естрада уметност, и могу ли се кафанске певачице сврстати у исти кош с оперским дивама? Да ли постоји и доња граница при вредновању нечијег доприноса култури? Ко је заборављен, и ко се неоправдано нашао на листи примаоца? Колико то кошта?

Мада, постоји и оно о чему се прича испод гласа: на пример, да ли су једино уметници задужили отечество?

Студенти медицине још уче гинекологију из уџбеника које је он написао, а за своје млађе колеге и данас је светао пример преданости струци и честитости. Кажу за њега да је „изродио три Лесковца“! Свеједно, добри стари професор није желео да му се име повлачи по новинама и да прича о својој (иначе мизерној) пензији:

– Нисам ја мечка или естрадна звезда – одмахнуо је руком. – А за пензију... ваљда сам добио оно што сам заслужио?!

Али, кад је реч о идеји да се, по узору на уметнике, националне пензије додељују и стручњацима из других области, он сматра да је то добра идеја коју би што пре требало и законски уобличити.

– Јер, свака струка има своје хероје који су задужили државу и нацију, често много више него уметници. Немам ја ништа против уметника, знам да неки опајају с бедним пензијама.

– Али, знам и своје колеге, научнике, који једва крпе крај с крајем, само не буне се: достојанство им не дозвољава да затраже оно што би им, да смо моралнији, сигурно припадало.

С њим су, под руку, дугогодишњи шеф хирургије Клиничког центра „Др Драгиша Мишовић“, који је обавио прву ресекцију јетре код нас и објавио прву књигу о хирургији јетре, затим први директор Ургентног центра КЦС, један од врхунских хирурга, и многи други... којих је све мање.

Заиста, зашто су уметници заслужнији него лекари, учитељи, машинци, кибернетичари, енергетичари, бабице, сеоски поштари, архитекте, зидари, пилоти...? У

чему је тајна њихових заслуга које нас, мимо уставних начела, стављају у неравноправан положај?

Зашто је костимограф провинцијског позоришта вреднији од сеоског лекара, или лаконога балерина од неке предане и часне медицинске сестре?

Тесна Пандорина кућија

На некаквом интернет форуму, на којем се дискутовало управо о „националним пензијама“, неко је написао да је од више стотина заслужних уметника, упарујући им име и дело, успео да препозна само њих педесетак, док је преовлађујуће мишљење било да је ту, заправо, реч о наградама за страначку лојалност. Тим пре што се комисија што одлучује о „добитницима“ тек накнадно сетила неких уметничких стваралаца који су заиста заслужили дивљење нације, док је поједине неопозиво препустила забораву.

Уз то, доведен је у питање „лош материјални положај“ неких уметника, као на пример сликара чија се дела чак и на нашем скромном тржишту продају по баснословним ценама. У том чудном избору уметника нашао се и један познати телевизијски водитељ, иначе представљен као – естрадна звезда?!

Велика већина учесника реченог форума сматрала је да је додељивање оваквих националних пензија промашај. Такав став је ваљда најбоље уобличио професор др Бошко Ђукановић, наш познати кардиохирург и директор Института за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, који је изјавио да би такву помоћ државе требало да прима сиротиња, односно социјално угрожене категорије грађана, а не истакнути појединци различитих струка... па и уметници:

– Уместо што им даје изузетне пензије, власт би морала да им омогући да за живота добро зараде. То је сва мудрост.

Можда су уметници у предности због предузимљивости свог тадашњег ресорног министра, који је у претходном животу био глумац? Али, он је био и министар информисања! И новинари су, дакле, ту могли нешто да унаре? Нису. Остаје им злоба.

Уз то, могла би се оспорити уметничка вредност дела које не може да достигне одговарајућу (задовољавајућу) цену. Шта слика сликар који не може да нађе пут до нечијег срца... а следствено томе ни до његовог новчани-

ка? Чему, онда, труд? Можда једино да би му у епитафу писало да је за живота био несхваћен? Да ли је, дакле, додељивање „националне пензије“ начин да се неком уметнику предочи да му је целокупан опус јалов и да од њега не може чак ни да преживљава, а камоли живи?

Кад је реч о медицинским радницима, на пример, за које би свако уљудан рекао да заслужују такву почит, намеће се питање да ли Влада у догледно време планира да њихова редовна примања подигне на европски, или бар пристојнији ниво, или ће им бацати прашину у очи? Затим, по којим би се критеријумима додељивале овакве пензије? Јер, за разлику од доброг дела уметника и радника у култури, рад лекара, као и њихов допринос и успешност, итекако се могу измерити! И не само то...

– Уз све познате разлоге због којих би и медицински радници требало да добију националне пензије, морам да подсетим да раде у убитачно стресном послу, који нипошто није довољно награђен – упозорио је др Бранислав Лазић. – То је добра идеја, само потребно је установити законске оквири...

Ваља подсетити да су први добитници „националних пензија“ у нас били политичари, али у време када се та-

кве одлуке нису смеле јавно коментарисати. За њима су наиши врхунски спортисти. Критеријуми су познати: то су државни рекордери, освајачи лаворовог венца на олимпијадама, они који су се окитили златним одличјем на светским и европским првенствима... Овако утврђена правила остављају потпуно јасну представу о томе ко је заслужио пензију, а ко не. Али, када се повела расправа о додели изузетних пензија уметницима, критеријуми нису могли бити чврсто одређени јер нема прецизних инструмената; зато је установљена посебна Комисија која се бави сваким појединачним случајем. Да ли је ту начињена грешка?! Да ли је суд о доприносу неког уметника и вредности његовог дела требало препустити читавој нацији, која би се плебисцитарно изјашњавала о сваком од њих?

Из Комисије су стизала уверавања да она „не ради без критеријума“, да су мерила за доделу ових признања уметницима одређена одговарајућом Уредбом, и то, редом, за „...врхунски уметнички допринос култури Србије, за најзначајније награде и признања уз образложено оцену вредности уметничког доприноса, коју даје одговарајуће уметничко удружење“. Тек на основу тога, Комисија је прегледала поднете захтеве, расправљала о њима и донела одређене одлуке.

На корак до циља

У читавом том каламбуру, у којем учествују и многи људи од знања и личног интегритета, заборављена је „ситница“ с почетка ове приче. Реч је о томе да све професије имају своје хероје, који су одлуком Владе Србије да се овакве пензије додељују само прегеоцима из области културе, сврстани међу грађане другог реда. Јер, зашто су уметници заслужнији од осталих?

Пре нешто више од три године са страница „Илустроване Политике“, као и у телевизијској емисији „Пулс живота“ на СОС каналу, покренута је акција да се „националне пензије“ додељују и заслужним људима у медицини и здравству. При уобличавању предлога водило се рачуна о томе да буџет Србије није врећа без дна и број евентуалних прималаца ове пензије сведен је на 50, па је по узору на Француску академију наука предложено да се међу лауреате не прима нико нов, док неко од претходника не оде. Поштено.

О иницијативи је обавештено Српско лекарско друштво и његов Етички комитет, Лекарска комора Србије, Медицинско одељење САНУ, Медицински одбор Скупштине Србије, Савет за здравство Републике Србије, председник Владе, председник Републике... За овакву идеју дало је глас и више од триста универзитетских професора и бар двоструко више јавних радника... Међу њима је био и професор др Зоран Станковић, тада начелник ВМА, данашњи министар здравља.

Можда као посебан куриозитет ваља споменути да тада за такав вид друштвеног порузнања није био једино тада ресорни министар, тврдећи да за то нема, нити ће бити пара у догледно време (можда се то могло прихватити као аргумент да се у међувремену списак „заслужних“ из области културе није увећао за још двестинак нових имена)!

А због оних који страхују да би то био само вид „социјалне помоћи“, ево једног занимљивог примера: неки који су почашћени овим признањем то су једноставно одбили, а неки су га усмерили на друге ствари, па је, на пример, академик Владимир Величковић тим новцем основао фондацију која једном годишње награђује најбоље младе сликаре.

Милош Лазић,
Драгутин Грегорић



Да ли заслужују признање?

ОПШТА БОЛНИЦА „SAVA SURGERY“ У НИШУ
ОБЕЛЕЖИЛА ДЕЦЕНИЈУ РАДА

ЗАДОВОЉСТВО ПАЦИЈЕНТА ЈЕ ИМПЕРАТИВ

// ТОКОМ 10 ДЕСЕТ ГОДИНА ОБАВЉЕНО ЈЕ ОКО 30.000 СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИХ
ПРЕГЛЕДА И ВИШЕ ОД 2.500 ОПЕРАЦИЈА //

Приватна Општа болница „Sava Surgery“ у Нишу медицинска је установа иза чијег имена стоји квалитет и знање, што потврђују хиљаде задовољних пацијената.

Њени оснивачи – др Љиљана Секуловић – Стефановић, специјалиста пластичне, естетске и реконструктивне хирургије, и др Драган Стефановић, специјалиста опште хирургије, посветили су се одговорно и професионално, развоју приватног здравства.

Болница пружа здравствене услуге из области опште хирургије, пластичне и естетске хирургије, урологије, гинекологије, ортопедије, дечије хирургије, интерне медицине, педијатрије, физикалне медицине и других грана специјалности.

По својој организацији, Болница „Sava Surgery“ задовољава високе медицинске стандарде. Болницу чине поликлиничко-дијагностички део, операциони блок са две савремено опремљене хируршке сале и хоспитални део са комфорним једнокреветним и двокреветним болничким собама.

На сваком кораку уочава се да је уложен велики напор да се у Болници, уз брижно особље, организује леп, топао амбијент, у коме ће се пацијенти осећати и пријатно и сигурно.

Током десет година рада у Болници „Sava Surgery“ обављено је око 30.000 специјалистичких прегледа и урађено више од 2.500 операција, почев од мањих хируршких интервенција, преко рутинских операција до високо специјализованих



Др Драган Стефановић

>>> Своју репутацију и позицију у приватном здравству Србије, Болница „Sava Surgery“ стекла је врхунским резултатима у хируршким гранама, који су постигнути захваљујући, пре свега, ентузијазму оснивача, доброј организацији, набавци савремене медицинске опреме и раду стручњака <<<



Осим класичних хируршких процедура, примењују се и најсавременије методе ендоскопске и лапароскопске хирургије



Модерна болница задовољава високе стандарде

захвата у лечењу карцинома штитасте жлезде, дојке, желуца, дебелог црева, хепатобилијарног тракта и других органа. У болници се, осим класичних хируршких процедура, примењују и најсавременије методе ендоскопске и лапароскопске хирургије.

Своју репутацију и позицију у приватном здравству Србије, Болница „Sava Surgery“ стекла је врхунским резултатима у хируршким гранама, који су постигнути захваљујући, пре свега, ентузијазму оснивача, доброј организацији, набавци савремене медицинске опреме и раду стручњака. Њихов рад, али и однос који „Sava Surgery“ има према њима и према корисницима здравствених услуга познати су стручној и широј јавности и ван граница Ниша, афирмишући на тај начин и сам град у којем је Болница основана и успешно ради пуних десет година.

Др Драган Стефановић и његови сарадници истичу да имају и задовољство и част што су током десет година рада у Болници „Sava Surgery“ упознали добре људе, врхунске лекаре и сараднике, и да није било њих, успех који имају не би био могућ.

– Свако ко се бави медицином, а поготово приватном праксом, требало би да зна да може и мора боље, више, брже, квалитетније. Пре свега, мора да волите свој посао, мора да стално радите на себи, да стално улажете у знање, јер хируршки позив је тежак, преозбиљан, често неизвесан, непредвидив. Али, и леп и пун изазова. То и није позив, већ стил живота – објашњава др Драган Стефановић.

Како после десет година рада и искуства, видите Болницу „Sava Surgery“ данас?

– Болницу видимо као приватну својину, у којој имамо аутономију у организацији и стручном раду, задовољство лекара и пацијената, могућност веће зараде, боље услове рада, транспарентност пословања, упућено на тржишну економију, видимо већу личну одговорност, економски ризик, мање одмора и слободног времена. Видимо тимски рад - сви „дишемо заједно“, сви су окренути пацијенту, читава организација Болнице је постављена „из угла пацијента“. Видимо систем рада са заједничком визијом и стратегијом у коме се пацијент осећа безбедно и заштићено, а лекар достојанствено – истиче др Стефановић.

Наш саговорник подсећа да болница „Sava Surgery“ успешно сарађује са медицинским факултетом, клиничким центром, војном болницом и великим бројем приватних здравствених кућа. Болница активно учествује у раду регионалне Лекарске Коморе Југоисточне Србије и Лекарске Коморе Србије у целини. Болница је добитник награде Српског лекарског друштва за допринос развоја хирургије у приватном здравству Србије. Ове године болница је била један од кандидата за највеће признање града Ниша, за доделу награде „11. јануар“.

Др Стефановић каже да је од свих наука, највеће умеће лечења. Вештина лечења стара је колико и људски род. Српска медицина зачета је у манастирским болницама, захваљујући највећем српском просветитељу и Светом Сави, по коме је болница и добила назив.

Свети Сава је био оснивач првих болница у Хиландару и Свугденици (1199. и 1207. године), а у његовим рукописима пронађена су упућивања за уређење болница и забране надрилекарства. У „Свугденичком тилику“ из 1208, родоначелник српске медицине формулисао је основна начела бриге о болеснима, али и обавезе болесника према онима који их лече и брину о њиховом излечењу.

Поводом десет година рада, Болница „Sava Surgery“ за изузетан допринос, доделила је признање „Свети Сава“ др Петку Стојановићу, специјалисти опште и васкуларне хирургије, др Слободану Митровићу, специјалисти анестезиологије са реаниматологијом, проф. др Радану Џодићу, специјалисти опште хирургије, онкологу, као и др Александру Радосављевићу, специјалисти опште медицине, председнику РЛК за југоисточну Србију.

– Болница „Sava Surgery“ са великим ентузијазмом прихватила је Лекарску комору, као једини професионални еснаф лекара, кроз који артикулише своје професионалне интересе. Захваљујући односу према приватном здравству, институција Лекарске Коморе добија нови квалитет – каже др Стефановић.

Који су Ваши планови за наредни период?

– Планови су амбициозни и реални. „Sava Surgery“ после десет година рада представља чврст темељ за даљи развој. Досадашња искуства и резултати су основа за рационалан и промишљен ход – закључио је др Стефановић.

Прим. др Нада Радан
Милованчев

СУДБИНА ДОМОВА ЗДРАВЉА ПРИШТИНА И КОСОВО ПОЉЕ И
ЊИХОВИХ ЗАПОСЛЕНИХ У ПЕРИОДУ ПОСЛЕ НАТО АГРЕСИЈЕ

НАДЉУДСКА ОДАНОСТ ХИПОКРАТУ И ОГЊИШТУ

// И ПОСЛЕ ДВАНАЕСТ ГОДИНА ТУГЕ, МАЛТРЕТИРАЊА И ПОНИЖАВАЊА, БРОЈ
ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НА ТИМ ПРОСТОРИМА СЕ ПОВЕЋАВА, А НЕ СМАЊУЈЕ //



*„У часу када сјујам међу
чланове лекарске професије,
свечано обећавам да ћу свој животи
сјивијати у службу хуманости.
Према својим учишљима сачуваћу
дужну захвалност и поштовње.
Свој позив ћу обављати савесно
и достојанствено. У вршењу
дужности према болеснику
неће на мене утицати никакви
обзири, вера, националност,
раса, политичка или класна
припадност“*

Хипократова заклетва

Непосредно после почетка НАТО бомбардовања индикативно је напуштање радних места свих здравствених радника албанске националности. То је знатно отежало рад Дома здравља Приштина (који је покривао територију 10 општина 1999. године), тако да смо у првом налету агресије имали велики проблем у раду.

Проблеми су били бројни: од недовољног броја стручног особља готово свих профила, недостатка опреме и лекова, немогућности кретања и комуникације на терену, до прекида у снабдевању енергентима.

Истовремено, готово све „хуманитарне“ организације, које су биле многобројне на овом подручју, напустиле су и прекинуле „хуманитарни“ рад.

Остали смо потпуно сами, у таквим условима радили смо до последњег трачка наде, да ће доласком снага УНМИК-а бити успостављен минимум могућности за живот и рад.

Свакодневно је неко од здравствених радника српске, као и других не-албанских националности, плаћао животом своју увереност да се не може ништа лоше десити људима који су положили Хипократову заклетву



Амбуланта у контејнеру: прим. др Славица Чанковић

73 <

тву у пружању помоћи људима, без обзира на веру и националност. Управо то, најгоре, десило се не малом броју здравствених радника. Када је и последњи Албанац-лекар, као и сви лекари из бројних „хуманитарних“ организација, побегао са Косова и Метохије, нама је остало целокупно становништво, које смо морали здравствено да збринемо. Здравствени радници су се консолидовали, и уз помоћ и присуство Републичког Министарства здравља, несебично пружали помоћ становништву.

Настао је нови моменат, велики повратак албанског живља. Са тим великим повратком вратили су се и здравствени радници, али овог пута није било места за нас који смо пружали помоћ кад њих није било.

Брутално смо протерани, неки чак и убијени на радном месту у тренутку пружања здравствених услуга болесницима. У сећању ми је ликвидација др Златоја Глигоријевића, педијатра, као и многих других, који су остали као неразјашњени случајеви убиства и киднаповања.

Данас, Дом здравља има 600 радника (од 3.300 уочи агресије 1999. године). Један број отишао је у здравстве-

не установе као што су Дом здравља Грачаница, Дом здравља Косово Поље, Дом Здравља Прилужје-Обилић и Дом здравља Штрпце.

Дом здравља Приштина уочи НАТО бомбардовања имао је у свом саставу 220 лекара свих профила. Временом, после прогона, 2000. године повећава се потреба за расељеним здравственим радницима, који се без поговора, с положеном заклетвом, враћају на своје родно огњиште са жељом и надом да ће све једног дана бити као некад: да ће Дом здравља Приштина као некада имати 88 санитарних возила и развијен систем комуникације преко радио станице, повратити или остати на пар амбуланти у повратничким селима (село Бабуш и Талиновац).

Сада се здравствени радници распоређују – радно ангажују у новонасталим домовима здравља у Грачаници, Косовом Пољу, Прилужју-Обилићу и Штрпцу, а осталих 600 радника чека на позив да дође и обавља свој позив на територији где су живели и радили.

Када је почетком 2004. године дошло до масовних демонстрација Албанаца на целој територији Косова и Метохије са циљем да протерају остатак здравствених



Дом здравља функционише у приватној кући

радника, као и српског и не-албанског живља, здравствени радници били су још истрајнији. У налету насиља, убијања, малтретирања и протеривања много је људи остало без својих кућа, а и многе здравствене установе су остале без својих објеката који су спаљени до темеља. То је био случај са болницом и Домом здравља Косово Поље. Ни до данашњег дана нису обновљени. Измештени су у приватну кућу у селу Угљаре. Ради се у контејнерима, а зубарска ординација је смештена у камиону.

Ништа није могло да отера здравствене раднике Србе са ових простора, професионалност, заклетва, а и нада да ће сутра бити боље, не напушта ове људе.

Чудна је снага жеље и воље да се остане на огњишту, да се и после дванаест година туге, малтретирања, понижавања број здравствених радника повећава, а не смањује.

Са надом да ћемо једног дана добити зграде, услове за рад, као професионалци у свом послу, радићемо и у контејнерима, шаторима, па и у камионима.

Прим. др Славица Чанковић

>>> Брутално смо протерани, неки чак и убијени на радном месту у тренутку пружања здравствених услуга болесницима <<<



ТЕШКИ УСЛОВИ ЗА РАД ЛЕКАРА И СТОМАТОЛОГА

ИЗ МЕМОАРА ДР ЕМЕРИХА ЛИНДЕНМАЈЕРА

ДОКТОР АЋИМ МЕДОВИЋ И СЛУЧАЈ ЛАЖНОГ ПРОРОКА МИЛИЈЕ КРАЈИНЦА

У својим мемоарима штампаним на немачком језику у Темишвару 1876. године др Емерих Линденмајер износи случај Милије Крајинца „...који би у физиолошком, али и у психолошком смислу могао да изазове интересовање читалаца, а још више лекара, јер се из њега може видети до ког степена се човек уз помоћ препредености и чврсте воље може одбранити од спољних утицаја, па чак савладати виталне природне нагоне до извесне границе“.

Године 1845. окружна власт у Пожаревцу јавила је Министарству Внутерних дјела, да се у Рамско-Пећком срезу, у селу Бара, извесни Милија Крајинац истиче прорицањем. Он је до таквих надахнућа стизао неком врстом обамрлости или сна. То стање могло је код њега да потраје 12, 16, чак и 24 дана. Тада не би био свестан себе, а живео би без хране и без воде. Тада би му се указивали Бог и свеци откривајући му, наводно, различите тајне путем визија.

Стога су издате наредбе да окружна власт заједно с физикусом употреби сва могућа средства да пред народом разобличи преварантску работу тог човека, јер само разобличавањем таквих варалица може да се успешно утиче на сузбијање сујеверја у народу.

Елем, Милија, родом из Поповице, крајински округ, од своје младости боравио је у Смедереву и у пожаревачком округу, у коме је стекао мање богатство и нешто имовине. Убрзо после тога је у трговини стоком, којом се безуспешно бавио неко време сам, а потом са још једним ортаком, све то изгубио и од пре 18 месеци запао у највеће сиромаштво. То га је приморало да се досети начина како да издржава жену и четворо деце. Према изјави његове жене, Милија већ три године често запада у дубок сан, који је у почетку трајао свега неколико сати, али се касније продужио и на неколико дана. У таквом стању Милија би лежао, без хране и воде, сличан покојнику, па се само по дисању могло закључити да је жив. А после буђења причао би о својим визијама.

Милија у овакав сан није падао само код куће, већ и током својих путовања, и тада би се на први наговештај повлачио у оближње грмље и ту мирно лежао све до буђења. Што је чешће Милија западао у овакав сан, то је он више причао о различитим појавама, не само својој жени, већ и људима изван куће. Па га ускоро народ не само у селу, него и по читавој околини, поче сматрати пророком. Људи су пристизали са свих стра-

на, као код каквог свеца, а он би сваког отпуштао с понеким обећањем. На пример, препоручивао би томе и томе да пије само изворску воду, дајући чак и лекарске савете. Овако стечен углед уливао му све већу сигурност; те поче да унапред да одређује дан када ће пасти у сан и дан када ће се из сна пробудити.

Због велике навале народа побољшало се и имовинско стање Милијино.

Под тако установљеним околностима окружна власт је месним старешинама (кметовима) издала наређења да Милију, чим поново западне у сан, одмах доведу у Пожаревац; што је ускоро могло бити и учињено.

*Самозвани пророк, усљави,
лукави преварант*

У Пожаревацу је Милија препуштен посматрању окружног физикуса др Аћима Медовића (касније првог председника Српског лекарског друштва) који је убрзо после свестраног објективног прегледа дошао до закључка да је Милија само зарад сопственог интереса допустио да буде проглашен пророком, а да иначе није ништа друго до лукави преварант. Што беше потребно и доказати.

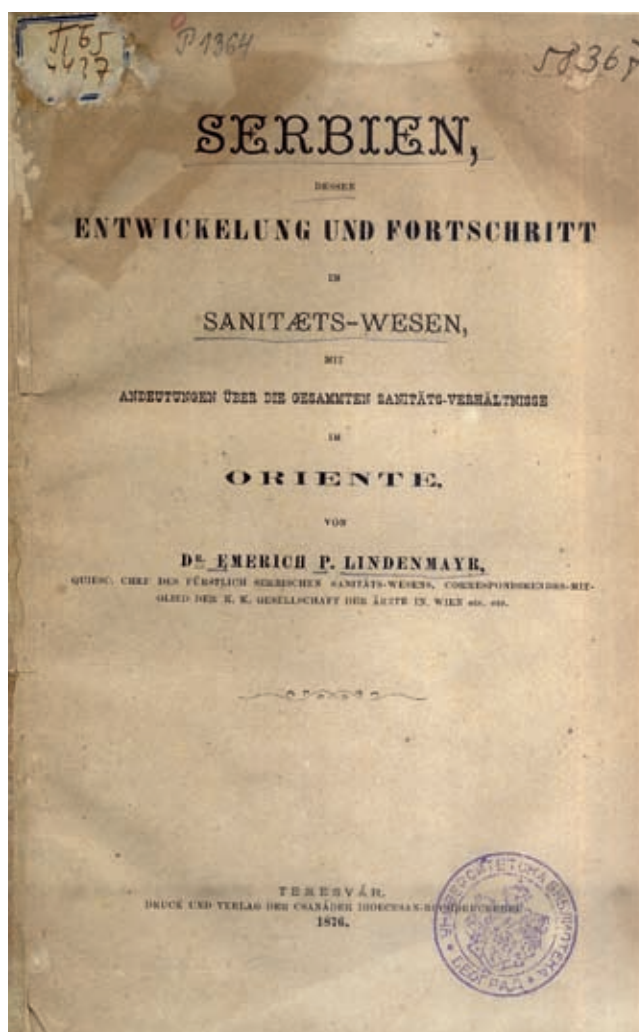
Разноразни покушаји да се Милија извуче из његовог несумњиво лажног стања обамрлости и сна нису успели све до деветог дана, када је Милија затражио мало воде и проје. Пошто се пробудио, почео је да прича како се срео са Светим Николом и Арханђелом Михајлом, како је четири дана и три ноћи путовао у небо, како је видео Бога и све свеце, како му је Бог указао које су особе за манастир, које за затвор, које за батине, пакао, рај итд.

Почео је свим присутнима да прориче будућност 20 до 30 година унапред. Али пошто окружном лекару није могао да каже где је овај био претходног дана и шта је радио, окружна власт му без околишења запрети најтежим казнама уколико се поново усуди да било коме прориче будућност.

Уплашен због овако неочекиваног преокрета, Милија обећа да више неће проричати, али да не може да обећа да више неће западати у сан, па је после поновљених својих обећања (да више неће проричати) послат кући.

Али већ 6. марта поново је утонуо у обамрлост. Стога га према добијеном наређењу довезоше у Пожаревац, где је Милија стигао 9. марта (по јулијанском ка-

Без хране и воде, Милија би лежао данима, а после буђења причао би о својим визијама. Ускоро ја је нароч у чишавој околини почео смайрајти пророком, а побољшало се и њејово имовинско стање



Насловна страна Линденмајерових мемоара

лендару). Одмах би одведен у слабо загрејану собу и положен на ћебе.

Задатак окружног физикуса је сада био да установи да ли ово стање Милијино можда ипак јесте последица или симптом каквог телесног обољења, а не само пуко претварање. Објективним прегледом лекар је

установио следеће: кожа, откуцаји срца, пулс и дисање нису указивали на било шта што би се могло назвати абнормалним. Затворени капци, а још више очи, су међутим скретали пажњу на нешто што се могло сматрати важним, јер то, ипак, беше изван снаге Милијине воље. Када би лекар неочекивано додирнуо његово лице или нос или начинио нагли јачи шум изнад његове главе, уследило је трзање капака, а када би се том приликом отвориле очи, око није било непомично, већ се очна јабучица кретала природно, а била је преплављена сузама, зеница се ширила или сужавала већ према околностима. Доња вилица је могла да се потисне надолу, али би се при престанку притиска поново спајала са горњом. Дисао би на уста, чим би му неко стиснуо ноздрве, али би при слободним ноздрвама поново дисао на нос.

По обављеном прегледу Милију су оставили до поподне на миру. Али, када су га поподне обишли, приметили су да не лежи у истом положају као преподне. Ћебе на коме је лежао смотао је и ставио га испод главе, а кукови су му такође били у другачијем положају. У наставку стављен му је под нос Spir. Sal. Ammoniaci Caust., но без обзира на то што је том мирису био изложен више од 15 минута, Милији су само кренуле сузе на очи, неколико пута је кинуо и на кашљао се, такође је померао Адамову јабучицу, као да хоће да гута. Понашање прегледаног том приликом, лукавост и рутина Милије били за дивљење. Он је, наиме, током читавог огледа једва приметно удицао атмосферски ваздух кроз уста, а врло приметно је издисао кроз нос ваздух који је већ био импрегниран амонијаком.

Чврстим доказима проишав лаковерности народа

Лекар је, такође, направио експеримент са еписпастицима, али тесто од слачице које су му ставили на груди и бутине није изазвало ништа друго осим мало црвенила на тим местима, донекле промењено дисање, кијање и кашљање, немир у свим деловима тела.

Ипак, лекар је могао да установи да се Милијин пулс сваки пут прекомерно убрзава чим он (лекар) ступи у собу, али се после пет до десет минута враћа у нормални ритам. Ово би се појављивало сваки пут на почетку неког новог експеримента и потрајао би све до његовог краја.

*Др Медовић је знао да се лековерношћ
народа може разбити једино доказима.
Признање о љревари уследило тек
јосле давања еметикума*

После свега овога Милија је стављен у угао просто-рије у седећи положај са савијеним коленима и рукама прекрштеним преко доњег трбуха. Потом су га оставили привидно самог. Надзорници су кроз пробушени отвор на вратима ипак приметили да Милија не може дуго тако да остане, јер су ноге и руке почеле да му подрхтавају, па би се Милија стога преместио у нешто удобнији положај. Приметили су још да је сваки пут, када би остао сам, Милија наизменично отварао и затварао очи.

Потпуно нормална кожа, редовни откуцаји срца, пулс, респирација, активности мишића међутим нису били довољан доказ да болесно телесно стање није узрок ове наводне болести спавања. Чак се и свест манифестовала у довољној мери начином дисања при апликовању чистог амонијака, пулсом који се мењао због спољних утицаја, потребом да тело смести у удобнији положај. Требало је дакле претпоставити да у датом случају уопште не постоји основа за патолошку семиотику, јер се снага воље, која се нарочито истичала код испитаника, није могла сматрати знаком болесног стања. Била је овде реч о (снажној) вољи Милије, јер се болест спавања чинила чистим претварањем, зависним од ње саме, без икаквих других доказивих разлога. Али, пошто се са једне стране није видела *reticulum in toto* (одложена опасност), а с друге стране се није смело пренаглити, јер се овде морало рачунати и са лаковерношћу народа, која се може разбити само чврстим доказима о Милијијиној намерној превари, испитивања су настављена и следећег дана и то делимично зарад даље потврде резултата установљених претходног дана, а делимично и због употребе нових средстава. Наређено је да се Милији од стопала па до струка чупкају длачице из коже. Ова процедура остала је без успеха; Милија није показао никакву осетљивост на то. Онда су га ставили поново у седећи положај у коме је требало да остане без престанка, иако би га он, чим би остао сам, мењао и враћао се у удобнији упркос могућности да том приликом буде изненађен.

Трећег дана му је на кожу стопала стављен ужарени угаљ, али се он угасио на Милијином телу, а да Милија, осим већ поменутих промена пулса, није показао никакав знак претрпљеног бола. Тако се понашао и када су му задали одређени број удараца штапом по левом табану.

Пошто се из дотадашњег испитивања показало да неће бити могуће да се примењеним средствима Милија ишчупа из своје обамрлости, а људскост није дозвољавала да се иде даље од овога, да не помињемо да

Милија у народу није требало да постане мученик, пропустили су га поново његовим сопственим мислима и то у седећем положају. Одлучено је да се следећег дана види да ли ће остати тако чврст када се примене и фармацеутска средства. Седмог дана његовог претварања, а четвртог по његовом доласку у Пожаревац - за све то време није ни јео ни пио, није празнио бешику а ни црева - физикус му је припремио концентровани еметикум (средство за повраћање). Један део му је сипао кашиком у уста, све док Милија, зачепљеног носа не би прогутао потребну дозу. Потом му је дао мало воде и оставио га да лежи мирно.

*После љпризнања о љревари,
Милија је ослобођен надзора*

После 90 минута уследило је прво повраћање, па је Милија, у почетку само слабим гласом, затражио хладну воду. Вода му је донета у једној боци, али му је истовремено речено да је неће добити док не буде пред свим присутнима рекао где је био, шта је радио итд. Милија још није пристајао да све призна, већ је поново затражио воду. Када је увидео да је неће добити, поче да прича како је у сну видео братаог старца са још двојицом (Светог Николу и Светог Петра), али да су га они напустили, па је морао да се пробуди. Цела ова прича није прихваћена као истинита, а и је Милија увиђао да неће добити воду докле год буде говорио лажи, па је почео да у присуству других присутних прича следеће: да је све што је до сада прорицао, западајући у сан или омамљеност, било лаж и превара. Чинио је то да би зарадио коју крајцару. Затим се пожалио како му није остало ништа друго осим колибе и у њој намучена жена с четворо деце. Пошто није знао како да зарађује за живот, а насупротив томе видео је како влашке жене прорицањем згрђу лепу пару, тврдећи да су ту способност стекле у омамљености, поверовао је да то и он може да научи још и боље. Сада увиђа да нема сврхе лагати, да је све оно што је чинио била лаж, и да је било шта је било!

Пошто је пио воде, учинило се да ће током наставка разговора поново пасти у сан, али се ипак видело да је сумњиве додатке у својим причама користио због стида пред многим присутним људима. Но, ускоро се охрабрио и признао пред целим светом шта је истина, а шта превара у свему ономе што је чинио: да је спавао само онда, када спавају и други људи и да је знао шта се радило с њиме. Мирис амонијака могао је да поднесе, јер се увежбао да умерено дише и да своје дисање спостве-

ном вољом мења. Што се тиче чупања длачица, теста од слачице, ужареног угља, па и удараца по табану – све је то било лако за њега да поднесе. Само се пожалио што га нису ударили и по другом табану, јер му је већ било постало хладно (на стопалима). Још и горе ствари би могао да поднесе, а да не покаже да га то боли. Али, бол и муку које му је лекар проузроковао средством за повраћање није могао да издржи. Што се тиче столице и мокрења, ту потребу обично има једном у четири или пет дана, а ако би га та потреба и стигла током лежања, он би то потиснуо једном, па и други пут, а трећи пут се она више није јављала. Глад и жеђ је могао да поднесе не само десет дана, већ цео месец.

После ових признања ослобођен је надзора, а власти су се побринуле да нема последица због дугих одрицања, преживљеног узнемиравања и причињеног страха, јер се на његовом лицу јасно могло видети да је дубоко у себи био потресен, вероватно не толико због свега што се дешавало, већ зато што је ометен у својим плановима, увидевши да је његова рачуница пропала. Постепено му је давана лака, али квалитетна храна и умерена количина течности, па је после три или четири дана отпуштен кући.

После ове последње за њега судбоносне афере, Милија се уздржавао се сваког покушаја да се прорицањем обогати. Вратио се свом свакодневном животу, наставивши се у селу Светлић у крагујевачком округу.

У оно доба мало се знало о зачуђујућим вештинама Далеког истока, подвизима факира, пракси Хата и Раца јоге, снажењу воље, и силном утицају сурово истрењене воље на читав организам, која иде чак дотле да омогућава самоубиство престанком дисања, иако (западњачка) физиологија доказује да је то немогуће, због нагомилавања угљендиоксида у крви, и следственог надражаја центра за дисање у продуженој мождини, а ипак се дешава.

Само, како је добри Милија до тих открића дошао сам самцит, немајући свог гуруа!?

Брана Димитријевић

Иначе, др Емерих Линденмајер први је лекар у Србији који се званично бавио очним болестима, а звање магистра окулистике стекао је после двосеместралне обуке по завршетку студија медицине у Бечу (напомена прим. др Н. Р. М.)

ОБАВЕШТЕЊЕ

У складу са одредбом из члана 121. став 3. Статута Лекарске коморе Србије („Службени гласник РС“, број 111/2006, 68/2008, 14/2010, 36/2011 и 43/2011) објављујемо да је:

• **Др Нада Михајловић,**
члан Лекарске коморе Србије, коначном одлуком Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију бр. 3-42/2010 – IV ослобођена од одговорности;

• **Др Живадин Здравковић,**
члан Лекарске коморе Србије, коначном одлуком Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију бр. 3-42/2010 – IV ослобођен од одговорности;

• **Др Слађана Живковић,**
члан Лекарске коморе Србије, коначном одлуком Суда части Регионалне лекарске коморе Београда бр. 3-40/2010 – IV ослобођена од одговорности;

• **Др Марко Челар,**
члан Лекарске коморе Србије, коначном одлуком Суда части Регионалне лекарске коморе Београда бр. 3-87/2010 – IV ослобођен од одговорности;

Такође, У складу са одредбом из члана 121. став 2. Статута Лекарске коморе Србије („Службени гласник РС“, број 111/2006, 68/2008, 14/2010, 36/2011 и 43/2011) објављујемо да је:

• **Др Сунчица Стојковић,**
члан Лекарске коморе Србије, коначном одлуком Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, бр. 3-91/2011 – IV оглашена одговорном и изречена јој је дисциплинска мера Јавна опомена;

• **Др Драгослав Стошић,**
члан Лекарске коморе Србије, коначном одлуком Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, бр. 3-91/2011 – IV оглашен одговорним и изречена му је дисциплинска мера Јавна опомена.

ИСТАНБУЛ 1978:
ПРИЈЕМ ЗА ДЕЛЕГАТЕ
НА КОНГРЕСУ UEFA,
ПРОФ. ДР МИХАИЛО
АНДРЕЈЕВИЋ
(У СРЕДИНИ)

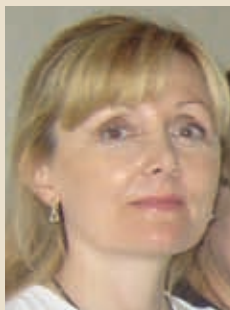


АУТОБИОГРАФИЈА ПРОФ. ДР МИХАИЛА АНДРЕЈЕВИЋА – АНДРЕЈКЕ

Дуго путовање кроз фудбал и медицину

Пише: Др Бранка Лазич

Дуго путовање кроз фудбал и медицину – наслов је аутобиографске књиге др Михаила Андрејевића – Андрејке, професора Медицинског факултета у Београду од 1953. до 1969, који је био познат у Југославији и свету и као високи фудбалски функционер, члан извршног одбора ФИФА-е, изабран за њеног почасног члана и одликован златном медаљом те организације.



Рођен је 16. јула 1898. године у Београду. Фудбал је почео да игра у гимназијским данима у Београду. Као гимназијалац пријавио се у добровољце у Првом светском рату и допао бугарског заробљеништва. Успео је да побегне и стигне у Солун 1918. године.

По ослобођењу завршио је гимназију и Велику матуру и отишао у Беч на студије. У Бечком спортском клубу 1920. године је положио испит за фудбалског судију и када се вратио у Београд као доктор медицине постао је члан Београдског спортског клуба (БСК), а затим и Фудбалског савеза. БСК је у то време на Топчидеру подигао модеран стадион за 30.000 гледалаца и осво-

јио пет фудбалских првенстава. Као члан руководства наше фудбалске репрезентације 1930. одлази на Прво светско првенство у Уругвај на коме је репрезентација, са осам играча БСК-а у свом саставу, освојила треће место. БСК-у је после рата забрањен рад, јер је било процењено да носи грађански буржоаски дух и стадион је предат ЈНА.

Др Андрејевић је учествовао на Конгресу ФИФА-е 1932. у Стокхолму и тада бива изабран за члана надзорног одбора те организације. На Конгресу ФИФА у Паризу изабран је за члана Извршног одбора и на разним функцијама тог тела остаје више од 40 година. Био је међу оснивачима Медицинског комитета ФИФА-е, присуствовао је свим светским фудбалским првенствима од 1930. до 1982. и већини турнира на Олимпијским играма од 1948. до 1980.

По завршетку студија специјализирао је интерну медицину, а ужа специјалност су му биле гастроентерологија и спортска медицина. До 1924. у нас није било организованог прегледа спортиста пре такмичења. Тада се догодио немили догађај са голманом београдског тима на утакмици са репрезентацијом Доње Аустрије, који је задобио ударац у пределу слабине, а боловао је од маларије. Дошло је до руптуре слезине и несрећни младић је преминуо. Тада је основан фонд и на игралиштима су уведене амбуланте где су могли да се прегледају и лече фудбалери. Са групом колега, на челу са професором др Војом Арновљевићем, 1936.



Мадрид 1982:
СУСРЕТ СА
ПРЕДСЕДНИКОМ
МЕЂУНАРОДНОГ
КОМИТЕТА ХУАНОМ
АНТОНИОМ
САМАРАНОМ



Михајло Андрејевић

радио је у првој спортско-медицинској пропедевтичкој клиници.

После рата био је први председник Удружења спортских лекара Југославије. Као професор универзитета пензионисан је 1968. Током каријере објавио је више од



У ЗАРОБЉЕНИШТВУ У БУГАРСКОЈ 1917: ДИМИТРИЈЕ
ВЕЉКОВИЋ И МИХАЈЛО АНДРЕЈЕВИЋ У СОФИЈИ

180 радова и неколико монографија, а писао је чланке у многим јавним гласилима и на тај начин допринео развоју медицине, посебно спортске, али и физичке културе. Још у гимназији показао је интерес за језике. Касније је постао прави полиглота (говорио је седам језика) што му је итекако помогло на међународном пољу ФИФА-е.

Био је човек пун идеја, планова и програма, али и човек од акције које је систематски спроводио. Своје предлоге износио је на демократску дискусију, умео је да саслуша друге, да разуме примедбе, предлоге и критику, као и да их прихвати и укључи у своје идеје на фини, дипломатски начин. Др Андрејевић, једна од највећих личности југословенског и српског фудбала, лекар, професор и публициста умро је 1989. године.

81 <



ПРЕДАЈА ПЕХАРА
И ПРИЈЕМ
У ЈУГОСЛОВЕНСКОЈ
ЗАЈЕДНИЦИ
У МОНТЕВИДЕУ
1930.

ЈУГОСЛОВЕНСКУ
РЕПРЕЗЕНТАЦИЈУ У
МОНТЕВИДЕУ 1930.
ДОЧЕКАО ЈЕ
ПРЕДСЕДНИК
ФИФЕ ЗИЛ РИМЕ
(ФРАНЦУСКА)



ПИСМО О ДОПИНГУ

Историчари са универзитета Хумболт из Берлина пронашли су пре неколико месеци писмо са датумом од 29. новембра 1966. године, у којем је председник Медицинске комисије ФИФА, др Михаило Андрејевић, информисао доктора Макса Данца, председника западнонемачке спортске федерације, о позитивним резултатима тестова на недозво-

љена средства. Према писању немачког „Шпигла“, тестови су показали присуство трагова лека на бази забрањене супстанце ефедрин у крви тројице репрезентативаца Немачке. Реч је о супстанци која се, иначе, користи у спрејевима за нос, али и као стимулативно средство. Немачка је на СП 1966. изгубила у финалу од домаћина Енглеске са 4:2.

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
СТРУЧНА КОНФЕРЕНЦИЈА

ЕТИЧКИ АСПЕКТИ НРАЈА

ЖИВОТ

www.rkczs.org.rs

КРАГУЈЕВАЦ МАРТ 30-31 2012

СИМПОЗИЈУМ

ЕТИЧКИ АСПЕКТИ ПАЛИЈАТИВНЕ И ГЕРИЈАТРИЈСКЕ НЕГЕ
ЛЕЧЕЊЕ УМИРУЋИХ ПАЦИЈЕНАТА-ЕТИЧКИ ИЗАЗОВИ, ОГРАНИЧЕЊА И НЕДОУМИЦЕ



*Драге колеге и пријатељи,
Христос воскресе.
Ваистину воскресе.
Ваша Лекарска
комора Србије*

