



Број 27 // Београд, децембар, 2016 // Година VIII

ГЛАСНИК

ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ISSN 1821-3995

*Срећни
йразници*

Писмо главног уредника

Поштоване колеге,



Са великим задовољством Вам се обраћам, истина после дуже паузе и у новој електронској форми ГЛАСНИК-а. Образложење за то се налази у Одлуци Управног одбора Лекарске коморе Србије са 3. ванредне телефонске седнице, одржане 28. октобра 2016. на којој је закључено (цитирам):

„ЛКС до краја 2016. неће због финансијске ситуације штампати ГЛАСНИК и на тај начин ће се остварити уштеда у средствима Коморе, на штампи и дистрибуцији овог гласила, у укупном износу од око милион динара. До краја 2016. године ГЛАСНИК ЛКС ће бити објављен у електронском облику”.

Радећи у складу са Одлуком, спремили смо број нашег лекарског гласила у новој форми, али са истим циљем – да остваримо што бољу комуникацију са вама. Желећи, као и увек, да та комуникација, на обострану корист, буде двосмерна, упућујем вас на нашу нову мејл адресу, на коју нам можете слати ваше предлоге, примедбе, питања и искуства: glasnik@lks.org.rs.

Иако у другој, електронској форми и овога пута у ГЛАСНИК-у су пред вама рубрике на које сте навикли, текстови из региона како бисмо једни другима били ближи, важне теме из пера наших колега као што су климатске промене или еутаназија.

Пре свега вам скрећем пажњу на разговор са Директором ЛКС др Миланом Динићем из којег ћете моћи да се упознате са тренутном позицијом наше Коморе, са оним што је за шест месеци његовог мандата урађено и оним што нам је свима посебно значајно: какви су планови ЛКС за 2017. годину.

У овој години у коју улазимо желим свима вама, мојим уваженим колегама, много среће, здравља, професионалних и личних успеха, са уверењем да ћемо заједничким напорима и кроз међусобно уважавање, нашој професији повратити углед који јој реално припада, а нама лекарима боље услове рада и неопходне едукације.

Са поштовањем
др Јасмина Павловић
Главни и одговорни уредник ГЛАСНИК-а

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година VIII, број 27,
децембар 2016. 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

Сајт:
www.lks.org.rs

Главни уредник:
Др Јасмина Павловић

Чланови Уређивачког одбора:
Др Бранка Лазић
Др Иван Илић
Др Јелица Аларгић
Др Рада Петровић
Др Радослав Митић

Издавачки савет:
Др Весна Јовановић
Др Милан Симић
Др Јадранка Равић
Др Олга Поповић
Др Гордана Лучић
Др Александар Радосављевић
Др Томислав Стантић
Др Ксенија Турковић

Новински уредник:
Весна Прља-Јовановић

Ликовно-графички уредник:
Илија Милошевић

Типографско писмо:
Adamant



РАЗГОВОР СА ДИРЕКТОРОМ ЛКС ДР МИЛАНОМ ДИНИЋЕМ

КОМОРА У СЛУЖБИ СВОЈИХ ЧЛАНОВА

// ОСНОВНИ ЦИЉ У РАДУ КОМОРЕ У НАРЕДНОМ ПЕРИОДУ БИЋЕ ДА СЕ У ЦЕЛИНИ ПОБОЉША ПОЛОЖАЈ ЛЕКАРА У НАШЕМ ДРУШТВУ И ДА ОНИ ЊУ ПОЧНУ ДА ОСЕЋАЈУ КАО СВОЈУ КУЋУ // ИСКУСТВА ЗЕМАЉА У ОКРУЖЕЊУ ОД ИЗУЗЕТНЕ ВАЖНОСТИ // НЕОПХОДНА САРАДЊА ПРИВАТНИХ И ДРЖАВНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА //

3 <

Са Директором Лекарске коморе Србије др Миланом Динићем разговарали смо на самом крају 2016. о изазовима пред којима се Комора налази, о постигнутим резултатима и плановима за наредну годину. Сумирајући свој шестомесечни ангажман на функцији директора ЛКС, др Динић је истакао, пре свега, значајније остваривање комуникације са Министарством здравља Републике Србије, са Медицинским факултетом, са РФЗО, Институтом за јавно здравље, али и са СЛД и медицинским синдикатима, другим коморама здравствених радника, а све са циљем да се у целини побољша положај лекара у друштву.

„Дошло је време да лекари своју Комору почну да осећају као своју кућу и да она, заиста, буде у служби својих чланова, штитећи углед професије. То се може и мора постићи на тај начин што ће се препознати потребе и захтеви чланства, али истовремено и са упознавањем лекара са чињеницама која су овлашћења Коморе. Битно је да наше чланство 'схвати' улогу ЛКС у здравственом систему и њена стандардна овлашћења. Практично говорећи, ЛКС је 'задужена' да штити оно ДР испред имена лекара. Свакако ће се, у сарадњи са синдикатима, штитити интереси појединца, односно са СЛД штитити стручни рад, али императив рада и разлог постојања ЛКС је заштита лекарске професије као такве” – каже др Динић.

„У последњих 20 година лекари у Србији не уживају положај какав заслужују. Њихов рад је финансијски потцењен, а лош однос медија према нашој професији, а самим тим и јавног мњења, веома штоди свима. Реалност је сасвим другачија” – појашњава др Милан Динић, не заборављајући да дода да су наши лекари увек били уз свој народ, да огромна већина предано ради, иако под јаким притиском – понекад прегледа и до сто пацијената дневно.

Међународна сарадња

Пре доласка на функцију директора, др Динић је имао шестогодишње искуство у раду њених органа – зато су му блиска конкретна решења.

„Морамо створити позитиван амбијент у здравственом систему, а самим тим обезбедити бољи положај лекара у друштву у целини. Држава треба да препозна значај и улогу наше струке и да обезбеди стабилнији модел финансирања здравства. Зато ЛКС планира да се што више укључи у решавање проблема здравственог система Србије, кроз сарадњу са Министарством здравља, а уз заједничке напоре са другим коморама здравствених радника, уз признату позицију ЛКС. Ва-

жна нам је и међународна сарадња јер се на искуствима других добро учи”.

Откако је на челу Коморе др Динић велику пажњу поклања управо међународној сарадњи, што се сагледава и обнављањем чланства ЛКС у WMA, CPME, UEMS, ZEVA... Тако су сви чланови Коморе са важећом лиценцом (13. 12. 2016. према валидним подацима било их је 29.951) односно ЛКС, постали придружени члан UEMS, што је и привилегија и обавеза, јер је то тело ЕУ које окупља лекаре свих специјалности, превасходно са циљем уједначавања едукација и признавања знања.

„Чланство у UEMS нам даје приступ документима који уређују ова питања, тако да је пред нама важан посао усклађивања нашег здравствено-образовног система са Европом. Постоје стандарди ЕУ у вези са КМЕ које ћемо почети и ми да примењујемо. Резултат би требало да буде, пре свега, квалитетна едукација за колеге, а након тога и едукација која ће бити призната у оквирима ЕУ, као таква. То је директно приближавање на-

>>> **Приоритет – инсистирање на што јачем учешћу Коморе у изради закона, више овлашћења за ЛКС и измене неких законских решења за проблеме на терену <<<**

ше медицине европској” – оцењује директор ЛКС и посебно наглашава значај искустава земаља у окружењу које су прошле кроз транзицију „па би било добро да, уважавајући њихова искуства не поновимо њихове грешке”.

Нови сѝаиуи

Др Динић истиче и да је „уз залагање за враћање угледа лекарској професији, значајан и рад на измени закона из области здравства и измени Статута ЛКС”.

„Нови Статут ЛКС би морао да нађе боља решења за питања унутрашње организације, да прецизира сва овлашћења и одговорности, да дефинише једнообразно обављање свих поверених послова, уз поштовање аутономије региона” – указује директор – „Важно је поправити односе између колега, унапредити радни амбијент лекара, превасходно побољшати услове рада лекара и изједначити рад лекара у приватним и државним здравственим установама”.

Као лекар који долази из приватне праксе – сувласник је дома здравља „ВИЗИМ” који има историју дугу више од 20 година – др Милан Динић добро је упућен у могућности и потребу унапређења сарадње приватних и државних здравствених установа.

„Колеге се међусобно уважавају, недостаје административна сарадња” – каже он, „Рецимо, не



признају се боловања, упуту, остала документација издата у приватном здравству. Њу признају лекари, али не и РФЗО који у овом тренутку нема финансијски капацитет да укључи приватну праксу у систем, али мени се чини да нема препрека да се уваже извештаји и да их РФЗО прихвати. Значајно би било и укључивање приватне праксе у информациони систем”.

О свему томе ЛКС већ озбиљно разговара са Министарством здравља Републике Србије.

„За мене је значајна наша сарадња на Закону о здравственој заштити” – истиче др Динић. „ЛКС даје предлоге за које верујемо да ће бити прихваћени. Одржано је неколико састанака са представницима Министарства где смо прецизно образложили наше предлоге, а посебне предлоге су дали сви наши одбори, формирана је и група која је радила на њима”.

На питање који су кључни захтеви ЛКС, др Милан Динић спремно истиче, као приоритете „инсистирање на што јачем учешћу Коморе у изради закона, више овлашћења за ЛКС и измене неких законских решења за проблеме на терену”.

Рационализација ЛКС

„Суштинско питање пред нама је залагање за враћање угледа лекарској професији што ће се постићи бољим позиционирањем ЛКС у здравственом систему” – оцењује др Динић, али не заборав-

ља да се мора инсистирати и на добрим „малим решењима” као што је осигурање лекара-чланова Коморе од професионалне одговорности, обнављање фондова солидарности...

„И сами, у оквирима ЛКС, морамо да покажемо да смо спремни за рационализацију” – наглашава директор. „Треба да обезбедимо ефикаснији рад свих наших стручних служби, да идемо на ближе дефинисање радних процедура, јединствених за све регионалне лекарске коморе, на рационализацију рада наших органа и тела, морамо отворити простор за бољу комуникацију унутар Коморе, још једном претрести обиме послова на свим нивоима наших стручних служби, треба да прецизирамо обиме послова, утврдимо реалне кадровске потребе, комплетну систематизацију радних места и коефицијената, међусобне односе. Посебно истичем неопходност транспарентности у раду целе Коморе, свих органа и тела, као и бољу комуникацију између одбора”.

Свестан важности боље комуникације унутар ЛКС, директор од доласка на функцију уредно свим члановима Скупштине коморе редовно шаље извештаје о свом раду .

На крају, др Милан Динић каже да „ЛКС има јасан циљ да олакша рад колегама, а да пацијентима омогући бољу здравствену заштиту” и не заборавља да свим лекарима и њиховим породицама у име Коморе која их окупља пожели много професионалне и личне среће у 2017. години. ■



Сесија о матичним ћелијама је повудила највеће интересовање тако да је велика сала хотела Hyatt Regency била испуњена до последњег места

АКТИВНОСТИ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА

МЕЂУНАРОДНИ СИМПОЗИЈУМ

// САВРЕМЕНИ ПРИСТУП У ПРИМЕНИ МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА, ТРАНСПЛАНТАЦИЈИ ОРГАНА И ОРГАНИЗАЦИЈИ СЛУЖБЕ ХИТНЕ ПОМОЋИ // СКУП ЈЕ БИО ОДЛИЧАН ПРИМЕР САРАДЊЕ ЛЕКАРА БЕОГРАДА И ЛЕКАРА ИЗ ДИЈАСПОРЕ //

Овогодишњи тематски симпозијум, одржан у сарадњи са колегама из дијаспоре, подржан од стране РЛКБ, показао се као изузетно успешан, како по разматраним актуелним темама које су се односиле на: матичне ћелије, трансплантацију органа и приказ добре организације у збрињавању ургентних кардиолошких и церебро-васкуларних болесника, тако и по избору изванредних предавача. Предавачи

су били из иностранства, по позиву, затим наши еминентни лекари из дијаспоре и лекари наших највећих медицинских установа. Скуп је био међународни – прве категорије, са учешћем дијаспоре. Присуствовало је више од 1400 лекара из Београда и Србије. Симпозијум су акредитовали: Удружење трансфузиолога Србије, Удружење за кардио-васкуларну патологију САНУ и Удружење за матичне ћелије Србије.



Радно председништво сесије о матичним ћелијама

Сесија о матичним ћелијама је била иновативна, како по темама, тако и по предавачима. Реферати су представљени на највишем научном нивоу.

У уводном предавању проф. Бела Балинт – дописни члан САНУ, нагласио је да је „конвенционална трансплантација матичних ћелија постала императивна у лечењу болесника са малигним и неким бенигним болестима крви, али и другим поремећајима...“ и навео да „концепт пластичности матичних ћелија омогућава њихову све ширу примену у области регенеративне медицине...“. Подаци говоре да по терапијској аферези која се користи код нас у лечењу хематолошких обољења и малигних болести крви, не заостајемо за развијеним земљама, а да су наше терапијске процедуре и до 10 пута јефтиније у односу на стране земље.

Предавања наших колега из дијаспоре односила су се на најсавременија истраживања у развијеним земљама.

Проф. Зоран Ивановић из Бордоа је побудио велико интересовање објашњењима која се односе на врсте матичних ћелија, њихову припрему *ex vivo*, комплексну улогу и разлоге успеха и неуспеха у терапији. Опредељени хематопоеТСки прогенитори су одговорни за први талас рекон-

ституције после трансплантације док од најмање две популације матичних ћелија, присутних у трансплантату зависи краткотрајна или дуготрајна тј. дефинитивна хематопоеТСка реконструкција.

Професорка Мирјана Павловић из Флориде говорила је о посебним истраживањима која користе новији пут усмерен ка канцерској матичној ћелији (КМЧ) и истакла да је „критичан значај теорије КМЧ у новом концепту циљ нетерапијетих ћелија који укључује оригиналне приступе за њихово прецизно циљање, што резултира смежуравањем КМЧ и смрћу тумора“.

О употреби матичних ћелија у регенеративној медицини говорила је проф. Мирјана Малетић-Саватић из Хјустона и навела да су „открића у неурогенези одраслих отворила нову еру у модерној неуробиологији: мозак има способност регенерације“.

Сесија о матичним ћелијама је показала да је ова област последњих година доживела експанзију у свим областима медицине и, свакако, дала нове наде за лечење.

Сесија о трансплантацији органа је отворила многа нерешена питања у овој области код нас која нису само медицинске већ и етичке, правне, верске природе...

7 <

Сесију је водио проф. Небојша Станковић и у уводном предавању говорио о историјату трансплантације у Србији.

Предавање проф. Миљка Ристића односило се на улогу уређаја за механичку потпору у циркулацији левог срца (ЛВАД). Он је навео да „услед малог броја доступних донаторских органа и све већег броја пацијената неподобних за трансплантацију срца, уређаји за механичку потпору циркулацији левог срца (ЛВАД) постају све више опција лечења ових пацијената”.

Предавачи на овој сесији, врсни хирурзи у области трансплантације срца, јетре, бубрега, изнели су своја искуства у трансплантацији код нас и у свету. Њихова хируршка вештина је цењена и у другим земљама.

Општи закључак је био да су многа питања у области трансплантације органа и ткива код нас нерешена и да капацитети којима располажемо нису искоришћени.

Сесија о организовању ургентне службе у збрињавању кардиолошких и церебро-васкуларних болесника коју је водио академик проф. Миодраг Остојић је показала да се, уз добру дугогодишњу сарадњу и организацију службе хитне помоћи, упркос скромним средствима која имамо, можемо мерити са развијеним земљама. Академик Го-

ран Станковић је то потврдио чињеницама изнетим у свом предавању.

Гост из Швајцарске др Томас Камбер који је вођа хеликоптерске јединице у кантону Аргау је изнео искуства Швајцарске. Он је са проф. Михаелом Подвинецом био у посети служби хитне помоћи Београда и изузетно похвалио добру организацију у свим сегментима ове службе. Добро разрађене и уходане шеме службе хитне помоћи сликовито је представила др Слађана Анђелић.

Сесија о сарадњи наших лекара са лекарима из дијаспоре коју је водио проф. Михаел Подвинец, донела је конкретне предлоге о трајној и непрекидној сарадњи која се већ годинама одвија и може да буде још боља. Већ постојеће видове сарадње треба учинити доступним великом броју лекара. Конкретни резултати те сарадње која се већ одвија могу се видети на сајту www.rlkbg.org.rs

Наше колеге из дијаспоре ће, преко коморе Београда, бити доступне за сва питања везана за протекли симпозијум, као и за питања из области којима се баве.

Током припреме симпозијума се показало да су наше колеге предавачи, не само врсни лекари, већ и песници, књижевници, певачи... Њихова уметничка страна је дала посебан тон свечаној вечери, одржаној у Хотелу М.



СЕСИЈА О САРАДЊИ СА НАШИМ КОЛЕГАМА ИЗ ДИЈАСПОРЕ ДОНЕЛА ЈЕ НОВЕ ВИДОВЕ САРАДЊЕ КОЈИ ЋЕ СЕ ДАЉЕ НАСТАВИТИ



НА СЕСИЈИ О УРГЕНТНИМ КАРДИОЛОШКИМ И ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛАРНИМ СТАЊИМА СУ ИЗНЕТА ИСКУСТВА БЕОГРАДА И ДОБРЕ ОРГАНИЗАЦИОНЕ ШЕМЕ У ЗБРИЊАВАЊУ ХИТНИХ СЛУЧАЈЕВА



ПРОФ. ЗОРАН ИВАНОВИЋ ИЗ БОРДОА НА СВЕЧАНОЈ ВЕЧЕРИ СА ГЛУМЦИМА ЛЕНОМ БОГДАНОВИЋ И МАРКОМ ДОЛАШОМ

9 <

ЗАКЉУЧАК

Стечена искуства треба даље користити и наставити тренд добре праксе у организовању КМЕ. Већ за следећу годину планирамо симпозијум на тему:

„Употреба и злоупотреба антибиотика – медицински, етички и правни аспекти“.

Овогодишњи симпозијум је показао да смо способни да самостално организујемо скуп који ће лекарима указати на могућност догађања лекарске грешке у овој области – размотриће се и етички и правни аспекти, са циљем да се дају смернице за општи став кад су антибиотици у питању. Скуп је планиран за мај 2017. године.

Текст припремила др **Нина Михајловић**



ПРОМЕНА АДРЕСЕ

Поштовани чланови
Регионалне лекарске коморе Београда,

Од понедељка 20. 06. 2016. године, нова адреса Регионалне лекарске коморе Београда је у улици: **Макензијева бр. 53, спрат III.**

Канцеларија у улици Краљице Наталије бр. 3 неће бити у функцији.

Телефонски бројеви остају непромењени: 011/3626-196, 3626-197 и 3626-198.

С поштовањем,
Председник Регионалне лекарске коморе Београда

Јубилеј Клинике за њласичну хирургију и ојекојине ВМА

Клиника за пластичну хирургију и опекотине ВМА прославила је ових дана велики јубилеј – 70 година од оснивања. Овај колектив је од првог дана свог настанка, стварајући пластичну, реконструктивну и естетску хирургију, био најбољи не само на овим просторима, већ и у светским оквирима.

Пионири ове гране медицине – проф. Арнери, проф. Пантелић, проф. Грива – трасирали су пут развоја нових техника хируршке реконструкције једнака, урођених аномалија, пре свега расцепа усана и непца, пениса, као и у употреби микроваскуларног слободног режња у лечењу остеомијелитиса и дефекта дугих костију код ратне ране, као и реконструкцији дојке по најсавременијим методама.

Данас Клиником управља проф. др Ненад Степић, док је проф. др Бобан Ђорђевић, председник Скупштине РЛКБ, начелник Одељења опекотина.

АКТИВНОСТИ РЛКВ

ИЗЛОЖБА „ДЕСЕТ ГОДИНА ОБНОВЕ РАДА ЛКС“

У жељи да данашњој генерацији лекара приближи њихову струковну организацију, а да их са друге стране подсети како су се њихови претходници у прошлости борили за своје професионалне и стручне интересе, Регионална лекарска комора Војводине одржала је 17. новембра 2016. свечану седницу Скупштине у оквиру које је отворена изложба посвећена обележавању десет година од реоснивања Лекарске коморе Србије.

Свечаности су присуствовале многобројне званице, међу којима су били доц. др Ференц Вицко, државни секретар Министарства здравља Републике Србије, Милош Вучевић, градоначелник Новог Сада, проф. др Милица Медић-Стојаноска, продекан за специјализације Медицинског факултета Универзитета у Новом Саду, проф. др Драган Данкуц, председник Друштва лекара Војводине Српског лекарског друштва, др сци. мед. Јадранка Равић, прим., председник Скупштине Лекарске коморе Србије, некадашњи председници Регионалне лекарске коморе Војводине, као и председници осталих регионалних комора и других комора здравствених радника.

Доц. др Ференц Вицко, истакао је да Министарство здравља Републике Србије свакако има интенцију да подстиче дијалоге свих учесника у пружању здравствене заштите.

Градоначелник Новог Сада, Милош Вучевић честитао је десет година обнове рада Лекарској комори Србије и похвалио истоимену изложбу која о томе сведочи.

Др сци. мед. Томислав Стантић, председник Регионалне лекарске коморе Војводине, захвалио се Граду Новом Саду, покрајинским и републичким структурама власти, на доброј сарадњи, истичући да свако заједничко деловање утиче на постизање бољег степена здравствене заштите.

РЕГИСТАР ЛЕКОВА

Регионална лекарска комора Војводине је спонзорисала штампање новог издања књиге „Лекови у промету 2016“, и исте донирала свим домовима здравља на територији АП Војводине. Ново издање књиге, поред новорегистрованих препарата, располаже и релевантним подацима који пружају помоћ у оптималном избору и дозирању лекова.



Ференц Вицко, државни секретар Министарства здравља Републике Србије, Томислав Стантић, председник Регионалне лекарске коморе Војводине и Милош Вучевић, градоначелник Новог Сада

ОКРУГЛИ СТО „ПОДРШКА ПРОГРАМУ ДОНАЦИЈЕ И ТРАНСПЛАНТАЦИЈЕ ОРГАНА“

С обзиром на планирано доношење новог Закона о трансплантацији, који ће нормирати претпостављену сагласност, Регионална лекарска комора Војводине је одлучила да, заједно са својим партнерима, настави са активностима на промоцији донације и трансплантације органа, у циљу побољшања овог сегмента здравствене заштите и подизања свести грађана о трансплантацији као, пре свега, хуманом чину.

У петак, 08. 04. 2016. године, у организацији Регионалне лекарске коморе Војводине, Медицинског факултета Универзитета у Новом Саду и Друштва лекара Војводине Српског лекарског друштва, на Институту за кардиоваскуларне болести Војводине, одржан је други по реду Округли сто под називом

11 <

вом „Подршка програму донације и трансплантације органа и ткива“.

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

„Асертивна комуникација за здравствене раднике“

У заједничкој организацији удружења „Апел“ и Регионалне лекарске коморе Војводине, курс под



називом „Асертивна комуникација за здравствене раднике“, одржан је у Кикинди, Инђији, Сомбору, Зрењанину, Сремској Митровици и Вршцу.

Акредитован је од стране Здравственог савета Републике Србије, полазницима доноси сертификат и 6 бодова.



ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ КОСОВА И МЕТОХИЈЕ ЗА ПОСЛОВНУ 2016. ГОДИНУ

УСПЕШАН ТИМСКИ РАД

// ПРОЦЕС РЕЛИЦЕНЦИРАЊА СЕ УСПЕШНО ОБАВЉА // ЛЕКАРИ
СА КОСОВА И МЕТОХИЈЕ ИЗУЗЕТНО ЗАИНТЕРЕСОВАНИ ЗА КМЕ //

У току пословне 2016. године рад Регионалне лекарске коморе Косова и Метохије одвијао се несметано. Процес релиценцирања, као један од најзначајнијих у раду ЛКС, односно РЛК, одвија се у најбољем могућем реду, уз свакодневни рад, међусобну сарадњу и тимски рад стручне службе РЛККИМ (захтев МУП-у, контактирање лекара-подносиоца захтева у циљу подсећања истих на потребу обнављања лиценце и благовременог подношења захтева за обнову, достава и обрада сертификата и слично).

У току 2016. године у Именик лекарске коморе Србије уписано је петнаест лекара са територије надлежности Регионалне лекарске коморе Косова и Метохије.

Лекарима-члановима ЛКС са територије надлежности РЛК КИМ пружане су тражене информације, највише у вези Континуиране медицинске едукације, као што су обавезе достављања КМЕ бодова за текућу лиценцу годину. Посебно смо стављали акценат на информације о изменама Правилника о континуираној

медицинској едукацији, важних за обнову лиценце.

У току пословне 2016. године, као и до сада, органи РЛК КиМ су одржали седнице на којима су разматрали и одлучивали о питањима из оквира своје надлежности. Тако је, закључно са 20. 12. 2016. године, одржана једна редовна седница Скупштине, као и четири редовне седнице Надзорног одбора РЛК КиМ; четири редовне и једна телефонска седница Извршног одбора РЛК КиМ. Истовремено је ПО за јавно здравље и примарну здравствену заштиту одржао две редовне седнице, ПО за медицинско образовање три редовне седнице и једну телефонску седницу, а ПО за стручна питања и стручни надзор две телефонске седнице.

У своје лично име и у име РЛК Косова и Метохије желим да наступајућа година буде успешнија и благороднија за све лекаре, сараднике, чланове наших породица и све људе добре воље.

Председник РЛК КИМ
Спец. др мед. Ксенија Турковић

Курс се бави унапређењем комуникације запослених унутар здравствене установе (тима) и унапређењем комуникације здравствених радника са пацијентима.

Курс „Ургентна стања у општој медицини“ одржан је у Вршцу, Бечеју, Кикинди и Суботици. Број поена за учеснике курса је 6.

Он-лајн тест

У сарадњи ДЛВ СЛД – Подружнице Бечеј и Регионалне лекарске коморе Војводине, члановима је на веб порталу РЛКВ омогућено решавање он-лајн теста „Превенција и терапија остеопорозе иза-

зване дужом употребом кортикостероида“, акредитованог од стране Здравственог савета Србије под акредитационим бројем А-1-1826/16 (Збирна табела ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ јул 2016, број одлуке 153-02-2768/2016-01 од 18. 08. 2016.).

Тест носи 5 бодова, и исти је успешно решило 82 лекара.

Тест „Дијагноза и лечење остеоартроза на примарном нивоу здравствене заштите“ у сарадњи РЛК Војводине и Друштва лекара Војводине – Подружнице Бечеј у 2016. години на сајту РЛК Војводине успешно је решило 111 лекара (5 бодова). ■

Еутаназија

„Ником нећу дати
смртоносни лек
чак иако га тражи,
нити ћу давати
такве савете.“

Хипократова заклетва
(5. век пре нове ере)

ПОЈАМ ЕУТАНАЗИЈЕ

Појам еутаназије донекле је оксиморонског карактера. Етимолошки, термин еутаназија је изведеница од грчких речи „eû“ што значи „добро“ са призвуком „лако“ и „thánatos“ што значи „смрт“.

У основном значењу, еутаназија је гашење живота без самртних болова. У изведеном смислу, то је убиство из милосрђа, свесно прекраћивање живота неизлечиво или тешко оболелом лицу. Схваћена у овом другом значењу, еутаназија се оправдава хуманим разлозима.

Проблем еутаназије поставља се у трима ситуацијама:

Прва, када тешки, неизлечиви болесник не може више да поднесе патње и болове и жели да што пре умре, а сам није способан (због тежине обољења, непокретности и сл.) да изврши самоубиство, па тражи од здравственог радника да га лиши живота.

Друга ситуација односи се на оне неизлечиве болеснике, који су у тешком стању, без свести, неспособни да самостално расуђују, а лекари и чланови породице процене да евентуално даље одржавање живота нема више никаквог смисла, јер се свест и виталне функције не могу повратити никаквим медицинским терапијским процедурама. Породица, суочена са дијагнозом и прогнозом, обично прва поставља питање обустављања даљег одржавања живота.

Најзад, трећа ситуација тиче се деце рођене са тешким аномалијама (глувонемо и слепо уз менталну заосталост и сл.), где се родитељи појављују као лица која траже еутаназију.

„Апсолутно ћу поштовати
људски живот од самог
почетка. И под претњом нећу
попустити да се искористе
моја медицинска знања,
супротно законима
хуманости.“

Женевска конвенција, 1946.

ВРСТЕ ЕУТАНАЗИЈЕ

Постоји више подела еутаназије. Према начину извршења, односно с обзиром на то да ли је узрок смрти чињење или нечињење, прихваћена је подела на активну и пасивну еутаназију.

Активна еутаназија представља активно учествовање неког лица (лекара, медицинског особља, сродника пацијентата) у безболном прекидању пацијентовог живота, при чему се болеснику даје смртоносна супстанца. Овакав поступак могао би да буде нпр. давање инјекције са отровом, уношење прекомерне дозе неког опијата и сл.

Пасивна еутаназија значи одустајање од лечења пацијента који је на самрти или престанак са медицинским мерама којима се прудужава његово умирање. Пацијенту се, дакле, „допушта“ да умре од болести од које је оболео. Овакав поступак односио би се на прекид медицинске терапије, укључујући и вештачку исхрану.

АРГУМЕНТИ PRO ET CONTRA

Савремена достигнућа медицине, схватања правника која прелазе правне оквире, урбани, социјални и други чиниоци условили су да је еутаназија у наше време постала изузетно актуелно питање. Заговорници и противници еутаназије, разилазе се у религиозним, филозофским, хуманистичким, социјалним, правним, медицинским и другим гледиштима.

Такође, проблем еутаназије није остао ван интересовања ни лаичког света, јер свако може доћи у ситуацију да тражи еутаназију, било за себе или другога. У страху од умирања, савремени човек склон је да изјави да није страшно умрети, већ је страшно умирати. На поновљене анкете у Сједињеним Америчким Државама са питањем

„Ко је тај који је довољно
смео да присвоји
компетенцију да процени
који је живот невредан
живљења?“

Алфред Шерко



каквом смрћу бисте желели да завршите живот, више од 90 одсто испитаника одговорило је да је жељена смрт – нагла смрт.

Доста тога говори у прилог легализацији еутаназије:

1. чување људског достојанства са аспекта достојанствене смрти;

2. вршење еутаназије по строгим правилима струке;

3. заштита аутономије воље пацијента;

4. квалитет у односу на квантитет живота, кад је већ при крају;

5. помоћ лекара и медицинских радника, солидарност;

6. самилост, разумевање, емпатија.

15 <

Тако присталице овог института сматрају да овај акт не треба кажњавати када се примењује у крајње базнадежним случајевима да би се тешко оболелом или повређеном прекратиле тешке физичке и психичке патње. Према овим ауторима нехуманије је одржавати таквог човека у животу који је мучан и тегобан, него га лишити живота (тзв. законским убиством). Еутаназија је управо мотивисана побудом да се другоме помогне да се ослободи зла, а не да му се нанесе зло.

Поштовање права на живот, по њима, укључује и захтева поштовање права на смрт. Наиме, поштовање достојанства у животу укључује у себи и поштовање тог истог достојанства у умирању. При томе, питање достојанства у умирању није само теоријско, јер различите ситуације траже и практична врло конкретна решења.

Поборници легализовања еутаназије истичу да савремена медицина и савремена технологија у медицини могу практично бесконачно да одржавају виталне функције, што одузима право болеснику на достојанствену смрт. Данас медицина спасава и продужава живот на спектакуларан начин, али постоји добро лечење и претерано лечење, а једно је супротно другом. Применом савремених апарата за одржавање виталних система дисања и крвотока ствара се стање у којем човек више не може да умре, док се применом савремених метода реанимације може вратити у живот клинички мртав човек.

Заговорници еутаназије постављају питање да ли треба дозволити, у суштини, апарату да одреди тренутак смрти и није ли то даља дехуманизација медицине? Тврде да је граница живота од природе дата и да је вековима била „до последњег даха“, док је данас „до последњег електроенцефалографског таласа“. Продужење живота по сваку цену, по њима је нехумано и бесмислено, јер није ништа друго до продужење патњи и продужење умирања. Поред живота и смрти, постоји и нешто између што је названо „живот тела, а смрт људскости“. На тај начин повређује се право на људско достојанство и понос. Можемо рећи да је управо „одлагање биолошке смрти“ девиза културе постиндустријског друштва у целини.

Најзад, присталице еутаназије позивају се и на сасвим прагматично питање новца и великих економских издатака. У западним државама на лечење и болнички смештај коматозних пацијената који вегетирају захваљујући медицинској технологији и терминално оболелих који умиру у условима недостојним човека, отпада 8-9 одсто бруто националног дохотка. Постоје обрачуни да годишње одржавање пацијента на апаратима кошта 165.000 америчких долара. Када је избор неизбежан, ако неко мора да умре, треба га, по њима, пустити да умре и истим средствима спасити оне са већим изгледима за преживљавање.

Не одричући се хуманих мотива који говоре у прилог еутаназији, противници овог схватања истичу три разлога против ње.

Пре свега, никад се не може са сигурношћу искључити могућност оздрављења. Појам неизлечиве болести је релативан. Оно што је данас неизлечиво, већ сутра, захваљујући медицинским открићима може бити излечиво. Такође, не треба потцењивати ни имунолошке снаге организма које су, иако истина врло ретко, успеле да савладају многе „неизлечиве болести“. У прилог овоме иде и чињеница, коју сваки лекар зна, да је постављена дијагноза увек прихватљива са дозом несигурности, а посебно је сваком лекару познато колико је непоуздана прогноза тока и исхода болести. Дакле, пацијента никада не треба третирати као безнадежан случај, без обзира на то о каквој се болести или стању ради, што је медицинскоетичка и деонтолошка обавеза сваког лекара. Пацијент, његови ближњи и лекар имају праисконско и неотуђиво право на наду – веру у живот, излечење и моћ научне медицине.

Друго, без обзира на све мере предострожности, не могу се избећи злоупотребе до којих може доћи у пракси. Еутаназија је током своје примене у историји људског рода најчешће била злоупотребљавана. Сетимо се још наредбе египатског фараона јеврејским бабицама о убијању мушке јеврејске деце на рођењу у време Мојсија (Друга Мојсијева књига, 1, 16). Нацистичка масовна убиства резултат су става да постоји живот који није вредан живљења (став који је својствен еутаназији). Од неизлечиво болесних, доспело се, преко друштвено непродуктивних, до идеолошки и расно непожељних. Познат је лучај лекара Мајкл Свангоа који је осуђен као серијски убица пошто је користећи еутаназију као штит усмртио више од 60 пацијената. Злоупотребе би се, надаље, могле лако проширити са категорије неизлечивих и на друге катогорије болесних и хендикепираних људи. Такође, као мотив за еутаназију не може се искључити ни нестрпљивост наследника. Стога нема никаквих основа да мислимо да се то исто неће догађати и у 21. веку уколико буде свуда законом одобрена.

Најзад, право на живот је основно људско право, без кога остала права немају смисла и из кога проистичу сва друга људска права. Право на живот ни под којим условима не може бити повређено и не може га се одрећи ни сам носилац тог права, нарочито у условима кад је његова одлука о престанку дата под утицајем тешких болова које трпи. У кривично-правној теорији преовлађује став да је сваки живот вредан живљења, без обзира на квалитет, способност самосталног живљења и прогностичке категорије преживљавања, те да стога сваком животу треба пружити једнаку заштиту. Часна животна дужност здрав-

ственог радника је да се бори за људски живот од самог зачећа до његовог природног краја, а никако да поспешује смрт. Право на живот по себи искључује могућност еутаназије.

Иначе, право на живот загарантовано је како нашим Уставом тако и бројним међународним конвенцијама. Међутим, несумњиво је да закони, конвенције, повеље и протоколи, који се односе на право на живот, нису у потпуности усаглашени по питању еутаназије, али исто се може рећи и за смртну казну и абортус.

Овим разлозима могао би се придодати бар још један. Сасвим су ретке клиничке ситуације у којима се чак и најтежи бол не може контролисати за време последњих болесникових дана или недеља, под условом да је болесник у болници и да се о њему свесрдно брине тим терапеута. С тим у вези је и развој палијативног збрињавања које је активна и свеобухватна брига о пацијентима који болују од тешких и неизлечивих болести, што подразумева контролу симптома њихових болести као и психолошку, социјалну и духовну подршку пацијентима и њиховим породицама. Палијативно збрињавање обезбеђује најбољи могући квалитет живота у последњим фазама пацијентове болести.

Неки аутори наводе да би се у пракси неопажено могли дешавати неки од следећих пропуста:

1. захтеви за еутаназијом због недијагностификоване или нелечене душевне болести;
2. захтеви за еутаназијом због неправилно лечених симптома;
3. недовољна пажња о патњи и страховима умирућег пацијента;
4. рањивост социјално маргинализованих група (сиромашни, стари, изоловани...);
5. неадекватни закључци о квалитету пацијентовог живота;
6. притисак обавезе вршења еутаназије на страни лекара;
7. немогућност ефективне пацијентове одбране од предложене мере од стране лекара;
8. финансијски чиниоци;
9. арбитрарност, проблем компетентности;
10. немогућност развоја ефикасне регулације.

Као аргумент против еутаназије могли бисмо навести и извештаје из појединих земаља које су декриминализовале еутаназију, а који говоре о томе да се у њима развио посебан облик туризма, који је у литератури познат као „самоубилачки туризам“, „еутаназијски туризам“ и „doctor shopping“.

Према једном истраживању, најчешћи разлози због којих пацијенти желе да изврше самоубиство су: бол (56 одсто), диспнеја (23 одсто), неопходност

дуготрајног лечења (37 одсто), непокретност (23 одсто), жеља за контролом сопственог живота и смрти (12 одсто) и губитак достојанства (6 одсто), док су медицинске дијагнозе у конкретним случајевима биле: канцер (47 одсто), болести срца (12 одсто), болести нервног система (12 одсто), ХИВ (7 одсто) и друге болести (21 одсто).

НЕДОУМИЦЕ НАШИХ ЛЕКАРА

Наши лекари су у страху од самог изговарања речи „еутаназија“, иако Закон о правима пацијентата из 2013. године прописује право пацијента, који је способан за расуђивање, да одбије предложу медицинску меру, чак и у случају када се њоме спасава или одржава његов живот. Та одредба не изражава ништа друго до оно што се у другим правним системима дефинише као пасивна еутаназија.

И у Изјави о самоубиству уз помоћ лекара (усвојена на 44. Скупштини светског медицинског удружења, Марбеља, Шпанија, септембар 1992.) заузет је став који каже да је право на одбијање медицинске помоћи основно право пацијента и да лекар не поступа неетички, чак иако поштовање такве жеље доведе до смрти пацијента. Овакав став остаје и даље проблематичан са етичке стране.

У Декларацији о еутаназији (усвојена на 39. Светској медицинској скупштини, Мадрид, октобар 1987.) заузет је категоричан став да је еутаназија, чак и на захтев пацијента или захтев њему блиских особа, неетичка, према томе и недозвољена. Истакнуто је, међутим, да то не спречава лекара да испоштује жељу пацијента да му се дозволи природни ток болести у терминалној фази.

Однос лекара према умирућим пацијентима у нашој земљи први пут се дефинише Кодексом професионалне етике Лекарске коморе Србије 2006. године. Кодекс забрањује еутаназију, али на помало нејасан и двосмислен начин. У овом пропису каже се да је умирање болесника и смрт део лекарског лечења. Лекар је дужан да пацијенту у терминалном стадијуму болести обезбеди достојне услове умирања, јер би настављање интензивног лечења болесника у овом стању искључило право умирућег на достојанствену смрт.

Шта се подразумева под правом умирућег на достојанствену смрт? Поред тога што умирући има право на помоћ, негу и људски однос, на информисање о здравственом стању и предузетим поступцима, на присуство чланова породице и других ближњих у завршним тренуцима, као и на психичку и духовну помоћ, концепт достојанствене смрти подразумева и обавезу лекара да предузме све мере које су потребне за смислено лечење и олакшање у трпљењу.

У поменутом Етичком кодексу заузима се став да право на достојанствену смрт подразумева

17 <

и обавезу лекара да, у односу на наставак лечења, узме у обзир последњу жељу умирућег уколико је при свести, урачуњлив и адекватно информисан о својој болести, изузев уколико његова жеља није у складу са етичким мерилима лекара, тј. ако она води активној еутаназији. У односу на пацијенте који нису способни за расуђивање, коначну одлуку о току лечења доноси лекар руководећи се медицинским мерилима. При томе, он треба да узме у обзир и евентуалну раније изражену вољу пацијента и мишљење ближњих који болесника добро познају.

Мада Етички кодекс изричито наводи да је намерно скраћивање живота у супротности са медицинском етиком, у њему се не заузима изричит став према употреби лекамена у намери ублажавања болова у дозама за које се унапред зна да могу бити смртоносне. Ни упућивање Етичког кодекса на поштовање последње жеље умирућег пацијента не даје одговарајуће објашњење, јер се лекару дозвољава да одступи од жеље пацијента ако она није у складу са етичким мерилима лекара и не представља еутаназију. С обзиром на постојање јасне одредбе Кривичног законика о лишењу живота из самилости, јасно је да је то забрањено.

ЗАКЉУЧАК (ПРЕДЛОЗИ DE LEGE FERENDA)

Од одговора на бројна питања која се тичу живота и смрти, зависе и одговори на питање које су медицинске, етичке и правне дужности лекара. У сагласности са тим одговорима треба редефинисати и сам појам еутаназије.

Да би се прецизирале дужности лекара које се тичу чувања живота и борбе за људски живот, неопходно је да се редефинишесам појам живота. Сложеност овог проблема може се илустровати питањем: Како третирали са медицинског, етичког и правног становишта живот пацијента у хроничном вегетативном стању код кога су све психичке функције, због опсежног оштећења мозга, дефинитивно изгубљене? Познато је да пацијенти у овом стању могу да живе уз основну негу и исхрану преко сонде, а забележени су и случајеви вишедеценијског преживљавања. Поставља се питање колико је смислено одржавати овакво стање, односно, да ли га и када треба прекинути. Поред медицинског, ова одлука укључује и правни аспект, јер се тиме, фактички, одлучује о праву на живот. Такође, може се поставити и питање како третирали живот и право на живот новорођенчета са тешким телесним дефектима и наказношћу?

Нова научна и техничка достигнућа медицине налажу неопходност да се са медицинског, етичког и правног становишта редефинишу и појмо-

ви смрти и процеса умирања, као и наступања тренутка смрти. Смрт је престанак живота, па је дефиниција појма смрти тесно повезана са дефиницијом појма живота. Она се не може дати док се појам живота прецизно не дефинише. С друге стране, и сам појам процеса умирања треба прецизније дефинисати. Овде се прво поставља питање када процес умирања почиње? Треба добити одговоре и на још сложенија питања: Када овај процес улази у своју иреверзибилну фазу која, поред свих настојања медицине, неминовно води престанку живота? Када се и на основу којих критеријума може закључити да је смрт дефинитивно наступила?

Медицинска етика и медицинско право све више инсистирају на принципу поштовања аутономије пацијента. То додатно усложњава наведене проблеме и питања која се тичу еутаназије. Све јаче се инсистира на праву човека не само на живот, већ и на квалитет живота, као и на његовом праву на самоодређење, тј. одлучивања о смрти и праву на достојанствену смрт. Постављају се бројна и сложена питања до које мере треба поштовати ова права пацијента и, још теже питање, како их испоштовати водећи рачуна и о другим етичким и правним дужностима? С те стране, дебата о еутаназији може да изгледа као класичан конфликт: индивидуално против општег (друштвеног).

Проценат оних који подржавају еутаназију у Србији статистички је значајно мањи него у другим земљама, јер у Америци 56 одсто, у Великој Британији 77 одсто, а у Канади 80 одсто испитаника подржава овај институт. Стога се намеће закључак да са легализацијом еутаназије у Републици Србији не треба журити. Пре доношења закона потребна је јавна, друштвена дебата у којој ће учествовати правници, лекари (свих профила), психолози, филозофи, представници цркава и сви заинтересовани грађани. (Еутаназија је у Холандији легализована тек после 30 година јавне друштвене дебате.) Пре доношења закона неопходно је створити здравствене, финансијске и правне претпоставке које ће заштитити терминално оболеле пацијенте од било чије самовоље и слободне процене и створити им услове за достојанствен крај.

Само под тим условима би "еутаназија, двосекли мач, отворила могућност достојанственог излаза, напуштања живота."

Др Драгана Денић
специјалиста - неуролог

Климајске промене – јас здравља и улога здравствене струке

„Чим је схватио своју моћ, човек се према природи почео понашати као према случајној и несносној рогобатности у уредном поретку вештачких ствари, у свету властитих производа, који би, иначе, без природе био савршен."

Борислав Пекић, 1999.

Истраживања ретких болести, развој трансплантационе медицине, лечење малигних болести, хируршке и интернистичке области, радиодијагностика и бројни други изазови клиничке медицине, у фокусу су интересовања медицинске струке и често су примарни мотив за бављење медицином.

Има међутим и области које су одувек биле актуелне и важне за мали део популације здравствених стручњака који се баве животном средином и здрављем, хигијеном и јавним здрављем, а сада заузимају све важније место међу осталим здравственим професионалцима.

Климатске промене су до недавно сматране питањем будућности – проблемом који ће погађати наше далеке потомке, но, показало се да је то нетачно. Актуелне климатске промене евидентно утичу на наше здравље сада и овде, у свим крајевима планете.

Суочавамо се са изазовима заштите људи од климатских промена као што су: бројни топлотни таласи и екстремне временске прилике, избијање заразних болести попут маларије, денге и колере и других вирусних инфекција, последице потхрањености, као и лечење малигних болести, респираторних, кардиоваскуларних и других незаразних болести које су последица промена у окружењу и загађења које су у вези са климатским променама.

Свако од нас, у свом професионалном и приватном животу, на дневном нивоу препознаје утицај промене климе. Уколико бисмо наставили да се

као човечанство понашамо као до сада, за нешто више од 80 година, просечна температура би порасла за нешто више од 4 степена целзијуса, а то је период нешто дужи од просечног животног века на нашим просторима, дакле време само једне генерације.

„Фабрика климатских промена" ради у пуном капацитету производећи директне и индиректне „нуспроизводе климатских промена", односно бројне последице за појединца, популацију у целини, за животну средину и представља, не само изазов за јавно здравље, него и за здравствене системе, а самим тим и за здравствене професионалце.

Прошла 2015. година је забележена као најтоплија година од почетка мерења. Ове евидентне климатске промене значајно утичу и на услове рада уопште, али и на услове у здравству, као и на ефикасност и квалитет пружања здравствених услуга.

Др Margaret Chan, генерална директорка WHO истиче да је изазове климатских промена могуће решити и да сви заједно треба да учинимо потребне кораке. WHO у својим акцијама позива на хитно деловање у циљу заштите здравља од климатских промена, које је од значаја за спасавање живота не само сада, него и у будућности.

Претња глобалном здрављу и угроженост животне средине биле су и основни разлог за прошлгодишњи Климатски Самит у Паризу који је ујединио лидере земаља света, веома различитих ставова, са разнородним приоритетима и могућ-

19 <



ДР MARIA NEIRA



ЧЛАНОВИ HEAL ДЕЛЕГАЦИЈЕ

ностима, у одлуци за покретање акције за смањење пораста глобалне температуре.

На споменутој Конференцији о климатским променама Уједињених нација у Паризу, у децембру 2015. године, постигнут је глобални соразум за решавање климатских промена, и то је најважнији постигнут споразум од значаја за глобално здравље. Споразум је не само прилика за смањење климатских промена и њихових последица, него и промовисање активности које могу да буду од великог и непосредног значаја за здравље, односно смањење трошкова за здравствене системе појединих земаља. Потписивање овог обавезујућег Споразума у седишту Уједињених нација у Њујорку, 22. априла ове године, представља и за Србију, као и за друге земље потписнице озбиљан задатак.

Који је значај улоге лекара и здравствених професионалаца уопште у климатским променама, као највећој претњи глобалном здрављу у 21. веку? И које су наше могућности овде и сада у нашој земљи, имајући у виду бројне изазове са којима се суочавамо унутар здравственог система и значајне напоре који су неопходни да би се постигло унапређење здравља популације?

По(р)уке са Климатској Самити

Конференција лекара одржана током Самита под називом „Здравствени професионалци говоре о 'здравим' облицима енергије и клими“, у организацији Алијансе за здравље и животну средину (HEAL) и сарадњи са Асоцијацијом лекара Француске (CNOM), Светском здравственом организацијом (WHO) и Међународном организацијом студената медицине (IFMSA) имала је за циљ да се аргументом здравља да допринос постизању споразума. Том приликом је др Maria Neira, директор Одеље-

ња за јавно здравље, заштиту животне средине и социјалне детерминанте здравља WHO у Женеви, истакла да „није важно колико ће пута реч здравље бити споменута у споразуму који се финализује у Паризу на COP21, него колико су све одлуке дугорочно засноване на здравственом аспект“.

Здравствени експерти из Пољске, Турске, Србије, Немачке, Индије, Америке, Аустралије, Шпаније и других земаља говорили су о томе како избор „чистих“ енергија може да очува здравље свих људи, смањи загађење ваздуха и утиче на смањење климатских промена.

Директорка Алијансе за здравље и животну средину Genon Jensen позвала је „све земље света на хитну декарбонизацију својих економија и енергетских система како би смањиле климатске промене“.

Anne Stauffer, заменица директора HEAL-а посетила је да су „...избори обновљивих извора енергије главни позитивни фактори који утичу на унапређење здравља и у исто време доприносе смањењу климатских промена“.

Представник Турске асоцијације лекара др Bayazit Ilhan је нагласио да се лекари у Турској залажу да „студија утицаја на здравље мора бити саставни део процене утицаја сваког новог индустријског пројекта који би могао имати штетне ефекте на здравље“.

Др Peter van den Hazel, председник Међународне организације за унапређење здравља деце поставио је питање „...како би изгледао живот наше деце у 2030. години када би се температура на Земљи повећала за неколико степени“.

Представник Асоцијације пулмолога Пољске др Tadeusz Zielonka (клинички лекар који се бави терцијарном здравственим заштитом) изнео је став да „лекари треба више да буду усмере-



Представници Турске, Пољске и Србије

ни ка превенцији и додатној едукацији лекара у области здравља и животне средине.“

Истакнута је спремност Министарства здравља Републике Србије да се бави изазовима у вези климатских промена, квалитета ваздуха, енергије и здравља, да интензивира интерсекторску сарадњу, а наглашене су и активности здравственог система у поплавама, које су са „симптомом болести“ климатских промена.

У организацији WHO, Глобалне алијансе за климу и здравље, HEAL-а, GIZ-а током Самита окупили су се експерти у овој области, здравствени стручњаци, али и друге струке на тему „Клима и здравља“, мотивисани очувањем здравља и изнели своја виђења о могућностима за акције, истичући да не постоји резерви план за будућност и глобално очување здравља.

Акције и активности у међународним оквирима

Климатски Самит у Паризу окупио је преко 25.000 делегата. Том приликом постигнут је споразум за глобално отопљење испод 2 степена целзијуса, који има политички, економски али и јавно здравствени значај, и подстиче на глобалном нивоу:

– Акције и мере које ће ограничити климатске промене и смањити на најмању меру неприхватљиве ризике за глобално здравље.

– Стимулативне мере финансирања за прилагођавање климатским променама и јавноздравствене мере за смањење ризика од екстремних временских прилика, које имају за последицу заразне болести, смањење залиха воде и хране, као и пораст несигурности.

– Акције у којима се уз смањење климатских промена унапређује здравље, смањује инциденције појединих малигних болести, респираторних



GENON JENSEN и ДР PETER VAN DEN HAZEL

и кардиоваскуларних болести које су изазване загађењем ваздуха.

– Подизање свести о здравственим ефектима климатских промена и о декарбонизацији међу здравственим професионалцима и у општој популацији.

– Развој и спровођење мера за ограничавање климатских промена и заштите здравља на националном нивоу, на радном месту и у заједници.

– Акције на смањивању утицаја на околину здравствених установа и здравствених система, уз побољшање здравствених услуга.

Активности HEAL-а након Самита у Паризу додатно су усмерене на смањење климатских промена, како кроз заговарање обновљивих извора енергије и „здравих“ извора енергије, тако и заговарање потребе интензивирања активности у здравственом сектору. Једна од активности је и организован вебинар на тему „Рефлексије на COP21 и глас здравља у климатским променама“, са циљем да и на нашим просторима ова тема заузме важно место и подстакне будуће акције у којима ће учествовати сви здравствени професионалци и бити укључене здравствене институције, односно здравствени систем у целисти.

Треба споменути да је Париз почетком јула ове године био домаћин Друге Глобалне Конференције о „Клими и здрављу“, у организацији Светске здравствене организације, под називом „Издрадња здравијег друштва применом Париског споразума“.

Кључне поруке односе се на нужност хитних акција које воде смањењу климатских промена, уз све оне активности које су потребне да бисмо се што боље прилагодили промени климе, али и све синхронизоване стратешке оквири деловања који су неопходни за повећање отпорности здравствених система.

> 22

21 <

Климатске промене су неприхватљиви ризици за глобално јавно здравље, и захтевају интензивно ангажовање здравствене струке. Питање климатских промена, међутим, није примарно одговорност здравственог сектора, али је улога здравствених професионалаца веома значајна и треба да се одвија у следећим правцима:

- разматрањем конкретних претњи од климатских промена које се односе на популацију и појединце, процена спремности здравственог система да делује, као и доношење стратегије прилагођавања и ублажавања последица климатских промена;

- применом јавноздравствених интервенција, као што су одговарајући надзор болести, спремност за катастрофе, контрола вектора, обезбеђивање одговарајуће исхране и вакцина;

- јачањем сопствених капацитета у људским ресурсима и њихово планирање;

- учествовањем у локалним јавно здравственим политикама и заштити животне средине, сарадњи са урбанистима у циљу обезбеђивања различитих добробити;

- преузимањем лидерске улоге у смањењу емисије штетних гасова у болницама и клиникама кроз обнављање у обновљиве технологије (соларни панели и слично);

- заговарањем знањем, ауторитетом и примером за учешће здравља у свим политикама и присуство здравља у свим плановима климатских промена.

Климатске промене су свакако и изазов и за образовање у целини, али и образовање здравствених професионалаца. Потребне за бољом припремљеношћу, развојем личне одговорности сваког појединца, као и свести за деловање на смањењу климатских промена су нарастајуће. Србија се, као партнер Светске здравствене организације, 2010. године обавезала кроз Парма декларацију, између осталог, и на активности које воде ублажавању климатских промена.

Могућности лекара и здравствених професионалаца

Како је задатак здравственог сектора не само да лечи последице него и да укаже доносиоцима одлука да приликом одлучивања о енергетским питањима узму у обзир утицај на здравље, јасно је да је неопходна потреба да се здравствени аспекти разматрају приликом доношења одлука за будуће генерације. Из перспективе здравља, важно је развијати окружење које омогућава развој и коришћење обновљивих извора енергије, као и повећање енергетске ефикасности и смањење климатских промена. Са друге стране, здравствени системи су такође велики потрошачи енергије, значајно партиципирају у укупној енергетској

потрошњи, и имају према томе и могућности да својим деловањем дају допринос у смањењу климатских промена.

У прилог томе, треба нагласити да знање и вештина врхунског хирурга (или неког другог специјалисте клиничке гране медицине) може да се искаже само ако су задовољени и услови потребне инфраструктуре за обављање одговарајуће интервенције (дакле потребна енергија и водоснабдевање). Врхунском анестезиологу је неопходна апаратура, микроклима, енергија, како би могао да својим процедурама омогући опоравак пацијента. Лекари у примарној здравственој заштити су најоптерећенији захтевима пацијената, и у тежњи да пружи здравствену услугу најчешће немају времена да размишљају о узроцима који су довели до тегоба пацијената, а то су у значајном проценту и климатске прилике (које утичу и на услове у ординацијама). Услови рада за здравствене професионалце и за пацијенте су, дакле, у функцији квалитетно пружене здравствене услуге, те је из тих разлога спремност здравственог система за адаптацију од велике важности.

Такође је важно да здравствени системи буду стимулирани за предузимање активности у смањењу климатских промена, а да здравствени професионалци узму важну улогу ауторитетом, знањем и примером. Због тога је потребно да се и унутар здравственог система потрудимо да својим активностима, као здравствени професионалци, делујући својим примером, пратећи стратешке оквири за смањење климатских промена, у оквиру свих планова (узимајући у обзир допринос здравствених установа у укупном климатском отиску) спроводимо активности које воде смањењу доприноса климатским променама (уз истовремено унапређење целокупног здравственог система).

Припрема здравственог система за нове изазове захтева и припрему здравствених установа, као и сарадњу здравствених професионалаца међусобно, уз одговарајућу едукацију за укупне изазове климатских промена. Заједнички рад на повећању отпорности подразумева и сарадњу са другим секторима, заговарање у области пољопривреде и енергетике, али и образовном сектору. Препоруке које дајемо популацији треба да буду праћене мониторингом, као и сарадњом са грађанима и медијима. Снажнији глас лекара и здравствених професионалаца, а потом и активности у смањењу климатских промена од есенцијалног су значаја за допринос глобалном здрављу.

Проф. др Марија Јевтић
Универзитет у Новом Саду,
Медицински факултет
Институт за јавно здравље Војводине

ОДЛУКЕ СУДА ЧАСТИ

РС-ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ Регионална лекарска комора за југоисточну Србију у Нишу СУД ЧАСТИ Ди 3-2/2015-IV

Првостепено судско веће Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију у Нишу у саставу спец. др мед. Живорад Дидић, прим., као председник већа, спец. др мед. Звонимир Пантић, и спец.др мед. Слађана Мајкић, као чланови већа у поступку утврђивања дисциплинске одговорности др Благоја Пејковића, специјалисте гинекологије и акушерства запосленог у ЗЦ Алексинац, због сумње да је учинио повреду професионалне дужности, из чл. 195. ст. 1. тач. 3 и 2. Статута Лекарске коморе Србије и поступио супротно одредби чл. 40. ст. 1 тач. 3 и 2 Закона о коморама здравствених радника, у вези са чл. 47 и 50 Кодекса професионалне етике ЛКС на основу Одлуке већа Врховног суда части ЛКС Дж-58-3/2016 од 15. 06. 2015. године а по предлогу Марије Мијаиловић Милошевић из Мозгова , уз присуство подносиоца предлога и др Благоја Пејковића, након одржане јавне главне расправе, дана 05. 08. 2016. године, на затвореној нејавној седници донело је

О Д Л У К У

I. Др Благоје Пејковић,специјалиста гинекологије и акушерства ,запослен у ОБ Алексинац, број лиценце 302606

На основу чл. 235 и чл. 239 Статута Лекарске коморе Србије

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНИМ

– да као ординирајући лекар на одељењу гинекологије и акушерства ОБ Алексинац дана 25. 12. 2014. године није извршио адекватну процену начина на који је требало завршити порођај пацијенткиње с обзиром на околности, није уредно и потпуно водио медицинску

документацију што је онемогућило утврђивање чињеница шта се заиста догодило приликом порођаја,односно које су терапеутске и дијагностичке методе примењене, а на основу чега би се могло одлучивати о постојању евентулане одговорности лекара приликом пружања здравствених услуга подносиоцу предлога што је за последицу имало рођење мушког детета без знакова живота

- чиме би учинио повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из чл. 195 ст. 1 тач. 3 Статута Лекарске коморе Србије и чл. 40 ст. 1 тач. 3 Закона о коморама здравствених

- па му се на основу чл. 240 ств. 1 тач. 1 Статута лекарске коморе Србије изриче дисциплинска мера

ЈАВНА ОПОМЕНА

II. На основу чл. 238 ст. 1 тач. 2 Статута Лекарске коморе Србије

ОСЛОБАЂА СЕ ДИСЦИПЛИНСКЕ ОДГОВОРНОСТИ

– да се као ординирајући лекар на одељењу гинекологије и акушерства ОБ Алексинац дана 25. 12. 2014. године који је породиио пацијенткињу према породиљи током и након порођаја и члановима њене породице супругу,оцу и свекру након порођаја није односио у складу са Кодексом професионалне етике чиме би учинио повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из чл. 195 ст. 1 тач. 2 Статута Лекарске коморе Србије и чл. 40 ст. 1 тач. 2 Закона о коморама здравствених а у вези са чл. 47 и 50 Кодекса професионалне етике ЛКС

III. Свака страна сноси своје трошкове

О б р а з л о ж е њ е:

Одлуком Већа Суда части РЛКЈИС од 22. 01. 2016. године др Благоје Пејковић је ослобођен одговор-

23 <

ности да као ординирајући лекар на одељењу гинекологије и акушерства ОБ Алексинац дана 25. 12. 2014. године није извршио адекватну процену начина на који је требало завршити порођај с обзиром на околности, што је за последицу имало рођење мушког детета без знакова живота као и због односа према породици током и након порођаја и члановима њене породице супругу, оцу и свекру након порођаја док му је због неуредног и непотпуног вођења медицинске документације изречена дисциплинска мера јавна опомена.

Одлучујући по жалби подносиоца предлога на напред наведену Одлуку Суда части РЛКЈИС, Веће Врховног суда части је жалбу усвојило у целости, Одлуку Суда части РЛКЈИС укинуло и предмет вратило на поновно расправљање и одлучивање.

У поновљеном поступку, Веће Суда части РЛКЈИС је детаљно размотрило све расположиве и изведене доказе, одржало главну расправу у присуству судије истражитеља, подносиоца предлога и лекара против кога је покренут поступак како би употпунило чињенично стање а поступајући по налозима Већа Врховног суда части.

Оштећена је током поступка навела да је предлог за покретање поступка против др Благоја Пејковића поднела из разлога јер сматра да је његово поступање а приликом њеног порођаја 25. 12. 2014. године у ОБ Алексинац, довело до тога да је њена беба мртворођена као и због тога јер сматра да је његово понашање према њој током порођаја а према члановима њене породице након порођаја у супротности са лекарском етиком.

Навела је да јој је то била прва трудноћа, коју је водио др Драгољуб Алексов и да је вероватни термин био 10. 12. 2014. године па је упућена на гинеколошко – акушерско одељење ОБ Алексинац ради редовног праћења. За 14 дана проведених у болници, КТГ налази су били уредни, УЗ добар, урађен је и колор доплер у КЦ Ниш када је по наводима из предлога за покретање поступка закључено да је беба крупна, нормално развијена као и да се препоручује царски рез с обзиром да је ради о прворотки.

Објаснила је да јој је дана 24. 12. 2014. године у јутарњим сатима прикључена индукција, која је са доласком вечерње смене од 19.00 искључена. Следећег дана 25. 12. 2014. године након доласка јутарње смене опет јој је укључена индукција, а око поднева почели су јаки болови праћени повраћањем. Др Сретен Вујошевић који је преузео смену појачао је индукцију да би стимулисао отварање грлића а пред крај смене је извршио ултразвучни преглед и констатовао да је беба добро. Како је трепела велике болове молила га је да уради царски рез, што он није пристао уз објашњење да је то опасна ствар и око 18.00 је искључио индукцију, рутински је прегледао и рекао да порођај не

би требао да буде пре 02.00-04.00 26. децембра. У смени од 19.00 тога дана био је др Благоје Пејковић, који је опет прикључио индукцију и пробушио водењак, након чега су почели несносни болови па је она молила да се уради царски рез, што је и од стране др Пејковића одбијено. Од болова је почела да колабира и губи снагу, и када се беба заглавила у карлици лекар је почео да јој притиска стомак уз претњу да ће да јој ударити шамаре ако не добије напоне. Даље наводи да су јој стомак притискали и лекар и бабице, да су је секли на све стране и давали ињекције за напон и отварање али све је било безуспешно па је у 21.30 рођена мртва беба. Док је лекар ушивао рекао јој је: „Полегај шћи си сада урадила“ пребацујући кривицу на њу. Када јој је дошао супруг, била је под дејством седатива и признала кривицу. Седећег дана рано ујутру у собу је дошао др Пејковић и рекао: „Хвала шћи си била реална и признала кривицу да ме шћој муж не убије и молим шће када се следећи шћи будеш шћорађала овде немој да долазиш“. По савету лекара који је преузео смену 26. децембра, а на сопствени захтев, напустила је болницу да је не би малтретирало здравствено особље које је оптуживало за смрт бебе.

У својој одбрани др Благоје Пејковић је навео да је пацијенткиња у току лежања на гинеколошко акушерском одељењу ОБ Алексинац уредно праћена клинички и дијагностички, да су сви налази били уредни, да је дана 23. 12. 2014. године упућена у КЦ Ниш на колор доплер и УЗ преглед, где је налаз такође био уредан и да у истом нигде не стоји да је потребно да се порођај заврши царским резом. Објаснио је да како трудница није добила болове, дана 24. 12. 2014. године у јутарњим сатима је укључена индукција, а пошто није дошло до појачања болова и промене акушерског налаза са индукцијом је настављено и 25. 12. 2014. године ујутру. Тог дана, 25. 12. 2014. године, од 13.00 смену је преузео др Вујошевић, одрађен је УЗ преглед и настављено клиничко праћење, индукција је истекла око 17.30 након чега је одрађен КТГ који је био уредан. Он је смену је преузео у 18.30 и навео је акушерски налаз пацијенткиње у то време. Индукција је поново укључена око 19.00, а у 19.30 је покинут водењак, којом приликом је плодова вода била бистра, грлић се отварао до комплетног, тонови су се слушали на КТГ-у. До комплетног отварања грлића је дошло око 20.50–21.00 затим је покушан излазни вакуум али неуспешно. Након тога решио је да порођај заврши Кристелеровим хватом и давањем синтоцинона.

У поновљеном поступку др Пејковића је навео да је Врховни суд части неправилно оценио да није била припремљена операциона сала и изјавио да је иста увек спремна јер се у супротном не почиње са индукцијом порођаја.

Негира наводе да је психички малтретирао пацијенткињу за време и након порођаја као и да се неетички понашао према члановима њене породице.

Сматра ја да је порођај активно вођен по савременим принципима, да није погрешио и да не постоји његова кривица нарочито имајући у виду чињеницу да је пацијенткиња била две недеље на одељењу и да су се сви сложили да порођај треба завршити природним путем јер није постојала ниједна ваљана индикација да се заврши на други начин. Признаје да постоји његова одговорност за недостатак медицинске документације.

Одлучујући о основаности захтева у поновљеном поступку, судско Веће је детаљно размотрило



све изведене доказе из расположиве медицинске документације и списка предмета, поновно саслушало лекара против којег је покренут поступак и оштећену , па је ценећи изведене доказе, како сваки понаособ, тако и све доказе у њиховој међусобној повезаности, одлучило као у изреци ове одлуке.

Из историје болести бр. 6755 је утврђено да је пацијенткиња хоспитализована на Одељење гинекологије и акушерства ОБ Алексинац дана 11. 12. 2014. године а на основу упута гинеколога др Драгољуба Алексова са дијагнозом: Gravitas prolongata. Током хоспитализаци-

је свакодневно су рађени клинички, ултразвучни и КТГ прегледи са записима.

Пацијенткиња је 23. 12. 2014. године послата на ГАК КЦ Ниш ради колор-доплер прегледа којим је утврђена уредна фероплацентарна циркулација и процењена гестација клиничка 42 Н+1 Д ТМ 3820+573 гр а УЗ гестација 39 Н+5Д. Протоци су били уредни.

Дана 24. 12. 2014. године пацијенткињи је након прегледа у јутарњим сатима од стране др Благоја Пејковића, а у циљу довршавања порођаја, укључена индукција. Наредног дана 25. 12. 2014. године након јутарњег прегледа пацијенткињи је поново укључена индукција али на индукцију није било адекватног одговора. Тога дана поподне урађен је последњи КТГ запис који се налази у документацији.

Даље је из историје болести утврђено да је дана 25. 12. 2014. године, смену од 18.30 сати преузео др Благоје Пејковић и том приликом је уписан статус пацијенткиње грлић избрисан, ушће дилатирано за средњи длан, водењак очуван, главица над улазом у малу карлицу, срчана радња постоји.

Узете карличне мере нису упућивале на постојање апсолутне индикације за завршетак порођаја царским резом.

Пацијенткиња се преводи у салу за порођај и врши се бушење водењака и том приликом др Пејковић правилно процењује да је потребно наставити са стимулацијом синтоциноном с обзиром на налаз при преузимању смене. У документацији стоји да је по покидању водењака плодова вода бистра, тонови уредни, настављено је са стимулацијом синтоцинином у циљу убрзане дилатације и припреме за следствену експулзију плода.

Након покидања водењака КТГ запис више није рађен. По изјави др Пејковића и изјави сведока који су са њим били у сали тонови су праћени али нису регистровани. Није било промене у фреквенцији тонова (није регистрована брадикардија или тахикардија).

Због недостатка података у расположивој документацији не може се рећи када је дошло до комплетне дилатације. По изјави др Пејковића до комплетне дилатације дошло је око 20.50–21.00 и да је иза тога покушао вакуум екстракцију.

У документацији не стоји када је апликован вакуум. На отпусној листи није наведено да је ва-

25 <

куум рађен, да је био неуспешан и да је због тога урађен Кристелеров захват. Не постоји податак колико је дуго трајао Кристелеров захват. тј. колико је времена прошло од започињања овог захвата до експулзије плода.

Др Пејковић наводи да су тонови све време пратени и да није било претеће асфикције али немамо потврду истог као ни вођени партограм.

Чињеница је да је после прокидања водењака и отицања бистре плодове воде као и уредног КТГ налаза, по наводима лекара, до асфикције дошло током фазе дилатације и експулзије. У прилог томе говори аспирација меконијалне плодове воде што недвосмислено указује да је до аспирације дошло у том периоду као и до превременог надражаја центра за дисање и следствене аспирације меконијалне плодове воде.

По изјави др Пејковића тонови су све време пратени, без записа, па је могуће да је до асфикције дошло приликом експулзије, посебно што се са сигурношћу не може рећи колико је иста трајала.

КТГ запис интрапартално је можда могао да укаже на претећу асфикцију плода (присуство децелерација). Како исти није рађен не може се са сигурношћу рећи да би евентуални царски рез довео до рађања живог детета.

У 21.30 порођај је завршен рођењем мушког детета без знакова живота након чега је безуспешно покушана реанимација. Пацијенткиња је збринута након порођаја, праћени су пулс, притисак и температура и ординирана је терапија: Amr. Nilaceph 1,5 g, Lidocain и Metergin на 12 сати. Наредног дана, 26. 12. 2014. године, пацијенткиња је мимо савета лекара на лични захтев и захтев супруге -постоје потписи у документацији, отпуштена са одељења.

Из обдукционог налаза С-918/14 од 29. 01. 2015. године је утврђено да је узрок смрти мртворођене бебе асфикција у порођају праћена аспирацијом меконијума и интракранијалом хеморагијом. Из истог налаза се види и да се у конкретном случају није радило о пренешеној трудноћи (нису на плоду описани знаци пренешености) која би у случају постојања захтевала евентуални царски рез уместо започињања индукције.

Даље је из документације прикупљене током поступка утврђено да је поводом овог случаја поступала здравствена инспекција која је наложила да се изврши ванредна спољна провера квалитета стручног рада па је образована комисија од стране Министарства здравља Републике Србије која је извршила контролу и о томе сачинила Извештај бр. 3590/1 од 16. 06. 2015. године.

Увидом у Извештај о ванредној спољној провери квалитета стручног рада бр. 3590/1 од 16. 06. 2015. године утврђено да се у истом наводи „*смајтрамо да је клинички ојравдано и судско медицински*

корисно да се индуковани порођај њерманентно мониторује КТГ записом. Установљена ѡракса је да ѡако доказану ѡређећу асфикцију у порођају ѡреба ѡређираѡи као аѡсолуѡну индикацију за Царски рез“.

У истом извештају став 10 се односи на недостаке у вези са лечењем пацијенткиње па стоји: „*Прва индукција порођаја није успела и није ѡребало инсѡѡрираѡи даље док се не ѡровере разлози за неусѡех. На ѡрвом месѡу акушерски налаз и ѡсѡацијска сѡаросѡ ѡлода морају биѡи ѡроверени јер су ѡо најчешѡи разлози за неусѡех индукције. Такође је ѡребало изврѡиѡи ѡриѡреме за енѡуални хиѡан царски рез у случају моѡућних комѡликација као ѡѡо је асфикција ѡлода.“*

У свом Извештају Комисија је такође нашла да ... „*нема довољно доказа за децидан закључак да ли су ѡрегуѡѡе медицинске мере и ѡосѡуѡи у порођају били у саѡласносѡи са докѡринарним сѡавом да асфикцију ѡлода ѡреба сѡречѡи ѡравовременим царским резом.“*... као и да није било могуће са сигурношћу утврдити ... „*да ли су и у ком моменѡу ѡосѡѡале индикације за завршавање порођаја царским резом као и да ли би ѡравовремени царски рез ѡрегуѡреѡи лош исход ѡрудноће“*, и долази до закључка до кога је дошао и овај суда да нема довољно доказа да би се са сигурношћу утврдило да ли су предузете адекватне медицинске мере и поступци као и да ли би другачије поступање и примена других мера и поступака довело до другачијег исхода.

И на крају истог извештаја је наведено да ... „*У нашем здравѡвеном сѡѡему не ѡосѡѡи успано-вљена ѡракса и уѡврђена медицинска докѡрина са ѡрецизним уѡуѡсѡвима за ѡосѡуѡак у конѡроли ѡрудноће ѡосле очекиваноѡ даѡума ѡорођаја.“* са чиме су се сложили и чланови судског већа.

Имајући у виду напред наведено од стране Комисије за ванредну спољну проверу квалитета стручног рада као и остале доказе изведене од стране већа првостепеног Суда части, ово Веће оцењује да би постојање КТГ записа интрапартално можда могло да укаже на претећу асфикцију плода што би утицало да даљу одлуку о начину завршетка порођаја.

На основу свега предходно утврђеног, судско веће је стало на становиште да постоји одговорност Др Благоја Пејковића за пропуст што није рађен КТГ у критичном моменту, те због недостатка КТГ записа није било могуће препознати да ли је плод угрожен и није могла бити правовремено донета одлука о предузимању даљих адекватних мера.

Даље је у току поступка је изведен доказ саслушањем сведока акушерске сестре Драгане Михаилов која се у свом исказу сећа да је након што је покидан водењак код пацијенткиње урађен КТГ, да су више пута током порођаја слушани тонови на КТГ-у без записа као и да је рађен вакуум. На-

вела је да се др Благоје током порођаја према понашао очински бодрећи је да она може без проблема да роди дете. Такође се сећа да је на крају порођаја рекла да они ништа нису криви. Што се тиче медицинске документације није јој јасно како се десило да иста недостаје, а у погледу односа др Благоја према родбини пацијенткиње након порођаја навела је да су „дошли са повицима“.

Сведок Мирјана Лазић педијатријска сестра је у свом исказу навела да је током порођаја рађен КТГ и да су слушани тонови без записа, да је рађен вакуум као и да током порођаја није сарађивала. Није јој познато шта је било са документацијом.

Сведок Славица Маринковић сестра на гинекологији у свом исказу је навела да је повремено улазила у порођајну салу по позиву и видела је на столу. Мисли да је рађен вакуум и сећа се да је на крају говорила да је сама крива за све. У погледу понашања према родбини сећа се да су приликом доласка на одељење викали су и били узнемирени и узбуђени. Што се тиче медицинске документације није јој познато шта се са њом дешавало.

Суд је стао на становиште да су се ови сведоци изјашњавали о чињеницама које су им непосредно познате и да су им искази јасни и логични те да су у складу са изјавом др Благоја Пејковића, али у делу који се односи на терапеутске и дијагностичке методе не могу бити прихваћени као одлучујући докази.

Суд прихвата исказе сведока којима се потврђују наводи др Благоја Пејковића да су током порођаја оштећене слушани тонови плода, рађен КТГ и покушано да се порођај заврши вакуумом будући да су ови искази међусобно сагласни. Међутим, ови докази сами за себе немају довољну доказну снагу с обзиром на то да нису подржани материјалним доказима-медицинском документацијом, будући да евиденција о предузетим мерама у критичном периоду недостаје у историји болести. Ово стога што се из исказа сведока не може утврдити какви су били налази предузетих мера (КТГ, тонови плода, индикације за употребу вакуума и др.) па се не може са сигурношћу утврдити да ли је стање породиле и плода у то време указивало да се порођај треба завршити на други начин,односно царским резом.

Сведок Слободан Малић медицински техничар-анестетичар изјавио је да је по позиву дошао на гинекологију где је затекао новорођенче без знакова живота, вршена је реанимација са интубацијом и колико се сећа то је све трајало негде око 20 минута. Реанимацију је водила докторка педијатар са дечијег одељења Снежана Црљеница.

Суд је у потпуности прихватио исказ сведока Слободана Малића јер је исти јасан, логичан и уверљив и у складу са расположивом медицинском документацијом, па је оценио да су у датим околностима предузете одговарајуће мере реанимације.

У поновљеном поступку Судско веће првостепеног суда сложило се са становиштем Врховног суда да уколико није било могућности да се порођај изведе у Алексинцу породилња је требала да буде упућена у установу вишег ранга. Доносећи предходну одлуку којим је др Благоје Пејковић ослобођен одговорности, Судско веће првостепеног суда је имало у виду налаз комисије за ванредни спољашњи стручни надзор у коме и поред указивања на актуелне и препоручене ставове у извођењу порођаја, није конкретно и децидно донет закључак да ли је др Благоје учинио стручни пропуст или није, иако је задатак комисије био да на то укаже.

Др Благоју Пејковићу се ставља на терет и чињеница да је било протоколарних пропуста, односно недостатак медицинске документације за спорни период од преузимања смене до завршетка порођаја на основу које би се могло утврдити,шта се тачно дешавало током порођаја, које су терапеутске и дијагностичке мере предузете као и да ли је том приликом било или не пропуста у поступању др Благоја.

О предузетим мерама током тог периода имамо изјаву др Благоја као и медицинских сестара које се сећају неких детаља, а не и постојање писаних доказа у историји болести.

Наиме, увидом у медицинску докуметацију-историју болести бр. 6755 за, је утврђено да од момента пријема смене дана 25. 12. 2014. године, др Благоје Пејковић није водио медицинску документацију на одговарајући начин, недостају подаци о КТГ-у и слушању тонова плода, као и подаци о индикацијама за примењивање вакуума, које др Благоје Пејковић наводи у својим изјавама да су код пацијенткиње спроведени. Занемаривање вођења документације је у супротности са обавезом лекара, а иста би представљала најпоузданији елемент потпуне процене предузетих дијагностичких и терапијских мера.

У одлучивању по овом питању веће је постигло потпуну сагласност да одбрана др Благоја да „у ситуацији животне драме, а свестан исхода који ће се десити није све уписивао у историју болести“ не може да буде прихваћена а суд је мишљења да је постојала апсолутна обавеза вођења медицинске документације на прописани начин чијим непоштовањем је учињена повреда од стране лекара .

У погледу навода којима се др Благоју ставља на терет да је његово понашње током порођаја према пацијенткињи било неетично, суд је ценећи

27 <

изјаве странака и исказе сведока нашао да су ови наводи неосновани..

Из сагласних исказа сведока,присутних медицинских сестара, се утврђује да је лекар током порођаја пацијенткињу бодрио, указивао јој на пожељно понашање, позивао је на сарадњу а све у циљу успешног довршавања порођаја.

Изјава оштећене у делу у коме наводи да је др Благоје Пејковић током порођаја викао на њу судцени као израз пренаглашеног доживљаја оштећене, која је током самог порођаја била у специфичном стању, уплашена како за себе тако и за дете, па самим тим и преосетљива. С друге стране имајући у виду сам ток порођаја који је указивао на могућност евентуалних компликација,потпуно је очекиван строжији став лекара према пацијенткињи као и одлучније захтевање сарадње,а што је оштећена највероватније доживела као непријатно понашање према њој самој. У прилог оваквом ставу су и искази медицинских сестара које су биле присутне у порођајној сали и које су негирале наводе оштећене о понашању др Благоја Пејковића током порођаја према њој.

На основу свега наведеног суд је закључио да др Благоје Пејковића није извршио повреду из чл. 195 ств. 1 тач. 2 Статута ЛКС у вези чл. 47 Кодекса професионалне етике ЛКС.

На околности односа према родбини супругу,свекру и оцу пацијенткиње ,поред писаних изјава које су достављене уз предлог за покретање поступка ова лица су саслушана и у својству сведока а такође су на ту околност саслушане и медицинске сестре Драгана Михайлов и Славица Маринковић .

Наводи да је након порођаја поступање др Благоја Пејковића према родбини подносиоца предлога-супругу, оцу и свекру био у супротности са одредбама Кодекса професионалне етике ЛКС, цењено је на основу саслушања ових сведока, др Благоја као и сестара са одељења, узимајући у обзир да се радило о деликатној ситуацији, и да су реакције свих актера вероватно биле пренеглашене што је и очекивано у оваквој ситуацији. Ово тим пре што уколико је опхођење др Благоја Пејковића било окарактерисано као непријатно и праћено повишеним тоном, то је вероватно била његова реакција и одговор на оптужбе и опхођење родбине према самом лекару, која је у стању узнемирености и шока можда на неадекватан начин захтевала објашњење од лекара за своју породичну трагедију.

Стога је суд нашао да нема одговорности за повреду из чл. 195 ств 1 тач. 2 у вези чл. 50 Кодекса професионалне етике ЛКС.

Судско веће у поновљеном поступку не може а да се не осврне на чињеницу да др Пејковић у једној тешкој и напетој ситуацији уз недовољно

сарадње од стране породиље, у условима за рад таквим какви јеси у нашем здравству, није једини кривац за насталу ситуацију (јер је пред крај године веома тешка финасијска ситуација у погледу набавке потребног материјала за лечење траке за КТГ што наводи у својој изјави) те да је у датим околностима покушао све у доброј намери, што му се узима као олакшавајућа околност.

Такође као олакшавајућа околност је и обдукциони налаз у делу где одговорни патолог јасно указује на то да трудноћа није била пренесена, што изјављује и др Пејковић, те да је зато настојао да порођај заврши природним путем .

На основу свега напред наведеног у току поновљеног поступка Већа суда части, након детаљне и исцрпне анализе свих изведених доказа дошло је до закључка да иако нема довољно доказа на основу којих би се са сигурношћу могло утврдити да ли је лекар против којег је покренут поступак пред Судом учинио оно што му се ставља на терет то га не ослобађа одговорности за пропусте приликом пружања здравствених услуга током порођаја подносицу предлога, као и за пропуст када је у питању медицинска документација што за последицу има недостатак потребних доказа, па је својим нечињењем довео до ситуације да је Веће у складу са свим наведеним донело одлуку као у изреци и изрекло му дисциплинске меру за које сматра да ће остварити своју сврху.

Упутство о праву на изјављивање правног лека:

Против ове Одлуке може се изјавити жалба Врховном Суду части Лекарске коморе Србије у **року од 15 дана** од пријема писменог отправака одлуке,а преко овог суда

Председник већа Суда части РЛКЈИС
Спец. др мед. Живорад Дидић, прим.